



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

uff

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Alteraciones en el modo auto-concepto de mujeres sometidas a hemodiálisis: un estudio descriptivo

Cecília Maria Farias de Queiroz Frazão¹, Clarissa Maria Bandeira Bezerra¹,
Maria das Graças Mariano Nunes de Paiva¹, Ana Luísa Brandão de Carvalho Lira¹

¹ Universidad Federal de Rio Grande del Norte

RESUMEN

Objetivo: Identificar las alteraciones en el modo autoconcepto del modelo teórico de Roy en mujeres sometidas a hemodiálisis. **Método:** Estudio descriptivo realizado en una ciudad del nordeste de Brasil, con 24 mujeres con enfermedad renal crónica y en tratamiento dialítico. **Resultados:** Las alteraciones identificadas fueron: bajo autoestima en lo personal, y disfunción sexual en lo físico del modo autoconcepto. **Discusión:** Mujeres sometidas a hemodiálisis presentan problemas adaptativos en el modo auto-concepto del modelo teórico de Roy, luego, el enfermero debe direccionar los cuidados enfatizando estos problemas adaptativos. **Conclusión:** Las alteraciones identificadas en las mujeres sometidas a hemodiálisis fueron baja autoestima y disfunción sexual del modo autoconcepto del modelo teórico de Roy.

Descriptor: Teoría de Enfermería; Diálisis; Insuficiencia Renal Crónica.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Sociedad Brasileña de Nefrología, hay un número creciente de personas con enfermedad renal crónica (DRC) y sometido al tratamiento dialítico. En el año de 2010, existían 49.077 pacientes en uso de hemodiálisis en Brasil, siendo 21.103 mujeres. En 2011, fueron 50.128 usuarios, de los cuales 21.389 eran mujeres⁽¹⁾.

Así, la DRC es comprendida como un problema de salud pública nacional, siendo necesario comprender la complejidad de esa condición, con la intención de contribuir para el bienestar biopsicosocial y la mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

La DRC es caracterizada a través de la disminución de la tasa de filtración glomerular asociada por daños estructurales y funcionales del riñón, por un periodo igual o superior a tres meses⁽²⁾.

En la fase terminal de esa enfermedad, los tratamientos son las terapias renales substitutivas: la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante. Se destaca la hemodiálisis en terminos numéricos, ya que cerca de 90% de los pacientes en terapia dialítica se someten a este procedimiento⁽¹⁾.

La hemodiálisis corresponde a extracción de las sustancias nitrogenadas tóxicas de la sangre y en la remoción de 1 a 4 litros de fluidos en el periodo medio de cuatro horas durante tres veces por semana⁽³⁾.

En este aspecto, el paciente renal crónico en tratamiento dialítico sufre cambios en el estilo de vida, los cuales ocasionan limitaciones físicas, sexuales, psicológicas, familiares y sociales, pudiendo perjudicar su calidad de vida⁽⁴⁾.

Al vivir el cotidiano de esos pacientes, se percibe que la DRC y el tratamiento hemodialítico proporcionan cambios repentinos en su día a día y, la destreza utilizada por el mismo para

adaptarse, puede contribuir para el bienestar biopsicosocial y la adhesión al tratamiento⁽⁵⁾.

Pacientes del sexo femenino que hacen tratamiento hemodialítico, pueden presentar disturbios psicológicos, como la depresión por influencia de las oscilaciones hormonales fisiológicas, bien como los daños causados por la DRC, por ejemplo, pérdida del papel de la familia, reducción de las finanzas, desempleo, pérdida del libido, cambios en la autoestima, inseguridad y miedo⁽⁶⁾.

Luego, el enfermero debe identificar las necesidades individuales de cada cliente, proporcionando cuidados con el objetivo de una adhesión mejor al tratamiento. De ese modo, es relevante que el enfermero tenga un raciocinio clínico y científico, adoptando un cuidado sistematizado y fundamentado por las teorías de enfermería.

Así, a partir de ese presupuesto y delante de la necesidad de comprender las adaptaciones que los pacientes en tratamiento hemodialítico experimentan, se adoptó para la presente pesquisa el modelo teórico de Adaptación de Sister Callista Roy, el cual considera a la persona como un sistema holístico adaptativo, que emiten respuestas adaptativas o ineficientes. Igualmente, el objetivo de este estudio fue identificar las alteraciones en el modo autoconcepto del modelo teórico de Roy en mujeres sometidas a hemodiálisis.

MÉTODO

Estudio descriptivo realizado en una ciudad del nordeste de Brasil, en el periodo entre marzo y junio de 2012, a través de la relectura del guión de entrevista, basado en el modelo de adaptación de Roy y aplicados en 178 pacientes renales crónicos que realizaron hemodiálisis en una clínica de referencia en la ciudad, de octu-

bre de 2011 a febrero de 2012. La entrevista fue conducida por una enfermera especialista en nefrología que ya había trabajado en un servicio de diálisis y que no poseía cualquier tipo de enlace con los entrevistados. Antes de comenzar la entrevista, la entrevistadora explicaba sobre las metas y la justificativa de la realización de la pesquisa, y que ella se encontraba cursando la maestría en enfermería.

Para el análisis de los resultados, fue realizada la selección de 24 entrevistas de pacientes del sexo femenino que presentaron alteraciones en el modo autoconcepto de Roy después del juicio clínico de los autores ante la lectura de las hablas contenidas en la secuencias de entrevista.

Para el juicio clínico, se identificaron las alteraciones presentes en las hablas de las mujeres sometidas a hemodiálisis y entonces se clasificaron delante de los problemas adaptativos; estímulo focal, contextuales y residuales; y comportamientos del modo autoconcepto del Modelo teórico de Roy.

En el campo con la presentación de las hablas, los individuos fueron denominados por codinomes de piedras preciosas, preservando el carácter confidencial de sus identidades. Y fueron organizadas conforme los problemas adaptativos: bajo autoestima y/o disfunción sexual, los cuales son parte de las alteraciones del modo autoconcepto del Modelo teórico de Roy.

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa, Parecer nº 115/11-P CEP/UFRN.

RESULTADOS

Los participantes del estudio fueron 24 pacientes, con edad entre 24 a 60 años, con media de 48,5 años. La escolaridad osciló de enseñanza primaria incompleta a enseñanza superior completa. La renta de las mujeres en-

trevistadas es obtenida a través del beneficio proporcionado por el gobierno a los que están en tratamiento hemodialítico. Y la mayoría de las mujeres (66,6%) posee compañero.

Las 24 mujeres del estudio presentaron problemas adaptativos, a saber: baja autoestima personal y/o disfunción sexual del físico del modo autoconcepto de Roy. De estas, 13 presentaron sólo la disfunción sexual, ocho mostraron baja autoestima y tres tuvieron en concomitancia los dos problemas.

Para el análisis de las alteraciones del modo auto-concepto del modelo teórico de Roy en mujeres sometidas a hemodiálisis, fueron seleccionados algunos testimonios para cada problema adaptativo identificado.

Baja autoestima

[...] yo soy quieta, calma, ansiosa, pero siento mucha rabia porque estoy enferma, queria volver a ser como antes, si yo pudiese volver al tiempo[...] (Amazonita)

[...] Yo me veo una viejita derrotada, acabada... Quería ser como antes, la salud es todo en la vida, la enfermedad acaba con la persona muy rápido, nos quedamos más vieja... yo lloro mucho cuando me veo así en esa situación. Quería disfrutar más mis nietos[...] (Ámbar)

[...] Yo era tan independiente... Hoy soy una persona triste por no conseguir hacer más mis cosas... Yo cambié mucho después de la enfermedad, adelgacé, perdí mi pierna izquierda... Yo prefiero quedarme sola, las personas me miran con pena... Yo tengo una tristeza que no me deja, yolloro mucho[...] (Agua Marina)

Disfunción sexual

[...]hago sexo sí, con mi marido, pero no es bueno como antes, yo no tengo más placer... Ahí yo no quiero más, no tengo más ganas[...] (Turmalina)

[...]desde que comencé a hacer hemodiálisis, yo engordé mucho, yo era bien delgadita, muy fina, y mira como estoy...Yo aún tengo relaciones sexuales, pero no me gusta, disminuyeron las ganas, ¿sabe? No siento más deseo[...] (Diamante)

[...]mira yo estoy llena de manchas por el cuerpo, me miro en el espejo y me quedo apavorada... yo no tengo relaciones sexuales con la misma frecuencia de antes, yo me quedo muy cansada después... No tengo más aquella animación[...] (Quartzo)

[...]después del problema en los riñones, yo disminuí, estoy menor y también perdi los dientes... Cuando yo hago sexo con mi marido me quedo con falta de aire, asfixiada... me estreso

Me quedo muy estresada, porque antes me gustaba y ahora no tengo más interés, no quiero más, pero tengo mi marido y él quiere[...] (Ágata)

Baja auto-estima y disfunción sexual

[...]Hoy en día yo me siento diferente, no me siento bien, siempre estoy indispuesta, no tengo ganas de hacer nada. ¿Sabe lo que yo quería? Quería volver a ser lo que yo era, ser dispuesta, sin sentir dolor, sin ninguna enfermedad.

Desde que descubrí la enfermedad prefiero quedarme sola, no consigo comer, paso mucho tiempo llorando... Eso me da rabia, tristeza, miedo... Tengo miedo de morir... Después de la enfermedad me quedé con defecto en la espalda, en los huesos y me gustaría mucho estar con la salud buena. Mi vida sexual es activa, pero tengo falta de aire cuando tengo relaciones, entonces he evitado[...] (Safira)

[...]Yo me veo una persona tímida... Cerrada... No me gusta mucho conversar con las personas, eso me incomoda mucho, quería dejar de ser así. Yo lloro mucho y no me gusta estar cerca de nadie, cuando estoy de esa forma. La enfermedad me deja muy insegura, ansiosa y a veces me da mucha rabia por estar en esa situación... Engordé mucho después de la enfermedad, estoy muy hinchada y esa cicatriz de la fístula es muy fea. Yo tengo relaciones sexuales, pero disminuyó porque yo no me siento bien, principalmente cuando estoy hinchada, me encuentro fea, y a veces la presión cae[...] (Rubi)

[...]Soy una persona conocedora de lo que yo hago, pienso. Una persona positiva, útil, verdadera, pero hubiera gustado haber estudiado más, haberme formado. Esa enfermedad me dejó con mucho miedo, inseguridad, estoy muy ansiosa y cuando estoy estresada yo grito mucho... No me gustan mis brazos por causa de la cicatriz de la fístula, también no me gustan las restricciones que la enfermedad me cansa, eso me aleja de mi ciclo de amistades. Tengo actividad sexual frecuente, pero no

hago en los días de hemodiálisis porque me quedo cansada[...] (Esmeralda)

Al verificar las hablas en los guiones de entrevista, se notan los comportamientos relacionados a lo personal, al saber: verbalización de sentimientos negativos sobre el cuerpo, preocupación con los cambios corporales, el discurso de sentimientos de vergüenza, sentimientos de tristeza, miedo, ansiedad e inseguridad y, verbalización de pérdida de la libido. Estos comportamientos se presentan en mayor o menor intensidad, según el nivel de alteración sucedida y la valorización personal de cada uno.

En este contexto, los testimonios revelan la baja autoestima y la disfunción sexual, como problemas adaptativos por la presencia de sentimientos de ansiedad, aislamiento, impotencia y desvalorización de la imagen corporal y social.

En correlación, los factores contribuyentes para la baja auto-estima y la disfunción sexual fueron las modificaciones en el cotidiano, ocasionadas por las limitaciones impuestas por el tratamiento de la DRC.

Así, el problema adaptativo baja auto-estima tuvo como estímulo focal, la enfermedad renal crónica; estímulo contextual, el desgaste físico y emocional; es estímulo residual, el sentimiento de inutilidad, y como comportamiento, los relatos autodestructivos.

Y la disfunción sexual fue asociada al estímulo focal enfermedad renal crónica; al estímulo contextual pérdida de la libido; y con los comportamientos disminución en la frecuencia y en el interés de la relación sexual. No habiendo estímulo residual.

DISCUSIÓN

En el modelo de Adaptación de *Sister Callista Roy*, se percibe la existencia de la interconexi-

ón entre la enfermería, la persona, la salud y el medio ambiente y que la persona busca en el medio ambiente, estímulos capaces de obtener una respuesta desencadenadora de un mecanismo adaptativo. Es formado por cuatro modos adaptativos que controlan el proceso. Son ellos: el modo físico-fisiológico, el autoconcepto, el modo de desempeño de papeles y el modo de interdependencia⁽⁷⁾.

El autoconcepto es definido por un conjunto de creencias y sentimientos que una persona desarrolla para sí en un determinado momento, gobernando su propia conducta. Es compuesto por el yo físico, que son las sensaciones que se tienen de la imagen del propio cuerpo, y el yo personal, caracterizado por su propia consistencia, a través de los ideales, expectativas y la moral-ética-espiritual⁽⁷⁾.

Los problemas adaptativos identificados en lo físico son: perturbación de la imagen corporal, disfunción sexual, síndrome por el trauma de violación, pérdida, relaciones interpersonales ineficaces, cultura opresiva, moral baja y estigma. Y los de lo personal son: ansiedad, impotencia, culpa, baja auto-estima, elaciones abusivas, relaciones sin valor⁽⁷⁾. En el presente estudio, se destaca que fueron trazados los problemas adaptativos baja auto-estima y disfunción sexual.

La baja auto-estima corresponde a las propias estimativas del individuo, su autoevaluación, sus expectativas y valores, el deseo de ser diferente, y sus sentimientos y creencias⁽⁸⁾. En este contexto, los sentimientos expresos que prevalecieron en el estudio en cuestión para la baja autoestima fueron: tristeza y miedo.

Pacientes en hemodiálisis presentan sentimientos de tristeza, debilidad e incertidumbre. La tristeza tiene relación con la enfermedad crónica, el tratamiento de diálisis, y para los cambios drásticos en sus vidas, tales como, sentirse fatigado e incapaz de participar de

encuentros familiares y sociales. Además de eso, expresaron sentimientos de inseguridad y de miedo relacionado con la vida, la muerte, diálisis y el futuro⁽⁹⁾.

Una pesquisa apunta que la DRC y su tratamiento interfiere en el cotidiano de los pacientes, una vez que generan limitaciones causadas por problemas de salud física y limitaciones causadas por problemas de salud emocional⁽¹⁰⁻¹²⁾. Además de modificaciones sufridas en el cuerpo proporcionadas por la fístula arteriovenosa (FAV) y catéteres, así como de las modificaciones en el desempeño de las actividades diarias impuestas por la limitación física de un miembro superior en resultado de la FAV.⁽⁴⁾

Otro factor agravante para la baja auto-estima es la caída de las actividades económicas y profesionales de estos pacientes, ya que no consiguen establecer o mantener enlace con el trabajo, probablemente debido al tiempo prolongado de la hemodiálisis, la presencia de quejas físicas de la debilidad, cansancio e indisposición^(4,9-12).

En relación a la disfunción sexual, que es definida por alteraciones insatisfactorias, no compensadoras y/o inadecuadas en cualquier etapa de la función sexual, está directamente relacionada con la apariencia, función, sexualidad y condición de salud y enfermedad⁽⁷⁾.

En este aspecto, las manifestaciones más verbalizadas por esa clientela fueron sobre la imagen corporal, las modificaciones ocasionadas en el cuerpo, la pérdida de la libido y consecuentemente la reducción de la actividad sexual.

Pesquisa que evaluó la calidad de vida y disfunciones sexuales en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico apunta que los problemas sexuales pueden ser justificados, en esta clientela, en razón de la presencia de disturbios orgánicos, emocionales y de la condición que el enfermo es sometido⁽¹¹⁾.

Hombres en tratamiento dialítico remiten

estrategias para lidiar con las limitaciones de la sexualidad, tales como, terapia medicamentosa, terapia en grupo y orientaciones proporcionadas por los profesionales de salud, para una vida sexual saludable⁽¹³⁾.

Un estudio apuntó que problemas sexuales, como la reducción de la libido, afecta más mujeres que hombres con la DRC en tratamiento dialítico y que una de las posibles causas para ese problema es el factor psicológico⁽¹⁴⁾.

Igualmente, pacientes renales en hemodiálisis apuntan que el apoyo de los familiares y del equipo de hemodiálisis son elementos esenciales para facilitar el enfrentamiento en este momento de su vida.⁽¹⁵⁾

Así, es de suma importancia la identificación de los problemas de enfermería en la población con enfermedad renal, con el fin de posibilitar una práctica eficaz, ya que proporciona una mirada diferente, auxiliando en el proceso de tomada de decisión en relación a las situaciones para su mejor atención⁽¹⁶⁾.

Delante de lo expuesto, es necesario un cuidado que englobe el paciente, profesionales y familiares en busca de intervenciones de conscientización y educación visando la adaptación y equilibrio del cliente.

CONCLUSIÓN

Las principales alteraciones ocurridas en el modo del auto-concepto del modelo teórico de Roy en mujeres con enfermedad renal crónica y sometidas a hemodiálisis fueron relacionadas a los problemas adaptativos: baja autoestima y disfunción sexual.

En cuanto a lo personal del auto-concepto, fueron expresos baja auto-estima, sentimiento de tristeza y miedo. Y en relación a lo físico del auto-concepto, se destaca, la intolerancia a la imagen corporal, las modificaciones ocasionadas en el cuerpo como el incómodo con la apariencia

de la fístula, pérdida de la libido y reducción de la actividad sexual.

Así, a partir de los datos encontrados y de la comparación con la literatura, es posible una planificación para los cuidados de enfermería en esta clientela, con énfasis en los principales problemas adaptativos, del modo de auto-concepto del modelo teórico de Roy. Sabiendo que, es el papel del enfermero proporcionar cuidados individualizados y de calidad, teniendo siempre como foco los principales problemas encontrados en esa clientela.

Como limitación del estudio indicamos el hecho del enfoque haber sido realizada sólo en el modo auto-concepto del modelo teórico de Roy. Así, se estimula para el enfoque de nuevos estudios que contemplen los demás modos.

CITAS

1. Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Burdmann EA. Brazilian Dialysis Census, 2009. *J Bras Nefrol* [serial in the internet]. 2010 [cited 2013 Jan 20]; 32(4):380-4. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n4/en_v32n4a07.pdf.
2. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev Assoc Med Bras* [serial in the internet]. 2010 [cited 2013 Jan 25]; 56(2):248-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>.
3. Matos EF, Lopes A. Modalidades de hemodiálise ambulatorial: breve revisão. *Acta paul. enferm.* [serial in the internet]. 2009 [cited 2013 Jan 7]; 22:569-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/25.pdf>.
4. Silva AS, Silveira RS, Fernandes GFM, Lunardi VL, Backes VMS. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Enferm* [serial in the internet]. 2011 [cited 2013 Jan 12]; 64(5):839-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a06v64n5.pdf>.
5. Barbosa GS, Valadares GV. Hemodialysis: patient's adaptation and life style. *Acta paul. enferm.* [serial in the internet]. 2009 [cited 2013 Jan 24]; 22:524-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/en_14.pdf.
6. Nifa S, Rudnicki T, Canoas U. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Rev. SBPH.* [serial in the internet]. 2010 [cited 2013 Jan 21]; 13(1):64-75. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a06.pdf>
7. Roy C, Andrews HA. *The Roy Adaptation Model.* 3rd ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson; 2009.
8. Bertolin DC, Pace AE, Kusumota L, Haas V. An association between forms of coping and the socio-demographic variables of people on chronic hemodialysis. *Rev Esc Enferm USP* [serial in the internet]. 2011 [cited 2013 Jan 15]; 45(5):1070-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a06.pdf.
9. Wadd K, King L, Bennett P, Grant J. Being a parent on dialysis: a literature review. *J Ren Care* [serial in the internet]. 2011 [cited 2013 Jan 28]; 37(4):208-15. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1755-6686.2011.00220.x/pdf>.
10. Santos I, Rocha RPF, Berardinelli LMM. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [serial in the internet]. 2011 [cited 2013 Jan 10]; 15(1):31-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100005&lng=en&nrm=iso.
11. Nóra RT, Zambone GS, Facio Júnior FN. Avaliação da qualidade de vida e disfunções sexuais em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico em hospital. *Arq. ciênc. saúde.* [serial in the internet]. 2009 [cited 2013 Jan 12]; 16(2):72-5. Available from: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-2/ID357.pdf.
12. Mantovani M, Mendes F. The quality of life of elderly's chronic disease sufferers: qualitative-quantitative research. *Online braz. j. nurs.* [serial in the Internet]. 2010; [Cited 2013 Jan 22]; 9(1):1-2. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2835>.
13. Fonseca RD, Schwartz E, Santana MG, Vestena ZJG, Costa VA, Pozza SB et al. Vivências dos

- homens submetidos à hemodiálise acerca de sua sexualidade. *Av. enferm.* [serial in the Internet]. 2011 [cited 2013 Jan 10];29(2): 255-262. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000200005&lng=en.
14. Muñoz-García VE, Vaca-Ruíz AM, Romero-Estudillo E, García-Criado J, Bagdad-Abselam A, Mohamed-Maanan Nayet. Comportamiento sexual en los pacientes de hemodiálisis en Melilla. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol.* [serial in the internet]. 2010 [cited 2012 Jan 8]; 13(2):113-8. Available from: http://www.revistaseden.org/files/2388_comportamiento.pdf
 15. Grasselli CSM, Chaves ECL, Simão TP, Botelho PB, Silva RR. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Clin Med.* [serial in the internet]. 2012; [cited 2014 Apr 24]; 10(6): 503-7. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n6/a3185.pdf>
 16. Souza GR, Avelar MCQ. Nursing Diagnosis in care of patients with Renal Insufficiency Acute: Delphi Technique. *Online braz. j. nurs.* (Online). [serial In the Internet]. 2009; [cited 2013 Jan 5]; 8(1):1-2. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2059>.

* Estudio financiado por el edital universal del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (Proceso 483285/2010-2).

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 18/02/2013

Revisado: 28/04/2014

Aprobado: 14/04/2014