

VIVENCIAS DEL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMAN BARRON

*EXPERIENCES OF ADULT PATIENTS HOSPITALIZED
IN THE SERVICE OF REGIONAL HOSPITAL
EMERGENCY ELEAZAR GUZMAN BARRON*

*Leda María Guillen Salazar¹,
Nélida Cantuarias Noriega²*

RESUMEN

La presente investigación sobre vivencias del adulto hospitalizado en emergencia, es cualitativa fenomenológica. Se realizó con el objetivo de describir las impresiones y sentimientos del paciente durante la hospitalización en el servicio de emergencia del HREGB de Nuevo Chimbote. Participaron 10 pacientes adultos de 25 a 60 años de ambos sexos, a quienes se les realizó la pregunta orientadora ¿Cómo fue su experiencia vivida durante la hospitalización en el servicio de emergencia? Mediante una entrevista grabada, se utilizó la técnica de “bola de nieve” o “saturación de los discursos”. Los resultados que se obtuvieron fueron 29 categorías y 82 unidades de significado, siendo la mayoría de las categorías vivenciadas de carácter psicoemocional y social, dentro de las cuales las principales son: sentimiento de tristeza, soledad y miedo a morir, “no dejaban ver a mi familia por estar prohibido”, falta de comunicación e información de enfermera-paciente, necesidad de cariño y comprensión por parte del personal.

PALABRAS CLAVE: Paciente adulto hospitalizado, Servicio de emergencia, Vivencias.

1 Maestra en Enfermería con mención en salud del adulto, docente de la Escuela de Enfermería de la ULADECH- CATOLICA. Enfermera asistencial en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote.

2 Doctora en Ciencias de Enfermería., con estudios en la Universidad Federal de Rio de Janeiro/Brasil. Coordinadora de la Maestría en Salud Pública y Enfermería en Salud del adulto, mujer y niño. ULADECH- CATÓLICA. Docente Investigadora del Programa de doctorado en Enfermería.

ABSTRACT

This research work on the experiences of adult hospital is located in the group of qualitative research phenomenological which was conducted with the objective of describing the feelings and impressions of the patient during hospitalization in the emergency service with the participation of adult patients 25 to 60 years for both sexes who went to the emergency service of "HREGB" Nuevo Chimbote. The sample was at number ten, who were treated with the question guiding How was your experience during hospitalization in the emergency service? Through an interview that was recorded, we used the technique of "snowball" or "saturation speeches." The results of processing phenomenological: description, reduction has been achieved through the speeches of the collaborators 29 categories and 82 units of meaning, and the cons most categories experienced a psycho-emotional and social within which the main ones: Feeling of sadness, loneliness and fear of death, left no see my family because they are prohibited, lack of communication and information from nurse-patient need for affection and understanding by staff.

KEY WORDS: Patient Hospitalized adult, Emergency Service, stories.

1. INTRODUCCIÓN

El ser humano está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad. En síntesis, posee una personalidad que obedece a su ubicación temporal (momento histórico) y espacial (lugar donde habita).⁽¹⁾

Como ser social, el ser humano está en constante interacción con su entorno, presto a una serie de cambios y acontecimientos que son siempre únicos, en donde es capaz de transformar y/o adaptarse a ellos; estos eventos van a constituir las experiencias de vida que guían su actuar. Pero, más trascendental aún es la calidad e intensidad de sus ideales, valores, preferencias y actitudes en relación con la vida, cultura, el medio social en que se desarrolla.⁽²⁾

La persona que acude para ser atendida por una enfermedad de aparición súbita que le causa desequilibrio biológico, psicológico y social, presenta signos y síntomas que le generan incomodidad, angustia e interrupción abrupta de su ritmo de vida. Por lo tanto, la atención de enfermería debe caracterizarse por un alto componente de calor humano y apoyo al paciente para asimilar el problema y asumir el tratamiento. No obstante, éste es uno de los servicios donde con mayor frecuencia se observa en el personal de salud: una tendencia a la deshumanización y a centrar la atención en el aspecto meramente físico.⁽³⁾

La atención del paciente en el servicio de emergencia, independientemente del nivel de complejidad y del motivo de consulta, involucra tres elementos que intervienen desde el principio hasta el final del proceso; el paciente, que es el actor principal; el acompañante, generalmente un familiar o amigo; y el profe-

sional de salud que lo atiende. Para brindar un cuidado integral debe ocurrir una interacción continua entre los tres elementos.⁽⁴⁾

El objeto de estudio fue Vivencias del paciente adulto hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- a) Describir las impresiones y sentimientos del paciente durante la hospitalización en el servicio de emergencia.
- b) Interpretar las vivencias expresadas durante su hospitalización en el servicio de emergencia.

La hospitalización trastorna la intimidad, la autonomía, el estilo de vida, los roles y la economía de las personas. El individuo pasa a convertirse en un ser especialmente vulnerable, siente miedo en ocasiones a no saber con qué enfrentar, miedo al dolor que suponen determinadas pruebas exploratorias y técnicas terapéuticas, donde las decisiones de los profesionales sanitarios prevalecen sobre las del paciente; donde se le pide total acomodación al funcionamiento y normas hospitalarias, así como a los deseos de los profesionales, por lo que el paciente adulto de emergencia presenta necesidad de ayuda; de tratamiento médico especializado y cuidado de enfermería basado en la relación de ayuda de Chalifour considerando sus dimensiones de persona.⁽⁵⁾⁽⁶⁾

La Enfermera de emergencia es aquella profesional de ayuda que establece el primer contacto con el paciente y familia que acude en busca de ayuda para brindar cuidado inmediato, el mismo que debe ser de manera tecnológica, científica, holística y humana; que posee habilidades de contacto y actitudes facilitadoras para actuar con el paciente adulto e identificar la necesidad de ayuda y poder trabajar en ella, intentando encontrar respuestas satisfactorias, hasta que finalice la relación con el alta o traslado a otro servicio del hospital o a otra institución; actúa teniendo en cuenta la jerarquización de necesidades, al proporcionar una evaluación breve e inmediata a todos los pacientes que ingresan al servicio, determinando así las prioridades de los cuidados de cada paciente según grados de dependencia para especificar los problemas de cada uno; y para tener las necesidades biológicas psicosociales, intelectuales y espirituales de los pacientes y familiares.⁽⁵⁾

El presente estudio de investigación se fundamenta en los conceptos teóricos de Jacques Chalifour, que considera a la persona con una visión holístico humanista. Por lo que, para entender a al paciente, debemos considerar algunas

premisas y conceptos importantes, como: la globalidad de la persona, la unicidad de la persona, las dimensiones de la persona en las áreas biológica, social, intelectual, espiritual.⁽⁵⁾

Arenas, L.; Salgado, R.⁽⁷⁾, al investigar sobre “Vivencias de los padres de niños hospitalizados en la Unidad de Recién Nacidos” en dos instituciones de salud de Bogotá, encontraron que los padres de estos niños están sometidos a una tensión emocional que esta situación impone; de igual manera están sus familias y quienes se sienten comprometidos en su cuidado. Aquí sufre la familia y hay que reconocer que el equipo de salud también se encuentra expuesto e involucrado en la situación; no es fácil enfrentar el dolor ajeno cuando no nos ponemos en el lugar de quien vivencia una circunstancia como ésta.

2. ABORDAJE METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación se ubica en el grupo de investigación cualitativa de modalidad fenomenológica que hace posible entender el comportamiento humano, al mismo tiempo que procura una visión objetiva del fenómeno.

Para el filósofo Husserl la conciencia es el único camino o manera para conocer lo real, por las descripciones diversas, por lo que el método fenomenológico consiste en una descripción psicológica de la conciencia interna, lo que el ser es. Solo en la experiencia interna se garantiza la experiencia vivida de la verdad.⁽⁸⁾

El método fenomenológico busca descubrir el significado de las vivencias de los seres humanos a través del análisis de las descripciones del sujeto. El conocimiento acerca de la experiencia se expande permitiendo a un fenómeno mostrarse a sí mismo, lo que no podría hacerse con los estudios cuantitativos.⁽⁹⁾

En el presente trabajo, el sujeto de estudio fue el paciente adulto hospitalizado en el servicio de emergencia del HREGB.

La técnica fue la entrevista personalizada. Se utilizó la técnica de “bola de nieve” o “saturación de los discursos”; es decir, que la investigación culminó cuando los discursos se repetían en su contenido y no hubo una nueva categoría. Se realizó el análisis ideográfico y nomotético de los datos obtenidos. Se tuvieron en consideración en todo momento las consideraciones éticas⁽¹⁰⁾ y de rigor científico.⁽¹¹⁾

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se determinaron generalidades de 29 categorías y 82 unidades de significado, presentadas en el cuadro nomotético que permitió la comprensión del fenómeno según las siguientes categorías:

La categoría identificada en este estudio fue “Sentimientos de pena, tristeza y angustia”. En este discurso se percibe que el primer impacto que adquirió durante la hospitalización, le produjo al paciente una imagen negativa que no esperaba visitarlo nunca más, por lo que el rol de la enfermera y del personal de salud es fundamental, brindando un cuidado con calidez y calidad, donde la enfermera como ente humanístico debe brindar cuidados caracterizados por ser oportunos, continuos, libres de riesgos y trato humanizado, que al ser experimentado por el paciente permita generar sentimientos o sensaciones de satisfacción.⁽¹²⁾

Comunicación e información de enfermeras-paciente. En esta unidad se percibe la gran incomodidad del paciente ante tanta tecnología desconocida para él, que desplaza ese componente humano como es la relación enfermera-paciente, negándole las explicaciones que le permitan saber con respecto a la mejora de su salud o a la adaptación de su enfermedad y satisfacer esa gran necesidad de expresión emocional, con palabras o gestos por parte de la enfermera. Por ello es importante la información sencilla, clara y exacta manteniendo la calma, especialmente en casos de emergencia, para transmitir seguridad y confianza, tanto al paciente como a su familia.⁽¹³⁾

Se percibe el descontento hacia las enfermeras por no responder adecuadamente a sus inquietudes. Siente que se le niega su derecho a la información, lo que puede conducirlo a malas interpretaciones y aumentar su confusión. Hoy en día la gran mayoría de profesionales reconocen que al enfermo se le debe decir la verdad sobre su propia situación, a no ser que éste exprese libremente su deseo de ignorarlo. Lo importante es el cómo se debe decir, cómo dar la noticia. Se debe informar al enfermo de los aspectos que debe conocer sobre su enfermedad y de procedimientos que se le va a realizar o sobre los que pide ser informado mediante mensajes claros, precisos y sin tecnicismos para que puedan ser entendidos.⁽¹⁴⁾

Categoría “*Trato inapropiado de los médicos*”. En esta categoría se puede percibir que las personas enfermas en el servicio sienten que el médico maltrata, lo que causa molestia e incomodidad. Esto puede deberse a que algunos médicos no establecen una relación cercana con el paciente; no conversan con él, no le explican las cosas y no demuestran preocupación. Todos sabemos que a veces una mirada, una palabra amable o un gesto es la mejor medicina.

Se puede percibir que el paciente se siente ignorado, donde la actitud humanizante que debe caracterizar la relación entre prestadores y usuarios se ha ido deteriorando. Se ha reducido la visión integral del paciente como ser biopsico-social, aspectos que pueden ser considerados inapropiados o en alguna medida violentadores durante la atención. Se acentúan también los sentimientos de inse-

guridad e inestabilidad emocional; por lo tanto, se debe ofrecer un trato con cortesía, amabilidad y una sonrisa. Estos comportamientos favorecen el acercamiento, la confianza y la seguridad del paciente.⁽¹⁵⁾

Categoría “*Falta de intimidad y privacidad*”. El derecho a la intimidad debe ser preservado desde un comienzo. El primero hace referencia a la confidencialidad o protección de los datos relativos a la salud del paciente. El segundo aspecto, el más importante para este trabajo, es la protección de la intimidad personal, que tiene su punto de partida en la intimidad corporal y llega a la del constructo de los valores. Se la debe enfocar desde un punto de vista físico con el respeto debido a la exposición del cuerpo y desde un punto de vista psicológico en relación con el deseo de la persona de permanecer en soledad o en el anonimato, respetando su vida privada.⁽¹⁶⁾

Categoría “*Necesidad de soporte familiar*”. Se percibe la necesidad que tiene el enfermo de recibir apoyo de su familia teniendo en cuenta que ella es el grupo más importante en la vida de la persona. La familia es el recurso de apoyo por excelencia con que cuentan los adultos dependientes. Por eso sus habilidades en el cuidado deben ser potencializadas. La presencia de la familia del adulto en muchas ocasiones son un soporte emocional continuo para los enfermos hospitalizados.⁽¹⁷⁾

Categoría “*Dolor y malestar*”. Sobre el derecho a no padecer dolor se deben aplicar los medios que estén al alcance para evitar cualquier tipo de dolor físico. Se debe evitar el sufrimiento porque sí, e incluso el dolor como sentimiento religioso.⁽¹⁸⁾

Categoría “*Sentimiento de desconfianza hacia el personal*”. Se percibe incomodidad, por lo que es necesario ofrecer un trato con cortesía, amabilidad y una sonrisa. Estos comportamientos favorecen el acercamiento, la confianza y la seguridad del paciente en la enfermera.

Otra categoría importante frente a las vivencias de hospitalización es “No dejaban ver a mi familia por estar prohibido”, ante la cual se percibe la necesidad de apoyo familiar mostrando angustia por no poder estar acompañado de su familia y poder satisfacer sus necesidades emocionales. Una persona enferma puede necesitar a su familia más que nunca; la puede utilizar para sacar fuerzas de ella y poder sobreponerse a su crisis biológica. Por lo tanto, la familia para el paciente hospitalizado se convierte en su soporte social básico, disminuyendo los efectos del estrés y ayudando a mejorar la salud mental, tanto del individuo como de su familia. Encontrar la manera para que la familia se involucre en el cuidado de su ser querido puede disminuir la desesperanza y llenarlas de gran

gozo; pueden expresar su amor, ayudando a tender la cama, bañar al paciente, tocarlo, conversarle, etc., por lo que vale decir que durante la hospitalización se acentúan también los sentimientos de inseguridad e inestabilidad emocional, relacionados con la separación familiar y el sometimiento a normas y reglamentación internas que rigen en cada establecimiento de salud. Un paciente recién ingresado desconoce esta reglamentación, que si no es dada a conocer y explicada oportuna y claramente, puede representar una amenaza para el paciente y su familia, como, por ejemplo, el desalojo de las salas de la visita de familiares cuando ya se ha cumplido el horario, o impedir el ingreso de la familia en áreas de acceso restringido.⁽¹⁹⁾

Categoría “*Experiencia de hospitalización desagradable*”. Así, la estadía en hospitalización era vivida como un espacio temporal caracterizado por una producción reflexiva importante sobre los procesos personales, en especial, sobre el tema de la salud, que conducía con frecuencia a una respuesta personal y emocional caracterizada por claras manifestaciones de ansiedad y depresión. El impacto de los procesos concretos corporales se integraba a la experiencia de retiro social que significaba la hospitalización y se profundizaba mutuamente.⁽¹⁷⁾

Categoría “*Son indolentes, demoran en la atención del paciente*”. En muchas ocasiones, la excesiva burocratización de los sistemas sanitarios provoca que el personal emplee parte sustancial de su tiempo en actividades burocráticas, en detrimento de las asistenciales o promocionales.⁽¹⁸⁾

4. CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de los discursos expresados por las personas adultas que participaron de la presente investigación, nos permitieron conocer y comprender el fenómeno del cuidado vivenciado por la persona adulta hospitalizada en el servicio de emergencia del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, siendo la mayoría de las categorías vivenciadas de carácter psicoemocional y social. Las vivencias expresadas por los colaboradores nos muestran el gran deseo de ser tratados como seres integrales y holísticos, seres biosociales, que precisan de un tratamiento integral que abarque las tres esferas; se puede percibir que la persona enferma hospitalizada en el servicio de emergencia, siente que recibe insuficiente atención como persona, así como un trato inadecuado a pacientes por parte del personal de salud.

Así mismo se encontró que el paciente vive el ingreso hospitalario como una situación de estrés, ansiedad y vulnerabilidad, con miedo, en ocasiones, a

no saber con qué se va a enfrentar; miedo a la propia enfermedad y a sus consecuencias individuales, familiares, económicas, laborales; miedo al dolor que suponen determinadas pruebas exploratorias y técnicas terapéuticas; miedo al medio hospitalario en sí mismo, pudiendo resultar frío e intimidatorio, donde el paciente cambia su casa por una habitación extraña, impersonal y, la mayoría de las veces, compartida, generando sentimientos de inseguridad, desprotección y carencia de apoyos afectivos tan necesarios en esos momentos, donde se trata sólo el aspecto fisiológico sin tener en cuenta muchas veces lo personal, lo humano; es decir, sus emociones, sentimientos, estado de ánimo; donde el trato, en ocasiones, siente que es desconsiderado e incluso maltratante; donde el paciente desconoce la mayoría de las veces los datos referentes a su proceso de diagnóstico y tratamiento, o la información está parcializada o con un vocabulario técnico incomprensible; donde las decisiones de los profesionales sanitarios prevalecen sobre las del paciente; donde pasa a ser un objeto pasivo en los cuidados generando sentimientos de impotencia e incapacidad; donde se le pide total acomodación al funcionamiento y normas hospitalarias, así como a los deseos de los profesionales; donde hay una pérdida de intimidad, pues la persona tendrá que realizar ante otros actividades que suelen realizarse de forma privada, como, por ejemplo, aseo o necesidades fisiológicas.

Frente a esta realidad se ve claramente la necesidad de humanizar y concientizar al personal de salud que interviene en la atención del enfermo, para que se considere a la persona en su totalidad y en su unicidad y no sólo en su entorno patológico, de tal manera que se respeten los derechos individuales de la persona. Una forma de hacer esto es mediante la adecuada aplicación del modelo de ayuda con el enfoque centrado en la persona. La aplicación de este modelo demanda del personal de enfermería: el conocimiento y desarrollo de habilidades de relación interpersonal exitosas.

Es pues, sumamente necesario que esta situación empiece a cambiar, debiendo plantearse la relación interpersonal como pilar básico cuya esencia es el servicio y ayuda al enfermo. En estos momentos son los profesionales de Enfermería quienes deben identificar las necesidades individualizadas del enfermo para proporcionarle una cobertura integral, aliviarle los síntomas, mejorar el confort, ayudarle a adaptarse a su enfermedad y a ser conscientes de las consecuencias que de ello se deriven. En los hospitales, sobre todo en el servicio de emergencia, los profesionales de la salud deben trabajar más de cerca al enfermo.

El paciente como ser bio-psicosocial demanda en los profesionales sanitarios conocimientos suficientes y científicos que le conduzcan a un correcto diag-

nóstico y tratamiento; pero acompañados de conocimientos en el campo de la psicología clínica, de tal manera que los cuidados de todo buen profesional irán encaminados a los siguientes propósitos:

- Prestar mayor atención al trato, a la relación, al paciente como totalidad.
- Dedicar más tiempo a escuchar sentimientos y preocupaciones.
- Cuidar más los detalles para preservar su intimidad y que se sienta cómodo.
- Buscar la satisfacción integral de la persona y no solamente su curación.
- Ayudar a mantener el bienestar, evitar en la medida de lo posible el sufrimiento y el dolor innecesarios.
- Comunicar e informar al enfermo de los aspectos que debe conocer sobre su enfermedad o sobre los que pide ser informado mediante mensajes claros, precisos y sin tecnicismos, para que puedan ser entendidos. De ese modo sentirá seguridad y confianza.
- Hacerle participe en las decisiones que se vayan a tomar en relación con él (pruebas diagnósticas y terapéuticas).
- Ayudarle a superar las diferentes etapas de su progreso.
- Facilitarle la conexión/relación con el mundo exterior sin alterar las normas hospitalarias.

A los familiares se les debe informar en todo momento sobre el estado de su paciente. Si bien la visita es restringida debe indicárseles dónde esperar noticias referentes al estado del familiar que por circunstancias inusitadas han tenido que asistir al servicio de emergencia, situación que les preocupa. Tanto paciente como familiar deben ser tratados con amabilidad, afecto y comprensión, que bien lo expresan como esencia del fenómeno estudiado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) ALONSO, P; PALACIO DE V. (2003). El ser humano como una totalidad. Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/17/1_El_ser_humano.pdf.
- (2) PARSE R, COYNE A, SMITH M. (1985). Nursing research: qualitative methods. Maryland, Communications Co.
- (3) JIMÉNEZ, P. (2000). Cuidados de la autoestima del paciente hospitalizado. Revista Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 2, 71-78.
- (4) DURAN ROJA, C. Guías para Manejo de Urgencias. "Atención humana del paciente de urgencias" Cap. XI *Fundación Santa Fe de Bogotá*. Disponible en: http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Enfermeria/Atencion_humana_del_paciente_de_urgencias.pdf.

- (5) CHALIFOUR JACQUES. (1994). La Relación de Ayuda en Enfermería. “una perspectiva Holística-humanística” Edición Española: Editores S.A.
- (6) CARBONERO RODRÍGUEZ, I. (1999). Revista .punto y aparte “Enfermedad y Hospitalización”. Número 22. Disponible en: <http://www.plus-ultra.info/revista/pya/pya22/ansied.htm>.
- (7) ARENAS, L; SALGADO, R; GONZALO, E. (2004). Vivencias de los padres de niños hospitalizados en la unidad de recién nacidos de dos instituciones de salud de la ciudad de Bogotá. Servicio de Pediatría Clínica Palermo, Bogotá.
- (8) BAYGORRI G. J. (1993). Fenomenología y Filosofía de la existencia e Historia de la Filosofía, COU Santillana. Madrid.
- (9) MARTINS J, BICUDO M. (1999). “A Pesquisa Qualitative em Psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos. São Paulo: Editora Moraes LTDA.
- (10) POLIT D. y HUNGLER B. (2000). Investigación Científica en Ciencias de la Salud.. 6ª edic. Edit. México: Mc Graw- Hill.
- (11) MORSE, JUANICE M. Asuntos Críticos en los Métodos de la Investigación Cualitativa. Editorial. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Colombia.
- (12) PANGRAZZI, A. (2003). Revista Selecciones de Bioética. Las características de un hospital más humano. Vol. 4. Disponible en:<http://www.javeriana.edu.co/bioetica/documents/5-bio-4-Pangrazzi.pdf>. Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 2000. 2, 71-78.
- (13) GARCÍA M. M, LÓPEZ I. M, VICENTE E. M. (2004). Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo? Index Enferm. Granada, v. 13, n. 47. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300010&lng=pt&nrm=iso.
- (14) ARROYO G.(2000). Humanismo en enfermería. Revista Enferm IMSS.
- (15) ARIZA C. (2000). Es posible humanizar la salud al paciente en estado crítico. Pontificia Universidad Javeriana.
- (16) GUALLART C. (2004). Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. Index Enferm. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200010&lng=es&nrm=iso.
- (17) ZEA M, TORRES B. (2007). Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. Invest Educ Enferm. (25)1: 40-49.
- (18) RODRÍGUEZ, C. (1999). Calidad de la atención en salud y ley 100 de seguridad social. En Bioética y Justicia Sanitaria. (pp. 147-182). Colombia: El Bosque.
- (19) SILVA L; MANGINI B. A. (2005). Vivencias del familiar visitante y acompañante ante las señalizaciones del enfermero. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2005. Disponible en: www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692005000200008&script=sci_abstract&tlng=es