



MedUNAB

Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga (Colombia)

Vol. 27 Número 2 - agosto - noviembre 2024

i-ISSN 0123-7047 e-ISSN 2382-4603 <https://doi.org/10.29375/issn.0123-7047>

Gestión del Conocimiento

Salud Infantil

Investigación Cualitativa



Obra titulada: "Espejo emocional". Ciudad de México DF, México, 2024.
Autora: Jenny Tatiana Correa-Laytón



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 2024 será un referente nacional e internacional en la divulgación de producción científica que aborda la salud desde un enfoque interprofesional, con alta calidad y con presencia en bases de datos internacionales.

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.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

Facultad de Ciencias de la Salud: Campus el Bosque
Calle 157 No. 14-55 (Cañaveral Parque), Floridablanca, Santander, Colombia
Código postal: 681004
Teléfonos: 6076436111 ext. 549, 529, 530, 261, Fax 6076433958.
MedUNAB en internet: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab>
E-mail: medunab@unab.edu.co

EDITA



RECTOR

Juan Camilo Montoya Bozzi

VICERRECTORA ACADÉMICA

Franz Dieter Hensel Riveros

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Javier Ricardo Vásquez Herrera

DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, CREACIÓN E INNOVACIÓN

César Darío Guerrero Santander

DECANO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Juan José Rey Serrano, MD., MSc.

DIRECTORA DEL PROGRAMA DE MEDICINA

Laura del Pilar Cadena Afanador, MD., MSc.

DIRECTORA DEL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Mónica Mojica Perilla, Psic., MSc., PhD.

DIRECTORA DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA

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

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN, CREACIÓN E INNOVACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Sergio Eduardo Serrano Gómez, MD., MSc.

FUNDADOR

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

EDITORA

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

EDITORES ASOCIADOS

Juan Sebastián Barajas Gamboa, MD., Fellow.
(Cleveland Clinic, Abu Dhabi)

Mario Alberto Rosero Pahi, Psic., MSc., PhD.
(Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia)

ASISTENTE EDITORIAL

Valentina Pulido Parra, MD.

ASISTENTE ADMINISTRATIVO

Janith Mireya Herrera Niño, Adm., Esp.

COMITÉ EDITORIAL

Fabián Alberto Jaimes Barragán, MD., Esp., MSc., PhD.
(Universidad de Antioquia, Colombia)

Juan Carlos Salazar Uribe, Mat., MSc., PhD.
(Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

Mauricio Arcos Burgos, MD., MSc., PhD.
(National Institutes of Health, United States)

Percy Manuel Mayta Tristán, MD.,
PhD. Universidad Científica del Sur, Perú)

Roberto Zenteno Cuevas, L. Biología., PhD.
(Universidad Veracruzana, México)

COMITÉ CIENTÍFICO

Ana Lucía Noreña Peña, Enf., Esp., MSc.,
PhD. (Universidad de Alicante, España)

Carlos Alberto Da Cruz Sequeira, Enf., Esp., MSc., PhD.
(CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research;
Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal)

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

Francisco Alejandro Múnera Galarza, MD., Esp., MSc., PhD.

(Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

John Enrique Castiblanco Quinche, MBI., MSc., PhD.
(Colegio Mayor Nuestra señora del Rosario, Colombia)

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

Mauricio Urquiza Martínez, Quím., PhD.

(Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

ESCUELA EDITORIAL

Angela Nathaly Jácome Valdeleón, Est. Medicina

Daniela Pérez Díaz, Est. Medicina

Daniela Santa Bohórquez, Est. Medicina

Juan Diego Montañez Rangel, Est. Enfermería

Lina Marcela Sarmiento Gamez, Est. Medicina

Luisa Alejandra Rueda Pinilla, Est. Medicina

Luz Adriana Moreno Moreno, Est. Medicina

María Juliana Estévez Gómez, Est. Medicina

Mateo Ruiz Mora, Est. Medicina

Miguel Alejandro Santiago Leal, Est. Medicina

Miguel Ángel Gomez Congote, Est. Psicología

Natalia Alejandra Villareal Leal, Est. Medicina

Silvia Catalina Acuña Sarmiento, Est. Medicina e Ing. Biomédica

Stefania Orduz Castellanos, Est. Medicina

PRÁCTICA ELECTIVA DE PROFUNDIZACIÓN EN ENFERMERÍA

Valeria Gabriela Garnica Sierra, Est. Enfermería

COMITÉ DE TRADUCCIÓN INTERNA

Yessika Juliana González Prada, Est. Enfermería

EGRESADO ASOCIADO

Ada Katerine Franco Ardila, MD. Esp.

Katerin Juliet Hower Roa, Psic.

Sara Daniela Pulido Parra, MD.

Valentina Correa Castellanos, Enf.

CORRECCIÓN DE ESTILO (TEXTOS EN ESPAÑOL)

Biteca S.A.S.

EQUIPO DE TRADUCCIÓN Y CORRECCIÓN

Biteca S.A.S.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Biteca S.A.S.

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

Editorial

Investigación de acción participativa: Involucrando a las comunidades en la salud mental
Sandra Janashak-Cadena Pág 124

La investigación cualitativa como enfoque metodológico fundamental en la investigación en ciencias de la salud
Ana Noreña-Peña Pág 126

Artículo original

Gestión del conocimiento en enfermería durante la pandemia por SARS-CoV-2 COVID-19
Lorena Martínez-Delgado, Carlos Augusto Osorio-Marulanda, Claudia Marcela Velásquez-Jiménez, Claudia Patricia Valencia-Molina, Gladys Eugenia Canaval-Erazo, Pablo Cesar Manyoma-Velásquez, Joas Benítez-Duque Pág 141

Construcción y validación de una escala de medición de violencia obstétrica en Colombia
Luisa Alejandra Aguilar-Bernal, Marta Lucía Ospina-González, Fabio Alexander Sierra-Matamoros Pág 164

Experiencia del cuidado familiar de recién nacidos prematuros durante la pandemia de COVID-19
Giordanna Nayara Chagas-e Silva, Paula Andrea Pino-Rivera, Victoria Beatriz Trevisan Nobrega Martins-Ruthes, Verónica de Azevedo-Mazza, Gisele Weissheimer-Kaufmann, Ana Carolina Bueno-Guisso, Mayra Eduarda Borges-Moreno Pág 177

Ciencia y Arte

Espejo emocional
Jenny Tatiana Correa-Laytón Pág 187

Índice temático Pág 190

Índice de autores Pág 193

Revisores *ad hoc* en esta edición Pág 194

MedUNAB está incluida en Scopus, Scimago Journal & Country Rank SJR, Lilacs-Bireme, Gale Cengage Learning, IMBIOMED, EBSCO (Fuente académica), Directory of Open Access Journals (DOAJ), PERIÓDICA, Hinari, REDIB, Redalyc, Cuiden, CABI Global Health, Latindex Directorio, MIAR, Red Colombiana de Información Científica, BASE-Search.net, La Referencia, Index Copernicus International ICI, Dialnet, BIBLAT, Sherpa-Romeo, Psycodoc, Embase Elsevier, Google Scholar, Academia.edu y Asian Science Citation Index (ASCI). Portal de Ciencia Nacional Consorcio Colombia.

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



Editorial

Participatory Action Research: Engaging Communities in Mental Health
Sandra Janashak-Cadena

Pg 124

Qualitative research as a fundamental methodological approach in health sciences research
Ana Noreña-Peña

Pg 126

Original article

Knowledge management in nursing during THE SARS-CoV-2 COVID-19 pandemic
Lorena Martínez-Delgado, Carlos Augusto Osorio-Marulanda, Claudia Marcela Velásquez-Jiménez, Claudia Patricia Valencia-Molina, Gladys Eugenia Canaval-Erazo, Pablo Cesar Manyoma-Velásquez, Joas Benítez-Duque

Pg 131

Construction and validation of a scale for measuring obstetric violence in Colombia
Luisa Alejandra Aguilar-Bernal, Marta Lucía Ospina-González, Fabio Alexander Sierra-Matamoros

Pg 151

Experiencing family care for premature newborns during the COVID-19 pandemic
Giordanna Nayara Chagas-e Silva, Paula Andrea Pino-Rivera, Victoria Beatriz Trevisan Nobrega Martins-Ruthes, Verônica de Azevedo-Mazza, Gisele Weissheimer-Kaufmann, Ana Carolina Bueno-Guisso, Mayra Eduarda Borges-Moreno

Pg 177

Science and Art

Emotional mirror
Jenny Tatiana Correa-Laytón

Pg 187

Subject index

Pg 181

Index of authors

Pg 193

Ad hoc peer reviewers in this issue

Pg 194

MedUNAB is included in Scopus, Scimago Journal & Country Rank SJR, Lilacs-Bireme, Gale Cengage Learning, IMBIOMED, EBSCO (Fuente académica), Directory of Open Access Journals (DOAJ), PERIÓDICA, Hinari, REDIB, Redalyc, Cuiden, CABI Global Health, Latindex Directorio, MIAR, Red Colombiana de Información Científica, BASE-Search.net, La Referencia, Index Copernicus International ICI, Dialnet, BIBLAT, Sherpa-Romeo, Psycodoc, Embase Elsevier, Google Scholar, Academia.edu and Asian Science Citation Index (ASCI). Portal de Ciencia Nacional Consorcio Colombia.
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/index>



Editorial

Investigação-ação participativa: : Envolvendo as comunidades na saúde mental
Sandra Janashak-Cadena

Pag 124

A investigação qualitativa como abordagem metodológica fundamental na investigação em ciências da saúde
Ana Noreña-Peña

Pag 126

Artigo original

Gestão do conhecimento em enfermagem durante a pandemia SARS-CoV-2 COVID-19

Lorena Martínez-Delgado, Carlos Augusto Osorio-Marulanda, Claudia Marcela Velásquez-Jiménez, Claudia Patricia Valencia-Molina, Gladys Eugenia Canaval-Erazo, Pablo Cesar Manyoma-Velásquez, Joas Benítez-Duque

Pag 141

Construção e validação de uma escala de medição da violência obstétrica na Colômbia

Luisa Alejandra Aguilar-Bernal, Marta Lucía Ospina-González, Fabio Alexander Sierra-Matamoros

Pag 164

Experiência de cuidados familiares a recém-nascidos pré-termo durante a pandemia de COVID-19

Giordanna Nayara Chagas-e Silva, Paula Andrea Pino-Rivera, Victoria Beatriz Trevisan Nobrega Martins-Ruthes, Verónica de Azevedo-Mazza, Gisele Weissheimer-Kaufmann, Ana Carolina Bueno-Guisso, Mayra Eduarda Borges-Moreno

Pag 177

Ciência e arte

Espelho emocional

Jenny Tatiana Correa-Laytón

Pag 187

Índice de assuntos

Pag 192

Índice de autore

Pag 193

Parceristas ad hoc de esta edição

Pag 194

MedUNAB está incluído em Scopus, Scimago Journal & Country Rank SJR, Lilacs-Bireme, Gale Cengage Learning, IMBIOMED, EBSCO (Fuente académica), Directory of Open Access Journals (DOAJ), PERIÓDICA, Hinari, REDIB, Redalyc, Cuiden, CABI Global Health, Latindex Directorio, MIAR, Red Colombiana de Información Científica, BASE-Search.net, La Referencia, Index Copernicus International ICI, Dialnet, BIBLAT, Sherpa-Romeo, Psicodoc, Embase Elsevier, Google Scholar, Academia.edu, e Asian Science Citation Index (ASCI). Portal de Ciencia Nacional Consorcio Colombia.

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





REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Vol. 27(2): 124-125, August - November 2024
i-ISSN 0123-7047 e-ISSN 2382-4603



Editorial

Participatory Action Research: Engaging Communities in Mental Health

Investigación de acción participativa: Involucrando a las comunidades en la salud mental

Investigação-ação participativa: : Envolvendo as comunidades na saúde mental

Sandra Cadena  

drsjcadena@gmail.com 

Universidad El Bosque. Bogotá, Cundinamarca, Colombia

ARTICLE INFORMATION:

Article received: August 15, 2024

Article accepted: November 30, 2024

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.5314>

How to reference. Cadena S. Participatory Action Research: Engaging Communities in Mental Health. MedUNAB [Internet]. 2024;27(2):124-125. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.5314>

Palabras clave:

Participación de la Comunidad; Investigación; Salud Mental; Participación Social; Integración a la Comunidad

Keywords:

Community Participation; Research; Mental Health; Social Participation; Community Integration

Palabras-chave:

Participação da Comunidade; Pesquisa; Saúde Mental; Participação Social; Integração Comunitária



As we usher in the new year, it presents a valuable opportunity for introspection and forward-looking aspiration an invitation to envision a future enriched with hope and an improved quality of life. While personal reflections often take center stage, it is our connections with those around us -our communities- that fundamentally shape our identities and experiences. So, what exactly constitutes a community?

At its essence, a community is often defined as a group of people residing in a shared geographic area, such as a neighborhood, who may share common cultural, linguistic, and historical roots. This perspective highlights the similarities that bind individuals together. Yet, communities can also be beautifully diverse, comprising individuals

who coexist with mutual respect and an understanding of both shared traits and differences, enhancing the cultural tapestry that weaves them together and fostering deeper connections among neighbors.

The actions and interactions of these community members significantly impact not only the daily rhythms of life but also the coping mechanisms that shape how neighborhoods function. Engaging in one's community can take on various forms—be it volunteering, participating in local meetings, or simply fostering supportive relationships. When researchers seek to uncover and understand the pressing social issues facing these communities, the most reliable and effective approach is to turn to the voices of the residents themselves.

This deep engagement, from the initial idea to actionable steps and tangible social change, lies at the heart of a research methodology that prioritizes the insights and experiences of those directly affected. Emerging in the mid-20th century, Participatory Action Research (PAR) arose as a powerful counter to the often detached and one-sided nature of conventional research practices. PAR endeavors to dismantle the barriers that traditionally separate researchers from the researched, transforming what were once passive subjects into active agents of inquiry. By emphasizing shared decision-making, collaborative analysis, and united action, this methodology transcends mere data collection; it acts as a catalyst for empowerment, inclusivity, and profound transformation within communities.

However, the application of PAR requires a foundation of mutual respect and trust among participants. For individuals living with the ongoing challenges of mental illness, the process can feel daunting or unwelcoming. How frequently are their perspectives and voices engaged when tackling the multifaceted social issues related to mental health within their neighborhoods? Those who grapple with mental health challenges—alongside their families and other community members—bring invaluable insights and experiences to the table, insights that deserve recognition and integration when identifying concerns through a personal lens of this disenfranchised population.

Investigators stand at a pivotal crossroads, with both the opportunity and responsibility to address the urgent social issues of our time, including substance abuse, mental illness, suicide, and homelessness. This responsibility calls for a genuine commitment to fostering equal participation, which not only identifies complex problems but also broadens the exploration of potential solutions. By re-framing possible actions and engaging community members in a collaborative learning process, we can empower individuals to understand that they possess the agency to create positive change not just in their own lives, but also within the lives of their neighbors. Through this

collective empowerment, communities can flourish, filled with hope and resilience.

I encourage your curiosity to understand the unique challenges and opportunities as you become knowledgeable about participatory action research methods. By integrating this lived experience perspective, we as investigators contribute to the outcomes of our work and directly empower those whom we wish to study.

References

1. Cornish F, Breton N, Moreno-Tabarez U, Delgado J, Rua M, de Graft-Aikins A, et al. Participatory action research. *Nat Rev Methods Primers* [Internet]. 2023;3(34). doi: <https://doi.org/10.1038/s43586-023-00214-1>
2. Sagor RD, Williams C. *The Action Research Guidebook. A Process for Pursuing Equity and Excellence in Education*. 3rd Edition [Internet]. Thousand Oaks, CA: Corwin; 2017. Available from: <https://www.corwin.com/books/the-action-research-guidebook-250781>



REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Vol. 27(2):126-130, agosto - noviembre 2024
i-ISSN 0123-7047 e-ISSN 2382-4603



Editorial

La investigación cualitativa como enfoque metodológico fundamental en la investigación en ciencias de la salud

Qualitative research as a fundamental methodological approach in health sciences research

A investigação qualitativa como abordagem metodológica fundamental na investigação em ciências da saúde

Ana Noreña-Peña  

ana.norena@ua.es 

Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante. Alicante, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO:

Artículo recibido: 25 de agosto de 2024

Artículo aceptado: 30 de noviembre de 2024

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.5318>

Cómo citar. Noreña-Peña AL. La investigación cualitativa como enfoque metodológico fundamental en la investigación en ciencias de la salud. MedUNAB [Internet]. 2024;27(2):126-130. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.5318>

Palabras clave:

Investigación Cualitativa; Investigación Metodológica en Enfermería; Salud

Keywords:

Qualitative Research; Nursing Methodology Research; Health

Palabras-chave:

Pesquisa Qualitativa; Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Saúde



Introducción

La investigación cualitativa (IC) ocupa un lugar prominente en la investigación en ciencias de la salud. Es y seguirá siendo una herramienta metodológica indispensable para analizar los fenómenos de la enfermería contemporánea, debido a que permite una comprensión profunda de aquellas dimensiones que impactan en el cuidado de la salud (1). En enfermería, el abordar el cuidado desde esta perspectiva ayuda a explorar las experiencias humanas y los fenómenos sociales relacionados con el proceso de salud-enfermedad y hace que los investigadores comprendan en profundidad las perspectivas de los pacientes, familias y profesionales de la salud, proporcionando una visión

holística de lo que es el cuidado (2).

De este modo, este paradigma permite abordar la complejidad de las experiencias, actitudes y significados percibidos ante una situación donde la enfermedad, la pérdida, la muerte y la soledad pueden estar presentes (3), ofreciendo herramientas para abordar, por ejemplo, desde el impacto psicosocial de las enfermedades crónicas hasta las dinámicas interprofesionales en entornos de atención asistencial (4).

La IC se adapta a contextos culturales diversos, lo cual captura la influencia de factores sociales, económicos, políticos, psicológicos y emocionales, cuestión que es particularmente relevante en un mundo globalizado, donde la práctica enfermera enfrenta retos derivados de la multiculturalidad y de la complejidad con la que las personas asumen su salud (5,6). Como señalan Denzin et al (7, p. 3) la IC “sitúa al observador en el mundo” dando una comprensión contextualizada de los fenómenos de salud. Esta contextualización es crucial en la atención asistencial de los individuos y colectivos, en donde algunos pilares fundamentales son: la atención centrada en el paciente, la práctica basada en la evidencia y la humanización.

En las últimas décadas, la evolución y reconocimiento de la IC ha sido notable. Desde sus inicios, tuvo que luchar por ganar reconocimiento en un campo dominado por paradigmas positivistas, sin embargo, en la actualidad tiene un estatus y un reconocimiento científico, lo que la ha convertido en una metodología respetada y esencial. La IC ha demostrado su valor en la generación de conocimientos que impactan directamente en la práctica clínica y dan cuenta de los procesos de la educación en enfermería (8).

La versatilidad de los métodos cualitativos permite a los investigadores abordar una amplia gama de preguntas de investigación que no podrían ser respondidas mediante enfoques cuantitativos. Por ejemplo, mientras que un estudio cuantitativo podría medir específicamente la frecuencia de un fenómeno, uno cualitativo puede explorar y comprender el significado de ese fenómeno para los individuos que lo experimentan (9). Además, la IC ha demostrado ser valiosa en áreas donde el conocimiento busca aplicar o desarrollar nuevas teorías. Su capacidad de indagación sirve para generar preguntas, cuestionamientos, aplicar conceptos o generar nuevos modelos teóricos fundamentados específicamente en datos empíricos, esto la convierte en una herramienta que ayuda en el avance del conocimiento de la disciplina enfermera (3,10).

Otra de las cuestiones para tener en cuenta es que la IC da voz a poblaciones marginadas o que han estado subrepresentadas. En este sentido, a veces no se consigue dar cuenta de los procesos que experimentan dichas comunidades y que no se pueden reflejar desde la investigación tradicional. Precisamente, la IC se centra en las narrativas, opiniones, así como en las experiencias

individuales, grupales o de interpretación de sus realidades y esto puede ayudar a revelar las necesidades de las personas que de otro modo podrían pasar desapercibidas en estudios a gran escala (2,11).

En el contexto actual, se enfatiza cada vez más la atención personalizada y centrada en el paciente, esto hace que la IC ofrezca valiosas perspectivas. De este modo, los profesionales de la salud pueden comprender mejor las preferencias, percepciones, valores y experiencias de los pacientes, lo cual ayuda a diseñar intervenciones más satisfactorias, donde exista mayor compromiso por parte de los pacientes al sentir que su experiencia es importante (12).

El estudio y la utilización de los distintos métodos de IC tales como: la fenomenología, la etnografía, la teoría fundamentada, la investigación acción-participación entre otros, han permitido ampliar la capacidad de los investigadores, enriqueciendo significativamente con los resultados de sus investigaciones, así como de la propia práctica clínica, fomentando el desarrollo de cuidados humanizados y prácticas de cuidados culturalmente sensibles (10). La comprensión de sus enfoques es esencial para los investigadores que buscan generar conocimientos aplicables y significativos que puedan mejorar la calidad de la atención y los resultados de salud de los pacientes (2). Como afirma Thorne, la IC en enfermería “nos permite capturar la complejidad de la experiencia humana en salud y enfermedad de una manera que ningún otro enfoque puede lograr” (13, p. 12). Por tanto, a medida que se desarrolle esta editorial, se reseñarán algunos diseños de IC, indicando sus aplicaciones, que en general, amplían el alcance y la aplicabilidad de la investigación cualitativa.

Fenomenología. Se centra en explorar y comprender la experiencia vivida desde la perspectiva de los propios individuos. Este enfoque se basa en los planteamientos de Husserl, quien indicó que la “intencionalidad” de la conciencia es un elemento clave para interpretar cómo las personas perciben y otorgan significado a sus vivencias (14). En el ámbito de la enfermería es útil para abordar y comprender experiencias complejas y subjetivas por las que atraviesan las personas, como el dolor, la angustia, la pérdida o el duelo (15). Los investigadores que deseen trabajar bajo esta perspectiva deben eliminar sus prejuicios para lograr acceder a las estructuras esenciales de las experiencias (16).

Ejemplos de Fenomenología

Fenomenología Descriptiva. Basada en las ideas y el conocimiento del filósofo Edmund Husserl, se busca describir las experiencias tal como se presentan a la conciencia de los individuos, alejándose de interpretaciones externas y preconcepciones. Giorgi et al (14) considera que este método permite capturar la esencia de las vivencias

humanas intentando extraer su forma más pura. Por lo tanto, resulta particularmente útil para comprender fenómenos subjetivos en contextos de salud y cuidado.

Fenomenología Hermenéutica. Inspirada en los conceptos y planteamientos del filósofo Martin Heidegger, esta variante de la fenomenología no solo describe las experiencias, sino que interpreta los significados implícitos en las vivencias que pueden tener los individuos frente a una situación traumática, abrupta o que irrumpe en el ciclo normal de la vida (17) Según Van Manen este método busca revelar cómo las personas comprenden y experimentan su mundo (18).

Fenomenología Social. La fenomenología social, con la influencia de Alfred Schutz, se centra en cómo las personas construyen significados compartidos y comprenden el mundo social a través de sus interacciones cotidianas. Considera las estructuras sociales y los contextos culturales como elementos clave para entender la experiencia. En el ámbito de la salud, se ha utilizado para explorar cómo los pacientes y sus familias negocian roles y significados en los procesos del cuidado. Además, subraya cómo los significados compartidos influyen en la percepción de fenómenos (19).

Etnografía. como método cualitativo, se centra en comprender las dinámicas culturales, sociales y organizativas de grupos específicos, comunidades y grupos vulnerables investigando cómo estas influyen en las prácticas de salud. Este enfoque, combina observación participante, entrevistas abiertas y análisis contextual para identificar patrones significativos culturales en los cuidados de estas comunidades y de los individuos específicamente (20,21).

Ejemplos de Etnografía

Etnografía Clásica. El investigador se sumerge en la cultura estudiada para comprenderla desde dentro. Leininger, hizo eco de esta metodología en enfermería y la convirtió en un referente al hablar de prácticas en salud culturalmente sensibles y adaptadas a la cultura de los pacientes (20).

Etnografía Focalizada. Centra su atención en un problema, fenómeno o grupo específico dentro de un contexto cultural determinado. Surge como respuesta a la necesidad de investigaciones delimitadas tanto en tiempo como en alcance. A diferencia de la etnografía clásica, que abarca una visión más amplia y holística de la cultura, busca comprender los factores que influyen en un fenómeno particular mediante la observación, entrevistas y análisis contextual (22).

Etnografía Crítica. Se dedica a estudiar las culturas y las interacciones sociales y se basa en la teoría crítica que propone que las investigaciones deben ir más allá de la

descripción de lo que sucede en un fenómeno, con el fin de que los resultados ayuden a entender y transformar las injusticias estructurales y promover el cambio social. La etnografía crítica se interesa a su vez por las dinámicas de poder, las marginalizaciones de grupos como las minorías étnicas, los inmigrantes, los pobres o los grupos sociales excluidos (23).

En la actualidad, con el auge de las tecnologías digitales, la etnografía ha extendido su alcance a las comunidades en línea y las interacciones sociales en entornos virtuales, lo que da lugar a la llamada etnografía digital o virtual. Este tipo de etnografía permite comprender mejor las dinámicas sociales en espacios virtuales y como utilizar la información para intervenir de manera eficaz en áreas como la salud pública, la política y la educación. Resalta cómo las comunidades en línea pueden ser herramientas poderosas para el apoyo social, la educación en salud y el diseño de intervenciones más personalizadas (24). Además, dentro de otros tipos de etnografía cabe citar a la autoetnografía, la cual se centra en el investigador mismo como sujeto de estudio, utilizando su propia experiencia para reflexionar sobre las dinámicas culturales, sociales y profesionales que lo rodean. Así los investigadores, pueden integrar su subjetividad en el análisis, lo que ayuda a reconocer que las experiencias personales pueden aportar una perspectiva única y valiosa (25).

Teoría Fundamentada -TF- Este enfoque, desarrollado originalmente por Glaser (27) y Strauss et al (28), permite a los investigadores abordar fenómenos y problemas que son difíciles de explorar ofreciendo así una valiosa alternativa metodológica. Una de las fortalezas clave es su capacidad para generar teorías que están estrechamente relacionadas con la realidad empírica. Es un método sistemático que enfatiza la inducción o emergencia de información de los datos para establecer una teoría o modelo. En enfermería, ha sido fundamental para generar modelos de cuidado basados en la práctica real. La TF se caracteriza por su capacidad para proporcionar directrices explícitas que facilitan el proceso de investigación y asegura que los resultados sean relevantes y aplicables a la práctica de enfermería (26,27).

Tipos de Teoría Fundamentada

Teoría Fundamentada Clásica (Glaseriana). Este enfoque fue desarrollado por Barney Glaser y se centra en permitir que los datos guíen la construcción de la teoría, de manera inductiva y sin la intervención de marcos teóricos preexistentes. Glaser, promovió un enfoque más flexible que no impone estructuras y permite que los conceptos se desarrollen de manera natural durante la investigación.

En esta versión, se enfatiza la emergencia de la teoría directamente desde los datos sin preconceptos, y el análisis se realiza a medida que los datos son recolectados (27).

Teoría Fundamentada Axial (Strauss y Corbin). Desarrollada por Anselm Strauss y Juliet Corbin, esta manera de llevar a cabo la TF amplía el proceso de análisis mediante el denominado proceso de la codificación axial, que organiza los datos en categorías y subcategorías más complejas. Strauss et al (28), introdujeron este enfoque en el que los datos no solo se clasifican, sino que además se relacionan entre sí, lo que permite a los investigadores identificar las causas y los efectos en un fenómeno. Este enfoque también incluye la codificación selectiva, donde los investigadores identifican la categoría central que integra y da sentido a todos los otros datos. En sí, la teoría axial tiene un enfoque más estructurado y permite una mayor orientación a nivel de cómo manipular los datos durante el proceso de investigación (28).

Teoría Fundamentada Interpretativa (Charmaziana). Desarrollada por Kathy Charmaz, pone un mayor énfasis específicamente en el contexto social y la interpretación de los participantes. A este enfoque se le otorga una visión más reflexiva y se reconoce el papel del investigador como parte activa del proceso de interpretación. Se propone un enfoque constructivista, donde las experiencias subjetivas de los participantes se integran en el análisis, lo que lleva a una comprensión más profunda de los fenómenos. (26).

Investigación-Acción Participativa (IAP) Enfoque innovador que busca comprender la realidad y las vivencias de los sujetos que experimentan determinada situación además de generar transformaciones sociales. Se centra en la colaboración entre investigadores y participantes, promoviendo una investigación comprometida con las mejoras sociales. La IAP es esencial para abordar problemas locales, contextuales y particulares de manera eficaz, permitiendo que las voces de los participantes influyan en todo el proceso de la investigación y sus resultados (29). Esta participación no solo mejora la relevancia y aplicabilidad de los resultados, sino que también empodera a la comunidad para realizar cambios reales en su entorno (30).

Métodos Mixtos: Combinar enfoques cualitativos y cuantitativos permite obtener una visión más completa de los fenómenos estudiados y es algo que se viene haciendo en las investigaciones en ciencias de la salud con resultados muy prominentes al integrar, precisamente las fortalezas de ambos enfoques. De este modo se generan resultados enriquecidos de valor que apoyan la comprensión de dinámicas sociales o en salud (9). Desde el punto de vista cuantitativo se llevarían a cabo encuestas para evaluar la salud y desde la perspectiva cualitativa se harían entrevistas con el fin de comprender las experiencias personales de los individuos. Esta integración permite a

los investigadores obtener una comprensión más rica y compleja del fenómeno estudiado (31).

Como se ha podido comprobar, la investigación cualitativa proporcionando herramientas para comprender las experiencias humanas desde múltiples perspectivas. Desde diseños tradicionales como la fenomenología y la etnografía hasta métodos emergentes que permiten abordar problemas complejos y desarrollar prácticas de cuidado más personalizadas y en especial, culturalmente sensibles. La IC aporta valor y claramente da significado a las experiencias de los pacientes, dando relevancia a su voz y haciendo que tengamos conocimiento especialmente relevante de sus experiencias, cumpliendo con intentar humanizar el cuidado en salud, especialmente el de la enfermería.

Referencias

1. Sosa-Rosas MP. Importancia de la investigación cualitativa para la Enfermería. *SANUS Rev Enf* [Internet]. 2019;3(7):6-7. Recuperado a partir de: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/97>
2. Holloway I, Galvin K. *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. 5th Edition [Internet]. Wiley-Blackwell; 2023. Recuperado a partir de: <https://www.wiley.com/en-ca/Qualitative+Research+in+Nursing+and+Health-care%2C+5th+Edition-p-9781119630555>
3. Morse JM, Field PA. *Qualitative research methods for health professionals*. 2nd Edition [Internet]. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995. Recuperado a partir de: https://books.google.com.co/books/about/Qualitative_Research_Methods_for_Health.html?id=3sWixzRIVxkC&redir_esc=y
4. Mohamud M, Albarkani AA, Masuadi E, Alsahly AA, Alkudairy AI, Shalabi YF, et al. Knowledge, Attitude, and Practice of Qualitative Research Among Health Sciences Faculty. *Cureus* [Internet]. 2023;15(8):e43310. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.44041>
5. Morse JM. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qual Health Res* [Internet]. 2015;25(9):1212-1222. doi: <https://doi.org/10.1177/1049732315588501>
6. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. 3rd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2021.
7. Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE handbook of qualitative research*. 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2017.
8. Prado ML, Souza ML, Carraro TE, Organización Panamericana de la Salud. *Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales* [Internet]. Washington: OPS; 2008;68-86.
9. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2018.

10. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020
11. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Qualitative metasynthesis: Issues and techniques. *Res Nurs Health* [Internet]. 1997;20(4):365-371. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199708\)20:4<365::AID-NUR9>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199708)20:4<365::AID-NUR9>3.0.CO;2-E)
12. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the science of practice. 3rd ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2017.
13. Thorne S. Qualitative research methods for nursing. 3rd ed. Toronto: Routledge; 2016.
14. Giorgi A, Giorgi B, Morley J. The descriptive phenomenological psychological method. *J Phenomenol Psychol* [Internet]. 2021;52(2):176-192. Recuperado a partir de: https://www.researchgate.net/publication/318451180_The_Descriptive_Phenomenological_Psychological_Method
15. Van-Manen M. Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. 2nd ed. [Internet] New York: Routledge; 1997. Recuperado a partir de: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315421056/researching-lived-experience-max-van-manen>
16. Moustakas C. Phenomenological research methods. SAGE Publications [Internet]. 1994. doi: <https://doi.org/10.4135/9781412995658>
17. Fuster-Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones [Internet]. 2019;7(1):201-229. doi: <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
18. Van-Manen M. Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. 2nd ed. [Internet] Routledge; 2016. eBook ISBN9781315421056. doi: <https://doi.org/10.4324/9781315421056>
19. Schutz A. The phenomenology of the social world. Evanston, IL: Northwestern University Press; 1970.
20. Leininger M. Culture care. A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2002;13:189-192. doi: <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
21. Green J, Thorogood N. Qualitative Methods for Health Research. Fourth Edition. Sage [Internet]. 2018. Recuperado a partir de: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/qualitative-methods-for-health-research/book254905>
22. Venzon-Cruz E, Higginbottom G. The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Res* [Internet]. 2013;20(4):36-43. doi: <https://doi.org/10.7748/nr2013.03.20.4.36.e305>
23. Kincheloe JL, McLaren P. Rethinking critical theory and qualitative research. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. SAGE Publications [Internet]. 2005:303-342. Recuperado a partir de: <https://psycnet.apa.org/record/2005-07735-012>
24. Boon-Itt S, Skunkan Y. Public Perception of the COVID-19 Pandemic on Twitter: Sentiment Analysis and Topic Modeling Study. *JMIR Public Health Surveill* [Internet]. 2020;6(4):e21978. doi: <https://doi.org/10.2196/21978>
25. Ellis C, Adams TE, Bochner AP. Autoethnography: An Overview. *FQS* [Internet]. 2010;12(1). Recuperado a partir de: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1589>
26. Charmaz K. Constructing Grounded Theory. 2nd ed. SAGE Publications [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: https://afshinsafae.ir/wp-content/uploads/2022/10/Introducing-qualitative-methods-Charmaz-Kathy-Constructing-grounded-theory-2014-SAGE-Publications-libgen.li_pdf
27. Glaser BG. Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory. Mill Valley, CA: Sociology Press; 1978.
28. Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 2nd ed. SAGE Publications [Internet]. 1998. Recuperado a partir de: <https://psycnet.apa.org/record/1999-02001-000>
29. Gergen KJ, McNamee S, Barrett FJ. Toward transformative dialogue. *International Journal of Public Administration* [Internet]. 2001;24(7-8):679-707. doi: <https://doi.org/10.1081/PAD-100104770>
30. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research. Springer; 2014.
31. Tashakkori A, Teddlie C. *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. 2nd ed. SAGE Publications [Internet]. 2010. doi: <https://doi.org/10.4135/9781506335193>



Knowledge management in nursing during THE SARS-CoV-2 COVID-19 pandemic

Gestión del conocimiento en enfermería durante la pandemia por SARS-CoV-2 COVID-19

Gestão do conhecimento em enfermagem durante a pandemia SARS-CoV-2 COVID-19

Lorena Martínez-Delgado  

lmartinez@udca.edu.co 

Programa de Enfermería, Universidad de Ciencias Ambientales y Aplicadas.
Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Claudia Marcela Velásquez-Jiménez  

mvelasquez@udca.edu.co

Programa de Enfermería, Universidad de Ciencias Ambientales y Aplicadas.
Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Gladys Eugenia Canaval-Eraza  

gladys.canaval@correounivalle.edu.co

Escuela de Enfermería, Universidad del Valle. Cali, Valle del Cauca, Colombia.

Joas Benítez-Duque  

joas.benitez@correounivalle.edu.co

Escuela de Enfermería, Universidad del Valle. Cali, Valle del Cauca, Colombia.

Carlos Augusto Osorio-Marulanda  

carlos.osorio@correounivalle.edu.co

Escuela de Ingeniería Industrial, Universidad del Valle. Cali, Valle del Cauca,
Colombia.

Claudia Patricia Valencia-Molina  

claudia.p.valencia@correounivalle.edu.co

Escuela de Enfermería, Universidad del Valle. Cali, Valle del Cauca, Colombia.

Pablo Cesar Manyoma-Velásquez  

pablo.manyoma@correounivalle.edu.co

Escuela de Ingeniería Industrial, Universidad del Valle. Cali, Valle del Cauca, Colombia.

ARTICLE INFORMATION:

Article received: July 28, 2023

Article accepted: November 30, 2024

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.4767>

How to reference. Martínez-Delgado L, Osorio-Marulanda CA, Velásquez-Jiménez CM, Valencia-Molina CP, Canaval-Eraza GE, Manyoma-Velásquez PC, et al. Knowledge management in nursing during THE SARS-CoV-2 COVID-19 pandemic. MedUNAB [Internet]. 2024;27(2):131-140. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4767>



ABSTRACT

Introduction. The COVID-19 pandemic posed a significant challenge for the nursing profession and personnel involved in direct patient care, particularly in the generation and assimilation of new knowledge to provide relevant and timely care. **Objective.** To explore the experiences of nursing staff regarding knowledge management and its application in clinical practice for the care of patients with COVID-19. **Methodology.** A qualitative multiple-case study was conducted using 8 semi-structured interviews with nurses who cared for COVID-19 patients in two hospitals in Colombia. **Results.** The study highlights the leadership role of nurses in planning and implementing actions aimed at the creation and dissemination of knowledge.

Author Contributions

LMD.

Conceptualization, methodology, formal analysis, research, data curation, original draft writing, writing, reviewing and editing, visualization, project management (Bogota), fund acquisition. CAOM.

Conceptualization, methodology, research, writing original draft, data curation, writing, reviewing and editing, visualization, project management (Cali), acquisition of funds. CMVJ.

Conceptualization, methodology, formal analysis, research, data curation, writing, review and editing, visualization, fund acquisition. CPVM. Conceptualization, methodology, formal analysis, research, data curation, writing, review and editing, project management. GECE.

Conceptualization, methodology, formal analysis, research, data curation, writing, reviewing and editing, project management. PCMV. Conceptualization, methodology, formal analysis, research, data curation, writing, review and editing. JBD.

Conceptualization, methodology, formal analysis, research, data curation, writing, reviewing and editing.

Key factors facilitating knowledge flows included the organizational structure for knowledge management, ongoing collaboration with academic institutions, and the preparedness, experience, and professional commitment of all staff members. Additionally, the ability to contextualize knowledge for the healthcare of COVID-19 patients emerged as a critical factor. This ability is particularly relevant as it represents tacit knowledge, developed collectively and interdisciplinarily through prior experiences and the essential assimilation of external information. **Discussion.** The findings align with other studies that emphasize the role of nursing in knowledge transfer to the entire healthcare team under adverse conditions, as well as the barriers that impede knowledge creation and access. **Conclusion.** The experiences of nursing staff in knowledge management underscore the profession's leadership in educational processes, even in challenging contexts. However, the social recognition of this role remains an area that requires further strengthening.

Keywords:

Knowledge Management; Information Dissemination; Education, Nursing; Nursing Education Research; COVID-19.

RESUMEN

Introducción. La pandemia de COVID-19 significó, para la enfermería y personal involucrado en la atención directa, un reto en la generación y apropiación de nuevos conocimientos que les permitieran brindar una atención pertinente y oportuna. **Objetivo.** Explorar las vivencias del personal de enfermería con relación a la gestión del conocimiento y su apropiación en la práctica asistencial para la atención a pacientes con COVID-19. **Métodos.** Investigación cualitativa de casos múltiples mediante 8 entrevistas semiestructuradas a enfermeras que atendieron pacientes con COVID-19 en 2 hospitales de Colombia. **Resultados.** El estudio evidencia el liderazgo que ejerce la enfermería en la planeación y ejecución de acciones orientadas a la construcción y divulgación del conocimiento. Entre los componentes que favorecieron los flujos de conocimiento, se encuentran la estructura organizativa para la gestión del conocimiento; el relacionamiento permanente con la academia, la preparación, experiencia y compromiso profesional de todo el personal de las entidades. Además, la capacidad del uso contextualizado para el cuidado de la salud de pacientes con COVID-19, que se hace más relevante en tanto se considera un conocimiento tácito construido colectiva e interdisciplinariamente a partir de saberes y vivencias anteriores, y de la apropiación crítica de la información externa. **Discusión.** Los resultados del estudio se asimilan a otras investigaciones que señalan tanto el rol de enfermería en la transferencia de conocimientos a todo el equipo de salud en condiciones de adversidad, como en las barreras que obstaculizan la construcción y el acceso al conocimiento. **Conclusión.** Las vivencias del personal de enfermería en torno a la gestión del conocimiento, resaltan la profesión como líder en los procesos educativos, incluso en contextos de adversidad, cuyo reconocimiento social es un aspecto que se requiere fortalecer.

Palabras clave:

Gestión del Conocimiento; Difusión de la Información; Educación en Enfermería; Investigación en Educación de Enfermería; COVID-19.

RESUMO

Introdução. A pandemia de COVID-19 representou um desafio para os enfermeiros e pessoal envolvido nos cuidados diretos, um grande desafio na geração e apropriação de novos conhecimentos que lhes permitam prestar cuidados relevantes e oportunos. **Objetivo.** Explorar as experiências do pessoal de enfermagem sobre a gestão do conhecimento e sua apropriação na prática assistencial para o cuidado de pacientes com COVID-19. **Métodos.** Pesquisa qualitativa de estudo de caso múltiplo usando 8 entrevistas semi-estruturadas com enfermeiros que atenderam pacientes com COVID-19 em dois hospitais na Colômbia. **Resultados.** O estudo evidencia a liderança exercida pela enfermagem no planejamento e execução de ações voltadas para a construção e disseminação do conhecimento. Entre os componentes que favoreceram os fluxos de conhecimento destacam-se a estrutura organizacional para a gestão do conhecimento, a relação permanente com a academia e a preparação, a experiência e o comprometimento profissional de todo o pessoal das instituições. Além disso, a capacidade de uso contextualizado para a atenção à saúde dos pacientes com COVID-19, que se torna mais relevante por ser considerado um conhecimento tácito, construído coletiva e interdisciplinariamente a partir de conhecimentos e experiências prévias, e da apropriação crítica de informações externas. **Discussão.** Os resultados do estudo estão

alinhados com outras pesquisas que ressaltam tanto o papel da enfermagem na transferência de conhecimento para toda a equipe de saúde em condições adversas, quanto as barreiras que dificultam a construção e o acesso ao conhecimento. **Conclusão.** As experiências da equipe de enfermagem na gestão do conhecimento destacam a profissão como líder nos processos educativos, mesmo em contextos de adversidade, cujo reconhecimento social é um aspecto que precisa ser fortalecido.

Palavras-chave:

Gestão do Conhecimento; Disseminação de Informação; Educação em Enfermagem; Pesquisa em Educação em Enfermagem; COVID-19.

Introduction

Health care in all settings must be grounded in solid knowledge, understood not merely as information but as its application to solve problems or to create frameworks for thought and action. According to Nonaka, as interviewed by Kawamura (1), knowledge is a dynamic process that is constructed from the inside out, thus involving individuals' subjectivity or personal understanding. In contrast, information is acquired from the outside in and can only evolve into knowledge when it is internalized through action or practice. This distinction seeks to move beyond the Western perspective, in which only the objective and explicit can be termed knowledge, and instead invites the reconciliation of the subjective and objective as essential elements in the construction of knowledge. This approach opens science to experience and local wisdom (2). In Breilh's words, since knowledge is socially and historically determined, its construction requires the integration of all possible voices and must be relevant to each context. Therefore, it must be intercultural, transdisciplinary, and transformative (3).

Particularly in situations that suddenly and massively threaten human systems, such as the recent COVID-19 pandemic, the demand for timely and relevant responses based on accurate and contextually applicable knowledge necessitates the rapid coordination of various sectors. This includes not only transnational scientific and technological collaboration (4) but also the involvement of local actors responsible for applying knowledge in the fields of research, education, administration, and health care. Consequently, knowledge management is understood as the processes aimed at planning, coordinating, and controlling knowledge flows within and around an organization (5), intending to ensure that knowledge, as a human asset, is available when needed (6), became a priority during the pandemic for decision-makers, the scientific community, and health care personnel tasked with organizing efforts to respond to the health emergency. These knowledge flows refer to the continuous generation of new knowledge and its rapid dissemination among the actors responsible for its application (7).

Particularly for the nursing profession, producing, accessing, and assimilating knowledge, as well as integrating it into the

object of study itself such as health care requires multiple cognitive, technical, and empirical capabilities. This is especially true when agile and assertive decision-making is required, as was the case during the pandemic. In this context, limitations in time, resources, and even mobility due to the need for isolation, coupled with the opportunities provided by current technological advancements, necessitated the adoption of new approaches to creating and disseminating knowledge to facilitate decision-making in adverse situations.

Thus, some published experiences on the role of nursing during the pandemic highlight the rapid adaptation of nursing staff to acquire and transmit the knowledge required for the care of COVID-19 patients. These include the retraining of new staff in intensive care units by experienced personnel, the development of training programs combining virtual instruction with individualized in-person practice (8), the dissemination of visual materials and training sessions (9), reflection, simulation, and case-based and problem-based learning (10), and the preparation of facilitators for evidence-based knowledge dissemination (11). These studies also underscore the critical role played by nursing staff in organizing services, protecting the health of all healthcare personnel, and transferring knowledge to patients and healthcare teams.

However, the ability to produce and access knowledge in the field of health, particularly in nursing under similar conditions, faces significant challenges that extend beyond individual or institutional motivation and capacity. These challenges frequently include obstacles related to the relevance, timeliness, and accessibility of information (12). Another major challenge for nursing involves inequalities in access to information and participation. The former is partly determined by the role of communication technologies in knowledge acquisition, which can act as a differentiating factor between social classes and even as an intergenerational barrier (13). Regarding participation, although leadership and recognition of the work of nurses have increased over the years, it has entailed an ongoing struggle to overcome conditions of subordination in which power dynamics have been dominated by the medical profession. This has resulted in the exclusion of highly qualified nursing professionals from management

positions, despite their competence to perform such roles (14). These inequalities in power relations, even within healthcare teams, are directly linked to the identities historically attributed to nursing. Specifically, caregiving has been associated with women due to their perceived capacity to nurture and reproduce life a role often confined to the domestic sphere without remuneration or recognition, as it is assumed to be a natural condition. This has prevented dominant groups from valuing and acknowledging the significant contributions that nurses can make based on their experience and local knowledge, thereby perpetuating their marginalization (15,16).

To overcome these obstacles, health knowledge management is tasked with facilitating reciprocal knowledge flows, ensuring that knowledge reaches its intended recipients promptly (7), and promoting the generation, dissemination, and application of knowledge across different organizational levels. This requires addressing, as far as possible, the inequalities that hinder these objectives (17). To achieve this, it is crucial to understand the specificities of knowledge management and flows in the Latin American context, which have been poorly documented to date. Therefore, it is necessary to retrospectively examine how these processes unfolded, to identify achievements and lessons learned that can strengthen effective knowledge management in similar situations. This, in turn, can improve the quality and timeliness of care and patient outcomes.

Considering the conceptual framework and situations described, this study was conducted to explore the experiences of nursing staff regarding knowledge flows and their assimilation in clinical practice for the care of COVID-19 patients in two hospitals in Colombia. These experiences are expected to contribute to preparing professionals for future situations as complex as this one.

Methodology

A qualitative investigation was employed with a multiple cases design from an analysis of several cases jointly, to understand a fact or human group, which implies the study of complex relations and a challenge to articulate what occurs in everyday contexts with some academic disciplinary constructs (18).

8 nurses selected intentionally participated in the study, who followed the professional nursing criteria and were working in attention units of COVID-19 patients, with a permanent employment contract with at least 6 months of antiquity in the institution and knew about the dependencies in charge of the educative processes in their respective institutions, which correspond to Public Health Service Providers Institutions, of high level of complexity

one located in Cali, Colombia and the other one in a town near Bogota in Cundinamarca department. To contact the participants with whom there was no type of approach prior to the research team, the investigation was presented through a video via hospital platforms, inviting the staff to participate. Functionaries who didn't want to participate indicated the lack of time and tiredness caused by the duplicated shifts during the second and third years of the pandemic.

The information was recollected between June 2021 and March 2022 through semistructured interviews, the interviews were applied by four female research nurses and a male nurse with a master's and doctorate (one in Cundinamarca and three in Cali) in person within an adequate office for this matter in each one of the hospitality institutions, with an average duration of 60 minutes each interview. The interview's design took as a referent the findings derived from the quantitative phase of this research, which was carried out collectively in Argentina, the Dominican Republic, and Colombian hospitals, coordinated by the Networks Center of the University of Buenos Aires. The interviews were validated by expert testing in which 3 nurses with education nursing experience, health service attention quality, and patient security politics participated. The interviews were recorded in MP4 format and video, prior authorization, and transcribed in an excel matrix, placing in the collums the participant number, while horizontally the questions were placed under which each of the responses was systematized. For the posterior data analysis, established parameters for the methodology of collective cases by Stake were followed, which consist of the direct interpretation of data and the categoric addition of it, which means, the sum of the narratives organized by previously established themes that correspond to the questions asked (19). To reduce the possible bias of selection given the convenience sampling, the interview questions investigated situations that were presented generally in the hospitality institutions in terms of disponibility, sources, access, and their usage of information, as well as communication aspects related to health attention like channels, processes, and resources, avoiding questions about individual perceptions in front of the same categories.

Attending to the 8430 de 1993 resolution of Colombia's health minister, the present study was classified as minimum risk. In its development, all the ethical principles of confidentiality and voluntary were followed, therefore the identity of the participants was maintained anonymous, and their informed consent was counted on. The research was approved by the Human Ethics Committee of the Universidad del Valle, through approval document 016-020 and the ethics committees of both hospital institutions.

Results

From the group of the study participants, is highlighted that seven of them who identify as females are between 36 and 56 years of age. Table 1 presents the characteristics of the participants related to their level of formation and time of work.

Table 1. Coding and characteristics of study participants

Subject	Education level	Working time in the institution (years)
P1	University student	2
P2	Audit Specialist	< 1
P3	University student	9
P4	University student	40
P5	University student	22
P6	Nephrology Specialist	12
P7	Health administration Specialist	29
P8	Critical Care Specialist	30

Source: prepared by authors.

The results are presented attending to the categories of knowledge gestion, described by Macias-Chapula (13): information sources, destinataries, and communication channels, in addition to incorporating categories of the basic model proposed by Shannon et al (20) who take into account aspects of the scientific communication, like: the types of knowledge and processes around attention and instruction, the resources and results, identified by the participants. Finally, other categories are included that are addressed from the knowledge spiral model proposed by Nonaka (21), such as the internalization of knowledge and feedback (17).

Types of knowledge and contents

Considering the taxonomic descriptions of the types of knowledge that, according to Nonaka, can be classified as tacit and explicit, this study identified that both explicit and formal knowledge, as well as tacit and informal knowledge, were present. But with more reference to the first ones than the last ones. Regarding the explicit knowledge, coming from formal intra- and extra-institutional structures, four thematic cores were identified that dynamized the flow of knowledge: a. epidemiological behavior of the virus and the COVID-19 disease; b. care for infected patients; c. personal protection and d. organization of health services.

The spread of knowledge for patients with COVID-19 attention is related, in the first instance, to the virus generalities and the characteristics of each virus strain, transmission paths, distribution, and possible determinants. To strengthen abilities in attention to infected people, topics such as alarm signs, medication administration, protocols actualization, and specific care like postural changes were addressed. Regarding personal protection, the knowledge was centered on the adequate usage of elements before, during, and after each attention, adequate approach to patients, handwashing, and distancing between personnel. In respect of this category, the participants highlight the importance of integrating both types of knowledge, as one of the participants points out in the following narrative:

“Here, when the pandemic started, they began to implement the Institution’s own protocols and also those given by State regulations... There is also empirical knowledge, international practices, for example I speak about pronation, that is not ours, that was invented there, but, then that is what I mean with the empirical part because there is not, let’s say, a pronation protocol as such documented here in the Institution” P1

Sources of information and organizational structures

Participating nurses identified various sources of knowledge, as well as information channels, from agencies and research teams, international organizations, government agencies at national and local levels, to the health professionals and institutions, from the beginning, sought to adopt new knowledge and adapt existing ones. In this regard, they identified both external and internal sources within the institutions where they worked, with the organizational structure in both settings either facilitating or hindering the flow of information. Among the external sources, the guidelines and communications from the Ministry of Health and Social Protection were the most recognized by professionals. However, they noted that the information was issued late, only after the first COVID-19 cases were detected in the country, which reduced the preparation time for territorial entities and institutions.

Given the delay in receiving official guidelines, both institutions experienced a rapid process of studying and adjusting existing protocols on topics such as isolation and the use of personal protective equipment, which became the primary sources of guidance for the teams’ actions. This planning process was led by departments such as the functional unit of continuing education or training programs, in coordination with other areas like the quality office, occupational health, epidemiology, emergency and disaster committees, and service leaders, including

laboratories. Notably, nursing leadership played a key role in planning and implementing training actions for all healthcare and support staff, as nurses were in charge of the education units, as reflected in the following narratives:

“An initiative we had at the time with the head of quality was: quickly, let’s train people. On what? On whatever we have, whatever the Ministry has sent us... We managed to train approximately 100 people per session. We trained everyone, from security staff, social workers, general services, nurses, doctors, even specialist doctors listened to nursing because we tried to be those leaders who wouldn’t be dismissed just because ‘you’re not a doctor.’ No, we as nurses say it because it’s what the Ministry says, what the WHO says, what the INS says, what all the institutions say because we are always in that constant struggle where the doctor is assumed to always be right, but that’s not always the case.” P5

Recipients of knowledge flows and healthcare outcomes

Two types of recipients were identified: intermediate and final, along with the expected and perceived differential outcomes for each group. Among the intermediate recipients are the care, administrative, support services and general services personnel, among whom articulation was essential for the training and provision of services. The expected results of knowledge transfer to hospital staff were identified, in the first instance, as providing relevant care, improving the quality of service, reducing the risks of contagion for staff, and their families, and facilitating the management of emotions, especially the fear produced by facing the unknown.

It is worth highlighting in both institutions the dual role of nursing as an intermediate recipient of knowledge but also as the leader in planning and implementing internal knowledge flows. This role is not new, but it became more visible during the pandemic.

On the other hand, participants identified patients as the final recipients, on whom the outcomes of applying acquired knowledge are expected to have an impact. Among these expected effects were responses focused on accelerating recovery and preventing complications, individualizing care, guaranteeing information to users and their families about the prognosis and treatment, as well as administrative procedures. The following narratives illustrate the intermediate and final outcomes that are expected to be reflected in patient care:

“Pronation works for the patient and helps them recover a little bit faster.” P1.

“We identified this issue with the patient that they are being pronated, and their face is rubbing. So, we decided to do it differently, and right away, we implemented an improvement plan to prevent anyone else from experiencing the same issue.” P2.

“The intensivist, the doctor, is very attentive to the patients. After completing rounds, they call the family to update them and tell how is, what has been done, and what will be done next.” P3.

Communication Channels and Resources

In one of the institutions, the education unit was responsible for disseminating information, while in the other, this role was handled by the epidemiology service. To expedite knowledge transfer to nursing teams and all staff, both in-person and virtual tools were combined, initially favoring the on-site modality, which was progressively replaced by technological mediation through platforms and virtual groups on social networks, used to disseminate information and monitor and evaluate educational processes. This incursion of ICTs, even migrating to teleworking, was perceived by the participants as one of the changes that occurred most quickly and for which, in general, the staff was not prepared. The following narratives illustrate these experiences:

“Everything is done through Classroom. They send you the assessments, you complete them, and you are constantly evaluated.” P6.

“Virtual communication groups were created, and that helped a lot here; those chat groups still exist. That became an important part of our lives.”

Although the relevance of technological mediation was recognized, the narratives point out the lack of preparation of hospital staff and society, in general, to assume virtuality as an educational strategy, in addition to the initial rejection of technologies due to the intergenerational gap. In this regard, they mark the arrival of younger staff as a strength and a support point for advancing knowledge and the use of these technologies as well as highlighting the improvement of information management that in physical media was less efficient.

Another limitation marked by participants regarding communication channels refers to the capacity and speed of technological resources such as the Internet, email, and virtual platforms, to upload, download, and store large volumes of information, such as standards, review documents, and protocols.

Internalization and feedback of knowledge

The findings show that before being appropriated, knowledge goes through non-formal processes of individual and collective validation, that is, it is accepted to the extent that it demonstrates useful results for both intermediate and final recipients, especially in terms of the contribution to patient recovery, results that are evaluated based on the individual analysis of professionals but that are socialized informally in daily interprofessional conversation. Once validated, knowledge can be deconstructed and reconstructed in a process of collective construction of empirically validated tacit knowledge. The following narratives illustrate this finding:

“As we continue observing at and attend, it is changing to improve the care... it is being seen the negative and positive aspects of the process and it is modified within the institution, they say: that is no longer done that way, we are going to do it like this and it is changing and that is how we have been working... the information is passed on and adapted to each of the users...” P4

In the health field, the appropriation of knowledge or practice is often related to adherence, a concept marked by some participants to refer to changes in professional practice. In this regard, in one of the institutions, employees expressed that the change in practices such as hand washing and the use of protective elements in personnel from disciplines other than nursing, mainly in medicine and therapies, was more evident because of nursing adherence to protocols is more normalized and these practices were already carried out daily.

Characteristics of knowledge within the framework of the systems model

The massive and fast dissemination of information without much clarity, improvisation, and collective construction between members of different departments are aspects that are highlighted in this category. The narratives exalt the ability to recognize one's strengths and those of each member of the team, to communicate with others, and to request support, as necessary conditions to access information and build new knowledge placed in the specific context.

Another of the characteristics to analyze from the systems model is related to equitable access to information since there is the possibility of privileging one group of recipients over another, an aspect that is analyzed in the present study for the intra-institutional space. Two key elements stand out in this regard: on the one hand, the formation of interdisciplinary teams of experts in different areas, in charge of collecting, analyzing, selecting, and

disseminating information, which facilitated the transfer of knowledge at the same speed and under the same conditions to all personnel. However, the mediation of technology in the training processes meant an inequity mediated by the intergenerational gap, with greater advantages for the youngest, accustomed to dealing with technological advances.

However, these same differences became an opportunity to support those who did not have the knowledge and experience in the use of technological tools.

“The good thing is that here in the institution, there is a lot of staff, and young people have joined, they are much more skilled with this whole issue of virtuality and information management... That was an advantage. Many people helped us in that part.” P7.

Finally, a factor that contributed to timely and equitable access to knowledge was the fact that both hospitals served as a setting for the training of professionals and therefore the more horizontal relationship with academia and research facilitated the daily updating processes, being a perceived advantage, as marked:

“Being a university hospital, we are not outdated... One of the benefits of having all the support of university teachers is being up to date” P7.

Discussion

The findings show the professional and institutional efforts to overcome the barriers that hinder an effective transfer of knowledge, which, according to Macias-Chapula, can be identified as barriers to the organization and administration of information, staff education, absence of information channels or their disconnection from the sources and recipients (13).

In the pandemic, the barriers to access, timeliness, and relevance of knowledge, which according to Hering are present in organizations (12), were boosted even more in the hospital scenarios with the scientific uncertainty, lack of time for investigation, the wrong propagation of information and fake and historic breakdown between science, politics and practice (22). It can be related to paragraphs' critical point of view and inequality.

Despite this, several of the elements of the institutions where the study was conducted contributed to facing these challenges, among which the leading role of nurses in the continuing education processes and their integration in interdisciplinary teams, whose leadership, in accordance to multiple experiences published before (9,11) and during the pandemic (12,23-25), ensured the organization and

quality of the training actions, stand out; Therefore, it can be pointed out that nursing teams should be recognized as knowledge managers, as they fulfill this function, as Macias-Chapula points out (13). Indeed, the role of nurses as leaders of the educational processes has allowed them to gain recognition within the institutions by the healthcare and support personnel (26,27).

The topics on which the transfer of knowledge was focused coincide with those addressed in other contexts, where priority was given to training in personal protection measures, hygiene and isolation, hand washing, disinfection of equipment and furniture, patient assessment and monitoring, especially of respiratory parameters, administration of fluids and medications, together with other care such as postural changes, oxygen therapy, mobilization, patient transport and information on discharge from the hospital (28). However, in the hospitals where the interviews were carried out, it was not evident that the organization of hospital services and personnel planning were based on knowledge or experiences generated in other institutions; instead, these aspects related to the distribution of units, the demarcation of areas and routes or the number of patients assigned to each member of the health team, were more limited to administrative possibilities and trial and error. In contrast to this finding, in studies published in other countries, relevance was given to learning about the working conditions of the nursing staff to favor the quality of care and reduce the burden on the staff, since aspects such as the ratio of patients per nurse depending on the criticality, the organization of shifts and the extension of schedules, were decided based on previous studies, as were the measures for the physical safety of the staff in the social environment and the protection of their mental health (23); According to international organizations, these aspects should be strengthened, especially in the countries of the Americas (24).

Given that the research was conducted during the months with the highest incidence of cases of the disease, it was difficult to delve into more sensitive aspects such as institutional and personal management of knowledge aimed at managing the personal and family emotional burden, spiritual suffering, the experience of the disease itself and the experience of changing from caregiver to patient. There was also little research on measures to prevent or mitigate the impact of working conditions.

This is even more important in contexts of unequal working conditions, since according to some narratives, it seems that the way nursing personnel are hired negatively affects their willingness to acquire knowledge, reducing, for example, adherence to protocols, since the level of commitment that can be demanded is different. In this regard, the impact of changing working conditions, characterized by flexibilization and outsourcing, on compliance with

standards as strict as those required by the pandemic needs to be further explored.

Conclusions

The experiences of the nursing staff regarding knowledge flows highlight the profession as a leader in educational processes, which the context of adversity during the pandemic allowed to enhance and make it even more visible, at least within the intra-institutional sphere, although there is still a long way to go for the social recognition of nursing leadership in this work.

Among the components that favored the flow of knowledge were the organizational structure for knowledge management, the permanent relationship with academia, the preparation, experience, and professional commitment of all the personnel of the entities, the organization by interdisciplinary teams to collect and disseminate the available information and the trust placed in them. Although these elements acted, perhaps spontaneously, as facilitators of knowledge transfer, being clear about the strength of each of them may favor institutional planning and response to future equally critical scenarios.

This study reveals the incursion of virtual media into personnel training and coaching as one of the most rapid and relevant changes in the flow of knowledge during the pandemic. However, as other experiences report, relying exclusively on technology generates inequity in access to knowledge, as the possession of technological equipment and services, the knowledge of these, and the intergenerational gaps privilege or exclude certain sectors of the population.

Finally, understanding how knowledge is produced and transferred among the different actors and areas in charge of health care is fundamental to planning and implementing actions that respond to the institutional and national contexts, improve the quality of health care, guarantee updating, and promote innovation in the sector. Therefore, the research team considers the relevance of involving the educational institutions responsible for training nursing professionals in learning strategies aimed at understanding and improving the flow of knowledge, not only towards the subject of care and in the intra-institutional scenario or the research exercise, but throughout the entire social system responsible for the health of populations, involving political and scientific actors, interdisciplinary teams, other sectors and, of course, the communities.

Conflicts of interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

Funding

For the development of this research, funding was provided by the two participating universities, but there was no external source of funding.

Ethical responsibilities

Protection of persons. This research, classified as minimal risk, has been approved by the Human Ethics Committee of the Universidad del Valle.

Confidentiality of data. The authors declare that they complied with the ethical principle of confidentiality, which is why they took rigorous care in the handling of the interviews and systematization matrices in coherence with the institutional research protocols.

Right to privacy and informed consent. The authors declare that they complied with the ethical principle of voluntariness, obtaining informed consent from each participant.

References

1. Kawamura KM. Kristine Marin Kawamura, PhD interviews Ikujiro Nonaka, PhD. *Cross Cultural & Strategic Management* [Internet]. 2016;23(4):613-632. doi: <https://doi.org/10.1108/CCSM-06-2014-0056>
2. Lafuente A. Abrir la ciencia para cambiar el mundo. *IJESJP* [Internet]. 2020;7(2):52-67. doi: <https://doi.org/10.24908/ijesjp.v7i2.13724>
3. Breilh J. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana [Internet]. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar (UASB-E) - Universidad Nacional Autónoma de México: 2023. Available from: <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/9720>
4. Krige J, Leonelli S. Mobilizing the Transnational History of Knowledge Flows. COVID-19 and the Politics of Research at the Borders. *History and Technology* [Internet]. 2021;37(1):125-146. doi: <https://doi.org/10.1080/07341512.2021.1890524>
5. Bueno E. La gestión del conocimiento en la nueva economía: Gestión del conocimiento y capital intelectual: Experiencias en España. IU Euroforum Escorial. Madrid: 1999.
6. Davenport TH, Prusak L. *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know* [Internet]. Harvard Business School Press: 1998. Available from: <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/1836/tesisUPV2605.pdf>
7. Mozaffar H, Panteli N. The online community knowledge flows: distance and direction. *Eur J Inform Syst* [Internet]. 2022;31(2):227-240. doi: <https://doi.org/10.1080/0960085X.2020.1866442>
8. Raurell-Torredà M. Gestión de los equipos de enfermería de UCI durante la pandemia COVID-19. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2020;31(2):49-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.04.001>
9. Yost J, Thompson D, Ganann R, Aloweni F, Newman K, McKibbon A, et al. Knowledge translation strategies for enhancing nurses' evidence-informed decision making: a scoping review. *Worldviews Evid-Based Nurs* [Internet]. 2014;11(3):156-67. doi: <https://doi.org/10.1111/wvn.12043>
10. Culyer LM, Jatulis LL, Cannistraci P, Brownell CA. Evidenced-based teaching strategies that facilitate transfer of knowledge between theory and practice: what are nursing faculty using?. *Teaching and Learning in Nursing* [Internet]. 2018;13(3):174-179. doi: <https://doi.org/10.1016/j.teln.2018.03.003>
11. Kitson AL, Harvey G. Methods to succeed in effective knowledge translation in clinical practice. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2016;48(3):294-302. doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.12206>
12. Hering JG. Do we need “more research” or better implementation through knowledge brokering? *Sustain Sci* [Internet]. 2016;11:363-69. doi: <https://doi.org/10.1007/s11625-015-0314-8>
13. Macias-Chapula CA. La gestión del conocimiento en el área de la salud. *Evid Med Invest Salud* [Internet]. 2009;2(1):31-35. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=40763>
14. Del Río AB. Las características identitarias de la enfermería: entre la subordinación y la búsqueda de reconocimiento en el oficio de cuidar. [Tesis de Maestría]. Buenos Aires (Argentina): FLACSO Sede Académica; 2020. Available from: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/16336>
15. Montecinos-Guñe D, Lorca-Nachar A, Lara-Jaque R, García-Vallejos G, Quijada-Sánchez D. Enfermería, liderazgo y relaciones de poder, una mirada desde lo cualitativo. *Index de Enfermería* [Internet]. 2023;32(2). doi: <https://doi.org/10.58807/indexenferm20235794>
16. Mallevill S, Beliera A. El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral. *Estudios del trabajo* [Internet]. 2020;59:49-51. Available from: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.15695/pr.15695.pdf
17. Cuadrado-Vega OI. La gestión del conocimiento y la gestión de la tecnología en salud para la innovación en salud. *Tek Rev Cient* [Internet]. 2015;15(1):60-75. doi: <https://doi.org/10.25044/25392190.478>
18. Stake RE. Estudios de casos cualitativos. N. Denzin e Y. Lincoln (coords.). *Las estrategias de investigación cualitativa* [Internet]. Barcelona: Gedisa. 2013;154-197. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4410881>

19. Stake RE. Investigación con estudio de casos [Internet]. Madrid: Morata: 2020. 67p. Available from: https://edmorata.es/wp-content/uploads/2022/06/STAKE_InvestigacionEstudioCasos_prw-1.pdf
20. Shannon CE, Weaver W. The mathematical theory of communication [Internet]. Urbana, Ill: University of Illinois Press: 1949. Available from: https://pure.mpg.de/rest/items/item_2383164_3/component/file_2383163/content
21. Nonaka I, Takeuchi H. The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation [Internet]. Oxford University Press: 1995. doi: <https://doi.org/10.1093/oso/9780195092691.001.0001>
22. El-Jardali F, Bou-Karroum L, Fadlallah R. Amplifying the role of knowledge translation platforms in the COVID-19 pandemic response. Health Research Policy and Systems [Internet] 2020;18:1-7. doi: <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00576-y>
23. Curioso WH, Galan-Rodas E. The role of telehealth in the fight against COVID-19 and the evolution of the Peruvian regulatory framework. Acta Med Peru [Internet]. 2020;37(3):366-375. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.373.1004>
24. San Martín-Rodríguez L, García-Vivar C, Escalada-Hernández P, Soto-Ruiz N. Las enfermeras tras la pandemia por Covid-19: ¿ahora qué?. Enfermería Clínica [Internet] 2020;2(1):1. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.12.003>
25. Cassiani SHB, Munar-Jimenez EF, Umpiérrez-Ferreira A, Peduzzi M, Leija-Hernández C. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2020;44: e64. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>
26. Martínez-Estalella G, Zabalegui A, Sevilla-Guerra S. Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. Enfermería Clínica [Internet]. 2021;31:S12-S17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.002>
27. Lascano-Sánchez AR, Salguero-Fiallos CM, Guzmán-Córdova SB, Díaz-Vacacela BP, Tirado-Velastegui RA, Rivera-Núñez CM. Liderazgo de enfermería en tiempos de covid-19: una revisión sistemática. Ciencia Latina [Internet]. 2022;6(1),4620-4637. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1966>
28. Lahite-Savón Y, Céspedes-Pereña V, Maslen-Bonnane M. El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19. Revista Información Científica [Internet]. 2020;99(5):494-502. Available from: <https://www.redalyc.org/comocitar.oi?id=551764957011>



REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Vol. 27(2):141-150, agosto - noviembre 2024
i-ISSN 0123-7047 e-ISSN 2382-4603



Artículo Original

Gestión del conocimiento en enfermería durante la pandemia por SARS-CoV-2 COVID-19

Knowledge management in nursing during THE SARS-CoV-2 COVID-19 pandemic

Gestão do conhecimento em enfermagem durante a pandemia SARS-CoV-2 COVID-19

Lorena Martínez-Delgado  

lmartinez@udca.edu.co 

Programa de Enfermería, Universidad de Ciencias Ambientales y Aplicadas.
Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Claudia Marcela Velásquez-Jiménez  

mvelasquez@udca.edu.co

Programa de Enfermería, Universidad de Ciencias Ambientales y Aplicadas.
Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Gladys Eugenia Canaval-Eraza  

gladys.canaval@correounivalle.edu.co

Escuela de Enfermería, Universidad del Valle. Cali, Valle del Cauca, Colombia.

Joas Benítez-Duque  

joas.benitez@correounivalle.edu.co

Escuela de Enfermería, Universidad del Valle. Cali, Valle del Cauca, Colombia.

Carlos Augusto Osorio-Marulanda  

carlos.osorio@correounivalle.edu.co

Escuela de Ingeniería Industrial, Universidad del Valle. Cali, Valle del Cauca,
Colombia.

Claudia Patricia Valencia-Molina  

claudia.p.valencia@correounivalle.edu.co

Escuela de Enfermería, Universidad del Valle. Cali, Valle del Cauca, Colombia.

Pablo Cesar Manyoma-Velásquez  

pablo.manyoma@correounivalle.edu.co

Escuela de Ingeniería Industrial, Universidad del Valle. Cali, Valle del Cauca, Colombia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO:

Artículo recibido: 28 de julio de 2023

Artículo aceptado: 30 de noviembre de 2024

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.4767>

Cómo citar. Martínez-Delgado L, Osorio-Marulanda CA, Velásquez-Jiménez CM, Valencia-Molina CP, Canaval-Eraza GE, Manyoma-Velásquez PC, et al. Gestión del conocimiento en enfermería durante la pandemia por SARS-CoV-2 COVID-19. MedUNAB [Internet]. 2024;27(2):141-150. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4767>



RESUMEN

Introducción. La pandemia de COVID-19 significó, para la enfermería y personal involucrado en la atención directa, un reto en la generación y apropiación de nuevos conocimientos que les permitieran brindar una atención pertinente y oportuna. **Objetivo.** Explorar las vivencias del personal de enfermería con relación a la gestión del conocimiento y su apropiación en la práctica asistencial para la atención a pacientes con COVID-19. **Metodología.** Investigación cualitativa de casos múltiples mediante 8 entrevistas semiestructuradas a enfermeras que atendieron pacientes con COVID-19 en 2 hospitales de Colombia. **Resultados.** El estudio evidencia el liderazgo que ejerce la enfermería en la planeación y ejecución de acciones

Contribución de los autores

LMD.

Conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, curación de datos, escritura borrador original, escritura, revisión y edición, visualización, administración del proyecto (Bogotá), adquisición de fondos. **CAOM.**

Conceptualización, metodología, investigación, escritura borrador original, curación de datos, escritura, revisión y edición, visualización, administración del proyecto (Cali), adquisición de fondos. **CMVJ.**

Conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, curación de datos, escritura, revisión y edición, visualización, adquisición de fondos. **CPVM.**

Conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, curación de datos, escritura, revisión y edición, administración del proyecto. **GECE.**

Conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, curación de

datos, escritura, revisión y edición, administración del proyecto. **PCMV.**

Conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, curación de datos, escritura, revisión y edición. **JBD.**

Conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, curación de datos, escritura, revisión y edición.

orientadas a la construcción y divulgación del conocimiento. Entre los componentes que favorecieron los flujos de conocimiento, se encuentran la estructura organizativa para la gestión del conocimiento; el relacionamiento permanente con la academia, la preparación, experiencia y compromiso profesional de todo el personal de las entidades. Además, la capacidad del uso contextualizado para el cuidado de la salud de pacientes con COVID-19, que se hace más relevante en tanto se considera un conocimiento tácito construido colectiva e interdisciplinariamente a partir de saberes y vivencias anteriores, y de la apropiación crítica de la información externa. **Discusión.** Los resultados del estudio se asimilan a otras investigaciones que señalan tanto el rol de enfermería en la transferencia de conocimientos a todo el equipo de salud en condiciones de adversidad, como en las barreras que obstaculizan la construcción y el acceso al conocimiento. **Conclusión.** Las vivencias del personal de enfermería en torno a la gestión del conocimiento resaltan la profesión como líder en los procesos educativos, incluso en contextos de adversidad, cuyo reconocimiento social es un aspecto que se requiere fortalecer.

Palabras clave:

Gestión del Conocimiento; Difusión de la Información; Educación en Enfermería; Investigación en Educación de Enfermería; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction. The COVID-19 pandemic posed a significant challenge for the nursing profession and personnel involved in direct patient care, particularly in the generation and assimilation of new knowledge to provide relevant and timely care. **Objective.** To explore the experiences of nursing staff regarding knowledge management and its application in clinical practice for the care of patients with COVID-19. **Methods.** A qualitative multiple-case study was conducted using 8 semi-structured interviews with nurses who cared for COVID-19 patients in two hospitals in Colombia. **Results.** The study highlights the leadership role of nurses in planning and implementing actions aimed at the creation and dissemination of knowledge. Key factors facilitating knowledge flows included the organizational structure for knowledge management, ongoing collaboration with academic institutions, and the preparedness, experience, and professional commitment of all staff members. Additionally, the ability to contextualize knowledge for the healthcare of COVID-19 patients emerged as a critical factor. This ability is particularly relevant as it represents tacit knowledge, developed collectively and interdisciplinarily through prior experiences and the essential assimilation of external information. **Discussion.** The findings align with other studies that emphasize the role of nursing in knowledge transfer to the entire healthcare team under adverse conditions, as well as the barriers that impede knowledge creation and access. **Conclusion.** The experiences of nursing staff in knowledge management underscore the profession's leadership in educational processes, even in challenging contexts. However, the social recognition of this role remains an area that requires further strengthening.

Keywords:

Knowledge Management; Information Dissemination; Education, Nursing; Nursing Education Research; COVID-19.

RESUMO

Introdução. A pandemia de COVID-19 representou um desafio para os enfermeiros e pessoal envolvido nos cuidados diretos, um grande desafio na geração e apropriação de novos conhecimentos que lhes permitam prestar cuidados relevantes e oportunos. **Objetivo.** Explorar as experiências do pessoal de enfermagem sobre a gestão do conhecimento e sua apropriação na prática assistencial para o cuidado de pacientes com COVID-19. **Métodos.** Pesquisa qualitativa de estudo de caso múltiplo usando 8 entrevistas semi-estruturadas com enfermeiros que atenderam pacientes com COVID-19 em dois hospitais na Colômbia. **Resultados.** O estudo evidencia a liderança exercida pela enfermagem no planejamento e execução de ações voltadas para a construção e disseminação do conhecimento. Entre os componentes que favoreceram os fluxos de conhecimento destacam-se a estrutura organizacional para a gestão do conhecimento, a relação permanente com a academia e a preparação, a experiência e o comprometimento profissional de todo o pessoal das instituições. Além disso, a capacidade de uso contextualizado para a atenção à saúde dos pacientes com COVID-19, que se torna mais relevante por ser considerado um conhecimento tácito, construído coletiva e interdisciplinariamente a partir de conhecimentos e experiências prévias, e da apropriação crítica de informações externas. **Discussão.** Os resultados do estudo estão

alinhados com outras pesquisas que ressaltam tanto o papel da enfermagem na transferência de conhecimento para toda a equipe de saúde em condições adversas, quanto as barreiras que dificultam a construção e o acesso ao conhecimento. **Conclusão.** As experiências da equipe de enfermagem na gestão do conhecimento destacam a profissão como líder nos processos educativos, mesmo em contextos de adversidade, cujo reconhecimento social é um aspecto que precisa ser fortalecido.

Palavras-chave:

Gestão do Conhecimento; Disseminação de Informação; Educação em Enfermagem; Pesquisa em Educação em Enfermagem; COVID-19.

Introducción

La atención en salud en todos los escenarios debe estar cimentada en sólidos conocimientos, entendidos no como la simple información, sino como su aplicación para resolver problemas o generar marcos de pensamiento y acción. De acuerdo con Nonanka, entrevistado por Kawamura (1), el conocimiento es un proceso dinámico que se construye de adentro hacia afuera y, por tanto, involucra la subjetividad o el saber de las personas; mientras que la información se obtiene de afuera hacia adentro y puede evolucionar a conocimiento sólo cuando se internaliza a través de la acción o práctica. Esta diferenciación busca superar la visión occidental en la que únicamente lo objetivo y explícito puede denominarse conocimiento, e invita a reconciliar lo subjetivo y objetivo como elementos necesarios en su construcción, para abrir la ciencia a la experiencia y el saber local (2). En palabras de Breilh, quien parte de que el conocimiento está social e históricamente determinado, su construcción requiere vincular todas las voces posibles y ser pertinente a cada contexto, por lo que debe ser intercultural, transdisciplinario y transformador (3).

Particularmente en situaciones que amenazan repentinamente a los sistemas humanos como el caso de la reciente pandemia de COVID-19, la demanda de respuestas oportunas y pertinentes basadas en conocimientos verídicos y aplicables a cada contexto, exige la rápida articulación de diferentes sectores que, además de la colaboración científica y tecnológica transnacional (4), involucren la participación de los actores locales responsables de aplicar los conocimientos en los campos de la investigación, la educación, la administración y la atención en salud. Por lo anterior, la gestión del conocimiento, entendida como los procesos orientados a la planeación, coordinación y control de los flujos de conocimiento dentro y alrededor de una organización (5) con el fin de que el conocimiento como activo humano esté disponible en el momento oportuno (6), se convirtió durante la pandemia en una prioridad para los tomadores de decisiones, comunidad científica y personal de salud encargados de organizar los esfuerzos para responder a la emergencia sanitaria. Tales flujos de conocimiento hacen referencia a la generación permanente de nuevos conocimientos y su pronta difusión entre los actores responsables de su aplicación (7).

Particularmente para la profesión de enfermería, producir, acceder y apropiarse los conocimientos y articularlos en el propio objeto de estudio como es el cuidado de la salud, precisa de múltiples capacidades en lo cognitivo, lo técnico y lo empírico, más aún cuando se requiere una ágil y asertiva toma de decisiones, como ocurrió durante la pandemia. En este contexto, la limitación de tiempo, de recursos e incluso de movilidad ante las necesidades de aislamiento, pero también las posibilidades de acceso a la información que brindan los actuales desarrollos tecnológicos demandaron la adopción de nuevas formas de crear y difundir el conocimiento para facilitar la toma de decisiones en situaciones de adversidad.

Es así como algunas experiencias publicadas sobre el rol de enfermería durante la pandemia evidencian la rápida adaptación del personal para adquirir y transmitir conocimientos requeridos para la atención a pacientes COVID-19. Entre ellas se destaca el reentrenamiento en unidades de cuidado intensivo de personal nuevo por parte del personal antiguo, la creación de programas de formación mediante la instrucción virtual con práctica presencial individualizada (8), la difusión de material visual y reuniones de formación (9), la reflexión, la simulación y aprendizaje basado en casos y en problemas (10), o la preparación de facilitadores del conocimiento basado en la evidencia (11). Estos estudios también dan cuenta del importante rol que jugó el personal de enfermería en la organización de los servicios, la protección de la salud de todo el personal sanitario y la transferencia de conocimientos a pacientes y equipos de salud.

Sin embargo, la posibilidad de producir y obtener conocimiento en el campo de la salud y particularmente en la profesión de enfermería en condiciones semejantes, afronta importantes retos que escapan a la motivación y facilidad individual o institucional, encontrando con frecuencia obstáculos relacionados con la pertinencia, oportunidad y accesibilidad a la información (12). Otro importante desafío para la enfermería tiene que ver con las desigualdades en el acceso a la información y en la participación, la primera determinada en parte por la mediación de las tecnologías de la comunicación en la adquisición de conocimientos, que se configura en un elemento diferenciador de clases sociales, e incluso en una barrera intergeneracional (13).

En cuanto a la participación, si bien el liderazgo y el reconocimiento de la labor de la enfermería se incrementa con el paso de los años, ha significado una lucha permanente por liberarse de las condiciones de subordinación en que las relaciones de poder han sido dominadas por el gremio médico, excluyendo de cargos directivos a profesionales de enfermería ampliamente capacitados para ejercer dicha labor (14). Tales desigualdades en las relaciones de poder aún dentro de los equipos de salud, se relacionan directamente con las identidades atribuidas durante el desarrollo de la enfermería, en tanto que se atribuye el cuidado a la mujer dada su capacidad de maternar y reproducir la vida, trabajo que se mantiene en el plano doméstico sin retribución ni reconocimiento, ya que se asume como una condición natural, esto evita que los grupos dominantes valoren y reconozcan los valiosos aportes que puede hacer desde su experiencia y saber local, manteniéndoles en la marginalidad (15,16).

A fin de superar tales obstáculos, la gestión del conocimiento en salud está llamada a facilitar los flujos de conocimiento recíprocos, de manera que lleguen oportunamente a sus destinatarios (7), y a garantizar la generación, difusión y aplicación del conocimiento entre los distintos niveles organizacionales, eliminando en lo posible las desigualdades que limitan este objetivo (17). Para ello, resulta crucial comprender las particularidades de la gestión y los flujos de conocimiento en el contexto latinoamericano, las cuales han sido escasamente documentadas, por lo que se hace necesario revisar retrospectivamente cómo ocurrieron estos procesos, con el fin de rescatar los logros y aprendizajes que aporten al fortalecimiento de la gestión efectiva del conocimiento en situaciones similares, y así, mejorar la calidad y oportunidad de la atención y los resultados en los pacientes.

Teniendo en cuenta la conceptualización y situaciones descritas, se realizó este estudio con el objetivo de explorar las vivencias del personal de enfermería con relación a los flujos de conocimiento y su apropiación en la práctica asistencial para la atención a pacientes con COVID-19 en dos hospitales de Colombia; vivencias que aportarán a la preparación de profesionales para futuras situaciones tan complejas como esta.

Metodología

Se empleó una investigación cualitativa con diseño de casos múltiples a partir del análisis de un número de casos en forma conjunta, para entender un hecho o grupo humano, lo que implica el estudio de relaciones complejas y el desafío de articular lo que ocurre en los contextos cotidianos con algunos constructos académicos disciplinares (18).

En el estudio participaron 8 enfermeras seleccionadas de manera intencional, quienes cumplieron con los criterios de

ser profesionales en enfermería y encontrarse trabajando en unidades de atención a pacientes COVID-19, con contrato laboral de planta con al menos 6 meses de antigüedad en la institución, y que conocieran las dependencias encargadas de los procesos educativos en sus respectivas instituciones, las cuales corresponden a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, de alto nivel de complejidad, una ubicada en la ciudad de Cali, Colombia, y otra en un municipio cercano a Bogotá en el Departamento de Cundinamarca. Para contactar a las participantes con quienes no había ningún tipo de acercamiento previo con el equipo investigador, se presentó la investigación mediante un video a través de las plataformas de los hospitales, invitando al personal a participar. Los funcionarios que no desearon participar indicaron falta de tiempo y cansancio ante los turnos duplicados durante el segundo y tercer año de la pandemia.

La información se recolectó entre junio de 2021 y marzo de 2022 mediante entrevistas semiestructuradas, las entrevistas fueron aplicadas por cuatro investigadores, tres enfermeras y un enfermero con maestría y doctorado (una en Cundinamarca y tres en Cali), de manera presencial en una oficina adecuada para tal fin en cada una de las instituciones hospitalarias, con una duración en promedio de 60 minutos por entrevista, cuyo diseño tomó como referente los hallazgos de la fase cuantitativa de esta investigación, la cual se llevó a cabo de forma conjunta en hospitales de Argentina, República Dominicana y Colombia, coordinado por el Centro Redes de la Universidad de Buenos Aires. Tales entrevistas se validaron mediante prueba de expertos en la que participaron 3 enfermeras con experiencia en educación en enfermería y en calidad en la atención de servicios de salud y política de seguridad del paciente. Las entrevistas fueron grabadas en formato MP4 y video, previa autorización y transcritas en una matriz de Excel, colocando en las columnas el número de participante, mientras que de forma horizontal se colocaron las preguntas bajo las cuales se sistematizó cada una de las respuestas. Para el posterior análisis de los datos, se siguieron parámetros establecidos para la metodología de estudios de casos colectivos propuestos por Stake, la cual consiste en la interpretación directa de los datos y la suma categórica de los mismos, es decir, la suma de las narrativas organizadas por temas previamente establecidos que guardan correspondencia con las preguntas realizadas (19). Para reducir los posibles sesgos de selección dado el muestreo por conveniencia, las preguntas de las entrevistas indagaron por situaciones que se presentaron de manera general en las instituciones hospitalarias en términos de disponibilidad, fuentes, acceso y uso de la información, así como aspectos de la comunicación relacionada con la atención en salud como los canales, procesos y recursos, evitando las preguntas sobre percepciones individuales frente a las mismas categorías.

Atendiendo a la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, el presente estudio se clasificó como de riesgo mínimo. En su desarrollo, cumplió con principios éticos de confidencialidad y voluntariedad, por lo que la identidad de los participantes se mantiene anónima, y se contó con su consentimiento informado. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle, mediante acta de aprobación 016-020 y los comités de ética de ambas instituciones hospitalarias.

Resultados

Del grupo de participantes en el estudio, se resalta que siete de ellas se identificaron como mujeres que se encuentran entre los 36 y 56 años. En la Tabla 1 se presentan características de las participantes relacionadas con su nivel de formación y tiempo de trabajo.

Tabla 1. Codificación y características de los participantes del estudio

Sujeto	Nivel de formación	Tiempo de trabajo en la institución (años)
P1	Universitario	2
P2	Especialista en auditoría	< 1
P3	Universitario	9
P4	Universitario	40
P5	Universitario	22
P6	Especialista en nefrología	12
P7	Especialista en administración de salud	29
P8	Especialista en cuidado crítico	30

Fuente: elaborado por los autores.

Los resultados se presentan atendiendo a las categorías de la gestión del conocimiento, descritos por Macias-Chapula (13): fuentes de información, destinatarios y canales de comunicación, además de incorporar categorías del modelo clásico propuestas por Shannon et al (20), quienes tienen en cuenta aspectos de la comunicación científica, como los tipos de conocimientos y procesos en torno a la atención y la instrucción, los recursos y los resultados, identificados por las participantes. Finalmente, se incluyen otras categorías que se abordan desde el modelo de la espiral del conocimiento propuesto por Nonaka (21), como la internalización del conocimiento y la retroalimentación (17).

Tipos de conocimiento y contenidos

Atendiendo a las descripciones taxonómicas de los tipos de conocimiento que, de acuerdo con Nonaka, pueden clasificarse como tácito y explícito, en este estudio se identificó que estuvo presente tanto el conocimiento explícito y formal, como el conocimiento tácito e informal, pero con mayor referencia a los primeros que a estos últimos. En cuanto al conocimiento explícito, procedente de las estructuras formales intra y extrainstitucionales, se identificaron cuatro núcleos temáticos que dinamizaron los flujos de conocimientos: a. comportamiento epidemiológico del virus y de la enfermedad COVID-19; b. atención a pacientes infectados; c. protección personal y d. organización de los servicios de salud.

Los conocimientos difundidos para la atención a pacientes con COVID-19 se relacionan, en primera instancia, con las generalidades del virus y las características de las diferentes cepas, vías de transmisión, distribución y posibles determinantes. Para fortalecer habilidades en la atención a personas infectadas, se abordaron temas como signos de alarma, administración de medicamentos, actualización de protocolos y cuidados específicos como cambios posturales. Respecto a la protección personal, los conocimientos se centraron en el uso adecuado de elementos antes, durante y después de cada atención, acercamiento adecuado a los pacientes, lavado de manos y distanciamiento entre el personal. Respecto a esta categoría, los participantes destacan la importancia de la integración de los dos tipos de conocimientos, como lo señala una de las participantes en la siguiente narrativa:

“Acá cuando empezó la pandemia, empezaron a implementar protocolos propios de la Institución y también los que vienen dados por normas del Estado... También hay un conocimiento empírico, unas prácticas internacionales, por ejemplo, lo hablo por la pronación eso no es de nosotros, eso lo inventaron allá, pero, entonces a eso me refiero con la parte empírica porque no está digamos que documentado un protocolo de pronación como tal acá en la Institución” P1

Fuentes de información y estructuras organizativas

Las enfermeras participantes identificaron diversas fuentes de conocimiento, así como canales de información, desde agencias y equipos de investigación, organismos internacionales, instancias gubernamentales de los niveles nacional y local, hasta los propios profesionales e instituciones de salud, que desde el inicio intentaron adoptar nuevos conocimientos y adaptar los ya existentes. En este sentido, se identificaron fuentes tanto externas como internas a la institución en que laboraban, donde

la estructura organizativa en ambos espacios favoreció u obstaculizó los flujos de información. Entre las fuentes externas, los lineamientos y comunicados del Ministerio de Salud y Protección Social fueron las más reconocidas por los profesionales, aunque destacan que la información fue emitida tardíamente, una vez encontrados los primeros casos de COVID-19 en el país, lo que restó tiempo de preparación a las entidades territoriales y a las instituciones.

Ante la tardanza, en la recepción de lineamientos oficiales, en ambas instituciones se identificó un acelerado proceso de estudio y ajuste a los protocolos ya existentes en temas como aislamiento y uso de equipos de protección personal, que se convirtieron en las primeras fuentes de información orientadoras de la actuación de los equipos. Este proceso de planeación estuvo encabezado por dependencias, como la unidad funcional de educación continuada o programas de capacitación, en articulación con otras dependencias como la oficina de calidad, la de salud ocupacional, epidemiología, comités de emergencias y desastres, y líderes de cada servicio, incluyendo laboratorios. Al respecto, se destaca el liderazgo de enfermería en la planeación y ejecución de las acciones de capacitación a todo el personal asistencial y de apoyo, pues fueron enfermeras quienes estaban a cargo de las unidades de educación, como se expresa en la siguiente narrativa:

“una iniciativa que tuvimos en su momento con la jefe de calidad fue: rápido, capacitamos a las personas, ¿en qué? En lo que tengamos, en lo que nos hayan mandado del Ministerio... Alcanzamos a tener un volumen de aproximadamente 100 personas por jornada, capacitamos desde el personal de vigilancia, trabajo social, servicios generales, enfermeras, médicos, hasta los médicos especialistas escucharon a enfermería, porque nosotros tratamos de ser esos líderes, que no nos van a decir usted no tiene que hacer así porque es el médico. No, nosotras las enfermeras lo decimos porque lo dice el Ministerio, porque lo dice la OMS, porque lo dice la INS, porque lo dicen todas las instituciones, porque siempre estamos en ese roce en que el médico tiene la razón, y él no siempre la tiene” P5

Destinatarios de los flujos de conocimiento y resultados de la atención en salud

Se identificaron dos tipos de destinatarios: intermedios y finales, así como resultados diferenciales esperados y percibidos para cada uno de ellos. Entre los destinatarios intermedios se encuentra el personal asistencial, administrativo, de servicios de apoyo y servicios generales, entre quienes fue indispensable la articulación para la formación y prestación de los servicios. Como resultados esperados de la transferencia de conocimientos al personal hospitalario se identificaron, en primera instancia, brindar

atención pertinente, mejorar la calidad del servicio, reducir los riesgos de contagio del personal y de sus familias, y facilitar el manejo de las emociones, especialmente del miedo que producía enfrentarse a lo desconocido.

Cabe resaltar de ambas instituciones el doble rol de enfermería como destinatario intermedio, pero a la vez como cabeza de la planeación e implementación de los flujos internos de conocimiento, rol que no es nuevo, pero se hizo más visible durante la pandemia.

Por otra parte, los participantes señalan a los pacientes como destinatarios finales sobre quienes se espera recaigan los resultados de la aplicación de los conocimientos adquiridos. Entre estos efectos esperados se encontraron respuestas enfocadas a acelerar la recuperación y prevenir complicaciones, individualizar la atención, garantizar la información a los usuarios y sus familiares sobre el pronóstico y tratamiento, así como los trámites administrativos. Las siguientes narrativas dan cuenta de los resultados intermedios y finales que se espera que sean visibles en la atención a los pacientes:

“la pronación funciona en el paciente y pues hace que se recupere un poco más rápido” P1

“identificamos esto con el paciente, que se está pronando y se está escarando la carita, entonces vamos a hacerlo de esta manera y de una vez se va implementado plan de mejora para no seguir cayendo alguien en ese error”. P2

“el intensivista, el doctor, está muy pendiente de los pacientes, terminó la revista y llama al familiar y le cuenta como está, qué le hicimos, qué le vamos a hacer” P3.

Canales de comunicación y recursos

En una de las instituciones, la difusión de la información estuvo a cargo de la unidad de educación, mientras que en la otra fue responsable el servicio de epidemiología. Para agilizar la transferencia de conocimientos a los equipos de enfermería y a todo el personal, se combinaron herramientas presenciales y virtuales, privilegiándose al inicio la modalidad presencial en sitio, que fue progresivamente reemplazada por la mediación tecnológica a través de plataformas y grupos virtuales en redes sociales, utilizados para difundir la información y realizar el seguimiento y evaluación a los procesos educativos. Esta incursión de las TIC, incluso migrando hacia el teletrabajo, fue percibida por los participantes como uno de los cambios ocurridos más rápidamente y para los cuales en general el personal no estaba preparado. Las siguientes narrativas dan cuenta de lo mencionado:

“todo se hace por classroom, le envían las evaluaciones, usted las contesta y lo evalúan constantemente” P6

“Se crearon grupos virtuales de comunicación, eso también ayudó mucho aquí; todavía permanecen esos grupos de chat. Entonces esa parte se volvió importante en nuestras vidas”.

Si bien se identificó la relevancia de la mediación tecnológica, las narrativas señalan la falta de preparación, del personal hospitalario y la sociedad en general, para asumir la virtualidad como estrategia educativa, además del rechazo inicial hacia las tecnologías debido a la brecha intergeneracional. En este sentido, señalan la llegada de personal joven como una fortaleza y punto de apoyo para avanzar en el conocimiento y uso de estas tecnologías, del mismo modo, resaltan el mejoramiento de la gestión de la información que en medios físicos era menos eficiente.

Otra limitante señalada por los participantes frente a los canales de comunicación hace referencia a la capacidad y velocidad de los recursos tecnológicos como el internet, el correo electrónico y las plataformas virtuales, para cargar, descargar y almacenar grandes volúmenes de información, como normas, documentos de revisión y protocolos.

Internalización y retroalimentación del conocimiento

Los hallazgos evidencian que antes de ser apropiado, el conocimiento atraviesa por procesos no formales de validación individual y colectiva, es decir, que se acepta en la medida en que muestra resultados útiles tanto para los destinatarios intermedios como finales, especialmente en términos del aporte a la recuperación de los pacientes, resultados que se evalúan a partir del análisis individual de los profesionales pero que se socializan de manera informal en la conversación cotidiana interprofesional. Luego de ser validado, el conocimiento puede ser deconstruido y reconstruido en un ejercicio de construcción colectiva de conocimiento tácito empíricamente validado. Las siguientes narrativas dan cuenta de este hallazgo:

“en la medida que se va mirando y atendiendo, se van haciendo los cambios para mejorar la atención... se va viendo lo negativo y lo positivo del proceso y se va modificando dentro de la institución, dicen: eso ya no es así, lo vamos a hacer así y se va cambiando y así hemos venido trabajando... la información se va pasando y adecuando a cada uno de los usuarios...” P4

En el ámbito de la salud, la apropiación de un conocimiento o práctica suele relacionarse con la adherencia, concepto señalado por algunos participantes para referirse a los

cambios en la práctica profesional. Al respecto, en una de las instituciones, los funcionarios expresaron que fue más evidente el cambio en las prácticas como el lavado de manos y uso de elementos de protección en el personal de otras disciplinas diferentes a enfermería, principalmente en medicina y terapias, pues en enfermería la adherencia a los protocolos está más normalizada y estas prácticas ya se realizaban cotidianamente.

Características del conocimiento en el marco del modelo de sistemas

La difusión masiva y rápida de información sin muchas claridades, la improvisación y la construcción colectiva entre miembros de distintas dependencias, son aspectos que se resaltan en esta categoría. Las narrativas exaltan la capacidad de reconocer las fortalezas propias y de cada miembro del equipo, de comunicarse con el otro y solicitar apoyo, como condiciones necesarias para acceder a la información y construir nuevos conocimientos puestos en el contexto específico.

Otra de las características para analizar desde el modelo de sistemas, se relaciona con el acceso equitativo a la información, en tanto cabe la posibilidad de privilegiar un grupo de destinatarios por encima de otro, aspecto que en el presente estudio se analiza para el espacio intrainstitucional. Dos elementos se resaltan en este aspecto: por una parte, la conformación de equipos interdisciplinarios de expertos en distintas áreas, encargados de recopilar, analizar, elegir y difundir la información, los cuales facilitaron la transferencia de conocimientos a igual velocidad y en las mismas condiciones a todo el personal. Sin embargo, la mediación de la tecnología en los procesos de formación significó una inequidad mediada por la brecha intergeneracional, con mayores ventajas para los más jóvenes, acostumbrados a lidiar con los avances tecnológicos.

Sin embargo, estas mismas diferencias se convirtieron en una oportunidad de apoyo en el uso de herramientas tecnológicas a quienes no tenían el conocimiento y la experiencia.

“Lo bueno es que aquí en la institución hay mucho personal, pues ha llegado gente joven y los jóvenes son mucho más pilos con todo este asunto de la virtualidad y el manejo de la información... Eso fue una ventaja. Muchas personas nos ayudaron en esa parte”. P7.

Finalmente, un elemento que aporta al acceso oportuno y equitativo al conocimiento se atribuyó al hecho de que ambos hospitales sirven como escenario para la formación de profesionales y, por tanto, la relación más horizontal con la academia y la investigación, facilitó los procesos

de actualización cotidianos, siendo una ventaja percibida, como se señala:

“por ser hospital universitario, nosotros no estamos desactualizados... de las bondades de tener todo el apoyo de los docentes de las universidades es estar al día” P7

Discusión

Los hallazgos evidencian los esfuerzos profesionales e institucionales por superar las barreras que obstaculizan una efectiva transferencia de conocimiento, y que se pueden identificar según señala Macias-Chapula como barreras de organización y administración de la información, de educación al personal, ausencia de canales de información o su desvinculación de las fuentes y los destinatarios (13). En la pandemia, las barreras de acceso, oportunidad y pertinencia del conocimiento, que según Hering están presentes en las organizaciones (12), se potenciaron aún más en los escenarios hospitalarios con la incertidumbre científica, la escasez de tiempo para la investigación, la propagación de información errónea y falsa, y la histórica ruptura entre ciencia, política y práctica (22). Se puede relacionar con párrafos punto de vista crítico y desigualdad.

A pesar de ello, varios de los elementos de las instituciones en las cuales se realizó el estudio contribuyeron a hacer frente a estos desafíos, entre los que se resalta el rol protagónico de enfermería en los procesos de educación continua y su integración en equipos interdisciplinarios, cuyo liderazgo, en concordancia con múltiples experiencias publicadas antes (9,11) y durante la pandemia (12,23-25), aseguró la organización y calidad de las acciones de formación; por lo que puede señalarse que los equipos de enfermería deben ser reconocidos como gestores de conocimiento, en tanto cumplen esta función, tal como señala Macias-Chapula (13). En efecto, el rol de enfermería como líder de los procesos educativos, le ha permitido ganar reconocimiento al interior de las instituciones por parte del personal sanitario y de apoyo (26,27).

Las temáticas en las cuales se centró la transferencia de conocimientos coinciden con las mismas abordadas en otros contextos, donde se priorizó el entrenamiento en medidas de protección personal, higiene y aislamiento, el lavado de manos, la desinfección de equipos y mobiliario, la valoración y seguimiento del paciente, especialmente de parámetros respiratorios, la administración de líquidos y medicamentos, junto con otros cuidados como los cambios posturales, oxigenoterapia, movilización, transporte de pacientes e información al egreso hospitalario (28). Sin embargo, en los hospitales en donde se llevaron a cabo las entrevistas, no se evidenció que la organización de los servicios hospitalarios y la planeación del personal estuvieran sustentadas en conocimientos o experiencias generadas en otras instituciones, en cambio, estos aspectos

relacionados con la distribución de unidades, la demarcación de zonas y rutas o la cantidad de pacientes asignados a cada miembro del equipo de salud, quedaron ceñidos más a las posibilidades administrativas y al ensayo-error. En contraposición a este hallazgo, en estudios publicados en otros países, se dio relevancia a aprendizajes en torno a las condiciones laborales del personal de enfermería para favorecer la calidad de la atención y reducir la carga del personal, pues aspectos como el ratio de pacientes por enfermera dependiendo de la criticidad, la organización de los turnos y la extensión de los horarios, se decidieron con base en estudios previos, del mismo modo que las medidas de seguridad física del personal en el entorno social y de protección de su salud mental (23); aspectos que de acuerdo a los organismos internacionales, deben ser fortalecidos especialmente en los países de las Américas (24).

Dado que la investigación se realizó en los meses de mayor incidencia de casos de la enfermedad, se hizo complejo profundizar en aspectos más sensibles como la gestión institucional y personal de conocimientos orientados a manejar la carga emocional personal y familiar, el sufrimiento espiritual, la vivencia de la propia enfermedad y la experiencia de cambiar de cuidador a enfermo. Igualmente, fue escasa la indagación frente a las medidas para prevenir o mitigar el impacto de las condiciones laborales.

Lo anterior cobra aún más importancia en los contextos de inequidad de las condiciones laborales, pues de acuerdo con algunas narrativas, al parecer las formas de contratación del personal de enfermería afectan negativamente la disposición para la adquisición de conocimientos, reduciendo, por ejemplo, la adherencia a los protocolos, en tanto es diferente el nivel de compromiso que se puede exigir. Al respecto, se requiere profundizar en el impacto de las cambiantes condiciones laborales caracterizadas por la flexibilización y tercerización, en el cumplimiento de normas tan estrictas como las exigidas por la pandemia.

Conclusiones

Las vivencias del personal de enfermería entorno a los flujos de conocimiento, resaltan la profesión como líder en los procesos educativos, que el contexto de adversidad durante la pandemia permitió potenciar y hacer aún más visible, al menos dentro del ámbito intrainstitucional, faltando aún un largo camino para el reconocimiento social del liderazgo de enfermería frente a esta labor.

Entre los componentes que favorecieron los flujos de conocimiento, se cuentan la estructura organizativa para la gestión del conocimiento, el relacionamiento permanente con la academia, la preparación, experiencia y compromiso profesional de todo el personal de las entidades, la organización por equipos interdisciplinarios para recopilar y difundir la información disponible y la confianza depositada

en ellos. Aunque estos elementos actuaron, quizá de manera espontánea como facilitadores de la transferencia del conocimiento, tener la claridad de la fortaleza que significa cada uno de ellos puede favorecer la planeación y respuesta institucional ante futuros escenarios igualmente críticos.

Este estudio revela la incursión de medios virtuales en la capacitación y entrenamiento al personal como uno de los más rápidos y relevantes cambios en el flujo de conocimientos, durante la pandemia. Sin embargo, de la misma manera que reportan otras experiencias, depender exclusivamente de la tecnología genera inequidad en el acceso al conocimiento, en tanto la tenencia de los equipos y servicios tecnológicos, el conocimiento de estos y las brechas intergeneracionales, privilegian o excluyen ciertos sectores de la población.

Finalmente, entender cómo se produce y transfiere el conocimiento entre los distintos actores y áreas encargadas de la atención en salud, resulta fundamental para planear e implementar acciones que respondan a los contextos institucionales y del país, mejorar la calidad de la atención en salud, garantizar la actualización y promover la innovación en el sector. Por tanto, el equipo investigador considera la pertinencia de involucrar a las instituciones educativas responsables de formar a los profesionales de enfermería, en el aprendizaje de estrategias encaminadas a comprender y mejorar los flujos de conocimiento, no solo hacia el sujeto de cuidado y en el escenario intrainstitucional o en el ejercicio investigativo, sino a lo largo de todo el sistema social responsable de la salud de las poblaciones, donde se involucren los actores políticos, científicos, los equipos interdisciplinarios, los otros sectores y por supuesto a las comunidades.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación

Para el desarrollo de esta investigación, la financiación estuvo dada por las dos universidades participantes, pero no existió una fuente de financiación externa.

Responsabilidades éticas

Protección de personas. Esta investigación clasificada como de riesgo mínimo, cuenta con aprobación por el Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que cumplieron con el principio ético de confidencialidad, por lo que tuvo un riguroso cuidado en el manejo de las entrevistas y matrices de sistematización en coherencia con los protocolos institucionales de investigación.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado.

Los autores declaran que cumplieron con el principio ético de voluntariedad, obteniendo el consentimiento informado de cada participante.

Referencias

1. Kawamura KM, Kristine Marin Kawamura, PhD interviews Ikujiro Nonaka, PhD. *Cross Cultural & Strategic Management* [Internet]. 2016;23(4):613-632. doi: <https://doi.org/10.1108/CCSM-06-2014-0056>
2. Lafuente A. Abrir la ciencia para cambiar el mundo. *IJESJP* [Internet]. 2020;7(2):52-67. doi: <https://doi.org/10.24908/ijesjp.v7i2.13724>
3. Breilh J. *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana* [Internet]. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar (UASB-E) - Universidad Nacional Autónoma de México; 2023. Available from: <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/9720>
4. Krige J, Leonelli S. Mobilizing the Transnational History of Knowledge Flows. *COVID-19 and the Politics of Research at the Borders. History and Technology* [Internet]. 2021;37(1):125-146. doi: <https://doi.org/10.1080/07341512.2021.1890524>
5. Bueno E. *La gestión del conocimiento en la nueva economía: Gestión del conocimiento y capital intelectual: Experiencias en España.* IU Euroforum Escorial. Madrid: 1999.
6. Davenport TH, Prusak L. *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know* [Internet]. Harvard Business School Press: 1998. Available from: <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/1836/tesisUPV2605.pdf>
7. Mozaffar H, Panteli N. The online community knowledge flows: distance and direction. *Eur J Inform Syst* [Internet]. 2022;31(2):227-240. doi: <https://doi.org/10.1080/0960085X.2020.1866442>
8. Raurell-Torredà M. Gestión de los equipos de enfermería de UCI durante la pandemia COVID-19. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2020;31(2):49-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.04.001>
9. Yost J, Thompson D, Ganann R, Aloweni F, Newman K, McKibbin A, et al. Knowledge translation strategies for enhancing nurses' evidence-informed decision making: a scoping review. *Worldviews Evid-Based Nurs* [Internet]. 2014;11(3):156-67. doi: <https://doi.org/10.1111/wvn.12043>
10. Culyer LM, Jatulis LL, Cannistraci P, Brownell CA. Evidenced-based teaching strategies that facilitate transfer of knowledge between theory and practice: what are nursing faculty using?. *Teaching and Learning in Nursing* [Internet]. 2018;13(3):174-179. doi: <https://doi.org/10.1016/j.teln.2018.03.003>

11. Kitson AL, Harvey G. Methods to succeed in effective knowledge translation in clinical practice. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2016;48(3):294-302. doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.12206>
12. Hering JG. Do we need “more research” or better implementation through knowledge brokering? *Sustain Sci* [Internet]. 2016;11:363-69. doi: <https://doi.org/10.1007/s11625-015-0314-8>
13. Macias-Chapula CA. La gestión del conocimiento en el área de la salud. *Evid Med Invest Salud* [Internet]. 2009;2(1):31-35. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=40763>
14. Del Río AB. Las características identitarias de la enfermería: entre la subordinación y la búsqueda de reconocimiento en el oficio de cuidar. [Tesis de Maestría]. Buenos Aires (Argentina): FLACSO Sede Académica; 2020. Available from: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/16336>
15. Montecinos-Guñeiz D, Lorca-Nachar A, Lara-Jaque R, García-Vallejos G, Quijada-Sánchez D. Enfermería, liderazgo y relaciones de poder, una mirada desde lo cualitativo. *Index de Enfermería* [Internet]. 2023;32(2). doi: <https://doi.org/10.58807/indexenferm20235794>
16. Mallewill S, Beliera A. El lugar del reconocimiento en el trabajo de enfermería. Repensando el concepto de precarización laboral. *Estudios del trabajo* [Internet]. 2020;59:49-51. Available from: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.15695/pr.15695.pdf
17. Cuadrado-Vega OI. La gestión del conocimiento y la gestión de la tecnología en salud para la innovación en salud. *Tek Rev Cient* [Internet]. 2015;15(1):60-75. doi: <https://doi.org/10.25044/25392190.478>
18. Stake RE. Estudios de casos cualitativos. N. Denzin e Y. Lincoln (coords.). *Las estrategias de investigación cualitativa* [Internet]. Barcelona: Gedisa. 2013;154-197. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4410881>
19. Stake RE. Investigación con estudio de casos [Internet]. Madrid: Morata; 2020. 67p. Available from: https://edmorata.es/wp-content/uploads/2022/06/STAKE_InvestigacionEstudioCasos_prw-1.pdf
20. Shannon CE, Weaver W. The mathematical theory of communication [Internet]. Urbana, Ill: University of Illinois Press; 1949. Available from: https://pure.mpg.de/rest/items/item_2383164_3/component/file_2383163/content
21. Nonaka I, Takeuchi H. *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation* [Internet]. Oxford University Press; 1995. doi: <https://doi.org/10.1093/oso/9780195092691.001.0001>
22. El-Jardali F, Bou-Karroum L, Fadlallah R. Amplifying the role of knowledge translation platforms in the COVID-19 pandemic response. *Health Research Policy and Systems* [Internet]. 2020;18:1-7. doi: <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00576-y>
23. Curioso WH, Galan-Rodas E. The role of telehealth in the fight against COVID-19 and the evolution of the Peruvian regulatory framework. *Acta Med Peru* [Internet]. 2020;37(3):366-375. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.373.1004>
24. San Martín-Rodríguez L, García-Vivar C, Escalada-Hernández P, Soto-Ruiz N. Las enfermeras tras la pandemia por Covid-19: ¿ahora qué?. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2020;2(1):1. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.12.003>
25. Cassiani SHB, Munar-Jimenez EF, Umpiérrez-Ferreira A, Peduzzi M, Leija-Hernández C. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2020;44: e64. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>
26. Martínez-Estalella G, Zabalegui A, Sevilla-Guerra S. Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la patndemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2021;31:S12-S17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.002>
27. Lascano-Sánchez AR, Salguero-Fiallos CM, Guzmán-Córdova SB, Díaz-Vacacela BP, Tirado-Velastegui RA, Rivera-Núñez CM. Liderazgo de enfermería en tiempos de covid-19: una revisión sistemática. *Ciencia Latina* [Internet]. 2022;6(1):4620-4637. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1966>
28. Lahite-Savón Y, Céspedes-Pereña V, Maslen-Bonnane M. El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Información Científica* [Internet]. 2020;99(5):494-502. Available from: <https://www.redalyc.org/comocitar.oi?id=551764957011>



REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Vol. 27(2):151-163, August – November 2024
i-ISSN 0123-7047 e-ISSN 2382-4603



Original Article

Construction and validation of a scale for measuring obstetric violence in Colombia

Construcción y validación de una escala de medición de violencia obstétrica en Colombia

Construção e validação de uma escala de medição da violência obstétrica na Colômbia

Luisa Alejandra Aguilar-Bernal  

luisa.aguilar@juanncorpas.edu.co 

Escuela de Enfermería, Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Marta Lucía Ospina-González  

mlospina@fucsalud.edu.co

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Fabio Alexander Sierra-Matamoros  

fasierra@fucsalud.edu.co

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

ARTICLE INFORMATION:

Article received: October 23, 2023

Article accepted: November 30, 2024

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.4807>

How to reference. Aguilar-Bernal LA, Ospina-González ML, Sierra-Matamoros FA. Construction and validation of a scale for measuring obstetric violence in Colombia. MedUNAB [Internet]. 2024;27(2):151-163. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4807>

ABSTRACT

Introduction. Obstetric violence is a phenomenon that consists of the over-medicalization of the process of delivery. This is still ongoing but invisible in different countries in Latin America. Hence, this research aimed to develop and validate an instrument capable of measuring obstetric violence contextualized to the Colombian scenario. **Methodology.** The items were constructed from previous qualitative research. The items were constructed from previous qualitative research. The scale was validated through classical test theory, evaluating internal consistency and appearance and content validity, and through item response theory, using the Rasch model to assess the discrimination capacity of the scale, the adjustment of the items to the measurement process, the information functions and the distribution of people and items throughout the construct with a



VERILADA MINEDUCACIÓN

Author Contributions

LAAB.

Conceptualization, Methodology, data collection, data analysis, and article writing. **MLOG.**

Conceptualization, Writing of the article. **FASM.** Methodological advice and data analysis.

sample of 250 women with experience of institutionalized childbirth. **Results.** Factor analysis allowed us to find a three-factor structure. The internal consistency coefficients were between 0.79 and 0.87. All items were adjusted to the measurement process, covering various constructs. **Discussion.** In the literature, other Latin American scales address the construct with classical test theory; however, HUMANITY has shown favorable coefficients that measure the construct based on previous qualitative research. **Conclusions.** HUMANITY is a valid and reliable scale to quantitatively measure obstetric violence in the Colombian context.

Keywords:

Gender-Based Violence; Birth Setting; Maternal Health; Maternal Health Services; Delivery, Obstetric; Violence

RESUMEN

Introducción. La violencia obstétrica es un fenómeno que consiste en la sobremedicalización del proceso del parto. Este fenómeno es latente pero aún invisible en varios países de Latinoamérica, por lo que el objetivo de esta investigación fue elaborar y validar un instrumento capaz de medir la violencia obstétrica contextualizada al escenario colombiano. **Métodología.** Los ítems se construyeron a partir de una investigación cualitativa previa. La escala se validó mediante teoría clásica del test, evaluando la

consistencia interna y la validez de apariencia y contenido, y mediante teoría de respuesta al ítem usando el modelo de Rasch, para evaluar la capacidad de discriminación de la escala, el ajuste de los ítems al proceso de medición, las funciones de información y la distribución de las personas e ítems a lo largo del constructo con una muestra de 250 mujeres con experiencia de parto institucionalizado.

Resultados. El análisis factorial permitió encontrar una estructura de tres factores; los coeficientes de consistencia interna estuvieron entre 0.79 y 0.87. Todos los ítems se ajustaron al proceso de medición, abarcando un amplio rango del constructo. **Discusión.** En la literatura se encuentran otras escalas latinoamericanas que abordan el constructo con teoría clásica del test; sin embargo, HUMANITY ha mostrado coeficientes favorables que miden el constructo basadas en investigación cualitativa previa. **Conclusiones.** HUMANITY es una escala válida y confiable para medir cuantitativamente la violencia obstétrica en el contexto colombiano.

Palabras clave:

Violencia de Género; Entorno del Parto; Salud materna; Servicios de Salud Materna; Parto Obstétrico; Violencia

RESUMO

Introdução. A violência obstétrica é um fenômeno que consiste na medicalização excessiva do processo de parto. Este fenômeno é latente, mas ainda invisível em vários países da América Latina, pelo que o objetivo desta pesquisa foi desenvolver e validar um instrumento capaz de medir a violência obstétrica contextualizada no contexto colombiano. **Metodologias.** Os itens da escala foram construídos com base em pesquisas qualitativas prévias. A escala foi validada através da teoria clássica dos testes, avaliando a consistência interna e a validade de face e de conteúdo, e através da teoria da resposta ao item, utilizando o modelo de Rasch, para avaliar a capacidade discriminatória da escala, a adequação dos itens ao processo de medição, as funções de informação e a distribuição das pessoas e dos itens ao longo do constructo, com uma amostra de 250 mulheres com experiência de parto institucionalizado. **Resultados.** A análise fatorial revelou uma estrutura de três fatores; os coeficientes de consistência interna variaram entre 0.79 e 0.87. Todos os itens se ajustaram ao processo de medição, cobrindo uma vasta gama do constructo. **Discussão.** Na literatura, existem outras escalas latino-americanas que abordam o constructo com a teoria clássica dos testes; no entanto, a escala HUMANITY apresentou coeficientes favoráveis à medição do constructo com base em investigação qualitativa anterior. **Conclusões.** A escala HUMANITY é um instrumento válido e fiável para medir quantitativamente a violência obstétrica no contexto colombiano.

Palavras-chave:

Violência de Género; Entorno do Parto; Saúde Materna; Serviços de Saúde Materna; Parto Obstétrico; Violência

Introduction

Obstetric violence (OV) is defined as “an intersection between institutional violence and gender violence that has to do with the appropriation of the woman’s body and reproductive processes by health personnel,” which translates into dehumanized treatment, pathologization,

and medicalization of natural processes such as the birth process (1).

This is a phenomenon with little quantitative description in Colombia due to the invisibility of the existence of this problem at the constitutional level since it is an attempt to recognize the OV. Bill 147 of 2017 was created, but it

did not have a successful ending due to the controversy generated in the medical union (2). However, other countries that have already appropriated the concept have some prevalence measures. In countries on the African continent, values that reach 98% are reported (3), followed by Mexico, where 58% of mothers suffer from OV, in general, of which 79% is physical violence and 36% is psychological (4). The countries that report the lowest values are the European ones, with 38% (5).

The recent COVID-19 pandemic provided alarming information regarding the violation of women's sexual and reproductive rights, as well as the omission of the recommendations announced by the World Health Organization (WHO) to have a positive birth experience and contribute to the eradication of abuse in institutions (6,7), since in countries such as the United States and China, there was an increase in instrumental births and unjustified cesarean sections, as well as the separation of the couple without evidence to support such a decision (8).

In order to contribute to the problem, initially a previous qualitative study was carried out (9), which investigated the experience of postpartum women in the childbirth process in a clinic in Colombia through in-depth interviews with semi-structured questions focused on the mother's feelings and the behavior of health professionals at different moments of childbirth. Their results were the fundamental input for the construction of the scale items.

Three broad categories were found regarding the manifestations of violence: 1. The behaviors that health personnel have when providing care, 2, the procedures that they sometimes carry out unnecessarily and without consent, and 3, what these behaviors make the mother feel. These categories were triangulated with theorists who talk about the exercise of power (10), *the authoritarian habitus* (11), and the importance of human individuality in care (12), which gave the study sufficient evidence to conclude that the birth process is an excessively medicalized and generalized process that is violent and dehumanized.

Unfortunately, the OV is a phenomenon that has become invisible and normalized. In a qualitative study carried out in Boa Vista, Roraima, on hospitalized postpartum women, it was found that more than half of the interviewees did not know what obstetric violence meant, but as they answered the questionnaires they acknowledged having suffered from abuse, not previously identifying it as this type of violence. In another study in Paraiba, Brazil, it was revealed that 83% of women had suffered some form of obstetric violence; However, of these, 39% began the

interview denying having suffered from this phenomenon (13).

Hospital obstetric care features high interventionism and environmental influences, such as lack of privacy and intimacy, which can have an adverse effect on the progress of labor and the development of feelings of confidence and competence. In turn, these defects can impair adaptation to motherhood and the establishment of breastfeeding, in addition to increasing the risk of depression (14). Pregnancy and childbirth should be a period of positive experiences for the woman and her family. However, for many women, it has been a risky event with a perception of fear, generating dissatisfaction with care during the current pregnancy. The desire for a less interventionist birth, the loss of autonomy, and the fear of not having control of the birth give way to the need for women to seek strategies to experience pregnancy and childbirth in a more humanized way (15). For this reason, it is considered necessary to have a reliable and valid instrument to objectively and rigorously measure OV adapted to the country.

As significant antecedents related to the instruments that measure the phenomenon, there is the validation of two Latin American scales, one of which was carried out in Chile (16). The items of this scale were constructed from a blog that created a list of situations that constituted OV so that women could learn to identify them. This scale measures appropriate aspects for said country, but some do not apply to Colombia and exclude some other essential elements obtained in the qualitative study that was previously carried out. Within their factor structure, they mention that the OV as a variable, it is unidimensional and would be covered by its 14 response items on a Likert-type scale. Likewise, in Ecuador, there is the EPREVO scale, which, like the previous one, measures constructs that are not common in the country of interest, such as genital shaving and enemas. In its structure, they manifest three dimensions: structural negligence, right to information, and right to the presence of a supportive caregiver. Finally, the scale had 30 dichotomous response items (17).

This study aimed to develop and validate an instrument capable of measuring obstetric violence contextualized to the Colombian scenario, using the exploration of structural alternatives through factor analysis.

Methodology

Validation study of the HUMANITY instrument using the methodology of classical test theory (CTT) and item response theory (IRT).

Instrument

The HUMANITY scale was elaborated and conceptually structured through a previous qualitative study (9) that was carried out using semi-structured interviews with postpartum women. The categories and subcategories resulting from the analysis of the narratives and the triangulation of the information became the factors and items of the scale. Taking these dimensions into account, a group of experts composed of a gynecologist, a psychiatrist, and a maternal-perinatal nurse was selected to analyze the items for sufficiency, coherence, relevance, and clarity. The experts scored each item on a Likert scale from 1 to 4, and any item scored less than 3 was submitted for discussion to define its permanence within the scale. A specific number of items per dimension was not specified a priori until the Factorial Analysis was performed (18). Subsequently, a pilot test was conducted on a group of 15 non-institutionalized women who had experienced uncomplicated vaginal childbirth in Colombia, which contributed to the adjustment of the questions of the scale in terms of ambiguous, confusing, or offensive terms before the application of the validation. The instrument comprises 20 items and 3 domains with dichotomous responses (yes/no).

Participants

For the validation of the scale, 250 post-care patients were included, who met the following eligibility criteria:

Inclusion criteria

- Colombian women who had given birth in a hospital or clinic in the country.
- Over 18 years of age.
- With experience of vaginal delivery.

Exclusion criteria

- Women who did not have a live newborn, since perinatal death must be approached under specific psychological parameters that vary according to the stage of grief in which the mother is (19).
- Women users of voluntary termination of pregnancy.
- Women who stated that they had some cognitive alteration that prevented them from answering the scale.

Scale application procedure

The scale was applied to 250 participants using non-probabilistic sampling, who met the inclusion criteria and

agreed to sign the informed consent form. This sample was considered taking into account that sample sizes of at least 200 have been suggested for Exploratory factor analysis (EFA) in a 20-item scale, at least 10 subjects per item for confirmatory factor analysis (CFA) and 200 for Item Response Theory (IRT) using a one-parameter model for dichotomous items (20). The average time for application, training required, and degree of difficulty in scoring were considered to assess usefulness. The scale was administered by a nurse practitioner and a general practitioner. Subsequently, the data were entered into a Microsoft Excel database and a cross-check was carried out to guarantee the quality of the information. Adequate data entry was ensured by training the interviewers.

Statistical analysis

First, the sample of participants was characterized, based on the sociodemographic variables in the validation study, by means of measures of central tendency and dispersion, relative frequencies and absolute frequencies. Then, the evaluation of each of the psychometric properties was carried out by means of CTT and IRT, as explained below.

Validation according to classical test theory (CTT)

The analysis of the internal structure of the scale (evidence of content validity) was evaluated by means of exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA). The EFA was used to determine whether the items could be organized in a structure (number of domains and items measuring them) different from the one proposed when the scale was constructed. The CFA was used to determine which of the structures best fit the data: the theoretically proposed model or those found in the FEA after the rotations (21).

Exploratory factor analysis

The statistical software STATA® (22) was used to perform the FEA. First, we considered whether the matrix was factorizable by calculating the determinant of the inter-item correlation matrix, Bartlett's test of sphericity and the Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy. For the matrix determinant, values close to zero were taken as the existence of correlations between variables. For Bartlett's test of sphericity, the null hypothesis was that the correlation matrix is an identity matrix (the variables are not inter-correlated). The Kaiser-Meyer-Olkin measure is an index that compares the observed correlations with partial correlations; and high values (>0.80) suggest the extraction of factors, given the existence of correlations between the variables.

Once the previous step was determined, we proceeded to the extraction of factors by means of the principal factor method. Subsequently, it was determined how many factors should be chosen by means of the eigenvalue method. Then, it was determined how many factors loaded on each item and, according to the results, orthogonal and oblique rotations were made to the matrix, to improve the interpretation of the result of the EFA.

Confirmatory factor analysis

The Lavaan library of the R programming environment (23) was used to perform the CFA. The tetrachoric matrix was used and the corresponding method (free asymptotic estimation) was selected to estimate the parameters. Three models were compared: the model proposed theoretically when constructing the scale, the empirical model obtained in the AFE with orthogonal rotation and another with oblique rotation (Figures 1- 3). To determine which of the models had a better fit to the data and to select it as the final structure of the scale, the following measures were calculated and considered a good fit: Chi-square/degrees of freedom less than or equal to 3, RMSEA < 0.05, SRMR < 0.08 and fit indices (> 0.90): CFI, TLI, NNFI, NFI, AGFI.

Validation according to item response theory (IRT)

For the analysis of this section, the statistical software R and WINSTEPS® were used, together with the eRm and ltm libraries (24,25).

A Rasch model was performed, which allowed the following properties to be evaluated:

- Item fits to the measurement process: unstandardized and standardized INFIT and OUTFIT statistics were calculated. The raw values (MNSQ) were reviewed and values of 0.5-1.5 were taken as a good fit (26).
- Ability to discriminate levels of violence between patients: indices of separation of persons and items and the reliability coefficient according to item response theory were calculated.
- Information functions: these were used to determine at which levels (low, medium or high) the scale yields estimates with lower measurement error. Information values were calculated and complemented with information curves, both by item and by the complete scale.
- Map of persons and items: the map of persons and items (or Wright's map) was constructed to determine

whether the scale has items to assess different levels of obstetric violence.

The Martin-Loef-Test was used to evaluate the assumptions of unidimensionality and the T2 procedure implemented in the eRm library (24) was used to evaluate the assumption of local independence.

Analysis of the scale's internal structure: internal consistency

The internal consistency of the scale was evaluated by means of several libraries (25-30) using McDonald's Omega coefficient for ordinal data for each of the proposed domains (31). This coefficient was chosen because, unlike Cronbach's or Kuder Richardson's alpha coefficient, it does not depend on the number of scale items, works with factor loadings, and reflects the true level of reliability (31,32). However, to analyze changes with other coefficients, the Kuder Richardson and ordinal alpha were also evaluated.

Ethical responsibilities

This study was considered of minimal risk since no invasive intervention was performed that would generate additional risk for the patients (33).

The study followed the ethical principles and the orientation of the Belmont principles created in the U.S.A. on April 18, 1979 for the protection of all patients who took part in this study (34).

The protocol of the present study was submitted to the review of the ethics and research committees of the Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, which was approved with registration number 0330-2022. To maintain these ethical criteria, an informed consent form was designed and implemented, the interviewers were trained to maintain neutrality during the directed survey, mothers with deceased newborns were not taken into account to avoid dealing with sensitive topics that could generate emotional outbursts for which the personnel were not trained, and the confidentiality of each participant's information was maintained.

Results

Patient characteristics

It was found that the most predominant marital status among the participating women was union with 39.7% (n=100), followed by single, which corresponds to 31% (n=77). In terms of educational level, the most frequent was technical/technologist, representing 41% of the sample (n=104), followed by professional and bachelor's

degree, which together represent 40%. The socioeconomic stratum to which most of the sample belonged was stratum 2 with 39% (n=99), followed by stratum 3 with 38% (n=96), finally, the regime to which 80% (n=202) of the sample belonged was contributory. Due to the

abnormal behavior of the quantitative variables, the median and interquartile range (IQR) were calculated for each variable. The median age was 31 years (IQR=9), the median labor time was 8 hours (IQR=8) and the median years since delivery was 5 years (IQR=8). (Table 1).

Table 1. Sociodemographic characteristics of the participants

Variable	Description	Freq.	%
Marital status	Married	63	25.30
	Divorced	9	3.61
	Single	77	30.92
	Common Law Marriage	100	39.76
	Widowed	1	0.40
Educational level	Bachelor's degree	49	19.60
	Postgraduate	37	14.80
	Elementary school	7	2.80
	Professional	53	21.20
	Technician/technologist	104	41.60
Socioeconomic stratum	1	26	10.44
	2	99	39.36
	3	96	38.55
	4	20	8.03
	5	8	3.21
	6	1	0.40
Regime	Contributory	202	80.80
	Subsidized	48	19.20
Variable	Description	Average	IQR
Age	Years	31	9
Time of last delivery	Years	5	8
Time of labor	Hours	8	8

Source: prepared by authors.

Exploratory factor analysis

To verify that the matrix was factorizable, the determinant of the matrix was checked, which yielded a value of 0.020, Bartlett's test of sphericity χ^2 943.441 $p=0.000$ and KMO 0.82. Using the tetrachoric matrix, the first extraction yielded three factors according to the criterion of eigenvalues >1 and the sedimentation graph, explaining 76% of the variance; it was defined to perform an oblique rotation taking into account that correlation between factors was assumed. To determine which items

are included in each factor, the criterion of a factorial loading > 0.3 was considered.

Factor 1 refers to staff behaviors that may be reflected throughout the labor process (labor, delivery and puerperium), and included questions 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17 and 18, explaining 37% of the variance. Factor 2 contains the questions on staff behaviors that occur specifically in labor and delivery, which included questions 7, 10, 11, 19 and 20, explaining 24% of the variance. Factor 3 refers to the generalized routine

procedures performed on the mothers, and contains items 1, 2, 3, 4, 5 and 6, explaining 14% of the variance.

Confirmatory factor analysis

For this component of the validation, three models were evaluated (Table 2), model 1 which is the original theoretical model (Figure 1), model 2 (Figure 2) which corresponds to the empirical model with orthogonal

rotation, and model 3 which corresponds to the empirical model with oblique rotation (Figure 3). Adequate values were found in the goodness-of-fit indicators of model 1 and 3: RMSEA <0.08; SRMR <0.05; CFI, IFI, and Tucker-Lewis index (TLI) >0.9, with model 3 being the best fit, since theoretically the item contents and the dimension they measure are related, in addition, from the statistical point of view the RMSEA and SRMR indexes were the lowest in model 3 and the CFI IFI were the highest.

Table 2. Fit coefficients of the factorial models tested

Coefficiente	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
chisq	248.78	899.453	150.652
df	167.000	170.000	167.000
rmsea	0.044	0.131	0.000
srmr	0.107	0.201	0.085
cfi	0.967	0.705	1.000
tli	0.962	0.670	1.008
nfi	0.906	0.662	0.943
nnfi	0.962	0.670	1.008
pnfi	0.797	0.592	0.829
ifi	0.967	0.707	1.007
rfi	0.894	0.622	0.936
agfi	0.908	0.675	0.945
pgfi	0.737	0.596	0.760

*Model 1: Original theoretical model.
 *Model 2: Empirical model with orthogonal rotation
 *Model 3: Empirical model with oblique rotation
Source: prepared by authors.

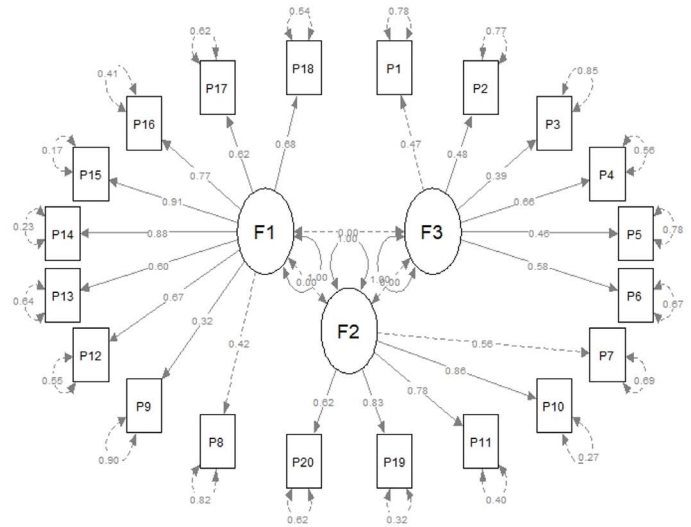


Figure 2. Structure model No. 2 of structure with orthogonal rotation. **Source:** prepared by authors, Software R.

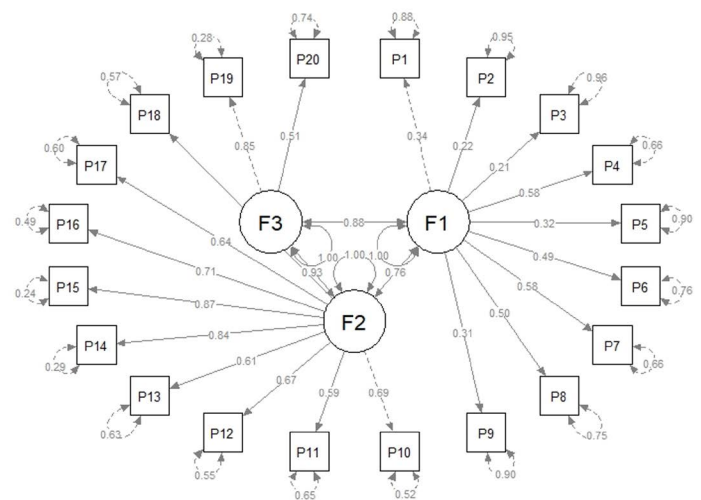


Figure 3. Structure model No. 3 of structure with orthogonal rotation. **Source:** prepared by authors, Software R.

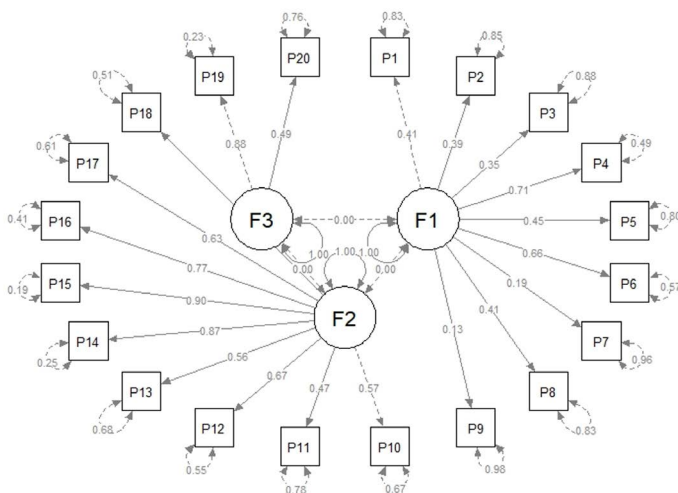


Figure 1. Model No. 1 of the original structure theoretically proposed. **Source:** prepared by authors, Software R.

Internal consistency

The internal consistency evaluation of the scale allowed finding coefficients between 0.79 and 0.87 for the complete scale (Table 3). If items are removed from the scale these values do not change significantly.

Table 3. Coefficients of the complete scale and by factors

Parts of the scale	Explained variance	Kuder Richardson	Omega	Alpha ordinal
Factor 1	37%	0.75	0.78	0.86
Factor 2	24%	0.69	0.71	0.84
Factor 3	14%	0.51	0.53	0.66
All Scale	76%	0.79	0.82	0.87

Source: prepared by authors.

Item response theory

The Rasch model analyzed met the assumptions of unidimensionality and local independence.

Item fit statistics

According to the raw and standardized INFIT and OUTFIT statistics all items have a good fit to the measurement process (Table 4).

Table 4. Sociodemographic data of the participating mothers

Item	Outfit MSQ	Infit MSQ	Outfit t	Infit t
P1	1.136	1.161	1.602	2.626
P2	1.408	1.239	4.011	3.629
P3	1.398	1.238	3.460	3.394
P4	0.897	0.964	-0.676	-0.423
P5	1.180	1.167	1.752	2.492
P6	1.014	1.063	0.172	0.964
P7	1.045	1.033	0.568	0.587
P8	1.070	1.025	0.579	0.368
P9	1.233	1.179	1.818	2.384
P10	0.867	0.892	-1.152	-1.570
P11	1.147	0.920	0.782	-0.789
P12	0.886	0.902	-1.154	-1.546
P13	0.888	0.922	-1.200	-1.292
P14	0.742	0.816	-3.088	-3.166
P15	0.735	0.791	-3.481	-3.799
P16	0.804	0.881	-1.310	-1.462
P17	0.913	0.911	-0.660	-1.227
P18	0.752	0.899	-1.624	-1.187
P19	0.688	0.762	-3.318	-3.927
P20	0.761	0.944	-0.923	-0.398

Source: prepared by authors.

Information function of the items

It can be observed that the items present a wide range of coverage ranging from -6 logits to 6 logits, with question 8 being the least difficult and question 20 the most difficult. In this range, the information function of the test is 99.21%. (Figure 4, 5)

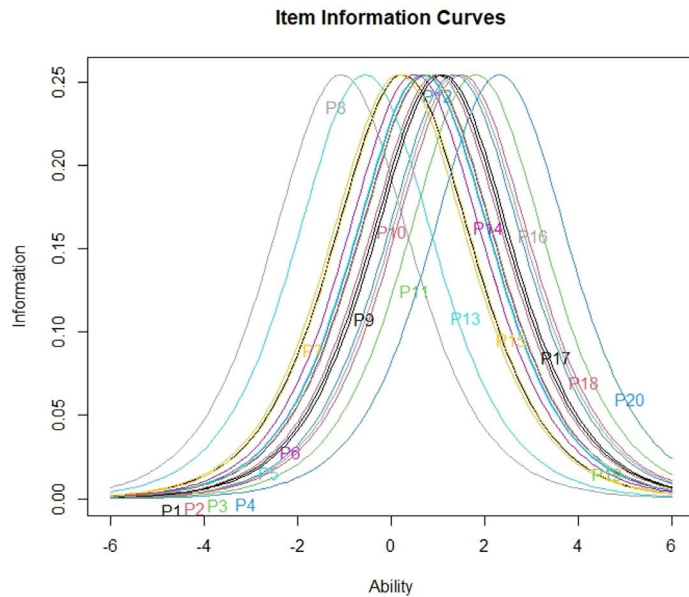


Figure 4. Information function of the items.
Source: prepared by authors, Software R.

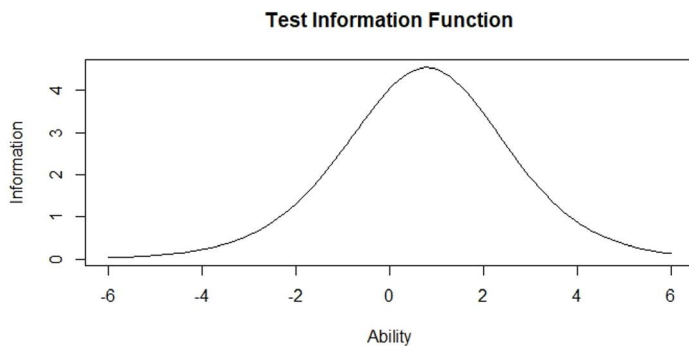


Figure 5. Test information function
Source: prepared by authors, Software R.

The persons and items have a wide range of coverage from -3 logits to 2 logits (Figure 6). There are missing questions in the easier levels of the scale as there is a gap in this space, i.e., for people who are at -2 logits and below, questions measuring them were observed. And most of the participants were located in the middle ranges of levels of the construct.

Reliability has values of 0.75 for persons and for items of 0.96. The separation indices show moderate values for persons, but adequate values for items. A low separation

and reliability index for persons and a high separation and reliability index for items suggest that the sample had a narrow range for ranking the items.

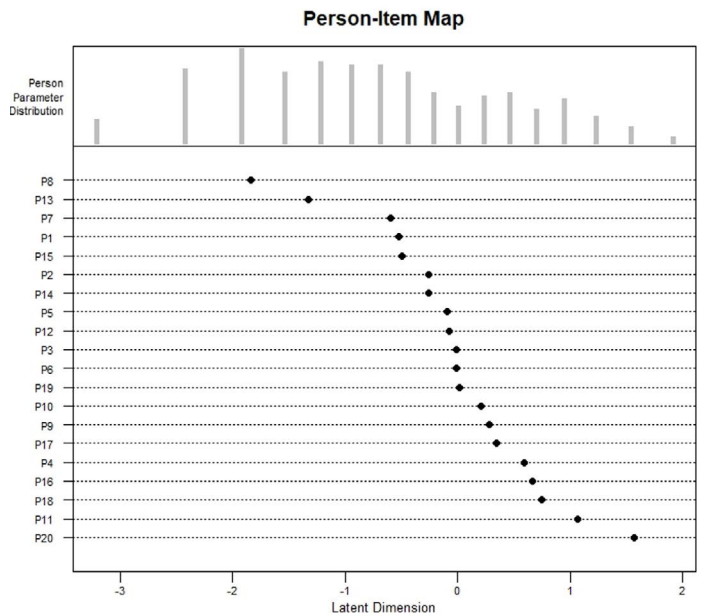


Figure 6. People-items map.
Source: prepared by authors, Software R.

Discussion

Although OV is already recognized in several Latin American countries, very few have validated a scale to measure it. The purpose of this study was to validate a scale of OV (HUMANITY) in the Colombian context. In the validation of HUMANITY favorable results were obtained, finding the internal consistency of the instrument, measured at a general level and for each of the subscales, appropriate to explain 99% of the construct with the items proposed, with satisfactory values in the three coefficients used Kuder Richardson (0.79), McDonald’s Omega (0.82) and ordinal Alpha (0.87) for the entire scale (20 items) and also for the three factors that compose it. One of the main strengths of HUMANITY is the methodological rigor in the process and the use of the two theories (classical test and item response) for the development and validation of instruments.

There are other Latin American scales in the literature that address the construct with classical test theory. The first one recorded was developed in a group of 367 Chilean women, with an average age of 45 years. The items of this scale were constructed from a test created by an activist group so that women could recognize obstetric violence, unlike HUMANITY, which bases its constructs on qualitative research conducted directly in the population. This Chilean scale has 14 Likert-type items with an application time of 15 to 20 minutes and a Cronbach’s Alpha of 0.83 and an Omega of 0.88, which measure, in addition to the aspects

of HUMANITY, cesarean section, and curettage, aspects that are not comparable with vaginal delivery even though they are within the same construct since the population is exposed to proportionally exclusive situations (16).

Another of the scales found is EPREVO, carried out in a sample of 405 Ecuadorian women with an average age of 26 years, which measures the OV construct with three factors in its structure and 30 questions with dichotomous answers, which makes it similar to HUMANITY. In this study they report the Kuder-Richardson coefficient, which, for the whole scale had a value of 0.80 and for its three factors 0.71, 0.84 and 0.33 respectively (17). Like the Chilean scale, they measure cesarean section and vaginal delivery on the same scale; additionally, they measure the application of enemas and genital shaving, aspects that are not very common in Colombia.

Clinical and research implications

The clinical implications of using this scale lie in the possibility of identifying the construct in the users and consequently generating improvement plans both with the health personnel and with the patients and their families. For the research, the scale will provide absolute frequencies to identify the most common manifestations of OV in the study site and thus adequately direct interventions in the affected population.

The scale can be used in both institutionalized and non-institutionalized mothers at any time of their lives, with

the only condition of having had at least one obstetric experience with vaginal delivery.

Limitations

According to the result of this validation study, the HUMANITY scale is a measure of a three-factor construct of obstetric violence in Colombia. However, it should be taken into account that the OV is not constitutionally recognized and is naturalized within health institutions; therefore, it was not possible to collect the sample randomly within a healthcare service provider institution, so the information was collected non-probabilistically outside the institutions at different times after childbirth. However, it was considered that this aspect does not introduce a bias, since studies on post-traumatic stress generated by childbirth (35,36) show that the perception of the positive and negative aspects that occur during childbirth are not forgotten for years. Additionally, not being in a subordinate position ensured that the women participants responded truthfully. Another limitation due to the difficulty in accessing the sample was to use the same sample for the AFE and AFC.

It is concluded that the HUMANITY scale (Table 5) is a valid and reliable instrument for measuring OV in Colombia. The average application time of the scale was 19 minutes, and it can be the input to calculate absolute frequencies of each of the aspects that make up the construct of OV, or for each of the factors that make up the scale.

Table 5. HUMANITY scale for the measurement of OV in Colombia

N.º	Items	Yes	No
Factor 1: Staff behaviors in the labor and delivery process (antepartum, labor and postpartum)			
1	During your stay in the labor or delivery room, were you allowed to ambulate or adopt positions other than lying on the stretcher?	0	1
2	Once the baby was born (if the baby did not have any complications, APGAR 8/10, or condition that justifies keeping the baby away), were you allowed to stay with the baby all the time?	0	1
3	Did the health personnel provide you with companionship and support when you needed it?	0	1
4	Were you allowed to be accompanied by a family member?	0	1
5	Did the health personnel provide food when you needed it and you had no contraindication to do so?	0	1
6	Did health personnel provide hydration when needed?	0	1
7	Did health personnel shelter you to keep your temperature stable when needed?	0	1
8	Did the health personnel give you clear instructions on how to breathe, push, or breastfeed, among others, that would facilitate the delivery process?	0	1
9	Did the health and administrative staff provide you and your family with pertinent information about your and your baby's health status?	0	1

Factor 2: Staff behaviors during labor and delivery

10	During the dilatation process, were you subjected to rough or repeated vaginal examinations or by different people? If yes, please answer yes.	1	0
11	Did health personnel make unpleasant comments about your behavior (crying, screaming) during labor?	1	0
12	Did the health personnel behave inappropriately during your delivery process, such as taking pictures, videos, mocking comments among colleagues, among others?	1	0
13	Did you feel violated as a woman and patient by the health personnel during delivery care?	1	0
14	Do you have feelings of guilt for your behavior (crying, screaming, asking for help) during labor?	1	0

Factor 3: Routine procedures

15	Were you given any pain medication when you asked for it during labor and/or puerperium?	0	1
16	If you were given any medication to speed up labor (Oxytocin) (Misoprostol), were the reasons explained to you beforehand?	0	1
17	Were you persuaded repeatedly (more than twice) to choose a contraceptive method, even if you did not agree?	1	0
18	At any time during the labor process, were any instruments used to rupture the membranes without your consent or prior explanation?	1	0
19	At any time during labor was a compression maneuver performed on the upper abdomen with downward force (Kristeller) to accelerate expulsion?	1	0
20	During labor, were any cuts made in the birth canal (episiotomy) to facilitate expulsion without prior explanation?	1	0

Source: prepared by authors.

The questions have dichotomous answer options (Yes/No) and each of the answers has a specific value depending on whether the answer is Yes or No, as follows:

- Questions 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15 and 16: “Yes” equals 0 points, “No” equals 1 point.
- Questions 10, 11, 12, 13, 14, 14, 17, 18, 19 and 20: “Yes” equals 1 point, “No” equals 0 points.

To facilitate the calculation of frequencies, all those who mark the number 1 indicate the presence of this sign of violence.

Conclusion

By structuring the items through the qualitative research method, being evaluated through expert opinion, and taking into account the suggestions of the mothers, it is evident that the items effectively measure the construct they are intended to measure. Psychometrically, HUMANITY is a valid and reliable scale to quantitatively measure the manifestations of OV in the Colombian context.

Conflicts of interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

Funding

No external funding was provided to the authors for this study.

Ethical responsibilities

Protection of people and animals: This study was considered of minimal risk since no invasive intervention was performed that would generate additional risk for the patients (33). It was approved by the Institutional Ethics Committee.

Data confidentiality: the participants’ information was used only for this study and no sensitive information was collected about them.

Right to privacy and informed consent: informed consent was obtained from the participants after

answering the questions that arose at the beginning of the interview.

References

- Román-Montes S. Mesa de Reflexión: El derecho a la Salud y la prevención de la violencia obstétrica. Presentado en la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. 28 de junio 2022. CNDH [Internet]. 2022. 24 p. Available from: https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Promocion/Relatorias/Relatoria_Violencia_Obstetrica.pdf
- Colombia, Congreso de la República. Proyecto de ley 147 de 2017, Medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. Available from: <https://consultorsalud.com/violencia-obstetrica-proyecto-de-ley/>
- Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, et al. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. *Reprod Health* [Internet]. 2017;14(1):127. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0389-z>
- Madrid-Medina C, De León-Pérez MÁ, Delgado-Mandujano MJ, Cancino-de la Cruz LG, Rangel-Jiménez J, Soto-Rosales BE, et al. Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica* [Internet]. 2019;14(42):27-36. doi: <https://doi.org/10.33064/42lm20192245>
- Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (part I): Women's perception and interterritorial differences. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(21). doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva - Resumen de orientación [Internet]. Ginebra: OMS; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>
- Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2014. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
- Pramono A, Dahlen H, Desborough J, Smith JP. Separating mothers with COVID-19 from their newborns does more harm than good [Internet]. Indonesia; The Conversation: 2020. Available from: <http://theconversation.com/separating-mothers-with-covid-19-from-their-newborns-does-more-harm-than-good-141291>
- Aguilar-Bernal LA, Becerra-Pabón A, Ardila-Roa A. Embarazo parto y puerperio: la madre en subordinación. *Benessere - Revista de Enfermería* [Internet]. 2023;8(1):1-12. doi: <https://doi.org/10.22370/bre.81.2023.3391>
- Butler JP. Mecanismos psíquicos del poder: Teorías sobre la sujeción. Primera Ed. [Internet]. Valencia: Ediciones Cátedra S.A. España; 2001. 218 p. Available from: <https://mariangelesalvarez.com/wp-content/uploads/2012/11/mecanismospsiquicosdelpoderbutlerjudith.pdf>
- Bourdieu P. El sentido práctico. Primera Ed. [Internet]. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina; 2007. 456 p. Available from: <https://revistamalatesta.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/12/48373666-bourdieu-pierre-el-sentido-practico.pdf>
- Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión por Michel Foucault. Primera Ed. [Internet]. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina; 2022. 314 p. Available from: <https://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>
- Viana-de Almeida J, Mendes-de Oliveira E, da Silva-Madeiros A, Machado-Lima Carvalho MS. Perception of Puerperal Women in a Maternal and Children's Hospital about Obstetric Violence in the State of Roraima. *Rev Pesqui* [Internet]. 2022;14(1):1-6. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v14.11680>
- Aparici-Navarro MA. La violencia obstétrica, una práctica normalizada. *Matronas Profesión* [Internet]. 2021;22(2):73. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8195530>
- Aparecida-Baggio M, Girardi C, Regina-Schapko T, Hoffmann-Cheffer M. Planned Home Birth Assisted by a Midwife Nurse: Meanings, Experiences and Motivation for This Choice. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2022;21:1-9. doi: Available from: https://www.researchgate.net/publication/362646446_PLANNED_HOME_BIRTH_ASSISTED_BY_A_MIDWIFE_NURSE_MEANINGS_EXPERIENCES_AND_MOTIVATION_FOR_THIS_CHOICE#fullTextFileContent
- Cárdenas-Castro M, Salinero-Rates S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdiscip Rev Psicol Cienc Afines* [Internet]. 2021;38(2):209-23. doi: <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>
- Fors M, Falcon K, Brandão T, Vaca A, Cañadas S, Viada-González CE. Confiabilidad y Dimensionalidad de EPREVO ("Experiencias de Parto Relacionadas a Violencia Obstétrica"): Desarrollo de un Nuevo Instrumento, Ecuador. *Int J Womens Health* [Internet]. 2021;13:569-77. doi: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S305741>
- Maldonado-Suárez N, Santoyo-Telles F. Validez de contenido por juicio de expertos: Integración cuantitativa y cualitativa en la construcción de instrumentos de medición. *Rev Innov Recer Educ* [Internet]. 2024;17(2). doi: <https://doi.org/10.1344/reire.46238>
- Umamanita y El Parto es Nuestro. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. [Internet] Ascalema; 2009. Available from: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/El-parto-es-Nuestro-y-Umamanita.-Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal..pdf>

20. Cappelleri JC, Jundy JJ, Hays RD. Overview of Classical Test Theory and Item Response Theory for Quantitative Assessment of Items in Developing Patient-Reported Outcome Measures. *Clin Ther* [Internet]. 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.04.006>
21. Prinsen CAC, Mokkink LB, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, de Vet HCW, et al. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res* [Internet]. 2018;27(5):1147-1157. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>
22. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 17*. College Station. [Internet]. TX: StataCorp LLC; 2021. Available from: <https://www.stata.com/company/>
23. Rosseel Y. Javan: An R Package for Structural Equation Modeling. *J Stat Softw* [Internet]. 2012;48(2):1-36. doi: <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
24. Mair P, Hatzinger R. Extended Rasch modeling: The eRm package for the application of IRT models in R. *J Stat Softw* [Internet]. 2007;20. doi: <https://doi.org/10.18637/jss.v020.i09>
25. Rizopoulos D. Irtm: An R package for Latent Variable Modeling and Item Response Analysis. *J Stat Softw* [Internet]. 2006;17(5):1-25. doi: <https://doi.org/10.18637/jss.v017.i05>
26. Linacre JM. *A User's Guide to WINSTEPS® MINISTEP, Rasch-Model Computer Programs* [Internet]. EEUU: Winsteps; 2024. Available from: <https://www.winsteps.com/a/Winsteps-Manual.pdf>
27. Wickham H. Reshaping Data with the reshape Package. *J Stat Softw* [Internet]. 2007;21(12):1-20. doi: <https://doi.org/10.18637/jss.v021.i12>
28. Revelle W. *Psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research: Package 'psych'* [Internet]. Northwestern University: Evanston, Illinois; 2023. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
29. Jorgensen TD, Pornprasertmanit S, Schoemann AM, Rosseel Y, Miller P, Quick C, et al. *SemTools: Useful tools for structural equation modeling* [Internet]. 2022. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>
30. Kelley K. MBESS: El paquete R de MBESS [Internet]. 2019. Available from: <https://cran.r-project.org/web/packages/MBESS/index.html>
31. Ventura-León JL, Caycho-Rodríguez T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv* [Internet]. 2017;15(1):625-7. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77349627039>
32. Viladrich C, Angulo-Brunet A, Doval E. Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *An Psicol* [Internet]. 2017;21;33(3):755. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
33. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993, normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
34. INFORME BELMONT: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. *Rev Méd Hered* [Internet]. 1979;4(3). Available from: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
35. Fernández-Clemente I, Olza-Fernández I. Revisión sistemática del tratamiento del trastorno de estrés postraumático postparto. *Psicosom y Psiquiatr* [Internet]. 2018;(5):29-39. doi: <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrum0505>
36. Olza-Fernández I. *El síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica. Información para profesionales de la atención al parto* [Internet]. Madrid: Gob. es; 2010. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estresPostraumatico.pdf>



REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Vol. 27(2):164-176, agosto – noviembre 2024
i-ISSN 0123-7047 e-ISSN 2382-4603



Artículo original

Construcción y validación de una escala de medición de violencia obstétrica en Colombia

Construction and validation of a scale for measuring obstetric violence in Colombia

Construção e validação de uma escala de medição da violência obstétrica na Colômbia

Luisa Alejandra Aguilar-Bernal  

luisa.aguilar@juanncorpas.edu.co 

Escuela de Enfermería, Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Marta Lucía Ospina-González  

mlospina@fucsaledu.co

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Fabio Alexander Sierra-Matamoros  

fasierra@fucsaledu.co

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO:

Artículo recibido: 23 de octubre de 2023

Artículo aceptado: 30 de noviembre de 2024

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.4807>

Cómo citar. Aguilar-Bernal LA, Ospina-González ML, Sierra-Matamoros FA. Construcción y validación de una escala de medición de violencia obstétrica en Colombia. MedUNAB [Internet]. 2024;27(2):164-176. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4807>

RESUMEN

Introducción. La violencia obstétrica es un fenómeno que consiste en la sobremedicalización del proceso del parto. Este fenómeno es latente pero aún invisible en varios países de Latinoamérica, por lo que el objetivo de esta investigación fue elaborar y validar un instrumento capaz de medir la violencia obstétrica contextualizada al escenario colombiano. **Métodología.** Los ítems se construyeron a partir de una investigación cualitativa previa. La escala se validó mediante teoría clásica del test, evaluando la consistencia interna y la validez de apariencia y contenido, y mediante teoría de respuesta al ítem usando el modelo de Rasch, para evaluar la capacidad de discriminación de la escala, el ajuste de los ítems al proceso de medición, las funciones de información y la distribución de las personas e ítems a lo largo del constructo con una muestra de



VIGILADA MINEDUCACIÓN

Contribución de los autores

LAAB.

Conceptualización, metodología, recolección de datos, análisis de datos, redacción del artículo. **MLOG.**

Conceptualización, redacción del artículo.

FASM. Asesoría metodológica, análisis de datos.

250 mujeres con experiencia de parto institucionalizado. **Resultados.** El análisis factorial permitió encontrar una estructura de tres factores; los coeficientes de consistencia interna estuvieron entre 0.79 y 0.87. Todos los ítems se ajustaron al proceso de medición, abarcando un amplio rango del constructo. **Discusión.** En la literatura se encuentran otras escalas latinoamericanas que abordan el constructo con teoría clásica del test; sin embargo, HUMANITY ha mostrado coeficientes favorables que miden el constructo basadas en investigación cualitativa previa. **Conclusiones.** HUMANITY es una escala válida y confiable para medir cuantitativamente la violencia obstétrica en el contexto colombiano.

Palabras clave:

Violencia de Género; Entorno del Parto; Salud materna; Servicios de Salud Materna; Parto Obstétrico; ViolenciaIntroduction

ABSTRACT

Introduction. Obstetric violence is a phenomenon that consists of the over-medicalization of the process of delivery. This is still ongoing but invisible in different countries in Latin America. Hence, this research aimed to develop and validate an instrument capable of measuring obstetric violence contextualized to the Colombian scenario. **Methodology.** The items were constructed from previous qualitative research. The items were constructed from previous qualitative research. The scale was validated through classical test theory, evaluating internal consistency and appearance and content validity, and through item response

theory, using the Rasch model to assess the discrimination capacity of the scale, the adjustment of the items to the measurement process, the information functions and the distribution of people and items throughout the construct with a sample of 250 women with experience of institutionalized childbirth. **Results.** Factor analysis allowed us to find a three-factor structure. The internal consistency coefficients were between 0.79 and 0.87. All items were adjusted to the measurement process, covering various constructs. **Discussion.** In the literature, other Latin American scales address the construct with classical test theory; however, HUMANITY has shown favorable coefficients that measure the construct based on previous qualitative research. **Conclusions.** HUMANITY is a valid and reliable scale to quantitatively measure obstetric violence in the Colombian context.

Keywords:

Gender-Based Violence; Birth Setting; Maternal Health; Maternal Health Services; Delivery, Obstetric; Violence

RESUMO

Introdução. A violência obstétrica é um fenômeno que consiste na medicalização excessiva do processo de parto. Este fenômeno é latente, mas ainda invisível em vários países da América Latina, pelo que o objetivo desta pesquisa foi desenvolver e validar um instrumento capaz de medir a violência obstétrica contextualizada no contexto colombiano. **Metodologias.** Os itens da escala foram construídos com base em pesquisas qualitativas prévias. A escala foi validada através da teoria clássica dos testes, avaliando a consistência interna e a validade de face e de conteúdo, e através da teoria da resposta ao item, utilizando o modelo de Rasch, para avaliar a capacidade discriminatória da escala, a adequação dos itens ao processo de medição, as funções de informação e a distribuição das pessoas e dos itens ao longo do constructo, com uma amostra de 250 mulheres com experiência de parto institucionalizado. **Resultados.** A análise fatorial revelou uma estrutura de três fatores; os coeficientes de consistência interna variaram entre 0.79 e 0.87. Todos os itens se ajustaram ao processo de medição, cobrindo uma vasta gama do constructo. **Discussão.** Na literatura, existem outras escalas latino-americanas que abordam o constructo com a teoria clássica dos testes; no entanto, a escala HUMANIDADE apresentou coeficientes favoráveis à medição do constructo com base em investigação qualitativa anterior. **Conclusões.** A escala HUMANITY é um instrumento válido e fiável para medir quantitativamente a violência obstétrica no contexto colombiano.

Palavras-chave:

Violência de Género; Entorno do Parto; Saúde Materna; Serviços de Saúde Materna; Parto Obstétrico; Violência

Introducción

La violencia obstétrica (VO) se define como “una intersección entre la violencia institucional y la violencia de género que tiene que ver con la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud”, lo cual se traduce en trato deshumanizado, patologización y medicalización de los procesos naturales, como lo es el proceso del parto (1).

Este es un fenómeno con poca descripción cuantitativa en Colombia, debido a la invisibilización de la existencia de esta problemática a nivel constitucional, pues en un intento de reconocer la VO, se creó el proyecto de ley 147 de 2017, que no tuvo un final exitoso por la polémica generada en el gremio médico (2); sin embargo, otros países que ya han apropiado el concepto cuentan con algunas medidas de prevalencia. En países del continente africano, se reportan valores que alcanzan el 98% (3), seguidos por México, país

en el cual el 58% de las maternas sufre de VO en general, de la cual 79% es violencia física y el 36% es psicológica (4). Los países que reportan los valores más bajos son los europeos, con el 38% (5).

La reciente pandemia por COVID-19 arrojó información alarmante respecto a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como la omisión de las recomendaciones anunciadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para tener una experiencia de parto positiva y aportar a la erradicación del maltrato en las instituciones (6,7), pues en países como Estados Unidos y China hubo un incremento en los partos instrumentalizados y cesáreas injustificadas, así como la separación del binomio sin evidencia que respaldara tal decisión (8).

Con el fin de aportar a la problemática, inicialmente se realizó un estudio cualitativo previo (9), en el cual se indagó sobre la experiencia de mujeres púerperas en el proceso del parto de una clínica en Colombia por medio de entrevistas a profundidad con preguntas semiestructuradas enfocadas al sentir de la materna y el comportamiento de los profesionales de la salud en los diferentes momentos del parto. Sus resultados fueron el insumo fundamental para la construcción de los ítems de la escala.

Se encontraron tres grandes categorías en cuanto a las manifestaciones de violencia: 1. Los comportamientos que el personal de salud tiene al brindar la atención; 2. Los procedimientos que realizan en algunas ocasiones de forma innecesaria y sin consentimiento; y 3. Lo que estas conductas hacen sentir a la madre. Estas categorías se triangularon con teóricos que hablan acerca del ejercicio del poder (10), el *habitus autoritario* (11) y la importancia de la individualidad humana en la atención (12), los cuales dieron al estudio la evidencia suficiente para concluir que el proceso del parto es un proceso excesivamente medicalizado y generalizado que resulta violento y deshumanizado.

Lastimosamente, la VO es un fenómeno que se ha invisibilizado y normalizado. En un estudio cualitativo realizado en Boa Vista, Roraima, Brasil, en mujeres hospitalizadas en posparto, se encontró que más de la mitad de las entrevistadas no sabían qué significaba la violencia obstétrica, pero a medida que fueron contestando los cuestionarios realizados fueron reconociendo haber sufrido de malos tratos, no identificándolos previamente como este tipo de violencia. En otro estudio en Paraiba, Brasil, se reveló que el 83% de las mujeres habían sufrido de alguna forma de violencia obstétrica; sin embargo, de estas, el 39% inició la entrevista negando haber sufrido de este fenómeno (13).

La atención obstétrica hospitalaria presenta un elevado intervencionismo e influencias ambientales, como la falta de privacidad e intimidad, que pueden tener un efecto adverso

sobre el progreso del trabajo de parto y el desarrollo de sentimientos de confianza y competencia. A su vez, estos defectos pueden deteriorar la adaptación a la maternidad y el establecimiento de la lactancia materna, además de aumentar el riesgo de depresión (14). El embarazo y el parto debe ser un periodo de experiencias positivas para la mujer y su familia. Sin embargo, para muchas mujeres ha sido un evento de riesgo y con percepción de miedo, generando insatisfacción por el cuidado durante el embarazo actual. El deseo de un parto menos intervencionista, la pérdida de autonomía y el miedo a no tener el control del parto, da paso a la necesidad en las mujeres de buscar estrategias para experimentar el embarazo y el parto de una manera más humanizada (15). Es por esta razón que se considera necesario contar con un instrumento confiable y válido para medir de manera objetiva y rigurosa la VO, adaptado al país.

Como antecedentes importantes de instrumentos que miden el fenómeno, se encuentra la validación de dos escalas latinoamericanas, una de las cuales se realizó en Chile (16). Los ítems de esta escala fueron construidos a partir de un blog que creó un listado de situaciones que constituían VO para que las mujeres aprendieran a identificarla. Esta escala mide aspectos apropiados para dicho país, pero algunos no aplican para Colombia y excluye algunos otros de importancia obtenidos en el estudio cualitativo que se realizó previamente. Dentro de su estructura factorial, mencionan que la VO como variable es unidimensional y estaría cubierta por sus 14 ítems de respuesta en escala tipo Likert. Igualmente, en Ecuador existe la escala EPREVO, que al igual que la anterior, mide constructos que no son comunes en el país de interés como el rasurado genital y los enemas. En su estructura manifiestan tres dimensiones: negligencia estructural, derecho a la información y derecho a la presencia del cuidador de apoyo. Finalmente, la escala cuenta con 30 ítems de respuesta dicotómica (17).

El objetivo de este estudio fue elaborar y validar un instrumento capaz de medir la violencia obstétrica contextualizada al escenario colombiano, usando la exploración de alternativas estructurales por medio de análisis factorial.

Metodología

Estudio de validación del instrumento HUMANITY mediante la metodología de la teoría clásica del test (TCT) y la teoría de respuesta al ítem (TRI).

Instrumento

Se elaboró la escala HUMANITY, la cual se estructuró conceptualmente mediante un estudio cualitativo previo (9) que se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas a mujeres púerperas. Las categorías y subcategorías

resultantes del análisis de los relatos y la triangulación de la información se convirtieron en los factores e ítems de la escala. Teniendo en cuenta estas dimensiones, se seleccionó un grupo de expertos compuesto por un ginecólogo, una psiquiatra y una enfermera maternoperinatal, quienes analizaron los ítems en cuanto a suficiencia, coherencia, relevancia y claridad. Los expertos puntuaron cada ítem en una escala Likert de 1 a 4, y todo ítem puntuado en menos de 3 se sometió a discusión para definir su permanencia dentro de la escala. No se definió a priori un número específico de ítems por dimensión hasta realizar el Análisis Factorial (18). Posteriormente, se realizó una prueba piloto en un grupo de 15 mujeres no institucionalizadas que tuvieron la experiencia de atención de un parto vaginal no complicado en Colombia, el cual aportó al ajuste de las preguntas de la escala en cuanto a términos ambiguos, confusos u ofensivos antes de la aplicación de la validación. El instrumento consta de 20 ítems y 3 dominios con respuesta dicotómica (sí/no).

Participantes

Para la validación de la escala se incluyeron 250 pacientes post atención, quienes cumplieron los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión

- Mujeres colombianas que hayan tenido su proceso de parto en un hospital o clínica del país.
- Mayores de 18 años.
- Con experiencia de parto vaginal.

Criterios de exclusión

- Mujeres que no tuvieron recién nacido vivo, pues la muerte perinatal debe ser abordada bajo parámetros psicológicos específicos que varían según la fase del duelo en la que se encuentre la madre (19).
- Mujeres usuarias de interrupción voluntaria del embarazo.
- Mujeres que manifestaron tener alguna alteración cognitiva que les impidiese contestar la escala.

Procedimiento de aplicación de la escala

Se realizó la aplicación de la escala a 250 participantes por medio de un muestreo no probabilístico, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron firmar el consentimiento informado. Se consideró esta muestra teniendo en cuenta que se han sugerido tamaños de muestra de al menos 200 para Análisis Factorial exploratorio (AFE) en una escala de 20 ítems, de al menos 10 sujetos por ítem para Análisis Factorial Confirmatorio

(AFC) y de 200 para la Teoría de respuesta al Ítem (TRI) usando un modelo de un parámetro para ítems dicotómicos (20). Se tuvo en cuenta el tiempo promedio para su aplicación, entrenamiento requerido y grado de dificultad en la calificación para evaluar la utilidad. La escala fue aplicada por una enfermera profesional y un médico general. Posteriormente se digitaron los datos en una base elaborada en Microsoft Excel y se llevó a cabo una revisión cruzada para garantizar la calidad de la información. La adecuada digitación de la información se garantizó mediante el entrenamiento de las entrevistadoras.

Análisis estadístico

En primer lugar, se realizó la caracterización de la muestra de participantes, a partir de las variables sociodemográficas en el estudio de validación, con base en medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias relativas y frecuencias absolutas. Luego, se realizó la evaluación de cada una de las propiedades psicométricas por medio de TCT y TRI, como se explica a continuación.

Validación de acuerdo con la teoría clásica del test (TCT)

El análisis de la estructura interna de la escala (evidencia de validez de contenido) se evaluó por medio de análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC). El AFE se utilizó con el propósito de determinar si los ítems podían organizarse en alguna estructura (número de dominios e ítems que los miden) diferente a la que se propuso al construir la escala. El AFC se utilizó para determinar cuál de las estructuras se ajustaba mejor a los datos: el modelo propuesto teóricamente o los encontrados en el AFE después de las rotaciones (21).

Análisis factorial exploratorio

Para realizar el AFE se utilizó el software estadístico STATA® (22). Se tuvo en cuenta, en primer lugar, si la matriz era factorizable realizando el cálculo del determinante de la matriz de correlaciones entre ítems, el test de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin. Para el determinante de la matriz se tomaron valores cercanos a cero como existencia de correlaciones entre las variables. Para la prueba de esfericidad de Bartlett se tomó como hipótesis nula que la matriz de correlaciones es una matriz de identidad (las variables no están inter correlacionadas entre sí). La medida de Kaiser-Meyer-Olkin es un índice que compara las correlaciones observadas con correlaciones parciales, en el cual los valores altos (>0.80) sugieren la extracción de factores, dada la existencia de correlaciones entre las variables.

Una vez se determinó el paso anterior se procedió a la extracción de factores por medio del método de factores

principales. Posteriormente, se determinó cuántos factores se debían escoger por medio del método de autovalores o valores propios. Luego, se realizó la determinación de cuántos factores cargaban en cada ítem y, de acuerdo con los resultados, se realizaron rotaciones ortogonales y oblicuas a la matriz, para mejorar la interpretación del resultado del AFE.

Análisis factorial confirmatorio

Para realizar el AFC se empleó la librería Lavaan del entorno de programación R (23). Se utilizó la matriz tetracórica y se seleccionó el método correspondiente (estimación asintótica libre) para hacer la estimación de los parámetros. Se compararon tres modelos: el modelo propuesto teóricamente al construir la escala, el modelo empírico obtenido en el AFE con rotación ortogonal y otro con rotación oblicua (Figuras 1-3). Para determinar cuál de los modelos tuvo un mejor ajuste a los datos y seleccionarlo como la estructura final de la escala se calcularon las siguientes medidas y se consideró como buen ajuste: Ji cuadrado/grados de libertad menor o igual a 3, RMSEA < 0.05, SRMR < 0.08 e índices de ajuste (> 0.90): CFI, TLI, NNFI, NFI, AGFI.

Validación de acuerdo con la teoría de respuesta al ítem (TRI)

Para el análisis de este apartado se utilizaron los softwares estadísticos R y WINSTEPS®, junto con las librerías eRm y ltm (24,25).

Se realizó un modelo de Rasch, el cual permitió evaluar las siguientes propiedades:

- Ajustes de los ítems al proceso de medición: se calcularon estadísticos INFIT y OUTFIT sin estandarizar y estandarizados. Se revisaron los valores brutos (MNSQ) y se tomaron valores de 0.5-1.5 como buen ajuste (26).
- Capacidad de discriminación de niveles violencia entre pacientes: se calcularon índices de separación de personas e ítems y el coeficiente de confiabilidad según teoría de respuesta al ítem.
- Funciones de información: fueron utilizadas para determinar en cuáles niveles (bajos, medios o altos) la escala arroja estimaciones con menor error de medición. Se calcularon los valores de información y se complementaron con curvas de información, tanto por ítem como por la escala completa.
- Mapa de personas e ítems: se construyó el mapa de personas e ítems (o de Wright) para determinar si la escala cuenta con ítems para evaluar distintos niveles de violencia obstétrica.

Para evaluar los supuestos de unidimensionalidad se utilizó el test de Martin-Loef-Test y para evaluar el supuesto de independencia local se utilizó el procedimiento T2 implementado en la librería eRm (24).

Análisis de la estructura interna de la escala: la consistencia interna

Se realizó la evaluación de la consistencia interna de la escala por medio de varias librerías (25-30) usando el coeficiente Omega de McDonald para datos ordinales para cada uno de los dominios propuestos (31). Se escogió este coeficiente porque, a diferencia del coeficiente Alfa de Cronbach o Kuder Richardson, no depende del número de ítems de la escala, trabaja con cargas factoriales y refleja el verdadero nivel de confiabilidad (31,32). Sin embargo, para analizar los cambios con otros coeficientes también se evaluó el Kuder Richardson y Alpha ordinal.

Consideraciones éticas

Este estudio se consideró de riesgo mínimo, puesto que no se realizó ninguna intervención invasiva que generara un riesgo adicional para las pacientes (33).

El estudio se acogió a los principios éticos y a la orientación de los principios de Belmont creados en Estados Unidos en abril 18 de 1979, para la protección de todo paciente que hizo parte de este estudio (34).

El protocolo del presente estudio se sometió a la revisión de los comités de ética e investigación de la Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, el cual fue aprobado con número de registro 0330-2022. Para mantener estos criterios éticos, se diseñó e implementó un consentimiento informado, se entrenó a los encuestadores para mantener la neutralidad durante la encuesta dirigida, no se tomó en cuenta a las madres con recién nacido fallecido para evitar tratar temas sensibles que pudieran generar desbordes emocionales para los cuales el personal no estaba entrenado y se mantuvo la confidencialidad de la información de cada participante.

Resultados

Características de las pacientes

Se evidenció que el estado civil más predominante entre las mujeres participantes fue unión libre con un 39.7% (n=100), seguido de soltera, que corresponde al 31% (n=77). En cuanto al nivel educativo, el más frecuente fue técnico/tecnólogo, representando al 41% de la muestra (n=104), seguido de profesional y bachiller, que juntos representan el 40%. El estrato socioeconómico al que pertenecía la mayoría de la muestra es el estrato 2 con un 39% (n=99),

seguido de estrato 3 con un 38% (n=96). Finalmente, el régimen al cual pertenecía el 80% (n=202) de la muestra es al contributivo. Debido al comportamiento anormal de las variables cuantitativas, se calculó la mediana y el rango intercuartílico (IQR) de cada variable. La mediana

de la edad fue 31 años (IQR= 9), la mediana del tiempo de trabajo de parto fue 8 horas (IQR=8) y la mediana de los años de antigüedad del parto fueron 5 años (IQR=8). (Tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes

Variable	Descripción	Freq.	%
Estado civil	Casada	63	25.30
	Divorciada	9	3.61
	Soltera	77	30.92
	Unión libre	100	39.76
	Viuda	1	0.40
Nivel educativo	Bachiller	49	19.60
	Posgrado	37	14.80
	Primaria	7	2.80
	Profesional	53	21.20
	Técnico/tecnólogo	104	41.60
Estrato socioeconómico	1	26	10.44
	2	99	39.36
	3	96	38.55
	4	20	8.03
	5	8	3.21
	6	1	0.40
Régimen	Contributivo	202	80.80
	Subsidiado	48	19.20
Variable	Descripción	Mediana	IQR
Edad	Años	31	9
Tiempo del último parto	Años	5	8
Tiempo de trabajo de parto	Horas	8	8

Fuente: elaborado por los autores.

Análisis factorial exploratorio

Para comprobar que la matriz era factorizable, se revisó el determinante de la matriz que arrojó un valor de 0.020, el test de esfericidad de Bartlett χ^2 943.441 $p= 0.000$ y KMO 0.82. Usando la matriz tetracórica, la primera extracción arrojó tres factores de acuerdo con el criterio de valores propios >1 y el gráfico de sedimentación, explicando el 76% de la varianza. Se definió realizar una rotación oblicua, teniendo en cuenta que se asumió la correlación entre factores. Para determinar qué ítems van en cada factor, se consideró el criterio de una carga factorial > 0.3 .

El factor 1 hace referencia a las conductas del personal que pueden estar reflejadas durante todo el proceso del parto (trabajo de parto, parto y puerperio), este incluyó las preguntas número 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18 explicando el 37% de la varianza. El factor 2 contiene las preguntas de los comportamientos del personal que se dan específicamente en el parto, este incluyó las preguntas 7, 10, 11, 19 y 20 explicando el 24% de la varianza. El factor 3 se refiere a los procedimientos rutinarios generalizados que se realizan a las maternas, este contiene los ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6, explicando el 14% de la varianza.

Análisis factorial confirmatorio

Para este componente de la validación se evaluaron tres modelos (Tabla 2): el modelo 1, el cual es el modelo teórico original (Figura 1); el modelo 2 (Figura 2) que corresponde al modelo empírico con rotación ortogonal, y el modelo 3 que corresponde al modelo empírico con rotación oblicua (Figura 3). Se encontraron adecuados valores en los indicadores de bondad de ajuste del modelo

Tabla 2. Coeficientes de ajuste de los modelos factoriales probados

Coeficiente	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
chisq	248.78	899.453	150.652
df	167.000	170.000	167.000
rmsea	0.044	0.131	0.000
srmr	0.107	0.201	0.085
cfi	0.967	0.705	1.000
tli	0.962	0.670	1.008
nfi	0.906	0.662	0.943
nnfi	0.962	0.670	1.008
pnfi	0.797	0.592	0.829
ifi	0.967	0.707	1.007
rfi	0.894	0.622	0.936
agfi	0.908	0.675	0.945
pgfi	0.737	0.596	0.760

*Modelo 1: Modelo teórico original

*Modelo 2: Modelo empírico con rotación ortogonal

*Modelo 3: Modelo empírico con rotación oblicua

Fuente: elaborado por los autores.

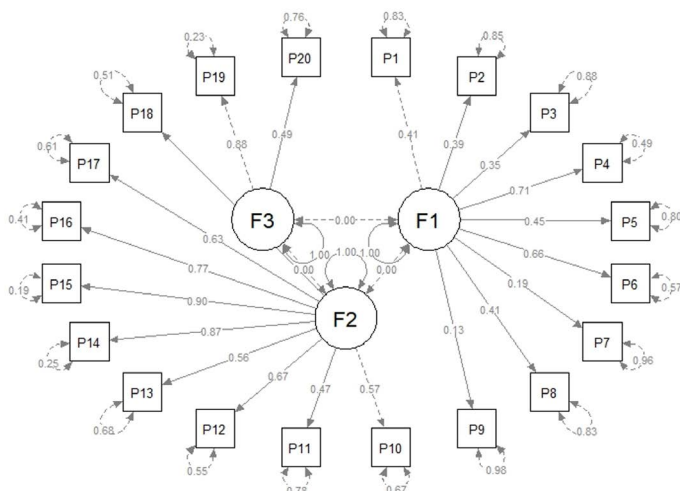


Figura 1. Modelo N°1 de estructura original propuesta teóricamente.

Fuente: elaborado por los autores, Software R.

1 y 3: RMSEA < 0.08; SRMR < 0.05; CFI, IFI, e índice de Tucker-Lewis (TLI) > 0.9, siendo el de mejor ajuste el modelo 3, pues teóricamente se relacionan los contenidos del ítem y la dimensión que miden. Además, desde el punto de vista estadístico los índices RMSEA y SRMR fueron los más bajos en el modelo 3 y los CFI IFI fueron los más altos.

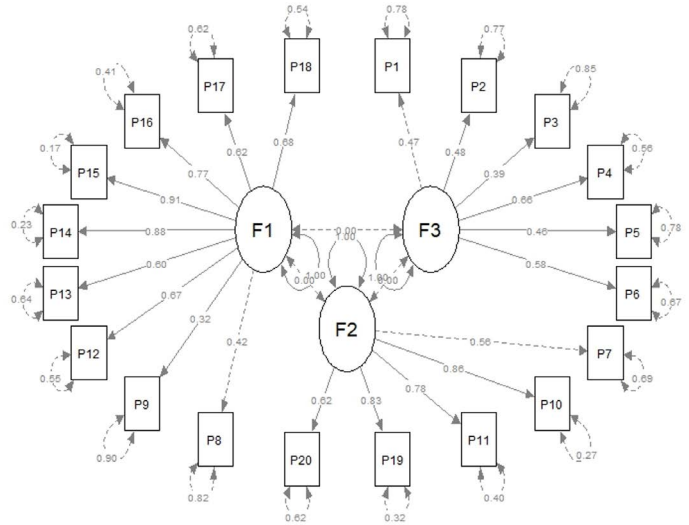


Figura 2. Modelo de estructura N.º 2 de estructura con rotación ortogonal.

Fuente: elaborado por los autores, Software R.

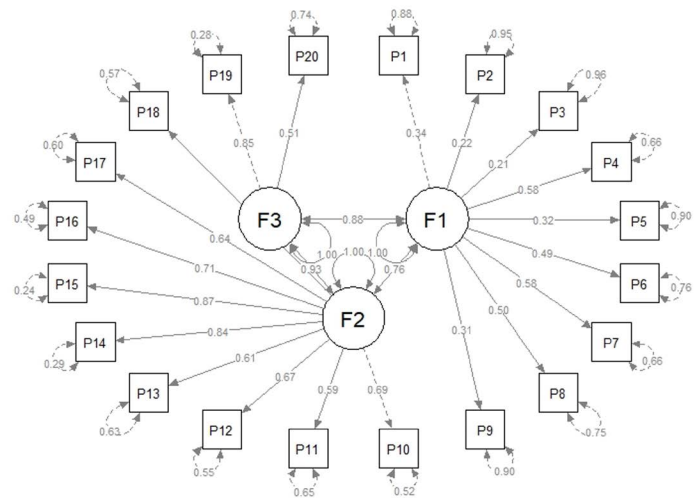


Figura 3. Modelo de estructura N.º 3 de estructura con rotación ortogonal.

Fuente: elaborado por los autores, Software R.

Consistencia interna

La evaluación de consistencia interna de la escala permitió encontrar coeficientes entre 0.79 y 0.87 para la escala completa (Tabla 3). Si se retiran ítems de la escala estos valores no cambian significativamente.

Tabla 3. Coeficientes de la escala completa y por factores

Partes de la escala	Varianza explicada	Kuder Richardson	Omega	Alpha ordinal
Factor 1	37%	0.75	0.78	0.86
Factor 2	24%	0.69	0.71	0.84
Factor 3	14%	0.51	0.53	0.66
Toda la escala	76%	0.79	0.82	0.87

Fuente: elaborado por los autores.

Teoría de respuesta al ítem

El modelo de Rasch analizado cumplió los supuestos de unidimensionalidad e independencia local.

Estadísticos de ajuste de los ítems

De acuerdo con los estadísticos INFIT y OUTFIT bruto y estandarizado todos los ítems tienen un buen ajuste al proceso de medición (Tabla 4).

Tabla 4. Estadísticos de ajuste de los ítems

Item	Outfit MSQ	Infit MSQ	Outfit t	Infit t
P1	1.136	1.161	1.602	2.626
P2	1.408	1.239	4.011	3.629
P3	1.398	1.238	3.460	3.394
P4	0.897	0.964	-0.676	-0.423
P5	1.180	1.167	1.752	2.492
P6	1.014	1.063	0.172	0.964
P7	1.045	1.033	0.568	0.587
P8	1.070	1.025	0.579	0.368
P9	1.233	1.179	1.818	2.384
P10	0.867	0.892	-1.152	-1.570
P11	1.147	0.920	0.782	-0.789
P12	0.886	0.902	-1.154	-1.546
P13	0.888	0.922	-1.200	-1.292
P14	0.742	0.816	-3.088	-3.166
P15	0.735	0.791	-3.481	-3.799
P16	0.804	0.881	-1.310	-1.462
P17	0.913	0.911	-0.660	-1.227
P18	0.752	0.899	-1.624	-1.187
P19	0.688	0.762	-3.318	-3.927
P20	0.761	0.944	-0.923	-0.398

Fuente: elaborado por los autores.

Función de información de los ítems

Se puede observar que los ítems presentan un amplio rango de cubrimiento que va desde -6 logits a 6 logits, con la pregunta 8 siendo la de menor dificultad y la pregunta 20 la de mayor dificultad. En este rango, la función de información del test es del 99.21%. (Figura 4, 5)

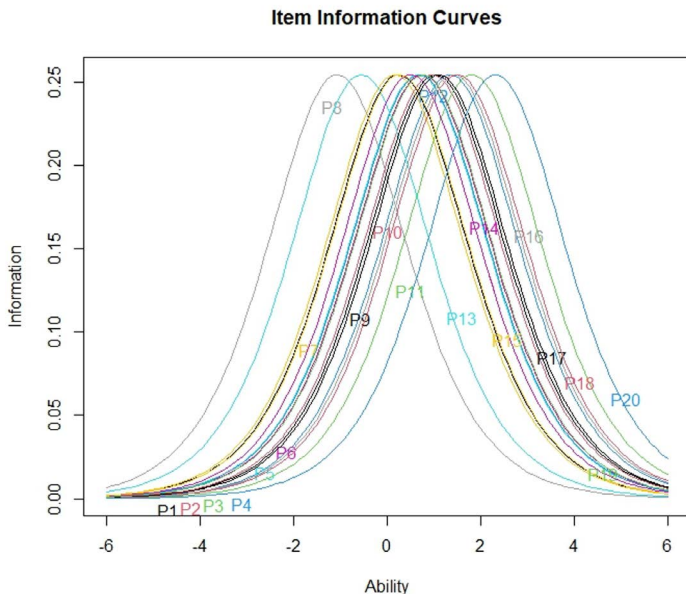


Figura 4. Función de información de los ítems.
Fuente: elaborado por los autores, Software R.

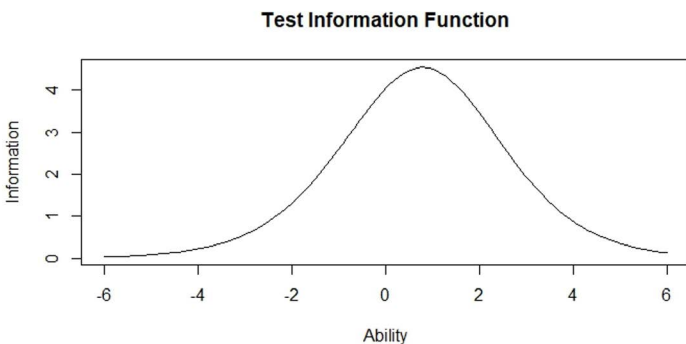


Figure 5. Función de información del test.
Fuente: elaborado por los autores, Software R.

Las personas y los ítems tienen un amplio rango de cubrimiento de -3 logits a 2 logits (Figura 6). Existen preguntas faltantes en los niveles más fáciles de la escala al existir un vacío en este espacio, es decir, para las personas que se encuentran en -2 logits para abajo se observaron preguntas que los midan. Y la mayoría de las participantes se ubicaron en los rangos medios de niveles del constructo.

La confiabilidad tiene valores de 0.75 para personas y para ítems de 0.96. Los índices de separación muestran valores moderados para personas, pero valores adecuados para los ítems. Un índice de separación y confiabilidad para

personas bajo y un índice de separación y confiabilidad para ítems altos sugieren que la muestra tuvo un rango estrecho para jerarquizar los ítems.

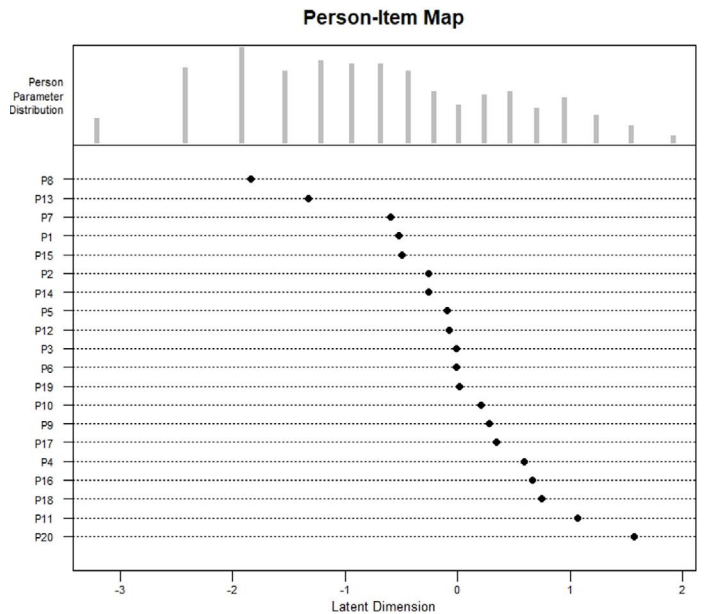


Figure 6. People-items map.
Source: prepared by authors, Software R.

Discusión

Aunque la VO es un fenómeno ya reconocido en varios países de Latinoamérica, en muy pocos se ha realizado la validación de una escala para medirlo. El propósito de este estudio fue el de validar una escala de VO (HUMANITY) en el contexto colombiano. En la validación de HUMANITY se obtuvieron resultados favorables, por lo que se constató la consistencia interna del instrumento, medida en un nivel general y para cada una de las subescalas, al explicar con los ítems planteados el 99% del constructo, con valores satisfactorios en los tres coeficientes utilizados Kuder Richardson (0.79), Omega de McDonald (0.82) y Alpha ordinal (0.87) para toda la escala (20 ítems) y también para los tres factores que la componen. Una de las principales fortalezas de HUMANITY son el rigor metodológico en el proceso y el uso de las dos teorías (clásica del test y de respuesta al ítem) para el desarrollo y validación de instrumentos.

En la literatura se encuentran otras escalas latinoamericanas que abordan el constructo con teoría clásica del test. La primera registrada se desarrolló en un grupo de 367 mujeres chilenas, con una media de edad de 45 años. Los ítems de esa escala fueron construidos a partir de un test creado por un grupo activista para que las mujeres pudieran reconocer la violencia obstétrica, a diferencia de HUMANITY que basa sus constructos en investigación cualitativa realizada directamente en la población. Esta escala chilena cuenta

con 14 ítems tipo Likert con una aplicación de 15 a 20 minutos que reportan un Alpha de Cronbach de 0.83 y un Omega de 0.88, los cuales miden además de los aspectos de HUMANITY, la cesárea y el legrado, aspectos que no son comparables con el parto vaginal aun estando dentro del mismo constructo, pues la población está expuesta a situaciones proporcionalmente excluyentes (16).

Otra de las escalas encontradas es EPREVO, realizada en una muestra de 405 mujeres ecuatorianas con una media de edad de 26 años, la cual mide el constructo de VO con tres factores en su estructura y 30 preguntas con respuesta dicotómica, lo que la hace similar a HUMANITY. En este estudio reportan el coeficiente Kuder Richardson, el cual para toda la escala tuvo un valor de 0.80 y para sus tres factores 0.71, 0.84 y 0.33 respectivamente (17). Al igual que la escala chilena, miden cesárea y parto vaginal en una misma escala; adicionalmente, miden la aplicación de enemas y rasurado genital, aspectos poco comunes en Colombia.

Implicaciones clínicas y para la investigación

Las implicaciones clínicas del uso de esta escala radican en la posibilidad de identificar el constructo en las usuarias y consecuentemente generar planes de mejora tanto con el personal de salud como con las pacientes y sus familias. Para la investigación, la escala aportará frecuencias absolutas con el fin de identificar las manifestaciones de VO más habituales en el lugar de estudio y de esta manera direccionar adecuadamente las intervenciones en la población afectada.

La escala puede ser utilizada tanto en maternas institucionalizadas como no institucionalizadas en cualquier

momento de su vida, con la única condición de haber tenido por lo menos una experiencia obstétrica con parto vaginal.

Limitaciones

Según el resultado de este estudio de validación, la escala HUMANITY es una medida de un constructo de tres factores de violencia obstétrica en Colombia. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la VO no está reconocida constitucionalmente y está naturalizada en las instituciones de salud; por ende, no fue posible recolectar la muestra de manera aleatoria dentro de una institución prestadora de servicios de salud, por lo que se recolectó la información de manera no probabilística fuera de las instituciones en diferentes momentos después del parto. Sin embargo, se consideró que este aspecto no introduce un sesgo, pues estudios acerca del estrés postraumático que genera el parto (35,36) muestran que la percepción de los aspectos positivos y negativos que ocurren durante el parto no se olvidan durante años. Además, al no estar en una posición de subordinación, se garantizó que las mujeres participantes respondieron con veracidad. Otra de las limitaciones que se deben a la dificultad en el acceso a la muestra fue utilizar la misma muestra para hacer el AFE y AFC.

Se concluye que la escala HUMANITY (Tabla 5) es un instrumento válido y confiable para medir la VO en Colombia. El tiempo promedio de aplicación de la escala fue de 19 minutos, esta tiene la capacidad de ser el insumo para calcular frecuencias absolutas de cada uno de los aspectos que componen el constructo de la VO, o bien por cada uno de los factores que componen la escala.

Tabla 5. Escala HUMANITY para la medición de la V.O en Colombia

N.º	Ítems	Sí	No
Factor 1: Conductas del personal en el proceso del parto (preparto, parto y posparto)			
1	¿Durante su estancia en la sala de trabajo de parto o parto, le permitieron la deambulaci3n o adoptar otras posiciones diferentes a estar recostada en la camilla?	0	1
2	Una vez nació el bebé (si este no tuvo ninguna complicaci3n, APGAR 8/10 o condici3n que justifique alejarlo), ¿le permitieron permanecer con él todo el tiempo?	0	1
3	¿El personal de salud le brindó acompa±amiento y apoyo cuando lo necesit3?	0	1
4	¿Se le permiti3 estar acompa±ada por alg3n familiar?	0	1
5	¿El personal de salud le brindó alimentaci3n cuando lo necesit3 y no tenía ninguna contraindicaci3n para hacerlo?	0	1
6	¿El personal de salud le brindó hidrataci3n cuando lo necesit3?	0	1
7	¿El personal de salud le brindó abrigo/cobijo para mantener estable su temperatura cuando lo necesit3?	0	1
8	¿El personal de salud le dio instrucciones claras en cuanto a la forma de respirar, pujar o amamantar, entre otras, que le facilitar3n el proceso de parto?	0	1

9	¿El personal de salud y administrativo le brindaron a usted y su familia información pertinente sobre el estado de salud suya y de su bebé?	0	1
---	---	---	---

Factor 2: Conductas del personal en el trabajo del parto

10	¿Durante el proceso de dilatación, le realizaron tactos vaginales bruscos o reiterados o realizados por distintas personas? Si le sucedió, responda sí.	1	0
11	¿El personal de salud le hizo comentarios desagradables respecto a su comportamiento (llorar, gritar) durante el parto?	1	0
12	¿El personal de salud tuvo conductas inadecuadas durante su proceso de parto como tomar fotos, videos, comentarios de burla entre compañeros, entre otros?	1	0
13	¿Se sintió vulnerada como mujer y paciente por el personal de salud durante la atención del parto?	1	0
14	¿Tiene sentimientos de culpa por su comportamiento (llorar, gritar, solicitar ayuda) durante el trabajo de parto?	1	0

Factor 3: Procedimientos rutinarios

15	¿Le administraron algún medicamento para el dolor cuando lo solicitó en el trabajo de parto y/o puerperio?	0	1
16	¿Si le administraron algún medicamento para acelerar el parto (Oxitocina) (Misoprostol), le explicaron los motivos previamente?	0	1
17	¿La persuadieron en reiteradas ocasiones (más de dos veces) para elegir algún método anticonceptivo, aunque usted no estuviera de acuerdo?	1	0
18	¿En algún momento del proceso del parto utilizaron algún instrumento para romper las membranas sin su consentimiento o previa explicación?	1	0
19	¿En algún momento durante el trabajo de parto realizaron maniobra de compresión realizada en la parte superior del abdomen con fuerza hacia abajo (Kristeller) para acelerar la expulsión?	1	0
20	¿Durante el parto le realizaron algún tipo de corte en el canal del parto (episiotomía) para facilitar la expulsión sin haber explicado los motivos previamente?	1	0

Fuente: elaborado por los autores.

Las preguntas tienen opciones de respuestas dicotómicas (Sí/No) y cada una de las respuestas tiene un valor específico dependiendo de si la respuesta es Sí o No, de la siguiente manera:

- Preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15 y 16: la respuesta “Sí” equivale a 0 puntos, la respuesta “No” equivale a 1 punto.
- Preguntas 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19 y 20: la respuesta “Sí” equivale a 1 punto, la respuesta “No” equivale a 0 puntos.

Esto con el fin de facilitar el cálculo de las frecuencias. Todos los que marquen el número 1 indicarán la presencia de ese signo de violencia.

Conclusión

Al estructurar los ítems por el método investigativo cualitativo, al ser evaluados mediante opinión de expertos y tener en cuenta las sugerencias de las maternas, se evidencia que efectivamente los ítems miden el

constructo que se pretende medir. Psicométricamente, HUMANITY es una escala válida y confiable para medir cuantitativamente las manifestaciones de VO en el contexto colombiano.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación

Para la realización de este estudio no existió ningún tipo de financiación externa a los autores.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales: Este estudio se consideró de riesgo mínimo puesto que no se realizó ninguna intervención invasiva que generara un riesgo adicional para las pacientes (33). Fue aprobado por el Comité de Ética Institucional.

Confidencialidad de los datos: la información de las participantes fue utilizada únicamente para este estudio y no se recolectó información sensible acerca de ellas.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: se obtuvo el consentimiento informado de las participantes luego de responder las preguntas que surgieron durante el inicio de la entrevista.

Referencias

- Román-Montes S. Mesa de Reflexión: El derecho a la Salud y la prevención de la violencia obstétrica. Presentado en la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla. 28 de junio 2022. CNDH [Internet]. 2022. 24 p. Available from: https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Promocion/Relatorias/Relatoria_Violencia_Obstetrica.pdf
- Colombia, Congreso de la República. Proyecto de ley 147 de 2017, Medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. Available from: <https://consultorsalud.com/violencia-obstetrica-proyecto-de-ley/>
- Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, et al. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. *Reprod Health* [Internet]. 2017;14(1):127. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0389-z>
- Madrid-Medina C, De León-Pérez MÁ, Delgado-Mandujano MJ, Cancino-de la Cruz LG, Rangel-Jiménez J, Soto-Rosales BE, et al. Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica* [Internet]. 2019;14(42):27-36. doi: <https://doi.org/10.33064/42lm20192245>
- Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (part I): Women's perception and interterritorial differences. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(21). doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva - Resumen de orientación [Internet]. Ginebra: OMS; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>
- Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2014. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
- Pramono A, Dahlen H, Desborough J, Smith JP. Separating mothers with COVID-19 from their newborns does more harm than good [Internet]. Indonesia; The Conversation: 2020. Available from: <http://theconversation.com/separating-mothers-with-covid-19-from-their-newborns-does-more-harm-than-good-141291>
- Aguilar-Bernal LA, Becerra-Pabón A, Ardila-Roa A. Embarazo parto y puerperio: la madre en subordinación. *Benessere - Revista de Enfermería* [Internet]. 2023;8(1):1-12. doi: <https://doi.org/10.22370/bre.81.2023.3391>.
- Butler JP. Mecanismos psíquicos del poder: Teorías sobre la sujeción. Primera Ed. [Internet]. Valencia: Ediciones Cátedra S.A. España; 2001. 218 p. Available from: <https://mariangelesalvarez.com/wp-content/uploads/2012/11/mecanismospsiquicosdelpoderbutlerjudith.pdf>.
- Bourdieu P. El sentido práctico. Primera Ed. [Internet]. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina; 2007. 456 p. Available from: <https://revistamalatesta.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/12/48373666-bourdieu-pierre-el-sentido-practico.pdf>
- Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión por Michel Foucault. Primera Ed. [Internet]. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina; 2022. 314 p. Available from: <https://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>
- Viana-de Almeida J, Mendes-de Oliveira E, da Silva-Madeiros A, Machado-Lima Carvalho MS. Perception of Puerperal Women in a Maternal and Children's Hospital about Obstetric Violence in the State of Roraima. *Rev Pesqui* [Internet]. 2022;14(1):1-6. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11680>
- Aparici-Navarro MA. La violencia obstétrica, una práctica normalizada. *Matronas Profesión* [Internet]. 2021;22(2):73. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8195530>
- Aparecida-Baggio M, Girardi C, Regina-Schapko T, Hoffmann-Cheffer M. Planned Home Birth Assisted by a Midwife Nurse: Meanings, Experiences and Motivation for This Choice. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2022;21:1-9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/362646446_PLANNED_HOME_BIRTH_ASSISTED_BY_A_MIDWIFE_NURSE_MEANINGS_EXPERIENCES_AND_MOTIVATION_FOR_THIS_CHOICE#fullTextFileContent
- Cárdenas-Castro M, Salinero-Rates S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdiscip Rev Psicol Cienc Afines* [Internet]. 2021;38(2):209-23. doi: <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>
- Fors M, Falcon K, Brandão T, Vaca A, Cañadas S, Viada-González CE. Confiabilidad y Dimensionalidad de EPREVO (“Experiencias de Parto Relacionadas a Violencia Obstétrica”): Desarrollo de un Nuevo Instrumento, Ecuador. *Int J Womens Health* [Internet]. 2021;13:569-77. doi: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S305741>
- Maldonado-Suárez N, Santoyo-Telles F. Validez de contenido por juicio de expertos: Integración cuantitativa y cualitativa en la construcción de instrumentos de medición. *Rev Innov Recer Educ* [Internet]. 2024;17(2). doi: <https://doi.org/10.1344/reire.46238>

19. Umamanita y El Parto es Nuestro. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. [Internet] Ascalema; 2009. Available from: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/El-parto-es-Nuestro-y-Umamanita.-Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-a-la-muerte-perinatal-y-neonatal..pdf>
20. Cappelleri JC, Jundy JJ, Hays RD. Overview of Classical Test Theory and Item Response Theory for Quantitative Assessment of Items in Developing Patient-Reported Outcome Measures. Clin Ther [Internet]. 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.04.006>
21. Prinsen CAC, Mokkink LB, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, de Vet HCW, et al. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. Qual Life Res [Internet]. 2018;27(5):1147-1157. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>
22. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 17. College Station. [Internet]. TX: StataCorp LLC; 2021. Available from: <https://www.stata.com/company/>
23. Rosseel Y. Javan: An R Package for Structural Equation Modeling. J Stat Softw [Internet]. 2012;48(2):1-36. doi: <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
24. Mair P, Hatzinger R. Extended Rasch modeling: The eRm package for the application of IRT models in R. J Stat Softw [Internet]. 2007;20. doi: <https://doi.org/10.18637/jss.v020.i09>
25. Rizopoulos D. Irm: An R package for Latent Variable Modeling and Item Response Analysis. J Stat Softw [Internet]. 2006;17(5):1-25. doi: <https://doi.org/10.18637/jss.v017.i05>
26. Linacre JM. A User's Guide to WINSTEPS® MINISTEP, Rasch-Model Computer Programs [Internet]. EEUU: Winsteps; 2024. Available from: <https://www.winsteps.com/a/Winsteps-Manual.pdf>
27. Wickham H. Reshaping Data with the reshape Package. J Stat Softw [Internet]. 2007;21(12):1-20. doi: <https://doi.org/10.18637/jss.v021.i12>
28. Revelle W. Psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research: Package 'psych' [Internet]. Northwestern University: Evanston, Illinois; 2023. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
29. Jorgensen TD, Pornprasertmanit S, Schoemann AM, Rosseel Y, Miller P, Quick C, et al. SemTools: Useful tools for structural equation modeling [Internet]. 2022. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>
30. Kelley K. MBESS: El paquete R de MBESS [Internet]. 2019. Available from: <https://cran.r-project.org/web/packages/MBESS/index.html>
31. Ventura-León JL, Caycho-Rodríguez T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv [Internet]. 2017;15(1):625-7. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77349627039>
32. Viladrich C, Angulo-Brunet A, Doval E. Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. An Psicol [Internet]. 2017;21;33(3):755. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
33. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993, normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
34. INFORME BELMONT: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. Rev Méd Hered [Internet]. 1979;4(3). Available from: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
35. Fernández-Clemente I, Olza-Fernández I. Revisión sistemática del tratamiento del trastorno de estrés postraumático postparto. Psicossom y Psiquiatr [Internet]. 2018;(5):29-39. doi: <https://doi.org/10.34810/PsicossomPsiquiatrum0505>
36. Olza-Fernández I. El síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica. Información para profesionales de la atención al parto [Internet]. Madrid: Gob. es; 2010. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estresPostraumatico.pdf>



REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Vol. 27(2):177-186, August - November 2024
i-ISSN 0123-7047 e-ISSN 2382-4603



Original Article

Experiencing family care for premature newborns during the COVID-19 pandemic

Experiencia del cuidado familiar de recién nacidos prematuros durante la pandemia de COVID-19

Experiência de cuidados familiares a recém-nascidos pré-termo durante a pandemia de COVID-19

Giordanna Nayara Chagas-e Silva  

giordanna@ufpr.br 

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

Victoria Beatriz Trevisan Nobrega Martins-Ruthes  

victoria.martins@ufpr.br

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

Gisele Weissheimer-Kaufmann  

gisele.weissheimer@hc.ufpr.br

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

Mayra Eduarda Borges-Moreno  

mayra.eduardaa@ufpr.br

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

Paula Andrea Pino-Rivera   

paula.pino@correounivalle.edu.co

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. Universidad del Valle. Cali, Valle del Cauca, Colombia.

Verônica de Azevedo-Mazza  

mazzas@ufpr.br

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

Ana Carolina Bueno-Guisso  

carolbuenoguisso@hotmail.com

Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

ARTICLE INFORMATION:

Article received: November 16, 2023

Article accepted: November 30, 2024

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.4830>



How to reference. Chagas-e Silva GN, Pino-Rivera PA, Martins-Ruthes VBTN, Azevedo-Mazza V, Weissheimer-Kaufmann G, Bueno-Guisso AC, et al. Experiencing family care for premature newborns during the COVID-19 pandemic. MedUNAB [Internet]. 2024;27(2):177-186. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4830>

Author Contributions

GNCS.

conceptualization, methodology, validation, formal analysis, research, data collection, original article writing, revision and editing. **PAPR.** *conceptualization, methodology, validation, formal analysis, research, data curation, revision and editing.* **VBTNMR.** *conceptualization, methodology, validation, formal analysis, research, data curation, revision and editing.* **VAM.** *conceptualization, methodology, validation, formal analysis, research, data curation, project supervision and administration, revision and editing.* **GWK.** *conceptualization, methodology, validation, formal analysis, research, revision and editing.* **ACBG.** *proofreading and editing.* **MEBM.** *proofreading and editing.*

ABSTRACT

Introduction. According to the United Nations, around 15 million premature babies are born worldwide every year. Our work aims to describe the experience of families in caring for premature newborns during the COVID-19 pandemic. **Methodology.** Our study is a qualitative, multiple-case study, conducted between September 2021 and March 2022, with family members of premature newborns who underwent outpatient childcare at a university hospital in southern Brazil that implemented the Kangaroo Method. We collected data through online interviews with a semi-structured instrument and thematic categorical analysis of the data. **Results.** The data analysis resulted in five categories: feelings and experiences; experience in the health service; repercussions of family income and work; family dynamics; and support network with a premature baby. **Discussion.** The experience of prematurity poses a challenge to family functioning and demands a care-centered approach from health professionals. **Conclusion.** Strengthening the family bond and promoting full child development emerge as elements that need to be reviewed and guaranteed, with strategies that seek to mitigate inherent risks and cultivate an environment conducive to the development of each child and their family.

Keywords:

Infant, Premature; COVID-19; Parenting; Child Health; Child Care

RESUMEN

Introducción. De acuerdo a las Naciones Unidas, alrededor de 15 millones de niños prematuros nacen en el mundo cada año. El presente trabajo pretende describir la experiencia de las familias en el cuidado de recién nacidos prematuros durante la pandemia de COVID-19. **Metodología.** Nuestro estudio es un estudio cualitativo de casos múltiples, realizado entre septiembre de 2021 y marzo de 2022, con familiares de recién nacidos prematuros atendidos ambulatoriamente en un hospital universitario del sur de Brasil que implementó el Método Canguro. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con un instrumento semiestructurado y análisis categórico temático de los datos. **Resultados.** El análisis de los datos resultó en cinco categorías: sentimientos y vivencias; experiencia en el servicio sanitario; repercusiones de los ingresos familiares y el trabajo; dinámica familiar; y red de apoyo con un bebé prematuro. **Discusión.** La experiencia de la prematuridad plantea un reto para el funcionamiento familiar y exige un enfoque centrado en los cuidados por parte de los profesionales sanitarios. **Conclusiones.** El fortalecimiento del vínculo familiar y la promoción del pleno desarrollo del niño surgen como elementos que necesitan ser revisados y garantizados, con estrategias que busquen mitigar riesgos inherentes y cultivar un ambiente propicio para el desarrollo de cada niño y su familia.

Palabras clave:

Recien Nacido Prematuro; COVID-19; Responsabilidad Parental; Salud Infantil; Cuidado del Niño

RESUMO

Introdução. De acordo com as Nações Unidas, nascem anualmente cerca de 15 milhões de bebês prematuros em todo o mundo. Este artigo tem como objetivo descrever a experiência das famílias no cuidado de bebês prematuros durante a pandemia da COVID-19. **Metodologia.** Trata-se de um estudo qualitativo de casos múltiplos, realizado entre setembro de 2021 e março de 2022, com familiares de recém-nascidos pré-termo atendidos ambulatorialmente em um hospital universitário do sul do Brasil que implementou o Método Canguru. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com instrumento semiestructurado e análise categorial temática dos dados. **Resultados.** A análise dos dados resultou em cinco categorias: sentimentos e

vivências; experiência no serviço de saúde; impacto da renda familiar e do trabalho; dinâmica familiar; e rede de apoio com o bebê pré-termo. **Discussão.** A experiência da prematuridade constitui um desafio ao funcionamento familiar e requer uma abordagem centrada nos cuidados por parte dos profissionais de saúde. **Conclusões.** O fortalecimento do vínculo familiar e a promoção do desenvolvimento integral da criança surgem como elementos que devem ser revistos e assegurados, com estratégias que procurem mitigar os riscos inerentes e cultivar um ambiente propício ao desenvolvimento de cada criança e da sua família.

Palavras-chave:

Recém-Nascido Prematuro; COVID-19; Poder Familiar; Saúde da Criança; Cuidado da Criança

Introduction

Premature birth is the leading cause of death in children under five years old (1). Premature newborns (PTNBs) are babies born before 37 weeks of gestation. Extremely premature infants are those born before 28 weeks, very premature infants between 28 and 31 weeks, and moderate or late premature infants between 32 and 36 weeks of gestation (2).

According to the United Nations, around 15 million premature babies are born worldwide every year (1). In Brazil, between 2012 and 2019, 23,059,611 live births were registered in the Live Birth Information System, of which 20,574 (0.09%) were extremely premature infants, 122,132 (0.53%) severely premature infants, and 2,188,723 (9.49%) moderate or late premature infants (3). According to data released by the National Alliance for Safe and Respectful Childbirth, in 2019, 300,000 premature births were registered in Brazil, leaving the country in 10th place in the world ranking of prematurity (4).

Although technological advances contribute to higher survival rates, these newborns (NB) have a high chance of developing long-term comorbidities. These comorbidities can have an impact on the family unit, in addition to high health costs for the country (5,6). Prematurity becomes a risk factor for neuropsychomotor, linguistic, cognitive, social and self-care development (7).

The development of a NB also involves its relationship with the context and environment in which they are inserted (8). The home environment is the main determining context in their development (9).

Parenting is an intrinsic factor in child development. It is defined as the set of activities that ensure a child's survival and development in a safe environment, in order to make them progressively more autonomous. Its determinants are the characteristics of the child, the parents, and the context in which they live (10).

Child development is stimulated when access to essential health care centered on the family's needs is provided (6). Specialized monitoring, especially in the first few years of life, is essential in order to check for risk factors that could have an impact on the child's development (5). Childcare consultation plays the role of monitoring the child's development to reduce the occurrence of complications and provide opportunities to achieve full growth and neurodevelopment (11).

The COVID-19 pandemic has brought changes to both the home environment and the health services that care for PTNBs. Health professionals and families then had to

adapt to ensure that the child's care was not compromised (12).

The greatest difficulties faced during this period were learning and adapting to the pandemic scenario and the feeling of fear arising from exposure to the virus, as well as social isolation, responsible for intensifying the biological and social vulnerabilities present in the PTNB's family nucleus, which can interfere with their development (13).

Therefore, it is understood that finding a balance between stress and positive factors can help families recognize their potential for better functioning. This process is defined in the literature as the process of family resilience (14). In other words, all families have the potential for resilience if they have, or can identify, protective factors to help them cope and adapt, reinforcing the systemic aspects of families and positive growth (14).

Based on this, our aim was to describe how families experience caring for PTNBs during the COVID-19 pandemic.

Methodology

We conducted a qualitative multiple case study, based on YIN's methodological framework. The proposed case study is presented as a methodological outline that seeks to understand the nature of a social phenomenon in its real-world context (15).

Our study was conducted between September 2021 and March 2022, with family members of premature infants who were undergoing childcare monitoring at a university hospital in southern Brazil that has implemented the Kangaroo Method Policy as a care strategy for PTNBs and Low Birth Weight Newborns (LBWN) (<2,500 grams).

The Kangaroo Method is a Brazilian Health Ministry policy defined as: a model of humanized care, with qualified professionals, which includes biopsychosocial intervention strategies that seek the well-being of the newborn, promoting the active participation of parents and family in early neonatal care. It is divided into three stages: 1) it begins in prenatal care for pregnant women who required specialized care during labor/birth, followed by the newborn's admission to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) or the Conventional Neonatal Intermediate Care Unit; 2) all the care processes started in the first stage continue in the Kangaroo Neonatal Intermediate Care Unit (KNICU). The NB remains continuously with its mother; 3) includes clinical follow-up and support for families by the hospital team and primary care until the NB reaches a weight of 2,500 g. From then on, the PTNB or LBWN is

discharged from the Kangaroo Method and then monitored by primary care or specialized outpatient clinics (16).

The inclusion criteria were: being a family member of a PTNB who weighed 2,500 grams and was monitored in the childcare clinic at this hospital, and whose PTNB was discharged from the NICU at least one month before data collection; and families with at least one electronic device with internet access to participate in the online research. The exclusion criteria were PTNBs with a diagnosis of severe respiratory, orthopedic, or neurological disease at the time of hospital discharge; PTNBs with atypical neuropsychomotor development or home use of medical devices; and family members under the age of 18 at the time of the interview or who had communication difficulties due to foreign language or biological issues.

The strategy for recruiting participants was to invite family members of PTNBs to the childcare clinic with information about the study and scheduling of an online interview.

We used the snowball sampling technique, in which participants could suggest that other family members take part in the study (17). The research was mediated by sample saturation, which consisted of suspending the inclusion of new participants when the data obtained showed repetition (18).

Family members who voluntarily agreed to take part in the research and met the inclusion criteria completed the online Informed Consent Form and were considered research participants. We conducted an audio-recorded interview, lasting approximately one hour, using the online applications WhatsApp® and Google Meet®. The interview was guided by a semi-structured instrument with questions related to our objective.

The interviews were transcribed in Microsoft Word® and returned to the participants for revision and correction if deemed necessary. The interviews were analyzed after the participants' modifications. Family members were identified numerically and subsequently in order to maintain the anonymity and confidentiality of the data.

Data analysis consisted of examining, categorizing, and tabulating the data (15). Each family was considered a case, so the unit of analysis was the family. We chose to use the strategy "treating your data from scratch", in which theoretical propositions are not considered, allowing the researcher to explore the data based on the identified insights and "developing the case description" (15), which facilitates the understanding of the evidence from each family through thematic categories (15). We used Web Qualitative Data Analysis - WebQDA® software to organize the data (19).

The initial coding carried out in the software resulted in 254 references, which were marked with 31 initial codes. These codes were then grouped and reorganized into a hierarchical structure and five thematic categories.

During the preparation and execution of the study, we followed the recommendations of the CheckList - Consolidated criteria for reporting qualitative research - COREQ19. This research was approved by the Research Ethics Committee under opinion No. 4,691,210/2021 and CAAE No. 45468121,8,0000,0096, on May 4, 2021.

Results

Ten PTNBs mothers took part in the study, aged between 21 and 36. Three (30%) had up to 8 years of schooling, five (50%) had up to 11 years of schooling, and two (20%) had more than 11 years of schooling. As for marital status, six (60%) were in a stable union, three (30%) were single, and one (10%) was married. Regarding family income, according to the national minimum wage for the year 2021 (R\$1,100.00), one (10%) received less than one minimum wage, nine (90%) received between two and four times the minimum wage, and four (40%) were unemployed.

As for the newborns, one (9%) was very premature and ten (91%) were late premature. One of the families had a twin pregnancy. All the PTNBs had low birth weights.

From the interpretation of the data, five thematic categories emerged: feelings and experiences; experience in the health service; repercussions of income and work; family dynamics and prematurity; and support network.

Category 1: Feelings and experiences

This category describes the experiences and feelings of family members faced with challenges due to the pandemic period. The negative experience of separating the mother-child binomial during hospitalization, due to the mother having COVID-19, was evidenced in the statements, as seen below:

When she was born, she went straight to the NICU, and I went to the hospital room because I still had COVID, and after 4 or 5 days I was able to see her. (Family 1)

The first time I was able to hold her, she was five days old, so I didn't even have that first touch. (Family 6)

Family 3 feels remorse about not being able to breastfeed due to their child's premature birth:

At the hospital, I had a lot of milk, and I said I wanted to breastfeed, and the doctors said she [the baby] wasn't

breastfeeding yet and was in isolation. With everything that happened, my milk dried up when we got home and I couldn't breastfeed [...], but I feel regret, there's a bond that can be formed through breastfeeding. (Family 3)

The pandemic awakened a sense of fear in families, as evidenced in the following statement:

Life had a new meaning, brought by the overcoming of challenges experienced during this pandemic period, as evidenced by family 2:

I learned from everything that happened. It was a life lesson. It was an experience that I, my husband, and our family needed to go through to grow as people [...]. We now know how to value life, to see it through different eyes (Family 2)

Category 2: Experience in health services

In this category, the families addressed their experiences regarding access to, organization, and satisfaction with the health services responsible for their PTNBs' consultations during the pandemic.

In family 4's statements, there was a negative perception about the organization of the primary health care that monitored the newborn. At the time, patients with respiratory symptoms were not kept separated from other patients, which led to the interruption of the child's follow-up at the health unit.

I said I'm not going to keep bringing them in because everyone is kept in the same place. They haven't even separated the COVID-19 testing ward from the others. Everyone is kept together. So I didn't go to the UBS anymore. (Family 4)

The following statement show the monitoring of the PTNB focusing on the different specialties of childcare and expressing access to these services, even with the adverse scenario of the moment:

In addition to the hospital, she goes to the pediatric department, the infectious disease unit, and has appointments with a neurologist and a cardiologist. She's already been discharged from the ophthalmologist. The only thing missing is the ENT specialist, who hasn't been called yet. (Family 6)

The following indicate that there was a priority in care within the health services due to the fact that the baby was premature:

It was good, it's difficult to book an appointment in these services. Many people say that they tried to get a

consultation, and it wasn't possible, but I did, because he was premature. (Family 7).

In general, the families were satisfied with the care and speed of the health services:

We didn't have any trouble accessing health services. I was actually surprised by the doctors, in six months she's seen them all [...] she went through all the appointments very quickly. (Family 6)

Category 3: Impact of income and work

This category addresses the impact of the pandemic on the family's work and income, and how this has influenced the care of premature babies, as shown below:

It impacted mostly our work, because we deal with people, and we found ourselves unable to work for a month. The money we had had already been spent; there was no money coming in [...]. (Family 8)

Family 6 reports that income has had a direct impact on childcare:

Of course, not having enough income affects my daughter's care. Now, for example, she no longer has her formula. She needs her formula but I can no longer afford to buy it for her, so she drinks normal milk. (Family 6)

Category 4: Family dynamics and prematurity

In this category, we listed the changes in the family routine to meet the demands of their child's hospitalization, during the pandemic:

We went there every morning, afternoon, and evening. Then, when she went to the nursery, I stayed with her from 8 a.m. until 8 p.m. (Family 7)

The development of protective factors is a major factor in changing the routine and, consequently, family dynamics, as shown in the following statements:

We don't go out much, only when she has an appointment, and when we go, we are very careful. I usually take the baby carrier and keep her in it most of the time, then I use hand sanitizer [...] when my husband can take me, or usually we go by Uber [...] but we avoid the bus. I've never taken the bus with her. (Family 1)

I didn't have visitors, I didn't tell anyone when I left the hospital, I didn't post anything. We just locked ourselves in the house, only two people came over. (Family 8)

There was also an impact on leisure activities, as shown in the following statement:

We were bohemian [...] but H.'s birth changed everything, especially with the pandemic. (Family 8)

Category 5: Support network

This category includes the potential of a structured support network, as well as the consequences of one weakened by the pandemic. The following point to structured support networks:

My husband was very supportive, my sister was always with me too, and friends were always texting me, calling me to talk, I talked to people basically all day [...]. (Family 1)

The following statement shows the financial support received by families during the pandemic:

I have help from my in-laws, my husband, who gets food stamps and gives me money to buy things. (Family 7)

The following statement illustrate a weakened support network. The conflicts that arose during the pandemic were a factor in the fragility of the support network, as evidenced by family 5:

I have problems with my husband, we've been fighting a lot since the birth because of different opinions about how to raise the baby. We also fight because we're scared of COVID. [...] Because of the pandemic, my support network shrunk. My family doesn't take care of themselves or wear masks properly, and this has made it more difficult [...]. The support network diminished too, now it's just my mother and brother.

Families also exposed in their statement the social isolation as a factor that had a negative impact on the support network:

It changed everything, it drove everyone away. The family only met Y. months after he was born. At the beginning, they only saw him in photos and video calls. (Family 2)

Social interaction is seen by families as a factor in strengthening the support network:

When this (pandemic) is over, I'll have more support and the baby can meet more friends and have more contact with the family, go out more (Family 5).

What does the article contribute new?

With our findings, we can see that experiencing prematurity, especially in a context of adversity such as the pandemic, represents an element of risk for family functioning, since it entails a significant level of stress for parents and challenges in the development of family resilience. And also, for health services and systems to the importance of their organization. It is clear that structured policies for family and PTNB care are a factor in protecting neonatal health and supporting the family.

Discussion

During pregnancy, there is the expectation of returning home with the child, the care process, the affection, and the emotional bond that will be forged with the baby. With the need to be admitted to a NICU, this expectation is shattered, bringing feelings of sadness, helplessness, fear of neonatal death, anxiety, and inability to cope with the situation (20,21).

The emergency care and referral of the NB to the NICU prevents the first golden hour from occurring, proven in the literature to be a fundamental factor in creating the mother-child bond. Early breastfeeding at this time contributes to immunological and psychosocial benefits, as well as preventing neonatal morbidity and mortality and early weaning (22).

Positive experiences in the breastfeeding process are associated with better maternal mental health outcomes. The importance of early breastfeeding was understood by the mothers, as shown in another study (23). Mothers with COVID-19 who had positive expectations about breastfeeding, but were prevented from doing so experienced feelings of frustration, sadness, guilt and loss of control over motherhood, and feelings of remorse, as seen in family 3's statement.

Negative feelings regarding the challenges of caring for premature babies continue after discharge, especially in the context of adversity caused by the pandemic. Newborns still require constant monitoring to keep up with child growth and development (24).

The families' statements express the concern and fear of contagion by COVID-19. These data were also found in another study (12), which mentions fear of being exposed to COVID-19, especially when it comes to public transport, as a factor in discontinuing child health monitoring.

The stressful events experienced, as well as the consequences of COVID-19 infection, are harmful because they generate psychological suffering, affecting

the families' resilience. Family resilience involves the potential for recovery (14,25), repair, and growth in families facing serious challenges in life. In addition to the pandemic, the experience of multiple losses, such as the loss of the opportunity to breastfeed, the first skin-to-skin contact, and expectations about the postpartum period, hinders the normative process of resilience.

However, even with negative experiences in the midst of the pandemic, some families had positive ones, as shown by family 8, whose experience of isolation was seen as positive. Viewing life with a new meaning after conflicting experiences was seen in family 2's statement.

While fears increase the risk of family dysfunction, stories of resilience can inspire positive adaptation. Therefore assessing the adverse context and focusing your efforts on making the most of the options available requires accepting what is beyond control and cannot be changed, and directing your attention to present and future possibilities (14). It is important that families receive professional support from the healthcare team, who will listen and help them cope with adverse situations.

One of the prerequisites for parental activity's development is to recognize and interpret the child's condition and needs and to respond appropriately. Parental activities include physical, emotional, and social care (10).

Recognizing children's health needs is a strategy that promotes healthy growth and development. Studies have shown that physical protection and safety are essential for the care of premature children (23), and these needs can be met through periodic assessments. This approach allows for the early identification of developmental changes and provides guidance to families on how to care for the child, reinforcing the importance of quality follow-up after discharge. We emphasize the importance of qualified professionals in the care of PTNB and families to assess child development and provide guidance to families, whether in primary or specialized care services.

The COVID-19 pandemic has brought challenges to healthcare around the world. Health systems had to organize themselves to meet not only the common demands of the population, but especially the demands brought on by the new disease, aiming to reduce its consequences, such as the high number of deaths (12).

In Brazil, Primary Health Care (PHC) is the gateway to the Unified Health System (SUS) and plays a fundamental role in preventing and resolving individuals' health problems. The reorganization of PHC's physical structure was one of the main strategies adopted to reduce the risk of contagion and avoid contact between symptomatic and non-symptomatic patients (26).

When the health crisis was declared, the Health Ministry issued a technical note limiting the attendance of children in health services, in order to avoid crowds in these places. This contributed to the vulnerability of health monitoring, especially of high-risk children, as premature infants are classified (12).

In this study, some of the families sought care at the UBS and experienced the fear of their child being infected by COVID-19 due to deficits in structural reorganization, and thus ended up not attending appointments at the facilities. This is a risk factor for PTNBs due to the lack of professional monitoring of child development in their area, since even specialized care must be shared with the UBS.

Accessing health services is an individual right, as provided for in the Brazilian Federal Constitution (27). Our data showed that accessibility to hospital outpatient services for monitoring the growth of high-risk children was maintained. Another study described that the continuity of in-person monitoring for infants with comorbidities and low birth weight was maintained during the pandemic (28). However, in the same study, the majority of infants born prematurely (58.5%) were not being monitored, resulting in maternal dissatisfaction.

Considering our findings, we can see that in-person consultations were prioritized for high-risk premature babies during the pandemic. We draw attention to the importance of organizing health services to meet the demands of this population, as many PTNBs develop comorbidities and require care from different specialties, thus having repercussions on the quality of care and the satisfaction of the people served. Hospital care, the place where we conducted this study, refers to a hospital that has implemented the Kangaroo Method Policy.

We highlight the different specialties for the care of PTNBs, where families reported referral and access to, as well as the priority of care due to prematurity. Unlike another study (29), which shows that these services were interrupted during the pandemic, thus weakening access for PTNBs.

Another prerequisite for parental development is the family's economic resources. Income is one of the external factors that interfere with the dynamics of care in early childhood development, as it influences the parents' investment in providing the child's basic needs, such as food, clothing, healthcare, housing, and education. Insufficient income can be a stress factor for parents, resulting in conflicts that directly affect childcare (10).

Some families reported that the pandemic caused financial damage to the family unit, worsened by unemployment or the inability to work due to the measures imposed.

As a result of insufficient income, families began to feel insecure and realized the direct impact on their members' care. Similarly (13), economic insecurity, emphasized by the pandemic context, can have a negative impact on the physical and emotional integrity of these children. Therefore, we highlight the need for guidance from professionals so that families can seek access to the government social policies available to help them.

The pandemic changed family structures, causing the need to adapt to new formats and restrictions. At the same time, having a PTNB who needed NICU care contributed to changes in family dynamics, based on changes in daily life.

The mother's stay in the unit is fundamental for strengthening the fragile bond, developing skills in caring for the PTNB, affection, skin-to-skin contact (Kangaroo Method), milking breast milk, among other care measures.

The reports presented in our study show that there was a need for family reorganization to accompany the newborn in the hospital environment. However, spending many hours in a hospital can lead to difficulties in managing situations outside the hospital context (30). It is important to emphasize the role of the NICU's multidisciplinary team in supporting families in this adaptation process.

Having overcome the stress of hospitalization, the challenges remained after discharge during the pandemic period. Families faced the need to adapt to a new routine in order to protect themselves. The main factor that changed family dynamics was the adoption of protective measures to deal with the COVID-19 pandemic, as seen in other studies (12). These factors include the use of a mask, hand sanitizer, more frequent hygiene, changing the means of transportation to take the premature baby to the health service and, above all, isolation.

One of the determinants of parenting is the social support network (10). During the pandemic, the transition home from the hospital was a difficult task for the family, since caring for a premature child requires the help of people close to them. However, the pandemic limited this possibility, reducing contact and availability of a structured support network (30).

Similarly (29), social interaction strengthens the support network and child development, so social distancing had a negative impact on these aspects. Despite the negative experience in terms of socialization, the families showed hope that, at the end of the pandemic, there would be more support. This suggests a willingness to face adversity, emphasizing the positive outlook as a key process in family resilience (14).

Conflict was also seen as a factor in the fragility of the support network, while supportive connections with the extended family are seen as protective factors within the family's roles in childcare and development (10). The support network proved to be fundamental, whether in the form of emotional support, material help, or support with the PTNB. Based on our findings, we can say that the strengthened support network was a fundamental element in the care of the premature baby. On the other hand, a weakened support network made it difficult to live through a period of extreme adversity.

One of the limitations of our study is that it only involved SUS users. This results in a relatively homogeneous sample and may not fully represent the diversity of experiences lived by families in different health contexts or cultures. We suggest that further research with private healthcare patients be carried out to better explore the issue, as well as to allow comparisons with our results.

Conclusion

The pandemic brought a series of emotional challenges, such as fear of contamination, anxiety, and the challenge of drastic change in routine. For the parents of a premature baby, these concerns were intensified, as the baby's health is more fragile and requires special care. Additional emotional stress can negatively impact family dynamics, leading to conflicts.

In our study, it was possible to visualize the experience of the families in a health system capable of adapting and providing adequate care for premature babies during the pandemic. The overload with COVID-19 cases and the need to reorganize health services led to limitations and weaknesses in care. Despite this, it was possible to maintain the child's follow-up appointments and the necessary care in a tertiary service with the implementation of the Kangaroo Method, in which the families already had a bond.

During the hospitalization of PTNBs in the NICU, as well as during their home care, an interconnection was found between social support and family functioning. Because, as mothers perceive greater social support during this period, family functioning tends to improve.

Concern about finances was also a source of tension for families. Economic uncertainty, such as job loss and lack of resources, is a risk factor for parents' mental health. Financial worries can spill over into family dynamics, leading to additional conflicts.

With our findings, we can see that experiencing prematurity, especially in a context of adversity such as

the pandemic, represents an element of risk for family functioning, since it entails a significant level of stress for parents and challenges in the development of resilience.

Understanding the influence of the pandemic on prematurity provides recognition of conceptual and empirical elements for the care of premature children in a changing scenario. It is necessary to promote and qualify strategies implemented by health professionals to strengthen the family and reduce risks that could threaten childhood development. The healthcare team must be able to recognize the patient's needs and offer clinical, emotional, and educational support. These actions are essential for the health of PTNBs in order to support the family during this challenging time.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Academic Publishing Advisory Center (Centro de Assessoria de Publicação Acadêmica, CAPA – CAPA) of the Federal University of Paraná (UFPR) for assistance with English language translation and developmental editing.

Conflict of interests

The authors state that they have no conflict of interest.

Funding Sources

This study was funded by Council for Scientific and Technological Development (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq).

References

1. WHO promotes new guidelines for care of premature babies [Internet]. ONU news: 2022. Available from: <https://news.un.org/pt/story/2022/11/1805477#:~:text=Todos%20os%20anos%2C%20cerca%20de,tem%20baixo%20peso%20ao%20nacer>
2. Howson C, Kinney M, Lawn J. Born too soon: the global action report on preterm birth [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012. p. 13. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf?sequence=1
3. Martinelli KG, Dias BAS, Leal ML, Belotti L, Garcia EM, Santos-Neto ET dos. Prematurity in Brazil between 2012 and 2019: data from the Information System on Live Births. Rev Bras Estud Popul [Internet]. 2021;38:e0173. Available from: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0173>
4. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS alerts pregnant women to World Prematurity Day [Internet]. Brasil: Gov.br; 2022. Available from: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-alerta-gestantes-para-o-dia-mundial-da-prematuridade#:~:text=No%20Brasil%2C%20o%20nascimento%20de,e%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde>
5. Horta KC, Soares AM. The development of children borns preterm or premature. Braz J Develop [Internet]. 2020;6(8):58467-75. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15047>
6. Pan American Health Organization. Nearly 30 million premature and sick newborns need treatment to survive each year [Internet]. Brazil: PAHO; 2018. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/13-12-2018-quase-30-milhoes-recem-nascidos-prematurados-e-doentes-necessitam-tratamento-para>
7. Lamônica DAC, Picolini MM. Habilidades do desenvolvimento de prematuros. Rev CEFAC [Internet]. 2009;11:145–53. Available from: <https://www.scielo.br/j/cefac/a/WbvQbRXpZ9C3JZmdDsKGCqB/?format=pdf>
8. Souza JM, Veríssimo MLOR. Child development: analysis of a new concept. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2015;23(6):1097–104. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>
9. Mota DO. Home environment and influences on development of premature. Brasília. [Nursing Thesis]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015. Available from: <https://bdm.unb.br/handle/10483/15261>
10. Pluciennik GA, Lazzari MC, Chicaro MF. Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco [Internet]. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal - FMCSV; 2015. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/fundamentos-da-familia-como-promotora-do-desenvolvimento-infantil/>
11. Vasconcelos VM, Frota MA, Martins MC, Machado MMT. Child care in nursing and health education: mother's perception in the family health strategy. Esc Anna Nery [Internet]. 2012;16(2):326–31. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200017>
12. Reichert APS, Guedes ATA, Soares AR, Brito PKH, Bezerra ICS, Silva LCL, et al. Repercussões da pandemia da Covid-19 no cuidado de lactentes nascidos prematuros. Esc Anna Nery [Internet]. 2022;26(spe):e20210179. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0179>
13. Reichert APS, Guedes ATA, Soares AR, Brito PKH, Dias TKC, Santos NCCB. Covid-19 pandemic: experiences of mothers of infants who were born premature. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2021;42(spe):e20200364. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200364>

14. Walsh F. Processos Normativos da Família. Diversidade e Complexidade. Quarta Edição [Internet]. Artmed Editora; 2016. Available from: <https://books.google.com.co/books?id=mOYaDAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
15. Yin RK. Qualitative research from start to finish. 2nd Ed [Internet]. New York: Guilford Press; 2015. Available from: <https://eli.johogo.com/Class/Qualitative%20Research.pdf>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido. Método canguru: diretrizes do cuidado [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf
17. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temat. [Internet]. 2014;22(44):203-20. Available from: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>
18. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008;24:17–27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
19. Souza FN, Costa PA, Moreira A. Análise de Dados Qualitativos Suportada pelo Software WebQDA. Universidade de Aveiro [Internet]. 2011. Available from: <https://www.webqda.net/wp-content/uploads/2016/05/AnaliseDadosQualitativos.pdf>
20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care [Internet]. 2007;19(6):349-57. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
21. da Silva TA. Sentimentos maternos frente à internação do filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. Rev. Terra & Cultura: Cadernos de ensino e pesquisa [Internet]. 2022;38(74):60-74. Available from: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/2464>
22. da Silva IKS, Silva JSCG, Silva LRS, Queiroz LMS, Silva LAL, da Silva MM, et al. Time of gold: the importance of promoting breastfeeding in the newborn's first hour of life. RSD [Internet]. 2022;11(11):e461111133794. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33794>
23. Tonetto TL. As experiências de mães de prematuros internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal acerca do aleitamento materno no puerpério imediato. Santa Maria. Monografia [Especialization Thesis]. Santa Maria, Brasil: Universidade Federal de Santa Maria; 2015. Available from: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/22037>
24. Walty CMRF, Henriques NL, Coimbra NMM, Braga PP, Veríssimo MLÓR, Duarte ED. Ações de cuidado e necessidades essenciais de prematuros após a alta hospitalar: revisão de escopo. Esc Anna Nery [Internet]. 2021;25(4):e20200412. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0412>
25. Pacheco F, Sobral M, Guiomar R, de la Torre-Luque A, Caparros-Gonzalez RA, Ganho-Ávila A. Breastfeeding during COVID-19: A Narrative Review of the Psychological Impact on Mothers. Behav Sci [Internet]. 2021;11:34. doi: <https://doi.org/10.3390/bs11030034>
26. Silva BRG da, Corrêa AP de V, Uehara SC da SA. Primary health care organization in the Covid-19 pandemic: scoping review. Rev Saúde Pública [Internet]. 2022;56:94. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004374>
27. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Available from: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
28. Reichert APS, Soares AR, Guedes ATA, Brito PKH, Bezerra ICS, Santos NCCB, et al. Restrição do acompanhamento de lactentes prematuros na pandemia da COVID-19: abordagem mista. Acta paul enferm [Internet]. 2022;35:eAPE02206. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO022066>
29. da Silva RMM, Pancieri L, Zilly A, Spohr FA, Fonseca LMM, de Mello DF. Follow-up care for premature children: the repercussions of the COVID-19 pandemic. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2021;29:e3414. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4759.3414>
30. Bortolin D, Schneider-Donelli TM, Tabaczinski C. Experiências maternas no contexto da prematuridade: Um estudo de revisão sistemática. PSIUNISC [Internet]. 2019;3(2):142-55. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/12693>

Espejo emocional

Jenny Tatiana Correa-Laytón 

jennyco234@gmail.com 

Unidades Tecnológicas de Santander. Bucaramanga, Santander, Colombia.



Figura 1: Espejo emocional

Fuente: Jenny Tatiana Correa-Laytón

Técnica: Acrílico

Ciudad de México DF, México

El desarrollo de la idea inicial de la obra, gira en torno al tema de “La salud mental”, específicamente salud mental en la adolescencia, la idea creativa se centra desde mi experiencia personal, vivencias con personas cercanas y familiares que transitan o transitaron por diferentes diagnósticos de salud mental y otros con desenlaces inesperados, positivos y en algún punto, críticos.

La invitación que me han hecho para participar en esta sección de ciencia y arte, me alegró en especial al provenir Valentina Correa Castellanos, quien es investigadora UNAB (2024), líder del comité editorial interno de la escuela editorial de la revista MedUNAB y graduada de Enfermería de esta misma institución. Una mujer a quien admiro como profesional, como mujer y a quien amo orgullosamente, ya que también es mi hermana menor. Estoy honrada y agradecida de participar en esta edición, espero que, así como yo, muchas personas de la comunidad puedan participar en este tipo de proyectos ya que acerca a la comunidad y genera que se difunda la información y finalmente todos tengan acceso a nuevos artículos de investigación y a distintos temas que nos educan, nos ayudan a crecer como personas y por ende como sociedad. La información veraz y la educación, creo en definitiva que es la base de un buen comportamiento individual y cívico, para lograr una sociedad respetuosa.

De esta manera, se creó la obra con la idea firme que tengo sobre las emociones, los factores que influyen actualmente en ellas y las distintas aristas que pueden llegar a tener. Se desarrolló de forma libre el avance de esta y sin pretensiones de impactar, solo reflejar una



idea de forma simple, tan solo de representar en forma de espejo la bilateralidad que tienen las emociones, sin cuestionar el sentirlas.

Se usaron pinturas acrílicas sobre un lienzo, aunque no hay una vertiente definida, se podría orientar la técnica hacia el expresionismo. La obra se muestra en forma de espejo, tanto las emociones que nos permiten permanecer en estado de serenidad y positividad, como también las que nos alteran y nos producen sentimientos como la tristeza, enojo y la carga mental ante la presión social.

En ambas caras del espejo se usan algunos íconos y emoticones, como referencia a las expresiones emocionales a través del uso de la tecnología, ya que la gran mayoría de los adolescentes tienen acceso a ella desde sus tabletas, celulares u ordenadores personales, y una de las constantes de la comunicación actual, es la mensajería instantánea, donde ellos expresan muchas veces las emociones con tan solo un ícono. No se intenta catalogar que una cara de la imagen de la obra sea mala o buena, más allá de ello, se intenta reflejar la expresión misma de las distintas emociones, la importancia de reflejarlas y aprender a identificar los distintos detonantes que las causan o las crean.

Pienso que todas las emociones que se reflejan son necesarias en la existencia humana, no importa si es enojo, tristeza, soledad o incluso alegría, emotividad o explosiones de felicidad, es importante estar atentos y apoyarnos para entender que todo es momentáneo y las emociones nos ayudan a regular situaciones y sentimientos que son naturales. Lo que realmente es importante es entender que todo pasa, todo cambia, algunas quedarán en el recuerdo, o simplemente ni siquiera han existido porque muchas veces sólo estamos “pre-ocupados” por escenarios que ni siquiera han sucedido, ya que las proyectamos a futuro y con ansiedad. Debemos encontrar la forma de aprender sobre los prejuicios y juicios sociales que nos hacen y que hacemos hacia los demás, aprender a reconocer nuestras emociones, potencializar nuestra energía en lo que soñamos, las metas que tenemos, incluso en lo más simple de nuestros hábitos; pero crearlas y sentir las desde el presente, aprender sobre ese conjunto de emociones que al final, depende de cómo las tomemos para nuestra vida, nos robarán energía en el presente y nos agregan cargas mentales, o nos ayudarán a crecer y entender a los demás, a ser tolerantes, a fortalecer nuestro carácter y nuestra capacidad resolutive para desarrollarnos mejor, como seres humanos incluso ante la frustración o experiencias difíciles.

La representación visual de la obra está dividida en dos partes, siendo ambos complementos entre sí. Se divide en dos escenarios, un cielo diurno y otro nocturno, con dos protagonistas, un masculino y una femenina,

ambos personajes están en cada lado de los cielos, solo que reflejan emociones distintas respectivamente. Los cuerpos de los personajes están representados en torsos y cabezas, ya que son las partes del cuerpo en la que la mayoría de las personas sentimos o relacionamos las emociones físicamente y de forma metafórica, las bases de cada torso del cuerpo en cada lado hojas y barro, representando “raíces”, nuestras raíces emocionales, las que nos “crecen” en el transcurrir de nuestra vida, y que intervienen sobre las relaciones interpersonales y sociales de cada individuo, según cómo se ve representada y desarrollada su vida.

El lado diurno representa las emociones que nos dan paz, que nos hacen brillar, emociones de amor, receptividad, los elementos como notas musicales, podrían simbolizar hobbies o actividades que nos ayudan a sentirnos bien. La sombrilla, que representa el cobijo que nos puede dar la terapia psicológica y el acompañamiento, como elemento fundamental para tratar y mantener una buena salud mental, sobre todo en edades jóvenes donde aún no se desarrollan las suficientes herramientas para enfrentar los obstáculos y heridas emocionales que se pudieran experimentar.

El lado nocturno, donde hay pensamientos de descontento, desamor, desmotivación, personajes de apariencia descolorida que señalan o abrazan a los personajes principales, representando la presión social y el bullying, y los cuales producen emociones como tristezas, enojos y desagradados. Pechos rotos, con agujeros que representan vacíos emocionales y el sentimiento de soledad. En este caso, también los torsos echan barro en vez de hojas, lo que representan los traumas que quedan al no tratar vivencias o situaciones difíciles que nos puedan ocurrir, y que nos afectan, pero que en definitiva no definen a ninguna persona.

Por último, ambos escenarios son divididos, ese espacio representa el tiempo que siempre nos estamos marcando en los distintos ámbitos, el tiempo en que vivimos nuestras emociones, que pueden ser sentimientos presentes, vigentes y vívidos, pero que pueden ser causados por circunstancias o realidades del pasado, actuales (presente) o que nunca han sucedido (posible futuro o simplemente la imaginación).

A todos los niños y adolescentes, a los padres, amigos y familiares de éstos, y a todas las personas de cualquier edad que estén transitando momentos difíciles y emociones en donde no ven que hay salida, ¡Hablen!, hablen de eso, todo lo que sienten es válido, sus motivos son válidos, solo hablen, y si una persona no los comprende ¡No importa!, de todas formas ¡Hablen!, hablen de eso, siempre hay alguien que los va a apoyar y querrá ayudarlos. Si pueden, tomen terapia psicológica,

la terapia los hará valientes y les dará herramientas para mejorar la calidad de vida y sentirse bien con ustedes mismos. De mi parte, le envío un fuerte abrazo a las personas que quieren estar bien, aunque por momentos sientan que nada lo está. Si mejorará.

Escrito y creado desde la Ciudad de México, el 4 de noviembre de 2024.

La autora: Jenny Tatiana Correa Laytón, Auto titulada doblemente Santandereana, Pinga de nacimiento y Toche de crianza (Norte de Santander). Mercadóloga, egresada de las Unidades Tecnológicas de Santander; Artista plástica empírica, emplea en sus obras óleo, acrílicos y mezcla de materiales. Valida y descubre mediante las expresiones artísticas la libertad y la creatividad.

Índice temático

MedUNAB 2024; volumen 27 (2)

[A+Inv+CT]: Artículo de Investigación Científica y Tecnológica*

[AO]: Artículo Original

[AE]: Artículo Especial

[AR]: Artículo de Revisión

[ARF]: Artículo de Reflexión

[ARFNInv]: Artículo de Reflexión no Derivado de Investigación

[CCE]: Caso Clínico y Proceso de Atención de Enfermería

[CA]: Ciencia y Arte

[CE]: Carta al Editor

[E]: Editorial

[IMC]: Imágenes en Medicina Clínica

[RC]: Reporte de Caso

[RSJ]: Revisión Sistemática

[RT]: Revisión de Tema

Arte	2:187-189 [CA]: Ciencia y Arte
COVID-19	2:131-140 [AO]: Artículo Original
COVID-19	2:141-150 [AO]: Artículo Original
COVID-19	2:151-163 [AO]: Artículo Original
Cuidado del Niño	2:177-186 [AO]: Artículo Original
Difusión de la Información	2:131-140 [AO]: Artículo Original
Difusión de la Información	2:141-150 [AO]: Artículo Original
Educación en Enfermería	2:131-140 [AO]: Artículo Original
Educación en Enfermería	2:141-150 [AO]: Artículo Original
Emociones	2:187-189 [CA]: Ciencia y Arte
Entorno del Parto	2:151-163 [AO]: Artículo Original
Entorno del Parto	2:164-176 [AO]: Artículo Original
Gestión del Conocimiento	2:131-140 [AO]: Artículo Original
Gestión del Conocimiento	2:141-150 [AO]: Artículo Original
Integración a la Comunidad	2:124-125 [E]: Editorial
Investigación	2:124-125 [E]: Editorial
Investigación Cualitativa	2:126-130 [E]: Editorial
Investigación en Educación de Enfermería	2:131-140 [AO]: Artículo Original
Investigación en Educación de Enfermería	2:141-150 [AO]: Artículo Original
Investigación Metodológica en Enfermería	2:126-130 [E]: Editorial
Niño	2:187-189 [CA]: Ciencia y Arte
Participación de la Comunidad	2:124-125 [E]: Editorial
Participación Social	2:124-125 [E]: Editorial
Parto Obstétrico	2:151-163 [AO]: Artículo Original
Parto Obstétrico	2:164-176 [AO]: Artículo Original
Recien Nacido Prematuro	2:177-186 [AO]: Artículo Original
Responsabilidad Parental	2:177-186 [AO]: Artículo Original
Salud	2:124-125 [E]: Editorial
Salud Infantil	2:177-186 [AO]: Artículo Original
Salud materna	2:151-163 [AO]: Artículo Original
Salud materna	2:164-176 [AO]: Artículo Original
Salud Mental	2:124-125 [E]: Editorial
Salud Mental	2:187-189 [CA]: Ciencia y Arte
Servicios Comunitarios de Salud Mental	2:187-189 [CA]: Ciencia y Arte
Servicios de Salud Materna	2:151-163 [AO]: Artículo Original
Servicios de Salud Materna	2:164-176 [AO]: Artículo Original
Violencia	2:151-163 [AO]: Artículo Original
Violencia	2:164-176 [AO]: Artículo Original
Violencia de Género	2:151-163 [AO]: Artículo Original
Violencia de Género	2:164-176 [AO]: Artículo Original

Nota: en la categoría de Artículo de Investigación Científica y Tecnológica [A+Inv+CT] entran los Artículos Originales [AO].

Subject index

MedUNAB 2024; volume 27(2)

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

*[AO]: Original Research article**

[AE]: Special article

[AR]: Review article

[ARF]: Reflective article

[ARFNInv]: Reflective article not related to Research

[CCE]: Clinical Case and Nursing Care Process

[CA]: Science and Art

[CE]: Letter to the Editor

[E]: Editorial

[IMC]: Images in Clinical Medicine

[RC]: Case report

[RS]: Systematic Review

[RT]: Topic Review

<i>Art</i>	2:187-189 [CA]: Science and Art
<i>Birth Setting</i>	2:151-163 [AO]: Original Research Article
<i>Birth Setting</i>	2:164-176 [AO]: Original Research Article
<i>Child</i>	2:187-189 [CA]: Science and Art
<i>Child Care</i>	2:177-186 [AO]: Original Research Article
<i>Child Health</i>	2:177-186 [AO]: Original Research Article
<i>Community Integration</i>	2:124-125 [E]: Editorial
<i>Community Mental Health Services</i>	2:187-189 [CA]: Science and Art
<i>Community Participation</i>	2:124-125 [E]: Editorial
<i>COVID-19</i>	2:131-140 [AO]: Original Research Article
<i>COVID-19</i>	2:141-150 [AO]: Original Research Article
<i>COVID-19</i>	2:151-163 [AO]: Original Research Article
<i>Delivery, Obstetric</i>	2:151-163 [AO]: Original Research Article
<i>Delivery, Obstetric</i>	2:164-176 [AO]: Original Research Article
<i>Education, Nursing</i>	2:131-140 [AO]: Original Research Article
<i>Education, Nursing</i>	2:141-150 [AO]: Original Research Article
<i>Emotions</i>	2:187-189 [CA]: Science and Art
<i>Gender-Based Violence</i>	2:151-163 [AO]: Original Research Article
<i>Gender-Based Violence</i>	2:164-176 [AO]: Original Research Article
<i>Health</i>	2:124-125 [E]: Editorial
<i>Infant, Premature</i>	2:177-186 [AO]: Original Research Article
<i>Information Dissemination</i>	2:131-140 [AO]: Original Research Article
<i>Information Dissemination</i>	2:141-150 [AO]: Original Research Article
<i>Knowledge Management</i>	2:131-140 [AO]: Original Research Article
<i>Knowledge Management</i>	2:141-150 [AO]: Original Research Article
<i>Maternal Health</i>	2:151-163 [AO]: Original Research Article
<i>Maternal Health</i>	2:164-176 [AO]: Original Research Article
<i>Maternal Health Services</i>	2:151-163 [AO]: Original Research Article
<i>Maternal Health Services</i>	2:164-176 [AO]: Original Research Article
<i>Mental Health</i>	2:124-125 [E]: Editorial
<i>Mental Health</i>	2:187-189 [CA]: Science and Art
<i>Nursing Education Research</i>	2:131-140 [AO]: Original Research Article
<i>Nursing Education Research</i>	2:141-150 [AO]: Original Research Article
<i>Nursing Methodology Research</i>	2:126-130 [E]: Editorial
<i>Parenting</i>	2:177-186 [AO]: Original Research Article
<i>Qualitative Research</i>	2:126-130 [E]: Editorial
<i>Research</i>	2:124-125 [E]: Editorial
<i>Social Participation</i>	2:124-125 [E]: Editorial
<i>Violence</i>	2:151-163 [AO]: Original Research Article
<i>Violence</i>	2:164-176 [AO]: Original Research Article

Note: original Research Articles [AO] enter into the category of scientific and technological Research article [A + Inv + CT].

Índice de assuntos

MedUNAB 2024; volume 27(2)

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

[AO]: Artigo original*

[AE]: Artigo especial

[AR]: Artigo de revisão

[ARF]: Artigos de reflexão

[ARFNInv]: Artigo de reflexão não derivado de pesquisa

[CCE]: Caso Clínico e Processo de Cuidados de Enfermagem

[CA]: Ciência e Arte

[CE]: Carta ao Editor

[E]: Editorial

[IMC]: Imagens da Medicina Clínica

[RC]: Relato de Caso

[RS]: Revisão sistemática

[RT]: Revisão de tema

Arte	2:187-189 [CA]: Ciência e Arte
COVID-19	2:131-140 [AO]: Artigo original
COVID-19	2:141-150 [AO]: Artigo original
COVID-19	2:151-163 [AO]: Artigo original
Criança	2:187-189 [CA]: Ciência e Arte
Cuidado da Criança	2:177-186 [AO]: Artigo original
Disseminação de Informação	2:131-140 [AO]: Artigo original
Disseminação de Informação	2:141-150 [AO]: Artigo original
Educação em Enfermagem	2:131-140 [AO]: Artigo original
Educação em Enfermagem	2:141-150 [AO]: Artigo original
Emoções	2:187-189 [CA]: Ciência e Arte
Entorno do Parto	2:151-163 [AO]: Artigo original
Entorno do Parto	2:164-176 [AO]: Artigo original
Gestão do Conhecimento	2:131-140 [AO]: Artigo original
Gestão do Conhecimento	2:141-150 [AO]: Artigo original
Integração Comunitária	2:124-125 [E]: Editorial
Participação da Comunidade	2:124-125 [E]: Editorial
Participação Social	2:124-125 [E]: Editorial
Parto Obstétrico	2:151-163 [AO]: Artigo original
Parto Obstétrico	2:164-176 [AO]: Artigo original
Pesquisa	2:124-125 [E]: Editorial
Pesquisa em Educação em Enfermagem	2:131-140 [AO]: Artigo original
Pesquisa em Educação em Enfermagem	2:141-150 [AO]: Artigo original
Pesquisa Metodológica em Enfermagem	2:126-130 [E]: Editorial
Pesquisa Qualitativa	2:126-130 [E]: Editorial
Poder Familiar	2:177-186 [AO]: Artigo original
Recém-Nascido Prematuro	2:177-186 [AO]: Artigo original
Saúde	2:124-125 [E]: Editorial
Saúde da Criança	2:177-186 [AO]: Artigo original
Saúde Materna	2:151-163 [AO]: Artigo original
Saúde Materna	2:164-176 [AO]: Artigo original
Saúde Mental	2:124-125 [E]: Editorial
Saúde Mental	2:187-189 [CA]: Ciência e Arte
Serviços Comunitários de Saúde Mental	2:187-189 [CA]: Ciência e Arte
Serviços de Saúde Materna	2:151-163 [AO]: Artigo original
Serviços de Saúde Materna	2:164-176 [AO]: Artigo original
Violência	2:151-163 [AO]: Artigo original
Violência	2:164-176 [AO]: Artigo original
Violência de Gênero	2:151-163 [AO]: Artigo original
Violência de Gênero	2:164-176 [AO]: Artigo original

Nota: Artigos Originais [AO] entram na categoria de Artigo de Investigação Científica e Tecnológica [A + Inv + CT].

Índice de autores

MedUNAB 2024; volumen 27(2)

[A+Inv+CT]: Artículo de Investigación Científica y Tecnológica*

[AO]: Artículo Original

[AE]: Artículo Especial

[AR]: Artículo de Revisión

[ARF]: Artículo de Reflexión

[ARFNInv]: Artículo de Reflexión no Derivado de Investigación

[CCE]: Caso Clínico y Proceso de Atención de Enfermería

[CA]: Ciencia y Arte

[CE]: Carta al Editor

[E]: Editorial

[IMC]: Imágenes en Medicina Clínica

[RC]: Reporte de Caso

[RS]: Revisión Sistemática

[RT]: Revisión de Tema

Ana Carolina Bueno-Guisso	2:177-186 [AO]: Artículo Original
Ana Noreña-Peña	2:126-130 [E]: Editorial
Carlos Augusto Osorio-Marulanda	2:131-140 [AO]: Artículo Original
Carlos Augusto Osorio-Marulanda	2:141-150 [AO]: Artículo Original
Claudia Marcela Velásquez-Jiménez	2:131-140 [AO]: Artículo Original
Claudia Marcela Velásquez-Jiménez	2:141-150 [AO]: Artículo Original
Claudia Patricia Valencia-Molina	2:131-140 [AO]: Artículo Original
Claudia Patricia Valencia-Molina	2:141-150 [AO]: Artículo Original
Fabio Alexander Sierra-Matamoros	2:151-163 [AO]: Artículo Original
Fabio Alexander Sierra-Matamoros	2:164-176 [AO]: Artículo Original
Giordanna Nayara Chagas-e Silva	2:177-186 [AO]: Artículo Original
Gisele Weissheimer-Kaufmann	2:177-186 [AO]: Artículo Original
Gladys Eugenia Canaval-Erazo	2:131-140 [AO]: Artículo Original
Gladys Eugenia Canaval-Erazo	2:141-150 [AO]: Artículo Original
Jenny Tatiana Correa-Laytón	2:187-189 [CA]: Ciencia y Arte
Joas Benítez-Duque	2:131-140 [AO]: Artículo Original
Joas Benítez-Duque	2:141-150 [AO]: Artículo Original
Lorena Martínez-Delgado	2:131-140 [AO]: Artículo Original
Lorena Martínez-Delgado	2:141-150 [AO]: Artículo Original
Luisa Alejandra Aguilar-Bernal	2:151-163 [AO]: Artículo Original
Luisa Alejandra Aguilar-Bernal	2:164-176 [AO]: Artículo Original
Marta Lucía Ospina-González	2:151-163 [AO]: Artículo Original
Marta Lucía Ospina-González	2:164-176 [AO]: Artículo Original
Mayra Eduarda Borges-Moreno	2:177-186 [AO]: Artículo Original
Pablo Cesar Manyoma-Velásquez	2:131-140 [AO]: Artículo Original
Pablo Cesar Manyoma-Velásquez	2:141-150 [AO]: Artículo Original
Paula Andrea Pino-Rivera	2:177-186 [AO]: Artículo Original
Sandra Janashak-Cadena	2:124-125 [E]: Editorial
Verónica de Azevedo-Mazza	2:177-186 [AO]: Artículo Original
Victoria Beatriz Trevisan Nobrega Martins-Ruthes	2:177-186 [AO]: Artículo Original

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

Revisores *ad hoc* Volúmenes 26(3), 27(1), 27(2)

- Aguilar Obregón Alma Patricia, Enf., MSc. (Universidad de Monterrey. San Pedro Garza García, Nuevo León, México)
- Alzate Granados Juan Pablo, MD., MSc., PhD. (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. Bogotá, Colombia)
- Andrade Fonseca David, Enf. MSc. (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS. Bogotá, Colombia)
- Aviles González César Iván, Enf., MSc., PhD. (Universita Degli Studi di Cagliari. Cagliari, Monserrato, Nuoro, Oristán, Italia y Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Colombia)
- Becerra Pabón Ana Cecilia, Enf., Esp., PhD. (Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia)
- Benjumea Salgado Angela María, MD, Esp., PhD. (Universidad de Caldas. Manizales, Colombia)
- Beti Abad Aintzane, Enf., Esp., MSc. (Hospital Universitario de Basurto. Bilbao, Bizkaia, España)
- Cadena Sandra Jean Jahashak, PhD., APRN., PMHCNS-BC., CNE. (Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia)
- Camargo Hernández Katherine del Consuelo, Enf., MSc. (Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia)
- Carrillo Zambrano Eduardo, Ing., MSc., PhD., Post. PhD. (Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia)
- Castañeda Hernández María Antonieta, Enf., MSc., PhD. (Instituto Mexicano del Seguro Social, Torreón, Coahuila, México)
- Chavarro Carvajal Diego Andrés, MD., MSc., PhD. (Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia)
- Chaves Saltiago Walter Gabriel, MD., Esp., MSc. (Sociedad de Cirugía. Hospital de San José. Bogotá, Colombia)
- Cidoncha Moreno María Ángeles, Enf., MSc., PhD. (Osakidetza - Servicio Vasco de Salud, Comunidad Autónoma de País Vasco. España)
- Cruz Martínez Óscar Andrés, Enf., Esp., MSc. (Secretaría Dristital de Salud de Bogotá. Bogotá, Colombia)
- Dhillon Sawroop, Enf., MSc., PhD. (Chitkara University. Chandigarh, India)
- Díaz Díaz Ángela Milena, MD., Esp. (Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Santander, Colombia)
- Fajardo Ramos Elizabeth, Enf., Esp., MSc. (Universidad del Tolima. Ibagué, Colombia)
- Fiorillo Moreno Ornella, MD., PhD(c). (Clínica Iberoamérica. Barranquilla, Colombia)
- Flores Arias María Luisa, Enf., PhD. (Universidad de Guanajuato. Guanajuato, México)
- Gómez Garcés Sonia Luz, Enf., MSc. (Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia)
- Fonseca Sepúlveda Eileen Viviana, MD., Esp., Esp. (Universidad Nacional de Colombia. Fundación Hospital de la Misericordia. Bogotá, Colombia)
- González González Dionicio Godofredo, Antrop., MSc., PhD. (Colegio de Antropólogos del Perú. Lima, Perú)
- Gualdrón Moncada Juan Pablo, MD., Esp. (Corporación Universitaria Remington. Medellín, Colombia)
- Laza Vásquez Celmira, Enf., Esp., MSc., PhD. (Hospital del Mar Research Institute. Barcelona, Cataluña, España - Col·legi oficial d'infermeres i infermers de Lleida. Lleida, España)
- Lovera Montilla Luis Alexander, Enf., Esp., MSc., PhD. (Universidad del Valle. Cali, Colombia)
- Manosalva Arciniegas Laura Isabel, MD., Esp. (Hospital Internacional de Colombia, Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca, Colombia)
- Mesa Melgarejo Lorena del Pilar, Enf., MgSP., MsHE., PhD., PH. (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Bogotá, Colombia)
- Mora Gómez Andrés, Ing., MSc. (Hospital Internacional de Colombia. Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca, Colombia)
- Notejane Iglesias Martín, MD., Esp. (Universidad de la República. Montevideo, Uruguay)
- Onaga Adaora Ijeoma, MD., B.A., Esp., M.A., PhD. (Pan-Atlantic University. Lagos, Nigeria)
- Ordóñez Hernández Cecilia Andrea, FT., MSc., PhD. (Universidad Libre de Colombia. Cali, Colombia)
- Ortigoza Analía, Enf., Esp., MSc., PhD. (Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán. Tucumán, Argentina)
- Osma Zambrano Sonia Esperanza, MD., Esp., MSc. (Universidad Autónoma de Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia)
- Osorio Name Nadime, MD., Esp., Esp. (Fundación Hospital de la Misericordia. Bogotá, Colombia)
- Pardo Jaime Elio Leonardo, Ps., MSc. (Coporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá, Colombia)
- Pérez Díaz Pablo Alejandro, BSc., MSc., PhD. (Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile)
- Piñeiro Aguiar Eleder, Soc., MSc., PhD. (Universidade da Coruña. Coruña, España)
- Piratoba Hernández Blanca, Enf., Esp., MSc. (Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia)

Picón Jaimes Yelson Alejandro, MD, Esp, MSc, PhD(c). (Universidad Ramon Llul. Barcelona, Catalunya, España)

Pizarro Mena Rafael Andrés, Klg., MSc., PhD. (Universidad San Sebastian. Santiago de Chile, Chile)

Poblete Margarita, Enf., MSc., PhD. (Universidad Católica de Maule. Maule, Chile)

Real Delor Raúl Emilio, MD., Esp., MSc. (Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay)

Rey Lloyd Michelle, BS., MSc., PhD. (Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Toronto, Canadá.

Rodríguez de Guzmán Yolanda, Enf., MSc., PhD. (Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú)

Rodríguez Sarmiento Deisy Yurley, Bs., PhD. (Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia)

Rojas Martínez María Victoria, Enf., Esp., MSc. (Universidad de Cundinamarca. Fusagasugá, Colombia)

Rubio Duarte Andrés Felipe, MD., MSc. (Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca, Colombia)

Safranoff Ana, BSocSc., MSc., PhD., Postdoc. (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina (CONICET) en el Centro de Estudios de Población (CENEP). Buenos Aires, Argentina)

Salas Zapata Carolina, GESIS., MSc. (Universidad CES. Medellín, Colombia)

Silva Galleguillos Amalia, Enf., MSc., PhD. (Universidad de Chile. Santiago de Chile, Chile)

Toro Tobar Ronald Alberto, Ps., Esp., MSc., PhD. (Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia)

Vega Peña Neil Valentin, MD., Esp., MSc. (Universidad de la Sabana. Bogotá, Colombia)

Villa Vélez Lilliana, MD., Esp., MSc., PhD. (Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia)

Villa Rueda Alma Angélica, Enf., MSc., PhD. (Autonomous University of Baja California. Mexicali, Baja California, México)

Indicaciones a los autores

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

MedUNAB es una revista creada en 1997 por la Universidad Autónoma de Bucaramanga, (Colombia, Sudamérica). Es una publicación científica de acceso abierto, arbitrada por pares externos nacionales e internacionales mediante un proceso a doble ciego. MedUNAB difunde conocimiento nacional e internacional generado por la actividad científica en torno al área de las ciencias de la salud, dando prioridad a los trabajos que abordan la salud desde un enfoque interprofesional, en temas de: salud pública, medicina, enfermería, psicología, ingeniería biomédica y especialidades clínico quirúrgicas. Publica principalmente artículos de investigación, revisión y especiales sobre metodología de investigación. La revista MedUNAB sigue las recomendaciones éticas de publicaciones propuestas por el Comité de Ética de la Publicación (COPE) y el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), se publica cuatrimestralmente y está dirigida a investigadores, profesionales, y estudiantes interesados en el área de ciencias de la salud. Se edita y publica en Bucaramanga, 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 son autónomas y se basan en la validez del trabajo y su importancia para los lectores.

POLÍTICA DE LENGUAJE INCLUSIVO Y DIVERSIDAD

Debe prestarse atención a los principios generales para escribir sobre todas las personas y sus características personales sin prejuicios, haciendo uso del lenguaje inclusivo y no discriminatorio y evitar el sesgo de género. Para ello, se recomienda consultar la normativa APA: <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/bias-free-language/general-principles>

POLÍTICAS DE PRESERVACIÓN DIGITAL

Actualmente la revista MedUNAB se encuentra cobijada por el servicio de Preservación Digital PORTICO, el cual presta servicios confiables de preservación de recursos electrónicos y asegura que el contenido digital esté disponible y sea accesible a investigadores, académicos y estudiantes. Este sistema de preservación digital opera en un modelo comunitario en el cual se garantizan revisiones propias y certificaciones por pares externos para garantizar la calidad y la seguridad. La preservación digital a largo plazo se asegura mediante el cumplimiento de los siguientes factores clave:

1. Usabilidad: el contenido intelectual debe permanecer utilizable aun con el cambio de tecnologías, para lo cual el servicio PORTICO monitoriza constantes amenazas de obsolescencia tecnológica y toma las medidas para enfrentarlas.
2. Autenticidad: el contenido debe ser una réplica auténtica y verificable del material original, para lo cual el servicio PORTICO mantiene una auditoría constante de los archivos y sus metadatos.
3. Visibilidad: el contenido debe tener metadatos bibliográficos lógicos que permitan encontrarlo a través del tiempo. El servicio PORTICO asegura que el contenido preservado cuente con estas características para que siempre sea encontrado.
4. Accesibilidad: el contenido debe estar disponible para su uso. El servicio PORTICO mantiene los títulos siempre disponibles para los usuarios.

MedUNAB también se adhiere a las políticas de archivo establecidas por el DOAJ Directory Open Access Journals para la preservación de los contenidos a largo plazo.

POLÍTICA DEL USO DE TECNOLOGÍAS INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Se adoptan las políticas según lo especificado por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), sobre el uso de inteligencia artificial (IA) como se presenta a continuación:

Los autores deben revelar al enviar el manuscrito si se utilizaron tecnologías asistidas por IA (como modelos de lenguaje grandes, chatbots o creadores de imágenes) para producir el trabajo enviado. De ser así, tanto la carta de presentación como el trabajo presentado deben incluir una descripción de las tecnologías utilizadas y lo que se produjo.

Debido a que los autores de un manuscrito son responsables de la exactitud, integridad y originalidad del trabajo, los chatbots u otras tecnologías asistidas por IA no pueden incluirse como autores.

Los autores deben revisar y editar cuidadosamente todos los materiales producidos mediante el uso de IA, para evitar el envío de resultados que parezcan autorizados y que sean incorrectos, incompletos o sesgados.

Los autores deberían poder afirmar que no hay plagio de texto o imágenes en materiales producidos por IA. Los autores deben asegurarse de que todo el material citado esté correctamente atribuido, incluidas las citas completas.

No se acepta la cita de material generado por IA. Debe citarse la fuente primaria

POLÍTICA DE PUBLICACIÓN DE PREIMPRESIÓN

MedUNAB acepta el envío de manuscritos que hayan sido publicados previamente en un servidor de preimpresión sin fines de lucro. Los autores deben notificar a MedUNAB sobre cualquier preimpresión relacionada con el envío de un manuscrito.

POLÍTICA DE CIENCIA ABIERTA.

Al someter el manuscrito de resultados de investigación se invita a los autores a que carguen los datos que originaron los hallazgos reportados del manuscrito, se sugiere un repositorio que pueden ser institucionales pero de acceso público apropiado de Dataset (bases de datos de origen o conjunto de datos tabulados), guardando la confidencialidad de los participantes del estudio (versión anónima). El Dataset también puede estar creado en cualquier gestor, pero la revista recomienda el uso de los siguientes:

Mendeley Data: <https://data.mendeley.com/>

Zenodo: <https://zenodo.org/>

The Dataverse Project: <https://dataverse.org/>

Dryad: <https://data.dryad.org/stash>

Figshare: <https://figshare.com/>

EMBL EBI: <https://www.ebi.ac.uk/>

El dataset público tiene por finalidad disponer de los archivos para que los evaluadores, editores y lectores puedan observar y acceder a los datos de origen de los resultados. Dentro de los tipos de documentos para vincular en los dataset se contempla diferentes tipos de archivos: Excel, word, PDF, videos, imágenes, entrevistas.

Una vez que el artículo esté aprobado para publicación se solicitará al autor informar la referencia del lugar del depósito del dataset, incluido el DOI. Los autores deben incluir la respectiva cita en el apartado de metodología y en la lista de referencias (ver cómo referenciar data set en la sección de referencias). Para los artículos que requieran adjuntar un anexo en específico se sugiere vincular este archivo en el dataset y adjuntar la referencia de este en la sección de resultados.

POLÍTICA DE ACCESO ABIERTO Y LICENCIAMIENTO.

Esta Revista provee acceso libre inmediato a su contenido bajo el principio de apoyo e intercambio del conocimiento. 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, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados. MedUNAB proporcionará a los autores un archivo PDF del manuscrito aceptado por el autor que podrá depositarse en un repositorio no comercial después de su publicación.

POLÍTICA ÉTICA EN LA PUBLICACIÓN CIENTÍFICA

Aspectos éticos, confidencialidad y plagio

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, cíñase 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.

El Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), en su revisión actualizada en diciembre de 2019, recomienda que "la autoría sea basada en los siguientes 4 criterios:

1. Contribuciones sustanciales a la concepción o al diseño del manuscrito; o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos; Y
2. Redacción del manuscrito o la revisión crítica de contenido intelectual importante; Y
3. Aprobación final de la versión que será publicada; Y
4. Capacidad de responder por todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo son adecuadamente investigadas y resueltas.

Además de ser responsable por las partes del trabajo que él o ella hayan hecho, un autor debe ser capaz de identificar cuáles coautores son responsables de las partes específicas del trabajo. Adicionalmente, los autores deben tener confianza en la integridad de las contribuciones de sus coautores. Todos aquellos designados como autores deben cumplir con los cuatro criterios de autoría, y todos aquellos que cumplan con los cuatro criterios deben ser identificados como autores. Quienes no cumplan con los cuatro criterios, deben ser reconocidos en los agradecimientos".

Para más información, puede consultar en la página web del ICMJE, disponible en: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>

Acceso, costos de procesamiento y envío de artículos

La revista MedUNAB es una revista científica de acceso abierto, por otra parte, los procesos de envío y editoriales, así como la aceptación a publicar y la publicación de los manuscritos enviados a la revista no generarán costo a los autores.

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 crítica 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. También se solicitará a los evaluadores que declaren si tiene o no conflicto de interés para realizar su labor como evaluador.

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

Plagio, correcciones y retractación

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, y de ello depende la conducta que la revista debe asumir como órgano editor.

Con respecto a lo anterior, MedUNAB se acoge a las recomendaciones determinadas por el Committee on Publication Ethics – COPE para los diferentes escenarios.

Ante sospecha de plagio en manuscritos enviados a evaluación, MedUNAB se acoge al siguiente algoritmo: <https://publicationethics.org/files/plagiarism%20A.pdf>

Ante sospecha de plagio en manuscritos ya publicados, MedUNAB considerará la retractación del artículo y se acogerá al siguiente algoritmo: <https://publicationethics.org/files/plagiarism%20B.pdf>

Por otra parte, los autores o los lectores podrán escribir a la revista para reportar errores en la publicación que puedan requerir de correcciones y en caso de afectar la interpretación de los datos e invalidar el trabajo se publicará la respectiva retractación.

El proceso de identificación de los roles de autoría en los artículos de investigación

La taxonomía de roles de colaboración académica (CRediT) permite diferenciar y reconocer la contribución de cada coautor en un artículo científico. Esta es utilizada para representar las responsabilidades que desempeñaron cada uno de los coautores en la producción académica científica de un documento de investigación. Su principal objetivo es proporcionar el crédito correspondiente a todos los que intervinieron en el proceso de investigación. La delimitación de la participación de cada individuo garantiza que su labor sea reconocida durante la comunicación de los resultados; estas acciones cumplen con los criterios de autoría definidos por el International Committee of Medical Journal Editors. Esta taxonomía distribuye los roles de participación en 14 tipologías mediante las que un autor puede tener su reconocimiento en la publicación. Se puede encontrar una documentación e información detallada en el sitio de la Editorial Ciencias Médicas sobre la taxonomía CRediT (<http://www.ecimed.sld.cu/2020/06/27/taxonomia-credit/>) <https://www.elsevier.com/authors/policies-and-guidelines/credit-author-statement>

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 pueda presentar en la revista es de índole institucional y académica.

Protocolo de interoperabilidad

MedUNAB utiliza el protocolo OAI-PMH para el almacenamiento de archivos por parte de diferentes bases de datos. Puede encontrarlo en el siguiente link <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/oai>. Adicionalmente, la revista cuenta con metaetiquetas siguiendo la norma DublinCore.

INDICACIONES GENERALES Y PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

MedUNAB recibe trabajos científicos escritos en español, inglés o portugués en diversas categorías.

Sin embargo, con el fin de aumentar la visibilidad internacional de la revista MedUNAB, a partir del 1 de enero de 2025, se motiva a los autores para que una vez sea aceptado el artículo, consideren realizar la traducción al idioma inglés. Para ello la revista MedUNAB ofrece diferentes opciones que serán presentadas al autor durante la fase de publicación.

Es importante incluir al final del documento una sección titulada "Puntos claves". Estos puntos son cruciales, ya que serán utilizados para promover y compartir su investigación en redes sociales y plataformas académicas.

- ¿Qué se sabe del tema? Escriba 3 o 4 frases que sintetizen los puntos esenciales sobre lo que se conoce del tema de investigación (máximo 100 palabras en total)

- ¿Qué aporta de nuevo? Escriba 3 o 4 frases que sintetizen los puntos esenciales sobre lo que aporta el estudio de nuevo (máximo 100 palabras en total).

Los artículos pueden presentarse en las siguientes categorías. Los editores se reservan el derecho de cambiar la categoría para mantener la coherencia con el estilo de la revista MedUNAB.

TIPOLOGÍA DE ARTÍCULOS

Artículo de investigación original. Documento que presenta de manera detallada los resultados originales de proyectos de investigación. Para estudios observacionales (transversales, cohorte, casos y controles) tener en cuenta la lista de chequeo de STROBE (<https://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>). Para investigación cualitativa se recomienda la lista de chequeo de COREQ. Para ensayos clínicos CONSORT (solo se publicarán los ensayos con número de identificación registrados en páginas validadas, para otro tipo de estudios tener en cuenta las guías de EQUATOR (<https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>)). La extensión máxima de 5,000 palabras incluyendo el título, resumen, palabras clave, tablas, figuras y referencias. En el caso de estudios de investigación cualitativa se acepta un máximo de 6,000 palabras.

Generalmente contiene cinco apartados: Resumen, Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones (R-I-M-R-D-C). Antes de las referencias incluir los puntos claves. Número máximo de referencias: 40.

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 3,000 palabras incluyendo el título, resumen, palabras clave, tablas, figuras y referencias. Incluir información de Puntos clave. Generalmente contiene cinco apartados: Resumen, Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones (R-I-M-R-D-C). Antes de las referencias incluir los puntos clave. Número máximo de referencias: 20.

Artículo de revisión. Documento resultado de una investigación en que se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones. Dentro de esta categoría se ubican los Scoping review (alcance o panorámica), revisiones sistemáticas, metasíntesis y metaanálisis. Revisiones Scoping Review (alcance o panorámica). Deben utilizar la lista de verificación para este tipo de tipología, teniendo en cuenta la siguiente lista de chequeo (PRISMA-ScR-Fillable-Checklist_11Sept2019.pdf (squarepace.com)). Asimismo se debe registrar previamente el protocolo se sugiere utilizar la plataforma OSF (Open Science Framework) en el siguiente enlace: OSF Registries | Scoping review protocol. <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Marzo2021/PDF/medwave-2021-02-8144.pdf> https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002

Generalmente contiene cinco apartados: Resumen, Introducción, Metodología, Resultados (se aconseja la inclusión de tablas, esquemas y figuras), Discusión y Conclusiones (R-I-M-R-D-C), con una extensión máxima de 5,000 palabras, incluyendo el título, resumen, palabras clave, tablas, figuras y referencias. Antes de las referencias incluir los puntos clave. Número de referencias: 30 hasta 50.

Revisión sistemática con o sin metaanálisis. 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 flujoograma (<http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>). Se diferencia de un artículo de meta-análisis porque en éste último, los autores presentan una síntesis razonable con un análisis estadístico de los resultados encontrados en los estudios. Se sugieren las siguientes lecturas para clarificar los aspectos claves de la elaboración de esta tipología de artículos: <https://www.revespcardiol.org/es-revisiones-sistematicas-metaanalisis-bases-conceptuales-articulo-S0300893211004507> ; <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10654-019-00576-5>. El protocolo de la revisión sistemática debe haberse registrado previamente en alguno de los sistemas de registro como, por ejemplo, <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>. Generalmente contiene cinco apartados: Resumen, Introducción, Metodología, Resultados (se aconseja la inclusión de tablas, esquemas y figuras), Discusión y Conclusiones (R-I-M-R-D-C), con una extensión máxima de 5,000 palabras incluyendo el título, resumen, palabras clave, tablas, figuras y referencias. Antes de las referencias incluir los puntos clave. Número de referencias: mínimo 20 y máximo 50.

Metasíntesis. Se caracteriza por ser una revisión e interpretación rigurosa de los hallazgos de un número de investigaciones cualitativas, usando métodos cualitativos. Tiene como meta producir una interpretación nueva e integrativa de los hallazgos, que aporte mucho más que los resultados individuales de cada investigación. Generalmente contiene cinco apartados: Resumen, Introducción, Metodología, Resultados (se aconseja la inclusión de tablas, esquemas y figuras), Discusión y Conclusiones (R-I-M-R-D-C), con una extensión máxima de 6,000 palabras incluyendo el título, resumen, palabras clave, tablas, figuras y referencias. Antes de las referencias incluir los puntos clave. Número de referencias: mínimo 20 y máximo 50.

En los siguientes enlaces encontrará ejemplos de cómo estructurar estos tipos de revisiones:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-79862020000200005
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000300002
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n4/v9n4a14.pdf>

Artículos Especiales. Se considerarán temas diversos entre los que destacan el abordaje de temas relacionados con la metodología de la investigación, especialidades, desarrollo académico en el área de ciencias de la salud o cualquier otro tipo de artículos en inglés o en español, cuyo contenido el equipo editorial considere de gran relevancia según las tendencias actuales a nivel nacional e internacional. El equipo editorial está abierto a cualquier sugerencia por parte de autores o grupos interesados en que se actualice el conocimiento en un aspecto específico o novedoso del área de ciencias de la salud, con

una extensión máxima de 4,000 palabras incluyendo 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 máximo de referencias: 30. Incluir información de puntos clave. El número máximo de autores permitido será de 6.

Imágenes en 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. El máximo número de fotografías para un envío serán 4. 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 y composición, 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. El paciente debe firmar un consentimiento informado, y éste debe enviarse junto con las imágenes al hacer el primer envío a la revista.

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). El escrito no es estructurado, sin embargo, debe incluir inicialmente la Información clínica relevante (descripción del caso, hallazgos clínicos, de laboratorio, respuesta al tratamiento, evolución), y luego la definición de la patología, descripción usual de las lesiones según la literatura, justificación que deje clara la importancia de la publicación de la imagen. La revista se reserva el derecho de editar las imágenes enviadas para ajustar a la adecuada calidad exigida. Límite de palabras con descripción del caso: 800 incluyendo título y referencias. Máximo número de autores: 4. Máxima cantidad de referencias: 6.

Comentarios o resúmenes de práctica basada en la evidencia. Se presenta en forma breve un problema clínico en torno al cual han aparecido uno o más estudios recientes que reconfiguran el estado del conocimiento, por lo que el comentario o resumen se centra en la aplicabilidad en la práctica derivada del análisis realizado a estos estudios. Incluye una discusión sobre la validez de estos estudios, sus resultados e interpretación para el entorno de los desarrolladores del comentario o resumen. Se presentarán en la siguiente estructura: Título en formato de pregunta, antecedentes que sustenten la pregunta o problema clínico, cuerpo de evidencia que responde a la pregunta (Estudios principales), valoración crítica de la evidencia, resultados o principales hallazgos, conclusión en formato de recomendación o resumen para la práctica que incluya la fortaleza y dirección de la evidencia científica que la soporta. Límite de palabras 3000 incluyendo título, resumen, palabras clave, tablas y referencias. Máximo número de autores: 6. Máxima cantidad de referencias: 25.

Algunos ejemplos de este tipo de artículos pueden ser consultado en el siguiente link: <https://www.lacardio.org/unidad-de-sintesis-y-transferencia/> https://www.lacardio.org/unidad_sintesis/cuales-son-los-resultados-clinicos-del-uso-de-un-incentivo-respiratorio-durante-el-posoperatorio-inmediato-de-cirugia-abdominal-toracica-y-cardiaca/

Carta al editor. Posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en el último año en la revista MedUNAB 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 1,000 palabras incluyendo título y referencias), corrección gramatical o estilo y de ello se informará al autor antes de su publicación. Número máximo de referencias: 10.

Editorial. Documento escrito por el editor, un miembro del Comité Editorial o un investigador invitado a discreción del Editor, 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 incluyendo el título, palabras clave y las referencias (10 o menos). Tablas/Figuras: Un máximo de 1 figura o tabla. Asegúrese de que haya un mensaje claro en la conclusión.

Ciencia y Arte.

Esta sección corresponde a una reseña que presenta la imagen de la portada de la revista MedUNAB, donde el autor de la obra presenta sus credenciales y los aspectos más relevantes que le inspiraron hacer la obra y la técnica utilizada. La correspondencia enviada puede ser editada por razones de extensión, corrección gramatical o estilo y de ello se informará al autor antes de su publicación. No debe exceder las 1000 palabras incluyendo título.

CARACTERÍSTICAS DE LOS APARTADOS

Orientaciones generales

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 estándar. Use letra bastardilla 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 se debe incluir, para cada autor, su nombre y apellidos completos, grado(s) académico(s), filiación institucional, ciudad, departamento, país (la información proporcionada no debe ir con abreviaturas o siglas), correo electrónico (personal e institucional), tipo y número de documento de identificación con lugar de expedición, número de teléfono móvil o fijo, link de su CvLAC (con su información actualizada) e identificadores como: ID Redalyc, ORCID (recomendamos crear su usuario en <https://orcid.org/register>), Scopus, Cvlac, Research Gate, Mendeley, Academia, Google Citation, ROR Research Organization Registry (<https://ror.org>), etc. (no se incluirán los identificadores que no sean proporcionados por los autores).

Todos los autores deben enviar los datos mencionados previamente y debe especificarse el nombre del autor responsable de la correspondencia con su dirección postal completa, número telefónico y correo electrónico. En el envío deben presentar nombres de tres posibles pares evaluadores internacionales con los datos de contacto (nombres completos, formación, correo electrónico). Los pares evaluadores propuestos deben cumplir el criterio de mínimo formación de maestría, haber publicado en los dos últimos años en revistas indexadas a Scopus o WOS relacionados con el tema a evaluar, a discreción del Comité Editorial de la revista se determinará si los pares evaluadores propuestos serán consultados.

Es importante tener en cuenta que este apartado debe enviarse en un archivo aparte, de tal manera que no haya información de los autores dentro del artículo.

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 se presenta únicamente en el idioma original del artículo y tendrá máximo 250 palabras. La traducción del resumen a los otros dos idiomas, será realizada por la Revista MedUNAB, si el autor lo requiere. 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.

Palabras Clave. Se requiere usar entre cinco y ocho palabras clave tanto en español como en inglés y portugués. Para seleccionar las Palabras Clave en español y portugués, consulte los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) publicados en <https://decs.bvsalud.org/es/>; 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.

Fuentes de financiación: los autores deben declarar si recibieron alguna fuente de financiación indicando la entidad o entidades financiadoras y el nombre del proyecto con el cual está asociada la publicación (en caso que aplique).

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 la Guía de citas y referencias Vancouver realizada por la Universidad Autónoma de Bucaramanga (Correa-Parada I, Picón-Merchán J, Estupiñán-Ortiz A, Barreto-Montenegro AE. Guía de citas y referencias Vancouver [Internet]. 2020. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/11879>). 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, Pubindex, 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

Mompert 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* [Internet]. 2007;6(3):15-24. doi: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20071110>

- Con formato de edición continua

Autores. Título. Revista. Año; Volumen(número). Número de páginas precedidos de la letra e. doi. Si no tienen volumen: Apellidos e inicial de los autores. Título del trabajo. Nombre abreviado de la revista. Año; día y Mes de la fecha de publicación y doi.

- 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: <https://doi.org/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; 2012 [citado 3 de octubre de 2017]. 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: <https://doi.org/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/xmloi/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: <https://doi.org/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/>

- Referencias de dataset

Autores. Título del conjunto de datos. Año. Repositorio o archivo de datos: Versión (si la hay). DOI.

ENVÍOS

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

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 XML JATS 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.

PROCESO EDITORIAL

Fases de revisión de los artículos

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; de esta manera el proceso de revisión tiene varios momentos:

- 1) Verificación del cumplimiento de normas para autores, para ello se usará una lista de chequeo en el que se hará verificación del grado de similitud del artículo con otras publicaciones haciendo uso del software anti-plagio de la revista.
- 2) Revisión interna del artículo, en el que se revisa pertinencia de la publicación y coherencia del documento.
- 3) Revisión por pares externos.
- 4) Revisión del cumplimiento de sugerencias de pares y aprobación para su publicación.

REVISIÓN INTERNA

En general, esta evaluación será ciega por parte del equipo de la Escuela Editorial, quien no conocerá los nombres de los autores, y se hará una revisión exhaustiva de las referencias. De no cumplir con los criterios mencionados previamente, el manuscrito será enviado a sus autores con indicación de hacer correcciones antes de seguir el proceso editorial (este proceso puede durar hasta tres meses). 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.

EVALUACIÓN POR PARES

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 Minciencias-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, el autor debe enviar la nueva versión del artículo. Esta etapa del proceso editorial tardará en promedio de tres a cinco 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.

CONTINUACIÓN DEL PROCESO EDITORIAL

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 50 segundos de duración, cumpliendo la siguiente estructura: Nombres de autores, título del artículo en mención, resumen y principales resultados del estudio. Este video será publicado en el canal de la revista en Youtube y en la página web de la revista, 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 y hacer la declaración de los roles de contribución para la producción académica (Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Adquisición de fondos, Investigación, Metodología, Administración de proyecto, Recursos, Software, Supervisión, Validación, Visualización, Escritura – borrador original, Redacción: revisión y edición, ver <https://credit.niso.org/>. Sin este documento es imposible la publicación en la Revista MedUNAB.

TIEMPO ESTIMADO PARA LOS PROCESOS DE EVALUACIÓN Y PUBLICACIÓN

La Revista MedUNAB, cuenta con un cronograma de proceso de revisión editorial interna, revisión externa, aprobación, y procesos de corrección de estilo, traducción, diagramación, y publicación aproximada entre 8 y 12 meses, según respuesta de evaluadores y autores.

SELECCIÓN DE COMITÉS EDITORIAL Y CIENTÍFICO

Los comités editorial y científico se han venido conformando con la ayuda de las direcciones de los programas de Enfermería, Medicina y Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. La postulación se hace teniendo en cuenta múltiples parámetros, entre estos, que sean docentes o investigadores con vinculación de la Universidad Autónoma de Bucaramanga o vinculación externa a la institución de índole nacional e internacional, que se encuentren trabajando en algún proyecto colaborativo interinstitucional ya sea de docencia, investigación o extensión, además se valora la experiencia investigativa y las publicaciones científicas que posean los candidatos, finalmente se realiza una valoración de su índice de citación en POP el cual debe ser superior a 2.

En caso de dudas, siempre podrá contactarnos a través de:

Revista MedUNAB

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Calle 157 No. 14-55 Cañaveral Parque
Floridablanca, Santander, Colombia.
Teléfonos: (+57) (607)6436111 Ext 549, 529
E-mail: medunab@unab.edu.co

Guidelines for authors

Editorial policies and scope

MedUNAB was founded in 1997 by the Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) in Colombia, South America. It is an open access, double blinded peer reviewed, scientific journal. MedUNAB publishes national and international scientific and academic intellectual production around the disciplines related to health sciences, giving priority to interprofessional care, public health, general medicine, nursing, psychology, biomedical engineering and clinical-surgical specialties. Principally, it publishes articles based on investigation, revision, and investigation methodology.

MedUNAB follows the ethical standards proposed by the Committee on Publication Ethics (COPE) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). It is published three times a year (one issue every four months) and is addressed to scientists, researchers, specialists, professionals and students interested in health sciences. MedUNAB 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.

Diversity and inclusive language politics

Attention must be paid to the general principles of writing about every person and their personal characteristics without prejudices, making use of inclusive and non-discriminatory language to avoid gender bias. For this, we recommend consulting the APA normative, a reliable guide that provides clear and comprehensive instructions: <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/bias-free-language/general-principles>

Financial resources

MedUNAB journal is exclusively funded by the Universidad Autónoma de Bucaramanga, receives no private nor public external funding sources, and the publicity that might be presented in the journal is strictly 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.

Interoperability protocol

MedUNAB uses the OAIPMH protocol for the storage of files by different databases. You can find it at the following link: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/oaipmh>. Additionally, the journal has meta tags following the Dublin Core standard.

Digital preservation policies

Currently, the MedUNAB journal is covered by the PORTICO Digital Preservation Service which provides reliable preservation services for electronic resources and ensures that the digital content is available and accessible to researchers, academics, and students. This digital preservation system operates on a community model in which its own reviews and external peer certifications are guaranteed to ensure the quality and safety.

Long-term digital preservation is ensured by the fulfillment of the following key factors:

1. Usability: the intellectual content must remain usable even with technological changes, for which the PORTICO service monitors constant threats of technological obsolescence and takes the measures to face them.
2. Authenticity: the content must be an authentic and verifiable replica of the original material, for which the PORTICO service maintains a constant audit of the files and its metadata.
3. Visibility: the content must have logical bibliographic metadata that allows it to be found over time. The PORTICO service ensures that the preserved content has these characteristics so that it is always found.
4. Accessibility: the content must be available for its use. The PORTICO service always maintains the titles available for users.

MedUNAB also adheres to the archive politics established by the DOAJ Directory Open Access Journals for the preservation of long-term content.

Politics for the use of artificial intelligence technologies

Politics established by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) are adopted about the use of artificial intelligence (AI), just as they are presented in the following paragraph:

When the manuscript is sent, the authors must reveal if they used AI-assisted technologies (such as language models, chatbots, or image creators) to produce the job sent. If it is as illustrated previously, the presentation letter and the manuscript must add a description of the technologies used and the product.

The authors must review and edit carefully all of the materials produced by the use of AI, to avoid results that may seem authorized and incorrect, incomplete or biased.

Authors are tasked with a crucial responsibility: to meticulously review and edit all AI-generated materials. This is to prevent the production of seemingly authorized, yet incorrect, incomplete, or biased results.

The authors must be able to confirm that plagiarism of the text or images does not exist in materials produced by AI. The authors must be sure that every material cited is correctly attributed, including complete citations. Cited material made by AI is not accepted. Primary sources must be cited.

Preprint Publication Policy

MedUNAB accepts manuscripts that have been published previously in a preprint non-profit-driven server. The authors must notify MedUNAB about any preprint related to the sent manuscript.

Open-science politics

When submitting the research manuscript, authors are encouraged to upload the data that underlie the findings reported in the manuscript. A repository that may be institutional but should be publicly accessible and appropriate for datasets (source databases or tabulated data sets) is suggested while maintaining the confidentiality of study participants (anonymous version). The Dataset can also be created using any platform, but the journal recommends the use of some:

Mendeley Data: <https://data.mendeley.com/>

Zenodo: <https://zenodo.org/>

The Dataverse Project: <https://dataverse.org/>

Dryad: <https://datadryad.org/stash>

Figshare: <https://figshare.com/>

EMBL EBI: <https://www.ebi.ac.uk/>

The public dataset aims to provide archives so that evaluators, editors, and readers may observe and access the original results data. Different archives exist for different types of documents associated with the datasets: Excel, Word, PDF, videos, images, and interviews.

Once the article has been approved for publication, the author will be asked to provide the reference of the dataset's deposit place, including the DOI. The authors must include the respective citation in the methods section and in the reference list (see how to reference a data set in the reference section). For articles that require the attachment of a specific appendix, it is suggested that this document be attached to the dataset and the reference in the results section.

OPEN-ACCESS AND LICENSING POLITICS

This Journal provides immediate access to its content under the principle of support and knowledge exchange. The publications of the MedUNAB journal are under a Creative Commons Attribution License (Creative Commons, CC) type 4.0, with attribution and non-commercial rights, that permit unlimited use, distribution, and reproduction in any way, as long as the original author and source are correctly cited. MedUNAB gives the authors a PDF document of the manuscript accepted by the author that may be deposited in a non-commercial repository after its publication.

Article Types

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

However, as of January 1st, 2025, to increase the MedUNAB Journal's international visibility, we motivate the authors to translate the article to English as soon as the manuscript is accepted. MedUNAB offers different options for this, which will be presented to the author in the publication phase.

It is important to send Key Point information, which will be included at the end of the article with the following information:

- What is known about the subject? Write 3 or 4 sentences that summarize the essential points about what is known about the research topic (maximum 100 words in total)

- What does it contribute to the knowledge of the subject? Write 3 or 4 sentences that summarize the essential points about what the study contributes to the knowledge of the topic (maximum 100 words in total).

Original article. This document presents detailed outcomes of original research projects. For observational studies (cross-sectional, cohort, cases and controls) take into account the STROBE checklist (<https://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>). For qualitative research, the COREQ checklist is recommended. For CONSORT clinical trials (only trials with registered identification number will be published on validated pages, for other types of studies take into account the EQUATOR guidelines (<https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>)). Maximum length of 5,000 words including the title, abstract, keywords, tables, figures and references. In the case of qualitative research studies, a maximum length of 6,000 words is accepted. It generally contains five sections: Abstract, Introduction, Methodology, Results, Discussion and Conclusions (A-I-M-R-D-C). Include the key points before the references. Maximum number of references: 40.

Short article. Short reports or progress on partial results of original research, in which its rapid disclosure is of great utility, with a maximum length of 3,000 words including the title, abstract, keywords, tables, figures and references. It is important to include Key Point information. It generally contains five sections: Abstract, Introduction, Methodology, Results, Discussion and Conclusions (A-I-M-R-D-C). Maximum 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, with an extension 5,000 words maximum including title, abstract, keywords, tables, figures and references. It is important to include Key Point information. It generally contains four sections: Abstract, Introduction, Reflection topics and Conclusions (A-I-RT-C). Maximum number of references: 40.

Review article. Document resulting from research in which the results of another research are analyzed, systematized, and integrated. Within this category you may find the integrative, systematized reviews, Scoping review or exploratory systematic review.

Scoping Review Revisions (Scopus or overview). The list of verification must be used for this type of typology, considering the following checklist: (PRISMA-ScR-Fillable-Checklist_11Sept2019.pdf (squarespace.com)). Also, the protocol must be registered previously. We suggest to use the OSF (Open Science Framework) platform in the following link: OSF Registries | Scoping review protocol. <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Marzo2021/PDF/medwave-2021-02-8144.pdf> https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002. It is important to include Key Point information. It generally contains five sections: Abstract, Introduction, Methodology, Results (the inclusion of tables, diagrams and figures is recommended), Discussion and Conclusions (A-I-M-R-D-C), with a maximum extension of 5,000 words, including the title, abstract, keywords, tables, figures and references. The key points must be included before the references. Minimum number of references: 50.

Systematic review. It presents a detailed systematic search of the literature, in which the inclusion and exclusion criteria are exposed, as well as the terminology used for the search, databases, period, 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 due that in the latter, authors present a reasonable synthesis with a statistical analysis of the results found in studies. The following readings are suggested to clarify the key aspects of the elaboration of this type of articles: <https://www.revespcardiol.org/es-revisiones-sistematicas-metaanalisis-bases-conceptuales-articulo-S0300893211004507> ; <https://link.springer.com/article/10.1007%2F10654-019-00576-5> . The systematic review protocol must have been previously registered in one of the registration systems, such as: <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/> . It is important to include Key Point information. It generally contains five sections: Abstract, Introduction, Methods, Results (it is recommended to include tables, charts and figures), Discussion and Conclusions (A-I-M-R-D-C), with a maximum length of 5,000 words including the title, abstract,

keywords, tables, figures and references. Include the key points before the references. Minimum number of references: 20 and maximum: 50.

Methasynthesis. It is a rigorous revision and interpretation of findings in several qualitative investigations using qualitative methods. It aims to produce a new and integrative understanding of the findings that can benefit much more than the individual results of each investigation. Generally, it has five sections: Abstract, Introduction, Methods, results (we suggest including tables and figures), discussion and conclusions (A-I-M-R-D-C), with a maximum extension of 6,000 words including title, abstract, keywords, tables, figures, and references. Include the key points before the references. Number of references: Minimum: 20 and maximum: 50.

following link: <http://doi.org/10.4321/S1132-12962011000100023>. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-79862020000200005 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000300002 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002 <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n4/v9n4a14.pdf>

Special Articles. A variety of topics will be considered, among which stand out the approach of topics related to research methodology, specialties, academic development in the area of health sciences, or any other type of article in English or Spanish. Your work could contribute significantly to the current trends at the national and international levels. The editorial team is open to any suggestion from authors or groups interested in updating knowledge in a specific or novel aspect of the health sciences area, with a maximum length of 4,000 words, including title, abstract, keywords, tables, figures, and references. It generally contains five sections: Abstract, Introduction, Methodology, Results, Discussion and Conclusions (R-I-M-R-R-D-C). Maximum number of references: 30. Include information on key points. The maximum number of authors allowed is 6.

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 3,000 words including counting the title, abstract, keywords, tables, figures and references. It is important to include Key Point information. Maximum 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. Case reports should be adapted to the following structure, depending on the discipline:

Images in clinical medicine. Photographs that aim to capture and illustrate visually and didactically a concept, discovery, variety, disease or diagnosis found by health professionals, in daily clinical practice. These must be original images, with 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: 4. Each photograph must be sent separately (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 submitted photographs: appropriate angle and composition, 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). The patient must sign an informed consent, which must be sent along with the photographs.

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 text has not particular structure and must contain clinically 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 image. The journal reserves the right to edit submitted photographs, in order to adjust quality requirements.

Maximum number of words for the description of the clinical medical image: 800 including title and references. Maximum number of authors: 4. Maximum number of references: 6.

Comments or abstracts of the practice based on the evidence.

In this type of article, a clinical problem is presented thoroughly, where several recent studies have been published that have changed the knowledge of the subject. It aims to find the applicability in the practice derived from the analyses of these studies. It includes a discussion about these studies' validity, results, and interpretation. It will be presented in the following structure: Title in a question format, backgrounds that sustain the question or the clinical problem, body of the evidence that answers the question (principal studies), critical evaluation of the evidence, results or principal findings, conclusion in recommendation format or an abstract that includes strength and direction of the scientific evidence that supports it. The limit of words is of 3000 including title, abstract, keywords, tables and references. Maximum number of authors: 6. Maximum number of references: 25.

Some examples of these types of articles may be consulted in the following links: <https://www.lacardio.org/unidad-de-sintesis-y-transferencia/>; https://www.lacardio.org/unidad_sintesis/cuales-son-los-resultados-clinicos-del-uso-de-un-incentivo-respiratorio-durante-el-posoperatorio-inmediato-de-cirugia-abdominal-toracica-y-cardiaca/

Letter to the editor. Critical, analytical or interpretative positions about documents already published by the MedUNAB 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. Maximum number of references: 10.

Editorial. This document is written by the editor, a member of the Editorial Committee or a guest researcher chosen by the editor, 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 counting the title and the references. (10 or less). Tables/figures: a maximum of 1 figure or table. Be sure to leave a clear and concise message in the conclusion.

Science and Art.

This section corresponds to a review of the image presented on the MedUNAB Journal cover, where the author presents their credentials and the most relevant aspects that inspired the piece's design and technique. The correspondence sent can be edited because of extension factors, grammatical, or style corrections. The author will be informed before it is published. The maximum number of words is 1000, including the title.

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 a 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, his/her full name, academic degree(s), institutional affiliation, city, department, country (the information provided should not include abbreviations or acronyms), e-mail (personal and institutional), ID number and place of issue, telephone number (cellphone or landline number), link of the author's CvLAC (with updated information) and identifiers such as: ID Redalyc, ORCID (we highly recommend to create your login: <https://orcid.org/register>), Scopus, CvLAC, Research Gate, Mendeley, Academia, Google Citation, among others (identifiers that are not provided by the authors will not be included).

All the authors must send the data mentioned previously and it is also required to provide full contact information from the correspondence author, including postal address, phone number and e-mail address. The peer evaluators proposed must fulfill the minimum criteria of a master's degree, having published in indexed journals in Scopus or WOS

the last two years related to the topic they are evaluating; the editing committee of the Journal will choose if the peer evaluators proposed will be consulted.

It is important to take into account that this section must be sent in a separate file, so that there is no information about the authors within the article.

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, Methodology, Results, Discussion and Conclusions. The abstract is presented only in the article's original language and will have a maximum of 250 words. The translation of the abstract into the other two languages will be carried out by MedUNAB journal, if the author requires it. The use of references is not allowed, nor is recommended the inclusion of acronyms in the abstract. The writing must be in third person.

Keywords. It is required to list from **five to eight keywords** in Spanish as well as in English and Portuguese. Consult the Health Sciences Descriptors (DeCS) published in <https://decs.bvsalud.org/es/>; to select the ones in Spanish and Portuguese, 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 this 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.

Funding sources: authors must declare if they received any source of funding, indicating the funding entity or entities and the name of the project with which the publication is associated (if applicable).

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 preceded 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 Vancouver Citations and References Guide produced by the Universidad Autónoma de Bucaramanga (Correa-Parada I, Picón-Merchán J, Estupiñán-Ortiz A, Barreto-Montenegro AE. Guía de citas y referencias Vancouver [Internet]. 2020. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/11879>). 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, Publindex, Fuente Académica, Periódica, Redalyc 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 agujón 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

Mompert 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 2018 Oct 3];137:625-33. Available from: 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* [Internet]. 2007;6(3):15-24. doi: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20071110>.

- With continuous editing format

Authors. Title. Journal. Year; Volume (number). With an e and after number of pages. Doi.

If they do not have volume: Last name and initial of the authors. Work title. Abbreviated name of the journal. Year; day and month of the publication date and doi.

- 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 2016 Oct 25]. 65 p. Available from: <https://goo.gl/WkS9OL>

- With DOI:

Srivastava D, Mueller, M, Hewlett, E. Better Ways to Pay for Health Care [Internet]. Paris: OECD; 2016. 170 p. doi: <https://doi.org/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; 2012 [cited 2017 Oct 3]. p. 103-10. Available from: <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: <https://doi.org/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 2016 Oct 26]. Report No.: NCJ 207769. Available from: <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 2016 May 3]. 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: <https://doi.org/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 [Thesis on the Internet]. [Pamplona]: Universidad Pública de Navarra; 2016 [cited 2018 Oct 3]. Available from: <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 from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

- Dataset references:

Authors. Title of the database. Year. Data archive: version (if one exists). DOI.

Submissions

Any material proposed for publication in MedUNAB must be sent via "portal de revistas académicas" at Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/index> through the Open Journal System (OJS). Subscribe as an author by clicking on <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/user/register>.

Editing Formats

The MedUNAB journal had a physical format with ISSN 0123-7047 registration until 2018. Currently, with the objective of caring for our environment, we embrace the initiative of a single electronic format in PDF and XML JATS with the ISSN 2382-4603 registration, in addition to doi registration: <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 journals 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.

Editorial process

Review phases of the articles

Once the article has been received, it is reviewed by the Editor and the Publishing School team to verify its compliance with the formal elements requested in the instructions to the authors. In this way, the review process has several moments:

- 1) Verification of compliance with standards for authors. For this matter, a checklist will be used in which the degree of similarity of the article with other publications will be verified using the journal's anti-plagiarism software.
- 2) Internal review of the article, in which the relevance of the publication and coherence of the document are assessed.
- 3) External peer review.
- 4) Review of compliance with peer suggestions and approval for their publication.

Internal review

In general, this evaluation will be blind on behalf of the Publishing School team, which will not know the names of the authors, and it will perform a comprehensive review of the references. If the manuscript does not meet these criteria mentioned previously, it will be sent to the authors indicating the corrections they must take into account before continuing the editorial process (this process can take up to three months). If the manuscript meets the formal requirements, the author will receive a notification stating that the manuscript will continue to the next phase, which is the evaluation by external scientific peer-reviewers.

Peer Evaluation

External scientific peer-reviewers 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 MINCIENCIAS-Colombia as Junior, 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. 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, the reason must be argued. Finally, the author must send the new version of the article. This stage will take an average ranging from three to five 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.

Continuation of the editorial process

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 link that leads to his/her published article, along with a letter of acknowledgement.

The correspondence author has the option to send a short video with adequate image quality, lighting and sound. It must be short, lasting maximum 50 seconds, and including 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 on the Journal's YouTube channel, and on its website, with the purpose of reaching a greater visibility of its scientific production.

Submission of the manuscript

The manuscript must be submitted with a letter signed by all the authors stating that they agree with its contents, and originality. It must also be mentioned that the manuscript has not been published partially or totally before, nor has been evaluated by another 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 authors must sign a copyright release form and declare their contribution roles for the academic production (Conceptualization, Data curation, Formal analysis, Acquisition of funds, Research, Methodology, Project management, Resources, Software, Supervision, Validation, Visualization, Writing - original draft, Writing: revision and editing, see <https://credit.niso.org/>). Without this document it is impossible to publish in the MedUNAB Journal.

Estimated time for the evaluation and publication processes

The MedUNAB Journal has a schedule of internal editorial review, external review, approval, and style correction, translation, layout, and publication processes of about 6 to 10 months, depending on the response of reviewers and authors.

Editorial and Scientific Committees Selection

The editorial and scientific committees have been created with the help of the directors of the Nursing, Medicine and Psychology programs of the Faculty of Health Sciences of the Universidad Autónoma de Bucaramanga. The application is made considering multiple parameters, among which are: to be a professor or researcher with links to the Universidad Autónoma de Bucaramanga, or to have an external vinculum to the institution at a national and international level, or to be working on an interinstitutional collaborative project, whether of university teaching, research, or extension. In addition, the candidates' research experience and scientific publications are taken into account. Finally, an assessment of their citation index in POP is made, which must be higher than 2.

In case of further doubts or need of guidance, you may contact us under:

Revista MedUNAB

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Calle 157 N° 14-55 Cañaveral Parque
Floridablanca, Santander, Colombia.
Telephone numbers: (+57) (607)6436111 Ext. 549, 529
E-mail: medunab@unab.edu.co

Instruções para os autores

Objetivo e política editorial

A revista MedUNAB foi fundada em 1997 pela Universidade Autônoma de Bucaramanga (Colômbia, América do Sul). Trata-se de uma revista científica de acesso aberto, revisada às cegas por avaliadores externos. A MedUNAB divulga o conhecimento nacional o internacional gerado pela atividade científica na área de ciências da saúde, priorizando trabalhos que abordem a saúde a partir de um enfoque interprofissional, nas áreas de: saúde pública, medicina, enfermagem, psicologia, engenharia biomédica e especialidades clínico-cirúrgicas. Publica principalmente pesquisas, revisões e artigos especiais sobre metodologia de pesquisa.

A MedUNAB segue os padrões éticos propostos pelo Comitê de Ética em Publicações (COPE) e pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). É publicada três vezes por ano (uma edição a cada quatro meses) e é dirigida a cientistas, pesquisadores, especialistas, profissionais e estudantes interessados na área de ciências da saúde. A MedUNAB é editada e publicada em Bucaramanga, Santander, 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.

Política inclusiva de linguagem e diversidade

Deve-se prestar atenção aos princípios gerais para escrever sobre todas as pessoas e as suas características pessoais sem preconceitos, utilizando uma linguagem inclusiva e não discriminatória e evitando preconceitos de gênero. Para isso, recomenda-se consultar o regulamento

APA: <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/bias-free-language/general-principles>

Políticas de preservação digital

Atualmente, a revista MedUNAB está coberta pelo serviço de Preservação Digital PORTICO, que oferece serviços confiáveis de preservação de recursos eletrônicos e garante que o conteúdo digital esteja disponível e acessível a pesquisadores, acadêmicos e estudantes. Esse sistema de preservação digital opera em um modelo comunitário no qual as próprias análises e certificações de pares externos são garantidas para garantir qualidade e segurança.

A preservação digital de longo prazo é garantida atendendo aos seguintes fatores-chave:

1. Usabilidade: o conteúdo intelectual deve permanecer utilizável mesmo com as mudanças tecnológicas, para as quais o serviço PORTICO monitora as ameaças constantes de obsolescência tecnológica e toma as medidas para enfrentá-las.
2. Autenticidade: o conteúdo deve ser uma réplica autêntica e verificável do material original, para o qual o serviço PORTICO mantém uma auditoria constante dos arquivos e seus metadados.
3. Visibilidade: o conteúdo deve possuir metadados bibliográficos lógicos que permitam sua localização ao longo do tempo. O serviço PORTICO garante que o conteúdo preservado tenha essas características para que seja sempre encontrado.
4. Acessibilidade: o conteúdo deve estar disponível para uso. O serviço PORTICO mantém os títulos sempre à disposição dos usuários.

MedUNAB também adere às políticas de arquivamento estabelecidas pelo DOAJ Directory Open Access Journals para preservação de conteúdo a longo prazo.

Política sobre o uso de tecnologias de inteligência artificial

As políticas são adotadas conforme especificado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), sobre o uso de inteligência artificial (IA), conforme apresentado abaixo:

Os autores devem divulgar, ao enviar o manuscrito, se tecnologias assistidas por IA (como grandes modelos de linguagem, chatbots ou criadores de imagens) foram utilizadas para produzir o trabalho submetido. Nesse caso, tanto a carta de apresentação quanto o trabalho apresentado deverão incluir uma descrição das tecnologias utilizadas e do que foi produzido.

Como os autores de um manuscrito são responsáveis pela precisão, integridade e originalidade do trabalho, chatbots ou outras tecnologias assistidas por IA não podem ser listados como autores.

Os autores devem revisar e editar cuidadosamente todos os materiais produzidos usando IA para evitar o envio de resultados que pareçam confiáveis, mas que estejam incorretos, incompletos ou tendenciosos. Os autores devem ser capazes de afirmar que não há plágio de texto ou imagens nos materiais produzidos por IA. Os autores devem garantir que todo o material citado seja devidamente atribuído, incluindo citações completas.

A citação de material gerado por IA não é aceitável. A fonte primária deve ser citada

Política de publicação pré-imprensa

MedUNAB aceita a submissão de manuscritos que tenham sido previamente publicados em um servidor de pré-imprensa sem fins lucrativos. Os autores devem notificar a MedUNAB sobre quaisquer pré-imprensões relacionadas à submissão de um manuscrito.

Política de ciência aberta

Ao submeter o manuscrito dos resultados da pesquisa, os autores são convidados a fazer upload dos dados que originaram os achados relatados no manuscrito, sugere-se um repositório que pode ser institucional, mas com acesso público apropriado ao Dataset (bases de dados fonte ou conjunto de dados tabulados), manutenção do sigilo dos participantes do estudo (versão anônima). O Dataset também pode ser criado em qualquer gerenciador, mas a revista recomenda o uso do seguinte:

Mendeley Data: <https://data.mendeley.com/>

Zenodo: <https://zenodo.org/>

The Dataverse Project: <https://dataverse.org/>

Dryad: <https://datadryad.org/stash>

Figshare: <https://figshare.com/>

EMBL. EBI: <https://www.ebi.ac.uk/>

O objetivo do conjunto de dados público é disponibilizar os arquivos para que avaliadores, editores e leitores possam observar e acessar os dados originais dos resultados apresentados. Dentre os tipos de documentos para vincular no conjunto de dados, são considerados diferentes tipos de arquivos: Excel, word, PDF, vídeos, imagens, entrevistas.

Uma vez aprovado o artigo para publicação, será solicitado ao autor a referência do local onde o conjunto de dados foi depositado, incluindo o DOI. Os autores deverão incluir a respectiva citação na seção de metodologia e na lista de referências (veja como referenciar conjuntos de dados na seção de referências). Para artigos que necessitam de anexo específico, sugere-se vincular esse arquivo no conjunto de dados e anexar sua referência na seção de resultados.

Política de acesso aberto e licenciamento

Esta Revista proporciona acesso imediato e gratuito ao seu conteúdo fundamentando-se no princípio de apoio e intercâmbio de conhecimento. As publicações da revista MedUNAB estão protegidas por uma Licença Creative Commons Atribuição (Creative Commons, CC) tipo 4.0, que permite a atribuição e direitos não comerciais, possibilitando o uso irrestrito, a distribuição e reprodução ilimitada em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam devidamente citados. A MedUNAB fornecerá aos autores um arquivo PDF do manuscrito aceito pelo autor que poderá ser depositado em um repositório não comercial após a publicação.

QUESTÕES ÉTICAS, SIGILO E PLÁGIO

Ética na publicação científica

Quando a publicação envolver contato com seres humanos, principalmente durante experimentos, se deve indicar os procedimentos realizados de acordo com os padrões estabelecidos pelo 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 estudos clínicos indicar o número de registro do estudo.

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 fez uma contribuição intelectual significativa para o estudo. O Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), em sua revisão atualizada em dezembro de 2019, recomenda que "a autoria seja baseada nos seguintes 4 critérios:

1. Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do manuscrito; ou à aquisição, análise ou interpretação dos dados; E
2. Redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; E
3. Aprovação final da versão a ser publicada; E
4. Capacidade de responder por todos os aspectos do artigo, a fim de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam investigadas e resolvidas de forma adequada.

Além de ser responsável pelas partes da obra que realizou, o autor deve ser capaz de identificar quais co-autores são responsáveis pelas partes específicas da obra. Além disso, os autores devem confiar na integridade das contribuições de seus coautores. Todos aqueles designados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria, e todos aqueles que atenderem a todos os quatro critérios devem ser identificados como autores. Aqueles que não atenderem aos quatro critérios devem ser mencionados nos agradecimentos".

Para mais informações, você pode consultar o site do ICMJE, disponível em: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>

Custos de acesso, processamento e envio de artigos

A revista MedUNAB é uma revista científica de acesso aberto, por outro lado, os processos de submissão e editorial, bem como a aceitação na publicação e a publicação dos manuscritos enviados à revista não geram custo para os autores.

Confidencialidade

Os manuscritos recebidos e avaliados, independentemente de serem aceitos ou rejeitados, 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 pelos avaliadores; nem o seu destino final. As informações serão dadas unicamente aos autores e aos avaliadores. Solicitações de terceiros para utilizar os manuscritos ou suas revisões em processos judiciais serão respeitosamente recusadas.

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 do manuscrito. Os avaliadores também deverão declarar qualquer potencial conflito de interesses em relação ao seu trabalho como avaliadores.

Os manuscritos recebidos, independentemente de serem aceitos ou rejeitados, juntamente com a respectiva correspondência serão armazenados em um arquivo, isto é feito, a fim de cumprir as instruções PUBLINDEX Colômbia.

Plágio, correções e retratações

O plágio é uma das formas mais comuns de má conduta em postagens. Acontece quando um dos autores faz passar o trabalho de outros como se fosse seu, sem permissão, menção ou reconhecimento. O plágio tem diferentes níveis de gravidade, e disso depende a conduta que a revista deve assumir como corpo editorial.

Em relação ao exposto, a MedUNAB segue as recomendações determinadas pelo Comitê de Ética em Publicações - COPE para os diferentes cenários.

Por suspeita de plágio em manuscritos enviados para avaliação, o MedUNAB utiliza o seguinte algoritmo: <https://publicationethics.org/files/plagiarism%20A.pdf>

Diante da suspeita de plágio em manuscritos já publicados, o MedUNAB considerará a retratação do artigo e utilizará o seguinte algoritmo: <https://publicationethics.org/files/plagiarism%20B.pdf> Por outro lado, os autores ou leitores podem escrever à revista para relatar erros na publicação que requeiram correções e, no caso de afetar a interpretação dos dados e invalidar o trabalho, será publicada a respetiva retratação.

O processo de identificação de funções de autoria em artigos de pesquisa.

A taxonomia de papéis de colaboração acadêmica (CRediT) permite diferenciar e reconhecer a contribuição de cada coautor em um artigo científico. Ela é usada para representar as responsabilidades que cada um dos coautores desempenhou na produção científica acadêmica de um documento de pesquisa. Seu principal objetivo é fornecer crédito a todos aqueles que participaram do processo de investigação. Delimitar a participação de cada indivíduo garante que seu trabalho seja reconhecido na comunicação dos resultados; Estas ações atendem aos critérios de autoria definidos pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Essa taxonomia distribui as funções de participação em 14 tipologias através das quais um autor pode ter reconhecimento na publicação. A documentação e as informações detalhadas podem ser encontradas no site da Editorial Ciências Médicas sobre a taxonomia do CRediT

(<http://www.ecimed.sld.cu/2020/06/27/taxonomia-credit/>)

<https://www.elsevier.com/authors/policies-and-guidelines/credit-author-statement>

Fontes de financiamento

A revista MedUNAB é financiada exclusivamente pela Universidade Autônoma de Bucaramanga, não recebe fontes externas de financiamento ou de outra índole, a publicidade que aparece na revista é de natureza acadêmica.

Protocolo de interoperabilidade

O MedUNAB utiliza o protocolo OAI-PMH para o armazenamento de arquivos em diferentes bancos de dados. Você pode encontrá-lo no seguinte link <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/oai>. Além disso, a revista possui metatags seguindo o padrão DublinCore.

INSTRUÇÕES GERAIS E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

MedUNAB recebe artigos científicos escritos em espanhol, inglês ou português. No entanto, a fim de aumentar a visibilidade internacional da revista MedUNAB, a partir de 1º de janeiro de 2025, os autores são incentivados a considerar a tradução para o inglês assim que o artigo for aceito. Para isso, a revista MedUNAB oferece diversas opções que serão apresentadas ao autor durante a fase de publicação.

Envie informações do ponto-chave. Será incluído ao final do artigo com as seguintes informações:

- O que se sabe sobre o assunto? Escreva 3 ou 4 frases que resumam os pontos essenciais sobre o que se sabe sobre o tema de pesquisa (máximo de 100 palavras no total)
- O que isso traz de volta? Escreva 3 ou 4 frases que resumam os pontos essenciais sobre o que o estudo traz de volta (máximo de 100 palavras no total).

Os artigos podem ser enviados nas seguintes categorias. Os editores se reservam o direito de alterar a categoria para garantir a consistência com o estilo da revista MedUNAB.

Tipo de artigos

Artigo original. É um documento que apresenta em detalhe os resultados originais de projetos de pesquisa. Para estudos observacionais (transversal, coorte, casos e controles), leve em consideração a lista de verificação STROBE (<https://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>). Para pesquisas qualitativas, a lista de verificação COREQ é recomendada. Para ensaios clínicos CONSORT (apenas ensaios com número de identificação registrado serão publicados em páginas validadas; para outros tipos de estudos, leve em consideração as diretrizes do EQUATOR (<https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>), com um máximo de 5,000 palavras, incluindo título, resumo, palavras-chave, tabelas, figuras e referências. No caso de pesquisas qualitativas, são aceitas no máximo 6,000 palavras. Geralmente contém cinco seções: Resumo, Introdução, Métodos, Resultados-Discussão e Conclusões (R-I-H-R-D-C). Antes que as referências incluam pontos-chave. Com um número máximo de 40 referências.

Artigo curto. Estes são breves relatórios ou o progresso dos resultados parciais de uma pesquisa original, cuja rápida divulgação é muito útil, com um máximo de 3,000 palavras, incluindo título, resumo, palavras-chave, tabelas, figuras e referências. Incluir informações do ponto-chave. Normalmente ele contém cinco seções: Resumo, Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão e Conclusões. Número máximo de referências: 20. Antes que as referências incluam pontos-chave. Número máximo de tabelas/figuras: 4.

Artigo de revisão. O documento é o resultado de uma pesquisa onde é analisado, sistematizado e integrado o resultado da pesquisa. Dentro desta categoria estão Scoping review (escopo ou panorâmica), revisões sistemáticas, meta-sínteses e meta-análises.

Revisão de escopo Revisões (escopo ou panorâmica). Deverão utilizar o checklist para este tipo de tipologia, tendo em conta o seguinte checklist. (PRISMA-ScR-Fillable-Checklist_11Sept2019.pdf (squarespace.com)). Da mesma forma, o protocolo deve ser previamente cadastrado, sugere-se a utilização da plataforma OSF (Open Science Framework). No link a seguir: OSF Registries | Scoping review protocol.

<https://www.medwave.cl/medios/medwave/Marzo2021/PDF/medwave-2021-02-8144.pdf>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002

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 5,000 palavras, incluindo título, resumo, palavras-chave, tabelas, figuras e referências. Antes que as referências incluam pontos-chave. Número de referências: 30 a 50.

Revisão sistemática com ou sem metanálise. Caracteriza-se por uma apresentação detalhada da pesquisa bibliográfica sistemática, na qual são detalhados os critérios de inclusão e exclusão, termos de pesquisa, bases de dados, período, idioma, dentre outros, da literatura selecionada. Os dados da busca e da seleção de artigos são apresentados na forma de um fluxograma (<http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist.aspx>). Ele difere de um artigo de meta-análise, enquanto nesse, os autores apresentam uma síntese razoável com uma análise estatística dos resultados encontrados nos estudos. As seguintes leituras são sugeridas para esclarecer os principais aspectos da elaboração desta tipologia de artigos: <https://www.revespcardiol.org/es-revisiones-sistematicas-metaanalisis-bases-conceptuales-articulo-S0300893211004507> ; <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10654-019-00576-5>. O protocolo de revisão sistemática deve ter sido previamente cadastrado em um dos sistemas de registro, por exemplo, <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>. Incluir informações do ponto-chave. Geralmente contém cinco seções: Resumo, Introdução, Metodologia, Resultados (é recomendado incluir tabelas, gráficos e figuras) e Discussão e Conclusões, com um máximo de 5,000 palavras, incluindo título, resumo, palavras-chave, tabelas, figuras e referências. Antes das referências incluir pontos-chave. Número de referências: mínimo 20 e máximo 50.

Metassíntese. Caracteriza-se por ser uma revisão e interpretação rigorosa dos resultados de uma série de investigações qualitativas, utilizando métodos qualitativos. Seu objetivo é produzir uma interpretação nova e integrativa dos resultados achados, que contribua muito mais do que os resultados individuais de cada investigação. Geralmente contém cinco seções: Resumo, Introdução, Metodologia, Resultados (recomenda-se a inclusão de tabelas, diagramas e figuras), Discussão e Conclusões (R-I-M-R-D-C), com extensão máxima de 6.000 palavras incluindo título, resumo, palavras-chave, tabelas, figuras e referências. Antes das referências incluir pontos-chave. Número de referências: mínimo 20 e máximo 50.

Nos links a seguir você encontrará exemplos de como estruturar esses tipos de avaliações:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-79862020000200005

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000300002

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n4/v9n4a14.pdf>

Artigos especiais. Serão considerados temas variados, incluindo tópicos relacionados com a metodologia de investigação, especialidades,

desenvolvimento acadêmico na área das ciências da saúde ou qualquer outro tipo de artigos em inglês ou espanhol, cujo conteúdo a equipe editorial considere de grande relevância de acordo com as tendências actuais nacionais e internacionais.

A equipe editorial está aberta a qualquer sugestão de autores ou grupos interessados em atualizar conhecimentos em um aspecto específico ou inovador da área das ciências da saúde, com uma extensão máxima de 4.000 palavras, incluindo título, resumo, palavras-chave, tabelas, figuras e referências. Geralmente contém cinco seções: Resumo, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusões (R-I-M-R-D-C). Número máximo de referências: 30. Incluir informação sobre os pontos-chave. O número máximo de autores permitido é 6.

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 para as 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, que 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. O resumo deve ser enviado em formato editável em um 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. A revista reserva-se o direito de editar as imagens enviadas para ajustá-las à qualidade exigida.

Limite de palavras com descrição do caso: 800 incluindo título e referências. Número máximo de autores: 4. Número máximo de referências: 6.

Comentários ou resumos de práticas baseadas em evidências.

É apresentado brevemente um problema clínico em torno do qual surgiram um ou mais estudos recentes que reconfiguram o estado do conhecimento, pelo que o comentário ou resumo centra-se na aplicabilidade na prática derivada da análise realizada sobre esses estudos. Inclui uma discussão sobre a validade desses estudos, seus resultados e interpretação para o ambiente dos desenvolvedores do comentário ou resumo. Serão apresentados na seguinte estrutura: Título em formato de pergunta, histórico que sustenta a questão ou problema clínico, corpo de evidências que responde à questão (principais estudos), avaliação crítica das evidências, resultados ou principais achados, conclusão em formato de resumo, recomendação ou resumo para a prática, incluindo a força e a direção das evidências científicas que a sustentam.

Limite de 3.000 palavras incluindo título, resumo, palavras-chave, tabelas e referências. Número máximo de autores: 6. Número máximo de referências: 25.

Alguns exemplos deste tipo de artigos podem ser consultados no seguinte link:

<https://www.lacardio.org/unidad-de-sintesis-y-transferencia/>
https://www.lacardio.org/unidad_sintesis/cuales-son-los-resultados-clinicos-del-uso-de-un-incentivo-respiratorio-durante-el-posoperatorio-inmediato-de-cirugia-abdominal-toracica-y-cardiaca/

Carta ao editor. Posições críticas, analíticas ou interpretativas sobre os documentos publicados no último ano na revista MedUNAB que, na opinião do Comitê Editorial, constituem uma importante discussão do tema por parte da comunidade científica de referência. A correspondência publicada pode ser editada por razões do cumprimento, correção gramatical ou estilo, do qual se há de informar o autor antes da sua publicação. Os autores têm um compromisso máximo de 1,500 palavras, incluindo título e referências. Número máximo de referências: 10.

Editorial. Documento escrito pelo editor, um membro do Conselho Editorial ou um pesquisador convidado a critério do Editor em temas atuais e de interesse científica no domínio temático da revista. Os editores têm um comprimento máximo de 1,500 palavras, incluindo título e referências (10 ou menos). Tabelas/Figuras: Máximo de 1 figura

ou tabela. Certifique-se de que a conclusão contenha uma mensagem clara.

Ciência e Arte. Esta seção corresponde a uma resenha que apresenta a imagem da capa da revista MedUNAB, onde o autor da obra apresenta suas credenciais e os aspectos mais relevantes que o inspiraram a realizar o trabalho e a técnica utilizada. A correspondência enviada poderá ser editada por questões de extensão, correção gramatical ou estilo e o autor será informado disso antes da publicação. O texto não deve exceder 1000 palavras incluindo o título.

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, 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 (pessoal e institucional), número de celular ou fixo, link para seu CvLAC (com suas informações atualizadas) e identificadores tais como ID Redalyc, ORCID, researchgate, Mendeley, Academia Citation Google, etc. (os identificadores que não são oferecidos pelos autores não serão incluídos). Todos os autores devem enviar os dados mencionados acima e devem ser especificados. Além disso, se deve anotar o nome do autor responsável pela correspondência com o seu email, número de telefone, endereço completo. Na submissão, você deverá enviar nomes de três possíveis avaliadores pares internacionais com informações de contato (nomes completos, formação, e-mail). Os pares avaliadores propostos deverão atender ao critério de titulação mínima de mestre, tendo publicado nos últimos dois anos em periódicos indexados à Scopus ou WOS relacionados ao tema a ser avaliado. A critério do Comitê Editorial da revista, será determinado se os avaliadores pares propostos serão consultados.

É importante lembrar que esta seção deve ser enviada em arquivo separado, para que não haja informações sobre os autores no artigo.

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 artigo 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 é apresentado apenas no idioma original não deve ultrapassar 250 palavras. A tradução do resumo para os outros dois idiomas será realizada pela Revista MedUNAB, caso o autor solicite. Não é permitido o uso de referências nem se recomenda incluir siglas nos resumos. O texto deve ser na terceira pessoa.

Palavras-chave. É necessário usar entre cinco e oito palavras-chave em espanhol e Inglês e português. Para selecionar as palavras-chave em espanhol e português ver as Ciências da Saúde (DeCS) publicados em <https://decs.bvsalud.org/es/>; 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 expressa-lho no último parágrafo da introdução.

Metodologia. Em geral, esta seção 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 dos principais resultados da pesquisa devem ser apresentados numa seqüência lógica, simples e clara e deve ser expressa no passado; os dados ou medições repetidas devem ser apresentados em tabelas ou figuras. Os valores representados como percentuais devem ser acompanhados do valor absoluto que eles representam. O símbolo de porcentagem 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 seção, 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 seqüência 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. As conclusões devem estar 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; assim como 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.

Fontes de financiamento: Os autores devem declarar se receberam alguma fonte de financiamento, indicando a entidade ou entidades financiadoras, bem como o nome do projeto ao qual a publicação está associada (se aplicável).

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 estritamente o Guia de referências e citações de Vancouver produzido pela Universidade Autônoma de Bucaramanga (Correa-Parada I, Picón-Merchán J, Estupiñán-Ortiz A, Barreto-Montenegro AE. Guia de referências e citações de Vancouver [Internet]. 2020. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/11879>). Atribua um número a cada referência citada no texto. Escreva os números de

referência entre parênteses; se a referência estiver próxima a um sinal de pontuação, digite o número antes dele.

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 pelo banco de dados PubMed (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.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-americanos para os quais pode consultar Lilacs, Latindex, Sibra, Imbiomed, Scielo, Publindex, 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 Anestesiología*. 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* [Internet]. 2007;6(3):15-24. doi: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20071110>.

-Com formato de edição contínua

Autores. Título. Revista. Año; Volumen(número). Número de

páginas precedidos de la letra e. doi.

Si no tienen volumen: Apellidos e inicial de los autores. Título del trabajo. Nombre abreviado de la revista. Año; día y Mes de la fecha de publicación y doi.

- 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: <https://doi.org/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: <https://doi.org/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: <https://doi.org/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 octubre 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 octubre de 2016]. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

- Referências de conjuntos de dados

Autores. Título do conjunto de dados. Ano. Repositório ou arquivo de dados: Versão (se houver). DOI.

Envios

Todo o material proposto para a publicação em MedUNAB pode ser enviado por meio do Portal para as revistas acadêmicos da Universidade Autônoma de Bucaramanga <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/index>, a través do Jornal Open System (OJS). Faça a assinatura do registro como autor em, <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/user/register>.

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 XML JATS 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 ao 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.

Processo editorial

Fases da revisão do artigo

Uma vez recebido o artigo, ele é revisado pelo Editor e pela equipe da Escola Editorial para verificar se está de acordo com os elementos formais solicitados nas instruções aos autores; Desta forma, o processo de revisão tem vários momentos:

- 1) Verificação do cumprimento das normas para os autores, para isso será utilizado um checklist no qual será verificado o grau de similaridade do artigo com outras publicações por meio do software anti-plágio da revista.
- 2) Revisão interna do artigo, em que se avalia a relevância da publicação e a coerência do documento.
- 3) Revisão por pares externos.
- 4) Revisão do cumprimento das sugestões dos pares e aprovação para sua publicação.

Revisão interna

Em geral, esta avaliação será realizada de forma cega pela equipe da Escola Editorial, que não terá conhecimento dos nomes dos autores, e será realizada uma revisão exaustiva das referências. Se os critérios acima não forem atendidos, o manuscrito será enviado aos seus autores com a indicação de fazer correções antes de seguir o processo editorial (esse processo pode durar até três meses). Se o manuscrito atender aos requisitos formais, o autor receberá uma notificação informando que o manuscrito foi avaliado por pares científicos externos à revista.

Revisão por pares

Os pares científicos externos da revista devem ter um grau acadêmico de Mestrado ou Doutorado, com atuação na área relacionada ao 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 MINCIENCIAS-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 será revelada. 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.

Assim que o autor receber os comentários dos avaliadores, procederá a respondê-los ponto por ponto e incorporar as modificações correspondentes no texto; as recomendações que o autor decide não seguir devem ser discutidas. Finalmente, o autor deverá enviar a nova versão do artigo. Essa etapa do processo editorial levará em média de três a cinco meses, dependendo da disponibilidade dos pares externos, que realizam este trabalho ad honorem, e do tempo em que os autores aplicam as alterações solicitadas pelos pares externos.

Continuação do processo editorial

Após a edição e correção do estilo, os autores receberão os testes de layout do artigo, os quais deverão ser cuidadosamente revisados e devolvidos com sua aprovação ou observações ao editor no prazo máximo de 48 horas. Se você não receber uma resposta do autor principal, presume-se que ele ou ela concorda com a versão a ser publicada. Feita a publicação, o autor principal receberá a notificação da publicação e o link onde encontrará o artigo, juntamente com uma carta de agradecimento.

O autor correspondente terá a possibilidade de enviar um vídeo com imagem, iluminação e qualidade sonora adequadas. Deve ser curto, com duração máxima de 50 segundos, obedecendo à seguinte estrutura: Nome dos autores, título do artigo citado, resumo e principais resultados do estudo. Este vídeo será publicado no canal da revista no YouTube e no site da revista, com o objetivo de gerar maior visibilidade para sua produção científica.

Submissão de manuscrito

O manuscrito deve ser submetido com carta assinada por todos os autores afirmando que conhecem e concordam com seu conteúdo e originalidade. Ressalta-se, ainda, que o manuscrito não foi publicado anteriormente, total ou parcialmente, nem que está sendo avaliado em outra revista. Se tabelas ou figuras que não são originais forem usadas, o autor do manuscrito deve enviar permissão por escrito para o uso de tais tabelas ou figuras do detentor dos direitos autorais, e incluir no texto do manuscrito a fonte de onde foi tirada e permissão concedida. Uma vez que o artigo tenha sido aceito para publicação, todos os autores devem assinar um formulário de liberação de direitos autorais e declarar os papéis da contribuição para a produção acadêmica (Conceptualização, Curadoria de dados, Análise formal, Aquisição de fundos, Pesquisa, Metodologia, Gerenciamento de projetos, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização, Redação - rascunho original, Rascunho: revisão e edição, ver <https://credit.niso.org/>). Sem este documento, a publicação na Revista MedUNAB é impossível.

Tempo estimado para os processos de avaliação e publicação

A revista MedUNAB possui um cronograma de revisão editorial interna, revisão externa, aprovação e correção de estilo, tradução, diagramação e processos de publicação com uma duração aproximada de 8 a 12 meses, dependendo da resposta dos revisores e autores.

Seleção de comitês editoriais e científicos

Os comitês editorial e científico foram constituídos com o apoio dos diretores dos programas de Enfermagem, Medicina e Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Autónoma de Bucaramanga. A candidatura é efectuada tendo em consideração múltiplos parâmetros, entre estes, que sejam docentes ou investigadores com vínculo à Universidade Autónoma de Bucaramanga ou vínculo externo com a instituição de carácter nacional e internacional, que estejam a trabalhar num projecto colaborativo interinstitucional, seja de ensino, pesquisa ou extensão. Além disso, se valoriza a experiência investigativa e as publicações científicas que os candidatos possuem, por fim é feita uma avaliação do índice de citação no POP, que deve ser superior a 2.

Em caso de dúvidas, você pode sempre nos contatar através de:

Revista MedUNAB

Universidade Autónoma de Bucaramanga
No. 14-55 157th Rua Canaveral Parque
Floridablanca, Santander, Colômbia.
Telefone: (+57) (607)6436111 Ext 7+ 549, 529
E-mail: medunab@unab.edu.co



Originality statement from the articles received in MedUNAB

Journal of the Faculty of Health Sciences of the 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 of the Faculty of Health Sciences of 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 complain 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 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.

First and last name(s)

Signature

Identity document type and number



MedUNAB

ISSN: 0123-7047 e-ISSN: 2382-4603
<https://doi.org/10.29375/issn.0123-7047>

Declaração de originalidade dos artigos recebidos na revista MedUNAB

A Revista é da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Autônoma 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 Autônoma 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 Autônoma 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 Autônoma 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 o 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

**Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB | Avenida 42 No. 48 – 11 |
PBX (57) (607) 643 6111 /643 6261 | Centro de Contacto: 018000127395
Correo electrónico: medunab@unab.edu.co
Bucaramanga – Colombia, Suramérica**



MedUNAB

ISSN: 0123-7047 e-ISSN: 2382-4603
<https://doi.org/10.29375/issn.0123-7047>

DOCUMENTO PARA LA CESIÓN Y GARANTÍAS DE DERECHOS DE AUTOR

Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga

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.

Nombres completos y firma

Autor

Documento de Identidad

Firma

Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB | Avenida 42 No. 48 – 11 |
PBX (57) (607) 643 6111 /643 6261 | Centro de Contacto: 018000127395
Correo electrónico: medunab@unab.edu.co
Bucaramanga – Colombia, Suramérica



DOCUMENT FOR THE COPYRIGHT CESSION AND GUARANTEES

Journal of the Faculty of Health Sciences of the Universidad Autónoma de Bucaramanga

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 no 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.

Full name and signature

Author

Identity Document

Signature



DOCUMENTO DE TRANSFERÊNCIA E GARANTIAS DOS DIREITOS AUTORAIS

A Revista é da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Autônoma de Bucaramanga

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.

Nomes completos e assinatura

Autor

Tipo e número do documento de identidad

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 (par evaluador) manifiesta no tener conflictos de intereses para realizar la revisión del artículo, así como para realizar las observaciones y evaluación del presente artículo.

El revisor (par evaluador) dentro de la política de confidencialidad, no podrá realizar en el presente ni en el futuro, alguna reproducción parcial o total del artículo y/o publicación parcial o total a nombre propio del presente artículo que se la confiado para su evaluación.

El revisor (par evaluador) 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 abarca de manera integral el contenido del manuscrito?			
4. ¿El resumen es estructurado?			
5. ¿Las palabras claves 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 identifican claramente los beneficios de la aplicación de los resultados de la investigación?			
23. ¿Se realiza un análisis crítico de la literatura en confrontación con los resultados?			
24. ¿El análisis crítico es presentado de una manera ordenada?			
CONCLUSIONES			
25. ¿Argumenta y extrae conclusiones con base en la revisión y los resultados?			
26. ¿Las conclusiones son coherentes con el objetivo planteado por los autores?			
27. ¿Las conclusiones son derivadas de los resultados y la discusión?			
TABLAS O FIGURAS			
28. ¿Son pertinentes?			
29. ¿Complementan el contenido del texto?			
30. ¿La cantidad es adecuada?			
GENERALIDADES			
31. ¿Considera que el tema desarrollado es de interés para el área de la salud?			
32. ¿Considera que aporta al conocimiento en el área?			
33. ¿Tienen errores de computo?			
34. ¿El material bibliográfico es adecuado?			
35. ¿El material bibliográfico es suficiente?			
36. ¿El material bibliográfico está actualizado?			
37. ¿Cree que es necesario profundizar en algún ítem?			
Por favor especifique: _____			

CONSIDERACIONES FINALES			
38. ¿Es un texto asequible para la comunidad profesional del área de salud en general?			
39. ¿Considera pertinente la publicación del artículo?			
40. ¿Considera que el documento realiza aportes al conocimiento?			
41. ¿Considera que el documento es original e inédito?			
42. ¿Considera que las afirmaciones son basadas en datos e información válida?			
43. ¿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 anexar 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.			
<hr/> <hr/> <hr/>			
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:		

**** 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 (the evaluator) declares that he has no conflicts of interest to review the article, as well as to make observations and evaluation of this article.

The reviewer (the evaluator) within the confidentiality policy, may not make, in the present or in the future, any partial or total reproduction of the article and / or partial or total publication in his own name of this article that is entrusted to him for his evaluation.

The reviewer (the evaluator) is free to make comments, corrections and suggestions within the manuscript if he/she deems it necessary.

	Yes	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			

Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB | Avenida 42 No. 48 – 11 |

PBX (57) (607) 643 6111 /643 6261 | Centro de Contacto: 018000127395

Correo electrónico: medunab@unab.edu.co

Bucaramanga – Colombia, Suramérica

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. <hr/> <hr/> <hr/>			
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



Universidad Autónoma 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 manifesta não possuir conflitos de interesse para a revisão do artigo, nem para realizar as observações e avaliações do presente artigo.

O revisor, dentro da política de confidencialidade, não poderá realizar nem no presente ou no futuro alguma reprodução em seu nome, seja ela parcial ou total, do artigo e/ou da publicação que foi confiada à sua avaliação.

O revisor se encontra na liberdade de realizar comentários, correções e sugestões dentro do documento se o considerar 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 conteudo 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 justificação 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?			

Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB | Avenida 42 No. 48 – 11 |

PBX (57) (607) 643 6111 /643 6261 | Centro de Contacto: 018000127395

Correo electrónico: medunab@unab.edu.co

Bucaramanga – Colombia, Suramérica

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. <hr/> <hr/> <hr/>			
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



Universidad Autónoma de Bucaramanga - Revista MedUNAB

Facultad de Ciencias de la Salud

Guía general para evaluación de imágenes de medicina clínica

Título del artículo:

El revisor (par evaluador) manifiesta no tener conflictos de intereses para realizar la revisión del artículo, así como para realizar las observaciones y evaluación del presente artículo.

El revisor (par evaluador) dentro de la política de confidencialidad, no podrá realizar en el presente ni en el futuro, alguna reproducción parcial o total del artículo y/o publicación parcial o total a nombre propio del presente artículo que se la confiado para su evaluación.

El revisor (par evaluador) se encuentra en la libertad de realizar comentarios, correcciones y sugerencias dentro del documento si lo considera necesario.

	Sí	No	No aplica
TÍTULO			
1. ¿Refleja el contenido global de la descripción de la imagen?			
2. ¿Es claro y conciso?			
IMÁGENES			
3. ¿Ilustra adecuadamente el concepto, descubrimiento, variedad, enfermedad o diagnóstico?			
4. ¿Representa la importancia del tema a ilustrar?			
5. ¿Adecuada resolución e iluminación de la(s) imagen(es)?			
6. ¿Se observan los hallazgos que la(s) imagen(es) pretende(n) ilustrar?			
7. ¿Considera pertinente el número de imagen(es) presentada(s)?			
8. ¿La(s) imagen(es) protege(n) la identidad del paciente?			
9. ¿Es (son) novedosa(s) o llamativa (s)?			
DESCRIPCIÓN DE IMÁGENES			
10. ¿Considera que la descripción de la(s) imagen(es) es adecuada?			
11. ¿Describe hallazgos a resaltar de cada imagen?			
12. ¿Considera pertinente el orden de presentación de la(s) imagen(es)?			

TEXTO			
13. ¿Se menciona brevemente sobre el tema / diagnóstico central del manuscrito?			
14. ¿Se expone claramente lo que pretende ilustrar de la patología con esa(s) imagen(es)?			
15. ¿Menciona datos relevantes sobre hallazgos del caso expuesto en imágenes?			
16. ¿Se realiza una breve presentación de literatura según hallazgos de la(s) imagen(es)?			
17. ¿Expone lo innovador / llamativo de la(s) imagen(es)?			
18. ¿Adecuada extensión de la descripción (máximo no. palabras: 800)?			
GENERALIDADES			
19. ¿Considera que el tema desarrollado es de interés para el área de la salud?			
20. ¿Tienen errores de computo?			
21. ¿El material bibliográfico es adecuado?			
22. ¿El material bibliográfico es suficiente?			
23. ¿El material bibliográfico está actualizado?			
24. ¿Cree que es necesario profundizar en algún ítem?			
Por favor especifique: _____ _____ _____			
CONSIDERACIONES FINALES			
25. ¿Considera pertinente la publicación del artículo?			
26. ¿Considera que el documento realiza aportes al conocimiento?			
27. ¿Considera que el documento es original e inédito?			
28. ¿Considera que las afirmaciones son basadas en datos e información válida?			
29. ¿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 anexar 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

The Faculty of Health Sciences

General guide to assess images in clinical medicine

Title of the article:

The reviewer (the evaluator) declares that he has no conflicts of interest to review the article, as well as to make observations and evaluation of this article.

The reviewer (the evaluator) within the confidentiality policy, may not make, in the present or in the future, any partial or total reproduction of the article and / or partial or total publication in his own name of this article that is entrusted to him for his evaluation.

The reviewer (the evaluator) is free to make comments, corrections and suggestions within the manuscript if he/she deems it necessary.

	YES	NO	Not applicable
TITLE			
1. Does it reflect the overall content of the image's description?			
2. Is it clear and concise?			
IMAGES			
3. Does it adequately illustrate the concept, identification, variety, disease or diagnosis?			
4. Does it represent the importance of the topic to be illustrated?			
5. Does the image have an adequate resolution and lighting?			
6. Is it possible to observe the findings that the image or images attempt to illustrate?			
7. Is the number of images presented appropriate?			
8. Does the image or images protect the patient's identity?			
9. Are they innovative or appealing?			
IMAGE DESCRIPTION			
10. Do you consider that the image description is adequate?			
11. Does it describe findings to be highlighted in each image?			
12. Do you consider the order of presentation of the image or images pertinent?			

TEXT			
13. Does it briefly mention the document's central topic / diagnosis?			
14. Does it clearly state what it intends to illustrate from the pathology with the image or images?			
15. Does it include relevant information about findings of the case presented in images?			
16. Is there a brief context presentation as per the image's findings?			
17. Does it showcase what is innovative or appealing about the image or images?			
18. Is the description length adequate (maximum 800 words)?			
OVERVIEW			
19. Do you think that the topic covered is of interest to the health area?			
20. Does it have calculation errors?			
21. Is the bibliographical material adequate?			
22. Is the bibliographical material sufficient?			
23. Is the bibliographical material up-to-date?			
24. Do you think it is necessary to delve deeper into any item?			
Please specify: _____ _____ _____ _____			
FINAL CONSIDERATIONS			
25. Do you think publication of the article is pertinent?			
26. Do you believe that the document contributes to knowledge?			
27. Do you believe that the document is an unpublished original?			
28. Do you believe that the claims therein are based on valid data and information?			
29. Do you believe that, in general, the document is clear and coherent for potential readers?			
DECISION TO PUBLISH	Select the decision you consider appropriate		
Publish without modifications			
Publish after minor modifications (specify)			
Publish after moderate modifications (specify)			
Reconsider and publish after major modifications (specify)			
Rejected			
Remarks: Please attach any suggestions deemed necessary to improve the quality of the text under review. Likewise, this space serves to expand negative responses indicated above; please use the number that precedes the question when replying. _____ _____ _____			
Reviewed by:			
Institutional affiliation:			

Academic degrees:	
Identification data C.C. or Passport:	
ORCID*:	
Google Scholar Link:	
CVlac Link **:	
Link to other identifiers:	ResearchGate:
	Mendeley:
	Academia:
	Publindex:
	Redalyc:
	Others:

** ORCID: a system to create and maintain a unique registry of researcher identifiers and a transparent method of linking research activities and outputs to these identifiers. <https://orcid.org/register>*

*** CVlac is the electronic curriculum vitae format for Colciencias, which is recommended to complete if you are a Colombian citizen.*

Thank you very much, we recognize your effort as the best tool in attaining scientific quality for our publications at the School of Health Sciences.

Editorial committee MedUNAB Journal



Universidad Autónoma de Bucaramanga - MedUNAB Jornal

Faculdade de Ciências da Saúde

Guia geral para avaliação de imagens de medicina clínica

Título do artigo:

O revisor manifesta não possuir conflitos de interesse para a revisão do artigo, nem para realizar as observações e avaliações do presente artigo.

O revisor, dentro da política de confidencialidade, não poderá realizar nem no presente ou no futuro alguma reprodução em seu nome, seja ela parcial ou total, do artigo e/ou da publicação que foi confiada à sua avaliação.

O revisor se encontra na liberdade de realizar comentários, correções e sugestões dentro do documento se o considerar necessário.

	SIM	NÃO	Não se aplica
TÍTULO			
1. Reflete o conteúdo geral da descrição da imagem?			
2. É claro e conciso?			
IMAGENS			
3. Ilustra adequadamente o conceito, a descoberta, a variedade, a doença ou o diagnóstico?			
4. Representa a importância do assunto ilustrado?			
5. Tem resolução e iluminação adequadas?			
6. Observam-se nas imagens as descobertas que desejavam ilustrar?			
7. Considera pertinente o número de imagens apresentadas?			
8. As imagens protegem a identidade do paciente?			
9. São inéditas ou chamativas?			
DESCRIÇÃO DE IMAGENS			
10. Considera que a descrição das imagens é adequada?			
11. Descrevem-se as descobertas a destacar em cada imagem?			
12. Considera pertinente a ordem de apresentação das imagens?			

TEXTO

13. O assunto ou diagnóstico central do manuscrito é brevemente mencionado?			
14. Expõe-se claramente o que se pretende ilustrar da patologia com essas imagens?			
15. Menciona dados relevantes sobre as descobertas do caso exposto nas imagens?			
16. Faz uma breve apresentação da literatura segundo as descobertas das imagens?			
17. Expõe o inovador e chamativo das imagens?			
18. A descrição tem uma extensão adequada (máximo de 800 palavras)?			

GENERALIDADES

19. Considera que o assunto desenvolvido é de interesse para a área da saúde?			
20. Têm erros de cálculo?			
21. O material bibliográfico é adequado?			
22. O material bibliográfico é suficiente?			
23. O material bibliográfico está atualizado?			
24. Acha necessário se aprofundar em algum item?			
Por favor especifique:			

CONSIDERAÇÕES FINAIS

25. Considera pertinente a publicação do artigo?			
26. Considera que o documento faz contribuições para o conhecimento?			
27. Considera que o documento é original e inédito?			
28. Considera que as declarações são baseadas em dados e informação validada?			
29. Considera que, em geral, o documento é claro e coerente para os potenciais leitores?			

DECISÃO DE PUBLICAÇÃO	Selecione a decisão que considera apropriada		
Publicar sem modificações			
Publicar após pequenas modificações (especificar)			
Publicar após modificações moderadas (especificar)			
Reconsiderar e publicar após grandes modificações (especificar)			
Rejeitar			

Observações:
Anexe qualquer sugestão que considere necessária para melhorar a qualidade do texto sob revisão. Além disso, este espaço serve para ampliar as respostas negativas indicadas acima. Para fazê-lo, use, por favor, o número que antecede a questão.

Revisado por:

Afiliação institucional:

Formação acadêmica:	
Dados de identificação ID ou Passaporte:	
ORCID*:	
Link Google Académico:	
Link CVIac**:	
Link Outros Identificadores:	ResearchGate:
	Mendeley:
	Academia:
	Publindex:
	Redalyc:
	Outros:

* *ORCID: sistema para criar e manter um registro único de pesquisadores e método para vincular as atividades de pesquisa e os produtos de esses identificadores. <https://orcid.org/register>*

** *CVIac, é o formato de currículo eletrônico de Colciencias que é aconselhável criar se sua nacionalidade é colombiana.*

Muito obrigado, reconhecemos seu esforço como a melhor ferramenta na consecução da qualidade científica das nossas publicações em Ciências da Saúde.

Comité editorial periódico MedUNAB