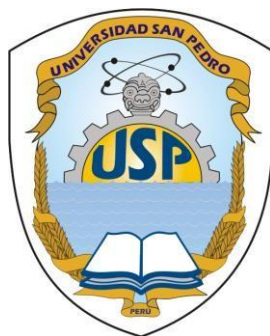


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Vivencias del paciente crítico después de la
extubación sobre el cuidado enfermero en UCI.
Hospital de Apoyo II-2 Sullana**

Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro en
Gestión del Cuidado de Enfermería

Autora: Zapata Vásquez, Cruz María

Asesora: Arrestegui Alcántara, Juana Elsy

Sullana – Perú

2018

Palabras clave:

Español

Tema	Vivencias Paciente critico Cuidado Enfermero Unidad Cuidados Críticos.
------	---

English

Theme	Experiences Critical patient Nursing Care Critical Care Unit.
-------	--

Línea de investigación

Salud Pública

Posgrado

GESTION DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

**Vivencias del paciente crítico después de la extubación sobre
el cuidado enfermero en UCI. Hospital de Apoyo II-2 Sullana,
2017**

INDICE

	Página N°
Palabras clave: en español e inglés	ii
Línea de investigación	iii
Título del trabajo	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	01-28
Metodología	29-39
Consideraciones Finales	40-60
Conclusiones	61-62
Recomendaciones	63
Dedicatoria	64
Agradecimiento	65
Referencias bibliográficas	66-69
Anexos	71-74.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como **Objetivo:** Analizar, comprensivamente, la vivencia de los pacientes críticos que fueron extubados y los cuidados de enfermería que ha recibido durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos, Hospital de Apoyo II-2 Sullana-2017. **Metodología** fue un estudio cualitativo, de diseño fenomenológico, se recolectaron los datos mediante las entrevistas semiestructuradas. **Muestra:** Estuvo conformada por 11 participantes. **Consideraciones Finales:** A través de los discursos de los pacientes mientras eran atendidos y permanecían en el mencionado servicio, permitió conocer las vivencias del paciente después de haber extubado y estabilizado hemodinámicamente, construida con las siguientes categorías: Primera Experimentando temor, angustia y desesperación, con las siguientes subcategoría: Falta confort y comodidad, desorientación en el tiempo, sentimiento de soledad, incertidumbre frente al futuro, conflicto para la comunicación, actitudes cuidado de enfermería, Segunda; espiritualidad, presencia de fe en Dios. Tercera; Sentimientos ante la muerte. Conocer las vivencias de los pacientes sobre el cuidado enfermero nos permite seguir avanzando en el proceso reflexivo desde la propia experiencia y nos anima a seguir en esta línea crítica de desarrollo profesional y, por tanto, de mejora de la calidad asistencial y la seguridad.

Palabras clave: Vivencias. Paciente crítico. Cuidado Enfermero, Unidad Cuidados Críticos.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to analyze, comprehensively, the experience of critical patients who were extubated and the nursing care they received during their stay in the intensive care unit, Hospital of Apoyo II-2 Sullana-2017. Methodology was a qualitative study, of phenomenological design; data were collected through semi-structured interviews. Sample: It consisted of 11 participants. Final Considerations: Through the discourses of the patients while they were treated and remained in the aforementioned service, it allowed to know the experiences of the patient after having extubated and hemodynamically stabilized, constructed with the following categories: First Experiencing fear, anguish and despair, with the following sub-categories experiencing, lack of comfort and comfort, disorientation in time, feeling of loneliness, uncertainty about the future, conflict for communication, nursing care attitudes, Second; spirituality, presence of faith in God. Third; Feelings before death. Knowing the experiences of patients about nursing care allows us to continue advancing in the reflective process from our own experience and encourages us to continue in this critical line of professional development and, therefore, to improve the quality of care and safety.

Keywords: Experiences. Critical patient. Nursing Care, Critical Care Unit.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

1.1.1 Antecedentes

La experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) crea una de las mayores crisis en la persona que pasa por todo este proceso. La hospitalización genera en el individuo ansiedad, angustia, estrés, todo esto producido por situaciones como la separación de sus familiares, la pérdida del contacto, el aislamiento, exteriorizando sentimientos negativos de temor sobre el área hospitalaria, los múltiples procedimientos invasivos, la cantidad de equipos instalados, el ambiente frío, el horario restringido de las visitas, las condiciones de la persona hospitalizada y la incertidumbre sobre lo que puede pasar. Santiago (2015)

Según la revisión bibliográfica realizada hasta la fecha, son pocos los trabajos cualitativos sobre las vivencias que tienen los Pacientes Críticos después de la Extubación sobre el Cuidado de Enfermería en la UCI. Entre los estudios encontrados, figuran los siguientes:

Castro, R. (2015) *Vivencia de la persona adulta con tubo endotraqueal: contribución para un cuidado humanizado*. Hospital Belén. El presente estudio, de tipo cualitativo, se realizó con el Objetivo de analizar comprensivamente la vivencia de la persona adulta con tubo endotraqueal en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del Hospital Belén de Trujillo. La investigación surge ante la necesidad de profundizar en las vivencias de estas personas para llegar a comprender y develar el fenómeno vivencial, a través de una trayectoria cualitativa del enfoque fenomenológico. Este análisis constituirá el punto de partida para reflexionar y meditar sobre el cuidado que se brinda. El método utilizado fue la fenomenológica hermenéutica, dado que el conocimiento de los seres humanos no es posible sin describir sus experiencias, la forma en que las

viven y cómo las describen. En el estudio participaron 13 personas, número que se determinó por la técnica de «Bola de Nieve». Resultados: se identificó nueve unidades de significado: cercanía a la muerte, angustia, dolor, ahogo, soledad-tristeza, no podía hablar, acercamiento a Dios, alivio cuando me sacaron el tubo. Conclusiones: al develar el fenómeno, se encontró que la cercanía a la muerte y la angustia jugaron un rol importante en la percepción del Dasein «ser» y su mundo. Esto permite comprender que el fin prioritario del cuidado debe ser aliviar el sufrimiento humano, mantener la dignidad y facilitar los medios para manejar la crisis del vivir y del morir.

Quiñones, S. (2012) La presente investigación titulada *Comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado a la persona inconsciente*. De naturaleza cualitativa, abordada como estudio de caso, tuvo como objetivo identificar, describir y analizar la comunicación de la enfermera intensivista durante el cuidado a la persona inconsciente. El escenario donde se desarrolló el estudio fue la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. (HNAA) Chiclayo -Perú. Las bases teóricas se sustentaron en Stefanelli, Jean Watson y Torralba. Los sujetos de investigación lo conformaron 10 enfermeras, obtenidas por saturación. Para la recolección de los datos, previa firma del consentimiento informado, se empleó la entrevista semiestructurada y observación participante. El análisis de los datos se realizó mediante el análisis de contenido temático, obteniéndose las siguientes categorías: comunicación con el paciente inconsciente: un desafío para la enfermera intensivista, estableciendo estrategias para una comunicación efectiva entre la enfermera y el paciente inconsciente, la sobrecarga laboral como limitante en el vínculo comunicacional con el paciente inconsciente. Durante el despliegue de la investigación se consideraron los principios éticos de la Ética Personalista de Elio Sgreccia y el rigor científico de Guba y Lincoln.

Márquez, G. (2016) La presente investigación titulada *Vivencias de los pasantes de enfermería, en la resolución de problemas clínico*. México. El objetivo fue comprender las vivencias de los pasantes de enfermería, en la resolución de

problemas clínicos, a través de su descripción e interpretación. Métodos Estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo, tradición fenomenológica, método fenomenológico, técnica: entrevista semiestructurada a profundidad a 8 pasantes de enfermería asignadas a un Hospital de Sinaloa, México; instrumento: guía de entrevista, selección de participantes: 11 intencional hasta saturación teórica, carta de consentimiento informado y protección de la intimidad y confidencialidad, con base en el Código de Ética de las y los enfermeros de México y Declaración de Helsinki. Análisis de contenido tipo temático de acuerdo a Souza Minayo, del que emergieron 4 categorías. Resultados Del análisis se seleccionó la categoría «Resolver problemas, un arte profesional», con las subcategorías: a) Incertidumbre y ambigüedad en la identificación y resolución del problema; b) Percepción del problema como caso único; c) Presencia de conflicto de valores en la resolución del problema, y d) Saber práctico, aprender al observar, reflexionar y hacer. Conclusiones Al inicio del servicio social, los pasantes de enfermería muestran dificultad no solo para identificar y solucionar problemas clínicos, sino para comprender el significado de resolver problemas desde su conceptualización. Sin embargo, a punto de concluir su servicio social, empieza a emerger en ellos el arte de la enfermería, puesto que ya son capaces de identificar y dar solución a situaciones de cuidados que se presentan en los pacientes.

Henao, A. (2010) La presente investigación titulada *Sentirse apoyado: Experiencia de pacientes en Ventilación Mecánica sin efectos de sedación continua* Objetivo: *Describir los mecanismos de afrontamiento utilizados por los pacientes que se encuentran sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación continua en una UCI.* Metodología: se realizó una investigación con enfoque fenomenológico que contó con la participación de siete hombres y dos mujeres con edades entre 24 y 75 años. La técnica de recolección de la información fue la entrevista a profundidad. Resultados: "Sentirse apoyado y magnificar la espiritualidad", estar críticamente enfermo hace que se vivan situaciones de sufrimiento y soledad, convirtiendo a la familia y a la creencia religiosa como partes del proceso de recuperación. Conclusión: vivir la

experiencia de la ventilación mecánica sin efectos de sedación fue para los participantes trascendental debido a que percibieron durante su proceso de enfermedad el apoyo que la familia y la creencia religiosa les brindó para poder recuperarse; la familia son personas que dan palabras de aliento, brindan ayuda emocional y espiritual.

Vásquez, V. (2007) La investigación titulada: *Vivencias del paciente adulto sometido a ventilación mecánica*, brindó para poder recuperarse; la familia son personas que dan palabras de aliento, brindan ayuda emocional y espiritual. realizada en el Hospital José Cayetano Heredia Servicio UCI-ESSALUD- Perú 2007 cualitativa de tipo fenomenológico tuvo como Objetivos: Identificar las emociones y sentimientos experimentados por el paciente sometido a ventilación mecánica, obteniendo como resultados que se debe: Fortalecer el desarrollo de nuevos mecanismos de afrontamiento que ayuden al paciente a adaptarse armónicamente a esta experiencia, así como maximizar la calidad en el cuidado humano de enfermería integrando realmente los aspectos biopsicosociales en el quehacer profesional, para responder y actuar acertadamente en la satisfacción de las necesidades del ser humano.

Beltrán, O. (2007) la investigación titulada *El significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo*. cualitativa, tipo fenomenológica, realizada en Medellín, Colombia, que tuvo como objetivos: Describir el significado que tiene la experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo, llegando a los siguientes resultados: los participantes describen la UCI como un lugar de soledad, tristeza, frío y olores propios, en donde se recibe un cuidado especial; un lugar en donde la palabra y el diálogo tienen fuerza sanadora, que motivan, emocionan y ubican en la realidad, pero también molestan y causan angustia, y en donde se debe ser buen paciente para recibir el cuidado de enfermería y merecer el elogio de los mismos.

Beltrán, O. (2009) titulado: *La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo*, realizado en Medellín, Colombia, teniendo como objetivo:

Describir el significado, para los pacientes gravemente enfermos, de estar hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo, teniendo como resultados: El de describir la “dureza” de la experiencia y las dificultades que se presentaron durante el episodio de la enfermedad, así como también el sufrimiento físico, psicológico y algunas condiciones que contribuyeron para que el sufrimiento estuviera presente.

Urquiaga, M. (2015) *Vivencias de los Profesionales de Enfermería En La Gestión Del Cuidado a Personas Hospitalizadas*. El presente estudio cualitativo, trayectoria fenomenológica tuvo como objetivo de estudio: analizar comprensivamente las vivencias de los profesionales de enfermería en la gestión del cuidado a personas hospitalizadas del hospital “San Ignacio” de Casma, de las percepciones de las enfermeras entrevistadas en relación al fenómeno que vivencian la administración del cuidado a personas hospitalizadas se puede comprender y resaltar que muchos sentimientos son vertidos y expresados a través de la pregunta orientadora. Toda persona tiene el derecho a la salud, entendido en sentido amplio e integral, es un componente indispensable para lograr el bienestar del individuo y un desarrollo humano sostenible. La enfermera requiere desarrollar no solo competencias asistenciales sino también competencias administrativas, educativas y de investigación; la enfermera al desempeñar la función administrativa cumple un importante rol en la institución mediante la aplicación del proceso administrativo como método científico permitiendo el desempeño óptimo del equipo de enfermería para el cumplimiento de la misión y la visión institucional en pro de la satisfacción del usuario.

1.1.1 FUNDAMENTACION CIENTIFICA

1.1.1.1 PACIENTE CRITICO

Definición

Aquella persona que presenta cambios agudos en los parámetros fisiológicos y bioquímicos que lo colocan en riesgo de morir, pero que tiene evidentes posibilidades de recuperación. (Urden y Lough, 2005)

Por su parte Domínguez (2010) nos dice que paciente crítico, se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.

Al estar la persona en estado crítico trae como consecuencia una serie de reacciones emocionales frente a la enfermedad y más deterioro en la condición física, cognitiva, psicosocial y espiritual, por la dependencia total de la que se es objeto, y por la inmovilización prolongada a la que se es sometido. Por lo general la hospitalización en una unidad crítica posee una serie de características objetivas como son: la situación de aislamiento del enfermo, tanto por la separación de este con su núcleo familiar como por su confinamiento en un espacio reducido (Gómez, 2009).

La despersonalización del paciente ya que generalmente al enfermo se le asigna un número, se le retira casi todos los objetos personales, lo cual conduce a una pérdida de identidad del enfermo para transformarse en un objeto de asistencia. La pérdida de intimidad, ya que el enfermo está siempre disponible para la totalidad del personal asistencial. La reglamentación de las actividades del paciente como lo son: el horario de las comidas y visitas, el aseo personal, el tiempo de descanso, la calidad del sueño entre otros (Quiñones, 2012).

Así mismo los pacientes que precisan cuidados intensivos deben hacer frente a varios factores de estrés, tales como amenaza de muerte, amenaza de supervivencia con secuelas significativas relacionadas con la enfermedad o la lesión, dolor o malestar, estímulos amenazantes y pensamientos aterradores, pérdida de la capacidad para expresarse verbalmente cuando es sometido a una intubación, entre otros, y sus respuestas ante estos factores depende de diferencias individuales como edad, sexo, apoyos sociales, diagnósticos médicos, antecedentes culturales, curso clínico y pronóstico.(Gómez, 2009).

Por consiguiente, para la investigadora un paciente en estado crítico es una persona cuyo estado de salud está deteriorado, teniendo afectados los principales órganos y sistemas, a tal punto que puede perder la vida.

Los pacientes críticamente enfermos pueden estar conscientes, es decir conectados con su medio, o inconscientes; siendo definido inconsciencia como aquella situación clínica que lleva al paciente a una disminución del estado de alerta normal, pudiendo oscilar desde una tendencia al sueño hasta una ausencia total de respuesta frente a estímulos externos, persistiendo únicamente una actividad refleja residual. (López y Vargas, 2002)

Según el grado de disminución del nivel de conciencia lo podemos clasificar en tres grupos principales: (Manejo del paciente inconsciente. (En línea) Coma: es el más grave de los problemas de la conciencia y de la vigilia. Altera de forma más o menos total las funciones de relación. Un enfermo en coma puede no reaccionar ni a estímulos nociceptivos (que provocan una agresión dolorosa de los tejidos, por ejemplo, pincharlos o perforarlos). Estupor: abarca desde un estado en el cual la persona no reacciona sino a los estímulos simples: su nombre, ruido, luz fuerte, sacudir al sujeto... y la Obnubilación: es un estado menos severo, la persona responde correctamente a las órdenes complejas (ejecuta órdenes escritas, realiza cálculo mental...), pero con lentitud, fatiga o bastante dificultad de concentración.

Es por esto que el enfermo que se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos por sus condiciones críticas exige que la enfermera que lo va a cuidar no solo tenga la responsabilidad de ofrecer un cuidado de forma integral, concibiéndolo como un ser holístico, único, donde su equilibrio está afectado no solo desde el punto de vista orgánico sino también emocional y social; posee competencias cognitivas habilidad y destrezas que las adquiere con la

experiencia profesional y las afianza con la especialidad de enfermería intensivista o enfermería en cuidados críticos.

1.1.1.2. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CRITICO

Considerando el objeto de estudio, vivencias del Paciente crítico después de la extubación, la teorista en quien se basa el presente estudio es Vera Regina Waldow; ella fundamenta el cuidar como expresión de humanización, donde cuidado humano es una forma de ser, de vivir y de expresarse en un compromiso de estar con el mundo y en contribuir al bienestar general, en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de la espiritualidad (Castro, 2015).

El todo del ser humano y la totalidad de la calidad de vida incluye el movimiento físico, la prevención básica de los estados físicos y emocionales negativos, el control del estrés, la sensibilidad con el entorno, la conciencia de sí mismo y el aspecto espiritual, los que deberían ser considerados por el profesional de enfermería, dado que su esencia es el cuidado (Castro, 2015).

Los cuidados de enfermería deberían estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas, para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración. Sin embargo, las instituciones hospitalarias, impregnadas del modelo biomédico y curativo, reducen lo humano a lo biológico, alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado (Waldow VR ,2009).

El cuidado enfermero reúne actos como pensar, ser, hacer, cuidar, lo que involucra tanto a la persona cuidada, como al profesional que cuida. Esto sin tener en cuenta el significado de cuidado, sino la esencia del ser humano como ser único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger, es decir, en la

comprensión del ser humano como un ser integral. Se habla de una visión fenomenológica-existencialista de la psicología y de las humanidades. La enfermera se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida (Waldow, 2007).

El cuidado no puede ser prescrito, no existen reglas a seguir, debe ser sentido, vivido e integrado al día a día, permitiendo que forme parte de todos, es decir, transformarlo en un estilo de vida (Castro, 2015).

El cuidado que se brinda a las personas adultas, debe ser humano, de calidad, anticiparse a complicaciones, minimizar los riesgos mediante un monitoreo continuo. En realidad, esto es poco frecuente, dado que el paciente está afectado en su dignidad, al perder su libertad y depender del personal de enfermería. La presencia de vías, sondas, cables, conexiones y aparatos le impiden moverse. Además, las alarmas, la luz, el ruido, la falta de televisores, música y el aislamiento de la familia, genera ansiedad, intranquilidad, llanto, quejas, por lo que es necesario que la enfermera proporcione información, responda dudas, dándole una atención esmerada con calidad científica y humana (Waldow, 2008).

La enfermera, en el cuidado que brinda, no debe olvidar los factores de tensión psíquica (afectiva) porque afectan o condicionan la recuperación física del paciente. La intervención psicológica implica cumplir funciones específicas, como brindar información, acompañarlos, orientarlos, escucharlos, confortando sus estados de ánimo durante la hospitalización para proporcionar aliento y esperanza, apoyo humano en un ambiente cálido que los haga sentir que están recibiendo un trato digno y respetuoso, ya que la vida tiene sentido hasta el final, hasta el último suspiro y una actitud rutinaria, risas o indiferencia pueden ser interpretadas como deshumanización, ocasionando trastornos

fisiológicos y psicológicos, evidenciándose en alteraciones del pensamiento, distorsión de la percepción y cambios conductuales, por tanto, se hace necesario conectarlos a la realidad en forma continua (Waldow, 2008).

Por otro lado, la comunicación con los pacientes es uno de los cimientos de enfermería, la habilidad para comunicarse es conocimiento básico del cuidado de enfermería, ya que su meta en este campo es luchar por el desarrollo de una comprensión común, utilizando para ello principios básicos como claridad, continuidad. En personas adultas intubadas, la comunicación no verbal es la más frecuente, utiliza tablas de símbolos, lápiz y papel para que puedan expresar lo que sienten (Waldow, 2008).

Es importante recordar que en el cuidado del paciente adulto con tubo endotraqueal debe aliviarse el sufrimiento humano, mantener la dignidad y facilitar los medios para manejar la crisis del vivir y del morir (Castro, 2015).

1.1.1.3 UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS

Unidad Cuidados Intensivos Son áreas especializadas dentro de una institución hospitalaria en donde son llevados los pacientes que presentan mejor grado de complejidad y por ende necesitan de cuidados con el máximo de vigilancia, pues la patología que presentan comprometen la estabilidad hemodinámica y la vida del paciente; por lo anterior allí se manejan sistemas de monitoreo y soporte vital en forma continua. (Calderón, 2011).

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son áreas dedicadas a la monitorización, diagnóstico y tratamiento del paciente crítico de una manera integral y multidisciplinaria. Son pacientes críticos aquellos, de las diferentes especialidades médicas, que presentan una alteración de su homeostasis corporal y que han alcanzado una severidad tal, que constituye una amenaza potencial a la vida o a la función. Idealmente el servicio es ofrecido sólo a los pacientes cuyas condiciones son susceptibles de recuperarse, con un soporte

vital de órganos y sistemas. Son también pacientes críticos, aquellos que requieren una monitorización intensiva e invasiva (Quispe 2013).

En efecto para la investigadora, una unidad de cuidados es aquel servicio donde se brinda atención especializada en forma oportuna y continua a toda persona que padece de alguna enfermedad grave y cursan con alto riesgo de complicación, siempre y cuando sean recuperables. Tal como se ha visto en la UCI se encuentran las personas que requieren cuidado constante y atención especializada durante las 24 horas. Debido al estado en que se encuentran estas personas, es un área donde laboran personal altamente especializado y entrenado.

1.1.1.4 VIVENCIA

Las vivencias son el punto de partida y el final de la investigación fenomenológica. El objetivo de la fenomenología es transformar las vivencias en una expresión textual de su esencia, de manera tal que el efecto del texto es a la vez un re-vivir reflexivo y una apropiación reflexiva de algo que es significativo: una noción por la cual el(a) lector(a) es animado(a) poderosamente en su propia vivencia (Angulo 2013).

Las vivencias son fenómenos «interiores» de los seres vivientes; transcurren en la «inmanencia» de su propio ser y no más bien en el «exterior» de este; por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de observación externo. Ellas miran «hacia dentro» de la misma vida y no «hacia fuera» de esta. Las vivencias permiten a estos seres experimentarse a sí mismos como «sujetos» de ellas y no como objetos, como sucede, en cambio, con su propio cuerpo. Debido a su carácter interior y su vinculación con la subjetividad de estos seres animados, estas vivencias se consideran «entidades subjetivas» (Ramos, 2012).

Las vivencias reúnen significancia hermenéutica a medida que nosotros (reflexivamente) las reunimos a través de la memoria. A través de meditaciones, conversaciones, sueños diurnos, inspiraciones y otros actos interpretativos nosotros le asignamos significado al fenómeno de la vida vivida. (Angulo 2013).

Estudiaremos las vivencias adoptando la de Aimar, A y Defilipe María Rosa (2009), que la definen como “Experiencias conscientes e inconscientes del sujeto desarrollados durante una situación o fenómeno determinado en su modo o momento de vida (en este caso durante su enfermedad), ante lo cual el individuo adopta una posición valorativa, que genera distintos sentimientos observables a través de los gestos, posturas, conductas o su relato oral y que forman parte del acervo de su personalidad.”

Las vivencias significan poseer existencia o vida, podemos decir que vivencia, es lo que cada uno experimenta, en su cotidianidad, simplemente por existir, siendo estas experiencias transformadoras de su esencia, y a su vez reconociendo que cada hecho vivenciado lo es de un modo particular por el que lo vive o experimenta, lo que hace que el propio sujeto lo modifique en su percepción (Fariñas, citado en Chacón, Ruiz. 2016).

La vivencia, enriquece a la persona, porque siempre tras una vivencia quedará registrada una información que en el futuro, de repetirse, permitirá no solamente saber cómo actuar ante tal o cual situación similar, sino que además nos dejará un aprendizaje revelador, que será decisivo para no repetir una mala actitud. Porque hay algo que si bien no es una ley escrita sí se produce con frecuencia, cuando alguien tiene una vivencia favorable que le produjo placer y gusto, con el tiempo, la recordará como positiva, aprenderá de ella y tratará de repetirla, sin embargo, cuando por el contrario la vivencia haya sido desagradable nada de eso sucederá y todo aquello que la evoque se considerará como un mal recuerdo (Chacón, Ruiz. 2016).

Para comprender como vivenció el paciente sometido a un procedimiento de intubación y conectado a una maquina ventilatoria por varios días mientras se estabiliza hemodinámicamente recibe los cuidados de enfermería satisfaciendo sus necesidades básicas y de tratamiento. Superado la crisis el paciente se va destetando de la maquina ventilatoria hasta llegar a la extubación. Este estudio se realizó con la finalidad de conocer de forma directa sus necesidades durante en el diario vivir manifestado a través de sus relatos, para a mejorar el cuidado de enfermería que se brinda mientras permanezca en esta unidad.

1.1.1.5 INVESTIGACIÓN FENOMENOLÓGICA,

Desde la perspectiva de Martin Heidegger. Los conceptos principales que se desarrollan en el abordaje teórico son: fenomenología, cura-cuidado, y preocupación. Asimismo, la conceptualización de cuidados de enfermería mientras que encuentre en paciente es situación crítica intubada durante su estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El concepto de fenomenología, etimológicamente, se deriva del griego φαινόμενα (todo lo que se muestra, manifiesta o aparece ante un individuo que se interroga) y λόγος (que significa estudio o tratado). La fenomenología tiene su origen en el pensamiento de Edmund Husserl a inicios del siglo XX, quien propugna que es un método que intenta entender de forma inmediata el mundo del hombre, mediante una visión intelectual basada en la intuición de la cosa misma, es decir, el conocimiento se adquiere válidamente a través de la intuición que conduce a los datos inmediatos y originales (León, 2009).

La fenomenología fue un soplo de aire fresco en el mundo filosófico a principios del siglo XX, que a su vez, iba unido a cierta resonancia de pureza espiritual, de genuina búsqueda de una nueva inocencia; la actitud

fenomenológica orienta una delicada y minuciosa tarea: detectar las operaciones de este verdadero mundo antes del mundo (que es la conciencia), interceptando y neutralizando instancias fijadas en convicciones hasta ahora no atendidas y que hacen del mundo algo natural y, que en realidad, se asientan en la aludida actitud natural. El arte de la descripción es resultado de esta implacable y exhaustiva a la vez que infinita, tarea de develamiento.

Heidegger define el concepto de fenomenología en Ser y Tiempo como: lo que se muestra, sacar a la luz, hacer que algo sea visible en sí mismo, poner a la luz. Ahora bien, lo que se puede mostrar en sí mismo, por sí mismo, de diferentes maneras, según cuál sea el modo de acceso a ello (Heidegger, 2000)

La fenomenología es investigación sobre el ser de los entes. El ser de los entes es comprensible como fenómeno, es decir, en cuanto un mostrarse en su cómo. Si se quiere ser estrictamente fenomenológico en el análisis de la vida humana, lo que inmediatamente aparece en la vida y para la vida es el cuidado, deduciendo por tal cómo la vida humana se cuida en todo momento de sí misma. La observación es un modo derivado del cuidado. El mundo está presente en la vida y para ella, pero no en el sentido de algo que es simplemente mentado y observado. Esta movilidad de existencia del mundo se activa sólo cuando la vida fáctica supone la actividad de su tratado cuidadoso (Heidegger, 2005).

Resumiendo, conforme lo que explican tanto Husserl como Heidegger se define a la fenomenología como el estudio de los fenómenos (o experiencias) tal como se presentan y la manera en que se vive por las propias personas.

Enfermería, como disciplina humanística, necesita métodos de investigación que la acerquen a su objeto de estudio (el cuidado de la persona). Pero estos métodos deben ayudarnos a ver a cada individuo como a un ser con respuestas y sentimientos propios, y que sólo él los experimenta de manera única. Es fundamental que no se generalice sobre la conducta humana, ya que es la

persona misma quien construye su mundo y lo vive de acuerdo a su propia percepción de la realidad (Trejo, 2012).

La fenomenológica hermenéutica fue reinterpretada radicalmente como hermenéutica o interpretativa por Heidegger, alumno y crítico de Husserl. Esta no busca primero la evidencia tal “como es en sí misma” como fundacional sino que más bien revela el horizonte descubriendo las presuposiciones. Esto hace posible de entender el ser (la presencia o algo que es) y por ende el cuestionamiento del significado del ser en el mundo. Ser en el mundo se revela como aquello que hace posible, en la temporalidad un cuestionamiento muy a fondo. En otras palabras, la interpretación se fundamenta existencialmente en la comprensión y es ella misma una de las posibilidades del ser. Cabe señalar que la fenomenología-hermenéutica se enfoca en la experiencia subjetiva de individuos y grupos; intenta develar el mundo según lo experimenta el sujeto, a través de sus historias del mundo de la vida. Por consiguiente, "la fenomenología comienza cuando no contentos con vivir interrumpimos la vivencia para significarla, la hermenéutica comienza cuando no contentos con pertenecer a la tradición transmitida interrumpimos la relación de pertenencia para significarla"(Angulo 2013).

En las ciencias de la salud, en especial en enfermería en su interacción con su sujeto de atención, trata de procesos complejos, cuya explicación no está al alcance del método clásico de la investigación; esto es, una nueva modalidad que explica el actuar del profesional de enfermería, porque es importante describir y comprender aquellos fenómenos de la experiencia humana. Con este enfoque es posible dar respuesta a la interrogante presentada cuando tenemos un paciente que se encuentra en situación crítica y entubado durante su estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos. Posterior a salir del estado crítico el paciente y es entubado se le hará preguntas como:

¿Qué significó para Ud. tener un tubo endotraqueal? ¿Qué sentimientos y sensaciones ha experimentado cuando estuvo con el tubo endotraqueal? ¿Qué cuidados le brindaba la enfermera mientras se encontraba usted delicado de salud en esta unidad de cuidados intensivos?

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

Autores como Cash, Guntupalli y Allue, manifiestan que “En las Unidades de pacientes críticos, se produce una gran despersonalización, entendiéndola esta como una falta de sensibilidad y sentimientos por parte de los profesionales hacia las personas que cuidan”. El sujeto es visto por parte de los profesionales como objeto de conocimiento, la experiencia vivida se convierte en objeto, descontextualizándola y vaciándola de subjetividad y sentido. (Ramos, 2008) Ceballos (2010), en su estudio con personas que han estado hospitalizadas en la UCI, relata su experiencia como negativa debido a las alteraciones cognitivas, la incomodidad por presencia de elementos invasivos, la limitación del movimiento, la incapacidad para hablar, la sed, el ruido y el dolor (Ceballos, V.P. A., 2010). Vázquez y Eserverri (2010), también reportan en estas personas dificultades para dormir, alteración de la imagen corporal y preocupación por la insatisfacción en las necesidades básicas, deterioro en la memoria, pero con recuerdos parciales de las experiencias en UCI (Vázquez, 2010). Teniendo como objeto de investigación las Vivencias que tienen los pacientes críticos después de la extubación sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Apoyo II-2 Sullana 2017. Cuyos objetivos Caracterizar las vivencias de los pacientes críticos que fueron extubados y los cuidados de enfermería que ha recibido durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos. Hospital Apoyo II-2 Sullana, lugar donde la investigadora se desempeña, hay un gran número de pacientes cuyo estado de conciencia está alterado, estando en estado de sopor, estupor e incluso en coma, producto de la enfermedad que adolece o por la sedación, al interactuar con los pacientes extubado refieren sentirse desorientados, angustiados, ansiosos, fastidiados, sentir la muerte cercana. Igualmente, poco o nada se les comenta sobre el lugar en que se encuentran, ni la fecha y hora del día, más aún los pacientes expresan diversos tipos de necesidades: de comunicación, de personalización, de seguridad, espirituales-religiosas.

Por tanto, surge la necesidad de conocer, profundizar el estudio de estas

vivencias por parte de los pacientes extubados en la labor del cuidado que brinda la enfermera en el área de Cuidados Intensivos, para que a partir de ello la enfermera analice y reflexione sobre la importancia del cuidado integral humano y holístico; ayudándolas a tomar decisiones y actitudes que más adelante generen cambios positivos en el desarrollo profesional. Así mismo también servirá de guía para trabajos de investigación en otros servicios de este hospital y de nuestro medio.

1.3 PROBLEMA

1.3.1 Descripción de la Realidad Problemática

El Paciente crítico es aquel cuya enfermedad pone en peligro su vida de manera inmediata, por lo que necesita un soporte vital adecuado para mantener sus funciones que sólo puede proporcionarse en una Unidad de Cuidados intensivos(UCI) y cuya enfermedad es potencialmente reversible.(Castillón, 2012)

La experiencia vivida por los pacientes con una enfermedad grave o crítica y que amerita la hospitalización en una UCI posee características especiales; es una experiencia novedosa, inesperada y relevante para la cual la persona no recibe preparación e inducción de ningún tipo en la mayoría de los casos. Además, las enfermedades críticas tienen signos y síntomas de variada intensidad, cuyo patrón de presentación no alcanzan a ser claramente identificado, ni tampoco sus repercusiones de índole, físicas, psíquicas y sociales para las personas que las padecen y para su familia. Por este motivo y por el sufrimiento que acompaña a la enfermedad, el nivel de angustia e incertidumbre puede ser muy elevado. Padecer una enfermedad grave es una experiencia que ha despertado el interés de las diferentes disciplinas que participan en el cuidado las personas que la viven.

El conocimiento de las experiencias vividas por los pacientes en su contacto con los enfermeros permite comprender los componentes del cuidado, tener una

fundamentación humanizada. (Beltrán, 2007). Aunque la UCI es el lugar ideal para el cuidado de las personas en situación de salud crítica, está culturalmente vinculada a la idea de sufrimiento y muerte inminente, por pacientes y familiares, y parece ofrecer uno de los ambientes más ásperos, tensos y traumáticos, factores agresivos que no sólo afectan a los pacientes, sino también el personal profesional, sobre todo las enfermeras que viven a diario con escenas de atención de emergencia crítica, la muerte, aislamiento, etc. Sin embargo, el reto en la interacción lo ofrecen los pacientes con alteraciones de la conciencia por efecto de traumas, lesiones o de medicamentos sedantes, estos pacientes no buscan la comunicación, no hablan y sus expresiones y mensajes se limitan a gestos o permanecer en silencio, convirtiéndolos muchas veces en simples receptores del cuidado, por lo tanto, el enfermero debe mantener con ellos el contacto físico y la comunicación para proporcionarles la información necesaria que favorezcan en su ubicación en la realidad y evitar la sensación de soledad y desamparo.(García, Citado en Quiñones 2012).

Muchos pacientes inconscientes, describen con el tiempo, cuantos recuerdos negativos tienen en lo referente a la comunicación con las enfermeras que estaban a su cuidado, sobre todo para pacientes gravemente enfermos o de cuidados críticos, los aspectos no verbales de la comunicación parecen tener una gran importancia. (Beltrán, O citado en Quiñones 2012).

Existen numerosos relatos en los que personas que han estado inconscientes recuerdan con cariño a la enfermera que, gracias a la interacción iniciada por ella, entablaran una relación que los ayudaría en su camino a la recuperación. Las UCI se identifica por ser centros aislados, dotados de alta tecnología, que por sus características físicas y organizacionales constituyen un sitio de aislamiento para los pacientes que allí ingresan, ofreciendo una nueva experiencia en el entorno ambiental de los pacientes, una pérdida de la cotidianidad. En muchas ocasiones se convierten en lugares hostiles, que obligan a la limitación físicas y pérdidas de algunas de las funciones básicas, causando

en ellos sentimientos de desasosiego, temor, dolor pobre capacidad de adaptación, ansiedad estrés y sensación de aproximación a la muerte. La elevada instrumentalización de los cuidados, así como la incorporación de los importantes avances tecnológicos a las UCI, favorecen una visión reduccionista de los pacientes por parte del personal de Enfermería.

Autores como Cash, Guntupalli y Allue, manifiestan que “En las Unidades de pacientes críticos, se produce una gran despersonalización, entendiendo esta como una falta de sensibilidad y sentimientos por parte de los profesionales hacia las personas que cuidan”. El sujeto es visto por parte de los profesionales como objeto de conocimiento, la experiencia vividas se convierten en objeto, descontextualizándola y vaciándola de subjetividad y sentido. (Ramos, 2008) Ceballos (2010), en su estudio con personas que han estado hospitalizadas en la UCI, relata su experiencia como negativa debido a las alteraciones cognitivas, la incomodidad por presencia de elementos invasivos, la limitación del movimiento, la incapacidad para hablar, la sed, el ruido y el dolor (Ceballos, V.P. A., 2010). Vázquez y Eseverri (2010), también reportan en estas personas dificultades para dormir, alteración de la imagen corporal y preocupación por la insatisfacción en las necesidades básicas, deterioro en la memoria, pero con recuerdos parciales de las experiencias en UCI (Vázquez, 2010).

Este es el caso del artículo "Mientras... las paredes escuchaban". Mark, un paciente que estuvo inconsciente, al encontrarse después de mucho tiempo con la enfermera que lo cuidó expresa: “Si, Dios, recuerdo su voz. Fue la única manera de saber que estaba vivo y no muerto. Usted fue la primera que me habló sobre el infierno que estaba viviendo. Tenía susto de morir, pero entonces escuché su voz y supe que podría estar bien". (Quiñones, 2012).

El cuidado es la esencia de Enfermería, estos deberían estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad,

sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación. Sin embargo, las instituciones hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado. (Arpasi, 2016).

En las Unidades de Cuidados Intensivos, la enfermera dedica la mayor parte de su tiempo al cuidado físico del usuario, ya sea por la falta de tiempo o por la cantidad de actividades que tienen que realizar, proporcionando un cuidado mecanizado que solo responde a una enfermedad manifestada a través de unos signos y síntomas, por ello es necesario realizar esta investigación porque estaría afectando la atención que se brinda. La relación interpersonal es parte esencial del Cuidado de Enfermería, porque mantiene en sus principios fundamentales aspectos como la reafirmación de la integridad del ser humano y del proceso de cuidar como significativo y humanitario que contribuye a la preservación de la vida.(Villalobos, citado en ortega, 2015). En síntesis, el escenario de la UCI, descrito por algunos autores como un lugar, hostil y muy complejo, la persona en situación crítica de salud hospitalizada en la UCI y descrita como un ser humano con muchas necesidades y expectativas, desde el punto de vista pluridimensional, el papel de enfermería con sus habilidades, descrita como un profesional con la responsabilidad en el Cuidado de los pacientes críticos y como un ser humano con conocimientos, habilidades y capacidades. Y el Cuidado de Enfermería desde un enfoque de relación interpersonal, marcan características especiales y propias del ser-hacer de enfermería, en un escenario hospitalario especializado, donde la comunicación y el trato digno como elementos esenciales de la relación interpersonal evidencian el sello de la práctica profesional.

La vivencia de los participantes de los cuidados recibidos, se aproxima al pensamiento de Watson, que refiere que el cuidado para las enfermeras es su razón moral, no es un procedimiento o una acción, es un proceso interconectado,

intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente (Watson); describe el cuidado como el caring, término en inglés que connota actitud y sentimiento, más que habilidad o destreza. Implica la idea de cuidar de alguien con toda su complejidad, en donde los procesos de interrelación son vitales para el bienestar del paciente y su recuperación (Davis, 2006).

En la atención al paciente crítico queda patente que precisa de enfermeras humanas capaces de dar respuesta con prontitud a sus problemas y necesidades alteradas, a nivel físico y a la vez ligadas a sus vivencias, valores, creencias y cultura. Los cuidados de calidad implican el desarrollo de destrezas, habilidades y actitudes interpersonales, la interrelación con el paciente, la familia y los profesionales, desde un paradigma más empático que conduce a tratar al cuerpo cómo sujeto, o sea como una persona con toda su subjetividad (Delgado, 2001) (Jover, 2009).

La Asociación Americana de Enfermeras de Cuidado Crítico (2011), realizaron un estudio que proporciona una detallada descripción de la comunicación entre la enfermera y el paciente, cuando los pacientes en la UCI son incapaces de hablar. Los hallazgos sugieren adoptar medidas en las áreas para mejorar la práctica en el uso de estrategias de comunicación en la asistencia y la comunicación basándose en la evidencia, ya que se necesitan intervenciones para mejorar la forma de cuidar y las habilidades de las enfermeras con respecto a la comunicación, en el estudio se resalta el éxito en la comunicación sobre el dolor y otros síntomas, sugiere investigar sobre pruebas sistemáticas de intervenciones para mejorar la comunicación con los pacientes de la UCI y un examen más detallado de los síntomas de una mala comunicación, así como su tratamiento, con la finalidad de resolver problemas como el dolor u otro síntoma molesto (Happ, 2011).

La importancia que dan los pacientes en sus discursos a la fuerza de la comunicación, la interrelación, el buen humor, el cariño, la atención, la mirada,

el tacto, el trato humano de la enfermera, coincide con algunos autores que, consideran inseparable en la excelencia del profesional competente, los valores y los referentes éticos presentes en su práctica que definen los límites de la profesión y del mundo de los valores del propio paciente (Gracia, D), y que destacan que para cuidar se requiere una base de conocimientos filosóficos, éticos y de moral profesional; así como que para planificar y administrar cuidados, es necesario demostrar actitudes cimentadas en valores y principios propios de la profesión (Watson, 2006).

Cada vez con más fuerza tenemos que ser capaces de gestionar el mundo de valores de cada persona que atendemos, pues según sus valores, el enfermo será capaz de encajar la información recibida y el poder que tiene la palabra en la relación clínica tan necesaria en la dimensión del cuidado de enfermería, imprescindible para llevar a cabo el cuidado integral y humanizado.

Por tanto, surge la necesidad de conocer, profundizar el estudio de estas vivencias por parte de los pacientes extubados en la labor del cuidado que brinda la enfermera en el área de Cuidados Intensivos, para que a partir de ello la enfermera analice y reflexione sobre la importancia del cuidado integral humano y holístico; ayudándolas a tomar decisiones y actitudes que más adelante generen cambios positivos en el desarrollo profesional. Así mismo también servirá de guía para trabajos de investigación en otros servicios de este hospital y de nuestro medio. Estos cuestionamientos llevaron a la formulación del problema de investigación científica:

Basada en esta situación, se realiza la presente investigación, formulando la interrogante que a continuación es referida.

1.3.2 Pregunta Norteadora

¿Cuáles son las vivencias que tienen los pacientes críticos después de la extubación sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Apoyo II-2 Sullana 2017?

1.4 OBJETO DE ESTUDIO

Vivencias que tienen los pacientes críticos después de la extubación sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Apoyo II-2 Sullana 2017.

1.5 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo General

Caracterizar las vivencias de los pacientes críticos que fueron extubados y los cuidados de enfermería que ha recibido durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos. Hospital Apoyo II- 2 Sullana.

1.6.2 Objetivos Específicos

Describir las vivencias de los pacientes críticos que fueron extubados y los cuidados de enfermería que ha recibido durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos. Hospital Apoyo II- 2 Sullana -2017.

Analizar las vivencias frente a los momentos críticos, de los pacientes críticos que fueron extubados y los cuidados de enfermería que ha recibido durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos. Hospital Apoyo II- 2 Sullana - 2017.

2. METODOLOGIA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

Considerando el rigor epistemológico, el presente estudio es una investigación cualitativa con trayectoria fenomenológica basada en el pensamiento del filósofo alemán Martín Heidegger. Identificó la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica, buscando reconstruir la realidad tal y como la observa la investigadora.

El método fenomenológico viene conquistando cada vez más el reconocimiento en las investigaciones cualitativas, principalmente en el área de salud con destaque en la enfermería. Es un proceso flexible, activo, sistemático y riguroso de indagación dirigida, en el cual se toman decisiones sobre lo investigado en el marco de la interacción con el fenómeno, objeto de estudio; el investigador y el objeto de investigación se influyen mutuamente con la característica fundamental de ver los acontecimientos, acciones, normas, valores, entre otros, desde la perspectiva de las personas que están siendo estudiadas.

La investigación cualitativa permite la exploración de los humanos por los humanos, de modo que reconoce el valor de toda evidencia, la inevitabilidad y valía de la subjetividad, el valor de una visión holística y la integración de todos los patrones del saber. Se describe como holística, porque se preocupa de los seres humanos en su ambiente, en toda su complejidad, se basa en la premisa de que el obtener conocimiento de los seres humanos es imposible, sin describir cómo se vive y cómo se define la experiencia humana por los actores mismos (Castro, 2015).

El referencial fenomenológico busca el significado de la experiencia vivida, contribuye a la búsqueda de la comprensión del hombre, sujeto del cuidado, y

viene, por lo tanto, al encuentro de los propósitos de la enfermería. (Salazar, 2009, citada por (Castro ,2015).

2.2. METODO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio se basó en la fenomenológica hermenéutica. La investigación cualitativa se asienta en la premisa de que el conocimiento de los seres humanos no es posible sin describir las experiencias de los propios hombres, de la forma en que las viven y como las describen ellos mismos. El descubrimiento del significado de los fenómenos humanamente experimentados, a través del análisis de los discursos, es estudiado por la fenomenología.

Heidegger plantea un problema, es la pregunta por el «ser» como algo constitutivo y fundamental de todo quehacer filosófico, al mismo tiempo que denuncia el olvido de esta cuestión por parte de los mismos filósofos griegos que iniciaron una investigación rigurosa sobre el «ser». Platón y Aristóteles no lograron definirlo, sino que oscurecieron su sentido al tratarlo como «ente», como una «presencia» e, incluso, como una simple copula: aquello que define sin definirse a sí mismo (Heidegger, 2010, citada por Castro 2015).

Heidegger se propone delimitar con precisión los ámbitos de lo ontológico (ser) y lo óntico (ente), cuya escisión asimiló al primero, al ser, con la permanencia y la eternidad, en oposición al carácter sumamente efímero y cambiante del «ente». Esta escisión se pretende eliminar mediante un enraizamiento del «ser» en la temporalidad. También intenta establecer una ontología distinta, una superación de la metafísica tradicional «olvidadiza» de la cuestión del ser, mediante una analítica existencial: es el hombre el que se pregunta por el sentido del ser (Dasein, ser-ahí) y, por lo tanto, todo estudio de esta cuestión requiere un examen previo de lo que es el hombre, entendido no de manera genérica, sino como aquello que abre la visión del ser y a través de lo cual deja oír su voz (Heidegger, 2010, citada por Castro 2015).

El «Dasein» es el hombre, aquel ser que posibilita que el ser esté presente y pueda ser interpretado, pero no ha de entenderse como una cosa, sino como un poder-ser, como el lugar en el que se manifiestan y despliegan sus posibilidades. El hombre está condicionado por la facticidad. Más allá de la filosofía de Husserl, Heidegger se propone volcar la fenomenología en la hermenéutica, pues aquella no está libre de prejuicios ni puede considerarse una descripción neutral y transparente de lo real, ni la propia consciencia un yo imparcial (Heidegger, 2010, citada por Castro 2015).

El estudio se basa en las ideas de Martin Heidegger, filósofo alemán máximo representante del existencialismo filosófico, el análisis de los discursos se hizo considerando el rigor epistemológico que exige un conocimiento de principios filosóficos, lo que permitió la captación del fenómeno vivido por la persona adulta atendida en el servicio de UCI (Heidegger, 2010, citada por Castro 2015).

2.3 SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN

La muestra estuvo conformada por pacientes críticos de ambos sexos que fueron extubados en la unidad de cuidados intensivos, del Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante el periodo 2017, y que en el momento de aplicar las entrevistas se encontraron despiertos, lucidos, hemodinámicamente estables y que aceptaron en forma voluntaria conceder las entrevistas y participar en el estudio. El número de participantes fue, de 11 pacientes y se determinó por saturación de las propias descripciones, es decir con la técnica de «Bola de Nieve». Para la caracterización de los participantes en el estudio, se asignó un código que permitió mantener el anonimato en la investigación y que se relaciona con el orden de la identificación realizada en la entrevista.

2.4 ESCENARIO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital II- 2 Sullana, durante el periodo 2017. El Hospital de

Sullana tiene una infraestructura, muy antigua con más de 50 años de fundación y su capacidad resolutive es para 50,000 habitantes, sin embargo, hoy sobre pasa los 110,000 habitantes.

La Unidad de Cuidados Intensivos del Servicio de Emergencia cuenta con una infraestructura antigua cuenta con unos equipos, monitores poco modernos solo cuenta con 2 ambientes la cual están adaptados para que funcione como: unidad de cuidados intensivos. Estos ambientes cuentan con servicios de agua, desagüe fluido eléctrico, pero las paredes, pisos y techos se encuentran deteriorados por la antigüedad, en cuanto equipamiento no se dispone lo suficiente. Cuenta con dos ambientes teniendo la primera sala con 3 camas y la segunda sala con 4 camas la capacidad que tiene es para 07 pacientes, cifra que queda insuficiente para la gran demanda que tiene el servicio. Se la considera como una UCI Polivalente, se atienden pacientes de diferentes edades a partir de 2 años, con diferentes diagnósticos médicos y quirúrgicos, los pacientes operados son de gran complejidad, neuroquirúrgicos, en niños y adultos, cirugías abdominales, gineco-obstétricas complicadas.

Está iluminada por luz artificial las 24 horas del día, ventilada por sistemas de aire acondicionado; en el área donde se ubican las unidades de los pacientes posee ventanas, pero selladas esto hace que el paciente consciente pierda rápidamente la noción de día y de noche, los sonidos y alarmas que se derivan de cada aparato en uso, como monitores, bombas infusoras, ventiladores mecánicos es lo cotidiano en la unidad.

La visita de la familia está restringida a una hora por la tarde y en casos excepcionales pasarán antes, los familiares de los pacientes permanecen en una en la parte externa de la UCI. Esto deja ver claramente la separación del paciente de sus seres queridos casi las 24 horas del día.

El primer ambiente tiene un área de 7 x 7m², separadas una de otra por una pared, en cada una de ellos se observa un monitor multifuncional, una cama con ruedas y barandas, soportes para sueros, bombas infusoras, un ventilador mecánico, oxígeno y aspiración. Además, se aprecia un velador a lado de cada cama en donde se coloca material de atención como guantes estériles, gasas, electrodos, sondas de aspiración y útiles de aseo de cada paciente.

En el otro cubículo se ubica dos camas con ruedas y barandas, soportes para sueros, bombas infusoras, un ventilador mecánico, oxígeno y aspiración, un escritorio donde se sitúa la historia clínica y la tablilla de controles de la enfermera y el médico y un stand donde se prepara los medicamentos. Desde aquí, la enfermera organiza su atención tanto asistencial como administrativa de ambos ambientes con pacientes asignados.

El segundo ambiente está ubicado paralelo del servicio de emergencia con un área de 8x8m², pero en L con 4 camas y monitores, pero con material incompleto; con un solo aspirador, las bombas de infusión se prestan de la sala 1 al igual con los ventiladores mecánicos.

La distribución de los pacientes por enfermera no siempre obedece las reglas internacionales que rigen el desempeño en una unidad crítica, que es 2 pacientes para una enfermera, de tal manera que existen turnos en donde 3 pacientes están bajo el cuidado de un profesional de enfermería. Esta situación, obviamente recarga el trabajo de enfermería, puesto que los pacientes en UCI son de dependencia grado IV, esto sin contar los múltiples exámenes de diagnóstico al que se someten, como TAC, RX, ecografías, ecocardiografías, interconsultas, procedimientos terapéuticos como: colocación de catéter venoso central, línea arterial, colocación de swang ganz, mediciones de gasto cardiaco, entre otros; donde la participación de la enfermera es activa.

Por otro lado, la unidad de cuidados intensivos cuenta con una organización estructural y funcional tradicional que trata de cumplir con los manuales de organización estructural y funcional; está a cargo de 10 Lic. Enfermería, la mayoría nombradas predominando el sexo femenino.

La Unidad de Cuidados Intensivos es la unidad orgánica encargada de brindar tratamiento de rescate y apoyo máximo al paciente en estado crítico, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud a todas las personas cuya vida o salud se encuentran en grave riesgo o severamente alteradas.

La UCI brinda cuidado integral especializado con calidad al paciente crítico, regulable mediante la aplicación del proceso de enfermería, grado de dependencia según las normas, guías y protocolos vigentes durante las 24 horas del día, logrando estabilizar con el menor riesgo de secuelas. Las personas que ingresan a la unidad se encuentran en estado crítico con posibilidad de recuperación y requieren monitoreo hemodinámico, ventilatorio, neurológico, renal y metabólico, recibiendo para ello soporte con apoyo de tecnología y la atención de un equipo de salud competente: los pacientes ingresan provenientes de los servicios de emergencia, cirugía, medicina, otros.

2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS CUALITATIVOS

Técnica de recolección de datos

Para la recolección de la información la presente investigación, se realizó haciendo uso de dos técnicas de recolección de datos, tales como la observación permanente y la entrevista semiestructurada, con el fin de lograr una mejor perspectiva del problema a estudiado.

La entrevista semiestructurada aplicadas se caracterizaron por presentar pregunta abierta que guio y orientó la entrevista, esta se llevó a cabo en el servicio de unidad de cuidados intensivos en un lugar tranquilo, donde se estableció relaciones

empáticas que dieron apertura a la expresión de sentimientos, vivencias, acontecimientos de las experiencias durante el proceso de intubación.

El instrumento que se utilizó estuvo constituido por la guía de entrevista en profundidad, se empleó una grabadora pequeña, para registrar con fidelidad todas las interacciones verbales entre entrevistadoras y entrevistados, precisando la fecha, hora, inicio y término de la entrevista. La información fue recolectada, codificada, digitada y archivada.

Las descripciones fueron obtenidas a través de los discursos de los pacientes, como respuesta a la pregunta orientadora: « ¿Qué sintió o experimento usted cuando se encontraba con un tubo en la boca o cuando estuvo delicado de salud?».

Las entrevistas se realizaron en el Hospital II-2 Sullana, en la Unidad de Cuidados Intensivos a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y, sobre todo, que ya se encontraban hemodinámicamente estables, despiertos, lúcidos; orientados en tiempo, espacio y persona. Se trabajó en los turnos de mañana, tarde o noche, durante los meses de Octubre a Diciembre del 2017. Se estableció el primer contacto con los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos y se les explicó el motivo y posteriormente contaron sus vivencias. Se procedió a entrevistar a los pacientes de ambos sexos; se les explicó en forma sencilla la finalidad de la entrevista, solicitando su autorización para grabar su respuesta a la pregunta orientadora formulada, asegurando la confidencialidad y anonimato. La duración de la entrevista fue aproximadamente de 20 a 30 minutos, se procedió a grabar previo consentimiento del entrevistado. El número de participantes fue de 11 por el criterio de saturación de la información.

Procesamiento de los datos

El análisis de las descripciones se realizó en forma simultánea al recojo de la información; cada entrevista fue procesada de acuerdo a la trayectoria metodológica seleccionada. La investigación, según este abordaje, precisa desde el inicio situar el fenómeno. Eso quiere decir que es un fenómeno psicológico, en

cuanto tiene que haber un sujeto colaborador en una situación viviendo un fenómeno, entendido como experiencia, percibida de modo consciente. La consciencia de esa experiencia es siempre intencional.

En esta modalidad, la delimitación del fenómeno está fundamentada en un enfoque filosófico aplicado principalmente al campo considerado psicológico, como la percepción, el aprendizaje, la memoria, la imaginación, el pensamiento, la fantasía, las experiencias y las vivencias (Navarro, 2012).

El presente trabajo se ubica en el grupo de las investigaciones cualitativas, específicamente la fenomenológica, campo de las ciencias humanas pues se encarga de proporcionar la opción de indagar el fenómeno a fin de comprender la vivencia del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II-2 Sullana, partiendo del ver y el sentir de otro.

Momentos de la trayectoria metodológica

La investigación fenomenológica considera cuatro momentos para construir la trayectoria fenomenológica (Pinto, 2008).

a) Descripción fenomenológica

Esta fue posible a través de una entrevista, la misma que es considerada como un «encuentro social», y la observación a las descripciones de los sujetos de las situaciones por ellos vividas, cuyo lenguaje denotará la manera por la cual representan el mundo para sí mismos. Este primer momento de la trayectoria, constituye el resultado de la relación dialógica que se da de un sujeto a otro, en el que se realiza la pregunta de rigor: «Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal», dejando que el colaborador exprese libremente su vivencia. Las descripciones son ingenuas, espontáneas y no han sido influenciadas por sugerencias o indicaciones.

b) Reducción fenomenológica

Es el segundo momento de trayectoria fenomenológica, en el que se determinó qué parte de la descripción es considerada esencial y cuál no. Esto fue posible a través de la reflexión y variación imaginativa. Este momento tuvo como objetivo identificar los significados que permitieron comprender lo esencial del fenómeno en estudio, a partir de los discursos de los colaboradores. Es decir, hubo que encontrar exactamente qué partes de la experiencia pertenecían fehacientemente a la conciencia del colaborador. En cuanto a investigación, se identificó las unidades de significado de los discursos. La reducción fenomenológica no consiste en suprimir las percepciones presentes en los discursos, sino rescatar la esencia de las afirmaciones espontáneas sin cambiar el sentido de lo expresado referente al fenómeno interrogado, para lograr comprenderlo. Esto fue posible a través del procedimiento de reflexión de variación imaginativa, que se da solo cuando uno se coloca en lugar del colaborador y vive la experiencia por él vivida, imaginando cada parte como si estuviera presente o ausente de ella, es decir, transformando las expresiones cotidianas del discurso del colaborador en propias y que sustentan lo que se busca, convirtiendo las unidades significativas en su propio lenguaje, para luego poder decir que se llega al momento de la comprensión de los significados esenciales del fenómeno.

c) Análisis vago y mediano

En este tercer momento, se obtuvo una proposición consistente de cada una de las experiencias de los sujetos; descubrir las realidades múltiples presentes en las descripciones. Como resultado, se tuvo en cuenta los intereses que busca el pensamiento Heideggeriano y el referencial para interpretar comprensivamente los modos de ser, que se basan en la experiencia que develarán los significados psicológicos presentes en las descripciones

ingenuas, naturales y espontáneas de las vivencias de los pacientes hospitalizados que estuvieron con tubo endotraqueal y fueron extubados.

Cuando las descripciones convergen, esto es, hay repeticiones en los discursos al interrogar, se puede decir que el fenómeno se está mostrando y se procede a interpretar la esencia de los significados, logrando que el discurso sea esclarecedor.

d) Comprensión interpretativa

Constituye la última fase en este proceso y es el análisis comprensivo en sí, basado en la yuxtaposición de las unidades de significado analizadas en el proceso de análisis vago y mediano; con las ideas contenidas en la obra de Martín Heidegger: «Ser y tiempo», buscando develar el significado del Dasein, dado por el ser-ahí de las vivencias de los pacientes hospitalizados con tubo endotraqueal y fueron extubados.

2.6. Consideraciones éticas

La investigación cualitativa, se basa en ciertos criterios que tienen como finalidad velar por la calidad y objetividad de la investigación. En el presente trabajo, se considera los siguientes criterios.

A. Rigor

En la investigación, la credibilidad y auditabilidad se toman como criterios científicos.

B. Credibilidad

Se siguen los pasos necesarios para evaluar y mejorar constantemente la confianza en que la información que se obtenga se apege a la verdad y cumpla con el objetivo propuesto. Por ello, se cuenta con la observación y el chequeo de los informantes, tratando de contrastar la versión de la

investigación con lo que se ha creído detectar en las opiniones del grupo de personas que tienen conocimiento sobre el sujeto de investigación.

C. Audibilidad

Significa que cualquier lector u otro investigador pueden seguir la sucesión de eventos de este estudio, en el entendimiento de su lógica.

D. Ética

Se tuvo en cuenta los principios éticos que involucra a seres humanos (Polit, y Hungler, 2000).

• Consideraciones éticas:

- a) **Beneficencia**, referido a no hacer daño, no exponer a los pacientes a daños físicos y psicológicos.
- b) **Respeto a la dignidad humana**, considera el respeto a las personas, en la Autodeterminación, se respetó el derecho de decidir voluntariamente su participación en el estudio y en la información completa, se informó el propósito, modalidad de la investigación y se obtuvo el consentimiento informado.
- c) **Justicia**, se evidencia por la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo a lo que se considera moralmente correcto y apropiado, las grabaciones se realizaron en forma individual manteniendo la confidencialidad y anonimato de los participantes usando códigos, tanto antes, durante y después de su participación en el estudio. Los códigos se determinaron con seudónimos que correspondieron a los nombres de los pacientes.

• Consideraciones de rigor:

- a) **Credibilidad**, referida a la confianza en la veracidad de los descubrimientos realizados en una investigación, a la verdad

conocida, sentida y percibida por los participantes, las informaciones se ajustan a la verdad porque de ello depende la veracidad de los resultados del estudio, los discursos fueron transcritos sin tergiversarlos, analizándolos a profundidad obteniéndose datos confiables y de conformidad a los testimonios.

- b) **Transferibilidad**, dada por la posibilidad de aplicar los resultados de la investigación a otros sujetos y contextos, considerando que la generalización no es posible dado el carácter único e irrepetible de los contextos, conductas y fenómenos estudiados, con la posibilidad de algún tipo de transferencia entre contextos, conductas y fenómenos estudiados, con la posibilidad de algún tipo de transferencia entre contextos, dependiendo del grado de similitud entre los mismos. Al finalizar el estudio se desarrollaron descripciones copiosas, que permitieron juzgar el grado de correspondencia con otros contextos. Se necesitó describir densamente el lugar y características de las personas donde el fenómeno fue estudiado, por tanto el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos (Perez.1991).
- c) **Confirmabilidad**, referida a la neutralidad en la investigación, tiene que ver con la independencia de los descubrimientos frente a inclinaciones, motivaciones, intereses o concepciones teóricas de las investigadoras, traslada la neutralidad de las investigadoras a los datos y las interpretaciones, comunica a la audiencia los supuestos que le llevan a formularse las preguntas o presentar los descubrimientos en un modo determinado, los resultados son determinados por los informantes y no por prejuicios propios. (Rodríguez. 2002).

3. RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION

3.1. CONSTRUCCIÓN DE HALLAZGOS

En el presente trabajo de investigación, posterior a la recolección de datos, se procedió a la sistematización y ordenamiento de la información, en este caso, los discursos fueron dispuestos de acuerdo a categorías para su mayor comprensión. Y esta información a su vez fue analizada acorde con el marco teórico existente de tal manera que se pudiera proceder a la teorización presentada en las siguientes categorías que a su vez están conformadas por sub categorías:

- 1). Experimentando temor, angustia y desesperación.
- 2). Espiritualidad y presencia de fe en Dios.
- 3). Sentimientos ante la muerte.

I.- Experimentando Temor, Angustia y Desesperación

La angustia es un estado emocional doloroso y de sufrimiento psíquico donde el sujeto responde ante un miedo desconocido. Además del dolor psíquico, presenta cambios en el organismo como la sudoración, la taquicardia, temblores y sensación de falta de aire. De la misma manera, tenemos que la desesperación es un estado emocional intenso que se caracteriza por la pérdida total de la esperanza. La desesperación puede ser un síntoma de algunos trastornos psíquicos como la ansiedad o depresión (Martínez 2008).

Significa entonces que la angustia y desesperación son estados emocionales que, cuando son intensos y habituales, afectan negativamente a las personas, sin embargo estas tienen una función adaptativa, esto quiere decir que las personas pueden dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, las cuales están en relación en primer lugar con la utilización de elementos y procedimientos que, aun cuando tienen propósitos terapéuticos, también conlleva a producir malestar, incomodidad e inseguridad, pues las Unidades de cuidados intensivos, son lugares cerrados, equipados con tecnología de punta donde muchas veces los pacientes pueden experimentar emociones negativas (calderón,2011). Con referencia a lo

anterior se puede afirmar que a cada instante las personas experimentan algún tipo de emoción o sentimiento. El estado emocional varía a lo largo del día en función de lo que ocurre y de los estímulos que ellos perciban. Otra cosa es que tengan siempre conciencia de ello, es decir que sepan y puedan expresar con claridad que emoción experimentan en un momento dado (calderón, 2011). Es así como los sujetos de investigación nos hacen saber sus vivencias sentidas durante la hospitalización y luego de haber sido extubados después de varios días, de permanecer en este lugar, como lo manifiestan en la siguiente sub categoría:

1.1-Falta confort y comodidad

Las personas cuando presentan alguna clase de alteración en su salud se ven en la necesidad de permanecer hospitalizados, originándoles un alto grado de ansiedad y estrés, además del ya existente por causa de la enfermedad. Los cuidados de enfermería deben estar encaminados a disminuir estas emociones negativas las que influyen negativamente en su recuperación, Estos cuidados o intervenciones de enfermería son causa contribuyente o suficiente para proporcionar un estado de confort y comodidad.

Kolcaba K. (2005), nos define confort o comodidad como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consistente en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de comodidad como: alivio, tranquilidad y trascendencia. Hablar de cuidados de comodidad y confort, se hace difícil si no se mantiene una mente abierta, libre, innovadora y se plantea todo un discurso que fluye, circula por caminos inciertos y difíciles, pues los requerimientos de esos cuidados están muy comprometidos con el respeto a los valores y creencias de las personas que los reciben.

Neves, E. & Pereira, A. (1998) citado por Vega E, El confort es expresado como tranquilidad, relajamiento, felicidad, paz, sentirse bien, estar adaptado a la situación, estar recuperándose, aliviándose de los síntomas, estar en condiciones de sobrevivir, tener afecto, apoyo de la familia y otras personas, de estar bien

tratado, de aparentar buenas condiciones de salud, sentir satisfacción por el cuidado, entre otras cosas. A si también acerca de la comodidad señalan que es una sensación generada por las condiciones favorables materiales y del ambiente, como el alineamiento de las partes del cuerpo, cambiar la ropa de cama, realizar higiene corporal, proporcionar un ambiente adecuado para favorecer el descanso: temperatura, olores y ventilación.

Watson, J. (2008), citado por Vega E (2013). Por su parte, afirma que las medidas de comodidad pueden ser mantenidas, protegidas e incluso corregidas en el ambiente interior y exterior de una persona. Basada en Nightingale, refiere algunas de las medidas básicas de comodidad que incluyen: eliminar estímulos nocivos ambientales, brindar posición y cambios frecuentes, hacer la cama cómoda, segura, limpia y atractiva, aliviar la tensión muscular o emocional con masaje, toque terapéutico, uso de la música, sonidos, aromas, entre otras artes de enfermería, eliminar el dolor con aplicación de calor o frío y administración de medicamentos. Entre otras cosas, brindar información de apoyo, permanecer junto al paciente y contactarlo con su familia. En un nivel más profundo, considera que la comodidad involucra el control del dolor y del sufrimiento humano, muy subjetivos y afectados por las experiencias del paciente, el sistema de creencias, el significado del dolor y el sufrimiento en general, incluyendo los espirituales, culturales y de asociaciones. Es una forma de comodidad por derecho propio.

El confort, es un elemento indispensable en la vida de todo ser humano, debido a que es sumamente importante para el buen desarrollo de las actividades diarias de las personas. El ser humano tiene una gran capacidad de adaptarse a condiciones ambientales debido a las necesidades de cada quien. Sin embargo, el exponerse un tiempo prolongado a un ambiente incómodo, fuera de ese concepto de confort que cada quien tiene, provoca que el ser humano se estrese, comience a intranquilizarse, cambie su estado de ánimo y sus ganas de estar en tal espacio, así lo evidenciamos en los siguientes discursos:

“La cama después de varios días sin moverse es una incomodidad, y con tantas cosas pegadas al cuerpo se siente dolor como heridas...”
(Harol)

“Cuando me sacaron el tubo me dolía mucho hasta el cuello, es una incomodidad hasta para moverlo...” (José)

“Sentí que tenía heridas en la garganta me faltaba el aire parecía que seguía con el tubo, y con tantas cosas en mi cama me sentía incomoda, no podía moverme como quería...” (Rosa).

Los pacientes sometidos durante un largo periodo a ventilación mecánica (VM), sufren una atrofia y pérdida de funcionalidad de los músculos respiratorios, lo que dificulta el posterior destete ventilatorio; esto manifestado por los pacientes como una sensación de ahogo o imposibilidad de respirar si les quitaran el tubo.

Es evidente entonces que las personas post intubadas y aun hospitalizadas en una unidad hospitalaria, siguen experimentando una serie de reacciones que los lleva a desesperarse y angustiarse; siendo necesario acudir a medicamentos que logran tranquilizar, afectando las funciones de su organismo, estos pueden ser invasivos y no invasivos los cuales producen efectos adversos o indeseados con alteraciones físicas y psicológicas, en ocasiones por déficit para la comprensión y colaboración para su cuidado. Tenemos pacientes que son extubados pero continúan con otros catéteres como dispositivos intravenosos centrales, sondas nasogástricas y vesicales, drenes pleurales y otros equipos, que permiten conocer algunas variables fisiológicas, además contribuyen a la interpretación clínica del paciente que continua produciéndole incomodidad.

Vega E (2013), identifica la comodidad como una necesidad básica del paciente para lo cual se proporcionan los cuidados de enfermería. Resumió a través de la comodidad y las medidas de la comodidad, que la enfermera proporciona: fortaleza, esperanza, consuelo, apoyo, ánimo y ayuda. En consecuencia, estos factores conllevan a la persona a vivir una experiencia diferente e incluso a darle un lugar especial debido a la gravedad de la enfermedad que está padeciendo y a

cada uno de los componentes del cuidado que percibe por la enfermera. Cabe señalar que no solamente los instrumentos invasivos, son causantes de producir incomodidad y discomfort, sino también la sensación de frío, como así lo manifiesta el siguiente discurso:

“Cuando me acuerdo que despertaba y sentía mucho frío, a parte que nos tienen sin ropa.” (Cesar)

“En ese lugar hace frío, cuando ya pude mirar mejor es que hay aire acondicionado todo el día y noche.” (Mercedes)

“sentía mucho frío, es por el aire que ponen y no dejan que nuestra familia nos lleve colcha o que estén allí, porque será...” (Carmen)

“Yo siento más frío cuando duermo y me despierto con tos por el frío pero dice la señorita que hay aparatos que necesitan frío para funcionar, incomoda bastante...” (Cesar)

Como podemos apreciar los sujetos de investigación claramente nos dice que el ambiente de la UCI es un lugar muy frío y lo relaciona con la falta de ropa. Beltrán, (2009), nos manifiesta que el frío puede ser contribuido a varios factores; por un lado, la temperatura es baja por la acción de los acondicionadores de aire y por la falta de abrigo. Por otro lado, también se debería a la falla circulatoria, que se presenta con frecuencia: condiciones de bajo gasto cardiaco o hipovolemia, falla de bomba cardíaca o cambios en la resistencia vascular periférica con el consiguiente hipo perfusión de los tejidos y descenso de la temperatura corporal: la administración de soluciones frías por vía intravenosa, también puede contribuir a la sensación de frío. Lo mismo que la falta de calor humano que la familia brinda y que las personas en uci, no encuentran en la enfermera. A la experiencia de sentir frío, se suma el sonido constante provenientes de las alarmas de los equipos que cuenta una unidad de cuidado intensivo, que trae como consecuencia falta de comodidad y confort como lo manifiestan los sujetos de investigación en los siguientes discursos:

“Otra cosa que incomoda es el sonido que hacen los aparatos, no dejan dormir, verdaderamente que es muy incómodo.” (Segundina).

“Cuando quería descansar esos aparatos hacen una bulla e están a nuestro ladito todo el día y hasta la noche.” (Elena)

“Cuando ya me habían retirado el tubo de la boca, lo que quería era dormir, me sentía cansada, pero no me dejaba el sonido de las máquinas que incomoda uno se siente.” (Harol)

Como podemos apreciar en las manifestaciones, la UCI son ambiente estresante, generador de ansiedad y estrés para la persona internada, debido a los ruidos inherentes que emiten los equipos de monitorización, haciendo que la permanencia en la UCI, sea una experiencia poca placentera, alterando de esta manera el bienestar de las personas enfermas al no poder tener un descanso y sueño adecuado.

Gil, B (2012). Opina que el sueño es esencial para el mantenimiento de la salud de las personas y de manera particular, en el contexto de UCI cobrará un papel fundamental en la curación y supervivencia de los pacientes. Por el contrario, la privación de sueño puede repercutir de forma negativa tanto a nivel físico como psicológico y conductual, pudiendo retrasar en muchas ocasiones el proceso de recuperación de la enfermedad, e incluso contribuir a un empeoramiento.

Basco (2010) El ruido aun siendo parte de la estimulación sensorial, merece especial atención por su importancia en este contexto. Así, el ruido y el ritmo de trabajo de los profesionales en una UCI constituyen potentes estresores para los pacientes. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2002) el nivel de ruido recomendado en un hospital y por extensión en una UCI no debe superar los 40 dB durante el día y los 35 dB durante la noche. Sin embargo, estos niveles suelen superarse con creces en las UCIS, llegando durante el día a valores de 70-80 dB y en algunos casos a 50-65 dB por la noche,). Entre los factores que pueden contribuir a este ruido estarían las alarmas, los equipos de aspiración dejados en funcionamiento después de su uso y los teléfonos. Además las conversaciones del

personal sanitario a pie de cama también constituyen una fuente importante de ruido, a la vez que añaden confusión en los pacientes sobre todo cuando éstos se encuentran semiconscientes, pues pueden mal interpretar o no entender en su totalidad la conversación que tiene lugar entre los mismos profesionales, lo que derivará en un aumento de miedo y ansiedad, generando malestar en los pacientes.

Guevara (2011), nos dice que estos aparatos generadores de sonidos irritantes producen en los pacientes ansiedad, todo esto de alguna manera afecta su estructura psicológica, llevándolos a experimentar sentimientos de temor, ansiedad, inseguridad e incapacidad para adaptarse a ese ambiente. No solamente, el ruido que causan las alarmas de los equipos causan incomodidad en las personas, sino también el uso de la sujeción física, así lo manifiestan los siguientes discursos:

“...La primera noche, después que me quitaron el tubo quería cerrar mis ojos para no ver nada a mi alrededor y dormir, pero escuchaba a las enfermeras que caminaban de un lado a otro, parecía que otro paciente estaba muy delicado, quería taparme los oídos, pero no había conque.” (María)

“...quería dormir y no podía me ardía la garganta u la luz encendida y caminan conversan no se puede descansar.” Jhesmy)

“...Me sacaron el tubo yo quería moverme, pero tenía otras cosas en mi cuerpo, y la enfermera a cada rato me destapaba para ver la sonda que feo no poder hacer lo que quisiera.” (José)

Como podemos ver los sujetos de investigación experimentan toda una serie de situaciones de angustia y desesperación frente a estímulos externos, que los lleva a actuar en forma negativa sin importarles el daño que se realicen ellos mismos. El estar inmovilizado significo para los sujetos de investigación estar incómodo, con limitación de la libertad.

Beltrán (2009), refiere que la inmovilización física que se utiliza en UCI para contener físicamente a los pacientes y evitar el retiro voluntario y traumático de los elementos.

Estas experiencias de falta de comodidad y confort, también llevan a los sujetos de investigación a experimentar desorientación en el tiempo como así lo evidencia la siguiente subcategoría:

1.2.- Desorientación en el tiempo

Calderón (2011). Las vivencias de pasar por una Unidad de Cuidados Intensivos son innegables. En la vida del ser humano existen factores personales dependientes de aprendizajes previos o de influencia del medio ambiente que le conducen a rechazar situaciones o experiencias y lo llevan a tomar decisiones que dan como resultado conductas y acciones que pueden afectar el estado físico o emocional. Es así como las personas en UCI, sufren de alteración de la conciencia, de la personalidad, así como la perturbación de la relación con el mundo exterior en tiempo y espacio. Las unidades de cuidados intensivos son lugares cerrados que permanecen con luz artificial las 24 horas del día creando confusión a las personas hospitalizadas en estas unidades, aunque estén en proceso de recuperación como es el caso de pacientes postintubados, así lo podemos observar en las siguientes manifestaciones:

“Durante el tiempo que estoy acá, no sé si estoy de día o de noche como siempre se encuentran las luces encendidas, esto a mí me desorienta.”(Carmen)

“En cuanto al tiempo no sabemos distinguir sí es de día o de noche, como casi todo el tiempo las enfermeras caminan de un lado a otro...” (José)

“Yo abro los ojos y le pregunto a la enfermera que día es sonrío y me dice ya es de día o todavía es noche que entrevero eso que sin el tubo ya puedo hablar antes no sabía nada.” (Mercedes).

Estas manifestaciones se pueden percibir que los sujetos de investigación están expuestos continuamente a una sobre carga sensorial debido a estímulos externos como la luz, lo cual, produce desorientación en el tiempo. Es así como la unidad de cuidado intensivo del Hospital Sullana donde se llevó acabo está investigación es un lugar pequeño, cerrado, lo cual requiere una adecuada iluminación, pero que a la vez genera la pérdida de sensación de día o de noche en la persona internada

Bennum (2001), citado en Calderón (2011), refiere que la UCI es un servicio donde no existe el día ni la noche, por falta de ventanas que den al exterior, lo que puede provocar en las personas que se encuentran hospitalizadas, trastornos del sueño, para ello recomiendan que se busquen formas de diferenciar día y noche en el interior de estas unidades. No solo la desorientación en el tiempo lleva a los sujetos de investigación a situaciones de ansiedad y desesperación, sino también los sentimientos de soledad como se observa en la siguiente subcategoría:

1.3.-Sentimiento de soledad

La sensación de soledad se debe al alejamiento del contacto físico, de las palabras y otras demostraciones de efecto y alejamiento humano; en la práctica no es real que los pacientes estén abandonados pero según parece ellos si lo perciben como tal por que las personas que lo rodean la mayor parte de tiempo de su estancia en la UCI no son aquellas mismos personas con quienes se tienen por costumbre estar rodeado y que además de compañía humana también ofrecen afectos Calderón (2011) .

Buz (2013), La soledad refiere a la falta de una relación íntima y cercana con otra persona. Quienes la padecen indican sensaciones de miedo y vacío, presentando síntomas análogos a la ansiedad infantil producida por abandono de las figuras de apego. Las personas enfermas presentan situaciones difíciles, que son causados no solo por la enfermedad sino también por circunstancias tales como el aislamiento, la soledad y la falta de cariño, así lo manifiestan los sujetos de investigación en los siguientes discursos:

“...me sentía solo en ese lugar a pesar que estaba la enfermera no era igual, me encontraba rodeado de aparatos y no tenía a nadie a quien decir lo que me pasaba en esos momentos.” (Mercedes)

“Cuando me quitaron el tubo me encontraba sola sin familia me dolía la garganta y nadie a mi lado, como hacen falta los hijos...” (Rosa)

“Abrí mis ojos no supe dónde estaba, luego la enfermera me dijo esta en el hospital, se está recuperando ya le quito el tubo el Dr. yo la estoy cuidando, le pedí que quería ver a mi familia me sentía solito...” (José)

“Es muy triste estar solos peor en una cama, la familia no puede entrar, ahora que me han quitado el tubo quiero conversar pero no tengo con quien estoy sola...” (Segundina)

Como parte de sus vivencias manifiestan la soledad, al encontrarse en un lugar rodeado de aparatos y sonidos, los cuales crean un ambiente estresante, generador de ansiedad y soledad, ellos además se sienten solos, a pesar que se encuentran acompañados por la enfermera y de saber que se están recuperando, aliviados sin el tubo en la boca, pero aun en la sala de la UCI.

Travelbee (2006), refiere que la sensación de soledad se debe al hecho de darse cuenta que se está enfermo, que se puede morir, a la vulnerabilidad, la intranquilidad humana, la incapacidad y la dependencia. La soledad se debe a la ausencia de aquellas personas cuya compañía se desea, de las palabras que los pacientes quieren oír, pero que no pueden escuchar, de las personas que son importantes y significativas para cada uno. Los pacientes perciben el abandono porque las personas que los rodean la mayor parte del tiempo de su estancia en UCI no son las mismas a cuya compañía y afecto están acostumbrados, lo que ellos quieren tener es a la familia junto a ellos, como así lo expresan los sujetos de investigación en las siguientes manifestaciones:

“...yo quería ver a mi familia, ya puedo hablar, si los dejaran entrar solamente para que nos vean un momentito, me quedaría contenta.” (Rosa)

“...Quisiera que siempre esté acá mi familia uno, si Ud. se imaginará la soledad que uno siente estando en ese lugar.”(Harol)

Las personas entrevistadas, nos manifiestan la necesidad de tener a la familia cerca de ellos, de esta manera perciben que no han sido abandonados ni dejados a su suerte.

También expresan que el tenerlos cerca, se sienten más seguros, incluso es favorable para su recuperación. En consecuencia, la experiencia vivida por las personas internadas en uci, es innegable, debido a que muchas veces son arrancados de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas sintiendo que la muerte puede estar cerca y los familiares se encuentran en un ambiente desconocido pensando que en cualquier momento se puede producir un trágico desenlace. Es en esos momentos donde la enfermera de la unidad de cuidado intensivo, detecta y se enfrenta a situaciones de incertidumbre y ansiedad con los familiares, además de programar acciones de enfermería encaminadas a disminuir la ansiedad mediante una buena comunicación e información. Las visitas son restringidas a fin de no poner en riesgo la salud de los pacientes, quienes se encuentran lo suficientemente delicados como para haber sido ingresados a una UCI, generalmente tienen las defensas muy bajas, así, sólo una cantidad limitada de familiares directos podrá ingresar a verlos y durante períodos muy cortos.

En consecuencia, a pesar que las enfermeras son conscientes de que la familia proporciona apoyo emocional a la persona enferma y le incrementa el deseo de vivir, creen que la visita abierta aumento el gasto de energía y altera el estado del mismo, siendo por lo tanto difícil de cambiar la normativa de visitas existente.

Simpson (2010), nos indica que la liberación de las visitas influye positivamente sobre los pacientes, produciéndose un efecto positivo tanto en su estado emocional como en su recuperación, al contrario de las creencias que suponían que la visita provocaba aumento en la transmisión de infecciones cruzadas y una elevación en los parámetros hemodinámicos. Actualmente en la UCI, del Hospital de Sullana, donde se realizó la investigación, se rige por una política restrictiva de visitas, limitándolas a una sesión de una hora de duración, en las que entran los familiares más cercanos, no implicándose por lo general, en los cuidados de la persona paciente crítico . Cabe agregar que no solo la ausencia de los familiares produce soledad en los pacientes, sino también el contacto con la tecnología hace que la enfermera olvide el trato directo con el sujeto de investigación, como lo manifiesta el siguiente discurso:

“En la cama estaba sola...sin ninguna compañía conocida, pero seguía con sueros bastantes frascos, a las enfermeras les rogaba que no me dejen solo,” (Elena)

“...me hubiera gustado que, aunque sea un familiar este, todavía tengo sonda no puedo levantarme, dejen un familiar a mi lado y que nos conversen porque de esta manera me sentía más segura, además quería hacerle señas con las manos y tampoco podía hacerlo porque las tenía suero.” (José)

Las manifestaciones nos dan a entender como la enfermera en la UCI, dedica mucho tiempo al manejo de los equipos tecnológicos, el cual acapara su atención, debido a que las personas en este caso ya están estables, situación donde entra la tecnología se pierde el calor humano.

Beltrán (2009), describe que la deshumanización es percibida por los pacientes y hace perder de vista otras situaciones que son importantes para ellos, entorpece la identificación de los problemas reales, favorece la presencia de malestar e incomodidad. La tecnología puede monitorear el funcionamiento del cuerpo, pero no el funcionamiento de la persona, ni sus respuestas, ni su espíritu. La elevada

instrumentalización de los cuidados, así como la incorporación de los importantes avances tecnológicos a las UCI, favorece una visión reduccionista de los pacientes por parte de la enfermera. El sujeto durante su estancia hospitalaria en uci, cuando le retiran el tubo, ve la vida con preocupación, y con muchas interrogantes que no han sido respondidas, esa incertidumbre en la persona cuidada se evidencia en la siguiente subcategoría:

1.4.- Incertidumbre frente al futuro

Ser paciente de uci, constituye siempre un reto para las personas intubada convirtiéndose en una situación amenazante, que generalmente desborda los recursos con los que ellos cuentan para adaptarse. La preocupación de la incertidumbre relacionada con lo que puede pasar es importante para la persona con cualquier enfermedad. La teoría de incertidumbre explica como los pacientes procesan cognitivamente los estímulos relacionados a la enfermedad y construyen un significado en estos eventos la incertidumbre o a la incapacidad para estructurar significado puede desarrollarse si el paciente no forma esquemas cognitivos para los eventos de la enfermedad, tratamientos y hospitalización Tal vez sea la estancia mientras más días internados, estos generan más preocupación e incertidumbre, debido a que todas las personas no conocen como será su recuperación, si volverán a ser como antes. Martínez (2010).

Es así, como estas personas también experimentan situaciones de inseguridad e inquietud las cuales se generan a partir de la duda que se tiene de poder reintegrarse a la rutina diaria, para ellos estar ya sin tubo endotraqueal significa una esperanza, sobre su tratamiento, lo cual a la vez genera sentimientos, emociones y preocupaciones con a su alta del hospital, al futuro y a su vida personal y laboral. Con referencia a lo anterior podemos darnos cuenta en los siguientes discursos:

“...había una cierta sensación de inquietud de ver qué tenía de cómo iba a quedar... (María)

Espero salir bien de esto, porque la última operación que me hicieron del cerebro demoré mucho para caminar y aún no he caminado muy bien, pero si he caminado demoré... solo ya. Ahora quiero salir bien, como la primera vez, salí caminando y... (Harold)

“Es un milagro dicen mis hijos verte con tantas cosas y ahora sin ese tubo que no te dejaba hablar, lo que me preocupa es poder seguir trabajando igual” (Ricardo)

“Me he recuperado el tubo que tanto hacia doler felizmente ya lo sacaron, pero me siento como débil, así pienso que no podre cuidar a mis hijos bueno como será.” (Rosa)

“Lo que me preocupa es que no voy a poder seguir trabajando, ojalá los señores con los que trabajo me ayuden y me sigan apoyando porque yo soy el sustento de mi familia.” (Cesar)

En estos discursos podemos observar que los sujetos de investigación manifiestan su preocupación respecto al futuro, a la incertidumbre de lo que les espera cuando sean dados de alta y la manera como deberán de afrontar una vez que se reintegren a sus labores de trabajo. La enfermera como persona conocedora de su paciente es la que debe brindar sus cuidados de enfermería dirigidos a ayudar a afrontar situaciones de crisis en el cuidado de la salud; mediante el desarrollo de habilidades en su autocuidado, el profesional de enfermería es la que brinda la educación terapéutica para que el paciente desarrolle confianza y tranquilidad. Gordillo (2008) y colaboradores, nos dice que la educación terapéutica consta de tres etapas: la primera corresponde a la información y toma de conciencia, la cual es desarrollada en la unidad de cuidado intensivo (UCI); la segunda es el empoderamiento, refuerzo y evaluación de la información proporcionada y la tercera el seguimiento; estas dos últimas se deben desarrollar en los servicios de hospitalización y consulta externa. Cada una de estas etapas debe estar liderada por la enfermera quien es

la persona que está más en contacto con la persona hospitalizada, convirtiéndose así en la persona que escucha, aconseja y acompaña activamente tanto al paciente como a su familia durante todo el período de la hospitalización, de esta forma ejerce su rol como consejera, el cual es esencial en el tratamiento integral del paciente. Significa entonces que la enfermera es la persona más importante en la pronta recuperación del sujeto de investigación, ya que ella brindará una educación terapéutica temprana la cual se logrará mediante una buena comunicación, así lo demuestra la siguiente subcategoría:

1.5.- Conflicto para la comunicación

Quiñones, (2015) La comunicación, es un proceso de comprender y compartir mensajes enviados y recibidos, y los propios mensajes y el modo como se da ese intercambio ejercen influencia en comportamiento de las personas envueltas en corto, mediano y largo plazo. De acuerdo a lo expuesto se puede decir que la comunicación es utilizada por el profesional de enfermería cuando ayuda y apoya emocionalmente al paciente crítico, para reducir sus niveles de estrés, tensión, angustia y superar su estado grave a través del contacto visual, físico, hablándole de forma comprensiva, anticipándose a sus necesidades. El problemas que presenta los paciente de uci, es que cuando ingresa a esta unidad generalmente está inconsciente, y al despertar se encuentra intubado y al no poderse comunicar verbalmente le genera mayor estrés y repercute en su estado emocional debido a la imposibilidad de expresar oportuna y adecuadamente sus necesidades. A partir del momento que el tubo es retirado, se sienten liberados. Así nos dan a entender las siguientes manifestaciones:

“Era muy difícil comunicarse teniendo el tubo en la boca, sin tubo sigue siendo difícil, se habla con dificultad, no nos entienden.” (Carmen)

“Al fin el tubo lo sacaron de mi boca, la garganta duele aun no puedo hablar como antes, la enfermera no me entiende...” (Jhesmy)

“Estar sin el tubo en la boca, permite comunicarnos mejor con los demás, pero cuando hablo no me entendían y por momentos me siento angustiada y desesperada.” (Elena)

A través de estas manifestaciones brindadas por los sujetos de investigación se puede ver lo difícil para la enfermera identificar las necesidades de la persona enferma, y éste a su vez por tener un tubo endotraqueal no puede manifestar sus molestias, las cuales pueden llevarlo a sentirse solo, deprimido, además mostrar ansiedad y desesperación. En efecto, las personas después de retirado el tubo endotraqueal durante las primeras horas presentan dificultad en la comunicación, se hace difícil la comunicación verbal, es en estos momentos donde continúan con la comunicación no verbal, como gestos, movimientos, posición corporal, el llanto y el silencio. Rojas, (2014). Por tanto, para que la comunicación entre enfermeras y pacientes sea efectiva, se necesita considerar no sólo las habilidades personales de los profesionales, sino también los conocimientos respecto a estrategias de comunicación verbal y no verbal. Este, resulta ser un elemento clave en el proceso de comunicación, especialmente el conocimiento que las enfermeras tengan respecto del impacto de la comunicación en el estado de salud de sus pacientes, ya que en la medida que este beneficio no sea conocido por el personal de salud, las interacciones que se entreguen, estarán centradas en la realización de actividades administrativas o funcionales, tal como lo reporta Mc Cabe. De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando es evidente entonces que las personas internada en uci, experimenta reacciones de angustia y soledad causadas por elementos estresores, además saben que están cerca de la muerte debido a la agresividad de la intervención quirúrgica a los que han sido sometidos, así se evidencia en la siguiente categoría:

1.6. Actitudes de cuidado de enfermería

La actitud es una predisposición aprendida para responder coherentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto (Hernández, 2007).

Al respecto Boff (1999), refiere que el cuidar es más que un acto es una actitud. Representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilidad y de involucramiento afectivo con el otro.

Waldow (2004) refiere que el cuidado es desarrollando de actos, actitudes y comportamientos, con base en el conocimiento científico, experiencia, intuición y pensamiento crítico, realizados para y con el paciente en el sentido de promover, mantener y recuperar la dignidad y totalidad humana. Esta dignidad y totalidad engloban el sentido de integridad y plenitud física, social, emocional, espiritual e intelectual, es decir un proceso de transformación de ambos, cuidadora y ser cuidado.

Waldow (2009), sostiene: "Ser de cuidado se refiere al ser que exhibe comportamientos y actitudes de cuidado en sus acciones; se expresa en términos de cuidado consigo, con los demás, con las cosas, con el entorno, con el bienestar del planeta y sus habitantes.

El ser que es cuidado, además de recibir las atenciones de nivel terapéutico, recibe un cuidado con técnicas y procedimientos, con interés y cariño, es mirado, oído, sentido. El ser que cuida encuentra camino para la integración de sus acciones y pasa a percibir que necesita cuidar de sí. Las actitudes positivas son los ayudan a reconocer a la enfermera que el paciente es único es su forma de ser en el mundo y que esta forma es digna de interés y merece el reconocimiento y valoración por encima de todo.

Waldow (2008) sostiene que las enfermeras cambian sus actitudes y modifican el curso de algunas acciones conforme juzgan más adecuado para el momento de encuentro.

El paciente durante su permanencia en emergencia Percibiendo tranquilidad en las enfermeras, ello le da confianza y seguridad, Sintiéndose identificado, lo cual ayuda a reducir los niveles de ansiedad y miedo, ayudando a enfrentar su enfermedad.

Percibir tranquilidad, para el paciente es buscar el sosiego y la calma, las cuales son infundidas por la enfermera, y se manifiesta en los discursos siguientes:

"La enfermera me dijo ahora que te quitaron el tubo pronto te sanaras" (Elena).

"... enfermera me decía cerca de mi oído ya estas mejor y era cierto al otro día me sacaron el tubo debes estar tranquila el dolor de garganta ya pasara." (Rosa).

"La enfermera me dijo tranquilizaba cuando ya recuerdo y me explico cómo debo relajarme para que me saquen el tubo de la boca. (Harol).

La enfermera, quien brinda un cuidado humano y trata al paciente como un ser bio-psico-social; que engloba actitudes y comportamientos. Los comportamientos y actitudes incluyen respeto, consideración, generosidad, solidaridad, involucramiento, protección, aceptación cariño, amor, presencia, paciencia, ayuda, compasión, sensibilidad, solidaridad, empoderamiento y responsabilidad.

El paciente en uci, pasa por una serie de vivencias, entre ellas necesita confianza y seguridad, brindado por la enfermera, demostrado por el paciente en los siguientes discursos:

"La enfermera me dijo cogiendo mi mano hoy te sacaran el tubo te sentirás mejor." (Ricardo).

"La enfermera siempre estuvo a mi lado y me dijo que estará atenta a todo para recuperarme pronto, cuando recuerdo porque abrí los ojos" (José).

Al respecto Boff (1999) afirma que la confianza fundamental es la bondad de la realidad y del universo; la confianza de que todo tiene sentido; enfatiza la confianza de que la paz y no al conflicto; y la importancia de los lazos afectivos para construir el mundo. Estos lazos vuelven a la persona y a las situaciones apreciables, portadoras de valor. El órgano de la caricia es la mano, que toca, la mano que acaricia, la mano que establece relación, la mano que arrulla, la mano que trae quietud, seguridad, confianza.

El paciente adulto logra adquirir confianza y seguridad gracias a la comunicación Enfermera - paciente, aportando sus características personales y la enfermera impartiendo seguridad y confianza al mismo tiempo, pone a su servicio sus Competencias y sus habilidades para la relación con el objetivo de facilitar el proceso por el cual está experimentando.

SEGUNDA CATEGORIA

Espiritualidad y Presencia de Fe en Dios. Esta categoría está conformada por las siguientes sub categorías: Espiritualidad y Presencia de Fe en Dios.

2.1. Espiritualidad

Es la sensibilidad o el apego a los valores religiosos o cosas del espíritu en contraposición con el interés material o mundano. “La espiritualidad se refiere a la conciencia de un Yo interior y a la propensión a construir significados a través de la sensación de estar unido a dimensiones que trascienden al ego y que pueden ser experimentadas en niveles: intrapersonales (conectándose consigo mismo), interpersonal (en el contexto del otro y del ambiente natural) y transpersonal (en conexión con lo que no está visible, Dios o una fuerza superior)”. Los familiares en uci siempre llevan consigo una imagen de algún santo o de una virgencita, a quien elevan oraciones y entregan su vida espiritual, como lo mencionan en las siguientes manifestaciones:

“...Siempre eleve mis oraciones y mi Santa Rosita me acompaña, me alimenta mi vida espiritual”. (Mercedes). “...yo rezaba, aclamaba a Dios. (Cesar)

“...Le pido mucho a mi Cautivito rezaba para que me saquen el tubo y hoy le doy gracias...”. (Ricardo).

El cuidado de enfermería es el cuidado de la salud del otro. Se respeta costumbres, creencias, las cuales son una forma de conocimiento interiorizado, a partir de

aquello que llamamos costumbres, que se traducen en la forma de mirar y sentir el mundo.

2.2. Presencia de Fe en Dios.

En esta subcategoría fue evidente que los sujetos del estudio creen en la influencia Divina en el proceso de determinar la calidad de vida. Otras opciones de enfrentamiento utilizados por los participantes de la investigación estuvieron representadas por la fe, fortaleciendo la valentía y la paciencia, como lo expresan en las siguientes manifestaciones:

“...Si ahora que me han sacado el tubo, pienso que curare con la ayuda de Dios”. (Ricardo).

“Para mí todo es por la voluntad de Dios, si ya estoy mejorcita y ojala ya salga de acá pronto, todo lo dejo en las manos del señor...” (Segundina).

“Con la fe en Dios, luchando, trato de salir adelante al principio todo es tan difícil yo pensaba en la muerte...trato de mantener la calma...” (María).

“Las personas vivimos hasta que Dios diga basta viviendo la vida como Dios quiere (Mercedes)

Se puede ver en las declaraciones el hecho de que algunos atribuyen a Dios la causa de la enfermedad, a la vez que lo buscan como refugio o enfrentamiento del problema, con el fin de adquirir una mejor calidad de vida. La fe es ciertamente un mecanismo que ayuda al individuo, es la fuerza superior, desarrolla una dosis de conformidad con su nueva forma de vivir y encontrar fuerzas para encararla.

De ello se desprende que, en esos estados, las personas acreditan testimonio de la influencia de Dios en el proceso de asignación de la calidad de vida atribuyéndole el tener o no una vida satisfactoria, debido a su condición de salud. Toda persona busca en los momentos de dolor e incertidumbre el consuelo y esperanza a través de la asistencia divina a fin de recuperar el sentido a sus vidas, se enfrentan a la

más viva conciencia de su finitud y a la posibilidad de un resultado más oscuro, como la muerte. Se sabe que las personas más religiosas adquieren la capacidad de hacer frente mejor a los problemas de salud, y proporcionar un bienestar asociado a la calidad de vida (Maza, 2009).

TERCERA CATEGORIA.

3. Sentimientos ante la Muerte

Gonzales, (2015) Entendemos por Miedo a la muerte a la respuesta consciente que tiene el ser humano en relación a la muerte, la cual se desencadena por el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al más allá de la muerte, al dolor y al sufrimiento. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte.

Sevilla, (2013) Refiere que la muerte es la finalización de la existencia tal y como se conoce; está en nuestra naturaleza, es un hecho inherente a la condición de los seres vivos, por lo que no se puede separar de la vida. Para los humanos, única parte de esos seres consciente de su finitud, aunque no la única que reacciona emocionalmente ante ella, la muerte constituye una de las fuentes de impacto emocional más significativo en sus vidas. A ninguno deja frío pensar en las incógnitas que la rodean y a muchos les provocará fuertes dosis de ansiedad y miedos. Cabe una diferenciación entre el miedo como específico y consciente, y la ansiedad como más general y menos consciente. Por ello se podría decir que la ansiedad ante la muerte sería el miedo a morir, a dejar de ser. Mientras el miedo a la muerte sería más al proceso de morir y a los factores interrelacionados. Es por eso que, durante la permanencia en uci, los pacientes viven diariamente este acontecimiento debido al grave estado en que ingresan las personas a esta unidad, así lo manifiesta los sujetos de investigación:

“...cuando ya estaba consiente quería dormir y no podía, pensaba que me iba a pasar algo malo sentí miedo, miraba y los pacientes de mi lado estaban casi moribundos.” (Elena)

“...sinceramente no pensé salir de este hospital, pero cuando no nos toca morir es por demás, pero si estuve muy cerca de la muerte.” (Cesar)

“Es una experiencia fea, cuando me di cuenta donde estaba, tenía miedo, parecía que iba a morir, la enfermera me decía que no me desespere, que colabore, pero yo no entendía nada.” (Carmen).

Con referencia a lo anterior podemos ver que los sujetos de investigación nos transmiten la intensidad de la experiencia que supone el paso por una unidad de cuidados intensivos, debido a que el paciente es sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas, como es la intubación endotraqueal. Es inevitable vivenciar el miedo a la muerte debido a todo lo que ocurre a su alrededor y a la experiencia propia de su enfermedad.

4. CONSIDERACIONES FINALES

Los pacientes por sus condiciones clínicas son internados en UCI, donde experimentan emociones negativas, debido a la gravedad de la enfermedad o por los numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que están sometidos, son susceptibles de experimentar ansiedad y desesperación, causado por la incapacidad de entender la situación en la que se encuentran, la separación de familiares y el ambiente físico que puede ser hostil.

La primera Categoría Experimentando Temor, Angustia y Desesperación, es el reflejo del estado emocional doloroso y de sufrimiento psíquico donde el sujeto responde ante un miedo desconocido. La angustia y desesperación son estados emocionales que, cuando son intensos y habituales, afectan negativamente a las personas, sin embargo, estas tienen una función adaptativa, Es así como los sujetos de investigación nos hacen saber sus vivencias sentidas durante la hospitalización y luego de haber sido extubados después de varios días, de permanecer en este lugar. Los cuidados de enfermería deben estar encaminados a disminuir estas emociones negativas las que influyen negativamente en su recuperación, Estos cuidados o intervenciones de enfermería son causa contribuyente o suficiente para proporcionar un estado de confort y comodidad. Ayudar al paciente a ubicarlo en tiempo, espacio y persona. Acompañarlos en los momentos de soledad e incertidumbre por el futuro, en la forma de comunicación. El estar internado en una UCI, significó para los sujetos de investigación, vivir situaciones de crisis que los llevaron a buscar mecanismos de afrontamiento para poder adaptarse y poder sobrellevar armónicamente la experiencia.

La Segunda Categoría Espiritualidad y Presencia de Fe en Dios. *Cuando se trata de Dios y el hombre, sólo existe un lenguaje, y ese lenguaje es la espiritualidad.* La espiritualidad es la universalidad de la Verdad, la Luz y el Deleite. La espiritualidad es la necesidad consciente de Dios. La espiritualidad es la oportunidad constante de realizar y probar que todos nosotros podemos ser tan grandes como Dios. Otras opciones de enfrentamiento utilizados por los participantes de la investigación Estuvieron Representadas Por la Fe, Fortaleciendo la Valentía y la Paciencia.

La Tercera Categoría es Temiendo a la Muerte, El miedo a la muerte es una emoción universal. Todos los seres humanos tienen miedo, en más o menos grado, a lo desconocido y la incertidumbre que entraña. La muerte es temida por la imposibilidad de conocer su naturaleza, por el misterio que reside tras ella, porque significa la nada, la ruptura y tal vez el juicio final. Estos temores desencadenan incomodidad ante la muerte del otro quizá porque lleva a pensar en la propia. Es obvio entonces que el miedo a la muerte está basado en el desconocimiento de la enfermedad.

Conociendo las vivencias de los pacientes sobre el cuidado enfermero nos permite seguir avanzando en el proceso reflexivo desde la propia experiencia y nos anima a seguir en esta línea crítica de desarrollo profesional y, por tanto, de mejora de la calidad asistencial y la seguridad.

5. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

A las autoridades de enfermería del Hospital de Apoyo II -2 Sullana en especial a la enfermera jefe de servicio de la unidad de cuidados intensivos, conocer las conclusiones a fin de comprender y valorar el sentir de los pacientes críticos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos con el propósito de buscar planes para mejorar el cuidado enfermero bajo un enfoque holístico. Ello permitirá integrar en sus cuidados que disminuya los sentimientos de soledad, tristeza, ansiedad, temor por la vida, y preocupación.

A las profesionales de enfermería conocer con profundidad las vivencias sentidas por los pacientes en enfermedades complicadas, para establecer acciones de enfermería dirigidas a minimizar sentimientos negativos y favorecer así al proceso de humanización de los cuidados: sensibilizar al profesional de Enfermería, dar sesiones educativas en terapias intensivas e implantación de un protocolo

A las docentes y estudiantes de enfermería tomar en cuenta el sentir de los pacientes críticos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos considerarlos siempre en sus planes de cuidados.

Que los resultados de este estudio ratifiquen la importancia de seguir explorando el significado del cuidado como eje de la profesión de enfermería, para seguir construyendo un quehacer profesional con pretensiones disciplinares en un proceso continuo de evolución y transformación.

DEDICATORIA

A Dios Padre Eterno.

Por ser quien nos dio el don de la vida y nos ilumina en los momentos difíciles, dándonos amor, sabiduría y paciencia día a día.

A mis padres, Natalio, ejemplo de valor y constancias espirituales y morales en su orientación permanente; y a mi madre María que, aunque no esté presente (+) siempre me orientó y me apoyó hasta el último momento de su vida.

A mis hermanos por apoyarme en este logro y sé que siempre están conmigo y que puedo contar con ellos.

A mis hermanos por apoyarme en este logro y sé que siempre están conmigo y que puedo contar con ellos.

AGRADECIMIENTO

A Dios todo Poderoso Padre Celestial, porque siempre me ha brindado fuerza y sabiduría en los momentos más difíciles, Él nos ha enseñado que el querer es poder y el poder es vencer. Gracias a él he logrado alcanzar la meta propuesta.

A todos los Pacientes del Servicio de Unidad de cuidados Intensivos del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, quienes aceptaron y participaron en la realización de esta investigación.

Agradezco por lo tanto de modo muy especial a la Dra. Vilma Vicuña Vílchez quien en muchas situaciones me demostró su ayuda incondicional. Agradezco enormemente el haber compartido conmigo sus conocimientos, cariño, comprensión, paciencia, inestimable e ilimitable, su visión, su alto sentido humano y educativo.

A los Directivos y docentes de la Escuela de Posgrado e Investigación de la Universidad San Pedro - Sullana por los conocimientos y facilidades otorgadas, y a todo aquel que directa e indirectamente Participó para la realización de esta tesis. Gracias por su apoyo.

A mis compañeras y amigas, María Fanny Sandoval Morán, Martha De Los Milagros Sandoval Litano, que juntas caminamos en esta ruta de la perseverancia y por su gran apoyo, con lo que me alentaban para seguir siempre adelante. Nunca olvidare su ayuda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angulo, C. (2013). *Vivencias del profesional de enfermería con la permanencia de un acompañante de la persona hospitalizada en una Unidad de Cuidado Intensivo*. Trabajo De Investigación Para Optar Al Título De Magíster En Enfermería Santiago De Cali 2013.
- Baena, V. y León, S. (2007). *El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo* (Tesis de Especialización). Universidad de Antioquia, Medellín.
- Beltrán, O. (2007). *Significado de la Experiencia de Estar Críticamente Enfermo y Hospitalizado en UCI* Trabajo de investigación para optar el título de Magister en Enfermería Medellín. Colombia.
- Beltrán O. (2009). La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Rev. Aquichán 2009; 9(1):23-37. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=7411146504>
- Calderón; M. (2011.) *Experiencias de las personas pos operadas de cirugía cardiaca hospitalizadas en la Unidad De cuidados Intensivos*. Tesis Para Optar El Grado De: Magister En Enfermeria Chiclayo Perú.
- Castillón, S. (2012). *Eventos centinela en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2009* Trabajo de Investigación Para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista Lima – Perú.
- Castro, B. (2015). “*Vivencia de la persona adulta con tubo endotraqueal: contribución para un cuidado humanizado*”. Tesis para obtener el grado académico de Doctora en Ciencias de Enfermería. Escuela Profesional de Enfermería. Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Perú.

- Chacón, M. y Ruiz, L. (2016). “*Vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la Unidad De Cuidados Intensivos Del Hospital Regional Docente De Trujillo, 2015*” Tesis Para Optar El Título De Especialista En: Enfermería En Cuidados Críticos Y Emergencia
- Ceballos, P. (2010). *desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado*. Ciencia y enfermería, 16(1), 31-35.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>
- Domínguez, M. (2017). *Algunas consideraciones bioéticas en el paciente crítico*. (Acceso 14 de setiembre 2017). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_1_03/mie12103.htm
- Fariñas, G. (2009). *Vivencia en el enfoque histórico cultural*. Revista Cubana Psicología. V.XVI N.3., Universidad de La Habana. [<http://es.scribd.com/doc/87442638/CONCEPTO-DE-VIVENCIA>].26 de Setiembre 2017.
- Heidegger (2000). *El ser y el tiempo*. Fondo de Cultura Económica, Madrid. Gil B (2012), *Afectación emocional asociada al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos* Tesis doctoral .Castellón de la Plana,
- Gil, B (2012). *Afectación emocional asociada al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos* Tesis doctoral .Castellón de la Plana.
- Gómez, L. (2009). *El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico. Una perspectiva bioética*. *Persona y Bioética* [revista en internet] 2009 julio-diciembre (Acceso 14 de setiembre 2017); 12 (31).
<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/966/1046> .
- Gómez, M. (2006). *El hombre y el médico ante la muerte*. España: Aran ediciones; 2006. P. 79,87.
- Heidegger, M. (2005). *Ser y tiempo*. Trad. de Jorge Eduardo Rivera Cruchaga, (4º.ed.). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

- Henao, A. (2010). *Sentirse apoyado: experiencia de pacientes en ventilación mecánica sin efectos de sedación continua*. Index de Enfermería, 19(2-3), 120-123. Recuperado en 04 de octubre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200010&lng=es&tlng=es
- Márquez, G. (2016). *Vivencias de los pasantes de enfermería, en la resolución de problemas clínico*. México
- Martínez, J. (2008) TCAE En la unidad de cuidados intensivos España. Publicaciones Vértice SL.
- Montero, M. y Sánchez, J. (2011). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. Salud Mental.
- León, A. (2009). *El giro hermenéutico de la Fenomenológica en Martín Heidegger*. [<http://www.scielo.cl/pdf>]. 28 de agosto 2017.
- Ortega, E. (2015). *Habilidades de la Enfermera en UCI, para establecer una Relación Interpersonal con la persona en Situación Crítica y su Familia* Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito para optar al título de: Magister en Enfermería con Profundización en Cuidados Críticos Bogotá D.C., Colombia
- Pastor, O. (2007). *Husserl y Heidegger. Hologramática literaria. Año II, N°3*, [<http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/10/291/husserl.pdf>]. 28 de agosto 2017.
- Pérez, C. (2001). Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. 11 Técnicas y Análisis de Datos. 1era Ed. Edit. La Muralla S.A. Madrid -España
- Quiñones, S. (2012). *Comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado a la persona inconsciente*. Tesis para optar el grado académico de Magíster En Enfermería Chiclayo, Perú.

- Ramos, B. (2012). *Vivencias de las enfermeras al brindar cuidados a una persona en agonía en una UCI Estatal - Chiclayo*, 2012 TESIS Para Optar El Grado Académico de Magíster en Enfermería Chiclayo, Perú .
- Rivera, L. (2007). *Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica de Country*.
- Rojas Silva Noelia, Macarena Amthauer, Bustamante Troncoso Claudia. Comunicación con el paciente en ventilación mecánica invasiva: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Medicina Intensiva* 2014; Vol 29(2): 115-119 <https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2014-2/pdf/06.pdf>
- Salazar, A. Paravic, T. (2009). *Los métodos cualitativo y cuantitativo en la enseñanza de la investigación en enfermería*. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(1-2) Recuperado en 15 de Octubre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100008&lng=es&tlng=es.
- Santiago de Castro, Ernestina, & Vargas Rosero, Elizabeth. (2015). Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Avances en Enfermería*, 33(3), 381-390. <https://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.41841>
- Trejo F. (2012) Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol (Mex)* Vol. 11, No. 2: 98-101, 2012
- Urden, L.; Lough, M. y Stacy, K. (2005). *Cuidados intensivos en enfermería*. 5ta ed. España: Harcourt Brace; 2005.
- Urquiaga, M. (2015). *Vivencias de los profesionales de enfermería en la gestión del cuidado a personas hospitalizadas*. Tesis para optar el grado de doctor en ciencias de enfermería Chimbote. Perú.
- Vásquez, V. (2007). *Vivencias del paciente adulto sometido a ventilación mecánica, realizada en el Hospital José Cayetano Heredia Servicio UCI-ESSALUD-Perú*.

- Vega, E (2013) *El Cuidado De Enfermería En Pacientes Con Ventilación Mecánica Asistida* Tesis (Doctorado en Ciencias de Enfermería)-Universidad Nacional de Trujillo, Escuela de Postgrado
- Waldow, V. (2007). *Estrategias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico*. Rev. Scielo. [Internet]. [citado el 14 de SETIEMBRE de 2017]; 5(1): 1-2. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v5n1/10.pdf>
- Waldow, R. (2008). *Enfermería centrada en el cuidado* .Aquichán vol. 9 n.3. Bogotá. Visitado el 26 de setiembre del 2017. Disponible en: www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid;
- Watson. (2006). J. *Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices*. *Nurs Admin Q*.Vol30 (1): 48–55

ANEXO
Y
APÉNDICE



ANEXO A

UNIVERSIDAD SAN PEDRO FILIAL SULLANA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Vivencias del paciente crítico después de la extubación sobre el cuidado enfermero en uci Hospital de Apoyo II-2 Sullana-2017. el propósito de este estudio es describir y analizar las Vivencias de los pacientes crítico después de la extubación sobre el cuidado enfermero en UCI. El presente proyecto investigación está siendo conducida por la Lic. Cruz Maria Zapata, quien me informó sobre el trabajo y mi participación en este estudio. También se me informa que la conversación será grabada, así la investigadora podrá transcribir las ideas que haya expresado. Una vez finalizado el estudio las grabaciones serán destruidas. Mi participación será voluntaria.

La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio, las entrevistas o encuestas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación o un seudónimo. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio.

Si sintiera Incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por la investigadora.

He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas. Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo en participar en el estudio.

Firma del o la participante _____

Fecha _____ **Seudónimo** _____

ANEXO B

UNIVERSIDAD SAN PEDRO FILIAL SULLANA

**VIVENCIAS DEL PACIENTE CRÍTICO DESPUÉS DE LA EXTUBACIÓN
SOBRE EL CUIDADO ENFERMERO EN UCI HOSPITAL DE APOYO II-2
SULLANA - 2017**

A. Datos de identificación

Sexo:.....

Edad:.....

Grado de instrucción:.....

Número o seudónimo de paciente.....

Fecha:.....

Hora de Inicio: Hora de término:

B. Datos referidos a la vivencia de la persona adulta con tubo endotraqueal

1.- ¿Qué significó para Ud. tener un tubo endotraqueal?

2.- ¿Cómo se ha sentido cuando estuvo con tubo endotraqueal?

3.- ¿Qué sentimientos y sensaciones ha experimentado cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

4.- Cuáles son las Vivencias Sobre el Cuidado De Enfermería.

Grabación.....

.....

