

Comparación del nivel de ansiedad entre el baño de ducha y el realizado en la cama en pacientes con infarto agudo del miocardio

Juliana de Lima Lopes¹
Luiz Antonio Nogueira-Martins²
Maria Aparecida Batistão Gonçalves³
Alba Lucia Bottura Leite de Barros⁴

Este estudio tuvo como objetivo comparar los niveles de ansiedad, generados en el baño en la cama y en el baño de ducha, en pacientes con infarto agudo del miocardio, así como la influencia de las variables antecedentes: edad, sexo, medicaciones, internación y/o baño en la cama previo, preferencia del paciente en cuanto al sexo del profesional, factores de riesgo y la ansiedad de trazo. Esta investigación es un estudio cross-over, realizado entre febrero y agosto de 2007, en Unidades Coronarias. La muestra fue constituida por 71 pacientes con infarto agudo del miocardio. El instrumento utilizado fue el IDATE-estado, siendo aplicado antes de los baños (cama y ducha), inmediatamente después de los baños y veinte minutos después de la segunda evaluación. Los resultados mostraron que los pacientes quedaron más ansiosos cuando realizaron su baño en la cama que cuando realizaron el baño de ducha, en las tres evaluaciones ($p < 0,0001$) y la única variable que interfirió en la ansiedad estado fue la hipertensión arterial.

Descriptor: Ansiedad; Baños; Infarto del Miocárdio.

¹ Enfermera, Maestría en Ciencias, Instituto do Coração, SP, Brasil. E-mail: julianalimalopes@gmail.com.

² Libre docente, Profesor Asociado, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: nogmart2004@yahoo.com.br.

³ Enfermera, Maestría, Instituto do Coração. E-mail: enfmariap@incor.usp.br.

⁴ Profesor Titular, Universidade Federal de São Paulo. E-mail: barrosalba@denf.epm.br.

Correspondencia:

Juliana de Lima Lopes
Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem
Rua Napoleão de Barros, 754
Vila Clementino
CEP: 04024-002 São Paulo, SP
E-mail: juliana.lopes@incor.usp.br

Comparação do nível de ansiedade entre o banho de chuveiro e o de leito em pacientes com infarto agudo do miocárdio

Este estudo teve como objetivo comparar os níveis de ansiedade, gerados no banho no leito e no de chuveiro, em pacientes com infarto agudo do miocárdio, bem como a influência de variáveis antecedentes: idade, sexo, medicações, internação e/ou banho no leito prévio, preferência do paciente quanto ao sexo do profissional, fatores de risco e ansiedade-traço. Esta pesquisa é um estudo cross-over, realizado entre fevereiro e agosto de 2007, em Unidades Coronárias. A amostra foi constituída por 71 pacientes com infarto agudo do miocárdio. O instrumento utilizado foi o IDATE-estado, sendo aplicado antes dos banhos (leito e chuveiro), imediatamente após os banhos e vinte minutos após a segunda avaliação. Os resultados mostraram que os pacientes ficaram mais ansiosos quando realizaram seu banho no leito do que quando realizaram o banho de chuveiro, nas três avaliações ($p < 0,0001$) e a única variável que interferiu na ansiedade-estado foi a hipertensão arterial.

Descritores: Ansiedade; Banhos; Infarto do Miocárdio.

Comparing Levels of Anxiety During Bed and Shower Baths in Patients with Acute Myocardial Infarction

This study compared the levels of anxiety presented by patients with acute myocardial infarction in bed and shower baths and the influence of antecedent variables: age, gender, medications, previous hospitalization and/or bed bath, patients' preference regarding the professional's gender, risk factors and anxiety-traits. This crossover study was conducted between February and August 2007 in coronary units. The sample was composed of 71 patients with acute myocardial infarction. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) was applied before the baths (bed and shower baths), immediately after the baths and twenty minutes after the second evaluation. Results revealed that patients were more anxious in the bed bath than in the shower in the three assessments ($p < 0.0001$) and the only variable that interfered with state-anxiety was high blood pressure.

Descriptors: Anxiety; Baths; Myocardial Infarction.

Introducción

La ansiedad es una de las respuestas psicológicas más inmediatas e intensas al infarto agudo del miocardio. Los afectados por *coronopatía* pueden presentar 26% más ansiedad que los pacientes con desórdenes psiquiátricos⁽¹⁾.

Esa asociación, ansiedad e infarto agudo del miocardio, ha mostrado impacto negativo en el pronóstico de esos pacientes⁽¹⁻³⁾. Alto nivel de ansiedad, en las 48 horas después de la admisión hospitalaria, aumenta en 4,9 veces la probabilidad de desarrollar complicaciones, durante la internación, en comparación con pacientes con bajo nivel de ansiedad⁽¹⁾. La ansiedad activa el sistema nervioso simpático, aumentando la contractilidad

cardíaca, la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca y el consumo de oxígeno, empeorando la evolución de la enfermedad⁽⁴⁻⁵⁾.

El ambiente hospitalario, con sus reglas establecidas, obliga a los individuos a constantes adaptaciones causadoras de ansiedad, adicionalmente, los pacientes son confrontados con el dolor y amenaza de muerte⁽⁶⁻⁷⁾. Muchas veces, se observa en la práctica clínica que esa ansiedad se torna más intensa dependiendo del procedimiento al cual el paciente está siendo sometido como, por ejemplo, el baño en la cama.

La exacerbación de ese sentimiento es comprensible, una vez que, delante del contexto sociocultural en que se

encuentra, no es "adecuado" desvestirse delante de los otros. Además, por ser una actividad de rutina, muchas veces los profesionales se olvidan que están manipulando el cuerpo del otro, invadiendo su privacidad e intimidad, lo que puede desencadenar diversas reacciones como ansiedad e insatisfacción⁽⁸⁻⁹⁾.

En la literatura existen diversos estudios que evalúan la percepción de los pacientes frente al baño en la cama, siendo que los pacientes lo consideran como desagradable^(8,10-11), vergonzoso^(10,12-13), difícil^(10,14), desconfortable^(10,15), seco⁽¹⁰⁻¹¹⁾, frío⁽¹⁶⁾, incompleto⁽¹⁰⁾, deshumano⁽¹⁰⁾, demorado⁽¹⁰⁾ e insatisfactorio⁽¹⁰⁾. Sin embargo, no existen estudios que cuantifiquen y comparen la ansiedad generada en el baño en la cama y en el baño de ducha, tampoco las posibles variables que pueden modificar esa ansiedad.

Por esa razón, los objetivos del presente estudio fueron:

- comparar los niveles de ansiedad, generados en el baño en la cama y en el baño de ducha de pacientes con infarto agudo del miocardio, internados en Unidades Coronarias;
- evaluar la influencia de diversas variables en la ansiedad de los pacientes frente a los procedimientos de baño en la cama y de ducha.

Método

La investigación es un estudio *cross-over* (o cruzado), realizado en las Unidades Coronarias del Instituto del Corazón/HCFMUSP, en el período de febrero a agosto de 2007.

Ese estudio es un tipo especial de ensayo clínico en el cual todos los pacientes reciben dos tipos de tratamiento, en un orden específico o aleatorio. Las ventajas de ese estudio es que los pacientes sirven como propio control y, consecuentemente, son necesarios menos individuos que en los ensayos clínicos convencionales⁽¹⁷⁾.

La muestra poblacional fue compuesta por 71 pacientes con infarto agudo del miocardio (con o sin supradesnivel del segmento ST), internados en las Unidades Coronarias, abarcando pacientes de ambos sexos, y que firmaron el término de consentimiento.

Los criterios para inclusión de los pacientes fueron: pacientes con Killip 1 y 2, alfabetizados, con ausencia de déficit visual, edad inferior a 80 años y que aceptaron participar de la investigación. Los criterios de exclusión fueron: presencia de arritmias (taquicardia ventricular, bloqueo atrio ventricular de segundo o tercer grado); dolor isquémica; pacientes con Killip 3 y 4; realización

de procedimientos invasores en el momento de la recolección de datos, como cateterismo, cirugías y situaciones donde los pacientes no se encontraban aptos para llenar los cuestionarios (alteraciones del nivel de conciencia, déficit visual y/o pacientes que no sabían leer y/o escribir).

La recolección de datos fue realizada en dos momentos:

- primero momento: en el segundo baño en la cama del paciente, después de la internación;
- segundo momento: en el segundo baño de ducha del paciente, solamente después de liberado por el equipo médico para realizar ese procedimiento.

Para la realización del baño en la cama, los sujetos del estudio permanecieron acostados y tomaron su baño con auxilio del funcionario. Para la realización del baño de ducha, utilizaron la silla higiénica y tomaron su baño sin asistencia directa, sin embargo, bajo supervisión.

Vale resaltar que no hubo cualquier tipo de entrenamiento adicional para los funcionarios en relación a los baños. Esos procedimientos fueron realizados conforme la rutina de la unidad y por los profesionales que eran responsables por los pacientes, en el momento de la recolección de datos. Sin embargo, con el intuito de disminuir la influencia de la conversación interpersonal durante los procedimientos, los profesionales fueron instruidos a mantener una conversación neutra y superficial.

El instrumento para evaluación de la ansiedad fue el Inventario de Ansiedad – IDATE trazo-estado. Ese inventario de autoevaluación es el más completo y el más utilizado en los trabajos que tienen por objetivo evaluar el nivel de ansiedad, además de ser traducido y validado en Brasil. Posee dos escalas distintas con puntajes que varían de 20 a 80 puntos, siendo que cuanto mayor es el valor del puntaje, mayor es la ansiedad del paciente. Además de la utilización de los puntajes para evaluar los resultados, se optó por categorizar la ansiedad⁽¹⁸⁻¹⁹⁾: ansiedad baja (20-34 puntos), ansiedad moderada (35-49 puntos), ansiedad elevada (50-64 puntos) y ansiedad muy elevada (65-80 puntos). Se consideró esa categorización válida tanto para el estado como para la ansiedad de trazo.

La escala IDATE-estado evalúa la ansiedad en el momento de la aplicación del cuestionario y fue aplicada en los dos momentos descritos anteriormente (según baño en la cama y según baño de ducha) y, para cada uno de esos momentos, fueron realizadas tres evaluaciones: a) antes del procedimiento (para evaluar la expectativa del paciente); b) inmediatamente después el baño (para evaluar

la ansiedad presentada por el paciente en el momento de esos procedimientos) y c) veinte minutos después de la segunda evaluación (para evaluar el comportamiento de la ansiedad a lo largo del tiempo).

Juntamente con la escala de IDATE-estado, fueron evaluadas las señales vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial y frecuencia respiratoria), una vez que esos parámetros pueden sufrir alteraciones como consecuencia de la ansiedad.

La ansiedad de trazo evalúa el perfil ansioso del paciente y fue evaluada apenas una vez, inmediatamente después de la tercera evaluación de la ansiedad estado y fue considerada como una de las variables antecedentes.

Las variables antecedentes son variables que se encuentran antes del estudio, son preexistentes y pueden afectar la variable dependiente⁽²⁰⁾. Las seleccionadas para el presente estudio fueron: edad, sexo, preferencia del paciente en realizar el baño con un profesional del sexo femenino o masculino, internación y/o baños previos, factores de riesgo para enfermedades cardíacas, ansiedad de trazo y uso de ansiolíticos. Esas variables fueron correlacionadas con la ansiedad estado generada en los baños de ducha y en la cama.

Los métodos estadísticos empleados para analizar los resultados fueron: el método de medidas repetidas ANOVA, utilizado para verificar la correlación de la ansiedad estado generada en el baño en la cama y la generada en el baño de ducha y también en la correlación de las variables antecedentes con la ansiedad estado; la correlación de Pearson que analizó la correlación de la ansiedad estado con la ansiedad de trazo; y, la Ecuación de Estimación Generalizada utilizada para verificar la correlación entre la ansiedad estado y las señales vitales. El nivel de significancia adoptado fue de 5%.

El proyecto de investigación fue apreciado y aprobado por el Comité de Ética del hospital donde fue realizada la investigación. Los participantes del estudio fueron consultados sobre su deseo de participar y permitir la utilización los datos recolectados en la investigación; después de lo cual firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido.

Resultados

La muestra fue constituida por 71 pacientes, siendo que 31 (43,7%) pertenecían al sexo femenino. La edad promedio fue de 58,8 años, con prevalencia de pacientes en el intervalo de edad de 53 a 61 años.

En relación a los factores de riesgo para las

enfermedades cardiovasculares, los más encontrados fueron: sedentarismo (74,6%), hipertensión arterial (73,2%) e historia familiar de enfermedad cardiovascular (71,8%).

En el período de la recolección de datos, la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio hacía uso de betabloqueadores (77,6%), antihipertensivos (84,5%) y vasodilatadores (57,7%), además de ansiolíticos benzodiazepínicos (39,4%) y ansiolíticos no benzodiazepínicos (2,9%).

En cuanto a la internación y a la experiencia previa de baño en la cama, se verificó que 53 (74%) pacientes tuvieron internaciones anteriores, siendo que 68% debido a infartos previos. En cuanto al baño en la cama previo, 31 (43,66%) refirieron ya haber pasado por esa experiencia al menos una vez.

En relación al sexo de los profesionales que realizaban los baños, siete pacientes (9,86%) prefirieron tomar el baño con profesional del sexo masculino, 28 (39,44%) con profesional del sexo femenino y 36 (50,70%) refirieron ser indiferentes (hombre o mujer). Entre las mujeres, 26 (83,87%) prefirieron tomar su baño con profesionales del sexo femenino y 5 (16,13%) relataron ser indiferente; y en relación a los hombres, 31 (77,5%) refirieron ser indiferentes, a 7 (17,5%) les gustaría que los hombres realizasen el baño y a 2 (5%) que fuesen mujeres.

Con relación a la ansiedad generada en el baño en la cama y a la generada en el baño de ducha, se observó, al utilizar el método ANOVA para medidas repetidas, que hubo diferencia estadísticamente significativa en las tres evaluaciones ($p < 0,0001$). El estudio mostró que los pacientes con infarto agudo del miocardio presentaron ansiedad significativamente mayor en el baño en la cama que en el baño de ducha, principalmente antes del baño en la cama, como muestra la Figura 1.

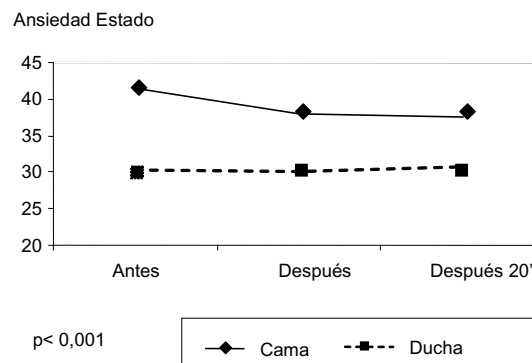


Figura 1 – Ansiedad estado, según el tipo de baño y los tres momentos de evaluación. Sao Paulo, 2007

En cuanto a los parámetros vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial sistólica y diastólica), medidos también en los tres momentos descritos anteriormente, se verificó que no hubo variaciones que pudiesen estar relacionadas al estado de ansiedad del paciente, como muestra la Tabla 1.

Tabla 1 - Resultados obtenidos por el análisis de Estimación de Ecuaciones Generalizadas para la ansiedad estado, según la presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), frecuencia respiratoria (FR) y frecuencia cardíaca (FC), en los tipos de baño y en las evaluaciones. Sao Paulo, 2007

Variable	Parámetros	p-valor
Presión arterial Sistólica	Cama vs ducha	0,4302
	Después vs antes	0,0542
	Después 20' vs antes	0,3546
	Después vs después 20'	0,2968
Presión arterial Diastólica	Cama vs ducha	0,7108
	Después vs antes	0,5543
	Después 20' vs antes	0,1577
	Después vs después 20'	0,3759
Frecuencia respiratoria	Cama vs ducha	0,8585
	Después vs antes	0,1237
	Después 20' vs antes	0,0674
	Después vs después 20'	0,6539
Frecuencia cardíaca	Cama vs ducha	0,4734
	Después vs antes	0,7454
	Después 20' vs antes	0,1427
	Después vs después 20'	0,0516

En relación a las variables antecedentes, la única que interfirió en la ansiedad de los pacientes fue la hipertensión arterial, mostrando que los pacientes hipertensos presentaron ansiedad mayor frente a los baños (ducha y en la cama) que los no hipertensos, como muestra la Figura 2.

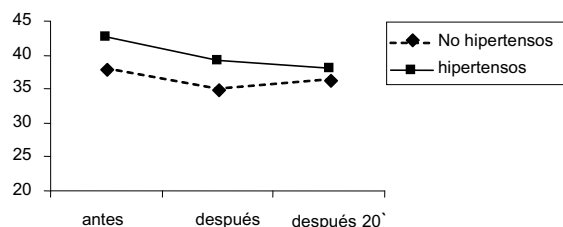


Figura 2 - Ansiedad de los pacientes, según hipertensión, en los baños en la cama. Sao Paulo, 2007

Ninguna otra variable antecedente interfirió en la ansiedad de los pacientes frente a los baños como muestran las Tablas 2 y 3.

Tabla 2 - Resultados de la ANOVA para medidas repetidas para la Escala de Ansiedad Estado, según el sexo, edad, internación y baño en la cama previo, preferencias, benzodiazepínicos y factores de riesgo. Sao Paulo, 2007

Variable	Factor	F	p-valor
Ansiedad estado	Baño vs evaluaciones vs sexo	0,39	0,6774
	Baño vs evaluaciones vs edad	0,30	0,7432
	Baño vs evaluaciones vs baño en la cama anterior	0,30	0,7442
	Baño vs evaluaciones vs internación previa	0,82	0,4425
	Baño vs evaluaciones vs preferencias	0,21	0,8115
	Baño vs tiempo vs ansiolíticos	0,08	0,9218
	Baño vs evaluaciones vs diabetes mellitus (DM)	0,36	0,6988
	Baño vs evaluaciones vs dislipidemia (DLP)	0,95	0,3888
	Baño vs evaluaciones vs obesidad	0,46	0,6347
	Baño vs evaluaciones vs historia familiar	0,64	0,5313
Ansiedad estado	Baño vs evaluaciones vs tabaquismo	0	0,9985
	Baño vs evaluaciones vs sedentarismo	1,18	0,3092

Tabla 3 - Resultado de la correlación de Pearson entre la ansiedad estado del baño en la cama y del baño de ducha y la ansiedad de trazo. Sao Paulo, 2007

Variable	Baño	N	r _s	p-valor(*)
Ansiedad estado	Cama	71	-0,0344	0,7756
	Ducha	71	0,1165	0,3335

Discusión

Los datos obtenidos, en relación a la ansiedad, apuntan para dos resultados principales. El primero es que la ansiedad generada en el baño en la cama fue mayor, en las tres evaluaciones, que la generada en el baño de ducha. Ese hecho puede haber ocurrido porque los pacientes probablemente percibieron la situación del baño en la cama como una situación de amenaza a su seguridad, debido a la invasión de su privacidad e intimidad, precipitando el aumento de la ansiedad⁽⁸⁾.

Esas manifestaciones se deben al universo cultural, en que estar adecuado socialmente implica en estar vestido, no debiendo exponer el cuerpo en la presencia de otra persona y que la desnudez está relacionada a la sensualidad y sexualidad^(13,21).

El segundo resultado principal es que la ansiedad generada por la expectativa del paciente en recibir el baño en la cama fue mayor que la ansiedad generada durante el propio baño. Ese mismo resultado fue apuntado en otro estudio, en que la ansiedad fue mayor antes del baño en la cama (puntaje 43,98), disminuyendo inmediatamente después de ese procedimiento (puntaje=37,89)⁽²²⁾.

El acto de "esperar" por algún acontecimiento provoca diversas expectativas, sentimientos y emociones⁽⁷⁾. Durante la hospitalización, principalmente en unidades de terapia intensiva, existen diversos factores de estrés y diversas situaciones que alteran los hábitos de vida, generando expectativas en el paciente, pudiendo tornar el período de espera angustiante, ocasionando estrés y ansiedad⁽²³⁾.

En relación a la influencia de la ansiedad sobre las señales vitales, tradicionalmente los profesionales del área de la salud han considerado que los aumentos de la ansiedad pueden ser detectados a través de cambios en la frecuencia cardíaca y en la presión arterial. La verbalización de la ansiedad, la agitación y el aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca son los indicadores más importantes de la ansiedad⁽²⁴⁾. Entretanto, en el presente estudio, esos parámetros no sufrieron influencia de la ansiedad en los baños en la cama y de ducha, mismo en niveles moderados. Es importante destacar que los pacientes evaluados utilizaban medicaciones, como anti-hipertensivos y betabloqueadores, lo que, posiblemente, interfirió en ese resultado.

Con referencia a las variables antecedentes, se observó que la única variable que influyó en la ansiedad de los pacientes fue la hipertensión arterial, mostrando que los pacientes hipertensos presentaron ansiedad más elevada en los baños en la cama y de ducha que los no hipertensos. Resultado semejante fue obtenido en otro estudio⁽²⁵⁾, en que los niveles de ansiedad trazo y estado de los pacientes hipertensos fueron significativamente más elevados que los de la población en general.

En cuanto a las otras variables antecedentes, no existe consenso entre las investigaciones sobre su relación con la ansiedad del paciente. Entre esas variables, el resultado que causó cierta sorpresa fue el

hecho de que la ansiedad no se altera en las situaciones en que no hubo concordancia con la preferencia de los pacientes en cuanto al sexo de los profesionales.

Desde la formación académica del enfermero es preconizado que se debe considerar las condiciones y el grado de independencia del paciente y también su preferencia y siempre que sea posible los clientes deben participar de la planificación y ejecución de los cuidados que se refieren a su vida y a su salud⁽²⁶⁾.

El resultado obtenido en el presente estudio, entretanto, mostró que no hubo aumento de la ansiedad al contrariar las preferencias del paciente, contribuye, así, para la profesión, una vez que, la enfermería tiene el predominio de profesionales del género femenino y no siempre hay disponibilidad de profesionales del sexo masculino que puedan atender las preferencias de los pacientes.

Delante de los contextos presentados, en lo que concierne a la ansiedad generada en los baños, y consideradas las diferencias individuales de cada paciente, cabe a los enfermeros prestar mayor atención en la planificación y ejecución de esos procedimientos. En ese sentido, se piensa que los profesionales deben ser incentivados a mantener orientaciones claras y objetivas de las actividades de enfermería relativas al baño en la cama, con el objetivo de elucidar los factores desencadenadores de estrés y ansiedad, posibilitando, así, una mejor postura de los miembros del equipo delante de la necesidad de asociar competencia técnica con valores humanos y la preocupación en permitir la participación del paciente, principalmente en relación a sus elecciones de privacidad y minimización de ansiedad.

Conclusión

Se puede observar que la ansiedad del baño en la cama es significativamente mayor que la generada en el baño de ducha y, de esa forma, se debe modificar los factores que influyen para su aumento, desarrollando estrategias que puedan ofrecer informaciones a los pacientes en relación a ese procedimiento.

El baño, a pesar de relevante y de ser una de las actividades más ejecutadas por la enfermería, ha sido poco explorado. Estudios que tengan como objetivo comparar la ansiedad en los diversos procedimientos de enfermería se vuelven importantes para la práctica cotidiana. Los profesionales deben preocuparse con el aspecto fisiológico y también con el aspecto psicológico, buscando el equilibrio emocional paralelamente a la restitución física del paciente.

References

1. Moser DK, Dracup K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosom Med* 1996; 58(5):395-401.
2. An K, De Jong MJ, Riegel BJ, McKinley S, Garvin BJ, Doering LV, et al. A cross-sectional examination of changes in anxiety early after acute myocardial infarction. *Heart Lung* 2004; 33(2):75-82.
3. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. Effects of depression and anxiety on mortality and quality-of-life 4 months after myocardial infarction. *J Psychosom Res* 2000; 49(4):229-38.
4. Frazier SK, Moser DK, Riegel B, McKinley S, Blakely W, Kim KA, et al. Critical care nurses' assessment of patients' anxiety: reliance on physiological and behavioral parameters. *Am J Crit Care* 2002; 11(1):57-64.
5. Okano Y, Utsunomiya T, Yano K. Effect of mental stress on hemodynamics and left ventricular diastolic function in patients with ischemic heart disease. *Jpn Circ J* 1998; 62(3):173-7.
6. Novaes MAFP, Romano BW, Lage SG. Internação em UTI. Variáveis que interferem na resposta emocional. *Arq Bras Cardiol* 1996; 67(2):99-102.
7. Grazziano ES, Bianchi ERF. Nível de ansiedade de clientes submetidos a cineangiografia e de seus acompanhantes. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(2):168-74.
8. Carvalho DV. Intrusão física e visual no espaço pessoal dos pacientes hospitalizados acamados [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem da USP; 1977.
9. Pupulim JSL, Sawada NO. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras / Physical exposure of clients in care for basic needs at an ICU: critical incidents reported by nurses. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(3):388-96.
10. Lopes CLR, Barbosa MA, Teixeira MEM, Aquino RVP. Percepção dos pacientes, sem capacidade para autocuidar-se, sobre a operacionalização do banho no leito. *Rev Bras Enferm* 1996; 49(2):259-66.
11. Ogasawara M. Banho no leito: uma contribuição ao enfermeiro baseada na percepção do paciente/ cliente [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ; 1989.
12. Carvalho AMS. Cuidados de enfermagem ao corpo nu: mulher, repressão sexual e vergonha. [dissertação]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia / USP; 2005.
13. Pupulim JSL, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002; 10(3):433-8.
14. Davim RMB, Torres GV, Silva RAR, Silva DAR. Percepção de pacientes acamados quanto ao banho no leito: um estudo de caso. *Rev Tec-Cient Enferm*. 2004; 2(7):24-6.
15. Ide CAC. O paciente de UTI e a percepção dos cuidados de higiene corporal [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem / USP; 1984.
16. Figueredo NMA, Machado WCA. A nudez do cliente: o (des) equilíbrio no cuidado de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 1996;4(2):143-52.
17. Amatuzzi MLL, Barreto MCC, Litvoc J, Leme LEG. Linguagem metodológica: Parte 1. *Acta Ortop Bras* 2006; 14(1):53-6.
18. Ignácio DS. Ansiedade e angioplastia coronária transluminal percutânea (ACTP): uma contribuição para a enfermagem. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2004.
19. Gatti MF. A música como intervenção redutora da ansiedade do profissional de serviço de emergência: utopia ou realidade? [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2005.
20. Grey M. Desenhos experimentais e quase-experimentais. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001.
21. Silveira MFA. Estar despido na unidade de terapia intensiva: duas percepções, um encontro. *Rev Enferm UERJ*. 1997; 5(2):449-59.
22. Barsevick A, Llewellyn J. A comparison of the anxiety-reducing potential of two techniques of bathing. *Nurs Res* 1982; 31(1):22-7.
23. Romano BW. A família e o adoecer durante a hospitalização. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo*. 1997; 7(5 Supl A):58-62.
24. Frazier SK, Moser DK, O'Brien JL, Garvin BJ, An K, Macko M. Management of anxiety after acute myocardial infarction. *Heart Lung* 2002; 31(6):411-20.
25. Stela F. Avaliação de traços e estados de ansiedade em pacientes hipertensos de centro de saúde. *J Bras Psiquiatr* 1991; 40(10):497-9.
26. Mendes VLPS. Gerenciando qualidade em serviços de saúde. *Rev Bras Enferm* 1993; 46(3/4):211-25.

Recibido: 8.12.2008

Aceptado: 3.9.2009

Como citar este artículo:

Lopes JL, Nogueira-Martins LA, Gonçalves MAB, Barros ALBL. Comparación del nivel de ansiedad entre el baño de ducha y el realizado en la cama en pacientes con infarto agudo del miocardio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar-abr. 2010 [acceso en: _____];18(2):[07 pantallas]. Disponible en: _____