

MedUNAB

Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga (Colombia)
Vol. 21. Número 2 agosto – noviembre 2018 i-ISSN 0123-7047 e-ISSN 2382-4603 <https://doi.org/10.29375/issn.0123-7047>

Relaciones Padres-Hijo

Escalas de Valoración Psiquiátrica

Pediatría



POLÍTICA EDITORIAL

MISIÓN

La revista MedUNAB, creada en 1997 por la comunidad académica, contribuye al conocimiento de las ciencias de la salud en los ámbitos nacional e internacional, mediante la publicación y difusión de la producción científica en esta área.

VISIÓN

MedUNAB para el 2018 será un referente nacional e internacional en la divulgación de producción científica en las ciencias de la salud con alta calidad.

OBJETIVO GENERAL

Facilitar un espacio para la difusión, el análisis, el debate y la actualización del conocimiento científico en el campo de las ciencias de la salud, en coherencia con el proyecto educativo de la UNAB.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Incrementar el impacto y la visibilidad de la revista en los ámbitos nacional e internacional.
2. Garantizar la mejor calidad editorial por medio de la revisión anónima por pares y la adherencia a las políticas, criterios y recomendaciones de las bases de indexación nacionales e internacionales.
3. Impulsar en la comunidad académica del país en general, y de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNAB en particular, actitudes positivas hacia la búsqueda del conocimiento y la cultura de la difusión escrita de experiencias investigativas.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

La revista MedUNAB es propiedad de la Universidad Autónoma de Bucaramanga la cual es de libre acceso y sin ánimo de lucro. La información personal de quienes hagan parte de cada publicación de la misma se utilizará exclusivamente para los fines declarados por MedUNAB, por lo cual no estará disponible para ningún otro propósito. La reproducción, modificación, distribución de la misma con fines lucrativos requiere la previa autorización de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

© Derechos reservados de autor. Queda prohibida la reproducción parcial o total del material gráfico y editorial de la publicación sin previa autorización escrita del editor. Los artículos publicados en MedUNAB representan la opinión de sus autores y no necesariamente la opinión oficial de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, son responsabilidad exclusiva del autor.

EDITA:

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
Facultad de Ciencias de la Salud: Campus el Bosque
Calle 157 No. 19-55 (Cafíaveral Parque),
Floridablanca, Santander, Colombia
Código postal: 681004
Teléfonos: 6436111 ext. 549, 529 Fax 6433958.

MedUNAB en internet: <http://www.unab.edu.co/medunab>
E-mail: medunab@unab.edu.co

La UNAB dentro del marco de lo previsto por la Constitución Política de Colombia, la Ley 1581 de 2012, Decretos Reglamentarios 1377 de 2013 y 886 de 2014, pone bajo los conocimientos de los lectores de MedUNAB su Política de Privacidad de la Información la cual podrá consultar mediante la página web:
<http://intranet.unab.edu.co/Normatividad/Resoluciones/Resolucion403.pdf>.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

RECTOR

Dr. Alberto Montoya Puyana

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Eulalia García Beltrán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Dr. Gilberto Ramírez Valbuena

DIRECTOR DE INVESTIGACIONES

Dr. Miguel Ángel Hernández Rey

DECANO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DIRECTOR DEL PROGRAMA DE MEDICINA

Dr. Juan José Rey Serrano, MD., MSc.

DIRECTORA DEL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Liliana Stella Quiñonez Torres, Ps., MSc.

DIRECTORA DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA

Olga Lucía Gómez Díaz, Enf., Esp., MSc.

COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES EN CIENCIAS DE LA SALUD Y PSICOSOCIALES

Dr. Sergio Eduardo Serrano Gómez, MD., MSc.

FUNDADOR

Dr. Virgilio Galvis Ramírez, MD., Esp., PhD.

EDITOR EMÉRITO

Germán Oliveros Villamizar, Ing., MSc.

EDITORA

Mary Luz Jaimes Valencia, Enf., MSc., PhD.

COMITÉ EDITORIAL

Ana Lucía Noreña Peña, Enf., Esp., MSc., PhD. (Universidad de Alicante, España)
Fabián Alberto Jaimes Barragán, MD., Esp., MSc., PhD. (Universidad de Antioquia, Colombia)
Fernando Lizcano Losada, MD., Esp., PhD. (Universidad de la Sabana, Colombia)
John Enrique Castiblanco Quinche, MBI., MSc., PhD. (Colegio mayor nuestra señora del rosario, Colombia)
Juan Carlos Eslava Castañeda, MD., MSc. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
Juan Carlos Salazar Uribe, Mat., MSc., PhD. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
Leonardo Augusto Ortega Murillo, Psic., MSc., PhD. (Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia)
Mauricio Urquiza Martínez, Quím., PhD. (Johns Hopkins University, United States)
Percy Manuel Mayta Tristán, MD., PhD. (Universidad Científica del Sur, Perú)

COMITÉ CIENTÍFICO

Clara Virginia Caro Castillo, Enf., MSc., PhD. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
Diego Andrés Rosselli Cock, MD., MSc. (Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)
Diego Torres Dueñas, MD., PhD. (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
Fernando Alonso Rivera, MD. Esp. (Mayo Clinic, United States)
Francisco Alejandro Múnera Galarza, MD., Esp., MSc., PhD. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
Gustavo Bergonzoli Peláez, MD., MSc. (Hospital Tomás Uribe Uribe, Colombia)
Juan Carlos Villar Centeno, MD., PhD. (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
Juan Pablo Casas Romero, MD., PhD. (The London School of Hygiene & Tropical Medicine, United Kingdom)
Laura del Pilar Cadena Afanador, MD., MSp. (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
Leonardo Resstel Barbosa Moraes, MD., MSc., PhD. (Universidade de São Paulo, Brasil)
Mauricio Arcos Burgos, MD., MSc., PhD. (National Institutes of Health, United States)
Miguel Ángel Castro Jiménez, MD., MSc. (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia)
Mónica Mojica Perilla, Ps., MSc., PhD. (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
Roberto Zenteno Cuevas, L. Biología., PhD. (Universidad Veracruzana, México)
Sandra Janashak Cadena, Enf., MSc., PhD. (University of Florida, United States)
Sergio Eduardo Serrano Gómez, MD., MSc. (Universidad Industrial de Santander, Colombia)
Victor M Cárdenas, MD., PhD. (University of Texas, United States)

ASISTENTE EDITORIAL

Angélica María Pedraza Concha, MD.

ESCUELA EDITORIAL

Ardila Castañeda Nicolás, Est. Medicina
Arciniegas Torres Oscar Fabián, Est. Enfermería
Cifuentes Rincón Angélica Belén, Est. Medicina
Galván Salas William Leonardo, Est. Medicina
Garza Lloreda Oscar Camilo, Est. Medicina
Hower Roa Katerin Juliet, Est. Psicología
Niño Meza Oscar Javier, Est. Medicina
Ochoa Duran Thalía Selena, Est. Enfermería
Quiroga Barrera Nicolás Andrés, Est. Medicina
Reyes Serrano Natalia, Est. Medicina
Pinto Cáceres Laura Margarita, Est. Medicina
Pulido Parra Sara Daniela, Est. Medicina
Rojas Silva Ana María, Est. Psicología
Tibaduiza Corzo Anyi Xiomara, Est. Medicina
Trejos Olarte, María de los Ángeles, Est. Medicina
Valbuena Jiménez Keyla Esther, Est. Medicina
Vásquez Cadena Alberto Javier, Est. Medicina

EGRESADOS ASOCIADOS

Nathaly Parra Rincón, Psic.
María Fernanda Barragán Vergel, MD.

CORRECCIÓN DE ESTILO (TEXTOS EN ESPAÑOL)

Biteca Ltda

EQUIPO DE TRADUCCIÓN Y CORRECCIÓN

Biteca Ltda

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Biteca Ltda

Periodicidad: Cuatrimestral (abril-julio/agosto-noviembre/diciembre-marzo)

Editorial

Aportes de la psicometría al ejercicio profesional e investigativo en ciencias de la salud

Iván González-Gallo

Pág 6

Imágenes de medicina clínica

Secuelas oftalmológicas secundarias a Síndrome de Stevens – Johnson

Virgilio Galvis, Angélica Pedraza-Concha, Alejandro Tello, Néstor I. Carreño, Rubén D. Berrospi, Camilo A. Niño

Pág 8

Artículos de investigación científica y tecnológica / Original

Características de la personalidad de los padres o cuidadores de los menores que asisten a controles de salud en entidades de salud públicas y privadas (2013-2015)

Patricia Díaz-Gordon, Martha Eugenia Ortega-Ortiz, Diana Díaz-Cadavid, Angie Sidney Naranjo-García

Pág 12

Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana

Nora Helena Londoño, Diana María Agudelo, Efrén Martínez, Deissy Anguila, Daniel Camilo Aguirre, John Fredy Arias

Pág 45

Artículos de reflexión no derivado de la investigación

Entorno y cuidado: circunstancias que influyen en la calidad de la atención médica percibida por los colombianos

Jessica Andrea Duque-Castro, Juliana Ortiz-Urbano, Diana Marcela Rengifo-Arias

Pág 60

Es preciso reconocer nuestra deuda con la infancia

Jaime Cala-Vecino

Pág 69

Índice temático

Pág 77

Índice de autores

Pág 80

Revisores *ad hoc* en esta edición

Pág 81



Editorial

Contributions of psychometry to health science research and professional practice

Iván González-Gallo

Pag 6

Clinical medical images

Ophthalmic sequelae due to Stevens - Johnson syndrome

Virgilio Galvis, Angélica Pedraza-Concha, Alejandro Tello, Néstor I. Carreño, Rubén D. Berrospi, Camilo A. Niño

Pag 8

Scientific and Technological Research Article / Original

Personality traits of parents or caregivers of children attending health check-ups at public and private healthcare entities (2013-2015)

Patricia Díaz-Gordon, Martha Eugenia Ortega-Ortiz, Diana Díaz-Cadavid, Angie Sidney Naranjo-García

Pag 29

Validation of Derogatis' Questionnaire of 90 Symtoms (SCL-90-R) in a Colombian clinical sample

Nora Helena Londoño, Diana María Agudelo, Efrén Martínez, Deissy Anguila, Daniel Camilo Aguirre, John Fredy Arias

Pag 45

Artículos de reflexión no derivado de la investigación

Environment and care: circumstances that influence the quality of healthcare perceived by the people in Colombia

Jessica Andrea Duque-Castro, Juliana Ortiz-Urbano, Diana Marcela Rengifo-Arias

Pag 60

It is necessary to acknowledge our debt to childhood

Jaime Cala-Vecino

Pag 69

Subject index

Pag 77

Index of authors

Pag 80

Ad hoc peer reviewers in this issue

Pag 81

MedUNAB is included in Lilacs-Bireme, Gale Cengage Learning, Imbiomed, EBSCO (Fuente académica), Directory of Open Access Journals (DOAJ), Periódica e Hinari.

<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab>



Editorial

Contribuições da psicometria para a prática profissional e investigativa em ciências da saúde

Iván González-Gallo

Pag 6

Imagens da medicina clínica

Sequelas oftalmológicas secundárias à Síndrome de Stevens – Johnson

Virgilio Galvis, Angélica Pedraza-Concha, Alejandro Tello, Néstor I. Carreño, Rubén D. Berrospi, Camilo A. Niño

Pag 8

Artigo de investigação científica e tecnológica / Original

Características da personalidade dos pais ou cuidadores acompanhantes de menores nas consultas periódicas em instituições de saúde públicas e privadas (2013-2015)

Patricia Díaz-Gordon, Martha Eugenia Ortega-Ortiz, Diana Díaz-Cadavid, Angie Sidney Naranjo-García

Pag 12

Validação do teste dos 90 sintomas SCL-90-R de Derogatis em uma amostra clínica colombiana

Nora Helena Londoño, Diana María Agudelo, Efrén Martínez, Deissy Anguila, Daniel Camilo Aguirre, John Fredy Arias

Pag 45

Artículos de reflexión no derivado de la investigación

Ambiente e cuidado: circunstâncias que influenciam a qualidade da atenção médica percebida pelos colombianos

Jessica Andrea Duque-Castro, Juliana Ortiz-Urbano, Diana Marcela Rengifo-Arias

Pag 60

É necessário reconhecer a nossa dívida com a infância

Jaime Cala-Vecino

Pag 69

Índice de assuntos

Pag 77

Índice de autore

Pag 80

Parceristas ad hoc de esta edição

Pag 81



Aportes de la psicometría al ejercicio profesional e investigativo en ciencias de la salud

Contributions of psychometry to health science research and professional practice

Contribuições da psicometria para a prática profissional e investigativa em ciências da saúde

La psicometría es una disciplina cuyo fin es la construcción de pruebas que miden y evalúan rasgos y variables psicológicas teniendo como método principal la estadística y las funciones matemáticas (1). Dentro del ejercicio científico se articula y entiende como una práctica, es decir, sirve como soporte para los fines de la aplicación científica en cuanto a su funcionalidad mediante la creación de instrumentos necesarios para el alcance de los objetivos de la ciencia. La primera teoría psicométrica que aún se utiliza dentro de los modelos de medición y evaluación psicológica actuales, “La Teoría Clásica de los Tests” fue constituida a principios del siglo pasado, posteriormente en la segunda mitad de este surgieron nuevas teorías que intentaban responder algunas preguntas cuyas respuestas superan el alcance de la primera (p.e. la Teoría de Respuesta al Ítem). Esto hace que, en la actualidad, la psicometría sea un vasto conglomerado de métodos y técnicas que en la práctica sirven para recolectar un determinado número de datos empíricos acerca del rendimiento, el desempeño, la cantidad o el valor categórico de un grupo o individuo dentro de un contexto particular con el fin de contrastarlo con un constructo teórico

específico; para ello se construyen instrumentos que permiten ordenar dichos datos, calibrarlos y minimizar los errores de medición del rasgo en cuestión. En la práctica, esto es en sí mismo un proceso de investigación continua, pues estos procesos se realizan en muestras poblacionales y los instrumentos deben revisarse con cierta periodicidad, ajustándose a nuevas muestras a través del tiempo y en diferentes lugares geográficos.

Las necesidades sociales respecto al cuidado de la salud mental y comportamental son un objeto de estudio de interés interdisciplinario y multimodal. Al estar incluidas dentro del ejercicio profesional e investigativo de la psicología clínica y de la salud, la medicina, la enfermería, y otras disciplinas relacionadas, cada profesional e investigador formado en estas tiene el potencial de aportar una solución particular a las problemáticas relacionadas con salud mental (p.e. el abuso de sustancias, los trastornos depresivos y de ansiedad, el potencial efecto psicológico de las diferentes patologías en el auto concepto de los pacientes, entre muchas otras). Las pruebas psicométricas se utilizan cada

vez con más frecuencia para la consecución de este fin, ya que poseen la capacidad de evaluar el estado mental y psicosocial de los pacientes. Es así como la psicometría ha generado, hoy por hoy, un conjunto de instrumentos que brindan información valiosa y relevante que puede ser relacionada y contrastada con métodos de naturaleza diferente (como la entrevista, la historia clínica y las mediciones fisiológicas) y así contribuir a la realización de una mejor evaluación, diagnóstico diferencial o contraste de hipótesis. Esto se da gracias a que los instrumentos psicométricos, siempre y cuando estén contruidos con altos estándares de validez y confiabilidad y sean aplicados e interpretados por personal altamente capacitado, proveen al profesional en ciencias de la salud información que es más difícil de obtener, organizar o describir mediante el uso de otras técnicas de evaluación y observación clínica; asimismo, dichas técnicas complementan y contrastan de manera muy valiosa la información obtenida mediante las pruebas. Más allá del diagnóstico, la psicometría ha construido instrumentos que sirven como herramientas de tamizaje, una técnica de filtro que identifica a aquellos individuos con la más alta probabilidad de presentar un trastorno. Esto sirve como soporte para el diseño y desarrollo de acciones estratégicas tanto de intervención y tratamiento como de prevención, así como para la medición de diferentes estados de los participantes de un diseño de investigación de medidas repetidas. Lo anterior también le otorga un potencial uso como herramienta de monitoreo durante el curso de la terapia, ayudando a determinar si existen cambios significativos a nivel clínico o estadístico. Como un ejemplo de los instrumentos más utilizados en estas prácticas se encuentra el Inventario de Depresión de Beck (2). Todo lo anterior es de suma importancia para la investigación científica en ciencias de la salud, ya que ofrece información que permite evaluar la eficacia de las terapias y los programas de promoción y prevención. Un sencillo ejemplo se puede encontrar en los estudios epidemiológicos de riesgo psicosocial, en los cuales los instrumentos psicométricos permiten determinar rasgos de personalidad que aumentan la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo físico y psicológico (3).

Existen, sin embargo, retos que asumir. No existen suficientes pruebas construidas o validadas en el contexto colombiano para realizar todas las potenciales tareas descritas anteriormente, en todos los posibles campos. Se necesita mucho más diálogo interdisciplinario entre los profesionales e investigadores en salud para encontrar acuerdos entre

criterios teóricos y diagnósticos que faciliten que los resultados de las investigaciones tengan una mayor validez en las distintas áreas científicas. Por ejemplo, se necesitan desarrollar pruebas psicométricas cuyas dimensiones se construyan con base en los modelos psiquiátricos de la personalidad del DSM - 5; a su vez, deben existir más instrumentos que ofrezcan un soporte complementario al proceso de atención de enfermería (PAE) contribuyendo a la interrelación NANDA-NIC-NOC (4). Se requieren investigaciones que favorezcan la discusión y el enriquecimiento teórico con otras maneras de medir en salud, como la clinimetría. Como se puede observar, existen áreas con aplicaciones bastante prometedoras que aún no han sido debidamente abordadas por suficientes investigadores en el país. Muchas preguntas de investigación esperan ser formuladas y muchos resultados esperan ser descubiertos. Esto resalta la importancia de que los investigadores en salud comiencen a darse cuenta de las ventajas de contar con instrumentos psicométricos validados en función de los constructos de su interés, y que el ejercicio de construcción y validación de estos instrumentos se enriquezca mediante la interacción con nuevas preguntas, nuevos constructos y nuevas visiones.

Iván González Gallo, Psic., MSc

Docente programa de Psicología de la UNAB
 Grupo de investigación calidad de vida y salud pública
 Universidad Autónoma de Bucaramanga

Referencias

1. Kaplan RM, Sacuzzo DP. Psychological Testing: Principles, Applications, and Issues. 8a ed. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning; 2010.
2. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 1996.
3. Zuckerman M. Sensation seeking (psychology revivals): Beyond the optimal level of arousal. Psychology Press; 2014.
4. Moorheads S, Johnson M, Maas M, Swanson A. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4a ed. Madrid: Elsevier; 2009. p. 10-11.

Secuelas oftalmológicas secundarias a Síndrome de Stevens - Johnson

Ophthalmic sequelae due to Stevens - Johnson syndrome

Sequelas oftalmológicas secundarias a Síndrome de Stevens - Johnson

Virgilio Galvis, MD., Esp., PhD. *

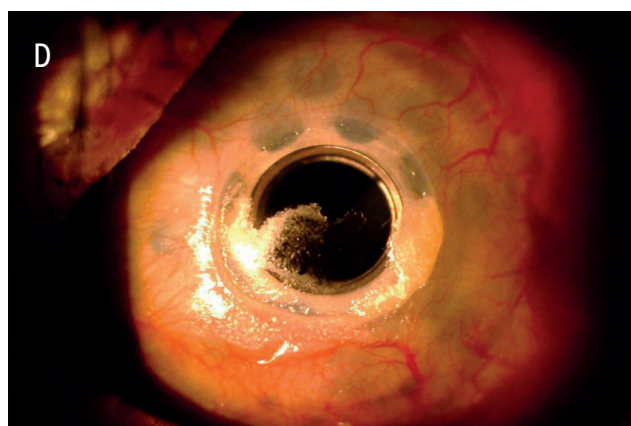
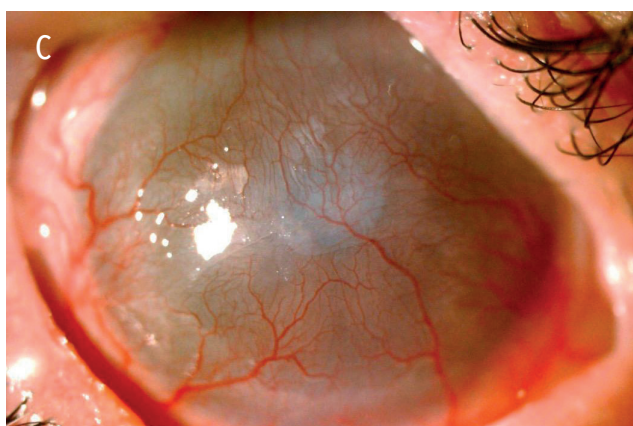
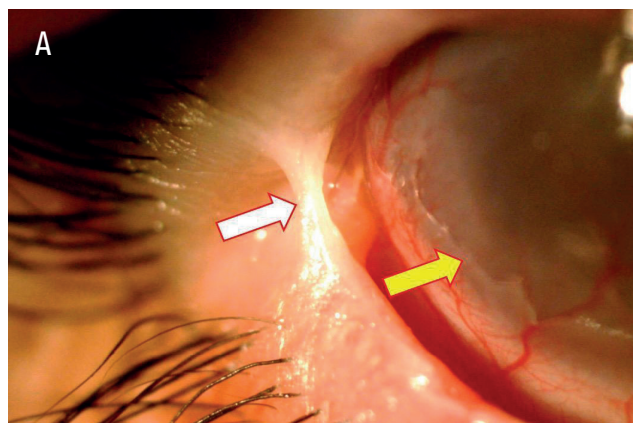
Angélica Pedraza-Concha, MD. **

Alejandro Tello, MD., Esp., PhD. *

Néstor I. Carreño, MD., Esp. ***

Rubén D. Berrospi, MD., Esp. ***

Camilo A. Niño, MD., Esp. ***



*Médico, Especialista en Oftalmología, Subespecialista en Facoemulsificación y Segmento Anterior, Subespecialista en Cirugía refractiva, Doctorado en Investigación, Cirugía y especialidades Médico-quirúrgicas, Doctorado en Ciencias de la Visión, Centro Oftalmológico Virgilio Galvis, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Fundación Oftalmológica de Santander, Floridablanca, Santander, Colombia.

** Médico en Servicio Social Obligatorio, Asistente Editorial, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Floridablanca, Santander, Colombia

***Médico, Especialista en Oftalmología. Centro oftalmológico Virgilio Galvis, Fundación Oftalmológica de Santander, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Floridablanca, Santander, Colombia.

Correspondencia: Angélica Pedraza Concha, Calle 157 No. 14 - 55, Floridablanca, Santander, Colombia. E-mail: apedraza72@unab.edu.co

Artículo recibido: 31 de septiembre de 2018

Artículo aceptado: 23 de noviembre de 2018

Figura A. Simblefaron, es decir adherencia de los bordes de los dos párpados (flecha blanca) y queratinización del limbo esclero-corneal (flecha amarilla) en el ojo derecho. **Figura B.** Ojo derecho: irregularidad del borde del párpado inferior con obstrucción completa y queratinización de los puntos de drenaje de las Glándulas de Meibomio, como consecuencia de la inflamación crónica secundaria al Síndrome de Stevens - Johnson. **Figura C.** Ojo derecho: conjuntivalización completa por falla del limbo y pérdida del epitelio corneal en el ojo derecho de la paciente, llevando a una córnea totalmente opaca como secuela del ojo seco severo crónico secundario al síndrome de Stevens - Johnson. **Figura D.** Ojo izquierdo: queratoprótesis de Boston Tipo I in situ. Se aprecia el cilindro central que permite el paso de la luz al interior del ojo. Los agujeros que translucen a través del tejido se encuentran en la placa de titanio que sostiene fijo el cilindro óptico al tejido corneal de un donante, que se suturó a la córnea periférica de la paciente. Ese tejido corneal donante se encuentra completamente conjuntivalizado y opaco, pero el extremo del cilindro óptico, al ser de material sintético, mantiene la transparencia. Se evidencia queratinización de la superficie con acúmulo de queratina en la interfase entre el material sintético del cilindro y el tejido corneal.

Figure A. Symblepharon, i.e., adhesion from the edges of the two eyelids (white arrow) and keratinization of the sclerocorneal limbus (yellow arrow) in the right eye. Figure B. Right eye: irregularity from the edge of the lower eyelid with complete obstruction and keratinization of the excretory ducts of the Meibomian glands, due to chronicity of the inflammation in consequence to Stevens - Johnson syndrome. Figure C. Right eye: showing complete conjunctivalization due to limbus failure and loss of the corneal epithelium in the patient's right eye, leading to corneal haze as a sequel to chronic severe dry eye secondary to Stevens - Johnson syndrome. Figure D. Left eye: Boston type I keratoprosthesis in situ. As showed, the central cylinder allows light to enter through the eye. The holes seen through the tissue are on the titanium plate that holds the optical cylinder in place on the corneal tissue of a donor, sutured to the patient's peripheral cornea. This donor corneal tissue is completely conjunctivalized and hazy, but since the end of the optical cylinder is made of synthetic material, it remains transparent. Keratinization of the surface is evident, with an accumulation of keratin in the interface between the synthetic material of the cylinder and the corneal tissue.

Figura A. Simbléfaro, ou seja, aderência das bordas das pálpebras (seta branca) e queratinização do limbo esclerocorneano (seta amarela) no olho direito. Figura B. Olho direito: irregularidade da borda da pálpebra inferior com obstrução completa e queratinização dos pontos de drenagem das glândulas meibomianas, como consequência da inflamação crônica secundária à síndrome de Stevens - Johnson. Figura C. Olho direito: conjuntivalização completa devido a falha do limbo e perda do epitélio corneano no olho direito da paciente, ocasionando uma córnea completamente opaca como sequela do olho seco crônico grave secundário à síndrome de Stevens-Johnson. Figura D. Olho esquerdo: ceratoprótese de Boston Tipo I in situ. O cilindro central que permite a passagem da luz para o olho é apreciado. Os orifícios translúcidos através do tecido estão na placa de titânio que segura o cilindro óptico ao tecido corneano de um doador, o qual foi suturado à córnea periférica da paciente. Esse tecido corneano doado está completamente conjuntivalizado e opaco, mas o extremo do cilindro óptico, por ser feito de material sintético, mantém a transparência. É evidente a queratinização da superfície com acúmulo de queratina na interface entre o material sintético do cilindro e o tecido corneano.

Mujer de 75 años con secuelas oftálmicas crónicas secundarias a Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) padecido en 2005, posterior a la ingesta de fenitoína. El SSJ forma parte del espectro de reacciones farmacológicas adversas muco-cutáneas (1-3). La paciente presentó queratoconjuntivitis sicca severa relacionada con la inflamación crónica de la superficie ocular, queratinización de los ductos de la glándula lagrimal en el fondo de saco conjuntival superior e inflamación persistente del borde de los párpados que llevó finalmente a la pérdida de las glándulas de Meibomio. Secundariamente, debido a la grave alteración de la homeostasis de la superficie ocular,

ocurrió la pérdida de las células madre del epitelio corneal en el limbo, distriquiiasis, triquiiasis, y simblefaron, en concordancia con las secuelas reportadas en la literatura (1-3) (Figuras A-C). Por la presencia de ojo seco grave y falla limbar con conjuntivalización secundaria de la córnea, en estos pacientes está contraindicada la realización de un trasplante de córnea. Una alternativa es la implantación de una córnea artificial, o queratoprótesis. A la paciente se le implantó una queratoprótesis Boston tipo 1 en el año 2007 en el ojo izquierdo (OI). Esta prótesis contiene un cilindro que tiene un reborde hecho de polimetilmetacrilato y un eje central de aproximadamente 3 mm de diámetro que

se acopla atornillado a placa posterior (actualmente de titanio) atravesando un disco de córnea de un donante, que a su vez se sutura en la córnea del receptor, luego de reseca la porción central (Figura D) (4,5). De esta manera, aunque se presente conjuntivalización y opacificación del tejido donante, el cilindro central sintético permanecerá translúcido. Como complicación se presentó extrusión del cilindro de la queratoprótesis en 2010, por lo cual fue retirada. Se realizó un reimplante de la queratoprótesis e implante de válvula Ahmed (para el control de la presión intraocular) en 2011. A pesar de ello, presentó un glaucoma secundario de difícil manejo, por lo que la visión con corrección en el OI es solo de 20/200, con un campo visual muy restringido. El ojo derecho (OD) no se ha intervenido quirúrgicamente. La agudeza visual en el OD es movimiento de manos que no mejora.

Recientemente se ha sugerido en la literatura el empleo temprano de medidas agresivas en la fase aguda, como el trasplante de membrana amniótica, lo que podría disminuir la severidad de las secuelas del SSJ (2,6-9).

El uso de queratoprótesis, aunque puede funcionar para mejorar la visión, aún se relaciona con importantes riesgos en este tipo de pacientes, siendo el glaucoma uno de los más frecuentes y la collagenolisis alrededor del cilindro de la prótesis, más probable en estos pacientes de enfermedades relacionadas con autoinmunidad, uno de los más graves (5, 10). El uso del anticuerpo monoclonal Infliximab, por vía intravenosa ante la presencia de collagenolisis, parece prevenir la progresión de la degradación del colágeno, pero se requieren estudios adicionales (11). En conclusión, aún existe mucho por investigar para ofrecer alternativas con seguridad a largo plazo en estos casos difíciles. Nuestra paciente ha preferido esperar por nuevos desarrollos más seguros y efectivos para optar por una alternativa quirúrgica en su OD, pues ella considera que la visión que se ha logrado por el OI luego de múltiples procedimientos, no es satisfactoria.

[Galvis V, Pedraza-Concha A, Tello A, Carreño NI, Berrospi RD, Niño CA. *Secuelas oftalmológicas secundarias a Síndrome de Stevens - Johnson*. MedUNAB. 2018;21(2):8-11. doi:10.29375/01237047.3487]

[Galvis V, Pedraza-Concha A, Tello A, Carreño NI, Berrospi RD, Niño CA. *Ophthalmic sequelae due to Stevens - Johnson syndrome*. MedUNAB. 2018;21(2):8-11. doi:10.29375/01237047.3487]

[Galvis V, Pedraza-Concha A, Tello A, Carreño NI, Berrospi RD, Niño CA. *Secuelas oftalmológicas secundarias a Síndrome de Stevens - Johnson*. MedUNAB. 2018;21(2):8-11. doi:10.29375/01237047.3487]

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Chang VS, Chodosh J, Papaliodis GN. Chronic ocular complications of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: The role of systemic immunomodulatory therapy. *Semin Ophthalmol*. 2016;31(1-2):178-87. doi: 10.3109/08820538.2015.1114841
2. Jain R, Sharma N, Basu S, Iyer G, Ueta M, Sotozono C, et al. Stevens-Johnson syndrome: The role of an ophthalmologist. *Surv Ophthalmol*. 2016;61(4):369-99. doi: 10.1016/j.survophthal.2016.01.004
3. De Rojas V, Dart J, Saw V. The natural history of Stevens-Johnson syndrome: Patterns of chronic ocular disease and the role of systemic immunosuppressive therapy. *Br J Ophthalmol*. 2007;91(8):1048-53. doi: 10.1136/bjo.2006.109124
4. Chang HY, Luo ZK, Chodosh J, Dohlman CH, Colby KA. Primary implantation of type I Boston keratoprosthesis in nonautoimmune corneal dis-

- eases. *Cornea*. 2015;34(3):264-70. doi: 10.1097/ICO.0000000000000357.
5. Sayegh RR, Ang LP, Foster CS, Dohlman CH. The Boston keratoprosthesis in Stevens-Johnson syndrome. *Am J Ophthalmol*. 2008;145(3):438-44. doi: 10.1016/j.ajo.2007.11.002. Epub 2008 Jan 22.
6. Schneider JA, Cohen PR. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Concise Review with a Comprehensive Summary of Therapeutic Interventions Emphasizing Supportive Measures. *Adv Ther*. 2017;34(6):1235-1244. doi: 10.1007/s12325-017-0530-y
7. Galvis V, Tello A, Laverde C, Santaella G, Gómez AJ, Diaz AL. Amniotic membrane transplantation in Stevens-Johnson syndrome. *Surv Ophthalmol*. 2017;62(2):248-249. doi: 10.1016/j.survophthal.2016.10.001
8. Gregory DG. New Grading System and Treatment Guidelines for the Acute Ocular Manifestations of Stevens-Johnson Syndrome. *Ophthalmology*. 2016;123(8):1653-58. doi: 10.1016/j.opththa.2016.04.041
9. Sharma N, Thenarasun SA, Kaur M, Pushker N, Khanna N, Agarwal T, Vajpayee RB. Adjuvant Role of Amniotic Membrane Transplantation in Acute Ocular Stevens-Johnson Syndrome: A Randomized Control Trial. *Ophthalmology*. 2016;123(3):484-91
10. Robert MC, Dohlman CH. A review of corneal melting after Boston Keratoprosthesis. *Semin Ophthalmol*. 2014;29(5-6): 349-57. doi: 10.1016/j.opththa.2015.10.027
11. Robert MC, Črnej A, Shen LQ, Papaliodis GN, Dana R, Foster CS, Chodosh J, Dohlman CH. Infliximab after Boston Keratoprosthesis in Stevens-Johnson Syndrome: An Update. *Ocul Immunol Inflamm*. 2017;25(3):413-417. doi: 10.3109/09273948.2016.1145237

Características de la personalidad de los padres o cuidadores de los menores que asisten a controles de salud en entidades de salud públicas y privadas (2013-2015)

Personality traits of parents or caregivers of children attending health check-ups at public and private healthcare entities (2013-2015)

Características da personalidade dos pais ou cuidadores acompanhantes de menores nas consultas periódicas em instituições de saúde públicas e privadas (2013-2015)

Patricia Díaz-Gordon, Psic., Esp.*

Martha Eugenia Ortega-Ortíz, Psic., Esp., MSc.**

Diana Díaz-Cadavid, Psic. ***

Angie Sídney Naranjo-García, Enf.***

Resumen

Introducción. El estudio de la personalidad resulta complejo por una multiplicidad de factores (biológicos, psicológicos, sociales, culturales, entre otros). Los rasgos indican personalidad funcional (saludable) o disfuncional (patológica). Los estudios de personalidad más destacados se enfocan en trastornos o alteraciones de la personalidad. En el 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó una mayor prevalencia del trastorno afectivo bipolar (60 millones de pacientes), la esquizofrenia y otras psicosis (21 millones de

pacientes), y la demencia (47,5 millones de pacientes). Sin embargo, son escasos los estudios de salud mental en personas con personalidad funcional, como lo plantea esta investigación. La OMS afirma que la salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales y es parte integral de la salud, pues no hay salud sin salud mental. El objetivo es describir los rasgos de personalidad de los padres que asisten con sus hijos a controles de salud en entidades de salud públicas y privadas (2013-2015). **Metodología.** Estudio descriptivo de corte transversal que evalúa 14 variables de personalidad; muestra por conveniencia: 145 padres

* Psicóloga, Especialista en Pedagogía, Magister en Educación, Docente Asociado Programa de Psicología, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Floridablanca, Santander, Colombia

** Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica, Especialista en Docencia Universitaria, Magister en Psicología, Docente de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Floridablanca, Santander, Colombia

*** Psicóloga, Profesional en Psicología de El Comité de Rehabilitación, Medellín, Antioquia, Colombia

Correspondencia: Patricia Díaz Gordon, Carrera 33 No.52 - 133. Piso 1, el Promess, código postal 618001. E-mail: pdiazgor@unab.edu.co

Artículo recibido: 16 de junio de 2016

Artículo aceptado: 08 de agosto de 2018

que asisten a los controles de salud con sus hijos de hospitales locales, públicos de Girón y Bucaramanga, y la empresa privada de carácter social, “El Comité de Rehabilitación” (Medellín). Se recolectó información con el cuestionario sociodemográfico y el Test CUIDA (Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores). **Resultados.** El 93.1 % de los padres o cuidadores son mujeres y el 6.9 %, hombres; el 84.8 % está entre los 30 y 59 años de edad; sus estratos socioeconómicos son 1, 2 y 3; el 50 % son madres cabeza de hogar. Los padres o cuidadores con personalidad funcional, presentaron debilidades en los puntajes de las pruebas, pues manifestaron dependencia emocional, baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, poca flexibilidad, dificultad para establecer vínculos afectivos y baja capacidad de resolución de duelo, entre otros. Pocos padres tuvieron puntajes altos en los factores que benefician el cuidado de sus hijos; entre el 0 % y el 22.9 %. **Conclusiones.** En la muestra, compuesta en su mayoría por madres cabeza de hogar, pocas lograron puntajes altos en las pruebas; aquellos que se esperaban en personas con personalidad funcional. Por el contrario, predominaron los puntajes bajos, que poco favorecen el cuidado de la salud de los hijos. Las características de personalidad funcionales o no, son transmitidas en el proceso de crianza maternal más que paternal. [Díaz-Gordon P, Ortega-Ortiz ME, Díaz-Cadavid D, Naranjo-García AS. *Características de la personalidad de los padres o cuidadores de los menores que asisten a controles de salud en entidades de salud públicas y privadas (2013-2015)*. MedUNAB. 2018;21(2):12-28. doi:10.29375/01237047.2424]

Palabras Clave: Personalidad; Crianza del Niño; Responsabilidad Parental; Maternidad; Relaciones Padres-hijo.

Abstract

Introduction. The study of personality is complex due to a multiplicity of factors (biological, psychological, social and cultural, among others). Traits indicate a personality that is functional (healthy) or dysfunctional (pathological). The most outstanding personality studies focus on personality disorders or abnormalities. In 2017, the World Health Organization (WHO) reported a higher prevalence of bipolar affective disorder (60 million patients), schizophrenia and other psychoses (21 million patients), and dementia (47.5 million patients). However, there are few studies of mental health in people with a functional personality, as considered in this research. The WHO asserts that mental health is more than the absence of mental disorders and

it is an integral part of health, since there is no health without mental health. The objective is to describe the personality traits of parents attending health check-ups with their children at public and private healthcare entities (2013-2015). **Methodology.** Descriptive cross-sectional study that assesses 14 personality variables; convenience sample: 145 parents attending health check-ups with their children at local public hospitals in Girón and Bucaramanga, and private social company “The Rehabilitation Committee” (Medellín). Information was gathered using the sociodemographic questionnaire and the CUIDA Test (Questionnaire for the Assessment of Adoptive Parents, Caregivers, Guardians and Mediators). **Results.** 93.1 % of the parents or caregivers are women and 6.9 % are men; 84.8 % aged between 30 and 59; their socioeconomic levels are 1, 2 and 3; 50 % are single mothers. The parents or caregivers with a functional personality showed weaknesses on test scores, as they showed emotional dependency, low self-esteem, low frustration tolerance, limited flexibility, difficulty in establishing emotional ties and low grief resolution capacity, among others. Few parents had high scores on the factors that benefit the care of their children: between 0 % and 22.9 %. **Conclusions.** In the sample, mostly made up of single mothers, few achieved the high-test scores that were expected in people with a functional personality. On the contrary, low scores predominated, which are not very favorable for the care for children’s health. Personality traits, whether they are functional or not, are transmitted more in the child rearing process by mothers than by fathers. [Díaz-Gordon P, Ortega-Ortiz ME, Díaz-Cadavid D, Naranjo-García AS. *Personality traits of parents or caregivers of children attending health checkups at public and private healthcare entities (2013-2015)*. MedUNAB. 2018;21(2):12-28. doi:10.29375/01237047.2424]

Keywords: Personality; Child Rearing; Parental Responsibility; Maternity; Parent-child Relationships.

Resumo

Introdução. O estudo da personalidade é complexo por uma multiplicidade de fatores (biológicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros). Traços indicam personalidade funcional (saúdável) ou disfuncional (patológica). Os estudos de personalidade mais destacados focam em transtornos ou alterações da personalidade. Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) relatou uma maior prevalência de transtorno afetivo bipolar (60 milhões de pacientes), esquizofrenia e outras psicoses (21 milhões de

pacientes), e demência (47,5 milhões de pacientes). Entretanto, existem poucos estudos de saúde mental em pessoas com personalidade funcional, como sugere esta pesquisa. A OMS afirma que a saúde mental é mais que a ausência de transtornos mentais e é uma parte importante da saúde, já que não há saúde sem saúde mental. O objetivo é descrever os traços de personalidade dos pais que acompanham seus filhos nas consultas periódicas de saúde em instituições de saúde públicas e privadas (2013-2015). **Métodos.** Estudo descritivo transversal que avalia 14 variáveis de personalidade; amostra por conveniência: 145 pais que acompanham seus filhos nas consultas periódicas ou check-up de saúde em hospitais locais públicos de Girón e Bucaramanga, e na empresa privada de natureza social “El Comité de Rehabilitación” (Medellín). As informações foram coletadas usando um questionário sociodemográfico e o Questionário para Avaliação de Adotantes, Cuidadores, Tutores e Mediadores ou Teste CUIDA (por suas siglas em espanhol). **Resultados.** 93,1 % dos pais ou cuidadores são mulheres e 6,9 % homens; 84,8 % têm entre 30 e 59 anos de idade; suas classes socioeconômicas são 1, 2 e 3; 50% são mães chefes de família. Os pais ou cuidadores com personalidade funcional, mostraram fraquezas nos resultados dos testes, pois manifestaram ter dependência emocional, baixa autoestima, pouca tolerância à frustração, inflexibilidade, dificuldade em estabelecer laços afetivos e pouca capacidade para lidar com o processo de luto, entre outros. Poucos pais tiveram altas pontuações nos fatores que beneficiam o cuidado dos filhos; entre 0 % e 22,9 %. **Conclusões:** Na amostra, composta principalmente por mães chefes de família, poucas delas conseguiram altas pontuações nos testes, como esperado em pessoas com personalidade funcional. Pelo contrário, predominaram as pontuações baixas, o que não favorece a atenção à saúde dos filhos. As características da personalidade funcional, ou não, são transmitidas no processo de criação materna mais do que paterna. [Díaz-Gordon P, Ortega-Ortiz ME, Díaz-Cadavid D, Naranjo-García AS. Características da personalidade dos pais ou cuidadores acompanhantes de menores nas consultas periódicas em instituições de saúde públicas e privadas (2013-2015). *MedUNAB*. 2018;21(2):12-28. doi:10.29375/01237047.2424]

Palavras-chave: Personalidade; Relações Pais-filho; Educação Infantil; Violência Doméstica; Comportamento Social; Comportamento Infantil.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) catalogó los trastornos de personalidad como enfermedades de salud mental. En el 2017, reportó una gran prevalencia del trastorno afectivo bipolar (cerca de 60 millones de personas afectadas), la esquizofrenia y otras psicosis (cerca de 21 millones de personas afectadas), y la demencia (cerca de 47,5 millones de personas afectadas) (1). La prevalencia de trastornos mentales tiende a ir en aumento. Estos afectan gravemente la salud de quienes los padecen y tienen consecuencias considerables en el ámbito de los derechos humanos y a nivel socioeconómico (1). Si bien los estudios de la personalidad suelen enfocarse en trastornos o alteraciones de la personalidad patológica, hay poca información sobre la salud mental de las personas con personalidad funcional (no patológica) y por lo general, solo hay propuestas de acciones o programas generales de salud mental.

En Colombia, “los trastornos de personalidad y otros problemas mentales” se estudian a partir de los reportes epidemiológicos de la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015. Existen tres grupos de clasificación: el grupo A, conformado por trastornos esquizoides, esquizotípicos, paranoides y patologías del espectro psicótico; el grupo B, conformado por los trastornos de personalidad, incluyendo los de tipo histriónico, antisocial, narcisista y límite, además de las perturbaciones del afecto, multi-impulsividad y autoagresión o heteroagresión; y el grupo C, en el que se encuentran los trastornos de personalidad de tipo obsesivo, evitativo, dependiente y los trastornos de ansiedad. En esta encuesta, no se pretendía diagnosticar a los participantes, sino medir los rasgos de la personalidad relacionados con cada grupo de trastornos (2). Los resultados fueron: para el grupo A, el 46 % de la población de 18 años en adelante tiene uno o dos rasgos de personalidad con referencia a los trastornos del grupo (de aquí en adelante se escribirá solo con rasgos con presencia o no de ello), el 37,3 %, ningún rasgo de personalidad y el 16,8 %, de 3 a 5 rasgos de personalidad “con distribución similar entre hombres y mujeres”; para el grupo B, el 39,8% de la población de 18 años en adelante no tiene rasgos y el 40,8 % tiene uno o dos rasgos de personalidad límite “siendo similar la proporción entre hombres (40,2 %) y mujeres (39,5 %)”; para el grupo C, el 49,4 % de la población de 18 años en adelante no tiene rasgos, el 35,8 %, uno o dos, el 14,1 %, de tres a cinco rasgos y el 0,6 %, con seis rasgos de personalidad con referencia a los trastornos del grupo (2).

En los datos hay un porcentaje de población por grupo que no tiene rasgos de personalidad relacionados con el problema o trastorno mental: en el grupo A, el 37,3 %; en el grupo B, el 38 %; y en el grupo C, el 49 %. Sin embargo, no es claro qué significan estos porcentajes porque en las pruebas de personalidad que se utilizaron en la encuesta no se miden todos los rasgos de un trastorno o problema. Cada prueba o combinación de pruebas (kit) busca abarcar, en lo posible, un amplio espectro de rasgos. Los porcentajes que indican ausencia de rasgos, pueden significar varias cosas: Una, la persona no tiene rasgos relacionados con el trastorno o problema. Dos, puede tener rasgos de trastornos de personalidad, pero no es evidente el rasgo. Tres, no se contemplan en la encuesta otros rasgos de otros tipos de trastornos de personalidad. También, hay que tener en cuenta que las mediciones no tienen la intención de servir de referencia para comprender a los individuos como personas con una dinámica y un desarrollo en el ciclo vital (3).

Los rasgos de la personalidad se consideran patológicos cuando son patrones inflexibles o poco adaptativos, y generan malestar hasta el punto de llevar al individuo al deterioro funcional. Es ahí cuando los rasgos de la personalidad se constituyen en categorías de trastornos de personalidad (4).

El trastorno de personalidad afecta la salud mental y física de los pacientes, y por lo tanto, su calidad de vida, la de su grupo familiar y la de sus círculos sociales. En ese sentido, los estudios sobre personalidad funcional, adquieren importancia porque muestra el potencial de desarrollo y la capacidad de adaptación de la persona para el desempeño de los diversos roles, como padre, cuidador, hijo, trabajador, estudiante, entre otras (5, 6).

Desde la psicología, como ciencia social del comportamiento humano, se asume que la personalidad es un concepto complejo: una estructura en la que inciden múltiples variables. La forma de reconocer sus cambios es por medio de la conducta y las acciones, en especial, las que ocurren en la cotidianidad, en casa, entre padres e hijos. Los padres, familiares o cuidadores son responsables del cuidado primario de la salud de los niños (7). El conocimiento de los aspectos relacionados con esta labor facilita que el personal de salud haga participe a los padres de la adherencia al tratamiento de sus hijos, y que, por lo tanto, haya más seguridad y eficiencia.

Sin embargo, el aprendizaje de la salud y sus cuidados en los niños proviene directamente de

la experiencia de los padres y no de los procesos educativos de las entidades de salud, que no logran la misma trascendencia. Si bien existen programas para sensibilizar a las personas respecto a la salud, pocos están orientados a los cuidadores. De ahí que los padres o cuidadores validen más los resultados positivos de su experiencia, y asuman el cuidado según su sentido de vida. La importancia que le dan a la salud y a la enfermedad proviene de sus sistemas de creencias y de las evidencias que la experiencia les ha dado (8).

Los aprendizajes de la salud son transmitidos por los padres o cuidadores desde la niñez; se interiorizan mediante hábitos y se convierten en rutinas y costumbres. De esta manera, se interioriza la disciplina en la vida. Una vez se adquiere la disciplina, los hábitos pueden perdurar en el tiempo y ser la base para el aprendizaje de conductas saludables en los diferentes ámbitos de la vida: la educación, el trabajo y, en general, la calidad de vida (9). Entonces para lograr los objetivos de salud, entendida como lo plantea la Organización Mundial de la salud, OMS, es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (10). En ese sentido, es fundamental que el personal de salud comprenda las necesidades y características de los padres o cuidadores en el momento en el que cuidan a los niños. Los padres pueden desarrollar conductas protectoras o de riesgo para la salud y la adherencia al tratamiento, pero también pueden contribuir con el desarrollo de una personalidad sana en los menores.

Desde el punto de vista legal, la familia es:

“una estructura social que se construye a partir de un proceso que genera vínculos de consanguinidad o afinidad entre sus miembros. Por tanto, sin bien la familia puede surgir como un fenómeno natural producto de la decisión libre de dos personas, lo cierto es que son las manifestaciones de solidaridad, fraternidad, apoyo, cariño y amor; lo que estructuran y le brindan cohesión a la institución” (11).

El cuidado que ofrece la familia es clave para garantizar el desarrollo del menor; es un tema con una amplia literatura científica en ciencias sociales, dentro de la cual se encuentra la psicología, la cual hace sus aportes al respecto, pero también desde el punto de vista legal, se relaciona con las políticas públicas del país. En Colombia, la regulación del Cuidado, la Asistencia familiar y las Obligaciones Alimentarias

a favor de menores, se halla en los artículos 42, 43, 44 y 45 de la Constitución Política. Estos artículos están contenidos en un capítulo especial, en el que se enmarcan los derechos de la familia, del niño, niña y adolescente. En el artículo 44, por ejemplo, se establece que: “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión [...] Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás” (12). Asimismo, existe la Ley 1098 de 2006 (Código de la Infancia y la Adolescencia) que tiene “por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna” (13, 14).

Según estos parámetros, los padres o cuidadores son responsables del sano desarrollo de cada miembro. Por ello, la personalidad se convierte en una variable central para el logro de las funciones que les competen. La familia es el origen y centro de la educación informal de los hijos; provee las bases del afecto que brindan padre y madre o, en su ausencia, el cuidador permanente: “ellos son los responsables de las competencias parentales necesarias para practicar sus tareas en la dirección del bienestar de niño/a, adolescente” (15-18).

Los estudios de personalidad de los padres o cuidadores permanentes, han permitido establecer características de personalidad favorables y desfavorables para el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes y su adaptación al ambiente (15, 19). Entre los rasgos poco favorables de la personalidad, se encuentran los déficits emocionales (dificultad de apego, resolución de duelos, equilibrio emocional, empatía, entre otros). Estos se relacionan con el abuso, el maltrato y la violencia infantil, especialmente en mujeres que se encuentran expuestas a presiones sociales que inciden en su comportamiento e historia de vida (20-23). Por otro lado, los rasgos de personalidad favorables, como la autonomía, la solución asertiva de problemas, la reflexividad, la empatía, el equilibrio emocional y la apertura, han propiciado un desarrollo favorable de la personalidad en los niños (17, 24).

El desarrollo de la personalidad involucra diferentes factores, entre ellos, el temperamento, producto de la

herencia y del carácter, que se forma a medida que el sujeto se relaciona con el medio y aprende de este (24, 25). La familia es la base de su estructuración, puesto que los padres socializan sus comportamientos. De esta manera, los padres pueden ser un factor de riesgo que favorece la presencia de problemáticas afectivas, familiares, educativas y sociales. Los estudios han demostrado cómo puede afectar de manera positiva una familia funcional el sano desarrollo de los hijos y propiciar su adaptación, mientras que la disfuncional puede menoscabar su desarrollo integral (15, 16, 26, 27). La pobreza y las dificultades económicas, que constantemente afrontan los menores, también perjudican el sano desarrollo de su personalidad e inciden, paulatinamente, en su desarrollo socioafectivo(26).

Las investigaciones concuerdan en que la personalidad es causa y efecto: su estructura genera consecuencias en el modo de actuar de las personas, que a su vez inciden en otros. Según reportes de medicina legal, en el país, entre enero y noviembre del 2017, ocurrieron 70.806 casos de violencia intrafamiliar (28). Una de las causas corresponde a las características del agresor: bajo o nulo control de impulsos, baja autoestima y carencias afectivas, en las que se incluyen experiencias de maltrato en la infancia (29). Asimismo, la personalidad se menoscaba por el contexto social, económico y cultural. En esta estructura, se encuentra la familia, que también cumple la doble función de causa y efecto del desarrollo de la personalidad. Este proceso de mutuas influencias ocurre gracias a la socialización de padres e hijos, que asimilan e interiorizan valores, actitudes, comportamientos, costumbres, modos de resolución de conflictos, seguridad y aflicciones de la familia (30- 32).

Los padres o cuidadores se involucran emocionalmente en el cuidado y la crianza de sus hijos; desean que sean saludables y desarrollen un buen físico, que se capaciten para lograr autosuficiencia económica en la edad adulta, y que piensen y actúen según el contexto cultural. Además, tienen interés especial en que sus hijos aprendan la moral y los códigos sociales, respeten las leyes, se identifiquen con una religión y asuman alguna ideología política (26, 33-35).

Aunque se ha avanzado ampliamente en la manera de criar a los hijos, cada vez cobra mayor importancia la figura del cuidador. Los padres no son los únicos que intervienen en la crianza, hay otros familiares que asumen el papel; tíos, abuelos, hermanos, e incluso personas que no son familiares (adoptantes).

Por tal motivo, los estudiosos del comportamiento han construido instrumentos de medición de la personalidad, en las que involucran la figura del cuidador en un sentido más amplio; no solo los padres, sino también familiares y no familiares que asumen la crianza del menor.

Uno de estos instrumentos de medición es el CUIDA (Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores), que mide la personalidad funcional en cuidadores biológicos, adoptantes, titulares y en custodia. Fue creado en España por F. A. Bermejo, I. Estevez, M. I. García, E. García-Rubio, M. Lapastora, P. Letamendía, J. Cruz, A. Polo, M. J. Sueiro y F. Velázquez en el año 2006. Ha sido validado en varios países de habla hispana y portuguesa: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, República Dominicana, República de Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Puerto Rico, El Salvador y Uruguay (36). En cada país, se han realizado procesos de tipificación. Como el propósito de esta investigación no es la validación del instrumento, no se amplía la información al respecto, pero se mencionan datos precisos sobre las características psicométricas de este. Para el caso de Colombia, la fundamentación y construcción de este instrumento sigue las “leyes y los principios generales de los postulados teóricos que rigen psicométricamente a los instrumentos psicológicos” (18, 19).

Para estos autores, la personalidad funcional del cuidador hace referencia a las características concretas del cuidador, tutor, padres biológicos o adoptantes. Se destaca la capacidad de tomar decisiones, equilibrio emocional, seguridad en sí mismo, firmeza, autoestima, paciencia, sensibilidad hacia los otros, altruismo con sus semejantes, capacidad de comunicar verbal y no verbalmente, empatía, capacidad de escucha y de observación y buena capacidad para establecer vínculos afectivos o de apego. Cada una de estas características mencionadas, facilitan un desarrollo afectivo estable, un equilibrio emocional y permiten revisar la capacidad de resolución del duelo, de tal modo que se esperan respuestas favorables de las personas ante situaciones de pérdida, (dejar o renunciar a las actividades que le guste, a las personas, animales u objetos). Con esta disposición se favorece la integración de situaciones dolorosas, se ayuda al otro con sus propias pérdidas familiares u otras situaciones, pudiendo separarse afectivamente cuando termine la tutela, y el mediador sea capaz de transmitir a las partes la idea de resolución del conflicto (37).

Entonces, responder ante los obstáculos o limitaciones que tenga la persona cuidadora sobre quien se cuida o cría requiere de una buena capacidad de tolerancia a la frustración “sin reaccionar con impulsividad y sin sentirse excesivamente estresado/a” (37). Estos son aspectos que posibilitan la futura consolidación de una estructura de personalidad adaptable a las diferentes circunstancias que deba sortear el infante. Así mismo, la flexibilidad es otro factor de personalidad necesario en cuanto que permite el ajuste y adaptación a cada situación, respondiendo con diferentes alternativas de forma creativa y original (37).

También se espera una buena capacidad empática que favorezca las relaciones para crear un buen nivel de escucha y comprensión de los problemas. Igualmente, crear independencia como un factor importante significa tener esa misma capacidad para orientar o dirigir, según sea la situación. Además, la reflexividad como la habilidad de planificar cuando se está expuesto a situaciones límite y no la impulsividad. Si los padres, cuidadores o adoptantes permanentes son personas sociables, tendrán más facilidad para relacionarse e incrementar las posibilidades de acercamiento. Así, no se puede esperar que exista un perfil único para ser cuidador, padre, tutor o adoptante; este deberá adaptarse a las características concretas de la persona cuidada o criada, así como del lugar y del momento en que desempeñe la tarea.

De esta manera resulta relevante generar una investigación que permita describir los rasgos de personalidad en padres de familia que asisten con sus hijos a controles de salud en las entidades correspondientes (2013-2015). Se focaliza el estudio de los padres y cuidadores que acuden a citas de control programadas para los pacientes en tres entidades de salud ubicadas en lugares diferentes: Hospital San Juan de Girón, ubicado en el Municipio de Girón (Santander); el Hospital Local del Norte, ubicado en el barrio Norte de la ciudad de Bucaramanga (Santander); y El comité de Rehabilitación en Medellín (Antioquia).

Metodología

Estudio exploratorio descriptivo de corte transversal, en el que se evaluaron los rasgos funcionales de la personalidad de padres o cuidadores. Se estableció como único criterio de inclusión que los padres de familia o cuidadores familiares fueran usuarios del sistema de salud y llevaran al paciente a las consultas

programadas en una entidad de salud (en edades desde el primer mes de nacido hasta los 18 años). Se escogió la muestra por conveniencia, pues se trata de una población cautiva. Son los padres de familia y cuidadores que llevan al menor a las citas de salud en cada entidad (de las dichas anteriormente). La muestra estuvo conformada por 134 padres de familia. Entre estos se encontraron 10 hombres distribuidos de la siguiente manera: 3 en el Comité de Rehabilitación, 1 en el Hospital San Juan de Girón y 6 en el Hospital Local del Norte. 124 de los participantes fueron mujeres las cuales 76 pertenecían al del Comité de Rehabilitación (Medellín), 30 Hospital San Juan de Girón (Girón) y 29 Hospital Local del Norte (Bucaramanga). La participación alta de las mujeres ocurrió porque los padres que las acompañaban a ellas decidieron no contestar la prueba mientras que ellas permitían el fácil acceso a la entrevista.

Procedimiento:

El presente estudio tiene su origen en la investigación sobre el efecto del programa canguro en niños entre 12 a 18 meses. Después de estar en este programa, los investigadores evalúan a los niños y niñas en sus casas. En el proceso, los investigadores encuentran que hay padres persistentes en los programas y otros que no continúan en él a pesar de compartir las mismas condiciones sociales y económicas (estratos 1, 2 y 3). Después de revisar varios factores se concluye que la personalidad juega un papel central, lo que permitió a estos mismos investigadores desarrollar el posterior estudio de la personalidad funcional no patológica en este grupo de padres (43 en total, estratos de 1 a 3). Emplean el cuestionario CUIDA, que mide la personalidad funcional de cuidadores biológicos, adoptivos titulares o con custodia. Concluyen que pocos padres, entre el 3% al 33% de los estudiados, poseen fortalezas para el altruismo, el asertividad, la capacidad para resolver problemas, la empatía, el equilibrio emocional, la independencia, la reflexibilidad, la capacidad de establecer vínculos y la capacidad de resolución de duelo clave para las pérdidas o desapegos. La mayoría presentó pocas fortalezas: entre el 18% al 70% en los rasgos de la personalidad, en autoestima, apertura, asertividad, capacidad de resolver problemas, empatía, equilibrio emocional, independencia, flexibilidad, reflexibilidad, sociabilidad, tolerancia a la frustración, la capacidad de establecer vínculos y la capacidad de resolución de duelo.

Para comprender mejor qué significa este tipo de estudios (el referenciado y el actual), es necesario precisar la problemática de la personalidad en los padres y el valor que adquiere la personalidad funcional no patológica en cuidadores naturales como los padres u otros que asumen este rol. Varios aspectos se consideran para este artículo: la personalidad patológica y funcional, las características del cuidador y las leyes para regular la familia en sus funciones.

En cada entidad de salud se presentó el proyecto a los responsables de la aprobación de la investigación. Las investigadoras asistieron a cada entidad en la toma de datos acompañadas de estudiantes de psicología de último nivel, los cuales fueron entrenados previamente en la aplicación del instrumento, siempre acompañados de las investigadoras en Santander. Para la situación del Hospital de Girón, el horario de la institución iba de 8 a.m. a 2 p.m. y las investigadoras llegaban a las 7 a.m. porque los padres asistían temprano y se le explicaba a cada uno el objetivo de la investigación, siempre con el acompañamiento de la persona encargada de coordinar tales actividades en ese hospital. Se aprovechó el horario antes de la cita programada. En el Hospital del Norte en Bucaramanga, se procedió de manera similar, con el acompañamiento de un empleado responsable y con horarios programados en la mañana. En el caso del Comité de Rehabilitación en Medellín, las psicólogas de la entidad conocían a cada madre de familia que asistía a los controles programados, por lo que las mismas psicólogas tomaron los datos sin colaboración de estudiantes auxiliares. Con esta entidad, el programa de psicología de la UNAB tenía un convenio para practicantes de psicología en su momento.

En promedio, la entrevista estructurada (cuestionario del test CUIDA) tuvo una duración de una hora (un ritmo lento); a veces se invertía más tiempo cuando los padres hacían preguntas sobre los reactivos (ítem, afirmaciones) del cuestionario, expresaron algunos: “me puso a pensar lo que preguntan, quiero saber...”. El tiempo de recolección de datos fue de 18 meses. La muestra final estuvo compuesta por 134 padres de familia distribuidos en cantidades similares, en las tres instituciones ya mencionadas. Con el objetivo de guardar el principio de autonomía, cada uno de los participantes estuvo de acuerdo al participar y firmó un consentimiento informado.

Instrumentos:

Para el caso de la presente investigación se eligió un instrumento psicológico que mide la personalidad funcional para la crianza: el test CUIDA, creado en el año 2006. Este es un cuestionario que permite obtener un perfil de personalidad funcional y no patológica. Se emplea en este estudio como un medio de exploración de la personalidad de los padres y cuidadores que llevan a sus hijos a los servicios de salud para controles en su desarrollo (36). Cuidar la salud, es una de las funciones que asumen las figuras parentales en el proceso de crianza e indica la disposición de los padres y cuidadores para atender las necesidades del desarrollo y la responsabilidad a la hora de proporcionar seguridad y bienestar al menor (17, 18). El instrumento fue comprado a TEA Ediciones, empresa fundada en 1957, de origen español, dedicada a la edición y elaboración pruebas de evaluación psicológica que ha validado en diferentes países para establecer sus respectivos baremos en lengua española: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, República Dominicana, República de Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Puerto Rico, El Salvador y Uruguay. La empresa cuenta con tres portales propios en Internet destinados a la evaluación y corrección de pruebas psicológicas, así como a la formación *online*. A través de estos portales se procesan los datos de la prueba de personalidad CUIDA. La prueba evalúa la capacidad de una persona para proporcionar la atención y el cuidado adecuado a un hijo biológico, adoptado, en acogida, custodia o tutelado, o a un menor a cargo de una institución. Contiene 189 elementos de donde se valoran catorce variables de personalidad que aportan información sobre estilos de crianza; como resultado, se emite un informe individual con un perfil, señalando los puntajes altos (de 7 a 9), medios (de 4 a 6) y bajos (de 1 a 3). Para efectos del presente estudio, solo se consideran los puntajes altos y bajos que indican, respectivamente, la funcionalidad esperada como una fortaleza (7 a 9) y baja funcionalidad, como debilidad del individuo (1 a 3). Los puntajes medios se excluyen acá dado que constituyen el promedio y no son destacables para el rol de cuidador.

Las variables que mide El Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA) son: altruismo, apertura, asertividad, autoestima, capacidad de resolver problemas, empatía, equilibrio emocional, independencia, flexibilidad, reflexividad, sociabilidad, tolerancia a la frustración, capacidad de establecer

vínculos afectivos o de apego y capacidad resolución del duelo. Construido inicialmente en España, pero ha sido validado en varios contextos y desde su publicación en 2006, es una herramienta de referencia en la evaluación de un cuidador para una persona en situación de dependencia. Actualmente es muy usada en adopción y acogimiento, evaluaciones forenses de custodias de menores o competencia parental, así como para procesos de selección de personal de cuidadores, enfermeros, maestros o tutores o en la evaluación clínica de padres o cuidadores, entre otros diversos campos. Además, la prueba supera las barreras del país de origen, pues ha sido aplicada en más de veinte países diferentes con resultados satisfactorios, entre los que se mencionan España, Italia, Portugal, Colombia, México, Guatemala, Costa Rica, El Salvador, Bolivia, Panamá, Venezuela, Andorra, Argentina, Chile, Ecuador, Estados Unidos, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, Polonia, Puerto Rico, República Dominicana, Suiza y Uruguay. La prueba incluye baremos para distintos países y un baremo general para Latinoamérica.

El significado de cada variable que mide la prueba se presenta a continuación:

El **altruismo** hace referencia al funcionamiento por el cual las personas actúan a favor de sus semejantes de forma desinteresada; es decir, sin la expectativa de una acción recíproca de gratificación.

La **apertura** se manifiesta en el interés tanto por el mundo exterior como por el interior; en la tolerancia hacia distintos valores, estilos, modos de vida y culturas.

La **asertividad** es la capacidad de expresar emociones de forma adecuada, tanto positivas como negativas, así como hacer y tolerar críticas, dar y recibir cumplidos, aceptar y rechazar peticiones, además de la capacidad de mostrar desacuerdo. Todo ello, según las necesidades, actitudes, deseos y derechos de uno mismo, respetando los de las otras personas.

La **autoestima** consiste en los sentimientos favorables o desfavorables que las personas tienen hacia sí mismas como resultado de la valoración que hacen de su auto concepto.

La **capacidad de resolver problemas** es la habilidad para identificar un problema, estudiar las distintas alternativas, actuar de acuerdo a un plan con flexibilidad y creatividad en la búsqueda de soluciones eficaces.

La **empatía** consiste en la capacidad de reconocer y comprender los sentimientos y actitudes de los otros, así como las circunstancias concretas que les afectan, evitando emitir juicios de valor.

El **equilibrio emocional** permite manejar los estados de tensión asociados a las experiencias emotivas y mantener el control sobre el propio comportamiento en aquellas situaciones de conflicto o que provocan un alto grado de incomodidad.

La **independencia** permite tomar decisiones propias y asumir responsabilidades sin la necesidad de buscar ayuda o protección en otros.

La **flexibilidad** se relaciona con la capacidad de adaptarse a situaciones cambiantes, con la creencia de que hay diferentes maneras de entender y actuar sobre la realidad y, por lo tanto, con la capacidad de rectificar actitudes y puntos de vista, si es necesario.

La **reflexividad** es la tendencia a hablar y actuar de forma meditada.

La **sociabilidad** está relacionada con la orientación hacia las personas, la facilidad con que se establecen relaciones con los otros, la preferencia por la compañía de los demás, el gusto por las actividades sociales y la competencia social.

La **tolerancia a la frustración** es la capacidad de aceptar y asimilar una situación en la que una expectativa, un deseo, un proyecto o una ilusión no se cumplen.

La **capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego** es la capacidad humana universal de formar vínculos afectivos y constituye, por su importancia, un requisito para el desarrollo evolutivo adecuado y el establecimiento de relaciones interpersonales adaptativas. Por lo tanto, permite valorar si las personas disponen de los recursos y la capacidad para permitir que el proceso de vinculación afectiva tenga como resultado un apego seguro.

La **capacidad de resolución del duelo** se refiere al proceso natural que se produce en las personas que sufren y se enfrentan a una pérdida permitiendo su elaboración y resolución.

Todas las variables son importantes para conocer cuál es el perfil de un cuidador, desde su personalidad funcional relacionadas con el trabajo a las tareas concretas que lleva a cabo en su labor de cuidador, como padre biológico

o sustituto, como organizar el ambiente de la persona dependiente, así como establecer rutinas, o atender necesidades básicas (higiene, afecto, comunicación, juegos, alimentación, etc.), o promover la autonomía y la confianza mediante la responsabilidad, fomentar la socialización, la autoestima, la comunicación asertiva, potenciar nuevos intereses, etc.

Como procedimiento empleado en la aplicación del instrumento, previamente los investigadores, establecen contacto con las instituciones de salud pública y privada, con la cual tiene convenidos establecidos, el Hospital Local del Norte, el Hospital San Juan de Girón y con el Comité de Rehabilitación en Medellín, las cuales accede a los cuidados de la población de 0 a 18 años en el momento que asisten a control de salud en compañía de sus padres/cuidadores/tutores permanentes.

La persona responsable del área de los programas de control en la entidad presentaba los investigadores a los padres. Esto principalmente ocurrió en Girón y Bucaramanga, pues en Medellín, la investigadora formaba parte de la entidad. Entonces se explicaba el se solicitaba el consentimiento informado, para luego proceder a realizar una entrevista estructurada con el uso del cuestionario de la prueba. La investigación es de interés para las entidades porque aporta información de los padres y cuidadores que se puede utilizar para ajustarse a sus necesidades en los programas de salud en la promoción y prevención. Así se genera con ellos un proceso orientado al mejoramiento de la salud de los pacientes. En cada entidad de salud se presentó el proyecto a cada comité ético tanto para su aval como para los resultados.

Consideraciones éticas

El proyecto es clasificado como “investigación sin riesgo” y de acuerdo a esto se cumplieron las normas en concordancia con el capítulo VI de investigación en seres humanos con la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y las disposiciones establecidas por la ley. La investigación fue aprobada por Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Bucaramanga y el Comité de Ética del Hospital Local del Norte.

Resultados

Se aprecian datos relevantes de las características sociodemográficas con relación al sexo, edades y

estrato socioeconómico. Los puntajes altos y bajos determinan los rasgos de personalidad como cuidadores en el instrumento CUIDA. En la **tabla 1** se relacionan las características sociodemográficas encontradas. Los datos integran las tres entidades de los diferentes lugares (Girón, Bucaramanga y Medellín).

En la **tabla 1** se aprecian los datos de la muestra de las tres entidades. Es notable el predominio del género femenino con un 93,1%. Durante la entrevista en Girón y Bucaramanga, algunas mujeres estaban acompañadas de sus parejas, pero los padres no consintieron el permiso para responder. Ellas proporcionaron la información y la autorización para participar en la investigación. Solo el 6,9% de los hombres aceptó participar. En Medellín, la mayoría de las cuidadoras que llevan a los pacientes hijos al Comité de Rehabilitación son mujeres.

El rango de edad fue 40 a 59 años, que corresponde al 60 % en los tres lugares (son personas en el periodo de adultos intermedios). También se encuentran padres de familia en edad adulta mayor y algunos, siendo abuelos del paciente, cumplen el papel de cuidadores como se aprecia en la **tabla 1** (el 9 %). Estos aún ejercen funciones que ya no le corresponden, pero es la forma de apoyar a sus hijos o responder por ellos. Con relación a los estratos socioeconómicos, los estratos 1 y 2 ocupan un mayor porcentaje con 30 % y 39 % respectivamente, y en menor porcentaje (21 %) el estrato socioeconómico 3. Además, no se contó con información acerca del estrato socioeconómico en un 10 % de la población participante. Se trata de en su mayoría de población vulnerable económicamente.

El 50,3 % de las mujeres participantes son cabeza de hogar en los tres lugares (Medellín, Girón y Bucaramanga). Cobra cada vez más espacio la responsabilidad de la mujer que, además de madre, debe responder por el hogar. Esto es una tendencia en el país, incluida la zona rural. El 48,3 % de las mujeres no es cabeza de hogar sino ama de casa, cuya actividad se centra en los quehaceres domésticos; trabajo que no es remunerado. La Encuesta longitudinal colombiana de La Universidad de los Andes advierte que “las mujeres cabeza de hogar en ciudades, pasaron del 35 % al 39 %, en los años del 2010 al 2016, mientras que en el campo el salto fue del 18 al 22 por ciento” (38). Las exigencias económicas para la mayoría de estas mujeres son altas por la cantidad de hijos que tienen y las edades en que se encuentran: en su mayoría están entre 21 y 59 años (etapas adulta y adulta intermedia).

En cuanto al cuidado del niño cuando se enferma, es notorio que la madre es la persona responsable del menor en el 86,4% de los casos. En una mínima proporción apoyan otros miembros de la familia, teniendo los padres una participación del 3.4 %.

Como cada variable es un rasgo funcional que mide la prueba CUIDA. Los puntajes altos son los valores esperados de los padres y cuidadores como rasgos de personalidad esperados, pero ello ocurre muy poco, como se aprecia en los porcentajes de padres que obtienen el puntaje alto (7 a 9) que, de modo general, varía de 1.6 % a 22.9 % para flexibilidad, reflexibilidad, equilibrio emocional, capacidad de resolver problemas, capacidad de resolución de duelo, sociabilidad, autoestima, apertura, asertividad, altruismo, empatía, independencia. Sin embargo, hay diferencia con la muestra de Medellín, que logra tener padres con fortalezas con 4.7 %, en capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego y de 12.5 % en tolerancia a la frustración. Mientras que esos mismos aspectos, en los hospitales de Girón y Bucaramanga estuvieron ausentes en los padres, con 0 %. Esto muestra mayor dificultad en esas variables y es probable un comportamiento sin control de impulsos para enfrentar obstáculos con presencia de agresión y el establecimiento de relaciones interpersonales desadaptativas con mayor presencia de conflictos por apegos inseguros.

Los puntajes bajos son valores que indican rasgos de personalidad con baja funcionalidad en los padres y cuidadores, como se puede apreciar en la **tabla 2**, en donde se muestran los porcentajes que van de 14.3 % a 91.4 % en esta área. Es decir, hay mayor concentración de porcentajes con valores altos, pero indica baja personalidad funcional de los padres, lo cual ocurre sin diferencias en las tres entidades de salud tanto públicas como privadas. En las tres ciudades, Girón, Bucaramanga y Medellín, en todas las variables. Significa que estos tienden más a pensar en sí mismos más que en los otros (bajo altruismo), con poca tolerancia a diferentes modos de pensar y estilos de vida (poca flexibilidad), respuestas con bajo control de impulsos (baja reflexibilidad y poca tolerancia a la frustración), de tal modo que expresan sus emociones de malestar sin asertividad, expresando su baja autoestima con baja sociabilidad. Les cuesta comprender el punto de vista del otro, poco reconocen y comprenden los sentimientos y actitudes de los otros (empatía). Así mismo, a estos padres les cuesta manejar las tensiones asociadas a las experiencias emotivas, alterándose emocionalmente con facilidad y cambiando su comportamiento según

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra de los hospitales, Girón, Bucaramanga y El Comité en Medellín.

Datos sociodemográficos	Porcentaje
Sexo:	
Mujeres	93,1%
Hombres	6,9%
Intervalo de Edades:	
21- 39 años	28,2%
40-59 años	60,0%
60-100 años	11,1%
Sin información	0,7%
Estrato:	
1	30,0%
2	39,0%
3	21,0%
Sin información	10,0%
Mujeres cabeza de hogar:	
Sí	50,0%
NO	48,9%
En blanco	1,0%
Padres con contrato de trabajo:	
SI	40,7%
NO	58,6%
Sin información	0,7%
Cuida al menor cuando se enferma:	
Papá	3,4%
Mamá	86,4%
Hermano mayor	1,4%
Abuelo	6,9%

Fuente: cuestionario sociodemográfico

estados de ánimo (bajo equilibrio emocional). Esto influye en las decisiones que tomen y requiera estar consultando, (baja independencia); también en que se le dificulte establecer vínculos saludables, siendo más desadaptativos hasta el punto de sufrir con cada ruptura de pareja, separación de hijos, pérdida de salud, lo que implica la incapacidad de resolución del duelo.

Discusión

No se pretende en este estudio etiquetar como “patología” los datos que se encontraron, pero sí detectar y comprender los rasgos de personalidad que se expresan en el comportamiento de los padres, los cuales se transmiten en la crianza de sus

Tabla 2. Distribución de los porcentajes de padres con puntaje alto y bajo de la prueba CUIDA con relación con las catorce variables de personalidad.

Dimensiones de los rasgos funcionales de personalidad	Porcentaje de padres con puntaje alto			Porcentaje de padres con puntaje bajo		
	Hospital San Juan de Girón	Hospital Norte B/ manga	El comité de Rehabilitación Medellín	Hospital San Juan de Girón	Hospital Norte B/ manga	El comité de Rehabilitación Medellín
Al- Altruismo	22,9	22,9	20,3	25,7	22,9	26,6
Ap- Apertura	8,6	8,6	12,5	37,1	54,3	46,9
As -Asertividad	5,7	5,7	3,1	57,1	74,3	60,9
At- Autoestima	8,6	8,6	17,2	57,1	48,6	32,8
Rp -Capacidad de resolver problemas	2,9	2,9	1,6	71,4	74,3	59,4
Em Empatía	5,7	5,7	12,5	31,4	34,3	34,4
Ee- Equilibrio emocional	2,9	2,9	1,6	48,6	71,4	64,1
In- Independencia	11,4	11,4	18,8	14,3	20,0	21,9
Fl- Flexibilidad	0,0	0,0	4,7	68,6	60,0	79,7
Rf -Reflexividad	2,9	2,9	1,6	57,1	62,9	62,5
Sc -Sociabilidad	5,7	5,7	12,5	45,7	48,6	53,1
Tf- Tolerancia a la frustración	0,0	0,0	12,5	77,1	68,6	70,3
Ag -Capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego	0,0	0,0	4,7	40,0	51,4	59,4
DI -Capacidad de resolución del duelo	2,9	2,9	3,1	91,4	71,4	59,4

Fuente: informes individuales del test CUIDA

hijos. Precisamente, el rol que ejerce en la familia, genera influencia n sus hijos junto con los factores o situaciones de riesgo determinados por la cultura y el entorno, a los que se enfrenten sus hijos, afectan salud física y mental del menor en cualquier momento (37).

En los resultados es notorio que no hay diferencias entre las respuestas de los padres de las entidades de salud de las distintas ciudades participantes del estudio (Girón, Bucaramanga y Medellín). Desde los datos sociodemográficos, la edad de la muestra indica que un alto porcentaje de los padres de familia, se ubica en

las etapas de adulto y adulto intermedio –edades de 27 a los 59 años (32). Dentro del ciclo vital, este periodo es propicio para la toma de decisiones tanto familiares, laborales, sociales (de la vida privada y pública). La etapa está mediada por las diversas experiencias y factores que vive la persona en su proceso de desarrollo (25, 39).

Todas estas características, junto con el estrato socioeconómico, el acceso a la educación y salud, y las oportunidades de tener experiencias culturales, entre otras, contribuyen al desarrollo de la personalidad en los menores cuidados. La muestra pertenece principalmente a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. Se puede afirmar que los hijos de estos padres están supeditados a las oportunidades que estos les ofrezcan para el desarrollo de sus potencialidades. Los espacios socioeconómicos están limitados para ellos mismos y para sus hijos, en especial a la mujer, quien se convierte en el sostén principal de su hogar como cabeza de familia cuando tiene la oportunidad de trabajo. Se comparten de manera similar con los resultados del estudio de los padres que asistieron al programa Madre Canguro las características socioeconómicas (estratos 1, 2 y 3); en su mayoría mujeres responsables de los cuidados del menor, a pesar de la presencia del padre en el hogar. Datos del DANE del año 2017 indican que el 56% de las mujeres colombianas son madres cabezas de familia. Además, solo el 41,9 % tiene alguna ocupación laboral fuera del hogar. En el presente estudio se evidencia que la responsabilidad del cuidado de los hijos en la crianza se centra en la madre más que en el padre, desde el ámbito laboral hasta el cuidado en casa y enfermedad de los hijos. Esta obligación de responder a las exigencias del hogar genera en la mujer una carga económica y emocional alta.

Con relación a los resultados de la prueba CUIDA en el actual estudio, los puntajes altos indican la funcionalidad esperada como cuidador: es favorable su aporte para la personalidad de sus hijos y la adquisición de comportamientos adaptativos e indican mayor preocupación del bienestar con sus hijos. Mientras que en los puntajes bajos destacados en la muestra se evidencia que los padres tienen dificultades para expresar de forma adecuada sus emociones, tanto positivas como negativas, así como baja tolerancia a la frustración, bajas habilidades sociales junto con la dificultad de aceptar y rechazar peticiones y/o mostrar desacuerdos. También se nota una baja habilidad para solucionar problemas, estudiar las distintas alternativas, actuar de acuerdo a un plan y ser flexible y creativo en la búsqueda de soluciones eficaces. Son personas que

poco logran manejar los estados de tensión asociados a las experiencias emotivas, y mantener el control sobre el propio comportamiento en aquellas situaciones de conflicto o que provocan un alto grado de incomodidad. También, con el bajo puntaje denotan dificultad para adaptarse a situaciones cambiantes y comprender la creencia de que hay diferentes maneras de entender y proceder sobre la realidad. Por eso es difícil para ellos hablar y actuar de forma meditada, baja reflexión y más presencia de impulsos. Así mismo, es escasa la comprensión de aceptar y asimilar una situación en la que una expectativa, un deseo, un proyecto o una ilusión no se cumplen, y se frustran o se alteran con facilidad. Igualmente, en este tipo de padres se detecta pobreza para asimilar el proceso natural que se produce en las personas que sufren y se enfrentan a una pérdida, un duelo que se vuelve de largo desarrollo y demorada resolución.

Tales resultados, tanto en puntajes altos como bajos de la prueba CUIDA, se encontraron en los padres de familia que asistieron al programa Madre canguro del Hospital Universitario. Comparten pocas fortalezas entre el 18 % y el 70 % en los rasgos de la personalidad, en autoestima, apertura, asertividad, capacidad de resolver problemas, empatía, equilibrio emocional, independencia, flexibilidad, reflexibilidad, sociabilidad, tolerancia a la frustración, la capacidad de establecer vínculos y la capacidad de resolución de duelo.

Estas características con baja puntuación aportan pocos elementos positivos para el desarrollo de la personalidad en los hijos y las preocupaciones de bienestar con ellos tienden a ser más bajas. Pero el estudio no buscó destacar características de personalidad patológica, sino solo funcional, como lo mide la prueba. Del mismo modo, esta prueba puede usarse para evaluar a padres con parentalidad disfuncional y servir para observar ante qué aspectos hay fallas con el fin de ayudar a resolver o prevenir los diferentes problemas que puedan ir apareciendo.

Por otra parte, estos datos de baja puntuación se confirman en estudios sobre abuso, maltrato, violencia infantil, asociados con características de personalidad de los padres con respecto a sus precarios estados emocionales, con dificultad de apego y el rol en la sociedad, en especial a las mujeres que están expuestas a presiones sociales e inciden en su comportamiento e historia de vida (21, 22). Como ya se mostró, este estudio estuvo conformado por mujeres en su mayoría (93.1%) y es notorio que las funciones maternas y paternas están todavía muy determinadas por una

fuerte división de roles de género, en una cultura machista como la de Colombia, a pesar que hoy se habla de parentalidad como una manera de neutralizar el punto de vista del género. La práctica de crianza de los padres, evidenciada en el presente estudio, indican una práctica distinta en el cuidado del hijo, hay predominio de la crianza maternal para la muestra (31).

Entre los rasgos poco favorables para el desarrollo de la personalidad, se confirman los que se encuentran los déficits emocionales (dificultad de apego, resolución de duelos, equilibrio emocional, empatía, entre otros), estos se relacionan con el abuso, violencia infantil y maltrato, especialmente en mujeres que se encuentran expuestas a presiones sociales, incidiendo en su comportamiento e historia de vida (20, 21).

Las oportunidades de maltrato se incrementan cuando la familia es afectivamente frágil y tiene hijos que son muy solícitos o poco responsivos (33, 39, 40). Se evidencian en este estudio rasgos de personalidad más asociados a la violencia que se reproducen en la crianza de los hijos. Aunque el propósito del presente estudio no es el de establecer o detectar patologías en los rasgos de la personalidad, los datos encontrados muestran la influencia de la cultura en la cual la mujer es la responsable no solo de la crianza, sino que se encuentra sola con las demás necesidades de sus hijos, especialmente con el cuidado de ellos (41). La salud está mediada por el rol que tiene la familia, pero se encuentra implícita en factores o situaciones de riesgo determinados por la cultura y el entorno, que en cualquier momento desencadenan o anuncian problemas en este ámbito en sus integrantes (38).

Las bajas puntuaciones permiten predecir que el niño de ahora será un adulto con dificultades de adaptación en su medio social, familiar y de pareja, de mantenerse estas condiciones. Sus actuales figuras de identificación, sus padres, tienen vacíos emocionales que no han sido atendidos en su propia esfera individual, posiblemente aprendidos, a su vez, de sus progenitores. Al socializar los resultados en cada entidad se encuentra que en el Comité de Rehabilitación se han realizado diversas actividades de psicoeducación con los padres para el cuidado con sus hijos y, expresan los profesionales, que el cambio de actitud de los padres es notorio cuando se hace un trabajo más hacia sus propias carencias como personas, que enfatizando la educación y la crianza de sus hijos. Esta situación llevó a generar la siguiente pregunta: ¿De qué manera se pueden construir talleres de grupos de padres orientados a las necesidades

personales que incidan para el incremento en la personalidad funcional como cuidador?

Los padres que tienen altas puntuaciones son quienes presentan el perfil esperado, pero esto sucede con muy pocos progenitores, como se evidenció en los resultados presentados. Las preguntas que se derivan de este trabajo son: ¿es posible que las experiencias de estos, bien sea con sus propios padres o lo largo de la vida, junto con las acciones que realiza para criar a sus hijos, puedan facilitar a otros padres como modelo o referencia para la crianza de otros?, ¿son los talleres educativos, las estrategias efectivas para estimular en los padres la autoestima, seguridad y tolerancia a la frustración?, ¿al considerar la personalidad de los padres como fuente de la personalidad de los hijos, es posible pensar que hay mayor oportunidad de cambio en ella a través del aprendizaje, contrario al planteamiento de la teoría de los rasgos de personalidad cuando afirma que las características o rasgos, son estables, que determinan e incluso permiten predecir el comportamiento de cada persona?

Aunque se ha avanzado ampliamente en la manera de criar a los hijos, aún persiste la idea de que los golpes y el maltrato facilitan la educación (16). Entonces, el trabajo interdisciplinar cobra fuerza en la prevención y promoción en la crianza de los hijos para favorecer, no solo la personalidad saludable del menor, sino también un mejor aprendizaje hacia el cuidado de su salud y adherencia al tratamiento, al igual que aportar información al personal de salud sobre las necesidades de la población que atienden en cada institución.

Conclusiones

Con los planteamientos propuestos se responde la pregunta problema y los objetivos de la investigación. Con relación a la pregunta: ¿qué características de personalidad funcional presentan los padres y cuidadores de los menores que asisten a controles de salud en entidades de salud (2013-2015)? Se concluye que, sin diferencia de entidades de salud, los padres y cuidadores de la muestra presentan característica de personalidad con predominio de la baja funcionalidad, las cuales son transmitidas a sus hijos en los procesos de interacción diaria durante la crianza. Las variables asociadas con este aspecto son el bajo nivel de estudios, estratos socioeconómicos bajos y déficits emocionales (dificultad de apego, resolución de duelos, equilibrio emocional, empatía, entre otros); asociaciones confirmadas en otras investigaciones.

Como objetivo central, se determinan las características funcionales altas y bajas en las tres muestras. Se destaca funcionalidad alta para características de altruismo, independencia y sociabilidad; pero bajas para apertura, asertividad, resolución de problemas, flexibilidad, reflexibilidad, equilibrio emocional, adaptación, sociabilidad, capacidad de resolución de duelo y capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no existe conflicto de intereses.

Agradecimientos

Las investigadoras agradecen a las personas representantes de las instituciones de salud que facilitaron el espacio para el desarrollo del proyecto Hospitales Local del Norte (Bucaramanga), San Juan de Dios de Girón y El Comité de Rehabilitación (Medellín). Igualmente, a los estudiantes de psicología y profesionales que participaron realizando diferentes acciones en la investigación.

Financiación

El estudio fue financiado por la Universidad Autónoma de Bucaramanga, que apoyó económicamente la totalidad del proyecto, así como facilitó el manejo del tiempo del investigador, los instrumentos para recoger datos, los materiales y los apoyos logísticos para el procesamiento de datos hasta su publicación en eventos científicos.

En el caso de la entidad privada en Medellín, se aporta la profesional y el espacio para el estudio, porque existe convenio entre las dos entidades.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa, Trastornos mentales [Internet]; 2017 [citado 23 octubre 2018] Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
2. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 – Tomo I, p 251. [Internet]; 2016 [citado 23 octubre 2018]. Recuperado a partir de: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf
3. Ribes-Iñesta E. ¿Qué es lo que se debe medir en psicología? La Cuestión de las Diferencias Individuales. Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento. 2005;13(1):37–52
4. Reyes-Revuelta JF, Rodríguez-Vives E, Ruiz-Castillo M. El trabajador que sufre un trastorno de personalidad obsesiva en el trabajo. Caso práctico. Revista Enfermería del Trabajo. [Internet] 2017 [citado 23 de octubre de 2018];7(3):80–85. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=4319897>
5. Sánchez-Ramírez BR, Cerda GG, Castellanos-Valencia A. Rasgos de personalidad y síntomas depresivos en madres de niños con discapacidad. Revista Psicología y Salud. 2017; 27 (1): 61 – 70.
6. Montgomery UW. La unidad analítica de la personalidad ¿repertorios conductuales básicos o estilos interactivos? Revista de Avances en Psicología. 2017;3(3):151–159.
7. Hospital de Pediatría Juan Garrahan. Recomendaciones para el cuidado de la salud de niños, niñas y adolescentes. Manual de orientación. Ed: Fundación Garrahan [Internet] Sin fecha [citado 15 octubre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/TJxcDU>
8. Batthyány K, Genta N, Perrotta V. El aporte de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay. Estudios Feministas. [Internet] 2017 [citado 15 octubre de 2018];25(1):187–213. Recuperado a partir de: https://www.jstor.org/stable/90001008?seq=1#page_scan_tab_contents
9. Morocho-Abad LM. Estrategias de Enseñanza en el manejo de hábitos de higiene y cuidado del ambiente en el área personal social para optimizar aprendizajes de los estudiantes de la I.E. N° 010 Distrito y Provincia de Piura- 2018” Plan de acción. [Tesis de Especialización]. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2018. Recuperado a partir de: <https://core.ac.uk/download/pdf/154890035.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Internet] 2014. [citado 23 de octubre de 2018] Recuperado a partir de: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
11. Arévalo-Barrero NS. El concepto de familia en el siglo XXI. En: Ponencia presentada en el Foro Nacional de Familia Bogotá D.C. [Internet]. 2014, p 6. [citado 15 octubre de 2018] Recuperado a partir de: <https://goo.gl/q7Ko2K>
12. La Regulación del cuidado, la asistencia familiar y las obligaciones alimentarias a favor de meno-

- res en Colombia. [Internet]. [citado 20 octubre de 2018] Recuperado a partir de: https://www.oas.org/dil/esp/Regulacion_cuidado_asistencia_familiar_obligaciones%20alimentarias_Colombia.pdf
13. Congreso de la República de Colombia. Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia. [Internet] 2006 [citado 20 octubre de 2018] Recuperado a partir de: https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_de_la_Infancia_y_la_Adolescencia_Colombia.pdf
 14. Galeano Zaldivar LC, Hernández H. Reflexiones en torno al cuidado. Cuba. Revista Argumentum Artículo. 2018;10(2):166–179. DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i1.18697>.
 15. Salazar-Morán KL. Estilos de socialización parental y características de personalidad en adolescentes de casas de acogida de Lima [Tesis de Grado]. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal, 2015.
 16. Alonso-Vilar C, Romero-Triñanes E. Personalidad parental, prácticas educativas y problemas de conducta infanto-juvenil. Revista Cuatrimestral de Psicología. [Internet]. 2014 [citado 11 de junio de 2018];32(2):91–102. Recuperado a partir de: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/500/394>
 17. Kokoulina-Cherevach E, Fernández-Martínez R. Cuidados parentales en la infancia y trastorno límite de la personalidad. Psicología Conductual. [Internet] 2016 [citado 11 de junio de 2018];24(2):237–252. Recuperado a partir de: <https://search.proquest.com/openview/de9c5bdc761f4d889ab09dcfdae66063/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
 18. Lassi MS. Potencial de maltrato infantil, personalidad de los padres, reconocimiento de emociones y uso real de castigos con los hijos. “En: I Congreso Internacional de investigación y práctica profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación, Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR”. Buenos Aires, Argentina. Universidad de Buenos Aires. [Internet]. 2009. [citado 11 de junio de 2018] 166–18. Recuperado a partir de: <https://www.aacademica.org/000-020/505>
 19. Núñez-Guilca RA. Personalidad parental y su influencia sobre los niveles de frustración en los estudiantes de los terceros de bachillerato sección matutina de los colegios urbanos del Distrito 1 del Cantón Ambato, Provincia de Tungurahua, Parroquia Atocha-Ficoa, Período 2013–2014. Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, 2015.1–107.
 20. Benites L. Tipos de Familia, Clima Social Familiar y Asertividad en Adolescentes. Lima: Universidad San Martín de Porres, 1998.
 21. Rohner RP, Carrasco MA. Teoría de la Aceptación – Rechazo Interpersonal: (IPARTheory): Bases Conceptuales, Método y Evidencia Empírica [Interpersonal Acceptance – Rejection Theory (IPARTheory): Theoretical Bases, Method and Empirical Evidence]. Acción Psicológica. 2014;11(2):9–26. Doi:10.5944/ap.11.2.14172
 22. Clemente RA. Familiar y crianza: el punto de vista psicológico en cuestión. Rev Asparkia [internet] 1992 [citado 11 de mayo 2017];1:67–76. Recuperado a partir de: <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/asparkia/article/viewFile/414/333>
 23. Herrera-Santi PM. El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2008 [citado 19 de agosto de 2018];24(3):1-8. Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300013
 24. Justicia-Galiano MJ, Cantón-Duarte J. Conflictos entre padres y conducta agresiva y delictiva en los hijos. Psicothema. [Internet] 2011 [citado 2 de mayo de 2016];23(1):20–25. Recuperado a partir de: <http://www.psicothema.com/pdf/3844.pdf>
 25. Cobos Cali M, Cabrera Vélez M. Influencia de la personalidad del cuidador/a, en los adolescentes que ejercen bullying, realizado en el nivel básico del Colegio Fiscal Mixto Central “La Inmaculada”. [Tesis de Maestría]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Azuay, [Internet] 2014 [citado 23 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4009>
 26. Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behavior. American Psychologist [Internet] 1993 [citado 13 de octubre de 2017];44:329-335. Recuperado a partir de: <http://www.psy.cmu.edu/~siegle/35patterson90.pdf>
 27. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, Medicina Legal y Ciencias Forenses. Estadística de Violencia Contra la Mujer. Boletín Epidemiológico Información [citado 15 de mayo de 2017] 2015. Recuperado a partir de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/989694/bolet%C3%ADn.pdf/1e5d84cd-877e-4388-806f-9733ebafdb63>
 28. Más de 70 mil casos de violencia intrafamiliar entre enero y noviembre de 2017. El Espectador, Colombia: 2017. [Internet] Recuperado a partir de: <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/mas-de-70-mil-casos-de-violencia-intrafamiliar-entre-enero-y-noviembre-de-2017-articulo-728844>

29. Rodríguez-Susa GI. Causas de la violencia intrafamiliar. Maestría en Derechos Humanos y Cultura de paz. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali. 2017
30. Feist J, Feist GJ, Roberts TA. Teorías de la personalidad. Octava Edición. Buenos Aires; McGraw Hill: 2007.
31. Sierra-Canto A. Estudio Pericial de la capacidad parental masculina. Rev de Estudios Clínicos e Investigación Psicológica. [Internet] 2017. [citado 20 de octubre de 2018];7(14):17–25. Recuperado a partir de: <http://www.revistacecip.com/index.php/ecip/article/view/125/119>.
32. Kuhl J, Kazén M, Quirin M. La teoría de la interacción de sistemas de la personalidad. Revista Mexicana de Psicología [Internet]. 2014. [citado 20 de octubre de 2018];31(2):90-99. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243033031002>
33. Maestre MV, Tur AM, Samper P, Nacher MJ, Cortés MT. Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. Rev Latinoamericana de Psicología. [Revista de Internet] 2007 [citado 24 de sept de 2016];39(2):211–225. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80539201.pdf>
34. Romo N, Anguiana BG, Pulido RN, Camacho G. Rasgos de personalidad en niños con padres violentos. Rev IIPSI [Internet] 2008 [citado 17 de junio de 2015];11(1):11–127. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2747330>
35. Sánchez-del Hoyo P, Sanz-Rodríguez LJ. Abordaje Psicoterapéutico en hijos de padres con trastornos mentales graves: a propósito de un caso. Rev Asoc Española de Neuropsiquiatría [Revista en Internet] 2005 [citado 25 de abril de 2016];25(95):151–165. Recuperado a partir de: http://www.redalyc.org/pdf/727/Resumenes/Resumen_72717207004_1.pdf
36. García-Medina MI, Estévez-Hernández I, Letamendía-Buceta P. El CUIDA como instrumento para la valoración de la personalidad en la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores. Psychosocial Intervention [Internet]. 2007 [citado 26 de octubre de 2018];16(3):393-407. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000300007&lng=es.
37. Bermejo FA, Estévez I, García M.I, García-Rubio E, Lapastora M, Letamendía P, Parra JC, A. Polo, Sueiro MJ, Velázquez de Castro F. Manual CUIDA, Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores. Cuarta edición. Madrid: TEA editores 2014.
38. Universidad de los Andes. Encuesta Longitudinal Colombiana, Base de datos urbana. Ronda 3. [Internet] 2016. [citado 27 de julio de 2018] Recuperado a partir de: <https://encuestalongitudinal.uniandes.edu.co/es/datos-elca/2016-ronda-3>
39. Mejía Luz Dary y López. Lucero. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. Enfermería [Internet] 2010 [citado 10 de junio de 2018] (19);2-3.138-142. Recuperado a partir de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200015
40. J. M. Prieto. Personality: Paradigm or system?, Estudios de Psicología. 2014;1:3, 95-108. DOI: 10.1080/02109395.1980.10821235.
41. Papalia D, Wendkos-Olds S, Duskin-Feldman R. Psicología del desarrollo de la Infancia a la Adolescencia. Undécima Edición. México: Mc Graw Hill 2009.
42. Jaramillo Paladinez JL. Estilos de crianza y la personalidad en adolescentes. [Tesis Especialización Psicología Clínica]. Machala, Ecuador. Universidad Técnica de Machala, [Internet]. 2018. Recuperado a partir: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12467>

Personality traits of parents or caregivers of children attending health check-ups at public and private healthcare entities (2013-2015)

Características de la personalidad de los padres o cuidadores de los menores que asisten a controles de salud en entidades de salud públicas y privadas (2013-2015)

Características da personalidade dos pais ou cuidadores acompanhantes de menores nas consultas periódicas em instituições de saúde públicas e privadas (2013-2015)

Patricia Díaz-Gordon, Psych., Sp. *

Martha Eugenia Ortega-Ortíz, Psych., Sp., MSc. **

Diana Díaz-Cadavid, Psych. ***

Angie Sidney Naranjo-García, RN. ****

Abstract

Introduction. The study of personality is complex due to a multiplicity of factors (biological, psychological, social and cultural, among others). Traits indicate a personality that is functional (healthy) or dysfunctional (pathological). The most outstanding personality studies focus on personality disorders or abnormalities. In 2017, the World Health Organization (WHO) reported a higher prevalence of bipolar affective disorder (60 million patients), schizophrenia and other psychoses (21 million patients), and dementia (47.5 million patients). However, there are few studies of

mental health in people with a functional personality, as considered in this research. The WHO asserts that mental health is more than the absence of mental disorders and it is an integral part of health, since there is no health without mental health. The objective is to describe the personality traits of parents attending health checkups with their children at public and private healthcare entities (2013-2015). **Methodology.** Descriptive cross-sectional study that assesses 14 personality variables; convenience sample: 145 parents attending health checkups with their children at local public hospitals in Girón and Bucaramanga, and private social company “The Rehabilitation Committee” (Medellín).

* Psychologist, Specialist in Education, Master of Education, Associate Professor of the Program of Psychology, Universidad Autónoma de Bucaramanga-UNAB, Professor of the Universidad Autónoma de Bucaramanga. Floridablanca, Santander, Colombia

** Psychologist, Specialist in Clinical Psychology, Specialist in University Teaching, Master of Psychology, Professor of the Universidad Autónoma de Bucaramanga. Floridablanca, Santander, Colombia.

*** Psychologist, Psychology Professional of the Rehabilitation Committee, Medellín, Antioquia, Colombia

**** Nurse, Student of the Master's Program of Basic Biomedical Sciences, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia.

Correspondence: Patricia Díaz Gordon, Street 33 #.52 - 133. 1st floor, el Promess, zip code 618001. E-mail: pdiazgor@unab.edu.co

Article received: June 16, 2016

Article Accepted: August 8, 2018

Information was gathered using the sociodemographic questionnaire and the CUIDA Test (Questionnaire for the Assessment of Adoptive Parents, Caregivers, Guardians and Mediators). **Results.** 93.1 % of the parents or caregivers are women and 6.9 % are men; 84.8 % aged between 30 and 59; their socioeconomic levels are 1, 2 and 3; 50 % are single mothers. The parents or caregivers with a functional personality showed weaknesses on test scores, as they showed emotional dependency, low self-esteem, low frustration tolerance, limited flexibility, difficulty in establishing emotional ties and low grief resolution capacity, among others. Few parents had high scores on the factors that benefit the care of their children: between 0 % and 22.9 %. **Conclusions.** In the sample, mostly made up of single mothers, few achieved the high test scores that were expected in people with a functional personality. On the contrary, low scores predominated, which are not very favorable for the care for children's health. Personality traits, whether they are functional or not, are transmitted more in the child rearing process by mothers than by fathers. [Díaz-Gordon P, Ortega-Ortiz ME, Díaz-Cadavid D, Naranjo-García AS. *Personality traits of parents or caregivers of children attending health checkups at public and private healthcare entities (2013-2015)*. MedUNAB.2018;21(2): 29-44. doi:10.29375/01237047.2424]

Keywords: Personality; Child Rearing; Parental Responsibility; Maternity; Parent-child relationships.

Resumen

Introducción. El estudio de la personalidad resulta complejo por una multiplicidad de factores (biológicos, psicológicos, sociales, culturales, entre otros). Los rasgos indican personalidad funcional (saludable) o disfuncional (patológica). Los estudios de personalidad más destacados se enfocan en trastornos o alteraciones de la personalidad. En el 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó una mayor prevalencia del trastorno afectivo bipolar (60 millones de pacientes), la esquizofrenia y otras psicosis (21 millones de pacientes), y la demencia (47,5 millones de pacientes). Sin embargo, son escasos los estudios de salud mental en personas con personalidad funcional, como lo plantea esta investigación. La OMS afirma que la salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales y es parte integral de la salud, pues no hay salud sin salud mental. El objetivo es describir los rasgos de personalidad de los padres que asisten con sus hijos a controles de salud en entidades de salud públicas y privadas (2013-2015). **Metodología.** Estudio descriptivo de corte transversal

que evalúa 14 variables de personalidad; muestra por conveniencia: 145 padres que asisten a los controles de salud con sus hijos de hospitales locales, públicos de Girón y Bucaramanga, y la empresa privada de carácter social, “El Comité de Rehabilitación” (Medellín). Se recolectó información con el cuestionario sociodemográfico y el Test CUIDA (Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores). **Resultados.** El 93.1 % de los padres o cuidadores son mujeres y el 6.9 %, hombres; el 84.8 % está entre los 30 y 59 años de edad; sus estratos socioeconómicos son 1, 2 y 3; el 50 % son madres cabeza de hogar. Los padres o cuidadores con personalidad funcional, presentaron debilidades en los puntajes de las pruebas, pues manifestaron dependencia emocional, baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, poca flexibilidad, dificultad para establecer vínculos afectivos y baja capacidad de resolución de duelo, entre otros. Pocos padres tuvieron puntajes altos en los factores que benefician el cuidado de sus hijos; entre el 0 % y el 22.9 %. **Conclusiones.** En la muestra, compuesta en su mayoría por madres cabeza de hogar, pocas lograron puntajes altos en las pruebas; aquellos que se esperaban en personas con personalidad funcional. Por el contrario, predominaron los puntajes bajos, que poco favorecen el cuidado de la salud de los hijos. Las características de personalidad funcionales o no, son transmitidas en el proceso de crianza maternal más que paternal. [Díaz-Gordon P, Ortega-Ortiz ME, Díaz-Cadavid D, Naranjo-García AS. *Características de la personalidad de los padres o cuidadores de los menores que asisten a controles de salud en entidades de salud públicas y privadas (2013-2015)*. MedUNAB.2018;21(2):29-44. doi:10.29375/01237047.2424]

Palabras Clave: Personalidad; Crianza del niño; Responsabilidad Parental; Maternidad; Relaciones Padres-hijo.

Resumo

Introdução. O estudo da personalidade é complexo por uma multiplicidade de fatores (biológicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros). Traços indicam personalidade funcional (saúdável) ou disfuncional (patológica). Os estudos de personalidade mais destacados focam em transtornos ou alterações da personalidade. Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) relatou uma maior prevalência de transtorno afetivo bipolar (60 milhões de pacientes), esquizofrenia e outras psicoses (21 milhões de pacientes), e demência (47.5 milhões de pacientes). Entretanto, existem poucos estudos de saúde mental

em pessoas com personalidade funcional, como sugere esta pesquisa. A OMS afirma que a saúde mental é mais que a ausência de transtornos mentais e é uma parte importante da saúde, já que não há saúde sem saúde mental. O objetivo é descrever os traços de personalidade dos pais que acompanham seus filhos nas consultas periódicas de saúde em instituições de saúde públicas e privadas (2013-2015). **Métodos.** Estudo descritivo transversal que avalia 14 variáveis de personalidade; amostra por conveniência: 145 pais que acompanham seus filhos nas consultas periódicas ou check-up de saúde em hospitais locais públicos de Girón e Bucaramanga, e na empresa privada de natureza social “El Comité de Rehabilitación” (Medellín). As informações foram coletadas usando um questionário sociodemográfico e o Questionário para Avaliação de Adotantes, Cuidadores, Tutores e Mediadores ou Teste CUIDA (por suas siglas em espanhol). **Resultados.** 93.1 % dos pais ou cuidadores são mulheres e 6.9 % homens; 84,8 % têm entre 30 e 59 anos de idade; suas classes socioeconômicas são 1, 2 e 3; 50 % são mães chefes de família. Os pais ou cuidadores com personalidade funcional, mostraram fraquezas nos resultados dos testes, pois manifestaram ter dependência emocional, baixa autoestima, pouca tolerância à frustração, inflexibilidade, dificuldade em estabelecer laços afetivos e pouca capacidade para lidar com o processo de luto, entre outros. Poucos pais tiveram altas pontuações nos fatores que beneficiam o cuidado dos filhos; entre 0 % e 22.9 %. **Conclusões.** Na amostra, composta principalmente por mães chefes de família, poucas delas conseguiram altas pontuações nos testes, como esperado em pessoas com personalidade funcional. Pelo contrário, predominaram as pontuações baixas, o que não favorece a atenção à saúde dos filhos. As características da personalidade funcional, ou não, são transmitidas no processo de criação materna mais do que paterna. [Díaz-Gordon P, Ortega-Ortiz ME, Díaz-Cadavid D, Naranjo-García AS. Características da personalidade dos pais ou cuidadores acompanhantes de menores nas consultas periódicas em instituições de saúde públicas e privadas (2013-2015). *MedUNAB*.2018;21(2):29-44. doi:10.29375/01237047.2424]

Palavras-chave: Personalidade; Relações pais-filho; Educação infantil; Violência doméstica; Comportamento social; Comportamento infantil.

Introduction

The World Health Organization (WHO) classified personality disorders as mental illnesses. In 2017, they

reported a high prevalence of bipolar affective disorder (nearly 60 million people affected), schizophrenia and other psychoses (nearly 21 million people affected), and dementia (about 47.5 million people affected) (1). The prevalence of mental disorders tends to be on the rise. They severely affect the health of those who suffer them and have considerable consequences in the field of human rights and at the socioeconomic level (1). Although personality studies tend to focus on disorders or conditions of pathological personalities, there is little information about the mental health of people with a functional (not pathological) personality and in general, there are only proposals for actions or general mental health programs.

In Colombia, “personality disorders and other mental problems” are discussed based on the epidemiological reports of the 2015 National Mental Health Survey. They are classified in three groups: group A, made up of schizoid, schizotypal and paranoid disorders and pathologies from the psychotic spectrum; group B, made up of personality disorders, including histrionic, antisocial, narcissistic and borderline disorders, in addition to emotional disorders, multi-impulsiveness and self-harm or heteroaggression; and group C, which includes obsessive, avoidant, dependent personalities and anxiety disorders. This survey was not intended to diagnose participants, but rather to measure the personality traits related to each group of disorders (2). The results were: for group A, 46% of the population aged 18 years and older has one or two personality traits regarding the disorders of the group (from here on, it will only be written as traits with the presence or absence thereof); 37.3 % has no personality trait and 16.8% has 3 to 5 personality traits “with similar prevalence among men and women”. As for group B, 39.8 % of the population aged 18 years and older has no traits and 40.8% has one or two borderline personality traits “with a similar proportion between men (40.2 %) and women (39.5%)”. For group C, 49.4 % of the population aged 18 years and older has no traits, 35.8 % has one or two, 14.1 % has three to five traits and 0.6 % has six personality traits regarding the disorders of the group (2).

Among the data, there is a percentage of the population by group that has no personality traits related to the mental disorder or problem: in group A, 37.3 %; in group B, 38 %; and in group C, 49 %. However, it is unclear what these percentages mean because on the personality tests used in the survey, not all the traits of a disorder or problem are measured. Each test or combination of tests (kit) is intended to cover, as far as possible, a broad spectrum of traits. The percentages

that indicate the absence of traits can mean several things: Firstly, the person does not have any of the traits related to the disorder or problem. Secondly, he/she may have traits of personality disorders, but the trait is not evident. Finally, other traits of other types of personality disorders are not considered in the survey. In addition, it must be taken into account that the measurements are not intended to serve as a reference to understand individuals as persons with a dynamic and a development during the life cycle (3).

Personality traits are considered pathological when they involve patterns that are inflexible or not easily adaptive, and cause distress to the point of leading the individual to functional impairment. That is when the personality traits are placed in categories of personality disorders (4).

Personality disorders affect the mental and physical health of patients, and therefore, their quality of life, as well as that of their family group and social circles. In this regard, studies on functional personality are important because they show the person's potential for development and adaptive capacity to perform various roles, as a parent, caregiver, son/daughter, worker and student, among others (5, 6).

From the perspective of psychology, as the social science of human behavior, personality is assumed as a complex concept: a structure that involves multiple variables. The way to recognize its changes is through behavior and actions, particularly those that occur in everyday life, at home, between parents and children. Parents, family members or caregivers are responsible for children's primary healthcare (7). Knowledge of the aspects related to this role enable healthcare personnel to involve parents in adhering to their children's treatment and, therefore, make it safer and more efficient.

However, children's learning about health and healthcare comes directly from the parents' experience and not from the educational processes of healthcare entities, which do not achieve the same significance. Although there are programs to raise people's awareness regarding health, few are geared toward caregivers. For this reason, parents or caregivers validate the positive results of their experience more and assume care according to their meaning of life. The importance they place on health and disease arises from their beliefs and the evidence afforded by experience (8).

The lessons learned regarding health are transmitted by parents or caregivers since childhood; they are

internalized through habits and become routines and customs. This is how discipline is internalized in life. Once discipline is acquired, habits can last over time and be the basis for learning healthy behaviors in different areas of life: education, work and, in general, quality of life (9). So, it is essential for healthcare personnel to understand the needs and characteristics of parents or caregivers when caring for the children in order to achieve the health objectives; considering that "health", as proposed by the World Health Organization (WHO), is a "state of complete physical, mental and social wellbeing, and not only the absence of conditions or diseases" (10). In this regard, parents can develop behaviors that are protective of or risky to health or adherence to the treatment, but they can also contribute to the development of a healthy personality in children.

From the legal standpoint, family is:

"a social structure that is built by a process that creates blood or family ties between its members. Therefore, although a family can arise as a natural phenomenon resulting from the free decision of two people, the truth is that it is the expression of solidarity, fraternity, support, affection and love that structures and binds the institution together" (11).

The care provided by the family is the key to ensuring the child's development. This is a topic with extensive scientific literature in social sciences, including psychology which makes contributions in this regard and also a legal standpoint, which is related to the country's policies. In Colombia, regulations on Care, Family Assistance and Child Support are stipulated in Articles 42, 43, 44 and 45 of the Colombian Constitution. These articles are contained in a special chapter that serves as a framework of the rights of the family, children and adolescents. Article 44, for instance, states that: "The fundamental rights of children are: the right to life, physical integrity, to health and social security, to a balanced diet, to name and nationality, to have a family and to not be separated from it, to care and love, to education and culture, recreation and to the freedom to express one's opinion [...] The rights of children prevail over the rights of others" (12). There is also Law 1098 / 2006 (Code for Children and Adolescents) whose "aim is to guarantee children and adolescents full and harmonious development to enable them to grow up within the family and the community in an environment of happiness, love and understanding. Recognition of human equality and human dignity shall prevail, without any discrimination" (13, 14).

According to these parameters, parents or caregivers are responsible for the healthy development of each member. Therefore, personality becomes a fundamental variable for the fulfillment of their roles. The family is the origin and center of children's informal education; it provides the foundations of the affection provided by the father and mother or, in their absence, the permanent caregiver: "They are responsible for the parental competencies necessary to perform their role in favor of the wellbeing of the child or adolescent" (15-18).

Studies on the personality of parents or permanent caregivers have led to the establishment of personality traits that are favorable and unfavorable for the development of children and adolescents and their adaptation to the environment (15, 19). The less favorable personality traits include emotional deficits (difficulty of attachment, grief resolution, emotional balance and empathy, among others). These are related to child abuse and violence, especially in women who are exposed to social pressure that affects their behavior and life experience (20-23). On the other hand, favorable personality traits, such as autonomy, assertive problem-solving, reflexivity, empathy, emotional balance and openness, promote a favorable development of personality in children (17, 24).

The development of personality involves different factors, including temperament, which is the result of heredity and character, which is formed as the subject relates to the environment and learns from it (24, 25). The family is the basis of their structuring, since the parents socialize their behaviors. This way, parents can be a risk factor that results in the presence of emotional, family, educational and social problems. Studies have shown how a functional family can positively affect the healthy development of children and promote their adjustment, while a dysfunctional family can affect their comprehensive development (15, 16, 26, 27). Poverty and economic hardship constantly faced by minors also harm the healthy development of their personality and gradually affect their socio-affective development (26).

Research is consistent in that personality is cause and effect: its structure has consequences on the way people act, which in turn, affects others. According to forensic medicine reports, in Colombia, between January and November 2017, there were 70,806 cases of domestic violence (28). One of the causes for this are the characteristics of the aggressor: little or no impulse control, low self-esteem and emotional

deficiencies, including experiences of child abuse (29). Also, personality is affected by the social, economic and cultural context. This structure includes the family, which serves the dual function of cause and effect in the development of personality. This process of mutual influences occurs due to the socialization of parents and children, who assimilate and internalize values, attitudes, behaviors, customs, forms of conflict resolution, security and family afflictions (30-32).

Parents or caregivers are emotionally involved in the care and rearing of their children; they want them to be healthy and develop well physically, to be trained to achieve financial self-sufficiency in adulthood, and to think and act according to the cultural context. In addition, they have a special interest in their children learning the moral and social codes, abide by the laws, identify with a religion and take on a political ideology (26, 33-35).

Although extensive progress has been made in child rearing, the role of the caregiver has become increasingly important. Parents are not the only ones involved in child rearing; there are other relatives that taken on the role: aunts and uncles, grandparents, siblings, and even people who are not related (adoptive parents). Therefore, those who study behavior have created tools to measure personality, which involve the role of the caregiver in a broader sense; not only the parents, but also relatives and unrelated persons who play a role in child rearing.

One of these measuring tools is the CUIDA test (Questionnaire for the Assessment of Adoptive Parents, Caregivers, Guardians and Mediators), which measures the functional personality of biological caregivers, adoptive parents, tutors and guardians. It was created in Spain by F.A. Bermejo, I. Estevez, M. I. García, E. García-Rubio, M. Lapastora, P. Letamendía, J. Cruz, A. Polo, M. J. Sueiro y F. Velázquez in 2006. It has been validated in several Portuguese and Spanish-speaking countries: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Mexico, Nicaragua, Dominican Republic, Panama, Paraguay, Peru, Portugal, Puerto Rico, El Salvador and Uruguay (36). Classification processes have been carried out in each country. Since the purpose of this research is not to validate the tool, information in this regard is not provided, but specific data are mentioned on its psychometric characteristics. In the case of Colombia, the foundation and construction of this tool follows the "laws and general principles of the theoretical hypotheses that psychometrically control psychological tools" (18, 19).

For these authors, the functional personality of the caregiver refers to the specific traits of the caregiver, tutor, biological or adoptive parents, among which the following stand out: decision-making abilities, emotional balance, self-confidence, resolve, self-esteem, patience, sensitivity toward others, altruism with peers, verbal and non-verbal communication skills, empathy, listening and observation skills and the ability to establish emotional ties or attachment. Each of these traits enable stable affective development, emotional balance and allow the review of grief resolution capacity, so favorable responses are expected from people when dealing with situations of loss (leaving or giving up activities that they like, people, animals or objects). This disposition favors their assimilation in painful situations, helps the other person with his/her own family losses or other situations, allowing them to withdraw affectively once the guardianship is over, and the mediator is capable of transmitting to the parties the idea of conflict resolution (37).

So, responding to the caregiver's obstacles or limitations over the person he/she is caring for or rearing requires good tolerance to frustration "without reacting impulsively and without feeling overly stressed" (37). These are aspects that enable the future consolidation of a personality structure that is adjustable to the different circumstances that the child must face. Also, flexibility is another personality trait that is necessary as it allows the person to adjust and adapt to each situation, responding thereto with different alternatives in a creative and original manner (37).

Good empathic skills are also expected as they favor relationships by creating a good level of listening and understanding of the issues. In addition, creating independence as an important factor means having the same capacity to guide or direct, depending on the situation. Also, reflexivity as the skill to plan when exposed to extreme situations and not give in to impulsiveness. If the parents, caregivers or permanent adoptive parents are sociable, it will be easier for them to relate and increase the possibilities of being close. Therefore, there is no single profile for being a good caregiver, parent, tutor or adoptive parent. These roles must adapt to the specific characteristics of the person they are caring for or rearing, as well as to the place and time in which they perform this task.

Thus, it is relevant to do research to be able to describe the personality traits of parents attending health checkups with their children at the corresponding entities (2013-2015). The study is focused on parents

and caregivers who attend follow-up appointments scheduled for patients at three healthcare entities located in different places: Hospital San Juan de Girón, located in the Municipality of Girón (Santander); Hospital Local del Norte, located in the Norte district of the city of Bucaramanga (Santander); and The Rehabilitation Committee in Medellín (Antioquia).

Methodology

Descriptive cross-sectional exploratory study that assessed the functional personality traits of parents or caregivers. The only criteria for inclusion was for the parents or related caregivers to be users of the healthcare system and take the patient (aged between 1 month to 18 years) to the scheduled checkups at a healthcare entity. The convenience sample was chosen because it involves a captive population. They are the parents and caregivers that take the child to the healthcare appointments at each entity (from those mentioned earlier). The sample was made up of 134 parents. These parents included 10 men distributed as follows: 3 at The Rehabilitation Committee, 1 at the Hospital San Juan de Girón and 6 at the Hospital Local del Norte. 124 of the participants were women, 76 of which belonged to The Rehabilitation Committee (Medellín), 30 of the Hospital San Juan de Girón (Girón) and 29 of the Hospital Local del Norte (Bucaramanga). Women's high level of participation was due to the fact that the fathers who accompanied them decided not to answer the test, while they allowed easy access to the interview.

Procedure

This study is derived from the research on the effect of the kangaroo mother program on children aged between 12 and 18 months. After being in this program, researchers assessed the children at home. In the process, researchers found that there some parents remain active in the programs and others do not continue, even though they share the same social and economic conditions (socioeconomic levels 1, 2 and 3). After reviewing several factors, it was concluded that personality plays a key role, which enabled these researchers to conduct the subsequent study of the non-pathological functional personality in this group of parents (total of 43, socioeconomic levels 1 to 3). They used the CUIDA questionnaire, which measures the functional personality of biological caregivers, adoptive parents, tutors or guardians. They concluded that few parents, between

3% and 33% of those studied, have strengths in terms of altruism, assertiveness, problem-solving capacity, empathy, emotional balance, independence, reflexivity, the capacity to establish emotional ties and the grief resolution capacity, which is key in losses or detachment. Regarding personality traits, most showed few strengths -- between 18% and 70% -- in the personality traits, in self-esteem, openness, assertiveness, problem-solving capacity, empathy, emotional balance, independence, flexibility, reflexivity, sociability, frustration tolerance, the capacity to establish emotional ties and the grief resolution capacity.

To better understand what this type of studies means (the referenced study and the current study), it is necessary to clarify the parents' personality problem and the value of non-pathological functional personality in natural caregivers, such as parents or others who take on this role. Several aspects are considered in this article: pathological and functional personality, the traits of the caregiver and the laws to regulate the family roles.

The project was submitted to those responsible for approving the research at each of the healthcare entities. The researchers went to each entity to collect data along with psychology students in their last semester, who were previously trained on how to use the tool, always accompanied by the researchers in Santander. For the Hospital in Girón, business hours were from 8 a.m. to 2 p.m. and the researchers arrived at 7 a.m. because parents arrived early and the researchers explained the objective of the research, always accompanied by the person responsible for coordinating these activities at the hospital. The time before the scheduled appointment was used for this purpose. At the Hospital del Norte in Bucaramanga, the procedure was similar, with the accompaniment of the employee responsible and with the hours scheduled in the morning. In the case of The Rehabilitation Committee, the entity's psychologists knew each mother attending the scheduled checkups, so these psychologists collected the data without the collaboration of student aides. The UNAB program of psychology had an agreement with this entity for psychology students who were in the internship process at the time.

On average, the structured interview (CUIDA test questionnaire) took one hour (at a slow pace); more time was often invested when parents asked questions about the reactions (items, affirmations) of the questionnaire, such as: "That question made me wonder, I want to know...". Data collection time was

18 months. The final sample was made up of 134 parents, distributed in similar quantities in the three aforementioned institutions. In keeping the principle of autonomy, each of the participants agreed to participate and signed an informed consent.

Instruments

In the case of this research, a psychological tool was chosen that measures functional personality for child rearing: the CUIDA test, created in 2006. This questionnaire provides a non-pathological functional personality profile. This study is used as a means to explore the personality of parents and caregivers who take their children to the healthcare entities for development checkups (36). Taking care of children's health is one of the roles assumed by parental figures in the child rearing process and it indicates the willingness of parents and caregivers to meet their developmental needs and responsibility at the time of providing the child with security and wellbeing (17, 18). The tool was purchased from TEA Ediciones, a Spanish company founded in 1957, dedicated to editing and developing psychological assessment tests that it has validated in different countries to establish their respective scales in Spanish and Portuguese: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Mexico, Nicaragua, Dominican Republic, Panama, Paraguay, Peru, Portugal, Puerto Rico, El Salvador and Uruguay. The company has three of its own websites aimed at the assessment and correction of psychological tests, as well as *online* training. The data from the CUIDA personality test are processed through these websites. The test assesses a person's capacity to provide attention and proper care to a biological, adopted, foster child in his/her custody or guardianship, or a minor under the responsibility of an institution. It contains 189 items through which 14 personality variables are assessed that provide information on child rearing styles; as a result, it issues an individual report with a profile indicating the high (from 7 to 9), mean (from 4 to 6) and low (from 1 to 3) scores. For the purposes of this study, only the high and low scores are considered, which indicate, respectively, the expected functionality (7 to 9) as a strength, and low functionality (1 to 3) as a weakness. Mean scores are excluded since they make up the average and are not noteworthy for the caregiver's role.

To validate the sample in Colombia, in a way similar to the procedure in the aforementioned countries, a classification sample was selected, made up of 1,111

people from Colombia who were assessed with the CUIDA test in different processes and situations (assessment of teachers, caregivers, adoptive parents, etc.) between 2006 and 2011. 45.6 % of them were men and 54.4 % were women. The ages of the subjects ranged from 19 to 64 years (Mean = 39.34 and SD = 7.61). In short, it was found that most of the differences in the scores are minor or moderate. According to the authors: “the differences observed between the Spanish and Colombian samples seem to be due to a larger extent to particular characteristics of the original classification scales than to cultural differences between the countries. These differences are narrower when comparing the data of Colombia with recent data from the CUIDA collected in Spain in recent years” (37).

The variables measured by the Questionnaire for the Assessment of Adoptive Parents, Caregivers, Guardians and Mediators (CUIDA) are: altruism, openness, assertiveness, self-esteem, problem-solving capacity, empathy, emotional balance, independence, flexibility, reflexivity, sociability, frustration tolerance, capacity to establish emotional ties or attachment and the grief resolution capacity. It was initially developed in Spain, but it has been validated in several contexts and, since its publication in 2006, it is a reference tool for the assessment of a caregiver for a person in a dependent position. It is now widely used in adoption and fostering, forensic assessment of custody of minors or parenting capacity, as well as in selection processes of caregivers, nurses, teachers or guardians or in the clinical assessment of parents or caregivers, among various other fields. Furthermore, the test overcomes the barriers of the country of origin, since it has been applied in more than twenty different countries with successful results, including: Spain, Italy, Portugal, Colombia, Mexico, Guatemala, Costa Rica, El Salvador, Bolivia, Panama, Venezuela, Andorra, Argentina, Chile, Ecuador, United States, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Peru, Poland, Puerto Rico, Dominican Republic, Switzerland and Uruguay. The test includes scales for different countries and a general scale for Latin America.

Below is the meaning of each variable measured by the test:

Altruism refers to the behavior by which people act in favor of others in an unselfish manner; i.e., without the expectation of a reward.

Openness is expressed as the interest in both the outer and the inner world; and tolerance toward different values, styles, lifestyles and cultures.

Assertiveness is the capacity to adequately express both positive and negative emotions, express and tolerate criticism, give and receive compliments, accept and reject requests, as well as the capacity to show disagreement, all according to one's needs, attitudes, desires and rights, and respecting those of others.

Self-esteem consists of favorable or unfavorable feelings that people have about themselves because of their judgment of their own self-concept.

Problem-solving capacity is the skill to identify a problem, study the different alternatives, act according to a plan, and be flexible and creative in the search for effective solutions.

Empathy consists of the capacity to recognize and understand the feelings and attitudes of others and the specific circumstances that affect them, without judging them.

Emotional balance is the ability to cope with the states of tension associated with emotive experiences and to maintain control over one's behavior in situations of conflict or that cause a high degree of discomfort.

Independence is the ability to make one's own decisions and to accept responsibility without needing to seek help or protection from others.

Flexibility is the capacity to adapt to changing situations, in the belief that there are different ways of understanding and acting upon reality and, therefore, with the ability to rectify attitudes and points of view, if necessary.

Reflexibility is the tendency to talk and act thoughtfully.

Sociability is the orientation toward people, the ease with which one establishes relations with others, a preference for other's company, a liking for social activities and social competence.

Frustration tolerance is the capacity to accept and assimilate a situation in which an expectation, a desire, a project, or an illusion are not fulfilled.

Capacity to establish emotional ties or attachment is the universal human capacity to build emotional ties and, due to its importance, is a requirement for proper evolutionary development and the establishment of

adaptive interpersonal relations. Therefore, it enables the assessment of whether people have the resources and the capacity to allow the affective bonding process to result in a safe attachment.

Grief resolution capacity refers to the natural process that occurs in people who suffer and deal with a loss, allowing its elaboration and resolution.

All variables are important to get to know a caregiver's profile. Based on his/her functional personality in relation to the job and the specific tasks performed in his/her role as a caregiver, biological or foster parent, should develop characteristics such as organize the environment of the dependent person, as well as to establish routines, meet basic needs (hygiene, affection, communication, games, food, etc.), or to promote autonomy and confidence through responsibility, encourage socialization, self-esteem, assertive communication, promote new interests, etc.

As part of the procedure to apply the tool, the researchers previously contacted the public and private healthcare institutions, with which there were agreements, namely the Hospital Local del Norte, the Hospital San Juan de Girón and The Rehabilitation Committee in Medellín, which provide care services for the population aged between 0 and 18 years when they attend health checkups accompanied by their parents/caregivers/permanent guardians.

The person responsible for the area of the checkup programs at the entity introduced the researchers to the parents. This occurred mainly in Girón and Bucaramanga, because in Medellín, the researcher was part of the entity. Then it was explained to them that the informed consent was being requested in order to carry out a structured interview using the test questionnaire. The research is relevant to the entities because it provides information on the parents and caregivers that can be used to adjust the healthcare programs in promotion and prevention to their needs. This gives rise to a process focused on improving patients' health. The project was presented to the Ethics Committee of each healthcare entity for its endorsement, as well as for the results.

Ethical Considerations

The project is classified as "research without risk" and accordingly, the rules were complied with in accordance with Chapter VI of Research on Human

Beings, Resolution No. 008430 / 1993 of the Ministry of Health and the provisions stipulated by law. The research was approved by the Ethics Committee of the Universidad Autónoma de Bucaramanga and the Ethics Committee of the Hospital Local del Norte.

Results

Relevant data were identified on sociodemographic characteristics with regard to sex, age and socioeconomic level. In the CUIDA instrument, the high and low scores determine personality traits as caregivers. The sociodemographic characteristics found are listed on **table 1**. Data are originated in the three entities from the different locations (Girón, Bucaramanga and Medellín).

Table 1 shows the data from the sample of the three entities. The prevalence of the female gender is significant at 93.1%. During the interview in Girón and Bucaramanga, some of the women attended with their spouse, but the fathers did not give their consent to answer the questions. The women provided information and the authorization to participate in the research. Only 6.9% of the men agreed to participate. In Medellín, most of the caregivers who took the children patients to The Rehabilitation Committee are women.

The age range was 40 to 59 years, which is 60 % at the three locations (middle-aged adults). There were also elderly parents and some, who were the patient's grandparents, played the role of caregivers as illustrated in **table 1** (9 %). They continued to carry out roles that they were no longer responsible for, but it is their way to support their children or take responsibility for them. With regard to socioeconomic levels, levels 1 and 2 have a higher percentage at 30 % and 39 %, respectively, and socioeconomic level 3 has a lower percentage at 21 %. In addition, there was no information regarding the socioeconomic level of 10% of the participating population. Most of this population is economically vulnerable.

At the three locations (Medellín, Girón and Bucaramanga), 50.3 % of the participating women are single mothers. It is increasingly common for the woman to have the responsibility of being both a mother and the head of the household. This is a trend in the country, including the rural area. 48.3 % of the women are not single mothers, but rather homemakers, whose activity is focused on domestic chores, which are not remunerated. The Colombian Longitudinal Survey of

Table 1. Sociodemographic data of the sample of the Girón and Bucaramanga hospitals and The Rehabilitation Committee in Medellín.

Sociodemographic data	Percentage
Sex:	
Women	93.1%
Men	6.9%
Age Interval:	
21 - 39 years	28.2%
40 - 59 years	60.0%
60 - 100 years	11.1%
No data	0.7%
Socioeconomic level:	
1	30.0%
2	39.0%
3	21.0%
No data	10.0%
Single mothers:	
YES	50.0%
NO	48.9%
Blank	1.0%
Employed parents:	
YES	40.7%
NO	58.6%
No data	0.7%
Person who takes care of the child when he/she is sick:	
Father	3.4%
Mother	86.4%
Older sibling	1.4%
Grandparent	6.9%

Source: sociodemographic questionnaire

the Universidad de los Andes notes that “single women in cities increased from 35 % to 39 % from 2010 to 2016, while in the countryside, the increase was from 18 % to 22 %” (38). The economic demands for most of these women are high due to the number of children they have and their ages: most of them are between 21 and 59 years old (at the adult and middle-aged stages).

As for taking care of the child when he/she is sick, it is noted that the mother is the person responsible for the child in 86.4% of the cases. In a minimal proportion, other family members provide support, among which fathers have a participation of 3.4 %.

Table 2. Distribution of the percentages of fathers with a high and low score on the CUIDA test in relation to the fourteen personality variables.

Dimensions of the functional personality traits	Percentage of fathers with a high score			Percentage of fathers with a low score		
	Hospital San Juan de Girón	Hospital Local del Norte Bucaramanga	The Rehabilitation Committee (Medellín)	Hospital San Juan de Girón	Hospital Local del Norte Bucaramanga	The Rehabilitation Committee (Medellín)
Al - Altruism	22.9	22.9	20.3	25.7	22.9	26.6
Op - Openness	8.6	8.6	12.5	37.1	54.3	46.9
As - Assertiveness	5.7	5.7	3.1	57.1	74.3	60.9
Se - Self-esteem	8.6	8.6	17.2	57.1	48.6	32.8
Ps - Problem-solving capacity	2.9	2.9	1.6	71.4	74.3	59.4
Em - Empathy	5.7	5.7	12.5	31.4	34.3	34.4
Eb - Emotional balance	2.9	2.9	1.6	48.6	71.4	64.1
In - Independence	11.4	11.4	18.8	14.3	20.0	21.9
Fl - Flexibility	0.0	0.0	4.7	68.6	60.0	79.7
Rf - Reflexibility	2.9	2.9	1.6	57.1	62.9	62.5
Sc - Sociability	5.7	5.7	12.5	45.7	48.6	53.1
Ft - Frustration tolerance	0.0	0.0	12.5	77.1	68.6	70.3
Ag - Capacity to establish emotional ties or attachment	0.0	0.0	4.7	40.0	51.4	59.4
Gr - Grief resolution capacity	2.9	2.9	3.1	91.4	71.4	59.4

Source: individual reports of the CUIDA test

Since each variable is a functional trait measured by the CUIDA test, the high scores are the values expected from parents and caregivers as expected personality traits. However, this occurs rarely, as shown in the percentage of parents who obtain the high score (7 to 9), which in general varies from 1.6 % to 22.9 % for flexibility, reflexibility, emotional balance, problem-solving capacity, grief resolution capacity, sociability,

self-esteem, openness, assertiveness, altruism, empathy and independence. Nevertheless, there is a difference with the sample from Medellín, which has parents with strengths of 4.7 % in the capacity to establish emotional ties or attachment and 12.5 % on frustration tolerance. While the same aspects were absent in the parents at the hospitals in Girón and Bucaramanga at 0 %. This shows greater difficulty in

these variables and it is likely they have a behavior with no impulse control when facing obstacles with the presence of aggression and the establishment of unhealthy interpersonal relations with a greater presence of conflicts due to insecure attachments.

The low scores are values that indicate personality traits with low functionality in the parents and caregivers, as illustrated in **table 2**, which shows percentages ranging from 14.3 % to 91.4 % in this area. That is to say, there is a greater concentration of percentages with high values, but it indicates a low functional personality of the parents, which occurs without difference in the three public and private healthcare entities in the three cities, Girón, Bucaramanga and Medellín, on all the variables. This means that they tend to think more about themselves than others (low altruism), with little tolerance for different ways of thinking and different lifestyles (little flexibility), responses with low impulse control (low reflexivity and little frustration tolerance), such that they express their feelings of distress in an unassertive manner, expressing their low self-esteem with low sociability. It is difficult for them to understand others' points of view, and they do not recognize and understand others' feelings and attitudes well (empathy). At the same time, these parents find it difficult to handle the tension associated with emotional experience, becoming emotionally upset easily and changing their behavior according to their mood (low emotional balance). This affects the decisions they make, and they often ask others for advice (low independence); it also makes it hard for them to establish healthy ties, making it hard for them to adjust to the point that they suffer with every breakup, separation from their children and loss of health, which implies the grief resolution inability.

Discussion

This study is not intended to label the data found as "pathologies", but rather to detect and understand the personality traits expressed in the parents' behavior, which they transmit in the rearing of their children. The role they play in the family is precise, and it has an influence on their children, together with the risk factors or situations, determined by the culture and the setting, faced by their children, affecting the physical and mental health of the child at any time (37).

In the results, it is noted that there are no differences between the responses of the parents of the healthcare entities in the different cities that participated in the

study (Girón, Bucaramanga and Medellín). Based on the sociodemographic data, the age of the sample indicates that a high percentage of the parents are at the adult and middle-aged stages from 27 to 59 years of age (32). Within the life cycle, this period is conducive to making decisions regarding the family, work and social matters (private and public life). The stage is interceded by the person's diverse experiences and factors in his/her development process (25, 39).

All these characteristics, along with the socioeconomic level, access to health and education, and the opportunities to have cultural experiences, among others, contribute to the development of the personality in the children under their care. The sample consists mainly of socioeconomic levels 1, 2 and 3. It may be said that the children of these parents are subject to the opportunities they offer them for the development of their abilities. The socioeconomic spaces are limited for themselves and for their children, particularly in the case of women, who become the main breadwinner of the household as single mothers when they have the opportunity to work. The results of the study of parents who attended the Kangaroo Mother program share similar socioeconomic characteristics (levels 1, 2 and 3), most of whom are women responsible for caring for the child, despite the presence of the father at home. Data from the National Administrative Department of Statistics (DANE, for the Spanish original) from 2017 indicate that 56 % of Colombian women are single mothers. In addition, only 41.9% has a job other than being a homemaker. This study shows that the responsibility of caring for children during their rearing is focused more on the mother than the father, in terms of work, as well as caring for them at home and when they are sick. This obligation to meet the demands of the household has a high economic and emotional burden on women.

With regard to the results of the CUIDA test in this study, the high scores indicate the expected functionality for caregivers: their contribution to their children's personality and the acquisition of adaptive behavior is favorable and indicate greater concern for the wellbeing of their children. On the other hand, the low scores highlighted in the sample show that the parents have difficulties to properly express their positive and negative feelings, as well as low frustration tolerance and low social skills, along with the difficulty to accept and reject requests and/or express disagreement. It also shows their low capacity to solve problems, analyze the different

alternatives, act according to a plan, and be flexible and creative in the search for effective solutions. They are people who do not cope well with the states of tension associated with emotive experiences and to maintain control over their own behavior in situations of conflict or that cause a high degree of discomfort. The low score also indicates difficulty to adapt to changing situations and understand that there are different ways of understanding and acting upon reality. That is why it is difficult for them to think and reflect before they speak and act, and there is a greater presence of impulses. Also, they have a scarce capacity to accept and assimilate a situation in which an expectation, a desire, a project, or an illusion is not fulfilled, and they easily get frustrated or upset. Furthermore, in this type of parents, a deficiency was detected in assimilating the natural process that occurs in people who suffer and face a loss, grief is extended and takes a long time to resolve.

These results, on the high, as well as low scores on the CUIDA test, were found in the parents who attended the University Hospital's Kangaroo Mother Program. They share few strengths between 18% and 70% in the personality traits, in self-esteem, openness, assertiveness, problem-solving skills, empathy, emotional balance, independence, flexibility, reflexivity, sociability, frustration tolerance, the capacity to establish emotional ties and grief resolution capacity.

These low-scoring traits contribute few positive elements to the development of the children's personality and concerns for their wellbeing tend to be lower. However, the study was not intended to point out the characteristics of a pathological personality, but rather those of a functional one, as is measured by the test. In addition, this test can be used to evaluate parents with dysfunctional parenting skills and to observe the aspects in which there are failures in order to help solve or prevent the different problems that may arise.

In turn, these data on low scores are confirmed in studies on child abuse and violence, associated with personality traits of parents with regard to their fragile emotional states, difficulty of attachment and role in society, especially in women who are exposed to social pressures that affect their behavior and life experience (21, 22). As mentioned herein, this study was made up mostly of women (93.1 %) and it is noted that maternal and paternal duties are still highly determined by a strong division of gender roles, in a male-dominated culture such as that of Colombia, although we now

speak of parenting as a way to neutralize the gender perspective. The parenting shown in this study indicates a different practice in caring for children; maternal child rearing prevails in the sample (31).

The traits that are not very favorable for personality development include emotional deficits (difficulty of attachment, grief resolution, emotional balance and empathy, among others); these are related to child abuse and violence, especially in women who are exposed to social pressures that affect their behavior and life experience (20, 21).

The likelihood of abuse increases when the family is emotionally fragile and has children who are very caring or not very responsive (33, 39, 40). This study shows the personality traits associated most with the violence reflected in child rearing. Although the purpose of this study is not to establish or detect pathologies in personality traits, the data found show the influence of the culture in which the woman is responsible not only for child rearing, but is alone in satisfying all other needs of her children, particularly those concerning their care (41). Healthcare is interceded by the family's role, but it is implicit in risk factors or situations determined by the culture and the setting, which can unleash or announce problems in this area in its members at any time (38).

Low scores can predict that today's child will be an adult with difficulties to adapt to their social, family and relationship-building environments, if these conditions remain over time. The figures they currently identify with, their parents, have emotional voids that have not been cared for in their own realm, and were possibly learned, in turn, from their parents. When sharing the results with each entity, it was found that The Rehabilitation Committee has carried out several psycho-education activities with parents regarding the care of their children. The professionals say that the change in the parents' attitude is noticeable when work is focused more on their own shortcomings as people, than when emphasizing the education and rearing of their children. This situation led to the following question: How can parent group workshops be created focused on the personal needs that influence the increase of their functional personality as caregivers?

The parents with high scores are the ones who have the expected profile, but this is the case with very few parents, as shown in the results presented. The questions resulting from this work are: Is it possible that their experiences, either with their own parents

or throughout their life, together with the actions they carry out to bring up their children, can provide other parents with a model or reference for the rearing of others? Are educational workshops effective strategies to boost parents' self-esteem, security and frustration tolerance? When considering the personality of parents as the source of the children's personality, and contrary to the approach of the personality trait theory which states that traits are fixed and therefore they establish and even allow predicting the person's behavior, is it possible to think that there is a better chance of change it through learning?

Although great progress has been made in child rearing, there is still the idea that beating and abuse make education easier (16). Therefore, interdisciplinary work is gaining momentum in prevention and promotion in child rearing, favoring not only the healthy personality of the child, but also improving learning about healthcare and adhering to treatment, as well as providing information to healthcare personnel regarding the needs of the population served at each institution.

Conclusions

The proposed approaches answer the problem statement and the research objectives. With regard to the question: What are the functional personality traits of the parents or caregivers of children attending health checkups at public and private healthcare entities (2013-2015)? It is concluded that, regardless of the healthcare entity, the parents and caregivers of the sample share the personality trait predominated by low functionality, which is transmitted to their children during daily interaction processes during their rearing. The variables associated with this aspect are a low level of education, low socioeconomic levels and emotional deficits (difficulty of attachment, grief resolution and emotional balance and empathy, among others); these associations were confirmed in other research.

As the central objective, the high and low functional traits are determined in the three samples. High functionality was determined for the traits of altruism, independence and sociability; but they were low in terms of openness, assertiveness, problem solving, flexibility, reflexivity, emotional balance, adaptation, sociability, grief resolution capacity and the capacity to establish emotional ties or attachment.

Conflict of Interests

The authors declare that there is no conflict of interests.

Acknowledgments

The researchers would like to thank the representatives of the healthcare institutions that provided the space to carry out the project: Hospital Local del Norte (Bucaramanga), San Juan de Dios in Girón and The Rehabilitation Committee (Medellín). They are also grateful to the students of psychology and professionals who participated by carrying out different activities in the research.

Funding

The study was funded by the Universidad Autónoma de Bucaramanga, which provided financial support for the entire project, and enabled the researchers to manager their time, provided the data collection instruments, materials and logistic support for data processing up to their publication in scientific events.

In the case of the private entity in Medellín, it provided the professional and the space for the study because there is an agreement between the two entities.

References

1. World Health Organization. Newsroom, Mental Disorders [Online and Spanish version]; 2017 [Accessed on: October 23, 2018] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
2. Colombian Ministry of Health and Social Protection. 2015 National Mental Health Survey - Volume I, p. 251. [Online]; 2016. [Accessed on: October 23, 2018] Available at: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf
3. Ribes-Iñesta E. ¿Qué es lo que se debe medir en psicología? La Cuestión de las Diferencias Individuales. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 2005; 13 (1): 37 – 52
4. Reyes-Revuelta JF, Rodríguez-Vives E, Ruiz-Castillo M. El trabajador que sufre un trastorno de personalidad obsesiva en el trabajo. Caso práctico. *Revista Enfermería del Trabajo*. [Online Journal], 2017; 7 (3): 80 – 85. Available at: <https://>

- dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=4319897
5. Sánchez-Ramírez BR, Cerda GG, Castellanos-Vallencia A. Rasgos de personalidad y síntomas depresivos en madres de niños con discapacidad. *Revista Psicología y Salud*. 2017; 27 (1): 61 – 70.
6. Montgomery UW. La unidad analítica de la personalidad ¿repertorios conductuales básicos o estilos interactivos? *Revista de Avances en Psicología*. 2017; 3 (3): 151 – 159.
7. Hospital de Pediatría Juan Garrahan. Recomendaciones para el cuidado de la salud de niños, niñas y adolescentes. Manual de orientación. Ed: Fundación Garrahan [Online] n.d. [Accessed on October 15, 2018]. Available at: <https://goo.gl/TJxcDU>
8. Batthyány K, Genta N, Perrotta V. El aporte de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay. *Estudios Feministas*. [Online Journal], 2017; 25 (1): 187 – 213. Available at: https://www.jstor.org/stable/90001008?seq=1#page_scan_tab_contents
9. Morocho-Abad LM. Estrategias de Enseñanza en el manejo de hábitos de higiene y cuidado del ambiente en el área personal social para optimizar aprendizajes de los estudiantes de la I.E. N° 010 Distrito y Provincia de Piura- 2018. Plan de acción. [Specialization Thesis]. Peru: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2018. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/154890035.pdf>
10. World Health Organization. Mental health: a state of well-being. [Online and Spanish version] 2014. [Accessed on October 15, 2018] Available at: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
11. Arévalo-Barrero NS. El concepto de familia en el siglo XXI. At: Paper submitted to the Foro Nacional de Familia in Bogotá D.C. 2014, p 6. [Accessed on October 15, 2018] Available at: <https://goo.gl/q7Ko2K>
12. La Regulación del cuidado, la asistencia familiar y las obligaciones alimentarias a favor de menores en Colombia. [Online] n.d. [Accessed on October 20, 2018] Available at: https://www.oas.org/dil/esp/Regulacion_cuidado_asistencia_familiar_obligaciones%20alimentarias_Colombia.pdf
13. Congress of Colombia. Law 1098 / 2006, Code for Children and Adolescents. [Online] 2006 [Accessed on October 20 2018] Available at: https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_de_la_Infancia_y_la_Adolescencia_Colombia.pdf
14. Galeano Zaldivar LC, Hernández H. Reflexiones en torno al cuidad. Cuba. *Revista Agumentum Artigo*. [Online Journal], 2018; 10 (2) 166 – 179 DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i1.18697>. Published on 05-04-2018. ISSN 2176-9575
15. Salazar-Morán KL. Estilos de socialización parental y características de personalidad en adolescentes de casas de acogida de Lima [Graduation Thesis]. Lima, Peru: Universidad Nacional Federico Villarreal, 2015.
16. Alonso-Vilar C, Romero-Triñanes E. Personalidad parental, prácticas educativas y problemas de conducta infanto-juvenil. *Revista Cuatrimestral de Psicología*. [Online Journal]. 2014 [Accessed on June 11, 2018]: 32 (2): 91 – 102. Available at: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/500/394>
17. Kokoulina-Cherevach E, Fernández-Martínez R. Cuidados parentales en la infancia y trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*. [Online Journal], 2016. [Accessed on June 11, 2018]: 24 (2): 237 – 252. Available at: <https://search.proquest.com/openview/de9c5bdc761f4d889ab09dcfdae66063/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
18. Lassi MS. Potencial de maltrato infantil, personalidad de los padres, reconocimiento de emociones y uso real de castigos con los hijos. At: “I Congreso Internacional de investigación y práctica profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación, Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR”. Buenos Aires, Argentina. Universidad de Buenos Aires. 2009. 166 – 18. Available at: <https://www.aacademica.org/000-020/505>
19. Núñez-Guilca RA. Personalidad parental y su influencia sobre los niveles de frustración en los estudiantes de los terceros de bachillerato sección matutina de los colegios urbanos del Distrito 1 del Cantón Ambato, Provincia de Tungurahua, Parroquia Atocha-Ficoa, Período 2013 – 2014. Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, 2015. 1 – 107.
20. Benites L. Tipos de Familia, Clima Social Familiar y Asertividad en Adolescentes. Lima: Universidad San Martín de Porres, 1998.
21. Rohner RP, Carrasco MA. Interpersonal Acceptance-Rejection Theory: (IPARTheory): Interpersonal Acceptance – Rejection Theory (IPARTheory): Theoretical Bases, Method and Empirical Evidence. *Acción Psicológica*. [Online Journal]. 2014 [Accessed on June 11, 2018]: 11 (2): 9 – 26. Available at: <https://doi.org/10.5944/ap.11.2.14172>
22. Clemente RA. Familiar y crianza: el punto de vista psicológico en cuestión. *Rev Asparkia* [Online Journal], 1992. [Accessed on May 11, 2015]; 1: 67 – 76. Available at: <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/asparkia/article/viewFile/414/333>
23. Herrera-Santi PM. El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Online Journal], 2008. [Accessed on August 19, 2015] 24 (3): 1 - 8. Available at:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300013
24. Justicia-Galiano MJ, Cantón-Duarte J. Conflictos entre padres y conducta agresiva y delictiva en los hijos. *Psicothema*. [Online Journal], 2011. [Accessed on May 2, 2016] 23 (1): 20 – 25. Available at: <http://www.psicothema.com/pdf/3844.pdf>
 25. Cobos Cali M, Cabrera Vélez M. Influencia de la personalidad del cuidador/a, en los adolescentes que ejercen bullying, realizado en el nivel básico del Colegio Fiscal Mixto Central “La Inmaculada”. [Master’s Thesis]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Azuay, 2014. Available at: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4009>
 26. Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist* [Online Journal], 1993. [Accessed on October 13, 2016] 44: 329 - 335. Available at: <http://www.psy.cmu.edu/~sieglar/35patterson90.pdf>
 27. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, Medicina Legal y Ciencias Forenses. Estadística de Violencia Contra la Mujer. Information retrieved from: *Boletín Epidemiológico* [Accessed on May 15, 2016] 2015. Available at: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/989694/bolet%C3%ADn.pdf/1e5d84cd-877e-4388-806f-9733ebafdb63>
 28. Más de 70 mil casos de violencia intrafamiliar entre enero y noviembre de 2017. *El Espectador*, Colombia: December 16, 2017. [Online Newspaper]. Available at: <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/mas-de-70-mil-casos-de-violencia-intrafamiliar-entre-enero-y-noviembre-de-2017-articulo-728844>
 29. Rodríguez-Susa GI. Causas de la violencia intrafamiliar. MA Human Rights and Culture of Peace. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali. 2017
 30. Feist J, Feist GJ, Roberts TA. *Theories of Personality*. Eighth Edition. Buenos Aires; McGraw Hill: 2007.
 31. Sierra-Canto A. Estudio Pericial de la capacidad parental masculina. *Rev de Estudios Clínicos e Investigación Psicológica*. [Online Journal], 2017; 7 (14): 17 – 25. Available at: <http://www.revistacecip.com/index.php/recipe/article/view/125/119>.
 32. Kuhl J, Kazén M, Quirin M. The Theory of Personality Systems Interactions. *Revista Mexicana de Psicología* [Online Journal], 2014; 31 (2): 90 - 99. Available at: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243033031002>
 33. Maestre MV, Tur AM, Samper P, Nacher MJ, Cortés MT. Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Rev Latinoamericana de Psicología*. [Online Journal], 2007. [Accessed on September 24, 2016] 39(2): 211 – 225. Available at: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80539201.pdf>
 34. Romo N, Anguiana BG, Pulido RN, Camacho G. Rasgos de personalidad en niños con padres violentos. *Rev IIPSI* [Online Journal], 2008. [Accessed on June 17, 2015] 11(1): 117 – 127. Available at: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2747330>
 35. Sánchez-del Hoyo P, Sanz-Rodríguez LJ. Abordaje Psicoterapéutico en hijos de padres con trastornos mentales graves: a propósito de un caso. *Rev Asoc Española de Neuropsiquiatría* [Online Journal], 2005. [Accessed on April 25, 2016] 25(95): 151 – 165. Available at: http://www.redalyc.org/pdf/727/Resumenes/Resumen_72717207004_1.pdf
 36. García-Medina MI, Estévez-Hernández I, Letamendía-Buceta P. El CUIDA como instrumento para la valoración de la personalidad en la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores. *Psychosocial Intervention* [Online Journal], 2007. [Accessed on October 26, 2018] 16(3): 393-407. Available at: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000300007&lng=es
 37. Bermejo FA, Estévez I, García M.I, García-Rubio E, Lapastora M, Letamendía P, Parra JC, A. Polo, Sueiro MJ, Velázquez de Castro F. *Manual CUIDA, Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores*. Fourth Edition. Madrid: TEA editores 2014.
 38. Universidad de los Andes. Encuesta Longitudinal Colombiana, Base de datos urbana. Ronda 3. [Online and Spanish version] 2016. [Accessed on July 27, 2018] Available at: <https://encuestalongitudinal.uniandes.edu.co/es/datos-elca/2016-ronda-3>
 39. Mejía Luz Dary & López Lucero. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. *Enfermería* [Online Journal], 2010. [Accessed on June 10, 2018] (19); 2-3.138-142. Available at http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200015
 40. J. M. Prieto (2014) Personality: Paradigm or sistem?, *Studies in Psychology*, 1:3, 95-108, DOI: 10.1080/02109395.1980.10821235.
 41. Papalia D, Wendkos-Olds S, Duskin-Feldman R. *Psicología del desarrollo de la Infancia a la Adolescencia*. Eleventh Edition. Mexico: Mc Graw Hill 2009.
 42. Jaramillo Paladinez JL. Estilos de crianza y la personalidad en adolescentes. [Thesis for Specialization in Clinical Psychology]. Machala, Ecuador. Universidad Técnica de Machala, 2018. Available at: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12467>

Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana

Validation of Derogatis' Questionnaire of 90 Symtoms (SCL-90-R) in a Colombian clinical sample

Validação do teste dos 90 sintomas SCL-90-R de Derogatis em uma amostra clínica colombiana

Nora Helena Londoño, Psic., Esp., MSc., PhD.*

Diana María Agudelo, Psic., PhD.**

Efrén Martínez, Psic., Esp., PhD.***

Deissy Anguila, Psic., Esp., MSc.****

Daniel Camilo Aguirre, Estad., PhD.*****

John Fredy Arias, Psic., MSc. *****

Resumen

Introducción. El cuestionario de comprobación de 90 síntomas (SCL-90-R) se utiliza, con frecuencia, en la exploración de la salud mental. Sin embargo, no existen estudios sobre su validez ni sobre la sensibilidad al cambio en la población clínica colombiana. El objetivo es establecer las propiedades estructurales y psicométricas del SCL-90-R para muestras clínicas colombianas e identificar diferencias con relación al género y a la sensibilidad de cambio. **Metodología.**

Diseño longitudinal con tres meses de diferencia entre la primera y la segunda observación. Participaron 214 pacientes que asistían a consultas (51.9 % hombres y 43.1 % mujeres), con edad media de 26 años (desviación 11.3). Se realizó tanto el análisis factorial confirmatorio como el exploratorio para buscar los mejores índices de validez. Instrumentos: El SCL-90-R y el cuestionario sociodemográfico y de características de la psicoterapia. **Resultados.** Se identificaron adecuados niveles de confiabilidad con alfas de Cronbach entre 0.74 y 0.90. El análisis factorial confirmatorio mostró índices de

* Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica, Magíster y Doctora en Psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Antioquia, Colombia.

**Psicóloga, Doctora en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de los Andes, Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

*** Psicólogo, Especialista en Farmacodependencia, Doctor en Psicología, Universidad del Norte, Institución Sociedad para el avance de la psicoterapia centrada en el sentido, Barranquilla, Atlántico, Colombia.

**** Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica, Magíster en Psicología, Universidad del Norte, Barranquilla, Atlántico, Colombia

***** Estadístico, Doctor en epidemiología, Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia, Colombia.

***** Psicólogo, Magíster en Psicología Jurídica, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Antioquia, Colombia.

Correspondencia: Nora Helena Londoño. Carrera 56C # 51-110, Universidad de San Buenaventura, Barrio San Benito. Medellín, Colombia. E-mail: nora.londono@usbmed.edu.co

bondad de ajuste bajos: Índices de bondad de ajuste comparativo = 0.67, Índice de Tucker-Lewis = 0.65 e Índice de ajuste normalizado = 0.508, y valor de la aproximación del error cuadrático medio de 0.068. La solución final del análisis factorial exploratorio mostró un índice Kaiser-Meyer-Olkin de 0.92 y un resultado significativo en la prueba de esfericidad de Bartlett (Chi cuadrado = 3,682.9; gl = 603, valor $p < 0.001$). Esta estructura incluyó 36 ítems para una razón de tamaño de muestra/ítems igual a 5.9 y representó el 60.7 % de la varianza total, con siete de los nueve factores que contiene el cuestionario original: depresión, obsesiones y compulsiones, somatización, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica e ideación paranoide. Se identificaron para ambas versiones adecuados índices de sensibilidad al cambio. Con relación a las diferencias según el género, se reportaron diferencias significativas en algunos factores, con puntuaciones superiores en las mujeres; para el cuestionario original se identificaron diferencias en el factor ansiedad y en el cuestionario abreviado, en el factor depresión y hostilidad. **Conclusiones.** El cuestionario original reportó adecuados niveles de confiabilidad. El cuestionario abreviado, que se generó a través del análisis factorial exploratorio, reportó adecuados niveles tanto de confiabilidad como de validez. Ambas versiones del cuestionario presentaron sensibilidad para detectar cambios en un segundo momento de la evaluación. [Londoño NH, Agudelo DM, Martínez E, Anguila D, Aguirre DC, Arias JF. Validación de la escala de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana. *MedUNAB*. 2018;21(2):45-59. doi:10.29375/01237047.2807]

Palabras Clave: Salud Mental; Síntomas Afectivos; Evaluación de la Discapacidad; Psicometría; Cuestionarios de Valoración Psiquiátrica.

Abstract

Introduction. Questionnaire of 90 symptoms (SCL-90-R) is frequently used in the exploration of mental health, but there are no studies on its validity or sensitivity to change in Colombian clinical population. The objective is to establish the structural and psychometric properties of SCL-90-R for Colombian clinical samples, and to identify differences in relation to gender and sensitivity to change. **Methodology.** Longitudinal design with a three-month difference between the first and second observation. 214 patients participated (51.9 % men and 43.1 % women), with a mean age of 26 years (deviation 11.3). Both the confirmatory factorial analysis and the exploratory one

were carried out to search for the best validity indexes. Instruments: SCL-90-R, and sociodemographic questionnaire and characteristics of psychotherapy. **Results.** Levels of reliability were identified as adequate with Cronbach alphas 0.74 to 0.90. The confirmatory factor analysis showed low goodness of fit on the indexes: Comparative goodness indexes = 0.67, Tucker-Lewis index = 0.65 and normalized adjustment index = 0.508, and approximate value of the mean square error of 0.068. The final solution of the exploratory factor analysis showed a Kaiser-Meyer-Olkin index of 0.92 and a significant result in the Bartlett sphericity test (Chi square = 3,682.9, gl = 603, p -value < 0.001). This structure included 36 items for a sample/item size ratio = 5.9 and explained 60.7 % of the total variance, with seven of the nine factors that the original questionnaire contains: depression, obsessions/compulsions, somatization, anxiety, hostility, phobic anxiety and paranoid ideation. Indices of sensitivity to change were identified for both versions. Regarding the difference according to sex, significant differences were reported in some factors, with higher scores in women; for the original questionnaire, differences were found in the anxiety factor, and on the abbreviated questionnaire in the depression factor and hostility. **Conclusions.** The original questionnaire reported adequate levels of reliability. The abbreviated questionnaire, generated through exploratory factor analysis, reported adequate levels of both reliability and validity. Both versions of the scale presented sensitivity to detect changes in a second evaluation moment. [Londoño NH, Agudelo DM, Martínez E, Anguila D, Aguirre DC, Arias JF. Validation of Derogatis' Questionnaire of 90 Symptoms (SCL-90-R) in a Colombian clinical sample. *MedUNAB*. 2018;21(2):45-59. doi:10.29375/01237047.2807]

Keywords: Mental Health; Affective Symptoms, Disability Evaluation; Psychometrics, Validation Studies.

Resumo

Introdução. O teste dos 90 sintomas (SCL-90-R) é frequentemente usado na avaliação da saúde mental. Entretanto não há estudos sobre sua validade ou sobre a sensibilidade à mudança na população clínica colombiana. O objetivo é estabelecer as propriedades estruturais e psicométricas do SCL-90-R para amostras clínicas colombianas e identificar diferenças em relação a gênero e sensibilidade à mudança. **Metodologia.** Estudo longitudinal com três meses de diferença entre a primeira e a segunda observação. Participaram 214 pacientes que compareceram às consultas (51.9 %

homens e 43.1 % mulheres), com média de idade de 26 anos (desvio 11.3). Tanto a análise fatorial confirmatória quanto a exploratória foram realizadas para encontrar os melhores índices de validade. Instrumentos: SCL-90-R e o questionário sociodemográfico e de características da psicoterapia. **Resultados.** Identificamos níveis adequados de confiabilidade com alfa de Cronbach entre 0.74 e 0.90. A análise fatorial confirmatória mostrou baixos índices de bondade de ajuste: índices comparativos de bondade = 0.67, índice de Tucker-Lewis = 0.65 e índice de ajuste normalizado = 0.508 e valor aproximado do erro quadrático médio de 0.068. A solução final da análise fatorial exploratória mostrou um índice de Kaiser-Meyer-Olkin de 0.92 e um resultado significativo no teste de esfericidade de Bartlett (qui quadrado = 3,682.9 gl = 603, valor de $p < 0.001$). Essa estrutura incluiu 36 itens para uma razão de tamanho de amostra / item = 5.9 e representou 60.7 % da variância total, com sete dos nove fatores contidos no teste: depressão, obsessões e compulsões, somatização, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranoide. Índices adequados de sensibilidade à mudança foram identificados nas duas versões. Em relação às diferenças de acordo com o gênero, foram encontradas diferenças significativas em alguns fatores, com pontuações maiores nas mulheres. No teste original, foram encontradas diferenças no fator ansiedade e no teste adaptado no fator depressão e hostilidade. **Conclusões.** O teste original relatou níveis adequados de confiabilidade. O teste adaptado que foi gerado através da análise fatorial exploratória, relatou níveis adequados de confiabilidade e validade. Ambas as versões do teste apresentaram sensibilidade para detectar mudanças em um segundo momento da avaliação. [Londoño NH, Agudelo DM, Martínez E, Anguila D, Aguirre DC, Arias JF. Validação do teste dos 90 sintomas SCL-90-R de Derogatis em uma amostra clínica colombiana. *MedUNAB*. 2018;21(2):45-59. doi:10.29375/01237047.2807]

Palavras-chave: Saúde Mental; Sintomas Afetivos; Avaliação da Deficiência; Psicometria; Estudos de Validação.

Introducción

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 22 % de las enfermedades en América Latina y el Caribe, y resulta evidente que tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida (1). En este sentido, la utilización de cuestionarios de tamizaje

favorece la comprobación de hipótesis diagnósticas y agiliza la remisión y el trabajo interdisciplinar.

El cuestionario de comprobación de 90 síntomas de Derogatis (*Symptom Checklist 90*) (2) es un instrumento de detección rápida de síntomas de trastornos mentales; es un cuestionario autoadministrado que puede ser utilizado tanto en el campo clínico como comunitario (3). Evalúa síntomas de nueve trastornos mentales: somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además, evalúa el índice de severidad global, el índice de malestar y los síntomas positivos (4).

La estructura psicométrica del cuestionario se ha considerado adecuada y con valores altos de confiabilidad en población clínica, como pacientes con fibromialgia (5), pacientes con carga emocional negativa y consumo de sustancias (6), pacientes con pánico (7), pacientes con trastornos psicósomáticos, dificultades interpersonales y de adaptación, y pacientes con síntomas depresivos (8-14). Sin embargo, los estudios que se hacen en la población no clínica no han mostrado una estructura psicométrica favorable, en especial, en estudiantes universitarios. Las principales inconsistencias se presentan al realizar el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) en estas poblaciones, lo que exige un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para identificar mejores estructuras de la prueba en poblaciones específicas.

En los estudios realizados en Italia en población no clínica, la consistencia interna fue elevada, con valores alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.96, pero al realizarse el AFE, Cuestionario, fue reducida a 69 ítems y los indicadores de los factores síntomas psicóticos e ideación paranoide no emergieron (15).

Resultados similares se reportaron en el estudio realizado con estudiantes universitarios en China. Los investigadores reportaron que de los nueve factores que propone el cuestionario original, solo cuatro factores mostraron una estructura factorial empíricamente estable, con una varianza representativa del 52.98 %. Si bien el primer factor contenía ítems de otros componentes se le denominó depresión por contener diez del cuestionario original, y representó un 34.62 % de la varianza. El segundo factor, somatización, también contuvo diferentes ítems de otros componentes y diez del cuestionario original, y representó un 4.96 % de la varianza. El tercer factor denominado obsesivo-compulsivo contuvo solo

ítems del componente original obsesivo-compulsivo y representó el 3.08 % de la varianza. El cuarto factor contuvo, en su mayoría, ítems de ansiedad fóbica y representó el 2.52 % de la varianza (16).

Con relación a las diferencias según el género, en el estudio realizado en Chile, la mayoría de los factores no mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres (17). Sin embargo, en la población húngara sí se reportaron diferencias con puntuaciones más elevadas en las mujeres en el índice de severidad global ($\beta = 0.08, p < 0.001$), somatización ($\beta = 0.23, p < 0.001$), obsesiones y compulsiones ($\beta = 0.15, p < 0.001$), depresión ($\beta = 0.26, p < 0.001$), y ansiedad ($\beta = 0.68, p < 0.001$), y puntuaciones más elevadas en hombres en hostilidad ($\beta = -0.20, p < 0.001$) y síntomas psicóticos ($\beta = 0.14, p < 0.001$) (18). En Argentina se reportaron diferencias significativas en los factores de somatización, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y en los índices generales, con puntuaciones superiores en las mujeres (19).

En relación con la forma de aplicar el cuestionario, el SCL-90-R mantiene los valores favorables de confiabilidad cuando se hace por internet o en papel y lápiz (20). En el estudio realizado en España, la correlación entre los factores en ambas modalidades fue entre 0.76 y 0.92, ($p < 0.001$) (21).

Los estudios en general recomiendan la adaptación de los cuestionarios cuando se hacen en muestras diferentes a la cultura en la que se diseñaron o en condiciones diferentes a las originales (22, 23). En este sentido, se justifica una investigación cuyo propósito sea adaptar y validar el instrumento en la población clínica colombiana, ya que no se cuenta con este tipo de estudios. El objetivo general fue establecer las propiedades estructurales y psicométricas del SCL-90-R (2) para muestras clínicas colombianas e identificar diferencias con relación al género y a la sensibilidad de cambio en procesos de psicoterapia.

Metodología

Se realizó un estudio psicométrico con diseño transversal para los análisis de validez de constructo y de consistencia interna, y diseño longitudinal para los análisis referentes a la sensibilidad al cambio, con una diferencia de tiempo entre la primera y la segunda medición de tres meses. El cálculo de la representatividad de la muestra se obtuvo teniendo en cuenta el criterio de entre 5 y 10 participantes por

ítem, tal como se recomienda para los estudios que realizan análisis factorial (24). La selección de la muestra fue por conveniencia, y se incluyeron todos los participantes que solicitaron atención psicológica en diferentes centros de prácticas de universidades y en consultorios particulares. El trabajo de campo se realizó entre junio del 2014 y junio del 2015.

En Bogotá, los centros de atención fueron el Centro de Atención Psicológica Casa Espinosa de la Universidad de los Andes y la Sociedad para el Avance de la Psicoterapia Centrada en el Sentido. En Medellín, Armenia e Ibagué, fueron los consultorios y centros de práctica de la Universidad de San Buenaventura, los Centros Carlos Lleras Restrepo (centro privativo de libertad), la Institución Educativa San José y la Penitenciaría de Picafeña de Ibagué, y una fundación para la rehabilitación de adicciones. En Barranquilla, fue el centro de atención de la Universidad del Norte: CAIF Santa Rosa De Lima.

Los criterios de inclusión fueron ser paciente de psicología o psiquiatría de los centros en los que se hizo la investigación, ser mayor de 14 años y tener capacidad lectora. Los criterios de exclusión fueron presentar déficit cognitivos graves o consumo de sustancias en la última semana. Para la segunda evaluación, el criterio de inclusión fue haber permanecido en tratamiento por un tiempo de tres meses.

El instrumento utilizado fue el SCL-90-R (2), un cuestionario de detección rápida auto administrado que se compone de 90 ítems tipo *likert* de 0 a 4 (0 = nada en absoluto; 1 = un poco; 2 = moderadamente; 3 = bastante; 4 = extremadamente). El paciente responde a cada ítem en función del malestar que le haya causado durante la semana anterior, incluyendo el día en que completa el cuestionario. Se obtienen puntuaciones para nueve factores: somatización, síntomas obsesivos y compulsivos, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y síntomas psicóticos. Además, pueden obtenerse tres índices globales: Severidad Global (*Global Severity Index*) (media de todos los ítems), el total de Síntomas Positivos (*Positive Symptom Total*) (basado en los síntomas que se puntuaron con 0 o nada en absoluto) y el índice de malestar por Síntomas Positivos (*Positive Symptom Distress Index*) (basado en los ítems que se puntuaron con 0 o nada en absoluto). La duración del cuestionario es de 12 a 20 minutos. Los puntajes para cada factor se obtienen buscando el promedio de las puntuaciones (sumatoria de ítems dividido por el número de ítems) (4). Los factores evaluados son las siguientes:

Somatización. Este factor evalúa la presencia de malestares corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, etc.). La conforman 12 ítems: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58. El total se obtiene sumando las respuestas de los ítems y dividiendo la suma en 12.

Obsesiones y compulsiones. Este factor incluye pensamientos, acciones e impulsos que se vivencian como inevitables o indeseados. La conforman 10 ítems: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65. El total se obtiene sumando las respuestas de los ítems y dividiendo la suma en 10.

Sensibilidad interpersonal. Este factor evalúa presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial, cuando la persona se compara con sus semejantes. La conforman los siguientes 9 ítems: 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73. El total se obtiene sumando las respuestas de los ítems y dividiendo la suma en 9.

Depresión. Este factor evalúa síntomas de estados de ánimo disfóricos, falta de motivación, poca energía, desesperanza e ideación suicida. La conforman 13 ítems: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79. El total se obtiene sumando las respuestas de los ítems y dividiendo la suma en 13.

Ansiedad. Evalúa la presencia de síntomas de ansiedad, como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos. En especial evalúa síntomas de angustia. La conforman 10 ítems: 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86. El total se obtiene sumando las respuestas de los ítems y dividiendo la suma en 10.

Hostilidad. Este factor hace referencia a los síntomas relacionados con pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo. La conforman 6 ítems: 11, 24, 63, 67, 74, 81. El total se obtiene sumando las respuestas de los ítems y dividiendo la suma en 6.

Ansiedad fóbica. Este factor evalúa respuestas persistentes de miedo que son irracionales y desproporcionadas con relación a los estímulos que las provocan (personas específicas, lugares, objetos, situaciones). En especial, evalúa conductas agorafóbicas y la evitación o escape de lugares o situaciones que generan miedo o ansiedad. La conforman 7 ítems: 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82. El total se obtiene sumando las respuestas de los ítems y dividiendo la suma en 7.

Ideación paranoide. Este factor evalúa comportamientos paranoides, pensamientos de suspicacia y temor a la pérdida de autonomía. La conforman 6 ítems: 8, 18, 43, 68, 76, 83. El total se obtiene sumando las respuestas de los ítems y dividiendo la suma en 6.

Síntomas psicóticos. Este factor evalúa síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. La conforman 10 ítems: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90. El total se obtiene sumando las respuestas de los ítems y dividiendo la suma en 10.

Ítems adicionales. Este factor incluye síntomas de relevancia clínica: pérdida del apetito, problemas para dormir, pensamiento sobre la muerte o el morir, comer en exceso, sentimiento de culpa, entre otros. La conforman 7 ítems: 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89. El total se obtiene sumando las respuestas de los ítems y dividiendo la suma en 7.

Índice de severidad global. Es un indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Se obtiene con la sumatoria total dividida por el número de respuestas contestadas.

Total de síntomas positivos. Suma de los ítems que puntuaron 0 o nada en absoluto. Sumatoria total dividida por los síntomas positivos.

Adicionalmente, se utilizó el cuestionario sociodemográfico y de características de la psicoterapia del que se obtuvieron datos generales, como nombre, sexo, edad, estado civil, nivel académico y ocupación. Asimismo, el psicólogo debía responder sobre su enfoque teórico, y si se realizaba solo terapia individual u otras modalidades, como trabajo interdisciplinario, terapia grupal o terapia de pareja.

En cuanto al procedimiento, se propuso a los psicólogos y practicantes de psicología de los diferentes centros de atención, participar en la investigación aplicando los cuestionarios a cada paciente que iniciara tratamiento psicológico (observación 1) y aplicarlos nuevamente a los tres meses (observación 2). Se realizó un entrenamiento grupal e individual dirigido por los investigadores, que consistió en la presentación de la investigación y la descripción de los cuestionarios.

En el trabajo de campo, se presentó a los pacientes, que aceptaron participar voluntariamente, el consentimiento informado de manera verbal y escrita,

y la carta de aprobación del comité de bioética expedida el 16 de julio del 2014. Después de su aprobación y firma, se procedió a contestar la prueba de manera individual en papel. Los psicólogos o practicantes de psicología fueron los encargados de hacer la prueba y de aclarar las inquietudes de los participantes. El tiempo aproximado de aplicación fue de 10 minutos.

En relación con los análisis estadísticos, y de acuerdo al modelo teórico de Derogatis (2), se realizó el AFC para la valoración de la validez de constructo. Se calcularon como medidas de bondad de ajuste los Índices de Bondad de Ajuste Comparativos (CFI), Índice de Tucker-Lewis (TLI), Índice de Ajuste Normalizado (NFI); para estos índices se sugieren valores superiores a 0.95 para indicar un buen ajuste. También se calculó el Índice de Ajuste Normalizado (RMSEA), que debe ser menor a 0.08 para indicar un buen ajuste. Este análisis se realizó con el paquete AMOS versión 18. Como no se encontró un buen ajuste en el AFC, se procedió a realizar el AFE, con el cálculo del índice Kaiser Meyer Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Los criterios de selección de los factores debían ser los siguientes:

1. Factores con valor propio mayor que uno
2. Factores que incluyeran al menos 3 ítems
3. Los ítems debían tener una carga factorial igual o superior a 0.40
4. Los ítems no podían tener cargas similares a dos o más factores

Además, se realizó la rotación Varimax para mejorar la interpretación de los factores y se analizó la consistencia interna de cada factor del instrumento, mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach con su respectivo intervalo de confianza del 95%. Se analizaron diferencias de género y se realizó la construcción de los valores de referencia. Se exploró si los factores del cuestionario SCL, en su versión original SCL-90-R (2) y en su versión corta obtenidos a través del AFE, se diferenciaban entre hombres y mujeres. Para este análisis se evaluó el supuesto de distribución normal en cada grupo utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se sugirió utilizar la prueba U de Mann-Whitney, debido a que no se cumplió el supuesto de distribución normal.

También se calculó el tamaño del efecto (d_{np}) no paramétrico (25), dividiendo el estadístico z de la prueba U de Mann-Whitney por la raíz cuadrada del total de la muestra. Un $d_{np} > 0.50$ sugiere una diferencia

importante entre los grupos (25). Para obtener el control de la tasa de error tipo I se dividió el valor convencional $\alpha=0.05$ entre 7 (7 factores encontrados en el AFE para un nivel de significación de 0.001). Esto con el fin de determinar si las diferencias entre hombres y mujeres fueron estadísticamente significativas.

Para obtener los valores de referencia de la versión original y de la versión derivada del AFE, se calculó la media promediada, tal como se sugiere en el cuestionario original (2), con su respectiva desviación estándar y los cuartiles 25, 50, 75.

Para identificar la sensibilidad al cambio, se compararon los resultados entre las mediciones basales y post-intervención utilizando la prueba de Suma de Rangos de Wilcoxon para muestras pareadas. Como medida de efecto se calculó la delta de Glass, que consiste en la razón de la diferencia de medias dividida por la desviación estándar basal. Un valor superior a 0.75 se consideró clínicamente importante.

Resultados

Participaron 214 pacientes que asistían a servicios psicológicos, 111 hombres (51.9 %) y 103 mujeres (48.1 %). La edad media de los participantes fue 26 años (desviación 11.3; rango 14-65 años), en su mayoría solteros (72.4 %), con nivel socioeconómico esencialmente bajo y medio (48 % y 38 %, respectivamente). El nivel académico de la mayoría fue básica secundaria y universitario.

Los participantes fueron atendidos desde los diferentes enfoques de la psicología (cognitivo-conductual, psicoterapia analítica/dinámica y humanista/existencial), y fundamentalmente de manera individual. Solo el 19 % de los participantes contestaron por segunda vez el cuestionario SCL-90-R (**Tabla 1**).

El AFC mostró índices de bondad de ajuste bajos, inferiores a 0.95 para la versión original (CFI=0.67, TLI=0.65 y NFI=0.508) y valor de RMSEA de 0.068. Dado que la estructura original del SCL-90 no mostró un adecuado ajuste, se procedió a la realización del AFE. La solución final del AFE mostró un índice Kaiser-Meyer-Olkin de 0.92 y un resultado significativo en la prueba de esfericidad de Bartlett (Chi cuadrado = 3,682.9; gl = 603, valor $p < 0.001$). Esta estructura incluyó 36 ítems para una razón de tamaño de muestra/ítems igual a 5.9 y representó el 60.7 % de la varianza total.

Tabla 1. Características sociodemográficas y tipo de terapia de 214 participantes en el estudio de validación del SCL-90-R en Colombia

Categoría	Frecuencia	%
Sexo		
Hombre	111	51.9
Mujer	103	48.1
Estado civil		
Soltero	155	72.4
Casado	44	20.6
Separado	13	6.1
Viudo	2	0.9
Ciudad		
Barranquilla	18	8.4
Bogotá	67	31.3
Ibagué	86	40
Armenia y Manizales	13	6.1
Medellín	28	13.1
Estrato socioeconómico*		
Alto	27	12.7
Medio	81	37.9
Bajo	103	48
Nivel académico		
Primaria	22	10.3
Secundaria	82	38.3
Técnico	24	11
Universitario	69	32.2
Postgrado	17	7.9
Ocupación		
Ni estudia ni trabaja	1	0.4
Estudia	137	64
Trabaja	63	29.4
Estudia y trabaja	13	6.1
Tipo de terapia		
Cognitivo / conductual	98	45.8
Psicoterapia analítica/ dinámica	80	37.4
Humanista/existencial/ logoterapia	36	16.8
Individual	165	77
Doble modalidad	45	23

*Estratos en Colombia se clasifican en Alto (6 y 5), Medio (4 y 3) y Bajo (2 y 1).

Fuente: Elaborado por los autores.

El primer factor (depresión) incluyó ocho ítems y representó el 13.1 %. El segundo factor (obsesiones/compulsiones) incluyó seis ítems y representó el 9.7 %. El tercer factor (somatización) incluyó cinco ítems y representó el 8.9 %. El cuarto factor (ansiedad) incluyó seis ítems y representó el 8.5 %. El quinto factor (hostilidad) incluyó cuatro ítems y representó el 7.6 %. El sexto factor (ansiedad fóbica) incluyó cuatro

ítems y representó el 7.0 %. El último factor (ideación paranoide) incluyó tres ítems y representó el 5.9 %. La consistencia interna de los factores del SCL-90-R (2) en población clínica en Colombia mostró coeficientes Alfa de Cronbach entre 0.74 y 0.90. La consistencia interna para la estructura de 36 ítems y los 7 factores encontradas en el AFE estuvo entre 0.67 (ideación paranoide) y 0.88 (depresión) (**Tabla 2**).

Tabla 2. Resultados del análisis factorial exploratorio del SCL-90 en una muestra clínica colombiana.

		1	2	3	4	5	6	7
	Descripción del ítem	Depresión	Obsesiones compulsiones	Somatización	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad fóbica	Ideación paranoide
scl30	Sentirme triste	0.783						
scl31	Preocuparme demasiado por todo lo que pasa	0.733						
scl34	Sentirme herido en mis sentimientos	0.637						
scl53	Tener un nudo en la garganta	0.629						
scl29	Sentirme solo/a	0.608						
scl54	Perder la esperanza en el futuro	0.585						
scl26	Sentirme culpable por cosas que ocurren	0.557						
scl20	Llorar por cualquier cosa	0.504						
scl28	No poder terminar las cosas que empecé a hacer		0.762					
scl9	Tener dificultades para memorizar cosas		0.744					
scl55	Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo		0.673					
scl10	Estar preocupado por mi falta de ganas para hacer algo.		0.61					
scl71	Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.		0.498					
scl11	Sentirme enojado/a, malhumorado/a.		0.465					
scl12	Dolores en el pecho.			0.686				
scl42	Calambres en manos, brazos o piernas.			0.682				
scl4	Sensación de mareo o desmayo.			0.657				

scl40	Náuseas o dolor de estómago.	0.618						
scl39	Mi corazón late muy fuerte, se acelera.	0.568						
scl75	Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.	0.714						
scl78	Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.	0.639						
scl86	Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.	0.589						
scl23	Asustarme de repente sin razón alguna.	0.575						
scl80	Sentir que algo malo me va a pasar.	0.51						
scl2	Nerviosismo.	0.439						
scl81	Gritar o tirar cosas.	0.794						
scl67	Necesitar romper o destrozarse cosas.	0.779						
scl63	Necesitar golpear o lastimar a alguien.	0.657						
scl24	Explotar y no poder controlarme.	0.592						
scl13	Miedo a los espacios abiertos o las calles.	0.735						
scl47	Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.	0.73						
scl21	Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.	0.645						
scl50	Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.	0.503						
scl43	Sentir que me vigilan o que hablan de mí.	0.765						
scl37	Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.	0.705						
scl83	Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.	0.504						
% Varianza explicada		13.053	9.741	8.91	8.482	7.625	7.012	5.915
Alfa de Cronbach		0.88	0.83	0.81	0.84	0.78	0.74	0.67
(IC95%)		(0.86-0.90)	(0.79-0.86)	(0.77-0.85)	(0.80-0.87)	(0.73-0.83)	(0.68-0.80)	(0.59-0.74)

Fuente: Elaborado por los autores.

Los siguientes son los análisis de las diferencias según el género. Para los factores originales del SCL-90-R solo se encontró una diferencia estadísticamente significativa para el factor de depresión con puntuaciones superiores en las mujeres (Hombres: Media=17.3, DE 10; Mujeres: Media 22; DE 11.9; $d_{np} = 0.2$; $p = 0.004$). En la versión abreviada de 36 ítems se encontraron diferencias también superiores

significativamente en las mujeres para los factores depresión (Hombres: media = 12, DE 7.1; Mujeres: media 15.7; DE 7.9; $d_{np} = 0.23$, $p = 0.001$) y hostilidad (Hombres: media = 3.3, DE 3.8; Mujeres: media 4.1; DE 3.6; $d_{np} = 0.15$, $p = 0.033$) (**Tabla 3**).

El cuestionario SCL-90-R mostró una adecuada sensibilidad al cambio en todos sus factores con tamaños

Tabla 3. Puntajes directos según género para los factores del SCL-90-R y de la versión reducida de 36 ítems, en una muestra clínica colombiana.

	Masculino				Femenino				dnp	Z	Valor p
	Media	DE	Mediana	RI	Media	DE	Mediana	RI			
	n=111				n=103						
Somatización	14.6	9.2	14	13	16.5	10.5	16	19	0.08	-1.19	0.232
Obsesivo-compulsivo	15.3	7.3	15	11	16.7	9.2	17	13	0.07	-1.07	0.284
Sensibilidad interpersonal	11.6	7.3	11	11	12.9	7.6	12	11	0.09	-1.39	0.165
Depresión	17.3	10	16	14.5	22	11.9	22	17.5	0.2	-2.89	0.004
Ansiedad	12.8	8.6	12	14	14.1	9.7	12	18	0.05	-0.78	0.433
Hostilidad	6.1	4.9	5	6	7.3	5.1	7	7	0.13	-1.84	0.066
Ansiedad fóbica	5.2	4.9	4	6	6.1	5.7	5	9	0.06	-0.91	0.365
Ideación paranoide	8.1	5.3	7	8	8	4.9	8	8	0.01	-0.08	0.934
Síntomas psicóticos	10.9	7.4	9	12	11	8.5	11	14	0.02	-0.25	0.805
Adicionales	10.2	5.5	9	9	10.5	6.2	11	9	0.02	-0.23	0.821
Índice de severidad	113.7	57.8	109	89.5	124.8	70.3	120	113	0.08	-1.18	0.24
SCL-36											
Depresión	12	7.1	11	12	15.7	7.9	17	12	0.23	-3.29	0.001
Obsesiones y compulsiones	9.9	5.3	10	8	11.5	6	12	9	0.13	-1.94	0.053
Somatización	5.9	4.6	5	8	6.6	4.7	6	7	0.07	-1.08	0.279
Ansiedad	7.3	5.3	6	7	8.3	6.2	6	10	0.07	-0.99	0.321
Hostilidad	3.3	3.8	2	6	4.1	3.6	3	5	0.15	-2.13	0.033
Ansiedad fóbica	2.5	2.9	2	4	3.2	3.6	2	6	0.06	-0.86	0.388
Ideación paranoide	3.8	2.9	3	5	3.8	2.9	4	5	0	-0.02	0.985

*DE: Desviación estándar; RI: Rango intercuartil, dnp: Tamaño del efecto no paramétrico, z: Estadístico z de la prueba U de Mann-Whitney con aproximación asintótica

Fuente: Elaborado por los autores.

del efecto entre 0.39 (ansiedad fóbica) y 0.57 (depresión e índice de severidad) y diferencias estadísticamente significativas entre la medición basal y la medición post intervención ($p < 0.05$). En la versión abreviada de 36 ítems se encontraron diferencias entre la medición basal y post intervención en todos los factores excepto en agorafobia e ideación paranoide (**Tabla 4**).

Por último, se identificaron los valores psicométricos promediados para la muestra clínica colombiana en la versión original SCL-90-R y para la versión abreviada de 36 ítems producto del AFE, respectivamente (**Tablas 5 y 6**).

Discusión

Los resultados de los estudios han reflejado variaciones en las propiedades psicométrica y estructurales del cuestionario SCL-90 de Derogatis (2), siendo la confiabilidad en general favorable. En relación con la estructura, se puede afirmar que los resultados son más variables y se obtienen mejores ajustes en muestras clínicas. Si bien los factores originales fueron diseñados en población hospitalizada y con criterios de otras versiones de los manuales diagnósticos, en general, los análisis siguen mostrando una estructura coherente con las clasificaciones diagnósticas actuales.

Tabla 4. Sensibilidad al cambio del SCL-90-R en una muestra clínica colombiana.

	Basal		Post intervención		D	Z	Valor p
	Mediana	RI	Mediana	RI			
Somatización	15	12.5	8	12	-0.46	-2.6	0.008
Obsesiones y compulsiones	14	10.5	10	10.5	-0.47	-2.7	0.007
Sensibilidad interpersonal	12	12	8	9.5	-0.53	-3	0.003
Depresión	16	19	8	14.5	-0.57	-3.3	0.001
Ansiedad	12	14	5	9	-0.5	-2.9	0.004
Hostilidad	5	9	3	4.5	-0.59	-3.4	0.001
Ansiedad fóbica	4	6	2	5	-0.39	-2.2	0.026
Ideación paranoide	7	7	3	6	-0.51	-2.9	0.003
Síntomas psicóticos	11	14.7	4	10	-0.49	-2.8	0.005
Adicionales	11	12	7	8.5	-0.56	-3.2	0.001
Índice de severidad	113	106.5	60	91.5	-0.57	-3.3	0.001
SCL-36							
Depresión	13.5	14.5	8.5	11.5	-0.56	-3.2	0.001
Obsesiones y compulsiones	10	8.8	6	8	-0.44	-2.5	0.012
Somatización	5	7	3	6	-0.47	-2.7	0.007
Ansiedad	7	9.3	3	4.5	-0.55	-3.2	0.002
Hostilidad	2	5.5	1	3.3	-0.4	-2.3	0.02
Ansiedad fóbica	1	4	1	2	-0.22	-1.3	0.206
Ideación paranoide	2.5	4	2	3	-0.31	-1.8	0.071

Fuente: Elaborado por los autores.

Tabla 5. Valores psicométricos del SCL-90-R en muestra clínica colombiana, puntaje promediado

	Media	Mediana	Desviación	Percentiles		
				25	50	75
Somatización	1.3	1.2	0.8	0.6	1.2	1.8
Obsesivo-compulsivo	1.5	1.4	0.86	0.9	1.4	2.3
Sensibilidad interpersonal	1.3	1.1	0.8	0.8	1.1	1.9
Depresión	1.5	1.3	0.85	0.8	1.3	2.0
Ansiedad	1.3	1.1	0.91	0.6	1.1	2.0
Hostilidad	1.1	0.8	0.8	0.5	0.8	1.5
Ansiedad fóbica	0.8	0.6	0.79	0.1	0.6	1.2
Ideación paranoide	1.3	1.2	0.81	0.7	1.2	2.0
Síntomas psicóticos	1.1	0.9	0.8	0.5	0.9	1.7
Síntomas adicionales	1.4	1.3	0.84	0.9	1.3	2.1
Índice de severidad	1.3	1.2	0.71	0.7	1.2	1.8

Fuente: Elaborado por los autores.

Tabla 6. Valores psicométricos del SCL versión abreviada 36 ítems, en muestra clínica colombiana, puntaje promediado

	Media	Mediana	Desviación	Percentiles		
				25	50	75
Depresión	1.7	1.6	0.97	1	1.6	2.5
Obsesivo-compulsivo	1.6	1.5	0.87	1	1.5	2.2
Somatización	1.2	1	0.93	0.6	1	2
Ansiedad	1.3	1	0.98	0.6	1	2
Hostilidad	0.9	0.8	0.94	0.3	0.8	1.5
Ansiedad fóbica	0.7	0.5	0.84	0	0.5	1.3
Ideación paranoide	1.3	1	0.97	0.3	1	2

Fuente: Elaborado por los autores.

Sin embargo, algunos conceptos y criterios han sido ajustados en las últimas versiones de los manuales clínicos y estadísticos, en especial, el diagnóstico de psicosis (que ha sido clasificado en la actual categoría de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos) y los trastornos obsesivo-compulsivos (que han sido clasificados en la actual categoría de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados) (24).

En el presente estudio, la confiabilidad del cuestionario fue apropiada; con valores en alfa de Cronbach entre 0.74 y 0.90, similares a los que se reportan en la mayoría de los estudios (5-7,9). Sin embargo, los niveles de validez del AFC no fueron favorables, y del AFE se identificó una estructura apropiada solo para siete de los nueve factores propuestos por Derogatis (2): depresión, obsesiones y compulsiones, somatización, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica e ideación paranoide. Los factores síntomas psicóticos y sensibilidad interpersonal del cuestionario original no fueron identificados.

El factor síntomas psicóticos tampoco se reportó en el estudio de Prunas *et al.* (15) en población no clínica en Italia. Estos resultados se deben, posiblemente, a las características de la muestra (pacientes no hospitalizados que buscan, principalmente, atención psicológica), que pueden aproximarse más a las de la población general sin síntomas severos. Al igual que en otras investigaciones, el cuestionario reportó factores del AFE que emergen en diferentes culturas: somatización, obsesiones y compulsiones, depresión, ansiedad, hostilidad y ansiedad fóbica (15).

Por otro lado, en el estudio se evidenciaron diferencias según el género para los factores depresión y hostilidad, aunque en este último, los efectos fueron bajos. Los resultados para el factor depresión fueron congruentes con algunas investigaciones que también han planteado diferencias significativas con relación al género, siendo los valores de las medias estadísticas superiores en las mujeres (6, 15, 18, 19). Paap *et al.* (12) plantearon, de acuerdo con sus investigaciones, la necesidad de diferenciar factores de tipo estructural o dimensional, y encontraron que la depresión en hombres es más estructural y deriva de trastornos de personalidad y la depresión en mujeres deriva de componentes dimensionales relacionados con una carga emocional negativa.

En el cuestionario original se reportó sensibilidad al cambio en todos los factores y en el cuestionario abreviado, en todos, excepto en dos: ansiedad fóbica

e ideación paranoide. El número de ítems pudo incidir en la sensibilidad al cambio de estos factores, dado que son los que tienen menos ítems.

En relación con los asuntos psicopatológicos, podría plantearse, de acuerdo con los resultados, que en procesos terapéuticos estos dos trastornos (ansiedad fóbica e ideación paranoide) presentan mayor resistencia al cambio. En relación con un planteamiento más clínico, las teorías podrían plantear que hay una mayor resistencia al cambio del factor evitativo del trastorno agorafóbico, ya que más de un tercio de los individuos permanecen completamente limitados para funcionar laboralmente, confinados en casa (24) y con mayor resistencia al cambio, si no se utilizan tratamientos especializados (26-28). Los pacientes con estos trastornos son los que más tardan en recibir tratamiento psicológico, dada la interpretación médica de los síntomas (29, 30). Con relación a la ideación paranoide, los planteamientos clínicos muestran que hay resistencia al cambio, dado que son trastornos mayores (31), que están asociados a un mayor malestar psicológico (32); la persona puede tener un alto grado de convicción de sus creencias, a pesar de las pruebas en contra de su veracidad (26).

Las dificultades reportadas en el AFC identifican que el modelo original no se logra validar en la muestra de estudio, en especial, en los factores síntomas psicóticos y sensibilidad interpersonal. Sin embargo, el análisis de validez mejora considerablemente cuando estos factores no son incluidos. Tal como se recomienda en el estudio de Ferrando y Anguiano-Carrasco (33), el análisis factorial debe guiarse por la teoría previa; el conocimiento previo no será suficiente para especificar un modelo confirmatorio. En este sentido, utilizar un modelo no restricto (exploratorio), pero en lo posible con una finalidad confirmatoria, en especial, cuando los factores son independientes, puede tener muchas ventajas. En este estudio, los análisis darían cuenta de la posibilidad de excluir estos dos factores para mejorar la estructura de la prueba en poblaciones clínicas sin síntomas severos, especialmente, porque la mayoría de estas poblaciones reciben servicios psicológicos y no psiquiátricos.

Conclusiones

Para la muestra clínica evaluada, la prueba original reportó niveles adecuados de confiabilidad, pero la estructura factorial original de nueve factores no mostró índices apropiados para esta muestra. En esta muestra se reportó una nueva estructura factorial de

siete factores: depresión, obsesiones y compulsiones, somatización, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica e ideación paranoide. Se presentan diferencias según género en el factor depresión. El cuestionario presenta adecuada sensibilidad al cambio en todos los factores. No emergieron los factores de sensibilidad interpersonal y síntomas psicóticos.

Las limitaciones del estudio se relacionan con el tamaño de la muestra y la inutilización del diagnóstico psiquiátrico u otra medida diagnóstica para comparar los resultados del cuestionario, validar el diagnóstico y el nivel de severidad de los síntomas. En relación con la limitación de la muestra, por ser población clínica no hospitalizada, muchos pacientes no permanecieron más de los tres meses estimados para realizar la segunda evaluación; un criterio de tiempo que se consideraba suficiente para identificar un impacto del tratamiento en la disminución de la sintomatología. Con relación a la inutilización de otra medición diagnóstica, la limitación obedeció a que los participantes no fueron remitidos por psiquiatría, sino por consulta psicológica. Esta limitación debería tenerse en cuenta en otro estudio. Dado que la muestra fue en población clínica, los valores psicométricos no podrán ser considerados de referencia para la población normal.

Aspectos éticos

El consentimiento informado corresponde al mínimo riesgo (Artículo 11 de la Resolución 008430 del Ministerio de Salud de Colombia, del 4 de octubre de 1993). El consentimiento fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de San Buenaventura, Seccional Medellín.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias

- Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Mundial de la Salud; 2009. [citado 20 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: https://www.who.int/mental_health/publications/mental_disorders_LAC/es/
- Derogatis LR. SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems. Adaptación española de J. L. González de Rivera et al. Madrid [Internet]. TEA Ediciones; 2002 [citado 20 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariode-sintomas.pdf>
- Casullo MM, Pérez M. SCL-90-R. Adaptación UBA. [Internet]. CONICET; 2008 [citado 20 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf
- Muñoz M, Roa A, Pérez E, Santos-Olmo AB, de Vicente A. Instrumentos de evaluación en Salud Mental. Madrid: Psicología Pirámide; 2002.
- Alcocer-Gómez E, Cano-García FJ, Cordero MD. Effect of coenzyme Q10 evaluated by 1990 and 2010 ACR Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and SCL-90-R: Four case reports and literature review. *Nutrition*. 2013; 29:1422-5. doi:10.1016/j.nut.2013.05.005
- Rivera-Ledesma A, Caballero Suárez NP, Pérez Sánchez IN, Montero-López Lena M, Cruz-Alcalá N. SCL-90 R: Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *UPJ [Internet]*. 2012 [citado 20 de octubre de 2018];12(1):105-18. Recuperado a partir de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/rev-Psycho/article/view/879>
- Schiphorst HR, Reneman M, Boonstra AM, Dijkstra PU, Versteegen GJ, Geertzen J. The relationship between psychosocial distress and disability assessed by the Symptom Checklist-90-Revised and Roland Morris Disability Questionnaire in patients with chronic low back pain. *The spine journal*. 2007;7:525-30. doi:10.1016/j.spinee.2006.08.016
- Bech P, Bille J, Moller SB., Hellstrom LC, Ostergaard SD. Psychometric validation of the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90) subscales for depression, anxiety, and interpersonal sensitivity. *J Affect Dissord*. 2014;160:98-103. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.005
- Schmitz N, Hartkamp N, Brinschwitz C, Michalek S. Computerized administration of the Symptom Checklist (SCL-R) and the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C) in psychosomatic outpatients. *Psychiatry Research*. 1999 [citado 20 de octubre de 2018];87:217-21. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10579554>
- Chapman LK, Petrie J, Venes L. Factor structure analysis of the SCL-90-R in a community-based sample of African American women. *Psychiatry Research*. 2012; 199:140-4. doi: 10.1016/j.psychres.2012.03.028
- Fernández-Álvarez H. Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008. Bilbao, España: Desclee de Brouwer; 2008.
- Paap M, Meijer R, Cohen-Kettenis PT, Rechter-Appelt H, de Guyper G, Kreukels B, Pedersen G, Karterud

- S. Why the factorial structure of the SCL-90-R is unstable: comparing patient groups with different levels of psychological distress using Mokken Scale Analysis. *Psychiatry Research*. 2012;200:819-26. doi: 10.1016/j.psychres.2012.03.012
13. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Boripuntakui T. Symptom checklist-90 (SCL-90) in a Thai sample. *J Med Assoc Thai*. [Internet]. 2011 [citado 20 de octubre de 2018]; 94:1141-9. Recuperado a partir de: <http://www.jmatonline.com/index.php/jmat/article/view/186>
14. Casullo MM, Cruz MS, González R, Maganto C. Síntomas Psicopatológicos en adolescentes: Estudio Comparativo. *RIDEP*; 2003. 135-51p.
15. Prunas A, Sarno I, Preti E, Madeddu F, Perugini M. Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: A study on a large community sample. *European Psychiatric*. 2012;27:591-7. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.12.006
16. Zhang J, Zhang X. Chinese college students' SCL-90 scores and their relations to the college performance. *Asian J Psychiatry*. 2013;6:134-40. doi:10.1016/j.ajp.2012.09.009
17. Gempp R, Avendaño C. Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitario chilenos. *Terapia psicológica* [Internet]. 2008 [citado 20 de octubre de 2018];26(1):39-58. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526104>
18. Urbán R, Kun B, Farkas J, Paksi B, Kökönyi G, Unoka Z, et al. Bifactor structural model of symptom checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI in a non-clinical community sample. *Psychiatric Research*. 2014;216:146-54. doi:10.1016/j.psychres.2014.01.027
19. Sánchez R, Ledesma R. Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina en Clínica Psicológica* [Internet]. 2009 [citado 20 de octubre de 2018];18:265-74. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921775007>
20. González L, Mercadillo R, Graff A, Barrios F. Versión Computarizada para la aplicación del Listado de Síntomas 90 (SCL-90) y del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). *Salud Mental* [Internet]. 2007 [citado 20 de octubre de 2018];30(4):31-40. Recuperado a partir de: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1177
21. Vallejo MA, Mañanes G, Comeche MI, Díaz MI. Comparison between administration via internet and paper-and-pencil administration of two clinical instruments: SCL-90-R and GHQ-28. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008;39(3):201-8. doi: 10.1016/j.jbtep.2007.04.001
22. Meyer GJ, Finn SE, Eyde LD, Kay GG, Moreland KL, Dies RR, Eximan EJ, Kubiszyn TW, Reed GM. Psychological Testing and Psychological Assessment: A review of Evidence and Issues. *American Psychologist* [Internet]. 2001 [citado 20 octubre de 2018];53:128-65. Recuperado a partir de: <https://pdfs.semanticscholar.org/2c7c/0a3f70a4599282eff-1364f76500147153ad5.pdf>
23. Ruiz A, Gómez C, Londoño D. Epidemiología clínica: Investigación clínica aplicada. Centro Editorial Javeriana CEJA, Bogotá; 2001.
24. Bentler PM, Chou CH. Practical issues in structural modeling. *Sociological Methods & Research*. 1987;16:78-117. doi:10.1177/0049124187016001004
25. Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. Effect Size Estimates: Current Use, Calculations, and Interpretation. *J Exp Psychol Gen*. 2011;141(1):2-18. doi:10.1037/a0024338
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5ª ed. Washington DC; 2013.
27. Barlow DH. Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step treatment manual: Fourth Edition. New York: The Guilford Press; 2008.
28. Méndez X, Orgilés M, Rosa A. Los tratamientos psicológicos en la fobia a la oscuridad: una revisión cuantitativa. *Anales de Psicología*. [Internet]. 2005 [citado 20 octubre de 2018];21:73-82. Recuperado a partir de: https://www.um.es/analesps/v21/v21_1/09-21_1.pdf
29. Posada P, Buitrago J, Medina Y, Rodríguez M. Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca [Internet]. 2006 [citado 20 octubre de 2018];4:33-41. Recuperado a partir de: http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA6_ARTORIG2.pdf
30. Torres Y, Posada J, Mejía R, Bareño J, Sierra G, Montoya L, Agudelo A. Primer Estudio Poblacional de Salud Medellín, 2011-2012. Colombia: Universidad CES, Secretaría de Salud de Medellín; 2012.
31. Millon T, Davis R. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona, España: Masson; 2002.
32. Casullo MM. Síntomas Psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social* [Internet]. 2004 [citado 20 octubre de 2018];6:41-57. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/pdf/314/31406105.pdf>
33. Ferrando P, Anguiano-Carrasco C. El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo* [Internet]. 2010 [Citado 20 octubre de 2018];31:18-33. Recuperado a partir de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1793.pdf>

Entorno y cuidado: circunstancias que influyen en la calidad de la atención médica percibida por los colombianos

Environment and care: circumstances that influence the quality of healthcare perceived by the people in Colombia

Ambiente e cuidado: circunstâncias que influenciam a qualidade da atenção médica percebida pelos colombianos

Jessica Andrea Duque-Castro, Est.*

Juliana Ortiz-Urbano, Est. *

Diana Marcela Rengifo-Arias, Enf., MSc.**

Resumen

Introducción. El análisis de las situaciones de salud, en el acto del cuidado de la enfermería, requiere de conocimientos, pues es el marco conceptual y la guía de esta labor. Aunque el cuidado integral de la salud, según Watson, depende del compromiso moral del enfermero de preservar la dignidad humana; son frecuentes los informes que muestran una mala percepción de la prestación de servicios de salud. En los informes, se indica que el 36% de los encuestados tienen una mala o muy mala percepción de la calidad de la atención médica. El objetivo es reflexionar sobre las circunstancias que influyen en la calidad de la atención médica percibida por los colombianos. **Temas de reflexión.** Se abordará el tema desde los patrones de conocimiento de la enfermería: el empírico, el estético, el ético, el sociocultural y el personal. **Discusión.** Las

condiciones que influyen en la percepción de la calidad de la atención médica se agrupan en dos conceptos del metaparadigma de la enfermería. El primero es el entorno, en el que existen barreras de oferta y demanda, como la tecnificación, la infraestructura y los recursos del sistema de salud. El segundo es el cuidado, en el que la condición laboral tiene incidencia, ya que los profesionales de enfermería sienten culpabilidad, agotamiento y estrés, y comprometen la buena percepción del cuidado médico y el sentido de trascendencia profesional. **Conclusiones.** El acto del cuidado de la enfermería está rodeado de situaciones poco favorables, dadas las barreras en el sistema de salud colombiano, que comprometen la labor del enfermero. Por lo tanto, es necesario reflexionar y desarrollar conceptos relacionados con los patrones de conocimiento de la disciplina, que inciden en la formación de los nuevos profesionales. Esto, con el

* Estudiante de Enfermería, Universidad Alexander Von Humboldt, Armenia, Quindío, Colombia.

** Enfermera, Magíster en Enfermería con énfasis en el cuidado de la Salud Cardiovascular, Magíster en Nutrición, Obesidad y Técnicas Culinarias, Docente Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt, Armenia, Quindío, Colombia.

Correspondencia: Jessica Andrea Duque-Castro, Barrio La Miranda Mz A casa 10 Armenia, Quindío, Colombia. E-mail: jduque558@cue.edu.co

Artículo recibido: 07 de noviembre del 2017 Artículo aceptado: 30 de octubre del 2018

fin de cumplir a cabalidad el deber ser y el hacer de la enfermería en Colombia. [Duque-Castro JA, Ortiz-Urbano J, Rengifo-Arias DM. Entorno y cuidado: circunstancias que influyen en la calidad de la atención percibida por los colombianos. MedUNAB. 2018;21(2):60-68. doi:10.29375/01237047.2799]

Palabras clave: Atención de la Enfermería; Condiciones de Trabajo; Garantía de la Calidad de la Atención Médica; Humanización de la Atención y los Servicios de Enfermería

Abstract

Introduction. The analysis of health situations, in terms of nursing care, requires knowledge, since it is the conceptual framework and guide for this work. Although comprehensive healthcare, according to Watson, depends on the nurse's moral commitment to preserve human dignity, there are frequent reports that show a poor perception of the provision of healthcare services. The reports indicate that 36% of those surveyed had a poor or very poor perception of the quality of healthcare. The objective is to reflect on the circumstances that influence the quality of healthcare perceived by the people in Colombia. **Topics of reflection.** The topic will be addressed through the patterns of knowledge of nursing: empirical, aesthetic, ethical, sociocultural and personal. **Discussion.** The conditions that influence the perception of healthcare quality are grouped into two nursing metaparadigm concepts. The first is the environment, in which there are supply and demand barriers, such as technification, infrastructure and resources of the healthcare system. The second is the care, on which the employment status has an influence, since nursing professionals feel guilt, exhaustion and stress, and compromise the good perception of healthcare and the sense of professional importance. **Conclusions.** The act of caring in nursing is surrounded by unfavorable situations, given the barriers in the Colombian healthcare system that compromise the work of nurses. Therefore, it is necessary to reflect and develop concepts related to the patterns of knowledge of this discipline, which have an effect on the training of new professionals. This is in order to fully comply with the duty and practice of nursing in Colombia. [Duque-Castro JA, Ortiz-Urbano J, Rengifo-Arias DM. Environment and care: circumstances that influence the quality of medical care perceived by the people in Colombia. MedUNAB. 2018;21(2):60-68. doi:10.29375/01237047.2799]

Keywords: Nursing Care; Employment Status;

Guarantee of Healthcare Quality; Humanization of Care and Nursing Services

Resumo

Introdução. A análise das situações de saúde, no ato do cuidado da enfermagem, requer conhecimento, pois é o referencial conceitual e o guia desta atividade. Embora os cuidados integrais de saúde, segundo Watson, dependem do compromisso moral do enfermeiro para preservar a dignidade humana; há relatos frequentes que mostram uma má percepção da prestação de serviços de saúde. Nos relatórios, indica-se que 36% dos entrevistados têm uma percepção ruim ou muito ruim da qualidade do atendimento médico. O objetivo é refletir sobre as circunstâncias que influenciam a qualidade da atenção médica percebida pelos colombianos. **Temas para reflexão.** O tema será abordado a partir dos padrões de conhecimento da enfermagem: o empírico, o estético, o ético, o sociocultural e o pessoal. **Discussão.** As condições que influenciam a percepção da qualidade da atenção médica são agrupadas em dois conceitos do metaparadigma da enfermagem. O primeiro é o ambiente, no qual existem barreiras de oferta e demanda, como a tecnificação, a infraestrutura e os recursos do sistema de saúde. O segundo é o cuidado, no qual a condição de trabalho tem impacto, uma vez que os profissionais de enfermagem sentem-se culpados, exaustos e estressados, comprometendo a boa percepção do cuidado médico e o sentido de transcendência profissional. **Conclusões.** O ato do cuidado de enfermagem está cercado de situações desfavoráveis, dadas as barreiras no sistema de saúde colombiano, que comprometem o trabalho do enfermeiro. Portanto, é necessário refletir e desenvolver conceitos relacionados aos padrões de conhecimento da disciplina, que afetam a formação dos novos profissionais. Isso, a fim de cumprir integralmente o dever de ser e exercer a enfermagem na Colômbia. [Duque-Castro JA, Ortiz-Urbano J, Rengifo-Arias DM. Ambiente e cuidado: circunstâncias que influenciam a qualidade da atenção médica percebida pelos colombianos. MedUNAB. 2018;21(2):60-68. doi:10.29375/01237047.2799]

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Condições de Trabalho; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Humanização dos Cuidados e Serviços de Enfermagem

Introducción

El ser humano es dinámico, flexible y cambiante. Este dinamismo determina e individualiza el cuidado, un fenómeno universal e intercultural. El desarrollo de los conocimientos de la enfermería debe responder a cabalidad con esta individualización del cuidado; por lo que es insostenible crear un conocimiento generalizado y de aplicabilidad estándar a todas las personas.

Durante la evolución histórica de la enfermería, el profesional ha desarrollado un proceso teórico y metodológico que le permite identificar situaciones vitales que requieren del cuidado de la enfermería. Esto, con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad, y realizar acompañamiento durante la recuperación y la muerte. También tiene el objetivo de lograr el desarrollo de elementos básicos para comprender y aplicar los patrones de conocimiento de la disciplina y el proceso de atención de la enfermería como operacionalización del método científico (1). Formular un cuerpo de conocimientos y emplearlo en el día a día permite diferenciar un profesional de enfermería experto de aquel que solo sigue las normas y se orienta por las tareas que debe realizar. Esto otorga seguridad en el actuar y fortalece la autoimagen profesional (2).

Sidani e Irvine describen tres tipos de roles que el profesional de enfermería ejerce: independiente, dependiente e interdependiente. El primero se relaciona con el desarrollo de funciones específicas de los enfermeros (cuidado de la salud); el segundo, con las actividades asociadas con la implementación de órdenes y tratamientos médicos (3) y el tercero, con el trabajo colaborativo entre los miembros del equipo interdisciplinario para el restablecimiento de la salud. Para garantizar el adecuado cumplimiento de cualquier rol, los enfermeros deben desarrollar prácticas ajustadas a su nivel de formación (3).

El análisis de la situación de salud durante el proceso de atención de enfermería, se fundamenta en teorías y tecnologías propias de la ciencia del cuidado. Según lo establecido en el código deontológico colombiano, Ley 911, el acto de cuidado de la enfermería tiene como propósito desarrollar las potencialidades individuales y colectivas. Para ello, el profesional de enfermería emplea conocimientos propios y de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, que le permiten promover una comunicación y relación humana en pro del cuidado; esto es el ser y la esencia de la profesión. El cuidado implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo, en el que se identifican y

priorizan las necesidades que deben ser atendidas en el plan de cuidados (4). Esto se hace a partir de juicios reflexivos, que surgen de procesos de metacognición, en los que se tienen en cuenta conceptos de la enfermería, como las interacciones entre la persona, el cuidado, el entorno y la salud, y los patrones de conocimiento de la disciplina: conocimiento empírico, sociocultural, ético, estético y personal.

La ciencia de la enfermería se fundamenta en el estudio de las experiencias del cuidado que desarrollan los seres humanos (5). Cada concepto es una pieza clave para comprender las necesidades humanas (dinámicas, propias y particulares de cada persona) con las cuales se interactúa durante el ejercicio profesional (6). Por esto, es importante reconocer la diferencia entre la atención de la enfermería (que involucra aspectos técnicos y procedimentales) y el cuidado de enfermería, que permite la construcción de relaciones e imaginarios sociales entorno a la percepción del cuidado. Esta percepción debe ser entendida como un proceso mental, en el que el paciente y el profesional identifican los comportamientos del cuidado conforme a sus criterios, valores, vivencias, experiencias y expectativas, y al entorno situacional y al escenario en el que se da el acto del cuidado (7).

La humanización en la atención en salud se ha convertido en política de Estado. Según esta política, humanizar es un asunto ético relacionado con los valores que rigen la conducta y las relaciones en el sistema de salud, y en el que se enfatiza la dignidad de todo ser humano (6). Sin embargo, son comunes los informes sobre la percepción inadecuada que hay de la prestación de servicios de salud y la poca satisfacción de la atención recibida. Para el Departamento Nacional de Planeación (DNP) la mala percepción y la poca satisfacción se deben a las barreras que hay para acceder a los servicios de salud. Por ejemplo, hay una amplia cobertura de las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), un 56% de infraestructura, en las principales ciudades (Bogotá, Medellín y Cali), pero poca cobertura en ciudades como la Guajira, Chocó y Vichada, en las que hay: “1.53 camas disponibles en servicios de hospitalización, 1.31 camas de cuidado intensivo, 0.11 de cuidado intermedio y 0.14 de cuidado intensivo, 0.09 ambulancias, 0.07 ambulancias básicas y 0.02 medicalizadas por cada 1000 habitantes” (8, p.65).

Las demoras relacionadas con la tramitología de las IPS son otra barrera para acceder a los servicios de salud. Según el Informe Nacional de Calidad de la

Atención en Salud del 2015, el período de espera para la asignación de citas con médico general pasó de dos a tres días, con especialistas, de siete a doce días y con medicina interna, de nueve a doce días. Por otro lado, la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2013-2014 arrojó que la mayoría de los usuarios encuestados se encontraran inconformes con los tiempos de espera, además de indicar que el 46% de los usuarios consideraron difícil acceder a los servicios de salud de su EPS (8); coincidiendo con el estudio de Arrivillaga et al., quienes indicaron una percepción de mala y muy mala calidad de la atención hasta en un 36% (9), entendiendo la calidad de la atención en salud como “la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” (10, p.51). En este mismo estudio del 2016, se demostró que la asignación de citas de consulta de medicina general y con especialista había presentado demoras, en especial, en el tiempo de autorización por parte de las EPS y de los médicos especialistas. Por otro lado, el acceso a los medicamentos también se vio comprometido, pues el 25 % de los encuestados reportaron problemas o bien porque no se los habían entregado a tiempo o bien porque no estaban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (9).

Asimismo, la falta de información durante los procedimientos también influyó en la mala percepción de la atención médica, pues generó un sentimiento de deshumanización. A esto hay que añadirle la falta de comunicación y relaciones efectivas, pues los funcionarios no atendieron las solicitudes. Así, Rodríguez *et al.* evidenciaron en su artículo expresiones como: “Con Derechos de Petición o Acción de Tutela (AT) es que atienden rápido, aun con la AT se violan derechos. Hubo un caso de desistimiento: Desisto de la atención, para evitar tanto obstáculo y permisos en el trabajo, a pesar de sentirme enferma” (11, p.1953).

Por esta razón, en el contexto colombiano se ha venido desarrollando durante los últimos años y cada vez con mayor fuerza el concepto de “humanización de la atención en salud” (6). Sin embargo, resulta paradójico que el concepto de humanización, entendido como “un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida” (12, p.128) que, según Guerrero *et al.*, es la filosofía de la enfermería, tenga que ser instaurado mediante la legislación y las políticas de Estado. El hecho de que los protocolos institucionales orienten

las relaciones del equipo de salud, y particularmente del grupo de enfermería, con las personas sujeto de cuidado resulta contrario a las pautas teóricas desarrolladas por los académicos dedicados al estudio de la enfermería, como la doctora Jean Watson. Watson (13), en su teoría de Humanización, define el cuidado transpersonal como: “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permite dar trascendencia al cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en su práctica. Por esta razón, cuando se habla de cuidado de la persona se habla de cuidado humano.

¿Qué circunstancias conllevan a que la humanización se convirtiera en una política de Estado? Podemos decir que una serie de barreras que limitan el trabajo del profesional de enfermería. Entre ellas, la tecnificación, que aunque disminuyó el porcentaje de errores relacionados con la identificación de las personas y el manejo de la historia clínica, en algunos casos, ha relegado el contacto directo con el paciente (mirar las constantes vitales en el monitor ha reemplazado la comprobación de una posible alteración de los signos y síntomas del paciente). Asimismo, la infraestructura de los centros hospitalarios, las precarias condiciones laborales, la carga de trabajo y el aumento de horas no remuneradas minimizan la atención integral en el acto del cuidado, lo que provoca en los profesionales sentimientos de culpabilidad, agotamiento y estrés. Además, el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano no ha permitido lograr estándares de calidad para la prestación de servicios de salud en algunos lugares del territorio colombiano, puesto que hay una brecha entre la normativa y su ejecución práctica. Esta situación podría comprometer la autonomía y el ejercicio de la enfermería (4), y por consiguiente, generar acciones riesgosas que conlleven a eventos adversos tanto para el personal de salud como para el sujeto de cuidado.

Aunque el quehacer de la enfermería ocurre en un ambiente en el que hay sufrimiento y dolor de los usuarios, las mayores angustias del profesional surgen de las exigencias relacionadas con la gran carga asistencial. Esto conlleva a que el profesional de enfermería se ocupe de aspectos técnicos y procedimentales que inciden directamente en la calidad del cuidado (11). Los profesionales deben enfocarse en el cumplimiento de objetivos medibles en la práctica clínica; situación favorable para la institución, pero desfavorable para el gremio, que debe hacer una gran cantidad de tareas administrativas relegando el cuidado. Esta situación se

torna paradójica; a la vez que las instituciones buscan calidad en la atención, el profesional de enfermería debe cumplir con la calidad del cuidado (11).

La mano de obra de las instituciones de salud se encuentra conformada en su mayoría por el personal de enfermería. Sin embargo, estos ocupan un lugar secundario y a veces nulo en la ejecución, estructuración y proposición de acciones dirigidas a la salud y de políticas públicas que propenden por un desarrollo social sostenible en materia de atención y servicios de salud (11). Además, estos profesionales presentan en un 88 % de los casos síndrome de Burnout (o síndrome del quemado) a causa del exceso de trabajo. Según Bernal González *et al.*, uno de cada tres profesionales presenta agotamiento emocional, el 18 %, despersonalización y el 34 %, baja realización personal, lo que provoca que el personal tenga una atención distante y fría con los usuarios. Este ambiente laboral hostil se suma a situaciones relacionadas con las instituciones de salud, como la dificultad de los pacientes y familiares para acceder a los servicios y la falta de recursos –por ejemplo, recursos humanos– (14). Esto, sin duda, afecta la forma en que los profesionales brindan sus servicios a los pacientes: se expresan con apatía y tienen actitudes negativas hacia el trabajo, incluso existe el riesgo de que abandonen sus funciones profesionales. De esta manera, se reducen los servicios de salud disponibles para la población y se aumentan los costos en salud y la deshumanización de la atención; y por lo tanto, se pone en riesgo la eficiencia de la enfermería (13).

Dentro del concepto de calidad asistencial se encuentran tres elementos clave: a) la estructura, que comprende todo lo relacionado a las características materiales y organizacionales de la prestación de servicios, b) el proceso, que se refiere a las actividades que realizan los médicos y trabajadores de la salud durante la atención que brindan a los pacientes y su habilidad para llevarlas a cabo y c) el resultado, que mide los beneficios y el nivel de satisfacción de los pacientes (14). Algunos autores, como Ayala y Barragán, identifican ciertas barreras en el sistema de salud que dependen de algunos elementos claves de este concepto, como por ejemplo, aquellas relacionadas con la oferta (barreras organizacionales e institucionales), como los múltiples trámites para solicitar las citas, la atención ineficaz e inoportuna de los administrativos y el personal de salud, la calidad del servicio y la disponibilidad de recursos humanos y materiales. También hay barreras relacionadas con la demanda, como por ejemplo, los costos de los servicios

de salud, la prioridad que se le da al problema de salud presentado por el usuario y los conocimientos del usuario del sistema de salud (15,16).

En el 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano (MinSalud) mencionó que la oferta y la demanda de los servicios de salud deben adecuarse a los determinantes sociales y las necesidades de salud de cada territorio. Aunque podría decirse que hay un crecimiento en la oferta de salud de forma general, esto no garantiza condiciones adecuadas en el sector. Esta cobertura se ha medido en términos de la cantidad de actividades realizadas, más no en términos de los resultados (de los cambios en las conductas orientadas a la salud); lo que limita la eficacia de las acciones individuales y grupales que tienen como fin la promoción de la salud y la gestión de riesgo. MinSalud, además, observó obsolescencia tecnológica en instituciones de salud de primer nivel, disminución de la capacidad en el segundo nivel y aumento de la capacidad en los de alta complejidad, con una amplia participación de la oferta privada, más que de la oferta pública (17).

El principal problema de salud en Colombia son las Empresas Promotoras de Salud (EPS) propuestas en la Ley 100. Estas aumentaron la inequidad en el servicio y el gasto de mantenimiento, sin mejorar la calidad de la atención. De esta manera, las ganancias adquirieron más importancia que la salud de los colombianos (18), y como consecuencia, los usuarios se vieron afectados. La implementación del Plan Obligatorio de Salud (POS), en el que hay un suministro específico de medicamentos, y los protocolos impuestos por las aseguradoras propiciaron que se quebrantaran los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia, como la obligación de hacer prescripciones con criterio médico, independientemente de los costos de los medicamentos, y comprometieron el cuidado de la enfermería (19).

Actualmente, quienes trabajan en las IPS tienen jornadas laborales extensas, salarios muy bajos y contratos sin prestaciones sociales ni garantías laborales. Los trabajadores han tenido que vincularse a más de dos empleos para tener un salario que les garantice una vida digna (18). Por estas razones, Molina *et al* (20) afirman que el sistema de salud colombiano no entiende la dignidad humana ni la salud como derechos innatos del ser humano, sino como productos de un mercado. Esto conlleva a que el profesional de enfermería vea cohibida su autonomía por un sistema de trabajo autoritario, que limita su capacidad de decisión. Sin embargo, una adecuada educación ética y moral, y una buena formación científica deberían

motivar a los profesionales a rehusar la coacción de unos fines empresariales y lucrativos, y proteger la autonomía del gremio y los derechos de los sujetos a quienes se les brinda el cuidado (19).

Por lo expuesto anteriormente, el objetivo del presente artículo es reflexionar sobre las circunstancias que influyen en la percepción de los colombianos de la calidad de la atención y los cuidados médicos.

Temas de Reflexión

El conocimiento de la enfermería se basa en la comprensión de la naturaleza humana y su respuesta al entorno. Por lo tanto, el profesional de enfermería debe ser capaz de incluir esta perspectiva en los encuentros que desarrolla con el paciente, mediante el intercambio de sus conocimientos y la posibilidad de lo que puede ser descubierto para, finalmente, comprender la necesidad de cuidado de las personas y aprender a cuidar mejor de ellas (20). Para estudiar la disciplina de la enfermería, es necesario comprender el concepto de “conocer” como un acto consciente y una forma particular e individual de visualizar las complejidades de una situación y de reunir los recursos internos experimentados anteriormente para darle significado (21).

El cuerpo de conocimientos en el que se sustenta la racionalidad de la enfermería tiene ciertos patrones, formas y estructuras que caracterizan las maneras en que los profesionales piensan los fenómenos. Bárbara Carper realizó un análisis del contenido conceptual y sintáctico del cuerpo de conocimientos, que en su época fundamentaban a la práctica de Enfermería de la época identificando patrones, formas y estructuras que sirven de horizontes y ejemplifican modos característicos de pensar acerca de los fenómenos (**Tabla 1**). Carper como profesora de Enfermería, motivada por la necesidad de estructurar el currículo, insiste que entender estos patrones es esencial para la enseñanza y aprendizaje de la enfermería (22), definiendo los patrones de conocimiento disciplinar de la siguiente manera:

1. Patrón de conocimiento empírico (Saber): la Ciencia de Enfermería sustenta el saber obtenido por el estudio de fenómenos por medio de la aplicación del método científico para describir, explicar y predecir fenómenos de interés para la disciplina de Enfermería a fin de controlarlos mediante alguna acción. Este saber se organiza en cuerpos conceptuales y teorías con el propósito de prescribir esos cursos de acción a

partir de ese conocimiento, para modificar la realidad, mejorando la calidad de vida de las personas en lo que respecta a su salud (22– 24).

2. Patrón de conocimiento estético (del arte): el arte significa todo aquello que se aprendía durante la práctica como experiencia, como aprendizajes asociados a los modelos de imitación y adquisición de conocimiento por acumulación de experiencias no racionales, sin embargo, la dimensión estética del conocimiento de la Enfermería es rasgo de la esencia de la naturaleza de la disciplina (23– 25).

3. Patrón de conocimiento ético: en el complejo campo de la salud se deben tomar múltiples decisiones, estas elecciones conducen a preguntas morales fundamentales sobre acciones correctas e incorrectas en todos los ámbitos de la acción profesional: los cuidados directos de Enfermería, la docencia, la gestión, la investigación, la educación para la salud, etc. Dilemas morales que muchas veces no son resueltos por las normas de ética escritas en los códigos profesionales (22 - 25).

4. Patrón de conocimiento personal: toda acción de Enfermería se da a partir de lo que se es, de lo que se desea y de lo que se sabe en una relación interpersonal. Entender y percibir los significados particulares de las experiencias de las personas sobre su proceso de ser saludable, de bienestar, de sufrimiento, de impotencia, de angustia durante la enfermedad y en las transiciones de la vida, implica un acto personal. El uso terapéutico de sí mismo es una meta ampliamente escrita y aceptada en la Enfermería (22 - 25).

5. Patrón de conocimiento socio-cultural: el patrón socio-cultural requiere habilidades de comunicación, movilización y liderazgo que se enmarcan en la participación, las cuales podrían incluirse en el patrón mismo como elementos constitutivos. El patrón de conocimiento socio-cultural al igual que los demás patrones se construyen y desarrolla, a partir de la experiencia, la conciencia y la reflexión, así mismo, es personal y dinámico; es una experiencia tangible en el mundo y por lo tanto, no es abstracto. Facilita la interacción, en especial, porque pretende entender y modificar el contexto en el que se desarrolla el trabajo del enfermero y de los seres humanos, en general. Por lo tanto, es en este patrón en el que se sustenta el conocimiento de la enfermería y su actuar, pues permite un análisis del micro y el macro entorno, de los recursos y las condiciones que pueden incidir en el acto del cuidado (22 - 25).

Tabla 1. Caracterización de los patrones de conocimiento de la disciplina

Patrón de conocimiento	Caracterización
Patrón empírico	Hace referencia a la estructuración y aplicabilidad de los conceptos y teorías de la enfermería en el contexto y desarrollo de su práctica. Tiene fundamento en la investigación científica como método para la producción de conocimiento empírico, mediante la observación, la inspección y la verificación del quehacer profesional; incluye elementos de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas que le permiten fundamentar y desarrollar una relación de cuidado con una persona multidimensional (24). Este patrón es descriptivo, explicativo, predictivo, fáctico y verificable; se relaciona con la información, los datos objetivos y lo visible externamente (23).
Patrón estético	Significa hacer lo que se debe hacer, en el momento preciso, logrando que el paciente y el enfermero tengan certeza de la bondad de la intervención. El estado del arte requiere una condición de cambio, enmarcada en actitudes, habilidades, destrezas que permitan una situación de reciprocidad entre la enfermera y la persona sujeto del cuidado (22).
Patrón ético	El desarrollo de este componente implica la valoración de la acción mediante elementos simbólicos, teniendo en cuenta el entendimiento y la creatividad de las acciones del enfermero. Se visualiza durante el comportamiento del profesional que colabora con el proceso de valoración, identificación de necesidades y ejecución de los cuidados de enfermería. Este componente permite al enfermero hacer una valoración propia, que fundamenta su capacidad de resolución ante dilemas éticos y morales; lo cual hace evidente la correlación existente entre este patrón y el de conocimiento personal (24).
Patrón sociocultural	Un incremento en el conocimiento sociocultural permite entender cuándo y cómo actuar en relación con los contextos de la enfermería que no solo involucran la práctica, la investigación, la docencia y la gestión, sino también, los espacios donde se viven las experiencias de salud; espacios que son influenciados por aspectos culturales, históricos, económicos, sociales y políticos (22-25).
Patrón personal	Patrón fundamental, debido a su importancia para el entendimiento de la salud en términos del bienestar y el desarrollo individual, lo que se traduce como el reconocimiento del enfermero como ser terapéutico. Implica el conocimiento de la experiencia propia y la comprensión de la disciplina de la enfermería como un proceso que requiere de interacciones, relaciones y transacciones entre el enfermero y el paciente (25). Las relaciones interpersonales de la enfermería ya no deben ser pensadas como un don innato, pues la reciprocidad con los pacientes es el eje del cuidado y demanda tanto formación con bases científicas como la cognición del profesional práctico que domina la ciencia y el arte del cuidado (25).

Fuente: elaboración propia de los autores

6. Patrón de emancipación. Es un conocimiento innovador e imprescindible para el desarrollo de la epistemología y la práctica de la enfermería. Este patrón se define como el logro personal del individuo, al reconocer en la sociedad, su estructura, y política aspectos que inciden en el desarrollo humano. El objetivo de este logro es que el individuo proponga cambios que generen una mejoría en el bienestar de

las personas; este patrón incentiva la reflexión, la crítica y el pensamiento creativo para que se formulen propuestas claras que benefician la salud y el cuidado de las personas (22 - 26).

Bárbara Carper destacó que los patrones de conocimiento coexisten en el acto del cuidado, es decir, no son excluyentes; por el contrario, se complementan

e integran la mayoría de las veces. Dan un cimiento a esa aserción que se hace en enfermería respecto a la intención de prestar cuidados integrales a las personas, familias y comunidades. Sin embargo, el actual sistema de salud colombiano, en el que se desenvuelve el profesional de enfermería, genera una barrera para poder expresar y demostrar el potencial de la profesión. A pesar de que son nulas las condiciones mínimas requeridas para el acto del cuidado de la enfermería, los profesionales siguen esforzándose para poder ofrecer una atención digna a los usuarios (23,24).

La acción del enfermero en dicha situación, que surge de una perspectiva crítica y de intervención social, muestra el empoderamiento que tiene el profesional sobre los problemas que aquejan a la sociedad. Si se generan entornos favorables para la ejecución de su función en las instituciones de salud, sin importar el nivel de complejidad, se pueden generar cambios significativos en el actual perfil epidemiológico de la sociedad (26).

Conclusiones

Las condiciones que influyen en la calidad de la atención y los cuidados se relacionan principalmente con dos conceptos del metaparadigma de la enfermería: entorno y cuidado. En el concepto de entorno se contemplan aspectos relacionados con el sistema de salud colombiano, que presenta barreras relacionadas con la oferta y la demanda de los servicios de salud. Esto compromete las funciones del enfermero y otras situaciones relacionadas con la calidad de la atención.

Las condiciones laborales en las que los profesionales se desempeñan, como la sobrecarga laboral, una baja remuneración y el poco reconocimiento que reciben, influyen en el acto del cuidado y generan riesgo para la salud del enfermero. En consecuencia, hay un impacto indirecto en la capacidad de los profesionales para brindar los cuidados al paciente. Esto hace que se juzgue la eficiencia de los cuidados de la enfermería y haya una percepción desfavorable de los colombianos sobre la humanización de la atención.

Es necesario reflexionar y desarrollar elementos conceptuales relacionados con los patrones de conocimiento de la disciplina, ya que estos inciden en la formación de los nuevos profesionales y las asociaciones académicas. Esto, con el fin de poder desarrollar y cumplir a cabalidad el deber ser y el hacer de la enfermería en Colombia, y de que haya una incidencia indirecta en la calidad de los cuidados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias

1. Neumaier-Alves C, Lopes -Corrêa A, Correa-Soares M, Könzgen-Meincke S. El cuidado de enfermería y su evolución histórica: una revisión integrativa. *Cul. Cuid.* 2015; 19(43): 83-94. doi: 10.14198/cuid.2015.43.09
2. Brykczynski KA. De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M, editores. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier; 2007. p. 140-166.
3. Laverde-Contreras OL, Carvajal-Carrascal G, Jaimes-Carvajal N, Escobar-Ramírez MC, Arroyo-Marles LP. Rol independiente y ambiente de la práctica de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2017 [citado 11 de julio del 2018]; 33(4): [aproximadamente 10p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1013/308>
4. Ley 911/2004 del 6 de octubre, por la cual se dictan las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia (Diario Oficial, número 45.693 del 2004).
5. Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. *Rev. Cienc. Salud.* 2015; 13(3): 481-491. doi: 10.12804/revsalud13.03.2015.12
6. Bermejo-Higuera JC. ¿Derecho a la humanización? Blog [Internet]. España: José Carlos Bermejo Higuera; 2014 [citado 17 de abril del 2016]; Disponible en: http://josecarlosbermejo.es/sites/default/files/articulos/derecho_a_la_humanizacion.pdf
7. Salgado J, Valenzuela S, Sáez K. Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2015 [citado 17 de octubre del 2018]; 21(1): 69-79. doi: 10.4067/S0717-95532015000100007
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015. Bogotá: MINSALUD; 2015. 32p.
9. Arrivillaga M, Aristizabal JC, Pérez M, Estrada VE. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac. Sanit.* 2016; 30(6): 415-420. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.05.008

10. Cano SM, Giraldo A, Forero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2016; 33(3): 414–424. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v34nla06
11. Rodríguez Hernández JM, Rodríguez Rubiano DP, Corrales Barona JC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(6):1947–1958. doi: 10.1590/1413-81232015206.12122014
12. Guerrero–Ramírez R, Meneses–La Riva ME, De la Cruz Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. *Rev. Enferm. Herediana* [Internet]. 2016 [citado 1 de mayo del 2018]; 9(2): [aproximadamente 9p.]. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
13. Aldrete–Rodríguez MG, Navarro–Meza C, González–Baltazar R, Contreras–Estrada MI, Pérez–Aldrete J. Factores sicosociales y síndrome de Burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Revista Cienc. Trab.* [Internet]. 2017 [citado 17 de julio del 2018]; 17 (52): [aproximadamente 4p.]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v17n52/art07.pdf>
14. Bernal–González I, Pedraza–Melo NA, Sánchez–Limón ML. El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Rev. Estudios Generales*. 2014; 31(134): 8–19 doi: 10.1016/j.estger.2014.08.003
15. Ayala–García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso [documento]. 2014 [citado 4 de septiembre del 2017]. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf
16. Barragán JA, Pedraza YD, Rincón MR. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja, 2011. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado 4 de septiembre del 2017]; 31(2): [aproximadamente 6p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n2/v31n2a04.pdf>
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Bogotá: MINSALUD; 2016. 96p.
18. Beltrán–Salazar O. The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions. *Invest. Educ. Enferm*. 2016; 34 (1): 18–28. doi: 10.17533/udea.iee.v34n1a03
19. Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional 2007-2009. *Rev. Panam. Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado 4 de septiembre del 2017]; 33(4): [aproximadamente 6p.]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n4/a08v33n4.pdf>
20. Rubio–Acuña M, Arias–Burgos MI. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. *Rev. Cubana. Enfermer* [Internet]. 2013 [citado 24 de febrero del 2017]; 29(3): [aproximadamente 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300005
21. Duque–Páramo MC, Castellanos–Soriano F, Buitrago–García C. La investigación cualitativa en enfermería en Colombia (1990-2010). *Enferm. Glob.* [Internet]. 2014 [citado 13 de febrero del 2017]; 13(36): [aproximadamente 14p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/20.pdf>
22. García–Guerra LJ. El código deontológico en enfermería. Comparativa entre el código del CIE, Colombia y España. Bogotá: Chía; 2015.
23. Valderrama–Sanabria ML, Peña–Pita AP, Clavijo Álvarez LM. Narrativa: el estudiante de enfermería aprendiendo el arte de cuidar. *Rev. Cuid.* 2017; 8(1): 1488–98. doi: 10.15649/cuidarte.v8i1.362
24. Osorio–Castaño JH. Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: reflexiones conceptuales. *Rev. Cuid.* 2016; 7(2): 1352-57. doi: 10.15649/cuidarte.v7i2.319
25. Gómez–Rojas ML, Rodríguez–Díaz BL. Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería. *Rev. Cuid.* [Internet]. 2013 [citado 17 de mayo del 2017]. 4(1): [aproximadamente 5p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359533224016.pdf>
26. Hoyos–Vertel LM. Enfermería Basada en la Evidencia-EBE Blog [Internet]. Bogotá: Luis Miguel Hoyos. 2014 Agosto [citado 30 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://luismiguelhoyos.blogspot.com.co/2014/08/patrones-de-conocimiento-de-enfermeria.html>

Es preciso reconocer nuestra deuda con la infancia

It is necessary to acknowledge our debt to childhood

É necessário reconhecer a nossa dívida com a infância

Jaime Cala-Vecino, MD., Esp.*

Resumen

Introducción. En la actualidad, los países más pacíficos y socialmente avanzados o desarrollados son aquellos que han invertido o invierten más puntos porcentuales del Producto Interno Bruto para garantizar el desarrollo y disfrute de la niñez (Noruega, Eslovenia, Finlandia, Países Bajos y Suecia), según el índice de peligro para la niñez. Éste artículo busca reflexionar sobre las situaciones que han generado una deuda histórica a la infancia y una desventajosa asimetría entre esta y la persona adulta. Esto genera en un futuro graves problemas de carácter social, moral, ético, político y laboral. **Temas de la reflexión.** Es pertinente reconocer que el objetivo final del desarrollo socioeconómico de un país es alcanzar una paz estable y duradera; una sociedad en la que el hombre no sea enemigo del hombre, que respete el entorno ambiental y se prevean y atenúen al máximo los peligros y desastres naturales. Para esto, es necesario formar hombres y mujeres

encargados de construir y mantener este estado social. Garantizar la salud, la educación, el disfrute y el desarrollo pleno de la infancia es asegurar este objetivo. La inversión en la niñez es, tal vez, el factor más importante para generar el desarrollo global de un país. James Heckman, premio Nobel de economía, ha realizado investigaciones que demuestran que no hay otra inversión, socialmente válida, mejor que la que se hace en la infancia. La rentabilidad estaría dada, entre otras cosas, por el grado de escolaridad alcanzado, emprendimiento, vinculación y rendimiento laboral, disminución de los subsidios, disminución de la delincuencia y aumento en la recaudación de impuestos. Estos resultados son válidos no solo para los Estados Unidos, sino que, lógica y racionalmente, se pueden extrapolar a cualquier país del mundo. **Conclusiones.** La inversión generosa en la infancia es el hecho más importante en la prevención de la guerra y construcción de la paz. Un acompañamiento cuidadoso y amoroso de los niños en el que se satisfagan sus necesidades

* Médico, Especialista en Pediatría, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Floridablanca, Santander, Colombia.

Correspondencia: Jaime Cala Vecino, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Ciencias de la Salud, Conjunto Calatrava, Autopista Floridablanca, Piedecuesta Santander, Colombia. E-mail: jcve@unab.edu.co

esenciales de afecto, salud, educación, alimentación, vivienda y recreación fructificará en hombres y mujeres más resilientes, en los que la empatía, la generosidad, la solidaridad, la seguridad y la confianza disiparán la necesidad de transformar la competencia y agresividad naturales en violencia. [Cala-Vecino J. *Es preciso reconocer nuestra deuda con la infancia. MedUNAB. 2018;21(2):69-76. doi:10.29375/01237047.3451*]

Palabras Clave: Historia; Pediatría; Evolución Cultural; Cambio Social; Educación de la Población.

Abstract

Introduction. Currently, the most peaceful and socially advanced or developed countries are those that have invested or invest more percentage points of the Gross Domestic Product to ensure the development and enjoyment of childhood (Norway, Slovenia, Finland, Netherlands and Sweden), according to the child risk measure. This article aims to reflect on situations that have given rise to a historical debt to childhood and a disadvantaged asymmetry between the child and the adult. This gives rise to serious future issues on the social, moral, ethical, political and labor levels.

Topics of reflection. It is appropriate to recognize that the ultimate goal of a country's socioeconomic development is to achieve stable, lasting peace; a society in which there are no enemies, people respect the environment, and anticipate and mitigate natural disasters and hazards as much as possible. To do so, it is necessary to educate men and women responsible for building and maintaining this social state. Ensuring the health, education, enjoyment and full development of children secures this purpose. Investment in childhood is perhaps the most important factor to bring about the overall development of a country. James Heckman, awarded the Nobel prize in Economics, has conducted research that shows there is no socially valid investment better than the investment in childhood. Profitability would be given, among other things, by the level of education achieved, entrepreneurship, employment and job performance, a decrease in subsidies and crime, and an increase in tax collection. These results are valid not only for the United States, but can logically and rationally be extrapolated to any country in the world. **Conclusions.** A generous investment in childhood is the most important element in preventing war and building peace. Caring and loving support of children in which their essential needs of affection, health, education, food, housing and recreation are satisfied will pay off in more resilient men and women, in whom empathy, generosity, solidarity,

security and confidence will dissipate the need to turn natural aggressiveness and competition into violence. [Cala-Vecino J. *It is necessary to acknowledge our debt to childhood. MedUNAB. 2018;21(2):69-76. doi:10.29375/01237047.3451*]

Keywords: History; Pediatrics; Culture Evolution; Social Change; Education of the Population.

Resumo

Introdução. Atualmente, os países mais pacíficos e socialmente avançados ou desenvolvidos são aqueles que investem ou investiram mais pontos percentuais do Produto Interno Bruto para garantir o desenvolvimento e o lazer das crianças (Noruega, Eslovênia, Finlândia, Holanda e Suécia), segundo o índice de risco para a infância. Este artigo procura refletir sobre as situações que geraram uma dívida histórica à infância e uma assimetria desvantajosa entre esta e a pessoa adulta. Isso gera no futuro sérios problemas de natureza social, moral, ética, política e trabalhista. **Temas para reflexão.** É pertinente reconhecer que o objetivo final do desenvolvimento socioeconômico de um país é alcançar uma paz estável e duradoura; uma sociedade na qual o homem não é inimigo do homem, que respeite o meio ambiente e prevejam-se e minimizem-se os riscos dos perigos e dos desastres naturais. Para isso, é necessário capacitar homens e mulheres para construir e manter este estado social. Garantir a saúde, a educação, o lazer e o pleno desenvolvimento da infância é assegurar este objetivo. O investimento na infância é, talvez, o fator mais importante para gerar o desenvolvimento geral de um país. James Heckman, Prêmio Nobel de Economia, realizou uma pesquisa que mostra que não há outro investimento, socialmente válido, melhor do que aquele feito na infância. A rentabilidade seria dada, entre outras coisas, pelo nível de escolaridade alcançado, empreendedorismo, emprego e desempenho no emprego, redução dos subsídios, redução da delinquência e aumento na arrecadação de impostos. Esses resultados são válidos não apenas para os Estados Unidos, mas, lógica e racionalmente, podem ser extrapolados a qualquer país do mundo.

Conclusões. O investimento generoso na infância é o fato mais importante na prevenção da guerra e na construção da paz. Um acompanhamento cuidadoso e amoroso das crianças em que suas necessidades essenciais de afeto, saúde, educação, alimentação, moradia e recreação são atendidas produzirá homens e mulheres mais resilientes, nos quais a empatia, a generosidade, a solidariedade, a segurança e a confiança dissiparão a necessidade de transformar a competição e

a agressão em violência. [Cala-Vecino J. *É necessário reconhecer a nossa dívida com a infância. MedUNAB. 2018;21(2):69-76. doi:10.29375/01237047.3451*]

Palavras-chave: História; Pediatria; Evolução Cultural; Mudança Social; Educação da População

Introducción

La historia de la infancia está surcada de altos y bajos en la apreciación que la sociedad ha tenido por los niños y niñas. En general todos los países y entre ellos Colombia, han tratado históricamente a la infancia con una desventajosa asimetría respecto al adulto, lo que genera a futuro graves problemas de carácter social, moral, ético, político y laboral.

Los estados que se han percatado claramente de esta situación y están saldando su deuda con la niñez mediante inversiones cuantiosas, prácticas, inteligentes y continuas han logrado niveles de desarrollo social sorprendentes aun sin estar entre los más “ricos” del mundo.

El desarrollo es una construcción social que debe ser orientada y gerenciada inteligentemente por el estado, depurada de intereses politiqueros y de apetitos personales. La formación y consolidación del capital humano es el factor principal del desarrollo y el capital económico debe tener una función social.

Nuestro país ha vivido y vive una situación de profunda subvaloración de la niñez que se expresa en forma resumida en la deficiente calidad de atención en salud y educación que el estado ofrece a sus infantes. Colombia ha vivido por más de cincuenta años un conflicto armado interno, en el que los niños, sin tener responsabilidad en la guerra de los adultos, son los más afectados en todas las esferas de su personalidad, por las dolorosas y degradantes consecuencias que de ella se derivan. En Colombia, como bien sabemos los colombianos, esta falta de aprecio y valoración de la niñez ha sido particularmente acentuada por lo que se hace necesario reconocer y reparar la deuda con la infancia como punto central en la construcción y mantenimiento de la paz en el pos-acuerdo.

Contexto internacional

La cultura egipcia, la más antigua y conocida en occidente por la abundancia de elementos socio antropológicos,

valoraba, protegía y cuidaba a sus niños, sin distinción de género, así nacieran deformes o con enfermedades. La familia nuclear era la unidad básica de la sociedad egipcia y la llegada de un niño o niña era objeto de gran regocijo y celebración. Tanto los niños como las niñas permanecían desnudos, tal vez, para protegerlos del intenso calor, hasta llegar a la pubertad, cuando los varones eran circuncidados en un ritual especial que anunciaba socialmente que su infancia había terminado. En las niñas, terminaba con la primera menstruación. Como la mortalidad infantil era muy elevada y parecía estar relacionada con el destete, se recomendó la lactancia hasta los cuatro años, como se lee en el Papiro de Aní (1); el rol de nodriza era, entonces, muy apreciado y bien remunerado dependiendo de la calidad de la leche, la cual era establecida por los médicos de la época basándose principalmente en su olor, como consta en el Papiro de Ebers (1).

En la antigua Grecia, los niños eran cuidados, atendidos y protegidos con esmero. Desde el momento en que la madre sabía o sospechaba que estaba embarazada era objeto de cuidados (2).

Platón recomendaba a las gestantes hacer ejercicio a fin de que el parto transcurriera normalmente y sin complicaciones. Escribió también sobre el valor de los juegos infantiles para el desarrollo de la personalidad y el talento individual. Aristóteles, por su parte, enfatizaba el valor de una alimentación adecuada (3).

En sus primeros años de vida los niños y niñas permanecían bajo el cuidado de las mujeres de la casa, dedicados principalmente al juego. La educación que se les impartía promovía el desarrollo integral y armónico de la persona. La mente se valoraba tanto como el cuerpo físico; allí florecieron, por igual, los deportes, las artes, la filosofía y las ciencias como en ninguna otra cultura de su tiempo. Platón en su obra República y Aristóteles en Ética a Nicómaco y Política (3-5), se refieren en repetidas ocasiones a la educación y la forma de educar. El primero fue el fundador de la Academia y el segundo de El Liceo, instituciones dedicadas a la educación hasta que fueron destruidas; la primera, 900 años después por el emperador Justiniano, quien la consideraba foco de paganismo, y el segundo, por el sanguinario dictador Lucio Cornelio Sila en su ataque a Atenas en el año 86 a.C.

Cuando el Imperio romano dominó estas culturas, paulatinamente se fueron perdiendo el aprecio, el cuidado y la educación liberal de los niños. Su máximo deterioro se alcanzó en la Edad Media bajo

el influjo de la tradición judeocristiana impuesta por la Iglesia, convertida en la encargada de la educación tanto religiosa como seglar (6).

Al considerar que el pecado original, de Adán, era transmitido a todos los descendientes y que, por lo tanto, los niños y niñas nacían con él (7), se tejió a su alrededor un cúmulo de mitos, supersticiones, “hechizos” y rituales mágicos y religiosos que terminaron acabando con el cuidado amoroso de la infancia. Así, se generó una atmósfera de descuido y desprecio que condujo a ver a los niños y niñas como seres inferiores, objetos de propiedad de sus padres o terceras personas. El maltrato extremo y el infanticidio llegaron a ser aceptados sin reparos; podían ser abandonados, lanzados a la calle, privados de alimentos, dados en trueque, alquilados o regalados a otras familias, obligados a trabajar y explotados desde los tres años de edad.

Era tal el grado de oscurantismo, desapego y equivocación hacia los niños que Agustín de Hipona (San Agustín), filósofo, teólogo y uno de los padres de la Iglesia latina, pensaba que había maldad y polución inherente a la unión sexual. Por lo tanto, el niño nacía del pecado de Adán repetido y transmitido de padres a hijos, del que solo se podía liberar mediante el bautismo y el arrepentimiento verdadero: “En maldad fui concebido y en pecado me nutrió en su seno mi madre” (7,8). Tomás de Aquino, connotado intelectual y teólogo de la época, expresó: “solo el tiempo puede curar de la niñez y sus imperfecciones” (9). Para continuar con el mar de equivocaciones, el cardenal Pierre de Berúlle exclamó: “no hay peor estado, más vil y abyecto, después de la muerte, que la infancia” (9). El maltrato físico a los niños era absurdamente justificado en todas las clases sociales. Según consta en el diario de Jean Héroard, encargado de la educación de Luis XIII, recibió del padre, Enrique IV, la siguiente recomendación: “Aplica el castigo físico tantas veces como sea necesario porque puedo asegurar, por mi propia experiencia, que nada me ha hecho tanto bien en la vida” (10,11).

Los niños terminaron siendo vistos como homúnculos y se les negó el proceso de transformación cualitativa; el crecimiento se entendía como un cambio cuantitativo en tamaño y fuerza. Los procesos del desarrollo no eran tenidos en cuenta. Con esta visión, desde los seis años, los niños eran vestidos como adultos, realizaban los mismos trabajos de los adultos y se les exigía las responsabilidades de un adulto.

La mortalidad infantil era muy alta. Las mujeres debían tener al menos ocho partos, ya que más de

la mitad de sus hijos morían antes de los seis años por falta de cuidados, enfermedades, desnutrición o malos tratos. Desde antes de los seis y hasta los doce años, eran los preferidos para trabajar en las minas de carbón y chimeneas, obligados a entrar en agujeros muy angostos donde los adultos no podían caber de ninguna manera (12).

Con la revolución industrial se produjo una masiva urbanización de la población, que buscaba una nueva vida, consecuencia de la vinculación laboral a las nacientes fábricas e industrias. La expansión de las ciudades multiplicó el número de viviendas que debían contar con una chimenea, alimentada con carbón, para protegerse del frío. Así nació el oficio de deshollinador. Este oficio, debido a la reducida luz de las chimeneas (23 por 36 cm como referencia estándar), era ejercido por niños comprados o alquilados en los asilos (*workhouse*) o directamente a los padres o sus tenedores. Un adulto, jefe de cuadrilla de deshollinadores, les enseñaba el oficio mediante práctica directa desde los tres años de edad. Contrataba y cobraba por el trabajo de los niños que escasamente recibían una pésima alimentación, un dormitorio comunitario sobre sacos tendidos en el piso de tierra y un baño con jabón una o dos veces al mes (o nunca). Se relataban accidentes de niños que sufrían incendio de su cuerpo al contacto con fuego, debido a la gran masa de hollín que acumulaban (12,13).

Numerosas manifestaciones del arte y la literatura dan fe de los horrores que, en nuestro tiempo, nos negamos a creer y aceptar. Estas atrocidades han sido plasmadas en distintas expresiones del arte. Así, nacieron novelas y cuentos como “Los hermanos negros” de Hanns Binder, “La pastorcita y el deshollinador” de Hans Christian Andersen, *Corazón* de Edmundo Amicis y “*Oliver Twist*” de Charles Dickens; algunos de los cuales han sido llevados al cine, como “Los hermanos negros” y “La leyenda del lago encantado”; pinturas como “El deshollinador” de Konstantin Razumov y musicales, como “El pequeño deshollinador”, ópera con letra de Erik Crozier y música de Benjamín Britten.

En 1755, Percivall Pott, cirujano y ortopedista británico, observó que muchos de estos niños, al llegar a la pubertad, presentaban una úlcera de evolución tórpida en escroto que no se veía en adolescentes que realizaban otras actividades. Le llamó particularmente la atención la localización de la úlcera y que todos los afectados realizaran el mismo oficio. Concluyó que el hollín acumulado en la ropa interior y en contacto con la piel del escroto era el causante de este tipo de cáncer. Esta observación, que relaciona directamente una enfermedad

con la profesión ejercida, contribuyó al origen de la salud ocupacional que conocemos hoy (14).

La relación que encontró el Dr. Pott, entre el humo de las chimeneas y el cáncer de escroto, le hizo desconfiar también del humo del tabaco y alertó sobre su posible peligro.

En 1817 fue presentado, ante el parlamento inglés, un informe sobre las duras condiciones de vida de los niños deshollinadores y las enfermedades que padecían: atrofia del crecimiento, deformaciones de columna y extremidades, pérdida de visión, úlceras en los ojos, contusiones y quemaduras y, si llegaban a la adolescencia, cáncer de escroto. Sin embargo, fue solo hasta 1840 que se dictó una ley de protección para estos niños, aunque nadie la cumplió hasta 1875, cuando se obligó a los jefes de cuadrilla a someterse a un control policial y se impusieron multas y otras sanciones a quienes emplearan en este oficio niños, o sea, menores de 21 años. Este ejemplo se fue replicando en los países donde se realizaban las mismas prácticas.

Pero si la vida en la tierra desde su inicio, hace 3,800 millones de años, se ha negado a desaparecer a pesar de las grandes catástrofes cosmológicas, climáticas y geofísicas con las que ha tenido que evolucionar; la vida del hombre no es la excepción, su instinto de preservación individual y social lo han llevado a encontrar salidas victoriosas en los momentos críticos.

Voces desde todas las esquinas comenzaron a oírse en defensa de los niños. John Locke, médico y filósofo inglés y una de las voces más representativas del Siglo de las Luces, dice, en su *Ensayo sobre el entendimiento humano* (1666), que el niño no es bueno ni malo. El niño llega al mundo sin conocimientos, como una “tabula rasa”, y serán las experiencias sensoriales del medio natural y social en que viva, las que lo irán moldeando. El padre del liberalismo clásico aboga por una educación pública hasta los 14 años (15).

Jean-Jacques Rousseau, filósofo, pedagogo, músico y naturalista suizo, fue más allá y afirmó en *El contrato social* que “el hombre nace libre, pero en todos lados está encadenado”. De su *Emilio*, o *De la Educación* extraemos las siguientes frases: “el hombre es bueno por naturaleza”, “la naturaleza formó a los niños para que fuesen amados y asistidos”, “el niño sabe algo no porque se lo hayas dicho sino porque lo ha comprendido”. Este nuevo paradigma de la educación que Rousseau construyó en el *Emilio*, y que destruyó para siempre los cimientos de la pedagogía escolástica, haría exclamar más tarde

al reconocido poeta inglés William Wordsworth “En el niño habita el hombre del mañana” (16,17).

Después de ello, todos hemos oído distintas frases referentes a que los niños son el futuro del mundo; más recientemente, César Muñoz Jiménez, (18) consultor internacional de infancia, juventud y participación ciudadana, dice: “los niños son el futuro, pero también el presente, la infancia nunca será futuro si no es presente”. Significa, creo, que es responsabilidad de los adultos proporcionar el cuidado y propiciar los espacios adecuados lúdicos, pedagógicos y de interacción social, que permitan a los niños el desarrollo pleno de sus facultades en cada una de las etapas de su vida. También significa que se les debe facilitar la participación en la toma de decisiones importantes y proporcionar los medios para su realización (18).

He tratado de resumir, con frases, el gran trabajo que desde todas partes del mundo se viene haciendo para reivindicar la infancia, redefiniendo la inmensa importancia y valor de los niños como fundamento de la moralidad de una sociedad, capaz de asegurar la permanencia y la trascendencia del hombre, y por supuesto, de la vida en nuestro planeta.

Si bien es cierto que es innegable el valor de las construcciones teóricas en el direccionamiento del desarrollo individual y social del hombre, también es cierto que su aterrizaje fáctico es igual o más importante. En este sentido, cabe destacar como un hito, la fundación en 1802, del primer hospital pediátrico: Hospital para Niños Enfermos de París, consecuencia de la Revolución Francesa.

Muchas organizaciones para el cuidado de los niños, públicas y no gubernamentales, fueron apareciendo y desapareciendo en diversos tiempos y lugares.

Como consecuencia de la Primera Guerra Mundial, cuyas acciones bélicas terminaron gracias al armisticio aceptado por Alemania el 11 de noviembre de 1918, gran cantidad de niños, en toda Europa, quedaron con sus familias desintegradas y, por consiguiente, sufrieron orfandad, desplazamiento, abandono, enfermedades y miseria. Conmovida por esta situación, Eglantyne Jebb, docente de profesión y activista social inglesa, con un grupo de colaboradores entre los que destaca su hermana Dorothy, crearon, en 1919, en el Reino Unido, la fundación *Save the Children*, con la intención de mitigar su sufrimiento en lo atinente a la salud, la educación y la nutrición (19,20).

La experiencia de Eglantyne, como presidenta y directora de la fundación, la llevaron a concebir la necesidad de una perspectiva de derechos para comprometer la voluntad política y social de gobiernos y comunidades en la defensa de los niños. Fue así, como en 1923, escribió la Declaración de los Derechos del Niño, publicada en la revista *The World's Children* y aprobada, al año siguiente, por la Quinta Asamblea General de la Sociedad de las Naciones. En adelante, se conocería como Declaración de Ginebra sobre los Derechos de los Niños.

La Segunda Guerra Mundial, que culminó en 1945, alteró las relaciones políticas y la estructura social del mundo. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), que reemplazó a la anterior Sociedad de las Naciones, fue creada con el objetivo de fomentar la cooperación internacional y prevenir futuros conflictos.

En 1958, la asamblea general de la ONU, aprobó la Declaración de los Derechos del niño, basada en la Declaración de Ginebra, pero adaptada a las circunstancias del momento. De ahí, salió la idea de realizar una convención que tuviese poder vinculante sobre los países signatarios. Fue así, como en 1989, se aprobó la Convención sobre los Derechos del niño firmada y ratificada en la actualidad por 196 Estados miembros.

En septiembre del año 2000, los gobernantes de 189 países o sus delegados miembros de la ONU, se reunieron para aprobar la Declaración del Milenio que contiene ocho objetivos o propósitos de desarrollo humano. Ellos son: a) erradicar la pobreza extrema y el hambre, b) lograr la enseñanza primaria universal, c) promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, d) reducir la mortalidad infantil, e) mejorar la salud materna, f) combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, g) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y h) fomentar una asociación mundial para el desarrollo (21).

Por primera vez en la historia, la humanidad, representada por sus principales líderes, manifiesta su voluntad y compromiso para desarrollar una agenda común, orientada hacia la búsqueda de su desarrollo integral y global.

Cada uno de los objetivos establecía metas que debían ser cumplidas en el año 2015; la meta del cuarto objetivo era reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil.

Según el informe de Naciones Unidas en el 2015, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años se ha

reducido, a nivel mundial, de 90 a 43 muertes por 1,000 nacidos vivos entre 1990 y 2015, lo que equivale a un cumplimiento del 86% de la meta. Esto significa, según el mismo informe, que en el mundo morirán 16,000 niños cada día y que, en consecuencia, “la supervivencia de los niños debe continuar siendo un tema central de la agenda de desarrollo posterior al 2015” (22).

América Latina y el Caribe, por su parte, redujeron la mortalidad en menores de cinco años, de 54 a 18 por 1,000 nacidos vivos, lo que significa que la meta se cumplió (23).

Colombia logró una reducción de la mortalidad de 37 a 17.8 por 1,000 nacidos vivos con un 94.4% de cumplimiento del objetivo.

Llama poderosamente la atención, en este informe, la tremenda desigualdad e inequidad existente en nuestro país, pues mientras en algunos municipios como Envigado e Itagüí (área metropolitana de la ciudad de Medellín) la mortalidad infantil es apenas de 6.06 y 7.02 por cada 1,000 nacidos vivos, respectivamente, en Puerto Alegría, Miriti-Paraná y La Victoria (en el departamento del Amazonas), la mortalidad es de 81.48, 74.49 y 70.75. (21)

En el informe de *Save the children*, titulado “En deuda con la niñez” y publicado el 31 de mayo del 2017, se clasifican 172 países de acuerdo al grado de favorabilidad o amenaza para el desarrollo y disfrute de la infancia. Para este propósito se utilizó el Índice de Peligro para la Niñez que analiza los siguientes ocho indicadores: a) mortalidad de niños y niñas menores de cinco años, b) malnutrición que provoca retraso del crecimiento, c) infancia que no va a la escuela, d) trabajo infantil, e) matrimonio precoz, f) partos de adolescentes, g) desplazamientos debido a conflictos y h) homicidios de niños y niñas (20).

Se establecieron cuatro grupos de países, ubicados en franjas de distinto color: verde, amarillo, naranja y rojo, dependiendo del grado de favorabilidad para el desarrollo y disfrute de la niñez.

En la primera franja se ubicaron 37 países encabezados por Noruega, Eslovenia, Finlandia, Países Bajos y Suecia, en la segunda franja 74 países, en la tercera 42 y en la cuarta 19, correspondiendo a los que representan una grave amenaza para el disfrute de la niñez. En el extremo final de esta franja se encuentran Níger, Malí, República Centroafricana y Somalia.

Colombia está ubicada en el penúltimo grupo (naranja), ocupando el puesto 118.

Contexto Colombiano

Cuando se examina cuáles fueron los indicadores que con más fuerza incidieron en el bajo posicionamiento de Colombia, en el Índice de Peligro para la Niñez, se encuentra que ocupa el quinto lugar entre los países donde los niños y las niñas resultan más afectados debido a los conflictos; solamente Siria, Sudán del Sur, Somalia y República Centroafricana están peor. Al examinar la tasa de homicidios infantiles, Colombia ocupa el cuarto lugar en el mundo, solamente Honduras, Venezuela y El Salvador la superan (20).

Colombia está viviendo, tal vez, el momento histórico más importante de su vida sociopolítica, después de la independencia, en 1819; me refiero a la firma del acuerdo de paz con las FARC, el grupo guerrillero que, desde hace más de 50 años, en confrontación con el Estado y más tarde con grupos paramilitares, han llevado la guerra hasta lo más profundo de la degradación humana.

Se sabe que el dolor y los estragos de la guerra, los sufren con más intensidad los grupos más vulnerables de la población y entre estos, principalmente, los niños por su estado de indefensión y su fragilidad biopsicosocial.

Los niños han sido afectados por todas las formas de violencia y en toda su integridad personal.

En el cuerpo físico, cuando han caído asesinados, han muerto como efecto colateral o han sido mutilados por las llamadas minas antipersonales o “quiebra patas”. En la esfera emocional, al ser testigos del asesinato de sus seres más queridos: madre, padre, hermanos, etc., o amenazados para que abandonen sus espacios de residencia solos o con sus padres y familiares. En el componente social, al ser privados de las personas encargadas de su manutención, debiendo sufrir hambre, desnudez, destecho o desplazamiento con sus familiares a ámbitos desconocidos y hostiles, donde sufren privación psicosocial, enfermedades, desnutrición e interrupción de sus procesos lúdicos y educativos, viéndose en muchos casos obligados a trabajar para colaborar con la supervivencia familiar.

Después de todos estos destrozos terminan como personas adultas, apenas una caricatura en negativo

de lo que hubiesen podido llegar a ser.

Hoy se tiene claro que para la conquista de la paz no basta de ninguna manera, ni es lo más importante, la firma de un acuerdo; esto es solamente un hecho puntual, simbólico, que busca y puede aunar las voluntades y esfuerzos de los actores de la guerra, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil para trabajar con generosidad, transparencia y veracidad en su construcción a corto, mediano y largo plazo: es decir con verdaderos hechos de paz.

Indudablemente, uno de estos hechos, cuyos frutos se verán en el mediano plazo, es la cancelación de la tremenda deuda que se ha acumulado, en todo este tiempo, con la infancia.

Investigaciones recientes en el campo del neurodesarrollo concluyen que el crecimiento del cerebro en número de neuronas, formación de las diferentes áreas y estructuras topográficas funcionales, número de conexiones interneuronales (sinapsis) implicadas en la formación de las redes necesarias para los procesos cognitivos, sociales, emocionales, de planeación y toma de decisiones, motrices, etc. están mayoritariamente completos al terminar la primera infancia. Los tiempos y oportunidades perdidas en el logro de estas metas son, en la práctica, irrecuperables en su totalidad a pesar de la plasticidad cerebral y los nuevos tratamientos existentes en la actualidad, y representan una situación de desventaja para alcanzar la meta de una adultez plenamente funcional (24,25).

James Heckman, profesor de la Universidad de Chicago y premio Nobel de economía, ha realizado investigaciones que demuestran con hechos que no hay otra inversión, socialmente válida, mejor que la que se hace en la infancia: “Es más rentable invertir en párvulos que en bolsa”. Ha mostrado cómo cada dólar invertido en la infancia, principalmente en educación, redita, dependiendo del momento de la inversión, entre 7 y 21 dólares. Según él, este rendimiento está dado, entre otras cosas, por el grado de escolaridad alcanzado, el emprendimiento, vinculación y rendimiento laboral, disminución de los subsidios y de la delincuencia, y aumento en la recaudación de impuestos (26).

Siempre se ha pensado que solamente los países desarrollados pueden asignar presupuesto suficiente para la atención de la infancia; ahora podemos concluir que es la inversión en la infancia tal vez el factor más importante para generar el tan buscado y deseado desarrollo.

Para concluir, cito la frase de Nelson Mandela: “No puede haber una revelación más intensa del alma de una sociedad, que la forma en la que trata a sus niños” (27).

Conclusiones

La inversión generosa en la infancia es el hecho más importante en la prevención de la guerra y construcción de la paz. Un acompañamiento cuidadoso y amoroso de los niños que satisfaga sus necesidades esenciales de afecto, salud, educación, alimentación, vivienda y recreación fructificará en mujeres y hombres más resilientes donde la empatía, la generosidad, la solidaridad, la seguridad y la confianza, disiparán la necesidad de transformar la competencia y agresividad naturales en violencia.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Franco C. Vida cotidiana de los egipcios. Madrid: Edaf; 2003.
2. López Melero R. Así vivieron en la antigua Grecia. Un viaje a nuestro pasado. Anaya; 2009.
3. Platón. La República. In: Primera ed. Barcelona, España: Altaya; 1993.
4. Aristóteles. Ética a Nicómaco. El Cid Editor; 2003.
5. Aristóteles. Política. In: Corral P de A, editor. Madrid: Medina y Navarro; 1873
6. Martínez L. “La invención de la infancia” | Cultura | EL MUNDO [Internet]. 2018 [citado 20 octubre 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.elmundo.es/cultura/2014/02/13/52fd-07bae2704e412e8b457d.html>
7. Harnack A. History of Dogma. Palala Press; 2016
8. Agustín S. Confesiones. In AKAL; 1986
9. Enesco I. El concepto de infancia a lo largo de la historia. In Recuperado el día; 2000.
10. Urbieto N. Concepción de la Niñez a partir del Siglo XV (Ejemplo) - MindMeister [Internet]. 2016 [citado 20 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.mindmeister.com/es/781773993/concepci-n-de-la-ni-ez-a-partir-del-siglo-xv>
11. Heroard J. Journal de Jean Héroard. Médecin de Louis XIII. Fayard. 1995
12. Barenys C. La terrible vida de los niños desholliadores victorianos. 2017.
13. Dickens C. Oliver Twist. Alianza; 2015.
14. Dobson J. Percivall Pott. Ann R Coll Surg Engl [Internet]. 1972. [citado 20 de octubre de 2018];50(1):54–65. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4550865>
15. Locke J. Ensayo sobre el entendimiento humano. Porrua; 2006.
16. Rousseau JJ. Emilio. Alianza; 2015.
17. Rousseau JJ. El contrato social. In: Fontan, editor. 1994.
18. Muñoz C. Pedagogía de la Vida Cotidiana y Participación Ciudadana. In Sao Paulo: Cortez; 2004.
19. Qué decimos | Save the Children [Internet]. 2018 [citado 14 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://www.savethechildren.es/que-decimos>
20. Save the Children. En deuda con la niñez. 2017.
21. Luby JL. Poverty’s Most Insidious Damage. JAMA Pediatr [Internet]. 2015 Sep 1 [citado 20 de octubre de 2018];169(9):810. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26191940>
22. Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas [Internet]. [citado 20 de octubre del 2018]. Recuperado a partir de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34114/9789275118782_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
23. DANE. Tasa de Mortalidad Infantil. Bogotá, Colombia; 2016.
24. Kornylak A. Orlando, FL - April 9: Sam Kornylak, age 5, plays with sea creature toys on an ocean-blue blanket in a hotel room in Orlando. [Internet]. [citado 20 de octubre del 2018]. Recuperado a partir de: http://oro.open.ac.uk/33493/1/Developing_Brains.pdf
25. Heckman J. “Es más rentable invertir en párvulos que en bolsa.” La vanguardia. 2011.
26. Palacios A. Noticias de África: Nelson Mandela, en sus 20 mejores frases [Internet]. 2013 [citado 20 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: https://www.elconfidencial.com/mundo/2013-12-05/las-veinte-mejores-frases-de-nelson-mandela_15749/
27. Hobbes T. Leviatan. In: Filosofía política. Fce Argentina; 1951.

Índice temático

MedUNAB 2018; volumen 21 (2)

[A+Inv+CT]: Artículo de Investigación científica y tecnológica

[AO]: Artículo original*

[AR]: Artículo de Revisión

[ARF]: Artículo de Reflexión

[ARFNInv]: Artículo de Reflexión no derivado de investigación

[RS]: Revisión Sistemática

[RT]: Revisión de tema

[CC]: Caso Clínico

[E]: Editorial

[CE]: Carta al Editor

[IMC]: Imágenes de Medicina Clínica

Atención de Enfermería	2: 60-68 [ARFNInv]
Cambio Social	2: 69-76 [ARFNInv]
Condiciones de Trabajo	2: 60-68 [ARFNInv]
Crianza del niño	2: 12-28 [A+Inv+CT][AO]
Educación de la Población	2: 69-76 [ARFNInv]
Eritema Multiforme	2: 8-11 [IMC]
Escalas de Valoración Psiquiátrica	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Evaluación de la Discapacidad	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Evolución cultural	2: 69-76 [ARFNInv]
Garantía de la Calidad de Atención en Salud	2: 60-68 [ARFNInv]
Glaucoma	2: 8-11 [IMC]
Historia	2: 69-76 [ARFNInv]
Humanización de la Atención y Servicios de Enfermería	2: 60-68 [ARFNInv]
Maternidad	2: 12-28 [A+Inv+CT][AO]
Neovascularización de la Córnea	2: 8-11 [IMC]
Pediatría	2: 69-76 [ARFNInv]
Personalidad	2: 12-28 [A+Inv+CT][AO]
Prótesis e Implantes	2: 8-11 [IMC]
Psicometría	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Relaciones Padres-Hijo	2: 8-11 [A+Inv+CT][AO]
Responsabilidad parental	2: 12-28 [A+Inv+CT][AO]
Salud Mental	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Síntomas Afectivos	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Trastornos de la Visión	2: 8-11 [IMC]

Nota: en la categoría de artículo de investigación científica y tecnológica [A+Inv+CT] entran los artículos originales [AO].

Subject index

MedUNAB 2018; volume 21 (2)

[A+Inv+CT]: Scientific and Technological Research articles*

[AO]: Original research articles

[AR]: Review articles

[ARF]: Reflective articles

[ARFNInv]: Reflective article not related to research

[RS]: Systematic Review

[RT]: Subject review

[CC]: Clinical Case

[E]: Editorials

[CE]: Letters to the editor

[IMC]: Clinical medical images

Affective Symptoms	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Child Rearing	2: 29-44 [A+Inv+CT][AO]
Corneal Neovascularization	2:8-11 [IMC]
Culture Evolution	2: 69-76 [ARFNInv]
Disability Evaluation	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Education of the Population	2: 69-76 [ARFNInv]
Employment Status	2: 60-68 [ARFNInv]
Erythema Multiforme	2:8-11 [IMC]
Glaucoma	2:8-11 [IMC]
Guarantee of Healthcare Quality	2: 60-68 [ARFNInv]
History	2: 69-76 [ARFNInv]
Humanization of Care and Nursing Services	2: 60-68 [ARFNInv]
Maternity	2: 29-44 [A+Inv+CT][AO]
Mental Health	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Nursing Care	2: 60-68 [ARFNInv]
Parental Responsibility	2: 29-44 [A+Inv+CT][AO]
Parent-child relationships	2: 29-44 [A+Inv+CT][AO]
Pediatrics	2: 69-76 [ARFNInv]
Personality	2: 29-44 [A+Inv+CT][AO]
Prostheses and Implants	2:8-11 [IMC]
Psychometrics	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Social Change	2: 69-76 [ARFNInv]
Validation Studies	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Vision Disorders	2:8-11 [IMC]

Note: in the category of [A + Inv + CT] article research and innovation come original articles, articles of reflection and review articles.

Índice de assuntos

MedUNAB 2018; volume 21 (2)

[A+Inv+CT]: Artigo de investigação científica e tecnológica*

[AO]: Artigo original

[AR]: Artigos de revisão

[ARF]: Artigos de reflexão

[ARFNInv]: Artigo de reflexão não derivado de pesquisa

[RS]: Revisão sistemática

[RT]: Revisão de tema

[CC]: Relato de Caso

[E]: Editorial

[CE]: Carta ao Editor

[IMC]: Imagens da medicina clínica

<i>Avaliação da Deficiência</i>	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
<i>Comportamento Social</i>	2: 29-44 [A+Inv+CT][AO]
<i>Comportamento Infantil</i>	2: 29-44 [A+Inv+CT][AO]
<i>Condições de Trabalho</i>	2: 60-68 [ARFNInv]
<i>Cuidados de Enfermagem</i>	2: 60-68 [ARFNInv]
<i>Educação da População</i>	2: 69-76 [ARFNInv]
<i>Educação Infantil</i>	2: 29-44 [A+Inv+CT][AO]
<i>Eritema Multiforme</i>	2: 8-11 [IMC]
<i>Estudos de Validação</i>	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
<i>Evolução Cultural</i>	2: 69-76 [ARFNInv]
<i>Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde</i>	2: 60-68 [ARFNInv]
<i>Glaucoma</i>	2: 8-11 [IMC]
<i>História</i>	2: 69-76 [ARFNInv]
<i>Humanização dos Cuidados e Serviços de Enfermagem</i>	2: 60-68 [ARFNInv]
<i>Mudança Social</i>	2: 69-76 [ARFNInv]
<i>Neovascularização da Córnea</i>	2: 8-11 [IMC]
<i>Pediatria</i>	2: 69-76 [ARFNInv]
<i>Personalidade</i>	2: 29-44 [A+Inv+CT][AO]
<i>Próteses e Implantes</i>	2: 8-11 [IMC]
<i>Psicometria</i>	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
<i>Relações Pais-filho</i>	2: 29-44 [A+Inv+CT][AO]
<i>Saúde Mental</i>	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
<i>Sintomas Afetivos</i>	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
<i>Transtornos da Visão</i>	2: 8-11 [IMC]
<i>Violência Doméstica</i>	2: 29-44 [A+Inv+CT][AO]

Nota: Na categoria de [A + Inv + CT] artigo investigação científica e tecnológica vêm artigos originais, artigos de reflexão e artigos de revisão

Índice de autores

MedUNAB 2018; volumen 21 (2)

[A+Inv+CT]: Artículo de Investigación científica y tecnológica*

[AO]: Artículo original

[AR]: Artículo de Revisión

[ARF]: Artículo de Reflexión

[ARFNInv]: Artículo de Reflexión no derivado de investigación

[RS]: Revisión Sistemática

[RT]: Revisión de tema

[CC]: Caso Clínico

[E]: Editorial

[CE]: Carta al Editor

[IMC]: Imágenes de medicina clínica

Alejandro Tello	2: 8-11 [IMC]
Angélica Pedraza-Concha	2: 8-11 [IMC]
Angie Sidney Naranjo-García	2: 12-44 [A+Inv+CT][AO]
Camilo A. Niño	2: 8-11 [IMC]
Daniel Camilo Aguirre	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Deissy Anguila	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Diana Díaz-Cadavid	2: 12-28 [A+Inv+CT][AO]
Diana Marcela Rengifo-Arias	2: 60-68 [ARFNInv]
Diana María Agudelo	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Efrén Martínez	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Iván González Gallo	2: 6-7 [E]
Jaime Cala-Vecino	2: 69-76 [ARFNInv]
Jessica Andrea Duque-Castro	2: 60-68 [ARFNInv]
John Fredy Arias	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Juliana Ortiz-Urbano	2: 60-68 [ARFNInv]
Martha Eugenia Ortega-Ortíz	2: 12-44 [A+Inv+CT][AO]
Néstor I. Carreño	2: 8-11 [IMC]
Nora Helena Londoño	2: 45-59 [A+Inv+CT][AO]
Patricia Díaz-Gordon	2: 12-44 [A+Inv+CT][AO]
Rubén D. Berrospi	2: 8-11 [IMC]
Virgilio Galvis	2: 8-11 [IMC]

*** En la categoría de artículo de investigación científica y tecnológica [A+Inv+CT] entran los artículos originales, artículos de reflexión, y artículos de revisión**

Revisores *ad hoc*

Volúmenes 17(1), 17(2), 17(3), 18(1), 18(2), 18(3), 19(1), 19(2), 19(3), 20 (1), 20(2), 20(3), 21(1) y 21(2)

- Acosta-González Nidia Milena, Lic., PhD. (Instituto Nacional de Cancerología, Colombia)
- Alvis-Estrada Luis, Ec., Esp., MSp. (Universidad de Cartagena, Colombia)
- Ángel-Macías Mauricio Alberto, MD., MSc. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
- Anzola-Fuentes Luz Kelly, MD., Esp. (Universidad Groningen, Países Bajos)
- Anzola-Fuentes Luz Kelly, MD., Esp., PhD. (Fundación Universitaria Sanitas, Colombia)
- Aragó-Sorrosal Sergio, Enf., MSc. (Instituto de Nefrología y Urología-Hospital Clínico de Barcelona, España)
- Arango-Rodríguez Martha Ligia, Bt., MSc., PhD., Post-PhD. (Banco de Multitejidos y Centro de Terapias Avanzadas, Clínica FOSCAL Internacional, Colombia)
- Arango-Viana Juan Carlos, MD., Esp., MSc., PhD. (Universidad de Antioquia, Colombia)
- Argüello-Duarte John Freddy, Enf., MSc. (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
- Aristizábal-Bernal Beatriz Helena, Bt., MSc., PhD. (Hospital Pablo Tobón Uribe, Colombia)
- Aroca-Martínez Gustavo, MD., Esp. (Universidad Libre de Colombia, Colombia)
- Arzuaga-Salazar María Angélica, Enf., MSc., PhD. (Universidad de Antioquia, Colombia)
- Avendaño-Prieto Bertha Lucía, Lic. Mat., Psi., Esp., MSc., PhD. (Universidad Católica de Colombia)
- Bahamón-Serrano Paloma, Soc., Esp., MA., PhD. (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
- Barragán-Becerra Julián Andrés, Enf., MSc. (Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Colombia)
- Becerra-Pabón Ana Cecilia, Enf., Esp., PhD. (Universidad El Bosque, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Colombia)
- Bedoya-Marrugo Elias Alberto, Admr., Esp., MSc., PhD. (Fundación Universitaria Tecnológico Comfenalco Cartagena)
- Bonilla-Marciales Adriana Patricia, Enf., Esp., MSc. (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
- Borré-Ortiz Yeis Miguel, Enf., MSc. (Universidad Libre seccional de Barranquilla, Universidad Metropolitana, Colombia)
- Briceño-Copete Germán Darío, MD., Esp., MSc. (Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)
- Buitrago-Ramírez Diana Marcela, Bcl., PhD. (Universidad del Bosque, Colombia)
- Caballero-Méndez Lyda, Bt., Esp., MSc. (Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia)
- Cabrera-Arana Gustavo Alonso, Flgo., Esp., MSc., PhD. (Universidad de Antioquia, Colombia)
- Cadena-Afanador Laura Del Pilar, MD., MSc. (Universidad Autónoma de Bucaramanga)
- Cáliz-Romero Nelly Esther, Enf., MSc., PhD. (Universidad de Ciencias Aplicadas y ambientales, Colombia)
- Camacho-López Paul Anthony, MD., Esp., MSc. (Fundación Oftalmológica de Santander, Colombia)
- Campo-Campo María Nazareth, MD., Esp., MSc. (Clínica Universitaria Bolivariana, Colombia)
- Campos de Aldana María Stella, Enf., Esp., MSc. (Universidad de Santander, Colombia)
- Cañón-Montañez Wilson, Enf., MSc., PhD. (Universidad de Santander, Colombia)
- Carbonell Marta Martín, Ps., MSc., PhD. (Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia)
- Carmen Lucía Niño-Cardozo, Enf., Esp., MSc. (Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)
- Carrillo-Pineda Marcela, Enf., MSc., PhD. (Universidad de Antioquia Colombia, Colombia)
- Carvajal-Pérez Yaneth, Enf., MSc. (Instituto del Corazón de Bucaramanga, Colombia)
- Castellanos-Domínguez Yeny Zulay, Bt., Esp., MSc. (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
- Castillo-Castelblanco Sergio Fernando, Ing. Sist., MSc., PhD. (Universidad Industrial de Santander, Colombia)
- Castillo-Padilla Diana Verónica, Lic. Psi., PhD., post PhD. (Ruhr Universität Bochum, Alemania)
- Cepeda de Romero Beatriz, MD., Esp., MSc. (Fundación Universitaria CIEO-UniCIEO, Colombia)
- Claudia Marcela Arenas-Soto, MD., Esp. (Fundación Universitaria Sanitas, Universidad Militar Nueva Granada, Colombia)
- Correa-Jiménez Oscar Leonardo, MD., Esp(c), MSc. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
- Cortés-Ferreira Olga Lucia, Enf., Esp., MSc., PhD. (Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología,

Colombia)

Cote-Menéndez Miguel, MD, Esp., MSc.
(Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

Criado-Morales María Lucenith, Enf., Esp., MSc.
(Fundación Universitaria de San Gil, Colombia)

Cruz-Bermúdez Harold Fabián, Enf., MSc., PhD.
(Clínica Santa Catalina Bogotá/Instituto del Corazón Bucaramanga, Colombia)

Curcio-Borrero Carmen Lucía, TO., Esp., MSc., PhD. (Universidad de Caldas, Colombia)

De Aguiar-Quevedo Karol, MD., Esp., PhD.
(Fundación Instituto Valenciano de Oncología, España)

De La Espriella-Guerrero Ricardo, MD., Esp., MSc.
(Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia)

De la Hoz-Herrera Gustavo Elías, MD., Ps., MSc., PhD. (Universidad Libre, Colombia)

Díaz-Criollo Sonia Mireya, M., Esp., MSc. (Instituto Nacional de Salud, Colombia)

Diaztagle-Fernández Juan José, MD., Esp., MSc.
(Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José de Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

Diego Andrés Chavarro-Carvajal, MD., Esp.
(Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Colombia)

Enríquez-Guerrero Carolina Lucero, Enf., MSc.
(Universidad del Rosario, Colombia)

Esmeide Alberto Leal-Narváez, Ing. Sist., MSc.
(Universidad Autónoma del Caribe, Colombia)

Espinosa-García Eugenia, MD., Esp. (Universidad Militar Nueva Granada, Colombia)

Estrada-Salazar Gloria Inés, Bt., MSc. (Universidad Católica de Manizales, Colombia)

Eugenia Nieto-Murillo, Enf., Esp., MSc.
(Universidad Autónoma de Manizales, Colombia)

Fandiño-Osorio Vilma Cenit, Enf., Esp., MSc.
(Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Colombia)

Fong-Reales Cristian Javier, Biol., PhD.
(Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia)

Forero-Castro Ruth Maribel, Lic. Biol., Esp., MSc., PhD. (Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Colombia)

Francisco Javier Bonilla-Escobar, MD., MSc., PhD.
(University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA)

Franco-Vásquez José Gabriel, MD., Esp., MSc., PhD. (Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia)

Gabriel Jaime Rendón-Pereira, MD., Esp. (Instituto de Cancerología las Américas, Colombia)

Gáfarro-Rojas Aurora Inés, Mat., MSc., PhD.
(Universidad Industrial de Santander, Colombia)

Gallardo-Solarte Karina, Enf., MSc. (Universidad Mariana, Colombia)

García-Posada Diana Isabel, MD., Esp. (Universidad de Antioquia, Colombia)

García-Robayo Dabeiba Adriana, Bt., MSc., PhD.
(Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)

García-Valencia Jenny, MD., Esp., MSc., PhD.
(Universidad de Antioquia, Colombia)

Gloria Esperanza Zambrano-Plata, Enf., Esp., MSc., PhD. (Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia)

Gloria Mabel Carrillo-González, Enf., MSc., PhD.
(Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

Gómez-Díaz Olga Lucia, Enf., Esp., MSc.
(Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)

Gómez-Montes Jose Fernando, MD., Esp.
(Universidad de Caldas, Colombia)

González-Cárdenas Víctor Hugo, MD., Esp., MSc.
(Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Colombia)

González-Correa Clara Helena, MD., Nut., PhD.
(Universidad de Caldas, Colombia)

González-Gallo Iván Alexis, Ps., Esp., MSc.
(Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)

González-Rodríguez Javier Leonardo, MD., Esp., MSc., PhD. (Universidad del Rosario, Colombia)

Guillermo León Rúa-Urbe, Biól., Esp., MSc., PhD.
(Universidad de Antioquia, Grupo Entomología Médica-GEM, Colombia)

Guinto-Balazar Gerardo, MD., Esp. (Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México)

Helmuth Aguirre-Fernández, L. Biología, MSc., PhD. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

Herazo-Acevedo Edwin, MD., Esp., MSc., PhD.
(Universidad Antonio Nariño, Colombia)

Hernández-Leiva Edgar, MD., Esp., MSc.
(Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología, Colombia)

Hernández-López Juan Carlos, McBi., MSc., PhD.
(Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia)

Hernández-Molina Nelly, MD., Esp., MSc., PhD.
(Universidad de Tolima, Colombia)

Hidalgo-Pascual Manuel MD., Esp., PhD. (Hospital Universitario 12 de Octubre, España)

Hormaza María Patricia, MD., Esp. (Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia)

Hormiga-Sánchez Claudia Milena, FT., MSc., PhD.
(Observatorio de Salud Pública de Santander, Colombia)

- Janashak-Cadena Sandra, Enf., Esp., MSc., PhD.
(University of Florida, Estados Unidos)
- Jaramillo-Londoño Hilda Norha, MD., Esp., MSc.
(Fundación Universitaria San Martín, Colombia)
- José Ramón Sanabria-Navarro, L. Educación Física., MSc., PhD. (Corporación Universitaria del Caribe, Colombia)
- Laguado-Jaimes Elveny, Enf., Esp., MSc.
(Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia)
- Leonar Giovanni Aguiar-Martínez, MD., Esp.
(Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Colombia)
- León-Sarmiento Fidias E., MD., Esp., MSc., PhD.
(Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
- Londoño García Angela María, MD., Esp., MSc
(Universidad CES, Colombia)
- Londoño-García Angela María, MD., Esp., MSc.
(Universidad CES, Colombia)
- López-Barbosa Nahyr, Ing Sist., MSc. (Universidad Industrial de Santander, Colombia)
- López-Díaz Alba Lucero, Enf., MSc, PhD.
(Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
- López-Gutiérrez José Julián, QF., MSc. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
- Luis Antonio Castro-Gomez, MD., Esp.
(Universidad Militar Nueva Granada, Colombia)
- Luna-Torres, Leonor, Lic. Enf., MSc. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)
- María Carolina Sardi-Correa, MD., Esp., MSc.
(Instituto Nacional de Investigación en Oftalmología, Colombia)
- María Del Pilar Crespo-Ortíz, Bt., MSc., PhD.
(Universidad del Valle, Colombia)
- María Inés Mantilla Pastrana, Enf., Tnlgo., Esp., MSc., PhD. (Universidad Manuela Beltrán, Colombia)
- Martha Catalina Wilches-Vanegas, MD., Esp.
(Fundación Universitaria Sanitas, Clínica Reina Sofía, Colombia)
- Martínez Lina María, Bt., Esp., MSc. (Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia)
- Martínez-Delgado Lorena, Enf., Esp., PhD.
(Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)
- Martínez-Delgado Lorena, Enf., Esp., PhD.
(Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)
- Mauricio Duque-Ramírez, MD., Esp. (Universidad CES, Colombia)
- Mejía-Gaviria Natalia, MD., Esp., MSc., PhD.
(Universidad de Los Andes, Colombia)
- Mendoza-Herrera Tania, MD., MSc. (Universidad Industrial de Santander, Colombia)
- Miranda-Quintero Jezid, MD., Esp., MSc. (Fetal i+D Fetal Medicine Research Center, Barcelona Center for Maternal Fetal and Neonatal Medicine, Hospital Clínic and Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, España)
- Molano-Franco Daniel Leonardo, MD., Esp., MSc.
(Fundación Universitaria Sanitas, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Colombia)
- Molina-Castaño Carlos Federico, MD., Esp. PhD.
(Tecnológico de Antioquia, Universidad CES, Colombia)
- Molina-Giraldo Saulo, MD., Esp., MSc. (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS, Colombia)
- Molina-Saldarriaga Francisco Jose, MD., Esp., MSc.
(Universidad Pontificia Bolivariana)
- Mónica Johana Muñoz-Cardona, Enf., MSc.
(Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia)
- Morales-Illanes Gladys Ruth, Nt., Esp., MSc., PhD.
(Universidad de La Frontera, Chile)
- Morales-Uribe Carlos Hernando, MD., Esp., MSc.
(Clínica Universitaria Bolivariana, Colombia)
- Moreno-Arias Jeam Zulma, Enf., MSc. (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
- Moreno-Montoya José De Jesús, Estad., MSc., PhD., post PhD. (Universidad El Bosque, Colombia)
- Muñoz-Ortiz Edison, MD., Esp. (Hospital Universitario San Vicente de Paul/Universidad de Antioquia, Colombia)
- Naquira-Escobar Luis Felipe, MD., Esp.
(Universidad Pontificia Bolivariana/Corporación para Estudios En Salud-CES, Colombia)
- Navarrete-Ospina Jeannette, Bt., MSc. (Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Colombia)
- Nelson Antonio Moreno-Monsalve, Ing. Sist., Esp., MSc., PhD. (Universidad EAN, Colombia)
- Néstor Anaya-Chávez, Ing. Sist., Esp., MSc.
(Colciencias, Colombia)
- Nieto-Ramírez Luis Eduardo, MD., Esp. (Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Militar Nueva Granada, Colombia)
- Noreña-Peña Ana Lucía, Enf., PhD. (Universidad de Alicante, España)
- Nova-Villanueva John Alexander, MD., Esp., MSc.
(Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Colombia)
- Ocampo Jose Mauricio, MD., Esp., MSc.
(Universidad del Valle, Colombia)
- Ochoa-Vera Miguel Enrique, MD., MSc.
(Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)
- Omar Alfredo Cantillo-Barraza, Biól., MSc., PhD.
(Universidad de Antioquia, Colombia)

Omar Triana-Chavez, L. Bioquímica, MSc., PhD.
(Universidad de Antioquia, Colombia)

Onatra-Herrera William, MD., Esp., MSc.
(Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Colombia)

Ordoñez-Ordoñez Leonardo Elías, MD., Esp.
(Hospital Militar Central, Colombia)

Orellana-Yáñez Alda Ester, Enf., PhD. (Universidad de Concepción, Chile)

Orjuela-Ramírez María Erley, Enf., Esp., MSc., PhD.
(Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

Orlando Enrique Contreras-Pacheco, Ing. Ind., Esp., MSc., PhD. (Universidad Industrial de Santander, Colombia)

Orozco-Levi Mauricio, MD., Esp., PhD. (Fundación Cardiovascular de Colombia, Colombia)

Ortiz-Rodríguez Sandra Patricia, Enf., MSc.
(Universidad de Santander, Colombia)

Ospina-Díaz Juan Manuel, MD., MSc. (Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Colombia)

Ossa-Gómez Carlos Andrés, MD., MSc. (Instituto de Cancerología, Clínica de las Américas, Colombia)

Ortega Leonardo Augusto, Psic., MSc., PhD
(Fundación Universitaria Konrad Lorenz)

Otero-Regino William, MD., Esp. (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

Pablo Alfonso Sanabria-Ferrand, Psi., Esp., MSc.
(Universidad Militar Nueva Granada, Colombia)

Pablo Vásquez-Hoyos, MD., Esp., MSc. (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital San José Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

Padilla-García Clara Inés., Enf., MSc. (Universidad Industrial de Santander, Colombia)

Páez-Cala Martha Luz, Psic., Esp., MSc.
(Universidad de Manizales)

Pajaro-Castro Nerlis Paola, QF., MSc. (Universidad de Sucre, Colombia)

Pardo-Mora Yaira Yohanna, Enf., MSc., PhD.
(Universidad del Rosario, Colombia)

Parra-Anaya Guido de Jesús, MD., Esp. (Instituto de Reproducción Humana PROCREAR, Colombia)

Parra-Saavedra Miguel Antonio, MD., PhD. (Center for Maternal Fetal and Neonatal Medicine, España)

Patiño-Giraldo Santiago, MD., Esp., MSc.
(Universidad de Antioquia, Hospital Universitario Pablo Tobón Uribe, Colombia)

Payan-Villamizar Claudia María, TO., Esp., MSc.
(Universidad del Valle, Colombia)

Perdomo-Romero Alix Yaneth, Enf., MSc.
(Universidad Surcolombiana, Colombia)

Pinzón-Daza Martha Leonor, Qui., MSc., PhD.
(Universidad del Rosario, Colombia)

Piratoba-Hernández Blanca Nieves, Enf., Esp., MSc.
(Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

Placeres-Hernández José Fernando, MD., MSc.
(Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cuba)

Plata-Vanegas Silvia Constanza, MD., MSc.
(Observatorio de Salud Pública de Santander, Colombia)

Poblete-Troncoso Margarita, Enf., PhD.
(Universidad Católica del Maule, Talca Chile)

Polo-Verbel Luis Manuel, MD., Esp. (Centro Latinoamericano de Investigación en Epilepsia, Colombia)

Ramírez-Perdomo Claudia Andrea, Enf., Esp., MSc.
(Universidad Surcolombiana, Colombia)

Reyes-Maldonado Elba, Qm., Bt., MSc., PhD.
(Instituto Politécnico Nacional/Instituto Nacional de Salud Pública, México)

Reynales-Shigematsu Luz Myriam, MD., Esp., MSc., PhD. (Instituto Nacional de Salud Pública, México)

Rivas-Perdomo Edgar Enrique, Lic. Biol., MD., Esp.
(Universidad del Magdalena, Colombia)

Robles-Carreño Martha Isabel, Enf., Esp., MSc.
(Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)

Rodríguez-Amaya Reynaldo Mauricio, MD., MSc.
(Universidad Industrial de Santander, Colombia)

Rodríguez-García Jesús, MD., Esp., MSc. (Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá)

Rodríguez-Hernández Heriberto, MD., Esp., MSc.
(Universidad Juárez del Estado de Durango, México)

Rodríguez-Hernández Jorge Martín, MD., MSc., PhD. (Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)

Rodriguez-Lopez Merida Rosa; MD., Esp., MSc.
(Universidad de Barcelona, España).

Rojas-Devia Mario Augusto, MD., MSc.
(Universidad Industrial de Santander, Colombia)

Rojas-Rojas Edwin Leonardo, MD., Esp. (Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Hospital Universitario Clínica San Rafael, Colombia)

Rojas-Suarez José Antonio, MD., Esp., MSc.
(Universidad de Cartagena, Colombia)

Rosselli-Cock Diego Andrés, MD., Esp., MSc.
(Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)

Ruiz-Morales Álvaro, MD., Esp., MSc. (Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)

Ruiz-Torres Mayerley Zulay, Psic., MSc., PhD.
(Fundación Universitaria De Popayán)

Sabogal-Tinoco Luis Fernando, Ps. (Universidad del Magdalena, Colombia)

Salas-Díaz Lucas Andrés, MD., Esp., MSc., PhD.
(Dartmouth College, Estados Unidos)

Salcedo-Mendoza Soraya, MD., Esp., MSc.
(Organización Clínica General de Norte, Colombia)

Sanchez-Vallejo Gregorio, MD., Esp. (Universidad del Quindío, Hospital Universitario del Quindío San Juan de Dios, Colombia)

Sanclemente-Mesa Gloria, MD., Esp., MSc., PhD.
(Universidad de Antioquia, Colombia)

Santa-Alvarez Jazmin Sugey, Hist., Period., PhD.
(Universidad Pontificia Bolivariana)

Sardi-Correa Maria Carolin, MD., Esp., MSc.
(Oftalmólogos el Tesoro)

Serrano-Gómez Sergio Eduardo, MD., MSc.
(Universidad Industrial de Santander, Colombia)

Sierra-Siebert Mauricio, MD., Esp., PhD.
(Colegiatura Colombiana, Colombia)

Suárez-Escudero Juan Camilo, MD., Esp. (Instituto Tecnológico Metropolitano De Medellín)

Suárez-Obando Fernando, MD., Esp., MSc.
(Instituto de Genética Humana, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)

Tejada-Morales Paola Andrea. MD., Esp., MSc., PhD. (Fundación Meditech, Universidad El Bosque, Colombia)

Tirado-Ángel Juliana, MD, Esp. (Fundación Oftalmológica Nacional, Colombia)

Ulloa-Sabogal Iliana Milena., MSc. (Universidad Industrial de Santander, Colombia)

Uribe-Caputi Juan Carlos Alberto, MD., Esp., MSc.
(Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)

Uribe-Rodríguez Ana Fernanda, Psi., Esp., MSc., PhD. (Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, Colombia)

Uriel-Calvo María Montserrat, MD., Esp., PhD
(Universidad El Bosque, Colombia)

Urina-Triana Miguel Alberto, MD., Esp., MSc.
(Universidad Simón Bolívar, Colombia)

Valencia-Valencia Doris, MD., Esp., MSc.
(Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

Vargas-Vargas Rafael Antonio, MD., MSc., PhD., post PhD. (Universidad Antonio Nariño, Colombia)

Vásquez-Duque Gloria María, MD., Esp., PhD.
(Universidad de Antioquia, Colombia)

Vásquez-Hernández Skarlet Marcell, Enf., MSc.
(Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)

Vásquez-Pérez Lucibel, Ps., Esp., MSc., PhD(c).
(Fundación Universitaria Iberoamericana, España)

Vásquez-Rojas Rafael Antonio, MD., Esp., MSc.
(Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

Vásquez-Truissi Martha Lucia, Enf., Esp., MSc., PhD. (Universidad del Valle, Colombia)

Velásquez-Gutiérrez Vilma Florisa, Enf., Esp., MSc.
(Universidad Nacional De Colombia Sede Bogotá)

Velandia-Mora Ana Luisa, Enf., Esp., MSc., PhD.
(Universidad El Bosque, Colombia)

Velez-Fernandez Mauricio, MD, Eso., MSc.
(Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia)

Villafañe-Ferrer Lucy Margarita, Q.F., MSc.
(Corporación Universitaria Rafael Núñez, Colombia)

Villamizar-Gómez Francy Licet, InsQui., Esp., MSc., PhD. (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Colombia)

Villar-Centeno Juan Carlos, MD., Esp., MSc., PhD.
(Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)

Villamarin-Betancourt Eder Antonio, MD., Esp.
(Universidad del Valle)

Yardany Rafael Méndez-Fandiño, MD., Esp., MSc. (Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Hospital Regional de Duitama, Colombia)

Indicaciones a los autores

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

MedUNAB fue creada en 1997 por la comunidad académica de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), fundamentada en los principios de Conocimiento, Autonomía, Armonía, y Ciudadanía siguiendo los lineamientos propuestos por el Proyecto Educativo Institucional de la UNAB.

MedUNAB difunde producción intelectual generada por la actividad Científica, Académica o Formativa en torno a las disciplinas relacionadas con las Ciencias de la Salud.

La revista MedUNAB se divulga cuatrimestralmente y está dirigida a estudiantes, profesionales e investigadores relacionados con las Ciencias de la Salud. Se edita y publica en Bucaramanga, Departamento de Santander, Colombia.

LIBERTAD EDITORIAL

El grupo editorial tiene plena autoridad y libertad sobre la totalidad del contenido editorial y del momento de su publicación. La evaluación, selección, programación o edición de los artículos es realizada por el grupo editorial, sin interferencias de terceros directa o indirectamente. Las decisiones editoriales se basan en la validez del trabajo y su importancia para los lectores, estas decisiones se toman sin temor a represalias.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La revista MedUNAB es financiada exclusivamente por la Universidad Autónoma de Bucaramanga, no recibe fuentes de financiamiento externas privadas o públicas, y la publicidad que se presenta en la versión física de la revista es de índole institucional y académica.

LICENCIAMIENTO

Las publicaciones de la revista MedUNAB están bajo una Licencia de Atribución de Bienes Comunes Creativos (Creative Commons, CC) tipo 4.0, con derechos de atribución y no comercial.

TIPOLOGÍA DE ARTÍCULOS

MedUNAB recibe trabajos científicos, escritos en español, inglés o portugués, en las siguientes categorías:

Artículo de investigación científica y tecnológica / original.

Documento que presenta de manera detallada los resultados originales de proyectos de investigación, con una extensión máxima de 4,000 palabras sin contar el título, resumen, palabras clave, tablas, figuras y referencias. Generalmente contiene cinco apartados: Resumen, Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones (R-I-M-R-D-C). Número mínimo de referencias: 20.

Artículo de reflexión. Relaciona resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor sobre un tema específico recurriendo a fuentes originales, también se incluyen planteamientos de problemas de investigación o proyectos de investigación con su respectiva reflexión. Generalmente contiene cuatro apartados: Resumen, Introducción, Temas de Reflexión y Conclusiones (R-I-TR-C). Número mínimo de referencias: 20.

Artículo de revisión. Documento resultado de una investigación en que se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas sobre un campo en ciencia o tecnología. Se caracteriza por presentar de manera detallada la búsqueda bibliográfica sistemática en la que se detallan los criterios de inclusión y exclusión, términos de la búsqueda, bases de datos, periodo, idioma, entre otros, de la literatura seleccionada. Exponer los datos de la búsqueda y selección de artículos a manera de flujograma (<http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>). Se diferencia de un artículo de metanálisis porque en éste último, los autores presentan una síntesis razonable con un análisis estadístico de los resultados encontrados en los estudios. Generalmente contiene cinco apartados: Resumen, Introducción, Metodología, Temas por desarrollar en la revisión (se aconseja la inclusión de tablas, esquemas y figuras) y Conclusiones (R-I-M-TDR-C), con una extensión máxima de 5,000 palabras sin contar el título, resumen, palabras clave, tablas, figuras y referencias. Número mínimo de referencias: 50.

Artículo corto. Son reportes breves o avances de resultados parciales de investigaciones originales, cuya divulgación rápida sea de gran utilidad, con una extensión máxima de 2000 palabras sin contar

el título, resumen, palabras clave, tablas, figuras y referencias. Generalmente contiene cinco apartados: Resumen, Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones (R-I-M-R-D-C). Número mínimo de referencias: 20.

Reporte de caso o presentación de caso clínico. Revisión y presentación de casos de interés para disciplinas como Medicina, Enfermería, Psicología, Fisioterapia y otras áreas de las ciencias de la salud. Estos documentos tendrán una extensión máxima de 2,000 palabras sin contar el título, resumen, palabras clave, tablas, figuras y referencias. Número mínimo de referencias: 20. El paciente debe firmar un consentimiento informado, y éste debe enviarse en junto con el artículo, a la revista MedUNAB.

La estructura del artículo en los casos clínicos de medicina, enfermería y psicología es:

- **Reporte de caso en medicina.** Contiene generalmente, resumen, introducción (en la que se justifica la importancia del caso), presentación del caso, discusión (se realiza una comparación de las similitudes y diferencias según la literatura consultada) y conclusiones. Recomendamos consultar los ítems de la lista de chequeo con recomendaciones de la información que debe ir incluida en la presentación del caso: <http://www.care-statement.org/resources/checklist>.

- **Caso clínico y proceso de atención de enfermería.** Contiene generalmente, resumen, introducción (incluye una breve descripción de la situación clínica o enfermedad y el modelo teórico en que se fundamenta el proceso de atención de enfermería), metodología, resultados (incluye el plan de cuidados con los diagnósticos enfermeros NANDA-NIC y NOC) y conclusiones. Ver ejemplo en el siguiente link: <http://doi.org/10.4321/S1132-12962011000100023>.

- **Reporte de caso (situaciones de enfermería) y reporte de caso en psicología.** Manuscrito que presenta los resultados de estudios 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. Contiene generalmente, resumen, introducción, metodología, resultados y conclusiones. Ver ejemplo en el siguiente link: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.61443>.

- **Imágenes de medicina clínica.** Fotografías que tienen el objetivo de capturar e ilustrar de forma visual y didáctica un concepto, descubrimiento, variedad, enfermedad o diagnóstico encontrado por los profesionales de la salud, en la práctica clínica diaria. Necesariamente deben ser imágenes con alta resolución y alta calidad, originales, que no hayan sido enviadas ni publicadas en otras fuentes. Las fotografías deberán ser representativas y que resalte la importancia del tema que pretende ilustrar. El máximo número de fotografías para un envío serán 4, sin embargo, al momento del envío, deben enviarse cada una por separado (serán referenciadas en orden de izquierda a derecha y de las ubicadas en la línea superior y la inferior: A, B, C, D respectivamente).

Las exigencias de las fotografías son: imagen con adecuado ángulo para su registro, suficiente nitidez e iluminación para apreciar los detalles, con resolución de 300 dpi. Se aceptan en formato de tipo JPEG.

Debe eliminarse cualquier información que permita identificar al paciente (nombre, documentación, nombre de la institución, número de historia clínica, entre otras), en medida de lo posible. De cualquier manera, el paciente debe firmar un consentimiento informado, y éste debe enviarse junto con las imágenes al hacer el primer envío a la revista MedUNAB.

La extensión del título deberá ser de ocho palabras. El escrito debe ser enviado en formato editable en archivo separado de la(s) fotografía(s). La estructura del escrito es: Información clínica relevante (descripción del caso, hallazgos clínicos, de laboratorio, respuesta al tratamiento, evolución), definición de la patología, descripción usual de las lesiones según la literatura, justificación que deje clara la importancia de la publicación de la imagen.

Límite de palabras con descripción del caso: 500 (idealmente 200 – 300 palabras). Máximo número de autores: 3. La revista se reserva el derecho de editar las imágenes enviadas para ajustar a la adecuada calidad exigida. Número de referencias: 2 a 6.

Revisión de tema. Resultado de la revisión crítica de la literatura

sobre un tema en particular, la revisión de tema o revisión narrativa no presenta una metodología de la recolección de la información usada, ya que por lo general el autor o el experto realiza una selección de las referencias de acuerdo a su criterio. Contiene: Resumen, Introducción al tema, División de los temas tratados y Conclusiones, con una extensión máxima de 5000 palabras sin contar el título, resumen, palabras clave, tablas, figuras y referencias. Se aconseja la inclusión de tablas, esquemas y figuras. Número mínimo de referencias: 40.

Artículo de reflexión no derivado de investigación. Se refiere a un ensayo que presenta la opinión sustentada del autor sobre un tema específico. Contiene: Resumen, Introducción al tema, División de los temas tratados y Conclusiones. Número mínimo de referencias: 25.

Reseña editorial o reseña crítica de literatura científica. Se presenta en forma breve (hasta en 1500 palabras) un problema clínico en torno al cual han aparecido uno o más estudios recientes que reconfiguran el estado del conocimiento. Incluye una discusión sobre la validez de estos estudios, sus resultados e interpretación para el entorno de los desarrolladores de la editorial o reseña. Debe incluir una posición clínica calificando la fortaleza y dirección de la nueva evidencia científica. Un ejemplo de este tipo de artículo puede ser consultado en el siguiente link: <http://cardiecol.org/comunidad/mayor-frecuencia-y-diversidad-en-la-actividad-f%C3%ADsica-previenen-la-enfermedad-coronaria-en>

<http://www.cardiecol.org/comunidad/dieta-eventos-cardiovasculares-mayores-hora-cambiar-pol%C3%ADticas-para-sustituir-exceso-carbohidratos>

Nota Técnica. Describe en detalle una técnica de laboratorio novedosa o modificaciones realizadas a una establecida, haciendo énfasis en las ventajas que tiene el procedimiento o la innovación desarrollada. Contiene: Resumen, Introducción, Técnica para presentar y Conclusiones. Número mínimo de referencias: 10.

Ponencia. Trabajo presentado en eventos académicos (congresos, coloquios, simposios, seminarios y otros). Ha de tratarse de una contribución original y actual en las ciencias de la salud). Contiene: Resumen, Presentación del tema de la ponencia y Conclusiones. Precisar información sobre la fecha y evento en que se socializó la ponencia.

Carta al editor. Posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la revista que, a juicio del Comité Editorial, constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia. La correspondencia publicada puede ser editada por razones de extensión (máximo 1500 palabras sin contar título y referencias), corrección gramatical o estilo y de ello se informará al autor antes de su publicación. Número mínimo de referencias: 10.

Editorial. Documento escrito por el editor, un miembro del Comité Editorial o un investigador invitado sobre temas de actualidad e interés científico y/u orientaciones en el dominio temático de la revista. Los editoriales tendrán una extensión máxima de 1,500 palabras sin contar el título y las referencias.

Características de los apartados

ttts

En caso de no cumplirse con las siguientes indicaciones, no se iniciará el proceso editorial de los manuscritos recibidos ni se certificará que dicho manuscrito se encuentra en proceso de evaluación.

Los manuscritos se recibirán en un formato electrónico editable (por ejemplo, *Microsoft Word®*), deben incluir: hoja de presentación (irá en un archivo separado), título y título abreviado, resumen, palabras clave, texto, agradecimientos, conflicto de interés, referencias, tablas, figuras con sus respectivos títulos y leyendas. Las abreviaturas y unidades de medida deben estar escritos a doble espacio, sin dejar espacios extras entre párrafo y párrafo; dejar un solo espacio después del punto seguido o aparte. Use la fuente Times New Roman de tamaño 12, con márgenes de 3 cm en los cuatro lados. Use letra bastarda o cursiva para los términos científicos; por favor no los subraye.

El documento original y todos sus anexos deben ser remitidos al editor en formato electrónico, a través de la plataforma OJS.

Orientaciones de cada apartado

Hoja de presentación. En esta sección debe incluir para cada autor su nombre y apellidos completos, grado(s) académico(s), afiliación institucional, ciudad, departamento, país (la información proporcionada no debe ir con abreviaturas o siglas), correo electrónico, tipo y número de documento de identificación con lugar de expedición, e identificadores como: ID Redalyc, ORCID (recomendamos crear

su usuario en: <https://orcid.org/register>), Research Gate, Mendeley, Academia, Google Citation, etc (no se incluirán los identificadores que no sean proporcionados por los autores).

Además, se debe anotar el nombre del autor responsable de la correspondencia con su dirección postal completa, número telefónico y dirección electrónica.

Título. Debe describir el artículo de manera clara, exacta y precisa; el título debe contar con sintaxis adecuada, carecer de abreviaturas, tener una extensión máxima de 15-20 palabras (Excepto para imágenes de medicina clínica, donde su máxima extensión es de 8 palabras). Debe acompañar al título del trabajo con un título corto para los encabezamientos de las páginas.

Resumen. El trabajo debe incluir un resumen estructurado, dicha estructura depende del tipo de artículo; por ejemplo, para un artículo Original de Investigación la estructura incluirá Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones. El resumen tanto en español como en inglés, tendrá máximo 250 palabras. En caso de que el manuscrito original sea en portugués, los resúmenes deben estar en inglés y portugués. No se permite el uso de referencias ni se recomienda la inclusión de siglas o acrónimos en los resúmenes. La redacción debe estar en tercera persona.

Abstract. Es una versión en idioma inglés del resumen estructurado en español, no una traducción literal, no se recomiendan traducciones realizadas mediante programas de traducción sistematizada tipo *Google traductor®*.

Palabras Clave. Se requiere usar mínimo cinco palabras clave tanto en español como en inglés. Para seleccionar las Palabras Clave en español consulte los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) publicados en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>; para seleccionar las palabras clave en español, consulte los Medical Subject Headings (MeSH) en <https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, para seleccionar las palabras clave en inglés.

Texto. El texto del artículo no debe incluir nombre de los autores, dado que dicha información se encuentra en la hoja de presentación. Según el tipo de artículo, como fue mencionado en apartado de tipología de artículos.

Introducción. Esta sección debe suministrar suficientes antecedentes que contextualicen al lector sobre el tema a tratar y se pueda ver claramente la justificación científica del artículo. El objetivo del artículo debe ser presentado de manera clara, breve y directa, se aconseja en el último párrafo presentar el objetivo del artículo.

Metodología. En general debe incluir toda la información necesaria que le permita a otros investigadores la reproducibilidad adecuada y exacta de la investigación, puede incluir: tipo de estudio realizado, selección de la población o materiales que se usaron detallando los criterios de inclusión y exclusión, la marca y serie de los materiales, las condiciones en que se realizaron los experimentos, los instrumentos usados; en el caso de encuestas se debe mencionar si fueron elaboradas por los autores o usaron encuestas previamente validadas, mencionar en cual o cuales estudios fueron validadas las encuestas, especificaciones de técnicas de los procedimientos utilizadas en los procesos de validación si es el caso, procedimientos detallados que se hayan realizado en el actual estudio y que permitan a otros investigadores reproducirlos, análisis estadístico con sus respectivas técnicas estadísticas a cada conjunto de variables, y paquetes estadísticos usados. En el párrafo final de la metodología incluir los aspectos éticos, donde se mencione el tipo de riesgo del estudio, el comité de ética que aprobó el estudio, o en el caso de ensayos clínicos el código con el que está registrado el ensayo clínico.

Resultados. Los datos o mediciones de los principales hallazgos de la investigación deben ser expuestos en una secuencia lógica, sencilla y clara dentro del texto, y deben expresarse en pretérito; los datos o mediciones reiterados deben exponerse en tablas o figuras. Los valores representados en porcentaje deben ir acompañados del valor que representan. El símbolo de porcentaje debe ir unido al número. Los decimales se deben indicar con punto (.) y las unidades de miles con coma (,), esto aplica para todo el texto.

Discusión. En esta sección el autor analiza los resultados comparándolos con los de la literatura revisada, en donde resalta las similitudes y diferencias. Se mencionan primero los hallazgos específicos y luego las implicaciones generales, manteniendo una secuencia lógica, ordenada, clara y concisa. Se aconseja que en la discusión se precise el significado de los hallazgos obtenidos relacionados con la hipótesis del estudio; de igual manera, mencionar las limitaciones que se presentaron.

Conclusiones. Deben ir relacionadas con los objetivos del estudio,

mencionar el alcance de la investigación, evitar declaraciones no derivadas de los resultados del estudio.

Declaración de conflictos de interés. Los autores deben declarar en el manuscrito si durante el desarrollo del trabajo existieron o no conflictos de interés, declarar las fuentes de financiación del trabajo incluyendo los nombres de los patrocinadores junto con las explicaciones de la función de cada una de las fuentes en su caso, en el diseño del estudio, en la recogida de los datos, en el análisis e interpretación de los resultados, redacción del informe, o una declaración en que la financiación no tenga implicaciones en las que se podría sesgar o sugerir que puede sesgar el estudio.

Tablas y figuras. Las gráficas, esquemas, fotografías, diagramas, cuadros, entre otros, se llamarán en todo caso "Figura" y "Tabla". Deben estar ubicados al final del documento. Se citarán en orden de aparición con números arábigos en una lista para las figuras y otra para las tablas, estas últimas no deben llevar líneas verticales.

Cada tabla o figura debe ir en una página aparte con su respectivo título, leyenda explicativa y fuente (en dado caso de ser elaborada por los autores, también deberá especificarse). Los títulos deben ser precisos y se debe especificar si son elaboración propia o en su defecto citar la fuente de donde fueron tomados o su respectiva autorización. Todas las tablas deben llevar título ubicado en la parte superior de la tabla. En el caso de las figuras, su título deberá ir en la parte inferior a la figura.

Las fotografías deben tener excelente calidad de imagen y aclarar la fecha y fuente de origen y deben ser enviadas en formato JPEG de 300 Dpi. En las preparaciones de microscopio, se debe mencionar la coloración y el aumento según el objetivo utilizado. Las figuras se publicarán en color o blanco y negro según su pertinencia.

Abreviaturas. Se debe evitar el uso de abreviaturas en el título y resumen del trabajo. Cuando aparezcan por primera vez en el texto deben ir entre paréntesis y precedidas por el término completo a excepción de las unidades de medida las cuales se presentarán en unidades métricas según el Sistema Internacional de Unidades, sin plural.

Referencias. Observe estrictamente las indicaciones de los requisitos uniformes para manuscritos de la Biblioteca de la Universidad Pública de Navarra. Oficina de Referencia. Guía para citar y referenciar. Estilo Vancouver [Internet], 2016. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/LaUj46>. Asigne un número a cada referencia citada en el texto. Anote los números de las referencias entre paréntesis; si la referencia está junto a un signo de puntuación, escriba el número antes de este.

Consulte la lista de publicaciones periódicas aceptadas por PubMed (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) para la abreviatura exacta de la revista citada; si la revista no aparece, escriba el título completo de la revista. Transcriba únicamente los seis primeros autores del artículo, seguidos de "et al". Se recomienda la inclusión de referencias nacionales y latinoamericanas para lo cual puede consultar Lilacs, Latindex, Sibra, Imbiomed, Scielo, Publindex, Fuente Académica, Periódica, Redalyc y otras fuentes bibliográficas pertinentes. En las referencias se deben incluir artículos sobre el tema publicados en los últimos cuatro años en revistas indexadas en bases de datos y fuentes académicas reconocidas y debe evitarse en lo posible la autocitación.

A continuación se presentan algunos ejemplos de referencias:

Publicaciones físicas

• Artículo de revista

Gempeler FE, Díaz L, Sarmiento L. Manejo de la vía aérea en pacientes llevados a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Anestesiol*. 2012;40(2):119-23.

• Ningún autor

Solución corazón siglo 21 puede tener un agujón en la cola. *BMJ*. 2002; 325(7357):184.

• Libros y monografías

Grossman SC, Porth CM. Porth's pathophysiology: Concepts of altered health states: Ninth edition. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States: Ninth Edition. Amsterdam: Elsevier; 2013. 1648 p.

• Capítulo de libro y similares

Mompart García MP. La situación en enfermería. En: Cabasés Hita JM, editor. La formación de los profesionales de la salud: formación pregraduada, postgraduada y formación continuada. Madrid: Fundación BBVA; 1999. p. 493-514.

• Ponencias

Arendt T. Alzheimer's disease as a disorder of dynamic brain self-

organization. En: van Pelt J, Kamermans M, Levelt C, van Ooyen A, Ramakers G, Roelfsema P, editores. Development, dynamics, and pathology of neuronal networks: from molecules to functional circuits Proceedings of the 23rd International Summer School of Brain Research; 2003 Aug 25-29; Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences. Amsterdam: Elsevier; 2005. p. 355-78.

• Informes técnicos

Barker B, Degenhardt L. Accidental drug-induced deaths in Australia 1997-2001. Sydney: University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre; 2003.

Newberry S. Effects of omega-3 fatty acids on lipids and glycemic control in type II diabetes and the metabolic syndrome and on inflammatory bowel disease, rheumatoid arthritis, renal disease, systemic lupus erythematosus, and osteoporosis. Rockville: Department of Health and Human Services (US), Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. Report No.: 290-02-0003.

• Periódicos

La "gripe del pollo" vuela con las aves silvestres. *El País* (Madrid) (Ed. Europa). 17 de julio de 2005;28.

Gaul G. When geography influences treatment options. *Washington Post* (Maryland Ed.). 24 de julio de 2005;Sec. A:12 (col. 1).

Publicaciones electrónicas

• Artículo de revista

Con URL:

Leiva MJ, Fuentealba C, Boggiano C, Gattas V, Barrera G, Leiva L, et al. Calidad de vida en pacientes operados de Bypass gástrico hace más de un año: influencia del nivel socioeconómico. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2009 [citado 3 de octubre de 2018];137:625-33. Recuperado a partir de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500005&lng=es

Con DOI:

Rossi C, Rodrigues B. The implications of the hospitalization for the child, his family and nursing team. A descriptive exploratory study. *Online Braz J Nurs*. 2007;6(3):15-24. doi: 10.5935/1676-4285.20071110.

• Libro o monografía

Con URL:

Zubrick SR, Lawrence D, de Maio J, Biddle N. Testing the reliability of a measure of Aboriginal children's mental health: an analysis based on the Western Australian Aboriginal child health survey [Internet]. Belconnen (Australia): Australian Bureau of Statistics; 2006 [citado 25 de octubre de 2016]. 65 p. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/WkS9OL>

Con DOI:

Srivastava D, Mueller, M, Hewlett, E. Better Ways to Pay for Health Care [Internet]. Paris: OECD; 2016. 170 p. doi: 10.1787/9789264258211-en

• Capítulo de libro

Con URL:

Jessup AN. Diabetes Mellitus: A Nursing Perspective. En: Bagchi D, Sreejayan N, editores. Nutritional and Therapeutic Interventions for Diabetes and Metabolic Syndrome [Internet]. Amsterdam: Elsevier; [citado octubre 3 de 2017];2012. p. 103-10. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/M9u1qt>

Con DOI:

Urquhart C, Currell R. Systematic reviews and meta-analysis of health IT. En: Ammenwerth E, Rigby M, editores. Evidence-Based Health Informatics: Promoting Safety and Efficiency through Scientific Methods and Ethical Policy. Amsterdam: IOS Press; 2016. p. 262-74. doi: 10.3233/978-1-61499-635-4-262.

• Informes técnicos

Arkes J, Pacula R, Paddock S, Caulkins J, Reuter P. Technical report for the price and purity of illicit drugs: 1981 through the second quarter of 2003 [Internet]. Washington (DC): Executive Office of the President (US), Office of National Drug Control Policy; 2004 [citado 26 de octubre de 2016]. Report No.: NCJ 207769. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/7yhrcB>.

• Ponencias

Con URL:

Corral Liria I, Cid Expósito G, Núñez Álvarez A. Vinculación del género en la profesión de enfermería. En: Suárez Villegas JC, Liberia Vayá IH, Zurbano-Berenguer B, editores. I Congreso Internacional de

Comunicación y Género Libro de Actas: 5, 6 y 7 de marzo de 2012. Facultad de Comunicación Universidad de Sevilla [Internet]. Sevilla: Universidad de Sevilla; Editorial MAD; 2012 [citado 3 de mayo de 2016]. p. 72-85. Recuperado a partir de: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/33158>.

Con DOI:

Yue-Ping Z, Yu-Jie G, Xiao-Yan L. Application of problem-based learning mode in nursing practice student teaching. En: Li S, Dai Y, Cheng Y, editores. Proceedings - 2015 7th International Conference on Information Technology in Medicine and Education, ITME 2015 [Internet]. Los Alamitos (CA): IEEE; 2016. p. 385-9. doi: 10.1109/ITME.2015.163.

- **Tesis de doctorado/maestría**

Soto Ruiz MN, Guillén Grima F (dir), Marín Fernández B (dir). Evolución de los estilos de vida relacionados con factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios de Navarra [tesis en Internet]. [Pamplona]: Universidad Pública de Navarra; 2016 [citado 3 de octubre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/20868>

- **Páginas web completas**

U.S. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2016 [citado 26 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Aspectos éticos, confidencialidad y plagio

Ética en la publicación científica

Cuando la publicación implique el contacto con seres humanos particularmente durante experimentos, se debe indicar los procedimientos realizados acorde a los estándares del Comité de Ética que avaló el trabajo y a la Declaración de Helsinki de 1975 y revisada en la 59ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial realizada en Seúl (Corea) en octubre 2008, disponible en <http://www.wma.net/s/policy/pdf/17c.pdf>. En todo caso, en la sección de metodología debe informarse el tipo de consentimiento informado que se obtuvo y el nombre del Comité de Ética que aprobó el estudio, en el caso de ensayos clínicos indicar el número de registro.

No se deben usar los nombres de los pacientes, iniciales o números hospitalarios en ninguna circunstancia. En el caso de material ilustrativo con la imagen del paciente, se debe hacer llegar con el artículo la autorización expresa que confiere este para publicarla. Cuando se trate de experimentos con animales, se debe informar que se han seguido las normas locales establecidas para la protección de estos animales.

Por favor, cífiase a las indicaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Internacional Committee of Medical Journal Editors) que se encuentran publicadas como "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals" y están disponibles en <http://www.icmje.org/recommendations/>. La versión en español se puede consultar en <http://www.icmje.org/recommendations/translations/>.

Autoría

Un autor es la persona que ha hecho una contribución intelectual significativa al estudio. Se deben cumplir colectivamente tres criterios básicos para ser reconocido como autor, sin embargo, el comité Internacional de Directores de Revistas Biomédicas (ICMJE) en su revisión de diciembre de 2016, define al autor por el cumplimiento de cuatro criterios:

1. Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos.
2. Que se haya participado en el diseño del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual.
3. Que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada.
4. Que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas.

Toda persona designada como autor debe cumplir los cuatro criterios que definen la autoría y quien cumpla los cuatro criterios debe ser identificado como autor. Quienes no los cumplan deben ser reconocidos en los agradecimientos.

Confidencialidad

Los manuscritos recibidos y evaluados, sin importar si son aceptados o rechazados, serán manejados como material confidencial: el editor y el grupo editorial no compartirán la información de los manuscritos; ni sobre su recepción y evaluación; ni sobre el contenido o estado del proceso de revisión críticas de los evaluadores, ni su destino final a nadie, solo se dará información sobre el proceso a los autores y a los revisores. Las solicitudes de terceros para utilizar los manuscritos y su revisión para procedimientos legales serán cortésmente denegadas.

A los pares externos se les solicitará que durante del proceso de revisión manejen el material como confidencial, que este no sea discutido en público, ni apropiarse de las ideas de los autores; además, una vez presentada su evaluación se les pide destruir copias en papel y eliminar copias electrónicas.

Los manuscritos recibidos sin importar si son aceptados o rechazados junto a su respectiva correspondencia para utilizar almacenados en un repositorio, esta acción se realiza con el objetivo de cumplir las indicaciones de PUBLINDEX Colombia.

Plagio

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 tiene diferentes niveles de gravedad, como por ejemplo:

- Qué cantidad de trabajo de otra persona se tomó (varias líneas, párrafos, páginas, todo el artículo).
 - Qué es lo que se copió (resultados, métodos, o sección de introducción).
- Información basada en Elsevier. "Publishing Ethics Resource Kit (PERK)". Accedido 8 de marzo de 2017. www.elsevier.com/editors/publishing-ethics/perk

Proceso editorial y evaluación por pares

Todo material propuesto para publicación en MedUNAB puede ser enviado a través del portal de revistas académicas de la Universidad Autónoma de Bucaramanga <http://www.unab.edu.co/medunab> a través del Open Journal System (OJS), haga la suscripción o registro como autor en el enlace <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=user&op=register>.

Costos de procesamiento y envío de artículos

Los procesos de envío y editoriales, así como la aceptación a publicar y la publicación de los manuscritos enviados a la revista MedUNAB no generarán ningún costo a los autores.

Formatos de edición

La revista MedUNAB contó con formato físico con registro ISSN 0123-7047 hasta el año 2018. Y en la actualidad, con el objetivo de cuidado de nuestro medio ambiente, nos acogemos a la iniciativa de formato electrónico único en PDF y HTML con el registro ISSN 2382-4603, además de registro doi: <https://doi.org/10.29375/issn.0123-7047>.

Elegibilidad de los artículos

Los documentos que se pongan a consideración del comité editorial deben cumplir con los siguientes criterios:

- Aportes al conocimiento. El documento hace aportes importantes al estado del arte del objeto de estudio.
- Originalidad. El documento debe ser original, es decir: producido directamente por su autor, sin imitación de otros documentos; se solicita a los autores declarar que el documento es original e inédito y que no está postulado simultáneamente en otras revistas u órganos editoriales.
- Validez. Las afirmaciones deben basarse en datos e información válida.
- Claridad y precisión en la escritura. La redacción del documento debe proporcionar coherencia al contenido y claridad al lector.

Evaluación por pares

Una vez recibido el artículo es revisado por el editor y el equipo de la escuela editorial para verificar que cumpla con los elementos formales solicitados en las instrucciones para los autores; esta evaluación será ciega por parte del equipo de la escuela editorial quienes no conocerán los nombres de los autores, también se someterá a un software anti-plagio de la revista y se hará una revisión exhaustiva de

las referencias. De no cumplir con estos criterios el manuscrito será enviado a sus autores con indicación de hacer correcciones antes de seguir el proceso. Si cumple con los requisitos formales, el autor recibirá la notificación de que el manuscrito ha pasado a evaluación por pares científicos externos a la revista. Esta etapa del proceso editorial tardará en promedio de dos a seis meses dependiendo de los artículos que se encuentren en espera para ser revisados.

Los pares científicos externos a la revista de preferencia contarán con un grado académico de Maestría o Doctorado, cuyo campo de acción sea afín al manuscrito sometido a evaluación y hayan realizado al menos una publicación científica en los últimos dos años; además, los pares externos consultados son investigadores reconocidos por COLCIENCIAS-Colombia como investigadores Junior, Asociado o Senior, o tendrán un Índice H5 igual o mayor a 2 para pares externos internacionales.

El proceso de revisión por pares científicos externos será a doble ciego; la identidad de los autores no se revela a los pares evaluadores y tampoco la de éstos a los autores. Si el artículo es evaluado positivamente por un evaluador y negativamente por otro, se designa un tercero, y según concepto se decide la inclusión del documento en la publicación. Con base en los conceptos de los pares evaluadores, el Comité Editorial define si se publicará o no. Las observaciones de los evaluadores externos serán comunicadas a los autores junto con el concepto de aceptación con ajustes, aceptación definitiva o de rechazo. Una vez que el autor reciba los comentarios de los evaluadores, procederá a contestarlos punto por punto e incorporar las modificaciones correspondientes en el texto. Las recomendaciones que el autor decida no seguir deben ser argumentadas; finalmente, debe enviar la nueva versión en las cuatro semanas siguientes. Esta etapa del proceso editorial tardará en promedio de cuatro a ocho meses dependiendo de la disponibilidad de los pares externos, quienes realizan esta labor *ad honorem*, y del tiempo en que los autores apliquen los cambios solicitados por los pares externos. Después de realizadas la edición y la corrección de estilo, los autores recibirán las pruebas de diagramación del artículo, las cuales deben ser cuidadosamente revisadas y devueltas con su visto bueno u

observaciones a que haya lugar al editor en un término máximo de 48 horas. En caso de no recibir respuesta por parte del autor principal se asume que está de acuerdo con la versión a publicar. Una vez realizada la publicación, el autor principal recibirá notificación de su publicación y el link donde encontrará su artículo, junto con una carta de agradecimiento.

El autor de correspondencia tendrá la posibilidad de enviar un video con adecuada calidad de imagen, iluminación y sonido. Éste debe ser corto, de máximo 3 minutos de duración, cumpliendo la siguiente estructura: Nombres de autores, título del artículo en mención, resumen y principales resultados del estudio. Éste video será publicado en el canal de la revista en youtube con el objetivo de generar mayor visibilidad a su producción científica.

Remisión del manuscrito. El manuscrito debe ser remitido con una carta firmada por todos los autores en la que conste que conocen y están de acuerdo con su contenido y su originalidad. Se debe mencionar, igualmente, que el manuscrito no ha sido publicado anteriormente, ya sea totalmente o en parte, ni que está siendo evaluado en otra revista. En caso de utilizarse tablas o figuras que no sean originales, el autor del manuscrito debe hacer llegar permiso escrito para el uso de tales tablas o figuras por parte del tenedor de los derechos de autor, e incluir en el texto del manuscrito la fuente de donde se toma y el permiso otorgado.

Una vez el artículo haya sido aceptado para publicación todos los autores deben firmar un formato de cesión de derechos de autor. Sin este documento es imposible la publicación en la Revista MedUNAB. En caso de dudas, siempre podrá contactarnos a través de:

Revista MedUNAB

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Calle 157 No. 19-55 Cañaveral Parque
Floridablanca, Santander, Colombia. Teléfonos: (57) 7+ 6436111 Ext 549, 529
E-mail: medunab@unab.edu.co

Guidelines for authors

Editorial policies and scope

MedUNAB was founded in 1997 by the academic staff of the Autonomous University from Bucaramanga (UNAB) based on principles of knowledge, autonomy, harmony and citizenship following the principles proposed by the Institutional Educational Project of UNAB.

MedUNAB diffuses the intellectual production generated by the Scientific, Academic or Educational activity around the disciplines related to the Health Sciences.

MedUNAB journal circulates every four months and is addressed to students, professionals and specialists related to the Health Sciences field. It is edited and published in Bucaramanga, Santander, Colombia.

Editorial freedom

The publishing group has full authority and editorial freedom over the entire editorial content and the time of its publication. The evaluation, selection, programming or editing of articles is performed by the publishing group, without interference from third parties directly or indirectly. Editorial decisions are based on the work validity and its relevance for readers; these decisions are made without fear of retaliation.

Financial resources

MedUNAB journal is exclusively funded by the Autonomous University of Bucaramanga, receives no private or public external funding sources, and the publicity presented in the journal physical version is institutional and academic.

License agreement

The publications of the MedUNAB journal are under an Attribution License of Creative Commons (Creative Commons, CC) type 4.0, with attribution and non-commercial rights.

Article Types

MedUNAB accepts scientific manuscripts written in Spanish, English or Portuguese, in any of the following categories:

Scientific and technological research / original article. This document presents detailed outcomes of original research projects with a maximum length of 4,000 words without counting the title, abstract, keywords, tables, figures and references. It generally contains five sections: an Abstract, an Introduction, a Methodology, Results, Discussion and Conclusions (R-I-M-R-D-C). Minimum number of references: 20.

Reflective articles derived from Research. It presents the author's research results from an analytical, interpretative, or critical perspective about specific topics considering original works; it also includes approaches to research problems or research projects along with their own reflection. It generally contains four sections: an abstract, an introduction, reflective topics and conclusions. Minimum number of references: 20.

Review article. This document is the result of a research in which it has analyzed, systematized and integrated the results from published or unpublished researches on a science or technology field. It is characterized by presenting with details, the systematic search of the literature reviewed, in which inclusion and exclusion criteria are exposed, as well as terminology used for the search, data bases, period of time, languages, among others, from the chosen literature to support the study in course. Expose searching data and the process in which articles were selected, as a flowchart (<http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>). It differs from a meta-analysis article due that in the latter, authors present a reasonable synthesis with a statistical analysis of the results found in studies. It generally contains five sections: Abstract, Introduction, Method, Topics to develop in the Review (it is recommended to include tables, charts and figures) and Conclusions with a maximum length of 5,000 words without counting the title, abstract, keywords, tables, figures and references. Minimum number of references: 50.

Short article. Short reports or progress on partial results of original researches, in which its publication implies great utility, with a maximum length of 2,000 words without the title, abstract, keywords, tables, figures and references. Minimum number of references: 20.

Case report or presentation of a clinical case. Revision and

presentation of cases of interest in fields such as medicine, nursing, psychology, physiotherapy, and other disciplines related to health sciences. These documents will have a maximum length of 2,000 words without counting the title, abstract, keywords, tables, figures and references. Minimum number of references: 20. The patient must sign an informed consent form, which should be sent to MedUNAB journal, along with the manuscript within the first submission.

The structure of the article in clinical cases in medicine, nursing and psychology are:

- **Case Report in Medicine.** It generally contains an abstract, an introduction (in which the relevance of the case is justified), presentation of case, discussion (a comparison of the similarities and differences made, according to the literature) and conclusions. It is highly recommended to consult the checklist guide, to take into account the information that is required to be included in the case presentation: <http://www.care-statement.org/resources/checklist>.

- **Clinical case and nursing attention process.** It generally contains an abstract, an introduction (it includes a brief description of the clinical situation or disease; the theoretical model in which the nursing attention process is based on), methodology, results (it includes the nursing care plan along with the nursing diagnosis from NANDA-NIC and NOC) and conclusions. Check some samples in the following link: <http://doi.org/10.4321/S1132-12962011000100023>.

- **Case report (nursing situations) and Psychology case report.** Manuscript that presents the results from a study with a particular situations in which its aim is to announce technical and methodological experiences taken into account in a specific case. It includes a systematic review commented in the literature about analogous cases. Generally, it contains an abstract, introduction, method, results and conclusions. See example at the following link: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.61443>.

- **Clinical medical images.** Photographs which's objective is to capture and in a didactic and visual way, that enable to illustrate a concept, discovery, variety, illness or diagnostic found by healthcare professionals in their daily clinical practice. These, must be original images, of a high quality and resolution, and may not have been submitted or published in other sources. These photographs must represent and should highlight the relevance from the subject it intends to illustrate. Maximum number of photographs received in a submission are 4, however, at submission, each photograph must be separately sent (they will be referenced in order from left to right and those located above and in the below row: A,B,C,D respectively).

Requirements on the quality for submission photographs: images taken with an appropriate registration angle, enough sharpness and lighting in order to be able to appreciate details, and with a 300 dpi resolution. They must be in JPEG format. Any clue on the patient's identification must be avoided (name, ID number, name of the institution, clinical record code, among others). Either way, the patient must sign an informed consent, which must be sent along with the photographs at submission moment to MedUNAB journal.

Title's extension acceptance is up to eight words. The descriptive text from the photographs should be sent in an editable file apart from that containing the photograph. The structure of the descriptive text, must contain clinical relevant information (case description, clinical and laboratory findings, treatment response, clinical evolution), definition from the disease shown, description of the typical injuries mentioned in the literature, and the justification that enables to highlight the importance of publishing this particular clinical medical image.

Maximum number of words for the description of the clinical medical image: 500 (ideally 200 - 300). Maximum number of authors: 3. The journal reserves the right to edit submitted photographs, in order to adjust quality requirements. Number of references: 2 to 6.

Topic review. It is the result of a critical review of the literature about a particular topic, the topic review or narrative review does not have a method for collecting the information used in, since, usually, the author or expert makes a selection of references according to his/her criterion. It contains an abstract, introduction to the topic, a division of the topics discussed and conclusions with a maximum length of 5000 words without counting the title, abstract, keywords, tables, figures and references. It is recommended to include tables, charts

and figures. Minimum number of references: 40.

Reflective article not derived from research: It refers to an essay that presents the authors' opinion about a specific topic. It contains an abstract, an introduction to the topic, division of the topics discussed, and conclusions. Minimum number of references: 25.

Editorial review or critical review of scientific literature: A brief clinical problem (up to a thousand words) is exposed around which, one or more recent studies that rebuild the knowledge state have appeared. They include a discussion about the validity of those studies, their results and interpretation for the developers' setting of the editorial or review. It must include a clinical position describing the strength and direction of the new scientific evidence. A sample of this article may be checked in the following link: <http://cardiecol.org/comunidad/mayor-frecuencia-y-diversidad-en-la-actividad-f%C3%ADsica-previenen-la-enfermedad-coronaria-en>

<http://www.cardiecol.org/comunidad/dieta-eventos-cardiovasculares-mayores-hora-cambiar-pol%C3%ADticas-para-sustituir-exceso-carbohidratos>

Technical note. It describes in detail a new laboratory technique or it may describe a modification of an existing technique, emphasizing in the advantages of the procedure or in the innovation developed. It contains an abstract, introduction, a technique to present it, and conclusions. Minimum number of references: 10.

Presentation. They take place in academic events (congresses, colloquiums, symposiums, seminars, among others). Presentations deal with original and current contributions related to the health sciences field. They contain an abstract, topic presentation and conclusions. It is recommended to provide information about when and where the presentation took place.

Letters to the editor. They are critical, analytical or interpretative positions about documents already published by the journal that according to the Editorial Committee, constitute an important contribution to the discussion of the topic on behalf of the scientific community. The publication can be edited because of length, grammar, or style, and the author will be informed about it before it is published. Minimum number of references: 10.

Editorial. This document is written by the editor, a member of the Editorial Committee or a guest researcher about current topics of scientific interest and/or orientations about the thematic purpose of the journal. Editorials will have a maximum length of 1,500 words without counting the title and the references.

Section characteristics

General guidance

In case the following indications are not met, the editorial process of the manuscripts already received will not start nor will certify that such document is in evaluation process.

The manuscripts will be received in an digital and editable format (e.g. Microsoft Word®), they must include: title page (it will be in a separated file), title and short title, abstract, keywords, text, acknowledgement, topics of interests, references, charts, tables, figures along with their titles and texts. Abbreviations and units of measurement must be typed to double space using just one side of the page without allowing spaces between paragraphs; and entering just one space after a period. Use Times New Roman font, size 12, and set up the page margins to 3 centimeters on each side. Also use italics for scientific terminology; and please do not underline them.

The original manuscript and its annexes must be remitted to the editor in an electronic editable format through OJS (Open Journal System) platform.

Each section feature guidance

Title page. This section must include for each author its full name, academic degrees, institutional affiliation, city, department, country (the information provided should not include abbreviations or acronyms), e-mail, ID number and place of issue, and identifiers such as: ID Redalyc, ORCID (we highly recommend to create your login: <https://orcid.org/register>), Research Gate, Mendeley, Academia, Google Citation, among others (Identifiers that are not provided by the authors will not be included). Also, it is required that to provide full contact information from the correspondence author, including postal address, phone number and e-mail address.

Title. It must describe the article clearly, accurately and precisely; the title must have proper syntax, lack of abbreviations, has a maximum length from 15 to 20 words (except in clinical medical images where the number of words for the title is up to 8). The title must have a short

title for the heading of the pages.

Abstract. The work must include a well-structured abstract, the structure of it will depend on the article type, for example, for an original research article the structure will include Introduction (in which the objective of the study is specified in the least number of possible words), methodology, results, discussion and conclusions. The abstracts, in both Spanish and English will have between 250 and 300 words. In case that the original manuscript is in Portuguese, the abstracts must be in English and Portuguese. The use of references and acronyms is not recommended. Typing must be in third person. It is an English version of the abstract presented in Spanish, but not a literal translation. Translations from systematized programs like *Google traductor®* are not recommended.

Keywords. It is required to list at least 5 keywords in both the language of the submitted manuscript (Spanish or Portuguese) and English. Consult Health Sciences Descriptors (DeCS) published in <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>; to select the ones in Spanish, and consult Medical Subject Headings (MeSH) at <https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, to select the ones in English.

Text. It should not include the author's names, due that these information must be presented in the Title Page. The text of the article depends on the article type, as mentioned in that section.

Introduction. This section must provide enough background to give the reader a proper contextualization about the topic so that he/she can clearly see the scientific justification of the article. The objective of the article must be presented in a clear, concise and direct way. It is recommended to present the objective of the article in the last paragraph of this section.

Methodology. In general, it must include all necessary information to enable other researchers an adequate and an accurate reproducibility of the research. It may include: type of study, selection of population or materials used detailing the criteria for inclusion and exclusion, the brand and series of the materials, conditions under which the experiments were performed, the instruments used, in the case of surveys, it must be mentioned if they were elaborated by the authors or if they used previously validated surveys please mention in which or what studies these surveys were validated; technical specifications of the procedures, detailed procedures that allow other researchers to reproduce them, statistical analysis with their respective statistical techniques to each set of variables, and statistical packages used. In the final paragraph of the methodology include ethical aspects, where the type of risk study is mentioned, the ethics committee that approved the study, or in the case of clinical trials, the code which the clinical trial is registered in.

Results. Data or measurements of the main findings of the research must be presented in a logical, simple and clear sequence in the text, and they must be written in the past tense; data or measurements repeated must be given in charts or figures. The percent sign must be next to the number, no spaces between. The decimals should be indicated as a period (.) and the thousand units as a comma (,), this must be in the whole text.

Discussion. In this section, the author analyzes the results compared with those of the literature reviewed, where the author highlights the similarities and differences among them. The specific findings are mentioned as first and then, the general implications, keeping a logical, organized, clear and concise sequence. In this section is recommended to be precise with the meaning of the findings related to the hypothesis of the study, and to mention the limitations presented during the study.

Conclusions. They must be related to the objectives of the study, they must mention the scope of the research, and avoid statements not derived from the study's results.

Declaration of competing interests. Authors must inform in the manuscript if during the development of the work competing interests took place, declare the sources of financing of the work including the names of the sponsors along with explanations of the function of every source where appropriate, in designing the study, collecting data, analysis and interpretation of results, report writing, or a statement that funding does not have implications which could skew or suggest that may bias the study.

Tables and figures. Graphics, schemes and photographs, diagrams, charts, among others, will be named "Figure" and "Table". They must be placed at the end of the document. They should be cited in the order as they appear along the text, with Arabic numerals providing a list for the figures and another one for the tables, which should not have vertical lines. Each table and figure must be sent in a separate page along with their titles, explanatory description and its source

(in case it is elaborated by the author of the manuscript, it must be specified). Titles must be precise and must specify if they are elaborated by the author and if not, cite the source from which it was taken or their respective authorization. Every table must have their title above its appearance. Figures on the other hand, must have their title below its appearance.

Photographs must have an excellent image quality, date and source must be clarified and also the photos should be sent in JPEG format of 300 Dpi. In microscope preparations, it must be mentioned color and size according to the used objective. Figures will be published in color or black and white, according to its suitability.

Abbreviations. The author should avoid the use of abbreviations in the manuscripts title and abstract. When they appear for the first time in the text, they should be between parentheses and proceeded by the complete term they are making reference to, except for the units of measurement, which will be presented according to the International System of Units, without using plural.

References. Observe strictly the indications of the uniform requirements for manuscripts according to the the Library of the Public University of Navarra: Biblioteca de la Universidad Pública de Navarra. Oficina de Referencia. Guía para citar y referenciar. Estilo Vancouver [Internet], 2016. Available on: <https://goo.gl/LaUj46>. Assign a number to each reference cited in the text. Write down the reference numbers between parentheses; if the reference is next to a punctuation mark, place the number before this.

See the list of periodical publications accepted by PubMed (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) to get the exact abbreviation of the cited journal; if the journal does not appear, type the journal's full title. Transcribe only the first six authors of the article, followed by "et al". It is recommended the inclusion of national and Latin-American references for which you can see Lilacs, Latindex, Sibra, Imbiomed, Scielo, Pubindex, Fuente Académica, Periódica, Redalycs among other bibliographic sources. References should include articles about the topic published in the last four years in indexed journals in recognized databases and academic resources and auto-citation must be avoided.

Below, reference examples:

Printed publication

- Journal article

Gempeler FE, Díaz L, Sarmiento L. Manejo de la vía aérea en pacientes llevados a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Anestesiol*. 2012;40(2):119-23.

- No authorship

Solución corazón siglo 21 puede tener un aguijón en la cola. *BMJ*. 2002; 325(7357):184.

- Books and other monographs

Grossman SC, Porth CM. Porth's pathophysiology: Concepts of altered health states: Ninth edition. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States: Ninth Edition. Amsterdam: Elsevier; 2013. 1648 p.

- Book chapter and alike

Mompart García MP. La situación en enfermería. En: Cabasés Hita JM, editor. La formación de los profesionales de la salud: formación pregraduada, postgraduada y formación continuada. Madrid: Fundación BBVA; 1999. p. 493-514.

- Presentation

Arendt T. Alzheimer's disease as a disorder of dynamic brain self-organization. En: van Pelt J, Kamermans M, Levelt C, van Ooyen A, Ramakers G, Roelfsema P, editores. Development, dynamics, and pathology of neuronal networks: from molecules to functional circuits Proceedings of the 23rd International Summer School of Brain Research; 2003 Aug 25-29; Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences. Amsterdam: Elsevier; 2005. p. 355-78.

- - Technical reports

Barker B, Degenhardt L. Accidental drug-induced deaths in Australia 1997-2001. Sydney: University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre; 2003.

Newberry S. Effects of omega-3 fatty acids on lipids and glycemic control in type II diabetes and the metabolic syndrome and on inflammatory bowel disease, rheumatoid arthritis, renal disease, systemic lupus erythematosus, and osteoporosis. Rockville: Department of Health and Human Services (US), Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. Report No.: 290-02-0003.

- Newspapers

La "gripe del pollo" vuela con las aves silvestres. *El País* (Madrid) (Ed. Europa). 17 de julio de 2005;28.

Gaul G. When geography influences treatment options. *Washington Post* (Maryland Ed.). 24 de julio de 2005;Sec. A:12 (col. 1).

Online Publications

- Journal article

With URL:

Leiva MJ, Fuentealba C, Boggiano C, Gattas V, Barrera G, Leiva L, et al. Calidad de vida en pacientes operados de Bypass gástrico hace más de un año: influencia del nivel socioeconómico. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2009 [cited October 3rd, 2018];137:625-33. Available: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500005&lng=es

With DOI:

Rossi C, Rodrigues B. The implications of the hospitalization for the child, his family and nursing team. A descriptive exploratory study. *Online Braz J Nurs*. 2007;6(3):15-24. doi: 10.5935/1676-4285.20071110.

- Book or monography

With URL:

Zubrick SR, Lawrence D, de Maio J, Biddle N. Testing the reliability of a measure of Aboriginal children's mental health: an analysis based on the Western Australian Aboriginal child health survey [Internet]. Belconnen (Australia): Australian Bureau of Statistics; 2006 [cited October 25th, 2016]. 65 p. Available: <https://goo.gl/WkS90L>

With DOI:

Srivastava D, Mueller, M, Hewlett, E. Better Ways to Pay for Health Care [Internet]. Paris: OECD; 2016. 170 p. doi: 10.1787/9789264258211-en

- Book chapter

With URL:

Jessup AN. Diabetes Mellitus: A Nursing Perspective. En: Bagchi D, Sreejayan N, editores. Nutritional and Therapeutic Interventions for Diabetes and Metabolic Syndrome [Internet]. Amsterdam: Elsevier; [cited 3rd October, 2017];2012. p. 103-10. Available: <https://goo.gl/M9u1qt>

With DOI:

Urquhart C, Currell R. Systematic reviews and meta-analysis of health IT. En: Ammenwerth E, Rigby M, editores. Evidence-Based Health Informatics: Promoting Safety and Efficiency through Scientific Methods and Ethical Policy. Amsterdam: IOS Press; 2016. p. 262-74. doi: 10.3233/978-1-61499-635-4-262.

- Technical report

Arkes J, Pacula R, Paddock S, Caulkins J, Reuter P. Technical report for the price and purity of illicit drugs: 1981 through the second quarter of 2003 [Internet]. Washington (DC): Executive Office of the President (US), Office of National Drug Control Policy; 2004 [cited October 26th, 2016]. Report No.: NCJ 207769. Available: <https://goo.gl/7yhrcB>.

- Presentation

With URL:

Corral Liria I, Cid Expósito G, Núñez Álvarez A. Vinculación del género en la profesión de enfermería. En: Suárez Villegas JC, Liberia Vayá IH, Zurbano-Berenguer B, editores. I Congreso Internacional de Comunicación y Género Libro de Actas: 5, 6 y 7 de marzo de 2012. Facultad de Comunicación Universidad de Sevilla [Internet]. Sevilla: Universidad de Sevilla; Editorial MAD; 2012 [cited May 3rd, 2016]. p. 72-85. Available: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/33158>.

With DOI:

Yue-Ping Z, Yu-Jie G, Xiao-Yan L. Application of problem-based learning mode in nursing practice student teaching. En: Li S, Dai Y, Cheng Y, editores. Proceedings - 2015 7th International Conference on Information Technology in Medicine and Education, ITME 2015 [Internet]. Los Alamitos (CA): IEEE; 2016. p. 385-9. doi: 10.1109/ITME.2015.163.

- Master or Doctoral thesis

Soto Ruiz MN, Guillén Grima F (dir), Marín Fernández B (dir). Evolución de los estilos de vida relacionados con factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios de Navarra [tesis en Internet]. [Pamplona]: Universidad Pública de Navarra; 2016 [cited October 3rd, 2018]. Available: <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/20868>

- Complete webpage U.S. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2016 [cited October 26th, 2016]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Ethical aspects, confidentiality and plagiarism

Ethics in scientific publishing

When the publication involves contact with human beings, especially during experiments, it must be indicated if procedures were done according to the Ethical Committee standards approving the scientific work. Besides, the scientific work should be in agreement to the Helsinki Declaration of 1975, revised by the 59th General Assembly of the World Medical Association at Seoul, Korea, October 2008, available at <http://www.wma.net/s/policy/pdf/17c.pdf>. The informed consent and the name of the ethical committee approving the study must be stated in the methodology section, and in the case of clinical trials, the register number must be indicated.

Patients' names, initials or hospital numbers must not be used at any time. In case of using pictures of patients, a consent letter for publication should be included. In case of animal experiments, report that you have followed local regulations established to protect these animals.

Please, follow the guidelines suggested by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) published as "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals". They are also available at <http://www.icmje.org/recommendations/>. The Spanish version may be found at <http://www.icmje.org/recommendations/translations/>.

Authorship

An author is the person who has made a significant intellectual contribution to the study. Three basic criteria must be met collectively to be recognized as an author, the International Committee of Biomedical Journal Editors (ICMJE) in its review of December 2016, defines the author by the compliance of four criteria:

1. It must exist a substantial contribution to the conception and design of the article or to the acquisition, analysis or interpretation of data.
2. The author must have been involved in designing the research or critical review, and its intellectual content.
3. The author must have participated in the approval of the final version that will be published.
4. The author must have the ability to respond to all aspects of the article towards ensuring that issues related to the accuracy or completeness of all parts of the work are properly investigated and solved.

Each person designated as an author must meet the four criteria defined by authorship and who meets the four criteria must be identified as an author. Those who do not meet them should be recognized in the acknowledgments section.

Confidentiality

Manuscripts received and evaluated no matter if they are accepted or rejected, they will be handled as confidential material: the editor and the publishing group will not share information from them, or about their receipt and evaluation, content or status of the review process, criticism of evaluators and their final destination to anyone other than the authors and reviewers. Requests for third parties to use the manuscripts and to review legal procedures should be politely rejected.

During the process of external peer review, they will be asked to handle the submitted material as confidential, that it must not be discussed in public, do not appropriate from the ideas of the authors, and once presented its evaluation they are asked to destroy paper copies and eliminate electronic ones.

The manuscripts that are received, no matter if they are accepted or rejected along with their respective correspondence, they will be stored in a repository, this is done in order to comply with the instructions from PUBLINDEX Colombia.

Plagiarism

Plagiarism is one of the most common forms of misconduct in publications. It happens when one of the authors poses as own the work of others without permission, mention or appreciation.

Plagiarism has different levels of severity, such as:

- The amount of work he/she took from others (several lines, paragraphs, pages, entire article).
 - What it was copied (results, methodology or the introduction section)
- Information based on Elsevier. "Publishing Ethics Resource Kit (PERK)". Accessed March 8, 2017. www.elsevier.com/editors/publishing-ethics/perk

Editorial process and peer evaluation

Any material proposed for publication in MedUNAB must be sent via "portal de revistas académicas" at Autonomous University of Bucaramanga (UNAB) <http://www.unab.edu.co/medunab> through the Open Journal System (OJS), subscribe as an author by clicking on <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=user&op=register>.

Processing and shipping costs item

The shipping and publishing processes, as well as the acceptance to publish and the publication of the documents sent to Medunab magazine do not have any type of charge to authors.

Editing Formats

MedUNAB journal uses two final formats for editing: the physical format with ISSN 0123-7047 registration and the electronic format in PDF and HTML with ISSN 2382-4603 registration, as well as a doi: <https://doi.org/10.29375/issn.0123-7047>.

Article eligibility

The documents put into consideration of the editorial committee must meet the following criteria:

- Contributions to knowledge. The document makes interesting contributions to the state of art of the object of study.
- Originality. The document must be original, i.e. produced directly by the author, without imitation of other documents. Authors are requested to declare that the document is original and unpublished and that it is not postulated simultaneously in other magazines or editorials entities.
- Validity. Statements must be based on valid data and information.
- Clarity and accuracy in writing. Drafting the document must provide coherence to the content and clarity to the reader.

Peer Evaluation

The procedure for the review is as it follows: Once the article has been received, it is reviewed by the editor and the staff of the publishing school to verify its compliance with the formal elements requested in the instructions to the authors, this evaluation will be blind on behalf of the publishing school staff who do not know the names of the authors, also it will be subject to anti-plagiarism software from the journal and it will be performed a comprehensive review of the references. If the manuscript does not meet these criteria, it will be sent to the authors indicating the corrections they must take into account before continuing the process; but if it meets the formal requirements, the author will receive an acknowledgement that the manuscript has been evaluated by scientific peers external to the journal. This stage of the publishing process will take an average ranging from two to six months depending on the articles that are waiting to be reviewed.

External scientific peers to the journal will have an academic degree of Master's or Doctorate, whose field of action is related to the manuscript under evaluation and have published at least one scientific document within the last two years. In addition, the external peers consulted are researchers recognized by COLCIENCIAS-Colombia as Fellow, Associate or Senior researchers, or they will have an H5 Index equal to or greater than 2 for international external peers.

The external scientific peer review process will be double-blind. The authors' identity shall not be disclosed to the evaluators and the evaluators' names shall not be disclosed to the researchers. If the article is evaluated positively by an evaluator and negatively by another one, a third one is named and according to his/her concept, the inclusion of the document in the publication will be decided, and based on the previous concepts, the Editorial Committee will define whether the document is included in the publication or not. The observations of the external evaluators will be communicated to the authors along with the concept of acceptance with adjustments, final acceptance or rejection. Once the author receives the evaluators' comments, he/

she will proceed to work on the corresponding modifications point by point and write down the corresponding modifications in the text. If the author decides not to follow a recommendation, this must be argued and finally, send the new version of the work within the next four weeks. This stage will take an average ranging from four to eight months depending on the availability of external peers, who perform this work *ad honorem*, and the time authors apply the changes requested by external peers

After edition and style correction have taken place, the authors will receive the diagramming tests about the article to carefully revise and return them to the editor with any observations within the next 48 hours. If the editors do not hear from the main author, it will be understood that the work is ready to be published. After publishing the edition, the main author will receive the web address that leads to his/her published article, along with a letter of acknowledgement.

The author has the option to send a short video with adequate image quality, lighting and sound. It must be short, lasting maximum 3 minutes that includes the following structure: Name of the authors, title of the article, summary of the study and its main results to highlight. This video will be uploaded in our youtube channel, looking forward to reach a greater visibility from the article published.

Submission of the manuscript. The manuscript must be submitted with a letter signed by all the authors that they agree with its contents,

and originality. It must also be mentioned that the manuscript has not been published partially or totally before, as well as evaluated by other journal. If tables and figures are not original, the author of the manuscript must send a consent letter stating copyrights and credentials where material was taken from.

Once the article has been accepted for publication, all the authors must sign a form transferring all copyrights to the journal. Without this document, it is impossible to publish in MedUNAB journal.

In case of further doubts or need of guidance, you may contact us under:

Revista MedUNAB

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Calle 157 N° 19-55 Cañaveral Parque

Floridablanca, Santander, Colombia.

Telephone numbers: (57) 7+ 6436111 Ext. 549, 529

E-mail: medunab@unab.edu.co

Instruções para os autores

Objetivo e política editorial

MedUNAB foi criado em 1997 pela comunidade acadêmica da Universidade Autônoma de Bucaramanga (UNAB), tendo como base os princípios e conteúdos do conhecimento, da autonomia, da harmonia e da Cidadania contidos e propostas pelo Projeto Educativo Institucional da Universidade Autônoma de Bucaramanga-UNAB.

MedUNAB divulga a produção intelectual gerada pela atividade científica, acadêmica ou formativa em torno às disciplinas relacionadas com Ciências da Saúde.

A revista MedUNAB se publica cada quatro meses, destina-se a profissionais e estudantes de ciências da saúde e áreas afins. Sua edição é publicada em Bucaramanga, Santander, Estado da Colômbia.

Liberdade editorial

MedUNAB tem plena autoridade e liberdade editorial em relação a todo o conteúdo e ao momento da sua publicação. A avaliação, seleção, programação ou edição dos artigos é realizada pelo grupo editorial, sem a interferência de terceiros, direta ou indiretamente. As decisões editoriais estão baseadas na validade do trabalho e na sua importância para os leitores; Além disso, tais decisões são tomadas sem medo de represálias.

Fontes de financiamento

A revista MedUNAB é financiado exclusivamente pela Universidade Autônoma de Bucaramanga, não recebe fontes externas de financiamento ou de outra índole, a publicidade que aparece na versão física da revista, é de natureza institucional e acadêmica

Licenciamento

As publicações da revista MedUNAB estão sob a Licença da Atribuição Criativa Comum (Creative Commons CC) do tipo 4.0, com direitos de atribuição e não-comercial.

Tipo de artigos

MedUNAB recebe artigos científicos escritos em Espanhol, Inglês ou Português nas seguintes categorias:

O artigo investigação científica e tecnológica / original. É um documento que apresenta em detalhe os resultados originais de projetos de pesquisa, com um máximo de 4,000 palavras, excluindo título, resumo, palavras-chave, tabelas, figuras e referências. Geralmente contém cinco seções: Resumo, Introdução, Métodos, Resultados-Discussão e Conclusões (R-I-H-R-D-C). Com um número mínimo de 20 referências.

Artigo de reflexão como resultado de uma pesquisa. Relaciona os resultados de uma pesquisa desde uma perspectiva analítica, interpretativa ou crítica do autor sobre um tema específico utilizando fontes originais, enfoques específicos para pesquisar problemas ou projetos de investigação com a respectiva reflexão. Normalmente ele contém quatro seções: Resumo, Introdução, Temas de reflexão e Conclusões. Número mínimo de referências: 20.

Artigo de revisão. O documento é o resultado de uma pesquisa onde é analisado, sistematizado e integrado o resultado da pesquisa, publicada ou não num campo da ciência ou tecnologia; Caracteriza-se por uma apresentação detalhada da busca bibliográfica sistemática em que são detalhados os critérios de inclusão e exclusão, termos de pesquisa, bases de dados, período, idioma, dentre outros, da literatura selecionada. Exponha os dados da pesquisa e seleção de artigos como um fluxograma (<http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>). Ele difere de um artigo de meta-análise, enquanto nesta, os autores apresentam uma síntese razoável com uma análise estatística dos resultados encontrados nos estudos. Geralmente contém cinco seções: Resumo, Introdução, Metodologia, Questões para desenvolver na revisão (é recomendado incluir tabelas, gráficos e figuras) e Conclusões, com um máximo de 5000 palavras, excluindo título, resumo, palavras-chave, tabelas, figuras e referências, com um número mínimo de 50 referências.

Pequeno artigo. Estes são breves relatórios ou o progresso dos resultados parciais de uma pesquisa original, cuja rápida divulgação é muito útil, com um máximo de 2000 palavras, excluindo título, resumo, palavras-chave, tabelas, figuras e referências. Normalmente ele contém cinco seções: Resumo, Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão e Conclusões. Número mínimo de referências: 20.

Informação do caso ou apresentação de um caso clínico. Revisão e

casos de interesse para disciplinas como a medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia e outras áreas de relacionadas com as ciências da saúde. Estes documentos têm, no máximo, 2.000 palavras, excluindo título, resumo, palavras-chave, tabelas, figuras e referências. Número mínimo de referências: 20. O paciente deve assinar um termo de consentimento informado, e este deve ser enviado em conjunto com o artigo, para a revista MedUNAB.

A estrutura do artigo, em casos clínicos de Medicina, Enfermagem e Psicologia :

- **Caso clínico de Medicina.** Geralmente contém Resumo, Introdução (na qual se justifica a importância do caso), Apresentação do caso, Discussão (a comparação das semelhanças e diferenças são feitas de acordo com a literatura) e conclusões. Recomendamos consultar os itens da lista de verificação com recomendações das informações que devem ser incluídas na apresentação do caso: <http://www.care-statement.org/resources/checklist>.

- **Descrição do caso e do processo nos cuidados da Enfermagem.** Contém geralmente Resumo, Introdução (inclui uma breve visão geral do quadro clínico ou doença e o modelo teórico que serve de base no processo dos cuidados de enfermagem), metodologia, resultados (incluindo o plano cuidados com diagnósticos de enfermagem da NANDA-NIC e NOC) e Conclusões. Veja exemplos no link a seguir <http://doi.org/10.4321/S1132-12962011000100023>.

- **Relato de caso (situação de Enfermagem) e relato de caso em Psicologia.** Manuscrito que apresenta os resultados de estudos sobre uma determinada situação, a fim de divulgar as experiências técnicas e metodológicas consideradas em um caso específico. Inclui uma revisão sistemática da literatura sobre casos análogos. Geralmente contém, Resumo, Introdução, Metodologia, Resultados e Conclusões. Veja o exemplo no seguinte link: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.61443>.

- **Imagens da medicina clínica.** Fotografias que têm o objetivo de captar e ilustrar de forma visual e didática um conceito, descoberta, variedade, doença ou diagnóstico encontrado pelos profissionais de saúde na prática clínica diária. Devem ser necessariamente imagens com alta resolução e alta qualidade, originais, que não tenham sido enviadas ou publicadas em outras fontes. As fotografias devem ser representativas e destacar a importância do assunto que se pretende ilustrar. O número máximo de fotografias para uma remessa será 4, no entanto, no momento do envio, elas devem ser enviadas separadamente (elas serão referenciadas da esquerda para a direita e as localizadas nas linhas superior e inferior: A, B, C, D, respectivamente).

Os requisitos das fotografias são: imagem com ângulo apropriado para registro, nitidez e iluminação suficientes para apreciar os detalhes, com uma resolução de 300 dpi. Eles são aceitos no formato JPEG.

Qualquer informação que identifique o paciente (nome, documentação, nome da instituição, número de histórico clínico, entre outros) deve ser eliminada, na medida do possível. Em qualquer caso, o paciente deve assinar um termo de consentimento informado, e este deve ser enviado junto com as imagens ao fazer a primeira remessa para o periódico MedUNAB.

A extensão do título deve ser de oito palavras. A escrita deve ser enviada em formato editável em arquivo separado da (s) fotografia (s). A estrutura da escrita é: Informação clínica relevante (descrição do caso, achados clínicos, laboratório, resposta ao tratamento, evolução), definição da patologia, descrição usual das lesões de acordo com a literatura, justificativa que deixa clara a importância da publicação da imagem.

Limite de palavras com descrição do caso: 500 (idealmente 200 - 300 palavras). Número máximo de autores: 3. A revista reserva-se o direito de editar as imagens enviadas para se ajustarem à qualidade exigida. Número de referências: 2 a 6.

Revisão da parte (revisão narrativa). Resultado da avaliação crítica da literatura sobre um tema específico; a revisão do tema ou revisão narrativa não apresenta uma metodologia para recolher a informação utilizada, geralmente o autor ou perito faz uma seleção de referências de acordo com seus critérios. Ele contém Resumo, Introdução ao assunto, a divisão dos temas revisados e

as conclusões, com um máximo de 5000 palavras, excluindo título, resumo, palavras-chave, tabelas, figuras e referências. Se pode incluir tabelas, gráficos e figuras. Número mínimo de referências: 40 **Artigo de reflexão não necessariamente como resultado de uma pesquisa.** Refere-se a um estudo que apresenta o ponto de vista defendido pelo autor sobre um tema específico. Contém resumo, introdução ao tema, uma divisão dos temas discutidos e conclusões. Número mínimo de referências: 25

Resenha editorial ou revisão crítica da literatura científica. Apresenta-se brevemente (até mil palavras) um problema clínico em torno do qual surgiram um ou mais estudos recentes, que expressam o estado do conhecimento. Ele inclui uma discussão sobre a validade destes estudos, seus resultados e interpretação para a editorial e o ambiente ao redor que seus criadores. Deve conter uma posição clínica que qualifique a força e a tendência de novas provas científicas. Um exemplo deste tipo de artigo pode ser visto no seguinte link: <http://cardiecol.org/comunidad/mayor-frecuencia-y-diversidad-en-la-actividad-f%C3%ADsica-previenen-la-enfermedad-coronaria-en> <http://www.cardiecol.org/comunidad/dieta-eventos-cardiovasculares-mayores-hora-cambiar-pol%C3%ADticas-para-sustituir-exceso-carbohidratos>

Nota técnica. Descreva detalhadamente uma nova técnica de laboratório ou modificações a uma já estabelecida, enfatizando as vantagens do procedimento ou a inovação criada. Ela contém resumo, introdução, técnica para apresentá-la e conclusões. Número mínimo de referências: 10

Palestra. Trabalho apresentado nos eventos acadêmicos (congressos, conferências, simpósios, seminários e outros). Deve ser uma contribuição original e corrente nas ciências da saúde. Contém resumo, apresentação do tema e conclusões. É necessário informar a data e o evento da apresentação.

Carta ao editor. Pontos de vista críticos, analíticos ou interpretativos sobre o conteúdo publicado na revista que a critério do Conselho Editorial, constituem uma importante discussão do tema por parte da comunidade científica de referência. A correspondência publicada pode ser editada por razões de cumprimento, correção gramatical ou estilo, do qual se há de informar o autor antes da sua publicação.

Editorial. Documento escrito pelo editor, um membro do Conselho Editorial ou um pesquisador convidado em temas atuais e de interesse científico no domínio temático da revista. Os editores têm um comprimento máximo de 1.500 palavras, excluindo título e referências.

Características os parágrafos

Orientações gerais

Se os textos enviados não seguem as indicações dadas, não se dará início ao processo editorial dos manuscritos recebidos, nem se comunicará que o manuscrito está em processo de avaliação.

Os manuscritos serão recebidos num formato eletrônico editável (por exemplo, Microsoft Word ®), deverão incluir: folha de apresentação (ele vai num arquivo separado), título e título curto, resumo, palavras-chave, texto, agradecimentos, conflito de interesses, referências, tabelas, figuras com seus títulos e legendas. Abreviaturas e unidades de medida levam o espaço duplo, não se deixa espaço extra entre parágrafos; deixando um só após o ponto e seguido ou do ponto e aparte. Usar como fonte o Times New Roman tamanho 12, com margens de 3 cm nos quatro lados. Usar a letra em itálico para os termos científicos; por favor, não sublinhar nada.

O documento original e todos os seus anexos devem ser enviados ao editor em formato eletrônico, através da plataforma OJS.

Orientação os parágrafos

Folha de cobertura. Esta seção deve incluir para cada autor o seu nome completo, grau (s) acadêmico (s), afiliação institucional, cidade, estado, e país (as informações apresentadas não devem ir com abreviaturas ou siglas), e-mail e identificadores tais como ID Redalyc, ORCID, researchgate, Mendeley, Academia Citation Google, etc. (os identificadores que não são oferecidos pelos autores não serão incluídos). Além disso, se deve anotar o nome do autor responsável pela correspondência com o seu email, número de telefone e endereço completo.

Título. Deve descrever o artigo de forma clara, exata e com precisão; o título deve ter a sintaxe apropriada, sem abreviaturas, ter no máximo entre 15 a 20 palavras. (Exceto para imagens de medicina clínica, onde sua extensão máxima é de 8 palavras). Você deve acompanhar o título do trabalho com um título curto no início das páginas.

Resumos. O trabalho deve incluir um resumo cuja estrutura dependerá do tipo de cada artigo, por exemplo, para um artigo original de pesquisa, a estrutura é: Introdução (na qual o objetivo do estudo deve ser feito com o menor número de palavras), Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusões. O resumo em espanhol e em Inglês, terá até 250 a 300 palavras. Se o manuscrito original é em Português, o resumo deve ser em Inglês e Português. Não é permitido o uso de referências nem se recomenda incluir siglas nos resumos. O texto deve ser na terceira pessoa.

Resumo. É uma versão em língua inglesa do resumo estruturado no espanhol, não é uma tradução literal, as traduções não se devem ser feitas com programas de Tradução de Google sistematizados tipo traductor® recomendado.

Palavras-chave. É necessário usar no mínimo cinco palavras-chave em espanhol e Inglês. Para selecionar as palavras-chave em espanhol ver as Ciências da Saúde (DeCS) publicados em <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>; para selecionar palavras-chave em Inglês, consulte o Medical Subject Headings (MeSH) em <https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

Texto. O texto do artigo não deve incluir o nome dos autores, uma vez que esta informação é encontrada na folha de apresentação. De acordo com o tipo de artigo, como foi mencionado na seção de tipologia do artigo.

Introdução. Esta seção deve oferecer suficiente informação que permita contextualizar o leitor sobre o tema e possa ver claramente a justificação científica do artigo. O objetivo do artigo deve apresentar-se de forma clara, concisa e direta, é aconselhável expressá-lo no último parágrafo da introdução.

Metodologia. Em geral deve incluir toda a informação necessária para que outros pesquisadores possam reproduzir a pesquisa de maneira adequada e precisa, a metodologia pode incluir: tipo de estudo realizado, a escolha da população ou materiais utilizados detalhando os critérios de inclusão e exclusão, a marca e a série dos materiais, as condições em que as experiências foram realizadas, os instrumentos utilizados; no caso de inquéritos se deve mencionar se foram elaboradas pelos autores ou se usaram pesquisas previamente validadas. Recomenda-se não esquecer as especificações técnicas avançadas em matéria dos procedimentos de colheita da informação que permita a outros pesquisadores replicar o estudo. Além disso, a análise estatística deve ser apresentada com as suas técnicas estatísticas para cada conjunto de variáveis, e os pacotes estatísticos utilizados. No parágrafo final da metodologia incluir os aspetos éticos, onde se deixe claro o tipo de risco decorre do estudo, o Comitê de Ética que aprovou o estudo, ou no caso de provas clínicas o código que identifica o registrado ensaio clínico.

Resultados. Os dados ou medições das principais conclusões da pesquisa devem ser apresentados numa sequência lógica, simples e clara e deve ser expressa no passado; os dados ou medições repetidas devem ser feitas em tabelas ou figuras. Os valores representados na percentagem devem ser acompanhados do valor que eles representam. O símbolo de percentagem deve ser anexado ao número. Os decimais devem ser indicados com um ponto (.) e as unidades de milhares com uma vírgula (,), isto aplica-se a todo o texto.

Discussão. Nesta sessão, o autor analisa os resultados comparando-os, por semelhanças e diferenças, com os da literatura revisada. Os achados específicos são mencionados primeiro e, depois as implicações gerais, mantendo uma sequência lógica, ordenada, clara e concisa. É aconselhável que na discussão se expresse o significado dos resultados encontrados relacionados com a hipótese do estudo e se mencione as limitações apresentadas.

Conclusões. Devem ser relacionadas com os objetivos do estudo; mencionar o âmbito da pesquisa; evitar as declarações que não provenham dos resultados do estudo.

Declaração de conflitos de interesse. Os autores devem declarar no manuscrito se durante o desenvolvimento do trabalho existia ou não conflitos de interesse; declarar as fontes de financiamento do trabalho, incluindo os nomes dos patrocinadores, juntamente com as explicações sobre a função de cada uma das fontes na concepção do estudo, na coleta de dados, análise e interpretação dos resultados, na redação do relatório ou uma declaração de que o financiamento não tem implicações que poderia distorcer ou sugerir que possa desvirtuar o estudo.

Tabelas e figuras. Os gráficos, diagramas, fotografias, diagramas, gráficos, entre outros, serão chamados em qualquer caso "figuras" e "tabelas". Devem encontrar-se no final do documento. Eles são citados em ordem de aparição com algarismos arábicos em listas separadas:

uma para figuras e outra para as tabelas, estas últimas não devem usar linhas verticais.

Cada tabela ou figura deve estar numa página separada com seu próprio título e **legenda explicativa e fonte (no caso de ser elaborado pelos autores, também deve ser especificado)**. Os títulos devem ser precisos e deve especificar se eles são próprios ou citar a fonte de onde foram tomadas e a sua devida autorização. Todas as tabelas devem ter um título localizado na parte superior da tabela. No caso das figuras, seu título deve ir na parte inferior da figura.

As fotografias devem ter excelente qualidade de imagem e esclarecer a data e a fonte de onde se tiraram e devem ser enviados em formato JPG Dpi 300. Em preparações de microscópio, deve referir-se à coloração e aumento dependendo da lente utilizada. As figuras serão publicadas em cores ou em preto e branco de acordo com a sua relevância.

Abreviaturas. Evite usar abreviaturas no título e resumo do trabalho.

Quando eles aparecem pela primeira vez no texto deve ser colocado entre parênteses e precedidas pelo termo completo, exceto para as unidades de medida que são apresentadas em unidades métricas de acordo com o Sistema Internacional de Unidades, não plural.

Referências. Observe rigorosamente as indicações dos requisitos uniformes para manuscritos da Biblioteca da Universidade Pública de Navarra. Escritório de referência. Guia para citação e referência. Estilo Vancouver [Internet]. 2016. Recuperado de: <https://goo.gl/LaUj46>.

Anote os números das referências entre parênteses; se a referência é ao lado de um sinal de pontuação, digite o número antes deste.

Veja a lista de revistas aceites pela PubMed (<http://www.nlm.nih.gov/bsd/serials/lil.html>) para abreviatura precisa da referida revista; se a revista não aparecer, digite o título completo da revista. Transcrever apenas os seis primeiros autores do artigo, seguido de "et al". Incluindo referências nacionais e latino-americanas para os quais pode consultar Lilacs, Latindex, Sibra, Imbiomed, Scielo, Pubindex, Fonte Academic, Periódica, Redalyc e outras fontes bibliográficas relevantes recomendadas. As referências devem incluir artigos sobre o assunto publicados nos últimos quatro anos em revistas indexadas em bases de dados e fontes acadêmicas reconhecidas e deve ser evitado, auto citar-se.

Seguem alguns exemplos de referências:

Publicações impressas

• Artigo de jornal

Gempeler FE, Díaz L, Sarmiento L. Manejo de la vía aérea en pacientes llevados a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. Rev Colomb Anestesiol. 2012;40(2):119-23.

• Nenhum autor

Solução Coração Seculo XXI pode ter um ferrão na cauda. BMJ. 2002; 325 (7357): 184.

• Livros e monografias

Grossman SC, Porth CM. Porth's pathophysiology: Concepts of altered health states: Ninth edition. Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States: Ninth Edition. Amsterdam: Elsevier; 2013. 1648 p.

• Capítulo de livro

Mompart García MP. La situación en enfermería. En: Cabasés Hita JM, editor. La formación de los profesionales de la salud: formación pregraduada, postgraduada y formación continuada. Madrid: Fundación BBVA; 1999. p. 493-514.

• Palestras

Arendt T. Alzheimer's disease as a disorder of dynamic brain self-organization. En: van Pelt J, Kamermans M, Levelt C, van Ooyen A, Ramakers G, Roelfsema P, editores. Development, dynamics, and pathology of neuronal networks: from molecules to functional circuits Proceedings of the 23rd International Summer School of Brain Research; 2003 Aug 25-29; Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences. Amsterdam: Elsevier; 2005. p. 355-78.

• - Relatórios técnicos

Barker B, Degenhardt L. Accidental drug-induced deaths in Australia 1997-2001. Sydney: University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre; 2003.

Newberry S. Effects of omega-3 fatty acids on lipids and glycemic control in type II diabetes and the metabolic syndrome and on inflammatory bowel disease, rheumatoid arthritis, renal disease, systemic lupus erythematosus, and osteoporosis. Rockville: Department of Health and Human Services (US), Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. Report No.: 290-02-0003.

• - Jornal

La "gripe del pollo" vuela con las aves silvestres. El País (Madrid) (Ed. Europa). 17 de julio de 2005;28.

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 24 de julio de 2005;Sec. A:12 (col. 1).

Publicações eletrônicas

• - Artigo de revista

- Com URL:

Leiva MJ, Fuentealba C, Boggiano C, Gattas V, Barrera G, Leiva L, et al. Calidad de vida en pacientes operados de Bypass gástrico hace más de un año: influencia del nivel socioeconómico. Rev Méd Chile [Internet]. 2009 [citado 3 de octubre de 2018];137:625-33. Recuperado a partir de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500005&lng=es

- Com DOI:

Rossi C, Rodrigues B. The implications of the hospitalization for the child, his family and nursing team. A descriptive exploratory study. Online Braz J Nurs. 2007;6(3):15-24. doi: 10.5935/1676-4285.20071110.

• - Livro ou monografia

Com URL:

Zubrick SR, Lawrence D, de Maio J, Biddle N. Testing the reliability of a measure of Aboriginal children's mental health: an analysis based on the Western Australian Aboriginal child health survey [Internet]. Belconnen (Australia): Australian Bureau of Statistics; 2006 [citado 25 de octubre de 2016]. 65 p. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/WkS9OL>

Com DOI:

Srivastava D, Mueller, M, Hewlett, E. Better Ways to Pay for Health Care [Internet]. Paris: OECD; 2016. 170 p. doi: 10.1787/9789264258211-en

• - Capítulo de livro

Com URL:

Jessup AN. Diabetes Mellitus: A Nursing Perspective. En: Bagchi D, Sreejayan N, editores. Nutritional and Therapeutic Interventions for Diabetes and Metabolic Syndrome [Internet]. Amsterdam: Elsevier; 2012. p. 103-10. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/M9u1qt>

Com DOI:

Urquhart C, Currell R. Systematic reviews and meta-analysis of health IT. En: Ammenwerth E, Rigby M, editores. Evidence-Based Health Informatics: Promoting Safety and Efficiency through Scientific Methods and Ethical Policy. Amsterdam: IOS Press; 2016. p. 262-74. doi: 10.3233/978-1-61499-635-4-262.

• Relatórios técnicos

Arkes J, Pacula R, Paddock S, Caulkins J, Reuter P. Technical report for the price and purity of illicit drugs: 1981 through the second quarter of 2003 [Internet]. Washington (DC): Executive Office of the President (US), Office of National Drug Control Policy; 2004 [citado 26 de octubre de 2016]. Report No.: NCJ 207769. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/7yhrcB>.

• Palestras

- Com URL:

Corral Liria I, Cid Expósito G, Núñez Álvarez A. Vinculación del género en la profesión de enfermería. En: Suárez Villegas JC, Liberia Vayá IH, Zurbano-Berenguer B, editores. I Congreso Internacional de Comunicación y Género Libro de Actas: 5, 6 y 7 de marzo de 2012. Facultad de Comunicación Universidad de Sevilla [Internet]. Sevilla: Universidad de Sevilla; Editorial MAD; 2012 [citado 3 de mayo de 2016]. p. 72-85. Recuperado a partir de: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/33158>.

Com DOI:

Yue-Ping Z, Yu-Jie G, Xiao-Yan L. Application of problem-based learning mode in nursing practice student teaching. En: Li S, Dai Y, Cheng Y, editores. Proceedings - 2015 7th International Conference on Information Technology in Medicine and Education, ITME 2015 [Internet]. Los Alamitos (CA): IEEE; 2016. p. 385-9. doi: 10.1109/ITME.2015.163.

• Tese de mestrado ou de doutorado

Soto Ruiz MN, Guillén Grima F (dir), Marín Fernández B (dir). Evolución de los estilos de vida relacionados con factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios de Navarra [tesis en Internet]. [Pamplona]: Universidad Pública de Navarra; 2016 [citado

3 de outubro de 2018]. Recuperado a partir de: <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/20868>

• Páginas da Web completas
U.S. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2016 [citado 26 de outubro de 2016]. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Questões éticas, sigilo e plágio

Ética na publicação científica

Quando a publicação envolve o contato com seres humanos, principalmente durante as experiências, se deve indicar os procedimentos realizados de acordo com as normas da Comitê de Ética que aprovou o trabalho e a Declaração de Helsinki de 1975, revisada na 59ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em Seul (Coreia do Sul), em outubro de 2008, disponível em <http://www.wma.net/s/policy/pdf/17c.pdf>. De todo jeito, é necessário que na metodologia se informe o tipo de consentimento informado e o nome do Comitê de Ética que aprovou o estudo, no caso de exames clínicos indicar o número de registro.

Em qualquer circunstância, não usar os nomes dos pacientes, nem as iniciais ou números dos hospitais. No caso de material ilustrativo com a imagem do paciente, deve ser passado com o artigo a autorização expressa conferida por este para publicação.

No caso das experiências com animais, se há de informar que seguiram as normas locais estabelecidos para a proteção destes animais.

Por favor, siga as instruções do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas), que estão publicadas como “Recomendações para a conduta, relatórios, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em revistas médicas” se encontram disponíveis em <http://www.icmje.org/recommendations/>. A versão em espanhol está disponível em <http://www.icmje.org/recommendations/translations/>.

Autoria

Um autor é a pessoa que faz uma contribuição intelectual significativa para o estudo. É necessário cumprir satisfatoriamente com os três critérios básicos para ser reconhecido como um autor. Não entanto, o Comitê Internacional de Editores Biomédica (ICMJE), em sua revisão de Dezembro de 2015, o autor define o cumprimento de quatro critérios, a saber:

Que existe uma contribuição substancial para a concepção e desenho do artigo ou à aquisição, análise ou interpretação dos dados de contribuição.

Participou na elaboração da pesquisa ou revisão crítica do seu conteúdo intelectual.

Participou na aprovação da versão final que será publicado.

Capacidade para responder a todos os aspectos do artigo no sentido de assegurar que as questões relacionadas com a precisão ou veracidade de qualquer parte do trabalho são devidamente investigadas e resolvidas.

Qualquer pessoa designada como um autor tem de cumprir os quatro critérios que definem a autoria e quem satisfaça os quatro critérios deve ser identificado como autor. Aqueles que não estão em conformidade devem ser reconhecidos nos agradecimentos.

Confidencialidade

Os manuscritos recebidos e avaliados sem se preocupar pela sua aceitação ou rejeição serão tratados como material confidencial: o editor e o grupo editorial não compartilhará a informação sobre os manuscritos, nem sobre o recebimento, o conteúdo, a avaliação e o estado do processo de revisão crítica de avaliadores; nem o seu destino final. As informações serão dadas unicamente aos autores e aos avaliadores. Os pedidos de outros para usarem os manuscritos e sua revisão para processos legais será educadamente recusado.

Aos pares externos será solicitado durante o processo de revisão para lidar com o material como confidencial, que este não é discutido em público, não se apropriar das idéias dos autores. Além disso, uma vez que apresentarem sua avaliação, é pedido a destruição das cópias em papel e eletrônicas.

Os manuscritos recebidos, independentemente de estas são aceites ou rejeitados, juntamente com a respectiva correspondência serão armazenados num arquivo, isto é feito, a fim de cumprir as instruções PUBLINDEX Colômbia.

Plágio

O plágio é uma das formas mais comuns de má conduta em publicações. Acontece quando um dos autores se coloca como dono do trabalho dos outros sem licença, ou citar adequadamente os autores ou reconhece-los. O plágio tem diferentes níveis de gravidade, tais como:

- O que e quanto se utiliza do trabalho de outra pessoa (várias linhas, parágrafos, páginas, ou todo o artigo).

-O Que é o que é copiado (resultados, métodos ou a introdução).

As informações registradas em Elsevier. “Resource Ética Publishing Kit (PERK)”. Pesquisado em 08 de Março de 2017. www.elsevier.com/editors/publishing-ethics/perk

Processo editorial e avaliação paritária

Todo o material proposto para a publicação em MedUNAB pode ser enviado por meio do Portal para as revistas acadêmicas da Universidade Autônoma de Bucaramanga <http://www.unab.edu.co/medunab>, a través do Jornal Open System (OJS). Faça a assinatura do registro como autor em, <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=user&op=register>. Outra opção para obter a publicação é no E-mail: medunab@unab.edu.co.

Processamento e custos de envio dos artigos

Os processos de envio e dos editoriais, assim como a aceitação e publicação dos manuscritos submetidos à revista MedUNAB não geram qualquer custo para os autores.

Formatos de edição

A revista MedUNAB teve um formato físico com o registro ISSN 0123-7047 até 2018. E hoje, com o objetivo de cuidar do nosso meio ambiente, acolhemos a iniciativa do formato eletrônico exclusivo em PDF e HTML com o registro ISSN 2382-4603, além do registro doi: <https://doi.org/10.29375/issn.0123-7047>.

Elegibilidade dos artigos

Os documentos colocados em consideração do conselho editorial deve atender aos seguintes critérios:

-Aportes Conhecimento. O documento faz contribuições interessantes para o estado da arte do objeto de estudo.

-Originalidade. o documento deve ser original, ou seja, produzido diretamente pelo autor, sem imitação de outros documentos. É solicitado aos autores uma declaração de que o documento é original e inédita, e não é postulado simultaneamente em outras revistas ou órgãos de publicação.

-Autenticidade. As afirmações devem basear-se em dados e informações verdadeiras.

-Clareza e precisão na escrita. A elaboração do conteúdo deverá garantir a coerência e clareza para o leitor.

Avaliação pelos pares

Após o recebimento do material é revisado pelo editor e sua equipe de publicação para verificar a conformidade com os requisitos formais solicitados nas instruções aos autores, essa avaliação será cega pela equipe de publicações que não sabem os nomes dos autores, também passará pelo software anti-plágio da revista e se fará uma ampla revisão das referências. O não cumprimento destes critérios, o manuscrito será enviado aos autores indicando as correções antes de continuar o processo. Se o manuscrito atender aos requisitos formais, o autor receberá uma notificação de que foi aceito e enviado para uma avaliação de pares científicos externos à revista. Esta etapa do processo editorial leva uma média de dois a seis meses, dependendo dos artigos que estão à espera de ser revisados.

Os pares científicos externos à revista devem ter um grau acadêmico de Mestrado ou Doutorado, cujo escopo está relacionado com o manuscrito que ira avaliar e tenham feito pelo menos uma publicação científica nos últimos dois anos. Além disto, os pares externos consultados devem estar reconhecidos por COLCIENCIAS-Colômbia como pesquisadores Junior, Associado e Superior, ou ter um índice H5 maior ou igual a 2 para pares externos internacionais.

O processo de avaliação pelos pares científicos externos será de duplo-cego; a identidade dos autores nem revisores destes é revelado. Se o artigo for avaliado positivamente por um avaliador e negativamente por outro, é designado um terceiro e segundo o conceito se decide a inclusão do documento na publicação. Com base nos conceitos os avaliadores, o Conselho Editorial decide se é ou não publicado. As observações dos avaliadores externos serão comunicadas aos autores juntamente com o conceito de aceitação com ajustes,

aceitação final ou rejeição.

Uma vez que o autor recebeu observações dos avaliadores, ele deve proceder para responder ponto por ponto e incorporar as modificações apropriadas no texto, as recomendações que o autor não decide não seguir devem ser argumentadas; finalmente, a nova versão deve ser enviada no prazo de quatro semanas seguintes.

Esta etapa do processo editorial leva em média quatro a oito meses, dependendo da disponibilidade de pares externos que fazem este trabalho *ad honorem*, e do tempo em que os autores façam as mudanças solicitadas pelos pares externos.

Após feita a edição e a revisão do estilo, os autores receberão o jeito da diagramação do artigo, que deve ser cuidadosamente revisto e reenviados com a sua aprovação ou comentários que podem ser aplicados pelo editor no período máximo de 48 horas. Se nenhuma resposta é recebida pelo autor principal se pensa que concorda com a versão impressa. Uma vez terminada a publicação, o autor principal receberá a notificação de sua publicação e o link onde encontrará seu artigo, juntamente com uma carta de agradecimento.

O autor da correspondência terá a possibilidade de enviar um vídeo com qualidade de imagem, iluminação e som adequados. Esta deve ser curta, com no máximo 3 minutos de duração, preenchendo a seguinte estrutura: Nomes dos autores, título do artigo em destaque, resumo e principais resultados do estudo. Este vídeo será publicado no canal da revista no YouTube com o objetivo de gerar maior visibilidade à sua produção científica.

Remissão do manuscrito. O manuscrito deve ser enviado com uma carta assinada por todos os autores afirmando que eles conhecem e concordam com o seu conteúdo e originalidade. Refira-se também que o manuscrito não foi publicado anteriormente, total ou em parte, ou que se está avaliando em outra revista. Se está utilizando tabelas ou figuras que não são genuínas, o autor do manuscrito deve enviar a licença escrita para a utilização de tais tabelas ou figuras de parte dos titulares dos direitos de autor, e incluir no texto da fonte do manuscrito que conta com a licença de uso e a fonte de onde foi tomado.

Uma vez que o artigo foi aceito para publicação todos os autores devem assinar um copyright formato de transferência. De direitos de autor. Sem este documento é impossível a publicação na Revista MedUNAB.

Em caso de dúvidas, você pode sempre nos contatar através de:

Revista MedUNAB

Universidade Autônoma de Bucaramanga

No. 19-55 157th Rua Canaveral Parque

Floridablanca, Santander, Colômbia. Telefone: (57) 6436111 Ext 7+549, 529

E-mail: medunab@unab.edu.com

Declaración de originalidad de artículos recibidos en MedUNAB

Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga

El (los) autor (es) del artículo: _____

Certifico(certificamos) que es inédito y original según las normas que rigen la revista y no está siendo evaluado para publicación en ninguna otra entidad editorial, el cual se presenta para posible publicación en la revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, *MedUNAB*.

La información ya publicada que esté contenida en el artículo está identificada con su respectivo crédito y referencia incluida en la bibliografía. En caso de ser necesario, se cuenta con la respectiva autorización para la publicación de la misma.

Asumo (asumimos) la responsabilidad si se presenta alguna dificultad o reclamo en cuanto a los derechos de propiedad intelectual y exonerar (exoneramos) de la misma a la Facultad de Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Declaro (declaramos) que no presentaré (presentaremos) el documento a consideración de otros comités para publicación mientras no se obtenga respuesta por escrito de la decisión tomada por el Comité Editorial de *MedUNAB* sobre la aceptación o rechazo del mismo.

En caso de que el artículo sea aprobado, autorizo (autorizamos) a la Universidad Autónoma de Bucaramanga para que sea publicado en *MedUNAB* y pueda ser editado, reproducido y exhibido nacional e internacionalmente en las diferentes Bases de datos de índices bibliográficos por medio impreso, electrónico u otro.

Por lo expuesto anteriormente, como retribución declaro (declaramos) conformidad de recibir dos ejemplares del número de la revista en que se publique el artículo.

En constancia, se firma la presente declaración en _____ (ciudad), el ____ (día), del mes de _____ del año _____.

Nombres y apellidos

Firma

Tipo y número de documento de identidad

Originality statement from the articles received in MedUNAB

Journal from the Health Sciences Department from Universidad Autónoma de Bucaramanga

The author(s) from the article: _____

I (we) certify that it is unpublished and original according to the specifications conducted by the journal and it is not being evaluated for publication in any other editorial entity, which is presented for the potential publication in the journal from the Health Sciences Department from the Universidad Autónoma de Bucaramanga, MedUNAB.

The information already published contained in the article is identified with its respective credit and reference included in the bibliography section. If necessarily, it counts with the respective authorization for the publication of it.

I (we) assume the responsibility if any difficulty or complaint is presented regarding the copyright and I (we) release of it the Health Sciences Department from the Universidad Autónoma de Bucaramanga.

I (we) declare that I (we) won't present the document to other committees for taking it into consideration for publication meanwhile a written answer about the decision made by the Editorial Committee from MedUNAB regarding the acceptance or rejection of the document has not been received.

In case the article is approved, I (we) authorize the Universidad Autónoma de Bucaramanga for it to be published in MedUNAB and to be edited, reproduced and exhibited at the national and international level in the different databases from bibliographic index through printed, electronic or other means.

By the information previously explained, as a reward I (we) declare acceptance of receiving two copies from the journal number in which the article is published.

In evidence, it is signed the present declaration in _____ (city), the ____ (day), of _____ (month) from the _____ year.

Name(s) and last name(s)

Signature

Identity document type and number

Declaração de originalidade dos artigos recebidos na revista MedUNAB

A Revista é da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Autónoma de Bucaramanga

O (s) autor (es) do artigo: _____

Certifico (certificamos) que o artigo é original e inédito de acordo com as regras que regem a revista e não está sendo avaliado por outro comitê de estudo para ser publicado em qualquer outra editora, o qual é submetido para possível publicação na Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Autónoma de Bucaramanga, MedUNAB.

A informação já publicada, que estiver contida no artigo é identificada com o seu próprio crédito e de referência na literatura. Se necessário, ele tem a devida autorização para publicá-lo.

Em caso de surgir alguma dificuldade ou queixa sobre a propriedade intelectual, assumo (assumimos) tal responsabilidade e exonero (exoneramos) da mesma a Faculdade de Saúde da Universidade Autónoma de Bucaramanga.

Declaro (declaramos) que o presente documento não será apresentado a outras comissões de estudo para sua publicação até que o Comitê Editorial MedUNAB tome a sua decisão sobre a aceitação ou rejeição do mesmo e a comunique por escrito aos (as) autores (as) do documento apresentado.

No caso de ser aprovado, autorizo (autorizamos) à Universidade Autónoma de Bucaramanga sua publicação em MedUNAB, podendo ser editado, reproduzido e exibido nacional e internacionalmente em várias bases de dados e índices bibliográficos impressos, eletrônicos ou outros.

Pelo exposto acima e em plena concordância, aceito (aceitamos) como retribuição, receber duas cópias do número da revista em que o artigo seja publicado.

Por razões de coerência, assino (assinamos) esta declaração _____ (cidade), o ____ (dia) do mês _____ do ano _____.

Nomes e sobrenomes

Assinatura

Tipo e número do documento de identidad

Documento para la cesión y garantías de derechos de autor

Fecha _____

Ciudad _____

Título del artículo _____

Los autores mencionados a continuación, declaramos tener claros los contenidos expuestos en el documento sometido a su consideración y aprobamos su publicación. Como autores de este trabajo certificamos que ningún material contenido en el mismo está incluido en ningún otro manuscrito, ni está siendo sometido a consideración de otra publicación; no ha sido aceptado para publicar, ni ha sido publicado en otro idioma. Adicionalmente certificamos haber contribuido con el material científico e intelectual, análisis de datos y redacción del manuscrito, haciéndonos responsables de su contenido. No hemos conferido ningún derecho o interés en el trabajo a terceras personas. Igualmente certificamos que todas las figuras e ilustraciones que acompañan el presente artículo no han sido alteradas digitalmente y representan fielmente los hechos informados.

Los autores abajo firmantes declaramos no tener asociación comercial que pueda generar conflictos de interés en relación con el manuscrito, con excepción de aquello que se declare explícitamente en hoja aparte (propiedad equitativa, patentes, contratos de licencia, asociaciones institucionales o corporativas).

Las fuentes de financiación del trabajo presentado en este artículo están indicadas en la carátula del manuscrito.

Dejamos constancia de haber obtenido consentimiento informado de los pacientes sujetos de investigación en humanos, de acuerdo con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, así como de haber recibido aprobación del protocolo por parte de los Comités Institucionales de Ética donde los hubiere.

Los autores abajo firmantes transferimos mediante este documento todos los derechos, título e intereses del presente trabajo, así como los derechos de copia en todas las formas y medios conocidos y por conocer, a la Revista MedUNAB. En caso de no ser publicado el artículo, la Revista MedUNAB accede a retornar los derechos enunciados a sus autores.

Cada autor debe firmar este documento. No son válidas las firmas de sello o por computador.

Nombres completos y firma

Document for the copyright cession and guarantees

Date _____

City _____

Article's title: _____

The authors mentioned below declare having clear knowledge about the contents exposed in the document submitted to consideration and approve its publication. As the authors of this manuscript, we certify that no material contained in it is included in any other manuscript, and it's not being taken into consideration for other publication; has not been accepted for publishing, nor has been published in another language. Moreover we certify that we have contributed with the scientific and intellectual material, data analysis and manuscript writing, making us responsible of its content. We have not given any right or interest from the work to third parties. By the same token, we certify that all the figures and illustrations that accompany the current article have not been modified digitally and represent accurately the facts informed.

The signing author below declare not having commercial association that may generate conflict of interest in relation to the manuscript, with exception of what is declared explicitly in a separate page (equitable property, patents, license agreements, institutional or corporative associations).

The funding sources from the work presented in this article are indicated in the cover of the manuscript.

We leave evidence of having obtained informed consent from the patients subjected to investigation in human beings, in agreement with the ethical principles contained in the Helsinki Statement, as well as having received endorsement for the investigation protocol from the Institutional Ethics Committees where they exist.

The signing authors below transfer by means of this document all rights, title and interests from the present work, as well as the copyright in every way and means known and to be known, to the journal *MedUNAB*. In case of the article not being published, the journal *MedUNAB* agrees to take back the rights stated to their authors.

All authors must sign this document. Computerized or stamp signatures are not valid.

Complete name and signature

Documento de transferência e garantias dos direitos autorais

Data: _____

Cidade: _____

Titulo do artigo: _____

Os autores, abaixo-assinados, declaramos ter claros os conteúdos exibidos no documento submetido à sua apreciação e aprovamos a sua publicação. Como autores, deste estudo, declaramos que nenhum material nele contido, faz parte de outro manuscrito ou está sendo submetido à consideração de outra publicação; ele não tem sido aceito para outra publicação e nem foi publicado em outro idioma. Além disso, afirmamos que temos contribuído com a produção do material científico e intelectual, análise de dados e elaboração do manuscrito, tornando-nos responsáveis pelo seu conteúdo. Nós não autorizamos qualquer direito ou interesse no trabalho a terceiros. Certificamos também que todas as figuras e ilustrações que acompanham este artigo não foram alteradas digitalmente e representam fielmente os fatos nele informados.

Os autores abaixo-assinados, declaramos não ter nenhuma associação comercial que poderia criar conflitos de interesse em relação com o manuscrito, com exceção do que é explicitamente indicado numa folha separada (propriedade justa, patentes, contratos de licença, associações institucionais ou parcerias corporativas).

As fontes de financiamento do trabalho apresentado neste artigo, são indicadas na capa do manuscrito.

Afirmamos que, no caso de ter pacientes como sujeitos de investigação, obtivemos o consentimento dos mesmos, de acordo com os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, bem como tendo recebido a aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética da Instituição onde estes existem.

Os autores abaixo-assinados, transferimos todos os direitos, títulos e interesses deste trabalho, bem como os direitos autorais em todas as formas e meios de comunicação conhecidos e desconhecidos, para a revista MedUNAB. No caso de não ser publicado o artigo, a revista MedUNAB retorna aos autores os direitos acima enunciados.

Cada autor deve assinar este documento. As assinaturas de selo ou de computador não são aceitas.

Nomes completos e assinatura

Universidad Autónoma de Bucaramanga - Revista MedUNAB

Facultad de Ciencias de la Salud

Guía general para evaluación de artículos

Título del artículo: _____

Tipo de artículo: original __, revisión de tema __, caso clínico __, otros _____

El revisor se encuentra en la libertad de realizar comentarios, correcciones y sugerencias dentro del documento si lo considera necesario.

	Si	No	N/A
TÍTULO			
1. ¿Refleja el contenido global del trabajo?			
2. ¿Es claro y conciso?			
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE			
3. ¿El resumen integra el contenido del manuscrito?			
4. ¿El resumen se ha estructurado de acuerdo con el tipo de artículo que trata?			
5. ¿Las palabras clave son pertinentes?			
6. ¿Considera que necesita más palabras clave?			
INTRODUCCIÓN			
7. ¿Se realiza una contextualización sobre el tema central del manuscrito?			
8. ¿Se realiza una síntesis del contexto epidemiológico nacional o mundial del tema central del manuscrito?			
9. ¿Se expone la justificación científica o tecnológica del manuscrito?			
10. ¿Se expone el objetivo de manera explícita, clara y concisa?			
DESARROLLO Y METODOLOGÍA			
11. ¿Considera que el tipo de estudio es claro?			
12. ¿La propuesta metodológica desarrollada es coherente según el tipo de estudio?			
13. ¿La presentación de la metodología posee una secuencia lógica y ordenada?			
14. ¿Los métodos de recolección de datos son coherentes con el tipo de estudio?			
15. ¿Se presentan de manera clara y concreta los criterios de inclusión y exclusión?			
16. ¿El análisis estadístico o de contenido es el apropiado para el manejo de los datos según el tipo de estudio?			
17. ¿En los casos clínicos la presentación del caso es clara, ordenada y concreta?			
18. ¿El manuscrito se rige a las normas éticas vigentes para la investigación en salud?			
RESULTADOS Y DISCUSIÓN			
19. ¿Se presentan los resultados principales de manera clara?			
20. ¿Se presentan los resultados de manera ordenada?			
21. ¿Son válidos los resultados del trabajo?			

22. ¿Se realiza un análisis crítico de la literatura en confrontación con los resultados?			
23. ¿El análisis crítico es presentado de una manera ordenada?			
CONCLUSIONES			
24. ¿Argumenta y extrae conclusiones con base en la revisión y los resultados?			
25. ¿Las conclusiones son coherentes con el objetivo planteado por los autores?			
26. ¿Las conclusiones son derivadas de los resultados y la discusión?			
TABLAS O FIGURAS			
27. ¿Son pertinentes?			
28. ¿Complementan el contenido del texto?			
29. ¿La cantidad es adecuada?			
GENERALIDADES			
30. ¿Considera que el tema desarrollado es de interés para el área de la salud?			
31. ¿Tienen errores de computo?			
32. ¿El material bibliográfico es adecuado?			
33. ¿El material bibliográfico es suficiente?			
34. ¿El material bibliográfico está actualizado?			
35. ¿Cree que es necesario profundizar en algún ítem?			
Por favor especifique: _____ _____ _____ _____			
CONSIDERACIONES FINALES			
36. ¿Considera pertinente la publicación del artículo?			
37. ¿Considera que el documento realiza aportes al conocimiento?			
38. ¿Considera que el documento es original e inédito?			
39. ¿Considera que las afirmaciones son basadas en datos e información válida?			
40. ¿Considera que en general el documento es claro y coherente para los posibles lectores?			
DECISIÓN DE PUBLICACIÓN	Seleccione la decisión que considere apropiada		
Publicarlo sin modificaciones			
Publicarlo después de pequeñas modificaciones (especificar)			
Publicarlo después de moderadas modificaciones (especificar)			
Reconsiderarlo y publicarlo después grandes modificaciones (especificar)			
Rechazarlo			
Observaciones: Por favor anexas cualquier sugerencia que considere necesaria para mejorar la calidad del texto en revisión. Igualmente, este espacio sirve para ampliar las respuestas negativas señaladas anteriormente, por favor para contestar utilice el número que precede la pregunta. _____ _____ _____			

Revisado por:				
Filiación institucional:				
Grados académicos:				
Datos de identificación CC o Pasaporte:				
ORCID*:				
Link Google Académico:				
Link CVlac**:				
Link Otros Identificadores:	ResearchGate:			
	Mendeley:			
	Academia:			
	Publindex:			
	Redalyc:			
	Otros:			

* ORCID: sistema para crear y mantener un registro único de investigadores y método para vincular las actividades de investigación y los productos de estos identificadores. <https://orcid.org/register>

** CVlac, es el formato de hoja de vida electrónica de Colciencias que es recomendable crear si su nacionalidad es colombiana.

Muchas gracias, reconocemos su esfuerzo como la mejor herramienta en la consecución de la calidad científica de nuestras publicaciones en Ciencias de la Salud.

Comité editorial revista MedUNAB

Universidad Autónoma de Bucaramanga - MedUNAB journal

Health Science Faculty

General guide for evaluating research articles

Title of the article: _____

Type of article: original research __, review article __, clinical case study __, others _____

The reviewer is free to make comments, corrections and suggestions within the manuscript if he/she deems it necessary.

	es	No	N/A
TITLE			
1. It reflects the overall content of the research			
2. It is clear and concise			
ABSTRACT AND KEYWORDS			
3. The abstract integrates the content of the manuscript			
4. The abstract has been structured according to the type of article it treats			
5. Keywords are relevant			
6. It needs more keywords			
INTRODUCTION			
7. A contextualization is performed on the main topic of the manuscript			
8. A synthesis of the national or global epidemiological context of the main topic of the manuscript is performed			
9. The scientific or technological cause of the manuscript is stated			
10. The objective is stated explicitly, clearly and concisely			
PROGRESS AND METHODOLOGY			
11. It is considered that the type of study is clear and concise			
12. The methodological proposal developed is coherent according to the type of study			
13. The presentation of the methodology has a logical and orderly sequence			
14. Methods of data collection are consistent with the type of study			
15. The criteria for inclusion and exclusion are clearly and concretely presented			
16. Statistical or content analysis is appropriate for data management according to the type of study			
17. The presentation of the clinical case is clear, orderly and concrete			
18. The manuscript is guided by the ethical norms in force for health research			
RESULTS AND DISCUSSION			
19. The main results are presented clearly			
20. The results are presented in an orderly manner			

21. The results of the research are valid			
22. A critical analysis of the literature in confrontation with the results is carried out			
23. Critical analysis is presented in an orderly manner			
CONCLUSIONS			
24. The author argues and draws conclusions based on the review and results			
25. The conclusions are consistent with the objective set by the author			
26. The conclusions are derived from the results and discussion			
TABLES OR FIGURES			
27. They are relevant			
28. They complement the content of the text			
29. Their quantity is appropriate			
GENERAL CHARACTERISTICS			
30. It is considered that the topic developed is of interest for the health area			
31. It has typing errors			
32. The references are appropriate			
33. The references are enough			
34. The references are updated			
35. It is necessary to go deeper into some item			
Please, explain: _____ _____ _____			
FINAL REMARKS			
It is relevant to publish this article			
It is considered that the document makes contributions to knowledge			
It is considered that the document is original and unpublished			
It is considered that the statements are based on valid data and information			
Overall, the document, is clear and coherent for potential readers			
DECISION OF THE PUBLICATION	Select the most suitable choice		
Publish with no changes			
Publish after minor changes (specify)			
Publish after moderate changes (specify)			
Reconsider and post after major changes (specify)			
Reject			
Comments: Please attach any suggestions you deem necessary to improve the quality of the text under review. Likewise, this space is useful to widen the negative answers indicated above. To answer, please use the number that precedes the statement. _____ _____ _____ _____			

Reviewed by:				
Institutional affiliation:				
Degrees:				
Identification Data CC or Passport:				
ORCID*:				
Google Scholar Link:				
Google Scholar Link:				
Other Identification systems:	ResearchGate:			
	Mendeley:			
	Academia:			
	Publindex:			
	Redalyc:			
	Other:			

* ORCID: system that allows and maintains a unique researcher register code, as well as a method to link research activities and products from this identifying code. <https://orcid.org/register>

** CvLAC: it is the web curriculum vitae format of Colciencias, which is highly recommended to create in case of having a Colombian nationality.

Thank you very much, we recognize your effort as the best tool in achieving the scientific quality of our publications in Health Sciences.

MedUNAB journal editorial committee

Universidade Autônoma de Bucaramanga - MedUNAB jornal

Faculdade de Ciências da Saúde

Orientações gerais para avaliar os artigos

Título do artigo: _____

Tipo do artigo: original __, revisão do tema __, caso clínico __, outros _____

O revisor é livre para fazer comentários, correções e sugestões no documento, se necessário.

	Sim	Não	Não se aplica
TÍTULO			
1. O artigo reflete o conteúdo geral do trabalho?			
2. É claro e preciso?			
RESUMO E PALAVRAS-CHAVE			
3. O resumo integra o conteúdo do manuscrito?			
4. O resumo esta estruturado de acordo com o tema e conteúdo do artigo?			
5. As palavras-chave são relevantes?			
6. Você sente que precisa de mais palavras-chave?			
INTRODUÇÃO			
7. É feita a contextualização sobre o tema central do manuscrito?			
8. É feita a síntese do contexto epidemiológico nacional ou global do tema central do manuscrito?			
9. A justificativa científica ou tecnológica do manuscrito está exposta?			
10. O objetivo exposto esta explícito, claro e conciso?			
DESENVOLVIMENTO E METODOLOGIA			
11. Você considera que o tipo de estudo está claro?			
12. A metodologia desenvolvida é consistente com o tipo do estudo?			
13. A apresentação da metodologia tem uma sequência lógica e ordenada?			
14. Os métodos para a coleta de dados são acordes com o tipo de estudo?			
15. Os critérios de inclusão e exclusão são claros e concretos?			
16. A análise estatística e o conteúdo são apropriados com o uso dos dados de acordo com o tipo do estudo?			
17. Nos casos clínicos, a apresentação é clara, ordenada e concreto?			
18. O manuscrito segue as regras éticas para a pesquisa em saúde?			
RESULTADOS E DISCUSSÃO			
19. Os principais resultados estão apresentados de forma clara?			
20. Os resultados estão apresentados de uma forma ordenada?			

21. Os resultados do trabalho são válidos?			
22. Foi realizada uma análise crítica da literatura e confrontada com os resultados?			
23. O estudo crítico é apresentado de modo ordenado?			
CONCLUSÕES			
24. Argumenta e tira conclusões com base na revisão e nos resultados?			
25. Os resultados são congruentes com a meta estabelecida pelos autores?			
26. As conclusões surgem dos resultados e da discussão?			
TABELAS OU FIGURAS			
27. São relevantes?			
28. Complementam o conteúdo do texto?			
29. A quantidade é adequada?			
CONSIDERAÇÕES GERAIS			
30. Você acha que o tema apresentado é de interesse para a área de saúde?			
31. Tem erros computacionais?			
32. O material é adequado bibliográfica?			
33. O material bibliográfico é suficiente?			
34. A bibliografia é atualizada?			
35. Você acha que é necessário aprofundar algum item?			
Por favor, especifique: _____			

CONSIDERAÇÕES FINAIS			
36. Considera relevante a publicação do artigo?			
37. Considera que o documento faz contribuições para o conhecimento?			
38. Considera que o documento é original e inédito?			
39. Considera que as afirmações são baseadas em dados e fontes válidas?			
40. Você acha que, em geral, o documento é claro e consistente para os leitores?			
DECISÃO DA PUBLICAÇÃO	Selecione a decisão que considere adequada		
Publicação inalterada			
Publicação após pequenas modificações (especifique-as)			
Publicação após as modificações moderadas (especifique-as)			
Repensa-lo e publica-lo depois de grandes mudanças (especifique-as)			
Rejeita-lo			
Observações:			
Por favor, anexe as sugestões que considere necessárias para melhorar a qualidade do texto em análise. Além disso, este espaço serve para estender as respostas negativas descritas acima, utilize o número que corresponde à pergunta.			

Avaliado por:				
Filiação institucional:				
Grau acadêmico:				
Dados da Identidade ou Passaporte:				
ORCID*:				
Link Google Acadêmico:				
Link CVlac**:				
Vincular outros identificadores:	ResearchGate:			
	Mendeley:			
	Academia:			
	Publindex:			
	Redalyc:			
	Otros:			

* ORCID: sistema para criar e manter um registro único de pesquisadores e método para vincular as atividades de pesquisa e os produtos desses identificadores. <https://orcid.org/register>

** CVlac, é o formato de currículo eletrônico de Colciencias que é aconselhável criar se sua nacionalidade é colombiana.

Muito obrigado, nós reconhecemos seus esforços como a melhor ferramenta para alcançar a qualidade científica de nossas publicações em Ciências da Saúde.

MedUNAB comitê editorial revista