

INTRODUCCION

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, que fueron internados allí, bien sea por un trauma , en el postoperatorio o en la agudización de la insuficiencia renal o de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras.

Las diferentes unidades de cuidado intensivo tienen características particulares a diferencia de otros servicios hospitalarios. Es así como su distribución puede variar de unas a otras unidades; encontrándose algunas circulares con el puesto de enfermería en el centro y otras lineales pero de igual manera el puesto de enfermería es central y en frente de los cubículos donde se encuentran los pacientes, otras conservan la estructura de los servicios de hospitalización con habitaciones similares pero con la adecuación eléctrica y tecnológica necesarias. Todas estas características sumadas a la restricción en el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, hacen de la permanencia en la UCI una experiencia poco placentera además que está cargada de incertidumbre afectando la condición del paciente.

Con respecto a la tecnología de la UCI hay diversidad de equipos que permiten conocer algunas variables fisiológicas, contribuir a la interpretación de la situación clínica del paciente y enfocar la terapéutica, los cuales pueden ocasionar discomfort en el paciente debido a que están adheridos a la piel, algunos pueden transgredir las barreras naturales y limitar la autonomía, la movilidad y el bienestar.

En suma, estos factores conllevan al paciente a vivir una experiencia diferente con respecto a otras hospitalizaciones que haya tenido 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 desde su habitación.

En las unidades donde se llevó a cabo la investigación hay un auxiliar de enfermería por cada dos o tres pacientes y un enfermero por cada tres o seis permaneciendo en un contacto mas cercano con el paciente . También conforman el equipo, un terapeuta respiratorio, un fisioterapeuta, una nutricionista, un intensivista y los demás interconsultantes, lo que hace que el paciente sea atendido por diversas personas en diferentes momentos del día y de la noche.

La experiencia de trabajar en unidades de cuidado intensivo en medio de una serie de equipos y procesos de enfermedad complejos, donde el paciente se aísla temporalmente de su grupo familiar para ser observado individualmente, quedando al cuidado de un personal desconocido para él, conduce a reflexionar acerca de sus necesidades de carácter emocional, sensitivo y de confort, que pueden experimentar durante su permanencia en dicha unidad.

Especialmente conocer las experiencias que para los pacientes desencadenan temor en este ambiente es una preocupación del grupo investigador al reconocer los efectos negativos del temor en las personas hospitalizadas y en su bienestar por todas “las alteraciones tanto físicas como psicológicas que produce y que a su vez pueden interferir positiva o negativamente en su proceso de recuperación”.

El presente estudio de investigación, de corte cualitativo, basado en técnicas etnográficas, explora las vivencias de los pacientes en el contexto de hospitalización en la unidad de cuidado intensivo para hacer un análisis de su

situación prestando especial atención a las experiencias que pueden desencadenar una serie de emociones como el temor.

Para integrar estos aspectos se utilizaron la entrevista y la observación como técnicas cualitativas y posteriormente se categorizaron los datos así:

1. La cercanía a la muerte
2. La Unidad de Cuidado Intensivo, un lugar frío
3. La interpretación de lo que escuchan
4. La imposibilidad de valerse por si mismo
5. El rol de la familia durante la hospitalización
6. Necesidades más allá de lo físico
7. El papel de los sueños
8. Incertidumbre sobre las limitaciones en el futuro

A continuación se da paso a la presentación del estudio de investigación ***“El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo”***, el cual tuvo como plataforma para su desarrollo, algunas teorías de enfermería y referentes temáticos disponibles de otras disciplinas como la psicología, la medicina y la bioética.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes internados en la unidad de cuidado intensivo, por definición “son enfermos graves” y durante los últimos 20 años las unidades de cuidado intensivo han pasado a formar parte esencial de casi todos los hospitales generales¹. Su valor está comprobado en la complejidad del tratamiento del enfermo grave y temprana recuperación de injurias severas.

En dichas unidades, de características físicas y técnicas particulares, se conjugan varios aspectos que conforman una atmósfera psicológica especial y poco usual, lo cual genera algunos efectos en el paciente; de ahí que su ingreso a la UCI, frecuentemente constituye una experiencia nueva, única, a veces atemorizante y cobra especial relevancia la adaptación a este nuevo estado y sistema de vida.

Partiendo de su connotación física y psicológica, en el enfermo crítico se consideran dos sistemas de interacción presentes durante su hospitalización en UCI; es así como los aspectos físicos y psíquicos dentro del mismo sujeto, pueden facilitar o hacer más compleja la recuperación de su enfermedad. Por otra parte, el sistema interindividual se define como la relación del paciente con el mundo y en este caso particular, el mundo del paciente se reduce al ambiente físico de la unidad en que está hospitalizado y al personal. Así mismo, durante dicho proceso de hospitalización surge la relación “enfermera – paciente”, la cual posee energía propia, capaz de producir influencia positiva o negativa en el enfermo³.

En este ámbito los pacientes en general, experimentan muchos temores relacionados con su situación de salud, porque desconocen el curso de la enfermedad, experimentan dolor físico y sufrimiento, en algunos casos se ven enfrentados a la pérdida de partes del cuerpo y a la invalidez, entre otros; pero el

estar en relación activa con una o varias personas que comparten con ellos, que reciban sus confidencias, que los escuchen, ya representa un importante alivio².

En consecuencia, la exploración de la experiencia del paciente crítico respecto a su situación y la identificación de aquellos aspectos que favorecen la aparición de temor hará más amplio el campo de conocimiento respecto a este tópico de investigación en enfermería y proporcionará herramientas para que Enfermería diseñe su plan de cuidado basado en el conocimiento producido según los hallazgos de este estudio y aplicable en diferentes contextos.

2. PROPOSITO

El desarrollo de la investigación representa un avance en el conocimiento del diagnostico de temor y su utilidad es aplicable a los siguientes niveles:

- **ENFERMERIA:** El conocimiento del diagnostico de enfermería temor, los aspectos que predisponen su aparición en el paciente hospitalizado en UCI y el abordaje de dichos aspectos mediante el cuidado, permite a los enfermeros planear estrategias de intervención y mejorar la calidad de la gestión y el cuidado.
- **EQUIPO INVESTIGATIVO:** Permite ampliar los conocimientos acerca del “Temor”, enfocado al paciente adulto en estado critico, la salud mental y el cuidado intensivo en la profesión de Enfermería. Fortalece las habilidades investigativas, académicas y asistenciales de los profesionales encargados de su desarrollo.
- **PACIENTE:** Se establece un espacio favorable para la expresión de las vivencias en la unidad de cuidados intensivos en un ambiente de confianza, respeto y credibilidad. Se hace a la vez participe de los cambios en el cuidado de los pacientes críticos que puedan surgir con el desarrollo de la investigación.
- **CUIDADORES:** Con los hallazgos se pretende lograr un mayor acercamiento entre la familia y el personal asistencial, favoreciendo tanto la comunicación como el aprendizaje de los cuidados del paciente, para llevarlos a cabo luego de su egreso de la UCI mejorando aquellos aspectos que se identifiquen a partir de este estudio.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender cuales situaciones favorecen la aparición del temor en el paciente adulto hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo y sus efectos en la trayectoria de su estancia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las experiencias personales que influyen en la aparición de temor durante la hospitalización en la UCI
- Describir los aspectos inherentes al cuidado que pueden favorecer la aparición de temor en el paciente hospitalizado en UCI.

4. JUSTIFICACION

Una vez definidos los objetivos del estudio, se inicio la consulta de fuentes bibliográficas impresas o electrónicas que proporcionaran datos de proximidad al tema de investigación, haciendo una exploración de los estudios existentes acerca del temor, enfocado a los pacientes críticamente enfermos de las unidades de cuidados intensivos.

Luego de una búsqueda persistente se encontraron algunos estudios acerca del temor en diversidad de poblaciones y desde diferentes áreas del conocimiento como son psicología, sociología, enfermería, entre otras, obteniendo una base de conocimientos al respecto.

Concretamente, los estudios realizados y publicados por enfermeros en Colombia fueron pocos. Se encontraron dos ensayos clínicos controlados cuyos temas centrales se relacionaban con el temor prequirúrgico y las intervenciones para disminuir el temor en los pacientes que van a recibir tratamiento oncológico, los cuales fueron fundamentales para definir y concretar aspectos que serían indagados durante el proceso de recolección de la información.

Simultáneamente a la recolección de los datos se consultaron diferentes fuentes acerca del concepto de temor: definición, efectos físicos y psicológicos y las ventajas de intervenir oportunamente. A partir de esta etapa se estructuró el cuerpo del trabajo y se inició el análisis de la información para concluir finalmente con un estudio que se acerca a la comprensión de la vivencia del paciente, expresada en sus propias palabras.

5. REFERENTES CONCEPTUALES

El concepto de temor puede estar definido desde varios puntos de vista pero inicialmente “es considerado como un estado en el que una persona o grupo de personas experimenta una sensación de trastorno fisiológico o emocional en relación con una fuente identificable que se percibe como peligrosa”².

Al revisar otras definiciones se encontró que en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua³: El concepto de miedo (Del latín metus) es definido como una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. Recelo o aprensión que uno tiene que le suceda una cosa contraria a lo que desea. El que, imponiéndose a la voluntad de uno, con amenaza de un mal igual o mayor, le impulsa a ejecutar un delito; es circunstancia eximente de responsabilidad criminal.

El temor como diagnóstico de enfermería fue establecido en 1973, modificado posteriormente en 1980 y revisado entre 1996 y 2000 por la NANDA⁴, definiéndolo como la respuesta a la percepción de una amenaza que es reconocida conscientemente como un peligro, otorgándosele 31 características definitorias para su identificación, entre las cuales se describen las fisiológicas tales como: aumento del pulso, anorexia, náuseas, vómito, diarrea, tirantez muscular, fatiga, aumento de la frecuencia respiratoria, palidez, aumento de la transpiración, aumento de la presión arterial sistólica, dilatación pupilar, sequedad bucal; las conductuales tales como: aumento del estado de alerta, conductas de evasión o de ataque, e irreflexión; y las cognitivas tales como: interpretación de estímulos como una amenaza, identificación del objeto del miedo, disminución de la productividad, el aprendizaje y la capacidad para solucionar problemas.

A su vez, el temor es asociado a una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que este produce, generando consecuencias tales como la presencia de

convalecencia prolongada, mal control del dolor con analgésicos, actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad y complicaciones orgánicas⁵.

Partiendo de estos conceptos y deduciendo que el miedo puede modificar el estado de un individuo ya sea por algo interior o exterior, real o ficcional, el Diccionario Oxford de la Mente⁶ argumenta que las causas principales del miedo son la exposición a una estimulación traumática, la exposición repetida a una exposición traumática, la observación directa o indirecta de personas que muestran miedo y la recepción de información que lo provoca.

Es frecuente que el personal asistencial presente confusión con respecto a diferentes conceptos como son el temor, la ansiedad y las fobias, entre otros. Por esta razón es necesario definir también la ansiedad, la cual es considerada como “una respuesta vaga a una amenaza no especificada o desconocida”²; tras varios estudios se concluye que la diferencia principal entre temor y ansiedad es la identificación o no de la amenaza, “los dos comparten las mismas respuestas dadas por el sistema nervioso simpático como aumento del cronotropismo, inotropismo, broncodilatación, dilatación pupilar, disminución de las contracciones estomacales y estimulación de las glándulas suprarrenales; estas respuestas son necesarias para el equilibrio y conservación de la vida”².

Por otro lado, se considera que el miedo que hace referencia al peligro real de una forma más o menos específica, pero desproporcionada, es una fobia⁸. Las personas fóbicas se dividen en aquellos que responden con un miedo extraordinariamente intenso a una situación específica y los que manifiestan un miedo extraordinariamente intenso en numerosas situaciones que a menudo son difíciles de especificar. Cuando una persona está muy asustada de algo que no produce especial miedo a los demás, es porque el objeto o la situación en cuestión ha quedado asociado en su mente con algún temor infantil; también se da el caso

de que el objeto o la situación temidos se han convertido en el símbolo de algo temido inconscientemente. La fobia suele manifestarse cuando se experimenta obsesión ante objetos, situaciones, o incluso sensaciones que la persona reconoce como absurdas e injustificadas, pero que, sin embargo, no puede enfrentar⁷.

De acuerdo con Mishel⁸ en la teoría de la incertidumbre, el nivel de escolaridad puede influenciar la aparición del temor; es así como la educación puede ayudar a suplir la estructura de los eventos en el marco de los estímulos, aumentando la base de conocimientos con los cuales se asocian estos eventos, dándoles así significado y contexto. Es evidente el impacto directo que ejerce en el nivel de incertidumbre de aquellos que tienen un menor nivel educativo debido a que perciben con mayor complejidad lo relacionado con el tratamiento y el sistema de cuidado. Aquellos individuos con un nivel de educación mayor son capaces de modificar la incertidumbre más rápidamente que los anteriores y la experimentan por periodos más cortos.

Desde la perspectiva de este modelo, los cambios en el estado de salud provocan un fuerte impacto emocional y aparecen problemas psicológicos cambiantes, que se suceden en las diversas fases de su enfermedad; este fenómeno depende de las estrategias de afrontamiento que utilice el individuo para enfrentarse a la enfermedad y que, en suma, determinaran su proceso adaptativo y con ello su calidad de vida. "Los pacientes que están en mejores condiciones para adaptarse podrán continuar con las responsabilidades normales, hacer frente a la dificultad física y emocional y seguir participando en actividades que son significativas para ellos. Los pacientes que no se adapten bien probablemente participarán menos en sus propias actividades vitales, se retraerán y perderán la esperanza"⁹.

De otro lado conviene comprender la definición que Hall¹⁰ da a la enfermedad, al considerarla como una forma de conducta, gobernada por los sentimientos subconscientes de la persona, en los que se enraízan las dificultades de adaptación. La curación puede acelerarse ayudando a las personas a conocerse a si mismas. Cuando una persona consigue dominar sus sentimientos y motivaciones se hace libre y puede dar rienda suelta a su propio poder de curación.

Mediante el proceso de reflexión, “el paciente tiene la posibilidad de pasar de la amenaza indefinida de la ansiedad... a través de la mal llamada ‘fobia’ o ‘enfermedad’... a una amenaza, miedo, al que puede enfrentarse de forma constructiva”¹³.

Luego de reconocer todos los aspectos que enmarcan el temor en el contexto del paciente hospitalizado y los mecanismos que este emplea en el reconocimiento del mismo, no se puede desconocer y relegar a un segundo plano el entorno en que se desenvuelve esta situación, porque según Álvarez³, en las UCI hay deprivación sensorial en el ambiente, que varía según la construcción e implementación con que cuente. Dicha autora refiere que la terapia técnica necesariamente es agresiva, invasora y dolorosa, induce a la pérdida de la privacidad respecto a su corporalidad, con una exposición constante de ella a extraños y manipulación de su cuerpo por múltiples manos. Existe interrupción del sueño por los permanentes y necesarios controles, y se impone una posición corporal no usual con dificultad para adoptar posiciones corporales cómodas como las cotidianas.

Ocasionalmente se presenta la indicación de no ingesta de comida o comida distinta a la acostumbrada, y exposición al olor de medicamentos y químicos usados, así como también, al olor del cuerpo humano propio y ajeno. Es frecuente la conexión con el aparataje técnico necesario y la escasa visión de solo la pared, el techo y el personal que lo atiende. En lo auditivo el sonido de respiradores

artificiales y alarma de monitores es permanente; la respiración alterada de otros enfermos, sonido de instrumental, quejidos, voces desconocidas, preguntas e instrucciones del personal, son estímulos presentes³.

Es en este contexto, más fuerte en las unidades de cuidado intensivo que se produce una variada gama de trastornos psíquicos en los pacientes en situación crítica³.

Con el fin de mejorar la recuperación biopsicosocial de la persona, las intervenciones encaminadas a disminuir el temor en los pacientes hospitalizados requieren un soporte investigativo que valide cada una de ellas basándose en las afirmaciones provenientes de quienes han tenido esa experiencia. Según esto Enfermería es llamada a abordar dichos aspectos mediante la investigación y plantear propuestas de mejoramiento en el cuidado con base en sus hallazgos.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

La experiencia de trabajar en unidades de cuidado intensivo en medio de una serie de equipos y procesos de enfermedad complejos, donde el paciente se aísla temporalmente de su grupo familiar para ser observado individualmente, quedando al cuidado de un personal que centra su atención en las variables fisiológicas, conduce a reflexionar acerca de las necesidades de carácter emocional, sensitivo y de confort, que pueden experimentar durante su permanencia en dicha unidad.

De ahí que en el momento de decidir el tema a investigar, se tuviera en cuenta esta situación, porque además reúne los intereses de algunos enfermeros que en algún momento han tenido curiosidad por conocer y profundizar en la experiencia del paciente crítico, pero que además de satisfacer sus inquietudes, aporte tanto al crecimiento profesional como personal.

La unión de todos estos aspectos condujo a formular la pregunta de investigación: ¿Cuáles situaciones favorecen la aparición del temor en los pacientes adultos que han estado hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo y que efectos tienen en la trayectoria de su estancia?

Teniendo definido el tema a investigar y debido a la necesidad de conocer las vivencias en las propias palabras de los pacientes se eligió una metodología cualitativa que permitiera comprender el sustrato o trasfondo común a las manifestaciones de temor de los participantes y particularmente los recursos simbólicos y elementos etnoculturales donde la enfermedad y la influencia cultural aúnan sus raíces; teniendo como fundamento que los métodos cualitativos de

investigación intentan capturar el fenómeno de una manera holística, comprenderlo en su contexto; enfatizan la inmersión y comprensión del significado humano atribuido a las circunstancias o fenómenos¹¹.

Algunos elementos de la Etnografía fueron integrados durante el proceso de recolección y análisis de los datos, teniendo en cuenta que esta es una metodología de investigación cualitativa de la antropología cultural. Basados en esto, se realizó la recolección de datos en el terreno y teniendo como informantes a los integrantes de la población dada. Los datos recopilados consistieron en la descripción densa y detallada de sus costumbres, creencias, mitos, genealogías e historia, etcétera. Dicha información se obtuvo principalmente por medio de entrevistas con informantes claves seleccionados por conveniencia.

En consecuencia, para abordar estos factores se hizo necesario aplicar la observación y la entrevista, técnicas que permiten realizar una reconstrucción alternativa que con objetividad puede constituir aportación al conocimiento de las representaciones y prácticas sobre la salud y la enfermedad y su comprensión reflexiva¹².

6.2 PARTICIPANTES

El estudio se realizó en Medellín, Colombia. En él participaron 7 pacientes, con un promedio de edad de 37 años, residentes en Medellín el 57% y en Itagüí el 43%. En cuanto al nivel de escolaridad, 85% de ellos culminó sus estudios de bachillerato y un 43% accedieron a la educación universitaria. Con diversas ocupaciones como: Empresario, carpintero, conductor, secretaria, ama de casa, docente e ingeniero de sistemas.

La recolección de los datos se llevó a cabo en un periodo posterior al egreso de la unidad de cuidados intensivos que osciló entre 2 y 365 días, tras una estancia mínima de 5 y máxima de 70 días.

Los pacientes incluidos en el estudio habían cursado con un evento de tipo médico o quirúrgico, en fase aguda o crónica agudizada que los condujo a la unidad de cuidados intensivos: Casi ahogamiento por inmersión, postoperatorio de colecistectomía, distrofia muscular, urosepsis, status convulsivo, cambio valvular y gastrectomía.

La selección de los participantes en primer lugar surgió del conocimiento que las investigadoras tenían de los pacientes que estuvieron hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos donde laboran actualmente, indagando en los registros de archivo e historia clínica datos concluyentes relacionados con el compromiso cognitivo de los mismos, porque el principal requisito para poder participar en el estudio, es que: "los pacientes fueran capaces de testimoniar su experiencia aportando datos completos para el interés de los investigadores"¹³, en un lenguaje comprensible y coherente. Además se estableció como requisito para su participación que hubieran superado el período crítico de la enfermedad encontrándose en una fase de compensación de la misma y que aceptaran voluntariamente ser incluidos en el proceso investigativo.

Posteriormente se consultaron datos de referencia como el número telefónico, dirección y lugar de residencia, para elegir aquellos que habitaran en Medellín o municipios más cercanos. Cabe anotar que en ocasiones los datos extraídos de los registros hospitalarios no correspondían al paciente en la actualidad o se encontraban incompletos, permitiendo excluir algunos participantes desde esta instancia.

6.3 RECOLECCION DE DATOS

- Los pacientes fueron elegidos por conveniencia, lo cual consiste en seleccionar el mejor informante para los requerimientos del estudio¹⁴. Se contactaron y citaron telefónicamente para la realización de la entrevista, llevada a cabo en el momento y lugar acordado entre las partes, con una duración entre 40 y 60 minutos. El entrevistador solicitó previamente al paciente su colaboración de forma voluntaria y anónima, explicándole los objetivos, la metodología de la entrevista, beneficios y reserva de la misma.
- Algunas entrevistas se realizaron en el domicilio del participante, otras durante el periodo de hospitalización, solicitando que se encontrara solo para favorecer así un ambiente más tranquilo y de confianza, según Ramhoj y de Oliveira es necesario que entre ambas partes (entrevistador y entrevistado), se establezca empatía; los buenos entrevistadores deben “estar presentes”, atentos, respondiendo a la comunicación verbal y no verbal del paciente¹⁵.
- La recolección de la información se realizó de Octubre de 2006 a mayo de 2007. Para ello se empleó la entrevista semiestructurada, elaborando previamente un guión con preguntas generales que posterior a la prueba piloto fueron modificadas por otras que condujeran a extraer los datos necesarios para lograr los objetivos propuestos, además aquellas que fueron emergiendo de las respuestas de los participantes con la finalidad de obtener una información más amplia expresada con las palabras propias del paciente.¹⁵

6.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida fue grabada en medio magnético, transcrita en el procesador de texto Word, de acuerdo a la secuencia y continuidad de las

entrevistas; seguido a este paso se realizó una lectura minuciosa de cada uno de los testimonios, analizando cada una de las expresiones para luego proceder con el proceso de categorización y codificación de los datos, el cual consistió en el fraccionamiento de la información en unidades temáticas que facilitaron su análisis¹⁶, asignando un color específico para cada categoría de modo que se hiciera un reconocimiento visual ágil de cada una. De esta forma se continuó hasta obtener la saturación de los datos la cual se alcanza cuando hay redundancia en la información, esto es, cuando el investigador obtiene la misma información o similar, pues los informantes no indican algo diferente de lo ya dicho.¹⁸

Para garantizar la validez de la información, se permitió a los participantes libertad en la expresión de sus ideas, sin interrupciones o intervenciones del entrevistador verbales y evitando expresiones no verbales que pudieran interferir en las respuestas del entrevistado. La grabación en medio magnético fue guardada bajo reserva solo se puso a disposición del digitador y al momento de revisar las transcripciones de las grabaciones se confirmó la legitimidad de las mismas. Durante el análisis de las categorías se recibió la asesoría de docentes con alto nivel académico en este campo y para maximizar la validez de los hallazgos fueron presentados en tres ocasiones ante docentes con amplios conocimientos en investigación y estudiantes con experiencia laboral en cuidados intensivos, quienes retroalimentaron el análisis.

Durante la planeación, diseño y ejecución del estudio se pudo disponer de un recurso humano conformado por el equipo investigador, los asesores, la auxiliar de digitación y la población de estudio, y otros recursos tales como, los computadores personales con el software indispensable para procesar los datos, las grabadoras con sus respectivas baterías, dispositivos de almacenamiento de datos, audífonos y la disposición económica para cubrir los costos relativos al desplazamiento de los investigadores para la recolección de la información o asesorías.

7. CONSIDERACIONES ETICAS

Para el desarrollo del presente estudio de investigación, los principios éticos considerados como pertinentes se enuncian a continuación:

- Respeto a la persona: El respeto a si mismo, genera el respeto hacia otras personas, dejar ser al otro tal y como es. No se modificaron los aspectos socioculturales y conductuales de los pacientes y en todo momento se respetaron las diferencias entre las creencias y actitudes del otro con relación a las propias¹⁷.
- Beneficencia: El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: (1) no hacer daño; y (2) acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles. Es por esto que la participación en la investigación proporcione mayor conocimiento de la condición en la que se encuentran los pacientes, de modo que el cuidado que se les ofrezca próximamente esté encaminado a suplir sus necesidades y requerimientos buscando lo mejor para ellos y sin llegar a violar la confidencialidad de la información obtenida¹⁸.
- No maleficencia: Consiste en no hacerle mal a otra persona e incluye la prevención de este mal. Para evitar un daño a la privacidad del entrevistado no se registró su nombre en la entrevista; en cambio se le asignó un código a la entrevista para proteger dicho aspecto. La información será de uso exclusivo del grupo investigador, no se harán comentarios a terceros que comprometan la dignidad de las personas encuestadas²⁰.

- Autonomía: Reclama el derecho de la persona a ser responsable de sus actos. Fue fundamental obtener el consentimiento informado previo a la entrevista y permitirle decidir acerca de su participación o no en la investigación¹⁹.
- Confidencialidad y Veracidad: De ellos se derivan el secreto profesional y la obligación de dar información veraz a los pacientes. Los datos obtenidos no fueron revelados fuera del contexto académico²¹

8. RESULTADOS

Durante el proceso de análisis de los datos se obtuvieron 8 categorías principales, las cuales recopilan la información proporcionada por los participantes y descritas en sus propias palabras así:

- La cercanía a la muerte
- La Unidad de Cuidado Intensivo, un lugar frío
- La interpretación de lo que escuchan.
- La imposibilidad de valerse por si mismo
- El rol de la familia durante la hospitalización
- Necesidades más allá de lo físico
- El papel de los sueños
- Incertidumbre sobre las limitaciones en el futuro.

Mediante la interpretación de los datos logra darse una plataforma al contenido de los relatos obtenidos de forma secuencial y lógica.

8.1 LA CERCANÍA A LA MUERTE

Los participantes manifestaron sentimientos de temor respecto a la muerte propia y a la muerte del otro, entendiéndose esta última como el deceso de aquellos otros pacientes que se encuentran en un cubículo de la misma unidad de la que el individuo hace parte:

“...solamente sentía miedo cuando sentía que alguien estaba como para morirse...” (H2)

“...uno escucha de personas que han estado ahí; escuché de algunos pacientes que estuvieron ahí y que salieron muertos, otros que lograron recuperarse rápido...” (H1)

La cercanía a la muerte propia o del otro paciente que está próximo a su habitación, conduce al temor en la medida que desde su cama observa la actitud del personal asistencial en una situación de emergencia y los gestos de angustia o tristeza de los acompañantes.

La experiencia de los participantes difiere según la distribución física de la unidad de cuidados intensivos; es así como algunos relatan mayor privacidad y menor temor y otros totalmente lo opuesto; esto asociado con la proximidad o distancia a la que se encuentra de los otros pacientes y lo que observan desde su habitación.

“He sido de los pacientes muy nerviosos y a veces creo que de esos mismos nervios me he complicado. En UCI lo atienden a uno bien y está uno solo, yo creo que eso le ayuda a uno mucho, estar en una habitación solo.”(H6)

“Nunca me di cuenta si había otro paciente mas grave que yo, o que si lo sacaron porque ya se murió”(H7)

Sumado a esto, aquellos participantes que estuvieron despiertos reconocieron el movimiento que se produce en el personal de salud ante una emergencia e identifican la reacción de los familiares ante el fallecimiento de dicho paciente, lo cual intensifica la presencia de temor.

“...Pensé que se estaba muriendo, porque uno se daba cuenta de que el médico gritaba y las enfermeras aparecían ahí mismo, eso si me daba mucho susto...”(H2)

“...no me gusta ese ambiente, es frío, es miedoso, a todo momento todo el mundo corre y uno escucha, que el paciente de tal número está mal y uno escuchando, uno también se altera...”(M5)

Según Gómez²⁰, el miedo a la muerte es un asunto cultural y por lo tanto, aprendido socialmente. La intensidad del miedo varía con el sistema cultural, la creencia religiosa y el momento histórico. El miedo a la muerte es un sentimiento universal que debe revestir una multitud de formas, algunas de las cuales están con seguridad fuera del alcance del lenguaje humano.

Las teorías psicoanalíticas enuncian el fuerte instinto desarrollado en el hombre de conservación de la vida y consecuentemente de miedo a perderla. De este instinto arraigado a la vida provienen el miedo y la angustia frente a su existencia y al momento siempre desconocido en que ocurrirá su muerte o la de las personas cercanas afectivamente²².

El dolor se asocia según los participantes, como un factor que evidencia cercanía a la muerte haciendo mayor el temor durante su estancia en la unidad.

“Yo soy una persona que manejo una tolerancia al dolor muy bajita, pues yo no tolero casi el dolor, yo creo que es debido a todo eso que me pongo más nervioso”(H6)

Sumado al temor a la muerte surge el temor al dolor o al sufrimiento principalmente en el momento de morir, el cual se percibe en diferente intensidad de acuerdo a la severidad de la enfermedad y la personalidad del paciente que en algunos casos le predispone a sentir mayor intranquilidad y dolor.

Afirma Gómez, que actualmente “el ser humano forma utopías como evitar el dolor, sufrir poco, morir rápida, indolora y dignamente. De ahí que el morir y la muerte provoquen en el individuo actitudes y conductas de evitación, rechazo o huida”²².

Esta respuesta de rechazo o huída, es según Levine²¹, la más primitiva que se presenta en el individuo, cuando se siente amenazado, exista o no un peligro real. Por tal razón la hospitalización, la enfermedad y las experiencias nuevas hacen que el individuo asuma un estado de alerta, para buscar más información y garantizar su seguridad y bienestar.

Otro factor agregado a la aparición del temor en los pacientes de cuidado intensivo esta ligado fuertemente al horario de visitas y a la sensación de soledad manifiesta durante su estancia. Es así como la soledad y el manejo del “tiempo libre” genera un mayor nivel de ansiedad y angustia en los participantes:

“me sentí demasiado solo porque las visitas son restringidas, aparte de que no dejan amanecer a nadie... eso fue lo más duro... entraban una horita y no volvían y la familia y los allegados que van a acompañarlo a uno hacen mucha falta... aunque tenía el servicio de las enfermeras y todo pero la familia es la familia”(H6)

“Trataba de disipar mucho eso con un radiecito escuchando noticias, relatos de fútbol y eso me ayudaba a dormir, como que me arrullaba y me entretenía”(H7)

Los enfermos experimentan muchos otros temores cuando se acerca el momento de la muerte. Sin embargo, el estar en relación activa con una o varias personas que comparten con ellos, que reciban sus confidencias, que los escuchen, ya representa un importante alivio psicológico pero en muchos casos los pacientes sienten “temor de compartir sus temores” con sus familiares pues no quieren inquietarlos, preocuparlos o causarles más sufrimiento, lo cual representa algo así

como una condena a sufrir en silencio, cuyo resultado es una notoria y dolorosa reducción en la comunicación, con la consiguiente sensación de aislamiento⁴.

El dolor, la muerte, la soledad y la incertidumbre entre otros factores generan en el participante la representación de símbolos de tipo negativo y positivo.

Los entrevistados reconocen que los símbolos negativos evidenciados a través de sueños y pensamientos que les generan intranquilidad y angustia los estimulan a luchar para salir adelante, a no caer en las circunstancias que acaban de terminar con la vida del otro y de este modo sobrevienen condiciones que los impulsan a pensar positivamente y a querer recuperar su estado de salud para salir de allí:

“...Yo me trasladaba siempre a un mundo donde había el color rojo y el color negro, donde habían centauros, brujas, y muertos y ellos me hablaban y yo les tenía muchísimo miedo, cuando yo sentía ese miedo yo decía “no, yo tengo que respirar, yo no puedo morirme” y yo respiraba...”.(M4)

Dichos sueños y pensamientos repetitivos, ocasionalmente se traducen en símbolos que les producen intranquilidad y otros en contraposición a estos donde se encuentran en situaciones en las que el dialogo y la compañía les reconfortan, haciendo de su estancia en la unidad un episodio de recuperación positivo y tranquilo:

“...vi muchas cosas, desde cuidados intensivos vi muchos espíritus, vi personas, no quería volver quería quedarme donde estaba porque estaba en un jardín muy tranquilo, estaba acompañada de personas que me hablaban, que me explicaban cómo era la vida, cómo era el estado natural de una persona, qué era lo valioso de la vida...” (M5)

Según los participantes la experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos y las circunstancias que los condujo a estar allí, no conllevan a un cambio de actitud frente a la vida, prefieren no detenerse demasiado en este aspecto ni buscar responsables o enseñanzas de la situación:

“...tengo muy claro que si yo me pongo a buscar sentimientos lo menos que me podría pasar es vivir el resto del tiempo mortificando a las personas...”(H3)
“mi vida no ha cambiado...pues si antes gozaba, disfrutaba y pasaba bueno, ahora si paso muy rico, de resto igual...”(M4)

Estos aspectos conducen a reflexionar acerca de la acción del personal de salud que según Gutiérrez²², debe estar presta calmar el dolor, la angustia y la depresión. Posiblemente en esta situación la ciencia debe dar prioridad al calor humano, tener mayor dedicación para poder escuchar y para poder consolar. La preocupación por exámenes de laboratorio, debe ceder el campo para comprender el “alma” del paciente, para dar apoyo a la familia. La irreversibilidad de la enfermedad no debe servir de pretexto para abandonar a los pacientes. Antes, por el contrario, se les debe dar en esta situación más ayuda. Una palabra de aliento, unos minutos de silencio oportuno, una mano afectuosa, pueden ayudar más que la mejor medicina. Cuando el paciente ya acepta su enfermedad puede venir una atmósfera de mayor resignación y paz.

8.2 LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, UN LUGAR FRÍO

Los aspectos locativos en la unidad de cuidado intensivo según los participantes son poco estimulantes y no favorecen la recuperación del estado de salud:

“...uno bien enfermo y eso bien blanco, sin colores vivos, sin siquiera un cuadro llamativo todo es así frío, las habitaciones, una cama, un montón de aparatos, no

hay nada que uno pueda decir que hay color, que hay ánimo de vivir, todo es pálido y sin color...”(M5)

En las unidades de cuidado intensivo es donde más se pueden ver medidas extremas, en la lucha a muerte contra la misma muerte. El sufrimiento del paciente se vuelve cruel: está en una especie de prisión alejado de sus seres queridos. Ellos no pueden entrar sino a determinadas horas y por pocos minutos. El ambiente es de tensión: el ruido rítmico y constante de los respiradores, el afán del personal médico y de enfermería, las alarmas de los monitores, las carreras ante un paro cardíaco, la muerte del vecino, los comentarios de la visita médica alrededor de la cama, el no poder desahogar los sentimientos, todo contribuye a rodear la atmósfera de angustia y zozobra ante la proximidad de la muerte²⁴.

Sus paredes blancas, la falta de decoración y color, así como el frío que refieren haber sentido durante su estancia, son factores que no favorecen un ambiente para su óptimo bienestar:

“...La UCI es lo más deprimente que puede tener un hospital ni siquiera tiene un cuadro que diga cosas bonitas, todo es blanco...”(M5)

Identifican un ambiente poco familiar en el que extrañan la comida que consumen en casa *“...me preguntaba cuando sería que volvía a la casa a tomarme una agua de panela, a disfrutar de lo que a uno le gusta, cuando uno estaba en la pieza me hacía mucha falta la comida....” (H2)*

A su vez refieren encontrarse en un sitio en el cual pueden adquirir otras enfermedades diferentes a su motivo de ingreso *“...los pacientes que van allá perfectamente pueden estar en una etapa terminal, pueden tener una serie de virus o bacterias que pueden afectar a los demás que estén ahí...” (H1)*

La adquisición de infecciones hace que reconozcan a la unidad como un sitio riesgo y peligro para si mismos “...ahí también hay un nivel de riesgos, de contaminación...” (H1)

El entorno a su vez genera en los participantes temor ya que desconocen la utilidad de los cables, equipos e invasiones por los cuales se encuentran monitoreados “...los aparatos me daban miedo porque es sentir uno un montón de tubos por dentro y ver los médicos con esa tranquilidad haciéndole a uno tantas cosas...”(M5)

Wiedenbach²³ no expone abiertamente el concepto de entorno, pero reconoce los efectos potenciales que se asocian a él. En una declaración de la enfermería clínica, recomendaba “facilitar los esfuerzos del individuo por superar los obstáculos que interfieren en un momento dado en su facultad de responder a las demandas que le imponen su condición, entorno, tiempo y situación”. De ello se infiere que el entorno puede interponer obstáculos que provoquen en las personas una necesidad de ayuda.

8.3 LA INTERPRETACIÓN DE LO QUE ESCUCHAN

Los participantes manifiestan que durante su estancia fue muy frecuente escuchar comentarios desalentadores y agresivos frente a ellos de parte del personal de salud que los atendía:

“...yo sabía que las cosas pasaban pero nadie me las contaba, sabía que estaba pasando eso pero estaba ahí acostada, no me podía mover, no podía hablar...”(M5)

A su vez identificaron que la información dada a sus familiares fue mucho más prudente, reservada y respetuosa al referirse al paciente “...a mi familia le daban

la información cuando estaban seguros y no opinaban cuando no había seguridad...”

Refieren sentir que quienes están a cargo de su recuperación son escépticos ante los sentimientos de miedo, preocupación o ansiedad que expresan pues consideran estas experiencias como alucinaciones“...*Al otro día me llevaron el siquiatra porque supuestamente había despertado loca...*”(M5)

En el entorno de la UCI el paciente recibe del personal de salud comentarios alentadores que en su momento pretenden dar ánimo al paciente. Perciben igualmente manifestaciones de incredulidad acerca de sus sensaciones o síntomas que los desaniman y dejan en entredicho el buen nombre del personal que le atiende.

La relación interpersonal que es comunicativa se advierte así: la importancia del diálogo entre el paciente y el médico un diálogo que tiene valor informativo, terapéutico y decisivo, un diálogo que pone a dos conciencias frente a un bien que trasciende a ambos: la vida y la persona con sus valores²⁴.

En enfermería el acto de cuidado se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas²⁵.

Martínez²⁶, define la comunicación como una de las potencialidades de la persona, es un salirme de mí para comprender al otro, para consentirlo, ayudarlo ó por lo

menos acompañarlo. De tal forma que lo primero que debe hacer el personal de salud es escuchar al paciente, conocer a la persona que es el paciente, dar origen a una relación de confianza y cooperación además de que el acto en sí ya es terapéutico

Durante su estancia en la unidad, son conocedores de ciertos aspectos del estado de salud de quienes están hospitalizados allí, lo cual les genera más intranquilidad y temor ya que consideran que dichas circunstancias son aplicables a todos los pacientes:

“...Los médicos no saben que no están guardando discreción... todo el tiempo están hablando “ese paciente se va a morir, a ese ya no hay nada que hacerle”, escuchar eso deprime y esos son los temores que a uno le dan porque al escuchar todo eso entonces uno piensa... entonces qué dirán de mí?”.(M5)

8.4 LA IMPOSIBILIDAD DE VALERSE POR SI MISMO

Existen sentimientos muy marcados de invalidez y dependencia en el análisis de los testimonios; los participantes manifiestan una pérdida de la privacidad y del poder de toma de decisiones que les genera impotencia y frustración

“...uno no se puede valer absolutamente nada por si mismo...”(H7)

“...lo peor es estar inconsciente porque uno no sabe qué está pensando esa persona que está ahí acostada, es lo más duro... una cosa viven ellos y otra cosa vive uno cuando está ahí dormido...”(H3)

“...sentía miedo, tristeza, rabia porque no me escuchaban, nunca me oían, yo intentaba hablar y nadie me oía y eso me daba mucha rabia...”(M4)

Al respecto, Jiménez²⁷, señala que el paciente ve alterado su autoestima y se producen cambios emocionales intensos que requieren de reajustes. Estos cambios, para Moro²⁹, repercuten en las necesidades de seguridad y pertenencia, en la que un medio extraño, con una serie de normas y a veces falta de privacidad, potencia los sentimientos de inferioridad, aparecen sentimientos de culpa que aumentan con el tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido durante la hospitalización.

Dicha pérdida de la privacidad repercute en el confort del paciente tornándose incómodo la solicitud de asistencia en actividades tales como el baño o necesidades de eliminación.

El paciente manifiesta incomodidad en la medida que otras personas desconocidas para él deben asistirlo en actividades como el baño, el cambio de pañal, la asistencia a las necesidades de eliminación, entre otras, sintiéndose expuesto ante ellos.

“...hay dos formas, coger el pato y hacer la necesidad o aguantarse porque le da pena... no es cómodo que lleguen dos niñas a bañarlo aunque uno nunca se va por lo morboso ni nada...yo llevo dos meses y me sigue dando pena...”(H3)

Rodríguez²⁸, identifica la falta de intimidad como uno de los factores que influyen en la autonomía inherente a la hospitalización, definida como "toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva". Ésta se ve de alguna manera vulnerada en el paciente hospitalizado, Vacarezza²⁹, afirma que se manifiesta desde la invasión no sólo al espacio territorial, reducido a una cama, sino también al ser examinado en su unidad por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué

son necesarios estos procedimientos y estas respuestas. Pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la desnudez y el pudor del otro.

Durante su estancia en la unidad, los participantes identificaron en el personal de salud actitudes de desmotivación hacia su trabajo, así como también el desarrollo de actividades rutinarias y monotonía en su desempeño, lo cual desencadenaba un cuidado despersonalizado, ya que los participantes se sentían como un “objeto” de trabajo y no como individuos al cuidado de otros:

“...hay personas que sin saber o no sé porqué lo hacen, le cogen como pereza a las personas que están en cuidados intensivos, hacen todo de mala gana, como rápido, como si uno fuera un muñequito, como si no necesitara nada... no me gusta porque hacen con mi cuerpo lo que se les da la gana y me siento triste...”(M5)

La conducta del personal de salud durante el desempeño de las actividades de cuidado, es evaluada continuamente por los participantes, los cuales identifican la calidad de servicio recibido destacando el impacto negativo que tiene la actitud de rutina y despersonalización en el cuidado.

La relación entre los prestadores de atención y el paciente receptor de los servicios influye en estos últimos. Este aspecto se ha considerado como el área que provoca más estrés en los pacientes hospitalizados, especialmente en la interacción que se gesta con el médico y las enfermeras. Según Roa²⁹, en un estudio aplicado en un hospital chileno a pacientes previos a ser intervenidos quirúrgicamente, concluye que la indiferencia en el trato y la falta de atención representaron factores provocadores de altos niveles de estrés en los pacientes. En esta misma investigación la satisfacción de necesidades de eliminación, vesical e intestinal, eran factores que representaban alto grado de estrés en los pacientes

al tener que depender de los funcionarios de salud para satisfacerlas adecuadamente.

Una vez los participantes fueron capaces de acercarse a la persona que los atiende a través del habla, la escritura o los gestos, sintieron recuperar ese espacio de poder sobre si mismos y reducir notablemente su sentimiento de impotencia:

“...pude recuperar la toma de decisiones en la medida de que yo pude hablar, en la medida que yo pude comunicarme, en que yo pude escribir...”(H1)

“...yo mismo me inventé una forma de que todos me entendieran y así a uno no le alcanza a dar miedo de que le van a hacer algo”(H3)

Durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos, el paciente recobra la autonomía y el poder de toma de decisiones a través de la comunicación y consecuentemente surge un estímulo de lucha por su recuperación:

“...recobrar la autonomía influyó en las ganas de salir adelante, de hacer cosas que todavía estaban en proyecto... las personas que tiene sufriendo al lado, el nivel de responsabilidad que tiene uno y de compromisos en este momento, me daban mucha fuerza de salir rápido...”(H1)

Existen ciertas situaciones que se presentan durante la atención que se brinda al paciente hospitalizado y que tal vez, asociados a la masificación y complejidad creciente de la atención de salud, no sean analizados con la frecuencia y profundidad que merecen, y que pueden ser considerados manifestaciones de agresión o violencia²⁹.

Para Iceta y Goic³¹, esto se ha presentando en la medida que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud, tornándose fría e impersonal, lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo de tipo despersonalizado.

8.5 El rol de la familia durante la hospitalización

Otro factor relacionado con el temor expresado por los participantes hace referencia a la impotencia inherente a su rol de paciente; es así como surge el miedo a sentirse como una carga para la familia y a la incapacidad de respaldarlos emocional, física y económicamente ante las situaciones adversas que pudieran vivir durante su estancia en la UCI:

“...comienza uno a pensar en tanto tiempo acá, en los hijos, en la gente, en tantos problemas...la señora saber por la mañana que necesitaba y traerlo por la tarde en la visita, en el almuerzo darme la comida, los hijos quedarse solos...”(H3)

Los participantes reconocen las dificultades que surgen a raíz de su condición de salud al interior del hogar y las clasifican según su impacto económico, social y laboral, entre otros:

“...ella empieza ya con ganas de ver el niño pero no se podía ir porque cómo dejaba al esposo enfermo... no hay como decir vea es que estoy enojado porque me pasó eso... semejante problema ni siquiera le alcanza a dar rabia a uno...”(H3)

Los sentimientos de impotencia y desvalía resultantes de su condición crítica hacen que el paciente cambie drásticamente su rol a nivel social, sintiendo que la familia principalmente le considera como una carga.

Otro aspecto de análisis corresponde al rol de los familiares de los pacientes críticos, los cuales se encuentran sometidos a un estrés emocional intenso y son a menudo los responsables de la toma de decisiones en nombre del paciente acerca de la instauración, mantenimiento o suspensión de las medidas de soporte vital³⁰.

Durante su proceso de enfermedad, adquieren temor a perder la capacidad de decidir sobre si mismos, de comunicarse y a entregar esa responsabilidad a sus familiares más cercanos:

“...Como yo no podía hablar, eso me preocupaba mucho más y la veía a ella muy preocupada, entonces yo le escribí... entonces cuando ella y mi niño, que también le escribí, sintieron que yo la había reconocido, a partir de ahí nos fuimos tranquilizando...”(H1)

“...las personas que uno tiene sufriendo al lado, el nivel de responsabilidad que tiene uno y de compromisos en este momento, mi mamá, mi papá, en cierta medida dependen de mí y yo soy el líder de la familia, la persona a seguir entonces me preocupaba que iba a hacer más daño en irme...”(H1)

Sienten que sus familiares tienen mayor conocimiento sobre la situación que están viviendo y al perder la capacidad de comunicarse con el medio, el paciente elabora la idea de que la familia está en complicidad con el personal de salud y que ya no le brinda apoyo y compañía:

“...yo sentía que mi familia no me hacía caso, que no me escuchaban, las enfermeras no me hacían caso, yo les tenía mucho miedo...miedo porque ellas estaban haciendo algo en contra mía...”(M4)

En algunos pacientes, sobre todo los de mayor edad, se manifiestan cambios en las relaciones familiares principalmente, por el temor a la aparición de una falta

importante de independencia que transforme el rol de cuidador al de sujeto cuidado. Este hallazgo coincide con los resultados del estudio de Granero y cols.³¹, los cuales confirman el miedo que manifestaron sus pacientes mayores por convertirse en una carga familiar dato que contrasta con este estudio ya que no sólo los mayores tienen ese temor, si no que la población más joven también lo manifiesta.

Durante la fase de limitación en la comunicación, el paciente críticamente enfermo desarrolla un sentimiento de rechazo hacia la familia el cual se desvanece una vez reanuda su capacidad de comunicación:

“...me daba rabia porque yo sentía que ellos estaban siendo como cómplices, como que hacían parte de todo lo que me estaban haciendo... yo sentía rabia...”

(M4)

“...cuando uno está ahí, uno todo lo escucha pero uno lo que más quiere escuchar es la voz de las personas que uno quiere...” (M5)

“...El primer soporte para mí, el más esencial, es la familia, la fe que usted lleve, las ganas de vivir y la ayuda médica y los comentarios que los médicos hagan pero positivos...” (M5)

El paciente en estado crítico cuenta con un entorno que en ocasiones favorece la comunicación interior. Surge la necesidad de saber y entender lo que ha cambiado en su cuerpo; recurre a la experiencia y conocimiento del personal que lo atiende, analiza el comportamiento de los síntomas, evalúa los cambios que tiene durante el curso del día. Valora las posibles repercusiones, el tiempo que podrá durar el problema, las dificultades que surgen para su trabajo, los costos que podrá tener el atenderlo y las actividades que tendrá que posponer, entre otras.

Cuando se adquiere la palabra, se origina el léxico que expresa las percepciones de cansancio, malestar, ardor o dolor; se comunican síntomas físicos junto a las expresiones gestuales y los cambios de conducta. Cada uno se vuelve intérprete y traductor de su cuerpo con un fin concreto: buscar alivio. Quien enferma está en situación de necesidad y dependencia de otros y para lograr ayuda, la comunicación es fundamental³².

Es importante destacar que al tener conciencia de su situación y percibir que no son autosuficientes como antes, los pacientes pueden sentirse amenazados, deprimidos, ansiosos o temerosos. Según Martín³³, la gente difiere en su habilidad y deseo para aceptar el papel de paciente.

El diálogo terapéutico cambia el estado de conciencia del sujeto frente a sí mismo; superando la frecuente percepción de víctima que hace del paciente un ser inválido y dependiente, y a su vez, superando la posición de redentor que hace del profesional un ser autoritario y dominante. El diálogo cambia la idea de enfermedad como castigo o desgracia, tornándola en oportunidad para la comprensión de la situación humana; además, trasciende la alienante visión del cuerpo como objeto patológico y lo revela como corporeidad, que reconoce al sujeto como ser en situación, protagonista y creador de su realidad³⁴.

8.6 NECESIDADES MÁS ALLÁ DE LO FÍSICO

Los participantes identifican que durante su estancia en la unidad sus necesidades de cuidado van más allá de lo físico, omitiéndose en muchos casos soporte a nivel espiritual y emocional:

“...recuerdo una enfermera que todos los días alegaba y decía “Ay qué pereza, qué pereza, ¿Por qué la gente que está así mejor no se muere?”... eso lo lastima a uno porque si uno va a un centro asistencial es para que a uno, de una u otra

forma, lo consientan, traten de aliviarle no sólo las enfermedades sino también las partes espirituales...”(M5)

Los participantes refieren requerir soporte espiritual y emocional como un eje más del cuidado integral. Se destaca la necesidad de proyectarse con una imagen que refleje higiene, confort y belleza, siendo parte fundamental del cuidado básico y acicalamiento.

Según Martínez²⁸, la condición de hospitalización hace al individuo vulnerable a variados estímulos, no sólo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y de las relaciones que se establecen durante la hospitalización, en la que adopta o pasa a ser incluido en el "status de paciente".

Diversos autores identifican aspectos o preocupaciones que aparecen esenciales en los pacientes expuestos a alguna enfermedad, entre éstos se encuentran: la consideración por sus valores, adecuada comunicación y educación, respeto, cuidados integrados, apoyo emocional, alivio de miedos, ansiedades, trato amable, un clima de confianza y adecuada disposición. Se reconocen además aquellos atributos negativos que son identificados en el personal de salud, tales como: agresividad y mal carácter, descuido, indiferencia y falta de compromiso²⁹.

Otros aspectos relacionados con el cuidado de enfermería enuncian la importancia de reconocer que la condición de salud en la que se encuentran los pacientes críticos requiere de un cuidado especializado continuo y que en la UCI se encuentran las personas con mayores necesidades de cuidado en una institución de salud:

“...los pacientes que están allá es porque requieren todo el cuidado las 24 horas y porque están en estado muy grave...”(H6)

Los participantes dan gran importancia al cuidado básico y acicalamiento ya que son fundamentales para su comodidad y recuperación, haciendo énfasis en que quienes trabajan sin motivación pasan por alto este aspecto:

“...Hay personas que hacen todo de mala gana...a mi me bañaban horrible y me dejaban súper enjabonada ... me dejaba mugre, ni siquiera me volteaba, me dejaba estática...” (M5)

“...me vi horrorosa, espantosa porque estaba pálida y estaba despeinada, no me gustó...” (M5)

Para Sanchez²⁹, la violencia en el lugar de trabajo en el sector salud es universal y genera un alto grado de estrés, lo que también puede instar a comportamientos violentos, y en las que se evidencia que las enfermeras y el personal de ambulancias tienen mayor riesgo a ser víctimas de hechos agresivos, el que especialmente corresponde a violencia de tipo psicológico.

Para Walker³⁴, la violencia que afecta a las enfermeras tiene una doble consecuencia, ciertamente negativa, porque afecta por un lado la vida de este profesional y, por el otro, puede afectar el tipo de servicios de salud prestados, es decir, la repercusión se pudiera extender a la calidad de los cuidados de salud otorgados a los pacientes.

Otro aspecto de gran importancia manifestado por los participantes hace referencia a la calidad del servicio de salud versus el tipo de vinculación al mismo, siendo mayor en aquellos casos en los cuales el paciente pertenece al sector contributivo o particular. Al respecto, refieren sentir temor ante la posibilidad de ser discriminados según su caso específico.

“...Yo contaba que trabajaba y nadie me paraba bolas, yo les decía que tenía EPS y era muy pendiente de que si tuviera pañales, eso me desesperaba, me preocupaba que mi cuenta me la pagara la EPS...” (M4)

En un trabajo realizado en Brasil²⁹, concluyen que existen importantes diferencias en el trato y por ende en el respeto a los derechos de los pacientes según la clase social a la que éstos pertenecen, favoreciendo aquellos que se encuentran en mejores estratos socioeconómicos, presentándose esta situación comúnmente en los sistemas de atención pública de salud.

Este hallazgo es compartido en otro trabajo realizado también en Brasil por Pereira²⁹, donde concluye que existe relación estrecha entre factores dependientes del paciente, los que determinan la atención y trato brindado de parte de los funcionarios en los servicios públicos de salud, entre los que se encuentran: la pobreza y bajo nivel educacional. Las personas que responden a este perfil, señala el autor, no poseen un capital lingüístico para negociar con los profesionales de salud y exigir una buena atención en salud.

La calidad en la atención se asocio igualmente con la empatía entre el personal asistencial y los participantes, manifestando recibir un mejor trato para la familia y mayor flexibilidad en el horario de las visitas:

“...encontré una forma de hablar con ellos y que les cayera bien...yo siempre tuve esa forma de que siempre estaba bien con todos... si mi señora le pedía un favor a cualquiera ahí mismo nos lo hacía... si mi señora debía irse a las ocho la sacaban hasta las 8:30... todo era bien, para mi era demasiado más de lo que me podrían dar como enfermo...” (H3)

Para Ferreira²⁹, el usuario adopta el "rol de paciente" aceptando pasivamente la atención, lo que podría conducir a no manifestar su desagrado a ciertas actitudes y comportamientos, por miedo a represalias posteriores, lo que contribuiría

considerablemente a la no identificación de actos violentos de parte de los prestadores durante la atención que recibe. Como reflejo de esto, los pacientes, receptores de los servicios de salud, pueden ser violentados a través de variadas manifestaciones, que vulneran sus derechos y los que muchas veces no son solamente ignorados por los dispensadores de la atención de salud, sino también por los mismos usuarios. En una atención que ha priorizado la tecnificación y conocimientos teóricos que son elementos importantes en la atención en salud, éstos no son suficientes si se vulneran los derechos a una atención basada en el trato humano, lo que permite otorgar ciertamente no sólo una mejor atención, sino un cuidado más digno.

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 del personal de enfermería. Diversos autores²⁴, manifiestan que en las unidades de pacientes críticos se produce una gran despersonalización (entendiendo ésta como una falta de sensibilidad y sentimientos por parte de los profesionales hacia la persona 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.

Un factor agregado a la aparición de temor se relaciona directamente con la idoneidad, competencia y ética del personal de salud que los atiende. Los participantes refieren temor a que en su condición sean tratados como un objeto de ensayo, haciendo visible la necesidad de una atención basada en el respeto, la prudencia y la calidez en el trato:

“...en algún momento pensé y lo puedo pensar ahora que de pronto uno no este en las manos indicadas, porque como uno no es autónomo y puede que el procedimiento no sea el adecuado y uno no pueda tomar ningún tipo de decisiones, en síntesis es el miedo a que no haya una persona competente a

cargo de uno... todos cometemos errores y el medico comete errores entonces uno se ponía a pensar que sea uno al que le cometi6 el error, esa es como la preocupaci6n, de que uno este en buenas manos...” (H1)

Algunos de los participantes hicieron referencia a la exposici6n a fobias previamente adquiridas durante su hospitalizaci6n en la UCI; dicho aspecto favoreci6 la aparici6n de temor en ese entorno.

“...en toda mi vida veo sangre y me mareo... yo miraba para el otro lado porque eso si me daba a mi fobia... eso si me ponía un poco inc6modo...”, “...las agujas y las inyecciones es lo que mas me mortifico de estar en la clínica, eso que me inyectaban en el estomago fue lo que mas me impresiono...” (H2)

Al respecto, el miedo que hace referencia al peligro real de una forma m6s o menos específica, pero desproporcionada, es una fobia. Las personas f6bicas se dividen en aquellos que responden con un miedo extraordinariamente intenso a una situaci6n específica y los que manifiestan un miedo extraordinariamente intenso en numerosas situaciones que a menudo son difíciles de especificar. Cuando una persona est6 muy asustada de algo que no produce especial miedo a los dem6s, es porque el objeto o la situaci6n en cuesti6n han quedado asociados en su mente con alg6n temor infantil; tambi6n se da el caso de que el objeto o la situaci6n temidos se han convertido en el s6mbolo de algo temido inconscientemente⁹.

8.7 El papel de los sueños

Los participantes refieren episodios durante los cuales hacen una descripci6n onírica de los hechos reales que est6n aconteciendo en su entorno:

“...En mi sueño había entrado por caridad, las enfermeras nunca me escuchaban, sentía que estaban ensayando en mi y la realidad era que me estaban operando, me estaban haciendo procedimientos pero yo en mi sueño creía que era que estaban ensayando en mi, que me estaban sacando órganos...” (M4)

“...Según el sueño, mi cama era en una gotera, era una gotera constante, la realidad era que me mantenían las sábanas húmedas por la fiebre que mantenía...” (M4)

Por otra parte, en los periodos de sueño que experimenta el paciente, en algunos casos se desplaza a lugares que pueden generarle tranquilidad como un jardín apacible, pero en otros casos manifiestan sentir temor porque observan la presencia de seres que se burlan de ellos y hacen una representación de la realidad en un contexto que los agrede.

Si para el psicoanálisis freudiano los sueños son la vía regia del inconsciente, para la terapia Gestalt, son la vía regia de la integración. Frente a las concepciones psicoanalíticas clásicas de análisis de sueños, el terapeuta gestáltico no los estudia de forma intelectualizada, y desde luego, no-interpretativa. En lugar de ello, el sueño se concibe como un mensaje existencial que eventualmente puede ser entendido, aunque no se busca alcanzar tal comprensión pensando acerca del propio sueño, al modo que propondría el psicoanalista. Se trabaja como una experiencia más del sujeto, valorándose como si se estuviera realizando en el momento presente³⁵.

Cual es la finalidad de los sueños? En su obra "Conocimiento del hombre" Adler³⁷, afirma que los sueños son intentos de dominar cuestiones importantes para el sujeto. Reflejan la actitud inconsciente frente a la vida, y cómo esta actitud se presenta como opción para manejar determinados problemas. En el sueño se revela de manera metafórica y simbólica la forma de manejar un problema o

asunto personal. Revela que el sujeto está ocupado con un problema importante y su actitud hacia el mismo.

Otros relatos documentan que los participantes durante sus fases de pérdida de contacto con el mundo real se sintieron objeto de burlas, discriminación y maltrato:

“...sentí brujas, muchas y se reían mucho de mí, siempre se reían de mi pero a lo último aprendí como a ignorarlas...” (M4)

El lenguaje del cuerpo es psicosomático, las palabras con las que se expresan las sensaciones surgen de experiencias corpóreas y es imposible expresar sensaciones que no hayan sido hechas conscientes por el cuerpo. El cuerpo experimenta lo que la persona no ha asumido conscientemente; los contenidos de la mente generan su contrapartida en un cuerpo que enferma. La enfermedad es una búsqueda interna de equilibrio y otra forma de salud³⁴.

Así mismo, durante la fase de pérdida de contacto con la realidad los participantes hacen referencia al paso a otra vida, en otras latitudes, con personajes que les generan miedo, envueltos en situaciones que se relacionan con hechos reales vividos durante su hospitalización en la unidad:

“...me trasladaba siempre a un mundo donde había el color rojo y el color negro, donde habían centauros, donde habían brujas, donde habían muertos y ellos me hablaban y yo les tenía muchísimo miedo, cuando yo sentía ese miedo yo decía “no, yo tengo que respirar, yo no puedo morirme” (M4)

De este modo, mientras el psicoanálisis trabaja con asociaciones libres a partir de elementos aislados del sueño que luego interpreta, en la Terapia Gestalt, según Perls, "cuando más nos abstengamos de hacer inferencias y de decirle al paciente

lo que significan sus sueños y lo que significa lo que está sintiendo, más posibilidad habrá de que lo descubra por sí mismo sin atenderse a nuestros conceptos o proyecciones"³⁵.

8.8 INCERTIDUMBRE SOBRE LAS LIMITACIONES EN EL FUTURO

Durante la experiencia de hospitalización surgieron pensamientos que reflejaron temor y preocupación respecto a la posibilidad de quedar con secuelas secundarias al tratamiento o al cuidado recibido; La transición hacia su realidad social les generó tranquilidad:

"...Uno despierta como atontado, confuso, no ve bien, ve borroso, escucha a las personas, casi no es capaz uno de escribir, trata de decir cosas pero como que el habla no sale bien... cuando uno ve a las personas que uno quiere, así las vea borrosas uno siente felicidad..." (H6)

"...había una cierta sensación de inquietud de ver qué tenía de cómo iba a quedar... porque el doctor o no sé quien comentó que había estado determinado tiempo mi cerebro sin oxígeno, entonces que tocaba esperar a ver cómo reaccionaba... me preocupaba que de pronto haya afectado alguna parte del cerebro..." (H1)

"...no caminar, empezar terapia para caminar, empezar terapia para hablar, ya fue como lo más traumático que pasó..." (M5)

"...una de las partes que si me da mucha tristeza es mi memoria... y ya saber que no sé ni siquiera el teléfono de mi casa, no, no me acuerdo..." (H3)

Los participantes manifiestan que el hecho de desconocer los efectos temporales o permanentes que surgirían como consecuencia de la enfermedad o las medidas terapéuticas, les produce temor e incertidumbre, los cuales se logran reducir en la

medida que pueden poner a prueba sus capacidades intelectuales y de comunicación con las personas que los rodean.

Refieren estar en desacuerdo con la prolongación de su situación cuando no haya una oportunidad real de salir bien de la unidad *“...Yo pensaba si yo voy a quedar con algún problema es mejor que siga para donde iba si no recuperarme rápidamente...” (H1)*

El aspecto físico cambia drásticamente a causa del tratamiento y del gran compromiso de su estado de salud lo cual se hace evidente al alta y manifiestan darle importancia a este aspecto en su justo momento:

“...Quedé consumida completamente a 40 kilos después de haber estado en 65 y haber aumentado porque allá en UCI me hinché, se me cayeron las uñas de las manos pero ya era consciente de que eso me estaba pasando, ya estaba despierta...” (M4)

Levine²³, considera que la salud se determina socialmente por la capacidad de actuar de un modo razonablemente normal. Por tanto es un concepto determinado por los grupos sociales y no solamente la ausencia de estados patológicos. De ahí que el paciente sienta temor a quedar con alguna secuela que lo limite socialmente y no logre adaptarse a dicha condición.

La misma autora define adaptación como un proceso de cambio a través del cual, el individuo mantiene su integridad, dentro de la realidad de su entorno interno y externo. El resultado es la conservación, que describe el modo en que los sistemas complejos pueden continuar funcionando incluso cuando se les somete a duras pruebas. “El fin de la conservación es la salud y la fortaleza para afrontar la incapacidad”²³.

9. LIMITACIONES

- La selección de los participantes se dificultó en la medida que muchos de los pacientes egresados de las unidades de cuidados intensivos, se vieron afectados por una limitación física, cognitiva, perceptual o del lenguaje que impedía de cierta manera obtener la información de ellos mismos de una manera comprensible, sin ocasionarles efectos secundarios que incidieran negativamente sobre su bienestar.
- Al momento de consultar la información relacionada con el número telefónico o la dirección del paciente, se encontraban datos desactualizados o erróneos lo cual impedía localizar los pacientes para solicitarles su participación en el estudio y acordar la entrevista.
- En algunos casos el hecho de no disponer de un lugar específico, con las características de privacidad y silencio que permitieran mayor concentración de ambas partes durante la entrevista, fue desfavorable en la medida que habían distractores ambientales como el ruido o la presencia de personas que interrumpían la secuencia de la misma.

CONCLUSIONES

- Se pudo identificar que la estructura física de la unidad influye en la aparición del temor, teniendo en cuenta que aquellas unidades de distribución lineal con elementos que disminuyan la visibilidad, reducen la posibilidad de que el paciente observe la actividad relacionada al cuidado de los otros, la respuesta del personal asistencial en situaciones de emergencia y el rostro de angustia o tristeza de algunos familiares.
- Se concluye que el control del dolor y la identificación temprana de signos y síntomas de depresión especialmente en los pacientes críticos crónicos incide con frecuencia en la disminución del temor, haciendo de ello un campo de acción para enfermería en la medida que la valoración del paciente crítico le aporte datos con respecto a lo anterior y planee acciones encaminadas a su resolución.
- El contexto de la Unidad de cuidados intensivos crea un ambiente de sobriedad en el que se desenvuelven una serie de situaciones encaminadas a lograr una recuperación del estado de salud del individuo, las cuales pueden verse afectadas negativamente por la interacción del paciente con un entorno que considera poco familiar en el cual son pocos los incentivos para luchar y reponerse de su condición crítica.
- Conservar la privacidad durante la atención del paciente contribuye a reducir algunos temores y generar mayor confort, ya que por su condición de encontrarse en estado crítico, se hace necesario otorgar a terceros su autocuidado lo que les produce incomodidad y vergüenza.

- Durante la prestación de un servicio asistencial el personal de enfermería debe ceder un espacio para el análisis de las experiencias de los pacientes, quienes refieren recobrar la autonomía y el poder de toma de decisiones a través de la comunicación y consecuentemente surge un estímulo de lucha por su recuperación. En la medida que el personal de enfermería interactúa más con el paciente aprende a comprender su lenguaje verbal y no verbal, con lo cual puede conocer lo que el piensa y requiere, para poder ayudarlo y satisfacer sus necesidades, brindándole mayor tranquilidad durante su estancia en la Unidad de cuidados intensivos.
- Uno de los efectos de la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo recae sobre los procesos familiares, los cuales se ven afectados debido a la tensión emocional que esta situación les genera y la responsabilidad que adquieren en cuanto a la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento del paciente, la obligación de proporcionarles todos los implementos que necesiten y asumir todas las circunstancias que ocurren al interior del hogar; restringiendo en algunos casos el tiempo para el cuidado de los hijos y cederlo al familiar enfermo. Toda esta situación que experimenta la familia es percibida por el paciente y le acentúa el temor, porque desconoce su porvenir y lo que pueda suceder con su familia en su ausencia, bien sea de manera temporal o definitiva.
- En relación con las sensaciones vividas durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos, las personas entrevistadas manifestaron importantes replanteamientos del rol. Se evidencia la preocupación por los cambios producidos en cuanto a la autopercepción de los hombres en edad laboral activa, cuyo papel sigue siendo considerado como mantenedor de la economía familiar.

- Las fobias deben ser reconocidas por el personal de salud de cuidados intensivos como factor de análisis en la exploración del temor presente en los pacientes críticos debido a que el contacto con estas acrecienta el temor y genera incomodidad, de tal forma que se les preste mayor atención para ofrecer una información detallada de aquellos procedimientos que las involucren y dar un trato mas cálido y comprensivo cuando el paciente las experimenta para ayudarlo a superarlas o afrontarlas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Álvarez Y. Unidad de cuidados intensivos: Un campo inexplorado por el psicólogo en Chile. [Internet] [Acceso el 30 de agosto de 2006]. Disponible en: http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/unidad_cuidados_intensivos.pdf

²Fonnegra I. De cara a la muerte. Santa Fe de Bogotá: Intermedio editores; 1999. pp.119-121.

³Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española [Internet]. 22ª ed. Madrid: rae2.es; 2005 Miedo [Acceso el 15 de septiembre de 2006]. Disponible en: <http://rae2.es/miedo>

⁴North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. Madrid: ELSEVIER Science; 2003. p. 193-194

⁵Orozco Vargas LC, Rangel, R., López L., Rueda E, Ortiz A F. Eficacia de las intervenciones de enfermería en el control del temor prequirúrgico. [CD-ROM] En: Libro de ponencias V semana científica cultural de enfermería y 2 encuentro de egresados octubre 2004. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2004.

⁶Richard L.,G. Diccionario Oxford de la mente. Madrid: Alianza editorial; 1995. miedo. p. 750, fobia. P. 447

⁷Arnold J.C. No tengas miedo: Como superar el temor a la muerte. [Internet] Nueva Cork: Farmington. 2007. [Acceso el 16 de marzo de 2007] Disponible en: <http://www.ploughbooks.co.uk/downloads/download.php?ebook=no-tengas-miedo.pdf>

⁸Donald E. Bailey, Jr. y Janet L. Stewart. Mishel Merle: Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad En: Marriner Tomey A, Raile Alligood, M Modelos y teorías en enfermería. 6a ed Madrid: Elsevier Science; 2007; p.627-628.

⁹Torres, A. Sanhueza, O. Quality of life and uncertainty towards disease: A nursing structural model. Cienc. Enferm., 2006;12(1):9-17.

¹⁰Fakouri CH., Grandstaff M., Gumm SB., Marriner Tomey A., Tippey Peskoe K. El modelo de introspección, cuidados, curación. En: Modelos y teorías en Enfermería. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; p. 132 –141.

¹¹De La Cuesta Benjumea C. Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería. 2004. p.35.

¹²Torres Carrillo A. Estrategias y técnicas de investigación cualitativa. Facultad de Ciencias Humanas Unisur. Bogotá: Editora Guadalupe Ltda.; 1996.

¹³Hutchinson S., Wilson H. La investigación y las entrevistas terapéuticas: una perspectiva posestructuralista. En: Morse J. Editora. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa.. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p.349-366.

¹⁴Swanson JM., Chapman L. Dentro de la caja negra: asuntos teóricos y metodológicos en la realización de una investigación evaluativo con enfoque cualitativo. En: Morse JM. Editor, Zimmerman de Aguirre E. Traductor. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. España: Universidad de Alicante; 2005. p.103-134.

¹⁵Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. 2ª Edi. España: Síntesis Sociología; 2000. p.177-234.

¹⁶Morse JM. Emerger de los datos: los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. En Morse JM. Editor, Zimmerman de Aguirre E. Traductor. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. España: Universidad de Alicante; 2005 p. 53-76.

¹⁷Gómez T. GE. , Molina R. ME. Evaluación ética de proyectos de investigación: una experiencia pedagógica. Invest. Educ. Enferm. 2006; 24(1): 68-77.

¹⁸Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar la investigación en seres humanos. Revista Médica de Chile 1967; (95): 281-282

¹⁹Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. El informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. 18 de abril de 1979. [Fecha de acceso 1 de abril de 2006]. URL disponible en: <http://www.umng.edu.co/cimed/Postgrado/BELMONT.doc>

²⁰Gómez Sancho M. El hombre y el médico ante la muerte. España: Aran ediciones; 2006. p.79, 87

²¹Moore Schaefer K, Artigue G, Foli K, Jonson T, Marriner A, Poat M, et. al. El modelo de conservación. En: Marriner Tomey A., Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 4ª ed. Madrid. Harcourt Brace; 1999. p.195-206.

²²Gutiérrez J. El derecho a la verdad y el derecho a morir dignamente Colombia Médica. 1996; 27(1): 33-36

²³McKee N, Danko M, Heidenreiter T, Hunt N, Marich J, Marriner Tomey A. et al. El arte de la ayuda de la enfermería clínica. En: Marriner Tomey A. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 4ª ed. Madrid: .Harcourt Brace; 1999. p86-98.

²⁴Sgreccia E. Manual de bioética. México: Diana; 1996. p. 181

²⁵Ley 911 de 2004 Congreso de la República No 45693 (5 de octubre de 2004)

²⁶Martínez F. Ciencia y humanismo al servicio del enfermo. 2ª ed. México: El manual moderno. 2003. p. 26

²⁷Burgos Moreno MC, Paravic klijn TM. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. Cienc. Enferm 2003; 9(2): 29-42.

²⁸Rodríguez C. Calidad de la atención en salud y Ley 100 de seguridad social. En: Universidad el bosque. Bioética y Justicia sanitaria. Bogotá: El Bosque; 2002. p. 147-182.

²⁹Roa B. Factores estresantes percibidos por el paciente en el período pre-operatorio: servicio de cirugía, Hospital las Higueras de Talcahuano. [Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería]. Chile: Universidad de Concepción Departamento de Enfermería. 1995. p. 110

³⁰13 Forum Nacional de estudiantes de ciencias médicas. Holguín; 14 al 18 de febrero 2007. Cuba: Escuela de Trabajadores Sociales Celia Sánchez Manduley de la capital provincial.

³¹Solano Ruiz MC. Siles Gonzalez J. The experience of the coronary patient in critical care. Index Enferm. [Internet]. 2005 Mar [Acceso el 9 de Julio de 2007]; 14(51): 29-33. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300006&lng=pt&nrm=

³²Bohórquez F, Jaramillo L. El diálogo como encuentro: Aproximaciones a la relación profesional de la salud-paciente. Index Enferm. [Internet]. 2005 Nov

[acceso 24 de Mayo de 2007]; 14(50):38-42. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200008&lng=es&nrm=iso..

³³De los Santos C. Aspectos psicológicos del paciente quemado. Guía básica para el tratamiento del paciente quemado. [Internet]. 2005 [acceso 6 de marzo de 2007]. Disponible en:
http://www.indexer.net/quemados/como_tratar_las_quemaduras71.htm

³⁴Carrier Walker L El incremento de la violencia en el lugar de trabajo es una amenaza para la enfermería y la prestación de los cuidados de salud. [Internet] Chile: Consejo Internacional de Enfermeras CIE. [Acceso el 28 julio 2006]. Disponible en: http://www.icn.ch/prviolence_99sp.htm.

³⁵Imbernón González JJ., Barbudo Antolín F. Luján Jiménez JE., . Pérez Cámara M. Trabajando los sueños: Interpretaciones en psicoterapia [Internet] Ubeda; 2001. [acceso el 5 de junio de 2007]. Disponible en:
<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Suenos/suenos3b.htm>.