

**ENTRE EL TEMOR Y LA ANGUSTIA: UNA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

INVESTIGADORES:

**NANCY VANESSA CALLE VEGA
DARWIN DAVID CONTRERAS MERCADO
LUZ AIDA CONEO PEREZ
VANESSA DORADO MONROY**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELÍAS BECHARA ZAINUM
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C., COLOMBIA
2018**

**ENTRE EL TEMOR Y LA ANGUSTIA: UNA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

INVESTIGADORES:

**NANCY VANESSA CALLE VEGA
DARWIN DAVID CONTRERAS MERCADO
LUZ AIDA CONEO PEREZ
VANESSA DORADO MONROY**

Trabajo de grado para optar al título de Enfermero

Asesores

- **Asesora Metodológica
KEYDIS SULAY RUIDIAZ**
- **Asesora Disciplinar
LINDSAY PEINADO VALENCIA**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELÍAS BECHARA ZAINUM
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C., COLOMBIA
2018**

NOTA DE PRESENTACIÓN

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Cartagena de Indias, Noviembre de 2018

AGRADECIMIENTOS

Se dedica este trabajo a Dios, el principal cimiento para la construcción de nuestra vida profesional, él puso en nosotros las bases necesarias para desarrollarnos como excelentes estudiantes y para que seamos profesionales íntegros.

Se le agradece a nuestros padres y familiares por tanto esfuerzo, por el amor que nos brindan a diario, por las palabras de aliento, por no permitirnos tocar el suelo cuando sentíamos caer, por cultivar en nosotros bases de responsabilidad y deseos de superación, por sus muestras de afecto en cada esfuerzo que hicieron que cursáramos nuestra carrera, todo esto y más es por Ustedes.

A la docente Lic. Keydis Sulay Ruidíaz por su acompañamiento profesional. Por las ideas y recomendaciones oportunas que nos permitieron asumir con responsabilidad este reto.

De la misma forma, nuestros más profundos agradecimientos a la Universidad del Sinú, a sus directivos y al cuerpo docente, por ayudarnos y brindarnos la oportunidad de obtener un título profesional.

DEDICATORIA

Le doy gracias a Dios por darme su amparo en todos los momentos de mi vida, por no dejarme desfallecer ante las adversidades, por su misericordia y todas las bondades que he recibido por parte de él.

Agradezco a mi madre Matea Vega y mi padre Ulises Calle, por ser el motor que mueven mis pasos, por su inmenso amor, hoy sueño y construyo un mundo mejor para ellos.

A mis hermanos José Carlos Calle y Guillermo Calle por ser parte de mi vida, mi apoyo y motivación para seguir adelante.

A mi tío Cristo Calle por el apoyo que siempre me ha brindado, por creer en mí y sus sabios consejos.

A mi novio Alfredo por haberme apoyado en este proceso y estar siempre a mi lado.

A mis compañeros de trabajo de grado por tenerme paciencia y construir este sueño juntos.

A la Universidad del Sinú, por abrirme las puertas y permitirme formarme como profesional.

A todos muchas gracias.

Nancy Vanessa Calle Vega.

DEDICATORIA

A Dios, el todo poderoso por ser mi protector y mi confidente en todo mi proceso, ese ser maravilloso que estuvo ahí, cuando quería desvanecer y no seguir adelante con este proyecto de mi vida.

A mis padres, que son un ejemplo de lucha y de superación, a su apoyo moral y sentimental que me brindaron en todo el proceso y que a pesar de la distancia estaban siempre dándome esa voz de aliento.

A la Dra. Masiel Sequea, el cual me apoyo con la decisión de quererme superar e iniciar mis estudios superiores, con su colaboración para que nunca dejara de asistir a clases.

A la licenciada María Josefina Medina, porque más que una docente fue una amiga, que me apoyaba y me aconsejaba de no desistir y seguir adelante a pesar de todos los obstáculos que se me presentaron.

A mis docentes, por todos esos conocimientos que me brindaron a largo de todos los semestres y su apoyo incondicional para ser la persona que soy hoy.

A mi grupo de trabajo de grado, que me soportaron todo el tiempo y me apoyaban en todo momento cuando decía que no podía más, y a pesar de todos los inconvenientes que tuvimos siempre pensábamos en grande salir, juntos de todo este proceso.

Agradezco a la licenciada Keydis Ruidiaz, por el acompañamiento y el apoyo incondicional que nos brindó y creyó en nuestro proyecto.

A la Universidad del Sinú, por abrirme las puertas y permitirme formar como profesional.

A todos mis más humildes Gracias...

Darwin David Contreras Mercado.

DEDICATORIA

En primer lugar agradezco a Dios, por habernos ayudado en cada paso de esta investigación, facilitando y abriendo caminos y sobre todo por habernos inspirado.

A mis padres, que gracias a sus consejos y palabras de aliento me han ayudado a crecer como persona y a luchar por lo que quiero, gracias por enseñarme valores que me han llevado alcanzar una gran meta.

A mis hijos, que han sido el motivo para yo salir adelante, ellos son el motor de mi vida.

A mi asesor, por el tiempo, dedicación y paciencia en la elaboración de este documento.

A la universidad del Sinú, alma mater de nuestro conocimientos que nos formó para un futuro; de igual manera a nuestros queridos docentes.

Luz Aida Coneo Pérez.

DEDICATORIA

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre Olga Lucia Monroy, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaste. Mamá gracias por cuidar de mis hijitos mientras me esmeraba por sacar adelante mi profesión.

Mis hijos, los laditos de mi vida Emily y Mateo quienes me impulsaron a querer superarme en esta vida, para lograr un mejor futuro para ellos.

A mi abuela Silvia Teherán por quererme, gracias por esos consejos de constancia y fortaleza que siempre necesité.

Al cuerpo de docente de la Universidad del Sinú, a la facultad de enfermería por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso educativo.

Finalmente a todos aquellos familiares y amigos que de alguna u otra forma aportaron para que este sueño se haga realidad.

Vanessa Dorado Monroy.

CONTENIDO

1. TITULO	16
2. INTRODUCCION	17
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
3.1. Formulación del problema.....	27
4. OBJETIVOS	28
4.1 Objetivo General.....	28
4.2 Objetivos Específicos.....	28
5. JUSTIFICACIÓN	29
6. MARCO DE REFERENCIAS	31
7. MARCO TEORICO	34
7.1. Desarrollo histórico de las unidades de cuidados intensivos	34
7.2. Unidades de cuidados intensivos generales y unidades de cuidados intensivos especializados.	36
7.3. El ambiente de la UCI.....	37
7.4. Conceptos de experiencia.	39
7.5. Experiencias de la hospitalización en unidades de cuidados intensivos.	40
7.6. Teoría del desarrollo humano.....	42
7.6.2. Principales premisas.....	44
7.7. Principios de la teoría del desarrollo humano.....	48
7.7.1. Estructurar el significado.....	49
7.7.2. Configurar las pautas rítmicas	50
7.7.3. Cotrascendencia	52
8. MARCO CONCEPTUAL	54
8.1. Experiencia.....	54
8.2. Imaginación	54
8.3. Valoración.....	54
8.4. Lenguaje	54
8.5. Revelación-Ocultación.....	54
8.6. Permisividad-Limitación.....	55

8.7. Conexión-Separación	55
8.8. Poder	55
8.9. Creación.....	55
8.10. Transformación.....	55
9. METODOLOGIA	56
9.1 Naturaleza del estudio	56
9.2 Tipo de investigación	57
9.3 Población y muestra.....	58
9.4 Muestreo	59
9.5 Criterios de inclusión y exclusión	60
9.5.1 Criterios de inclusión.....	60
9.5.2 Criterios de exclusión	60
9.6 Técnicas e instrumentos.....	60
9.7 Presentación de la información	62
9.8 Análisis y procesamiento de información	63
9.9. Criterios de rigor	67
10. CONSIDERACIONES ETICAS.....	70
11. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN.....	71
11.1. Características sociodemográficas	71
11.2 Experiencias de pacientes adultos egresados de una unidad de cuidados intensivos.....	73
11.3 Imaginación - Valoración - Lenguaje:.....	79
11.3.1 Buen trato.....	79
11.3.2 Imaginación de muerte.....	81
11.4 Revelación-Ocultación, Conexión-Separación, Permisividad-Limitación:.....	83
11.4.1 Mi vida, el trabajo y la familia	83
11.4.2 Sentimientos de soledad.....	85
11.5 Poder - Transformación - Creación:	87
11.5.1 Fortaleza espiritual.....	87
11.5.2 Cambios de vida.	89
12. CONCLUSIONES	92
13. RECOMENDACIONES	94

14. **BIBLIOGRAFIA**..... 96

15. **ANEXOS:** 100

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Diseño metodológico fenomenológico interpretativo.....	63
Figura 2. Modelos y teorías de enfermería.....	64
Figura 3. Mapa de temas.....	75

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 2: Características Demográficas.....	71

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A: Guion de entrevista	100
ANEXO B: Consentimiento informado	102
ANEXO C: Presupuesto.....	104
ANEXO D: Cronograma de actividades.....	105
ANEXO E: Tabla de categorización.....	106

RESUMEN

Mediante un estudio cualitativo, descriptivo con enfoque fenomenológico, utilizando como instrumento un guion de entrevista para la obtención de la información y como herramienta tecnológica una grabadora de audio, en donde una vez grabadas las entrevistas fueron transcritas en Word por los entrevistadores, se llevó a cabo, con una muestra de 11 participantes, ocho hombres y tres mujeres adultos que egresaron de la unidad de cuidados intensivos y al momento de la entrevista se encontraban hospitalizados en el cuarto y tercer piso de una clínica de tercer nivel de la Ciudad de Cartagena en el segundo periodo del 2018, la investigación tuvo como objetivo, comprender las experiencias de los pacientes adultos egresados de la unidad de cuidado intensivo de una institución clínica de la Ciudad de Cartagena.

Logrando a través de la investigación, conocer y comprender las experiencias de los pacientes egresados de la unidad de cuidados intensivos, la cual fue muy buena y a pesar de que no tenían una percepción buena, su estancia durante su hospitalización fue confortable a raíz del buen trato interdisciplinario que recibieron, se analizaron todas las entrevistas realizadas los cuales nos dieron respuesta al objetivo que se planteó.

PALABRAS CLAVES: Experiencia, adulto, clínica, paciente crítico.

ABSTRACT

Through a qualitative, descriptive study, with a phenomenological approach, using as an instrument an interview script to obtain the information and as a technological tool an audio recorder, where once the interviews were recorded were transcribed in Word by the interviewers, out, with a sample of 11 participants, eight men and three adult women who graduated from the intensive care unit and at the time of the interview they were hospitalized in the fourth and third floor of a third level clinic in the City of Cartagena. In the second period of 2018, the research aimed to understand the experiences of adult patients graduated from the intensive care unit of a clinical institution in the city of Cartagena.

Achieving through research, know the experiences of patients already graduated from the intensive care unit, which was very good and although they did not have a good perception, their stay during their hospitalization was comfortable, all interviews were analyzed made which gave us response to the objective that was raised.

KEY WORDS: Experience, adult, clinic, critical patient.

1. TITULO

Entre el temor y la angustia: una experiencia del paciente en la unidad de cuidados intensivos.

2. INTRODUCCION

La unidad de cuidado intensivo (UCI), sitio de trabajo de innumerables enfermeros, ha generado a través de las últimas décadas reflexiones acerca de los sentimientos y experiencias de los pacientes. La observación de los enfermeros, sus comentarios y preguntas han llevado a conocer los sentimientos del paciente e indagar las experiencias y otros factores (1).

Beltrán O. expresa que: Sufrir una enfermedad crítica significa no poder tomar decisiones sobre asuntos que conciernen al paciente mismo, en relación con la administración de medicamentos, el uso de elementos terapéuticos y de diagnóstico. Significa depender y someterse a las decisiones de otros como en una especie de juego (2):

“Ubica a la persona en la posición de poner en juego su vida y permitir que otros jueguen con ella, un juego donde hay una persona casi como ... a que te cojo ratón..., que es la vida” (2).

Así mismo, estar allá dependiendo de otros, una persona que ha sido tan activa es muy duro, muy difícil.

“Lo más traumático para mí la hora del baño porque ser tratada como un pollo, a toda carrera, te movían para todos lados, a una velocidad y una cosa que uno no queda bañado, quedaba empapado e indispuesto” (2).

Por tanto, la unidad de cuidados intensivos es un servicio de alta complejidad, servicio con características distintivas como: ruido constante de equipos, condiciones de temperaturas e iluminación, que generan incertidumbre, problemas y una experiencia poco agradable afectando la condición del paciente (3).

Desde el punto de vista holístico, González CR, define la atención en la unidad de cuidado intensivo como especial (alta especialización tecnológica), que lo hace diferente de una atención que brinda una enfermera generalista o auxiliar, que al mismo tiempo se distancia de un cuidado holístico y complejo de la persona, como consecuencia de la visión biomédica que ha imperado durante los últimos años (4).

Desde la hermenéutica, encuentra su aplicación en la relación médico paciente, desde el primer encuentro y en la mirada compasiva en la unidad de cuidado intensivo, en donde el paciente debería actuar como protagonista del cuidado y no como sujeto pasivo de las decisiones sobre sí mismo (4).

Esta investigación surge de la experiencia práctica diaria, en donde se observó que el personal de salud de la UCI, brinda cuidados generalizados sin distinguir las complicaciones de los pacientes que se encuentran internados en una unidad de cuidado intensivos, espacio donde se evidencia abandono del paciente, pérdida de autonomía, límites en la gestión clínica y pérdida de la intimidad entre otros aspectos.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo de este estudio se centró en comprender las experiencias de los pacientes una vez egresados de la unidad de cuidados Intensivos.

Esta investigación presenta de manera secuencial el proceso investigativo en cinco capítulos.

El primero, de referencia y contexto, establece la problemática y el enfoque en el cual se centra el método de estudio, teniendo en cuenta una búsqueda exhaustiva referente a numerosas investigaciones, en el cual nos formulamos una pregunta para resolver la problemática planteada, teniendo en cuenta objetivos con los cuales desarrollaremos la investigación y los diferentes aportes de autores los cuales justifican la investigación. Este capítulo inicial concluye con la definición del problema, la pregunta a investigar, justificación y los objetivos.

En el segundo capítulo, se encuentra un resumen de la revisión de literatura, que tiene a su vez tres apartados temáticos: el primero describe las experiencias, desde el punto de vista de otros investigadores los cuales han aportado según sus resultados las experiencias de pacientes adultos en la unidad de cuidados intensivos, y a su vez el desarrollado del concepto; el segundo, contiene la norma y los aspectos legales que rigen el objeto de estudio y el proceder correspondiente a la normatividad; el tercero es referente al marco conceptual en donde se da respuesta a todos los conceptos relacionados con la investigación citando cada uno y respondiendo inquietudes en el estudio así mismo afianzando los conocimientos con respecto a la conceptualización.

El tercer capítulo, presenta el diseño metodológico en que se explica la decisión de trabajar con el método de la teoría del desarrollo humano. Se presentan los criterios de selección de los participantes, la muestra del estudio, las consideraciones éticas que se contemplaron, el proceso de recolección de los datos, las estrategias para la validación de los mismos y la técnica que se utilizó para el análisis de los datos con los pasos del proceso de teorización.

En el cuarto capítulo se hayan los resultados los cuales fueron comprendidos mediante la transcripción de las entrevistas y analizados con la teoría del desarrollo humano de Rosemarie Rizzo Parse, la clasificación se realizó por temas y subtemas, que evidenciaron las reflexiones de los investigadores.

La discusión se realizó orientada en el análisis de los resultados, teniendo presente los aspectos que evidencian en la literatura la validación de estos mismos. Se concluye este capítulo procediendo a las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hospitalización, entendida como el periodo de tiempo que una persona permanece internada para la ejecución de cualquier acción que busque la recuperación de su salud, supone la ruptura del bienestar físico-biológico que también repercute sobre el estado emocional y social. En efecto, el paciente se enfrenta a un medio con estímulos y situaciones diversas que no solamente alteran la satisfacción de necesidades de orden elemental o biológico, como es el dormir, alimentarse, sino también aquéllas de orden superior, especialmente las que comprometen su esfera psicoafectiva (5).

En ese orden de ideas, la revisión de la literatura muestra diferentes estudios que determinan estadísticamente índices de mortalidad frecuentes en las patologías de paciente que ingresan a las unidades de cuidados intensivos, respecto a mortalidad, por ejemplo Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda del Adulto (SDRAA), que es una patología común en las Unidades de Cuidado Intensivo, la cual se presenta por factores de riesgo en el paciente. El 20% de los pacientes con SDRAA tiene como factor previo un síndrome séptico. En cuanto a mortalidad es mayor en ancianos (adultos mayores de 65 años) En Estados Unidos entre 1979–2000, arrojó que la incidencia se incrementó en 1.3% año, considerada una de las patologías más costosas en USA, hasta de \$50.000 dólares por paciente. Se encuentra también alta mortalidad relacionada a la disfunción orgánica múltiple en un orden de 27.3%, a pesar de la alta tecnología para proveer un soporte de vida a estos pacientes (6).

Debido al ingreso de estos pacientes a la unidad de cuidados intensivos (UCI), en los últimos años se han evidenciado experiencias durante y después de la hospitalización, como se evidencia en la literatura, a saber.

En Colombia, Dennis y col. evaluaron las características de los pacientes que ingresan a las UCI en 20 Unidades de Cuidados Intensivos en las principales ciudades colombianas, y encontraron datos como: mortalidad global del 31%, uso de ventilación mecánica en un 34% y algunas relaciones estadísticas entre mortalidad con índice de severidad de la enfermedad y la edad, entre otras. En estudios previos y en la literatura médica. Se ha determinado que la gravedad de la enfermedad, la edad, el tipo de lesión y los antecedentes del paciente, son factores determinantes y demarcan mortalidad en la UCI (6).

Los datos epidemiológicos descritos dan cuenta del ingreso continuo de pacientes a las unidades de cuidados intensivos, independientemente a la patología que los lleva a dicha hospitalización, y que en esta misma pueden experimentar diversas situaciones, durante su estancia.

Así mismo, se ve evidenciado por autores como Gómez P. col. refieren sobre las alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos, manifestando que el paciente durante su estancia en la UCI, las alteraciones emocionales citadas con mayor frecuencia por los pacientes son la ansiedad, el estrés, la depresión o el denominado síndrome de cuidados intensivos, en cuyo desarrollo se encuentran implicados factores como el ruido excesivo que puede dificultar el sueño y el descanso, el dolor, las medidas empleadas para la

ventilación que impiden que los enfermos se puedan comunicar adecuadamente (7).

Además, los pacientes suelen desarrollar un sentimiento de falta de control de sí mismos, siendo las principales necesidades manifestadas la sensación de seguridad y «saber qué está pasando». Las vivencias experimentadas pueden continuar produciendo alteraciones emocionales incluso varios meses después del alta hospitalaria llegando a desarrollar un trastorno por estrés postraumático, lo que justifica un seguimiento con el objetivo de detectarlas y tratarlas adecuadamente. Parece adecuado que el tratamiento de estos pacientes sea multidisciplinario, atendiendo tanto las necesidades físicas relacionadas con la enfermedad, como las psicológicas (7).

Amorós Cerdá describe las experiencias del paciente teniendo en cuenta que la unidad de cuidados intensivos (UCI) es un entorno impersonal y tecnológicamente invasivo. La normativa de la unidad y la estructura arquitectónica favorecen la pérdida de intimidad, hecho que resulta inherente a toda hospitalización (8).

Este autor resalta uno de los factores importantes en la hospitalización como lo es la intimidad del paciente, convirtiéndose en una experiencia negativa si no es cuidada adecuadamente por parte del personal de salud (8).

Por otra parte, Beltrán Salazar hace referencia a la forma de como los pacientes describen la experiencia, encontrándose que frente al padecimiento de una enfermedad crítica y en la hospitalización de una unidad de cuidados intensivos se

presenta sufrimiento y efectos negativos por el tratamiento y los procedimientos realizados para resolver la enfermedad. El sufrimiento es físico, psicológico y espiritual, es decir, que afecta al cuerpo, la mente y el espíritu, es decir, a la persona en su integridad; además se presentan lejanía del hogar y del grupo familiar durante la vivencia de la enfermedad (9).

Recientemente Zambrano. Plata Z, y col, enfatiza en las percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. En la cual aportan que las experiencias anteriores de pacientes en unidad de cuidados intensivos (UCI) influye en cuanto a la percepción de esta, debido a que puede ser tanto positiva como negativa; lo que significa que sus experiencias y vivencias influyen de una manera importante y significativa en como el paciente afronte determinada situación, y cuando el aspecto concierne a su estado de salud-enfermedad esta tiende a tener un mayor significado, evocando estas experiencias de una manera inmediata lo que hace que fluyan; surjan sentimientos en el instante que el paciente se da cuenta que está en dicha unidad (10).

La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo es una situación difícil y dolorosa para los pacientes. Esto genera sentimientos negativos en la persona, que marcan significativamente su experiencia de vida, pero que también influyen aspectos positivos derivados de la atención humanizada del personal de enfermería (4).

Enfermería es una profesión cuya esencia es el cuidado, por ende se debe basar en mirar los sentimientos y las experiencias vividas de pacientes en un entorno

crónico. Históricamente enfermería en su cuidado que ha pasado desde una etapa tradicional a una etapa de transformación, teniendo en cuenta que cuidados no deben perder la vista del individuo como un ser holístico, por lo que no sólo deben prestar atención a lo biológico sino que saber escuchar con atención; Esto constituye la fase inicial del dialogo y permite la comunicación con la persona (4). la enfermera/o debe ser capaz de respetar los derechos de los pacientes durante su cuidado, incluye la confidencialidad, derecho a la información, compañía, ayuda espiritual y participar del sistema de salud. Por lo tanto, enfermería confiere que la persona evolucione en la búsqueda de una calidad de vida y defina su potencial y sus prioridades (11).

En la salud, le da un valor y sentido de acuerdo a la experiencia vivida, en donde la salud va más allá de la enfermedad. Y tanto el entorno como la persona poseen una constante interacción aun teniendo su propio ritmo, su orientación y velocidad ya que tienen una estrecha interacción a lo largo de la historia. La enfermería enlaza diferentes dimensiones de los factores que influyen en el cuidado profesional de enfermería para obtener elementos sólidos que la ayudan a pensar al ser humano en su dimensión holística (11).

Es por ello que hace lenta y compleja la transformación paradigmática de la enfermería como profesión (4). Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente el presente trabajo busca conocer sobre aquellas experiencias de pacientes egresados de una unidad de cuidados intensivos desde los supuestos y principios del desarrollo humano desde la perspectiva de la teorista Rosemarie Rizzo Parse.

En la ciudad de Cartagena se ha evidenciado una investigación sobre pacientes egresados de la unidad de cuidado intensivo, desde el enfoque de afrontamiento y adaptación. Por ende, se realiza una investigación cualitativa de tipo fenomenológico con visión hermenéutica para conocer y describir cuales son las experiencias de los pacientes adultos egresados de una unidad de cuidados intensivos.

3.1. Formulación del problema

¿Cómo se describe las experiencias de pacientes adultos egresados de una unidad de cuidados intensivos a la luz de la teoría del desarrollo Humano. Cartagena 2018?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Comprender las experiencias de los pacientes adultos egresados de la unidad de cuidado intensivo de una institución clínica de la ciudad de Cartagena.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterización de la población de estudio según datos sociodemográficos, sexo, edad, nivel de escolaridad, religión, estrato, estado civil, estancia hospitalaria.
- Describir las experiencias personales de los pacientes egresados de la unidad de cuidado intensivo, a luz de los principios de la teoría del desarrollo humano.

5. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se basó en comprender las experiencias de pacientes egresados de una unidad de cuidado intensivo de una institución clínica de tercer nivel de atención de la ciudad de Cartagena, y por consiguiente conocer el fenómeno que desencadenó dichas experiencias en la institución mencionada.

Autores describen las situaciones experimentadas por los pacientes durante su estancia en la unidad de cuidado intensivo pueden exacerbar los sentimientos de ansiedad producidos por la intervención y consecuentemente, disparar las anomalías psicológicas en ellos (12). Por tanto, la presente investigación busca describir aquellas experiencias de pacientes egresados de una unidad de cuidado intensivo utilizando como enfoque la teoría del desarrollo humano de Rosemarie Rizzo Parse que busca descubrir la esencia de los fenómenos vividos para conseguir una comprensión más profunda de las experiencias humanas universales.

El presente estudio parte de la inquietud de los investigadores durante su rotación por la unidad de cuidados intensivos, con la finalidad de conocer los tipos de experiencias que tienen los pacientes en su paso por ésta.

Anexo a lo anterior, el presente proyecto es de importancia para la sociedad puesta que a raíz de lo investigado se analizaría el origen de estas experiencias, para implementar acciones que beneficien la estancia del paciente en UCI.

Para nosotros como estudiantes del pregrado en enfermería y como futuros trabajadores en el sector salud, el presente proyecto es muy importante, debido que es considerado como una herramienta para adquirir conocimientos y habilidades con el fin de comprender las situaciones de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo, para así contribuir a la resolución de problemas en forma creativa.

Esta investigación contribuirá al conocimiento de la profesión de enfermería debido a que permitirá sensibilizar al profesional de para que tome un papel protagónico en la dinámica de la atención del paciente crítico y ser parte fundamental de su cuidado y la recuperación.

Los resultados del presente estudio serán presentados a la institución investigada, con la finalidad de dar a conocer cuáles fueron las experiencias de pacientes egresados de la unidad de cuidado intensivo.

Esta investigación también se justifica a raíz de la literatura revisada, teniendo en cuenta, que si bien hay algunos estudios a nivel nacional e internacional, no se ha abordado el tema de la experiencia de pacientes en UCI, a nivel departamental en forma directa en relación a comprender las experiencias de pacientes egresados de unidades de cuidado intensivos.

6. MARCO DE REFERENCIAS

En el 2003 **Rodriguez M y col** refieren que el paciente a su ingreso en la UCI experimenta una serie de sensaciones traumáticas: miedo, ruptura, desamparo, aislamiento, soledad, desorientación, dolor, angustia. De la misma manera, los familiares sienten que se puede producir la muerte inminente de su ser querido, pasan por una situación de crisis vital en la que los roles y la dinámica familiar son completamente alterados, se sienten aislados. Tanto los enfermos como los familiares señalan la importancia de permanecer juntos todo el tiempo posible, reclamando un sistema mucho menos restrictivo de visitas en estas unidades (13).

Por otra parte, **Hupcey** en el 2000, para tratar de describir las necesidades psicosociales de los pacientes críticos, realizó un estudio en el que participaron 45 pacientes ingresados en una UCI médica o quirúrgica durante un mínimo de tres días. Los datos fueron recogidos mediante la grabación de entrevistas no estructuradas con los pacientes una vez que se encontraban estabilizados en la UCI o inmediatamente después de su traslado a la sala de cuidados generales. Los resultados mostraron que la necesidad más importante para los pacientes fue «sentirse seguro», y que la percepción de seguridad de los mismos podía verse influenciada por los familiares y los amigos, el equipo de la UCI, las creencias religiosas y la sensación de saber, la recuperación del control, la esperanza y la confianza. Además, la autora concluye que los pacientes describen sentimientos de

distrés cuando no se sienten seguros, por lo que la intervención debe dirigirse a promover los sentimientos de seguridad en los pacientes críticos (14).

En un estudio realizado en el 2001 **Del Barrio M y col.** encontraron que los pacientes que han estado hospitalizados en UCI, estos relataron 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. También reportaron dificultades para dormir, alteración de la imagen corporal y preocupación por la insatisfacción en las necesidades básicas; además expresaron que, aunque presentaban deterioro en la memoria, podían recordar en forma total o parcial las experiencias que habían vivido (15).

Madjar en el año 2000, plantea que la experiencia de padecer una enfermedad crítica es “dura y difícil”, contribuye al sufrimiento en el cuerpo y en la persona. Es una experiencia que se vive aun cuando para la mayoría de las personas es preferible no haberlo hecho. “Es una experiencia cuyo contexto más íntimo son los cambios en el yo mismo debidos a la enfermedad y a las lesiones” (16).

Travelbee J en 1966, refiere que la experiencia de padecer una enfermedad crítica y la hospitalización en UCI es dura debido al sufrimiento que ocasiona, tanto por los efectos de la enfermedad como por los elementos utilizados en el tratamiento y los procedimientos realizados para resolver la enfermedad. El sufrimiento es físico, psicológico y espiritual, es decir, que afecta al cuerpo, la mente y el espíritu, o sea, a la persona en su integridad; además del sufrimiento también contribuye a la

dureza de la situación el hecho de tener que alejarse del hogar y de la familia durante la vivencia de la enfermedad. Respecto al hecho de estar enfermo (17).

Jablonski R en un estudio realizado en 1994, encontró que los pacientes sometidos a la ventilación mecánica presentaron sentimientos de frustración por las alteraciones en la comunicación y afirmaron que les había generado negación, aprensión y temor, además de alivio y gratitud y también reportaron una mayor cercanía de la muerte (18).

7. MARCO TEORICO

7.1. Desarrollo histórico de las unidades de cuidados intensivos

La primera referencia a la agrupación de enfermos críticos en un área común dotada de mayores recursos y para un mejor aprovechamiento de éstos tiene lugar en la Guerra de Crimea (1854-1856) y su principal precursora fue Florence Nighthindale (19).

Esa idea inicial fue evolucionando a lo largo de los años hasta que en los años 50-60, se crearon las primeras unidades de cuidados intensivos, gracias a los avances de la medicina y de la técnica en general, que hacían posible revertir situaciones clínicas críticas hasta entonces irreversibles: como los primeros respiradores (1954), los sistemas de circulación extracorpórea (1952) e hipotermia (1953), el primer desfibrilador externo (1956), los catéteres venosos centrales, uso extensivo de antibióticos (19).

Esta evolución se concretó en dos modelos de desarrollo, uno derivado de la necesidad de ventilación mecánica surgida en la epidemia de poliomielitis que en esa década afectó especialmente a los países del Norte de Europa y Norteamérica y que produjeron numerosos casos de insuficiencia respiratoria aguda secundaria. Y un segundo que determinó la creación de unidades específicas para enfermos coronarios (19).

En España, la primera UCI se creó en 1966 en la Clínica de la Concepción de Madrid, seguida en 1969 por la primera unidad coronaria en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Aunque inicialmente los encargados de dirigir dichas unidades eran médicos procedentes de diversas especialidades, principalmente cardiólogos, neumólogos, internistas y anestesiólogos; poco a poco fue necesaria crear una nueva especialidad (Medicina Intensiva) (20).

En Bogotá - Colombia inicia la actividad en la atención del paciente crítico el 8 de abril de 1969, cuando se abre la primera unidad de cuidado intensivo - UCI en el hospital San Juan de Dios en cooperación de la organización panamericana de la salud (OPS) y la universidad nacional de Colombia (21).

Para los años setenta Bogotá contaba con unidades de cuidado intensivo en los Hospitales Militar, San José, San Ignacio y Seguro Social, además del Hospital San Juan de Dios y Clínica Shaio. En la misma época en otras ciudades Colombianas se abrían unidades de cuidado intensivo, en Barranquilla se estableció en el Hospital Metropolitano, Instituto del Seguro Social y en Medellín la clínica Soma y Hospital San Vicente de Paúl (21).

Con el aumento creciente de las unidades de cuidado intensivo y de profesionales médicos dedicados a este servicio se creó en 1982 la sociedad colombiana de cuidado intensivo, entidad que estableció directrices y lineamientos del cuidado intensivo en Colombia; muchos de sus miembros anestesiólogos, cardiólogos e internistas realizaban para ese tiempo la atención del paciente en estado crítico de manera altruista y estoica. Los ochenta marcaron un crecimiento en el número de

unidades de cuidado intensivo en las ciudades capitales de departamento y provincias colombianas (19).

En el año de 1996 se crea una asociación científica gremial en Colombia que se denominó asociación colombiana de medicina crítica y cuidado intensivo – AMCI, se constituyó como una corporación científica gremial sin ánimo de lucro y de derecho privado, regida por las leyes de la República de Colombia y por sus propios estatutos (19).

7.2. Unidades de cuidados intensivos generales y unidades de cuidados intensivos especializados.

Según los criterios de funcionalidad, efectividad y rentabilidad, conceptos que cada día se tienen más en cuenta en la gestión hospitalaria, se crearon las unidades de cuidados intensivos generales (UCIG), que atiende a los pacientes críticos de distintas especialidades. Es evidente que la concentración de medios (instalaciones, aparatos y personal) les otorga una funcionalidad que se pierde si este costoso montaje se haya disperso por distintas áreas de un hospital. La efectividad en el cuidado y el tratamiento grave ha sido demostrada por cuanto estos enfermos son atendidos por un equipo de médicos y de enfermeras dedicados exclusivamente a este menester y especialmente entrenados en su problemática, proporcionando asistencia las 24 horas del día, con unidad en cuanto a los criterios de actuación (22).

Un concepto importante a tomar en cuenta es que no existen pacientes críticos, afectos de un solo órgano o sistema. Es decir, el paciente crítico suele generalmente, presentar lo que se conoce con el nombre de "fallo multisistémico", precisando de la autorizada opinión de un especialista en Medicina Intensiva, quien de una forma integradora establece un orden jerárquico de actuación, presentando la debida atención a todos sus problemas, y concentrando sus esfuerzos en mantener, restituir, o si es preciso sustituir las funciones elementales imprescindibles para la vida (22).

Las unidades de cuidados intensivos especializadas (U.C.I.E.), multiplican los costos económicos por el número de UCI existentes en el hospital, las cuales son infrautilizadas y no suelen cubrir las necesidades del centro; ya que carecen de la flexibilidad necesaria para cubrir las demandas asistenciales, al tener sus camas, demás medios y su personal tipificados a una especialidad, no existiendo actualmente ningún país que económicamente pueda sostener una UCI al término de cada especialidad (22).

7.3. El ambiente de la UCI.

La enfermera de la UCI, ejerce un papel fundamental en la prevención y abordaje de los efectos negativos del paciente tras su ingreso a la unidad, ya que a través de una comunicación efectiva y de la interacción se debe facilitar de manera comprensible entornos que beneficien las relaciones con el medio de manera

positiva integrando experiencias de seguridad sobre el ambiente de la UCI, así como la promoción de la integridad individual tras un proceso de enfermedad aguda (12).

La seguridad generada en el paciente se encuentra directamente relacionada con el contacto con profesionales competentes bajo tecnologías necesarias para la recuperación del proceso patológico; para tal fin ante los estímulos desagradables generados por el ambiente el profesional debe ser capaz de comunicar de manera efectiva los fines del tratamiento de forma comprensiva y oportuna para el paciente (12).

Adicional a ello, factores identificados asociados desde el contacto con el ambiente como el ruido generado tanto por el personal como por la tecnología y la luz intensa y persistente en las habitaciones se convierten en aspectos de gran magnitud sobre el estrés del paciente; ante la dificultad de conciliar el sueño, se da lugar a experimentar desorientación en tiempo y espacio siendo una información sensorial distorsionada; representada en malestar y miedo cuando se dificulta separar experiencias reales de las irreales (12).

7.4. Conceptos de experiencia.

Desde el punto de vista filosófico experiencia para Platón es lo que se da en el mundo que cambia, en el mundo sensible, en el mundo de las apariencias, por eso el saber de experiencia está más cerca de la opinión que de la verdadera ciencia, porque la ciencia es siempre de lo que es, de lo inteligible, de lo inmutable, de lo eterno (23). Aristóteles refiere que la experiencia es necesaria pero no suficiente, no es la ciencia misma sino su presupuesto necesario. La experiencia (empeiría) es inferior al arte (techné) y a la ciencia porque el saber de experiencia es conocimiento de lo singular y la ciencia solo puede serlo de lo universal (23).

Por otra parte Kant manifiesta que la experiencia se plantea como cuestión gnoseológica, como problema de la teoría o crítica del conocimiento. En concreto la experiencia indica la referencia del conocimiento, a partir de la cual tiene que elaborarse, a la que ha de adecuarse, responder y corresponder, de la que tiene que dar razón o incluso la que ha de ser su contenido (24).

Autores como Larrosa J, analiza y manifiesta que la experiencia suena a finitud, es decir, a un tiempo y a un espacio particular, limitado, contingente, finito. Suena también a cuerpo, es decir, a sensibilidad, a tacto y a piel, a voz y a oído, a mirada, a sabor y a olor, a placer y a sufrimiento, a caricia y a herida, a mortalidad (23). Para la real academia española (RAE) define la experiencia como el hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo (25).

7.5. Experiencias de la hospitalización en unidades de cuidados intensivos.

La experiencia de estar hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo (UCI) crea una de las mayores crisis en la persona que pasa por este proceso. La literatura evidencia que este tipo de hospitalización genera en el individuo alteraciones psicológicas, como ansiedad, angustia y estrés. Las causas generalmente percibidas por los pacientes son: la separación y pérdida del contacto familiar, aislamiento, múltiples procedimientos invasivos, iluminación, ruido de los equipos, ambiente inadecuado, horario restringido para el acompañamiento familiar y las condiciones de la persona hospitalizada. Estos factores pueden generar en el paciente una situación de miedo e incertidumbre con el entorno hospitalario (26).

Por otra parte, las personas que se encuentran en una unidad de cuidado intensivo coronario tienen sensaciones de soledad debido a la pérdida del contacto físico con el medio externo se sienten abandonados. Por lo general, muestran un sentimiento de tristeza y llanto durante las noches, porque no es usual separarse de la familia, generando así sensaciones de discomfort y soledad que nada puede suplir. Esta situación no es nada novedosa, puesto que la literatura manifiesta que cuando una persona ingresa a la unidad de cuidado intensivo experimenta ruptura, sensación de desamparo físico/mental y aislamiento familiar (26).

En un estudio con pacientes que han estado hospitalizados en UCI, estos relataron 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. También reportaron dificultades para dormir, alteración de la imagen corporal y preocupación por la insatisfacción en las necesidades básicas; además expresaron que, aunque presentaban deterioro en la memoria, podían recordar en forma total o parcial las experiencias que habían vivido (27).

Óscar Alberto BS en su trabajo describe la experiencia de padecer una enfermedad crítica y la hospitalización en UCI es dura, debido al sufrimiento que ocasiona, tanto por los efectos de la enfermedad como por los elementos utilizados en el tratamiento y los procedimientos realizados para resolver la enfermedad (27).

Por otra parte, Blanca Gutiérrez, J.J. y col, describen la intensidad de la experiencia que supone el paso por una unidad de cuidados intensivos (UCI) es innegable. El paciente es arrancado de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas y siente que la muerte puede estar cercana. Los familiares se encuentran en un ambiente desconocido, intuyendo que en cualquier momento se puede producir un trágico desenlace. Su padre, madre, hijo, hermano, está inconsciente, rodeado de cables, conectado a tubos, no saben si son las últimas horas que van a estar a su lado o si quedará incapacitado para el resto de su vida (28).

7.6. Teoría del desarrollo humano

7.6.1. Fuentes teóricas

La escuela de pensamiento de desarrollo humano se basa en la ciencia humana propuesta por Dilthey y otros autores, es coherente con los principios y postulados de Martha E. Rogers sobre los seres humanos y con los principales dogmas y conceptos del pensamiento existencial fenomenológico (29).

Así mismo, los dogmas fundamentales del pensamiento fenomenológico existencial, como lo articularon Heidegger, Sartre y Merleau-Ponty. La teorista corroboró la historia de la enfermería como una ciencia humanística y sostiene que los individuos no pueden ser reducidos a partes constituyentes para ser comprendidos (29).

Desde el pensamiento existencial fenomenológico, expresó mediante los dogmas de intencionalidad y la subjetividad humana y los conceptos correspondientes de coconstitución, coexistencia y libertad de situación, de igual manera utiliza el prefijo *co* en muchas de sus palabras para denotar la naturaleza participativa de las personas las cuales constituyen la experiencia vivida de los seres humanos (29).

Parse manifiesta que el ser humano es intencionado y está presente, abierto y con conocimiento respecto al mundo. La intencionalidad depende también del propósito y de cómo las personas escogen la dirección y las formas de actuar ante los proyectos y la gente. La gente elige sus actitudes y acciones con opciones ilimitadas (29).

En principio básico la subjetividad humana, significa que no ha de verse a los seres humanos como cosas u objetos, sino como seres indivisibles, impredecibles, siempre cambiantes y como un misterio del ser con el no ser.

Los seres humanos viven en su unidad como el devenir visible–invisible que se convierte en el ahora emergente (29).

De igual forma postula la presencia humana con el mundo es personal y que los seres humanos viven con un significado para convertirse en quienes son. Cuando las personas eligen significados y proyectos de acuerdo con sus prioridades de valores, coparticipan con el mundo de formas indivisibles e ilimitadas.

El desarrollo como persona es complejo y está repleto de significado explícito-implícito (29).

La coconstitución significa que cualquier momento es cocreado con los constituyentes de la situación, el ser humano elige el significado con los componentes particulares del día a día. La vida sucede, los acontecimientos se revelan de maneras esperadas e inesperadas, y el ser humano constituye el significado y la importancia personal. (29).

El término coconstitución se refiere a la creación de distintos significados a partir de las mismas situaciones. La gente cambia y es cambiada debido a sus interpretaciones personales de las situaciones de su vida.

Coexistencia significa, el ser humano no está solo en cualquier dimensión de la evolución, los seres humanos siempre están con el mundo de las cosas, las ideas,

el lenguaje, los hechos revelados y las tradiciones apreciadas, y también están siempre con los demás, no solo contemporáneo sino también predecesores y sucesores (29).

Finalmente, la libertad de situación significa que los seres humanos emergen en el contexto de un momento, de una historia, una cultura y un lenguaje, física y potencialmente. Parse indica que la libertad humana significa que de manera reflexiva y prereflexiva uno participa en la elección de las situaciones en las que uno se ve así mismo y en la elección de la actitud que se mostrará ante las situaciones. Los seres humanos deciden constantemente lo que es importante en sus vidas. Deciden qué atención prestar a las situaciones, a los proyectos y a la gente. La vida diaria representa la elección y la actuación de las personas en sus prioridades de valores, y las prioridades de valores cambian a medida que la vida se manifiesta (29).

7.6.2. Principales premisas

Los supuestos que sustentan el desarrollo humano se centran en las creencias sobre los seres humanos y su devenir visible-invisible en conversión, que es la salud (Parse, 2012a). Parse no especifica suposiciones separadas sobre el universo, ya que el universo es ilimitable y cocreado con los seres humanos.

Resumió las nueve premisas originales sobre los humanos y la evolución en cuatro premisas sobre el desarrollo humano:

1. El desarrollo humano es un significado de estructuración, que elige libremente con la situación.
2. El desarrollo humano configura los patrones rítmicos del universo humano.
3. El desarrollo humano cotrasciende de forma ilimitable con los posibles emergentes.
4. El desarrollo humano es universo humano que cocrea una sinfonía sin discontinuidades (29).

De las premisas de la escuela de pensamiento del desarrollo humano surgen tres temas, que son: Significado, Ritmo y Trascendencia.

El **significado** se encuentra en los mensajes que reciben y dan las personas cuando hablan, se mueven, permanecen en silencio o cuando están tranquilas.

Las enfermeras no pueden saber lo que significara para una familia recibir noticias de una enfermedad inesperada o de un cambio en la salud hasta que aprenden el significado que el hecho supone desde la perspectiva de la familia (29).

Los significados personales se comparten con los demás cuando la gente expresa su opinión, sus preocupaciones, sus esperanzas y sus sueños. El significado está relacionado con momentos de la vida diría y también con el significado u objetivo de la propia vida (29).

El **ritmo** trata de las pautas y la posibilidad de que la gente vive pautas irrepetibles de relación con los otros, las ideas, los objetivos y las situaciones y estas pautas cambian constantemente conforme integran nuevas experiencias e ideas con lo que se convierte en visible—invisible en el ahora emergente (29).

La **trascendencia**: Es el tercer tema principal de la escuela de pensamiento de desarrollo humano, trata de la posibilidad es decir Infinita posibilidad que supone el desarrollo humano. Para poder crear una cosa u otra, para ir en una u otra dirección, para ser persistente o prescindir de algo, para luchar o para asumir, para estar seguro o inseguro, para afrontar o desesperarse (29).

Durante el desarrollo de la teoría la doctora Parse estableció cuatro postulados que impregnan todos los principios del desarrollo humano, que son: ilimitabilidad, paradoja, libertad y misterio. La **ilimitabilidad**, representa el pensamiento sobre la naturaleza indivisible, imprevisible, en cambio constante del desarrollo humano y afirmó que es el conocimiento ilimitado extendido al infinito, el recuerdo y la prospección con el momento todo a la vez. Es un conocimiento privilegiado accesible solo al individuo que vive la vida (29).

Este mismo autor realza la importancia de la **paradoja** en la cocreación del universo humano, afirmó que las paradojas no son contrarias a la reconciliación ni a dilemas que súperar, sino que son ritmos vividos, expresados como una preferencia de patrón que encarnan las opciones de un individuo en la vida diaria. El ser humano

elige donde cómo estará con las experiencias paradójicas y continuamente decide dónde centrar su atención (29).

Así mismo la **libertad** es una liberación construida contextualmente, las personas tienen la libertad de elegir formas de ser en sus situaciones; Por último, el **misterio**, se presenta de manera más específica como algo especial que trasciende lo concebible y como lo insondable y desconocido que siempre acompaña al universo humano indivisible, imprevisible, en cambio constante (29).

En este mismo contexto el autor introduce nuevas conceptualizaciones que especifican adicionalmente el resultado de la unicidad de la experiencia humana desde una perspectiva del desarrollo humano. Su sistema de creencias (ontología) que sustenta el desarrollo humano especifica que con el universo humano el ser humano es una presencia augusta, una sinfonía perfectamente integrada del devenir, la vida en el ahora que surge. El devenir visible- invisible para convertirse en el ahora emergente es el universo de historias y experiencias y esperanzas y sueños que cocrean cada momento, conforme los seres humanos viven y modelan sus vidas con el conocer ilimitable e ilimitado (29).

El devenir visible- invisible para convertirse en el ahora emergente es el universo de historias y experiencias y esperanzas y sueños que cocrean cada momento, conforme los seres humanos viven y modelan sus vidas con el conocer ilimitable e ilimitado. Las experiencias vitales humanas afloran en cada momento como olas en el océano. Lo que se hace visible en la experiencia humana es lo que sucede en el

momento que se conoce explícitamente y que es descrito por la persona que lo vive. Se asemeja a las olas que asoman en la superficie del océano, visibles por un instante pero siempre en movimiento y cambiantes, cocreadas con lo que sucede en la plenitud del océano, invisibles bajo la superficie y cocreando las olas que se hacen visibles con su devenir invisible (29).

7.7. Principios de la teoría del desarrollo humano

Tres principios constituyen la teoría del desarrollo humano que derivan de estos temas: significado, pautas rítmicas y trascendencia. Cada principio contiene tres conceptos que requieren una exploración razonable para comprender la profundidad de la teoría, los principios son:

- Estructurar el significado es la imaginación y valoración del lenguaje.
- Configurar las pautas rítmicas es la revelación- ocultación y la permisividad- limitación de la conexión-separación.
- Cotranscender con lo posible es el poder y la creación de la transformación (29).

7.7.1. Estructurar el significado

Es la imaginación y valoración del lenguaje, proponer la estructura de esa persona, o elegir el significado de sus realidades, y esta elección sucede con el conocimiento explícito-tácito. A veces surgen preguntas que no pueden responderse, ya que las personas pueden no saber lo que sienten o piensan de uno u otro camino.

Las personas crean su realidad de forma ilimitable con los demás, y muestran o expresan verbalmente su realidad en las formas en que se hablan o permanecen en silencio y en las maneras que se mueven y se mantiene quietos.

Dicho principio maneja tres conceptos: 1) imaginación, 2) valoración y 3) expresión con el lenguaje.

1) **Imaginación:** Paradojas: explícita-tácita y reflexiva-prerreflexiva

La representación es la visión que tiene un individuo de la realidad. Es la ilustración del conocimiento personal de forma explícita, cierto conocimiento es un proceso reflexivo, deliberado, mientras que otro es prerreflexivo. Las respuestas a las preguntas emergen a medida que las personas exploran el significado a la luz de la realidad y su forma de observar las cosas. La imaginación es una interpretación personal del significado, la posibilidad y la consecuencia (29).

2) **Valoración:** Paradoja: confirmar-no confirmar

Es la confirmación-no confirmación de las creencias más apreciadas ilustradas por una visión personal del mundo. Las personas eligen continuamente cómo pensar, actuar, y sentir, y estas elecciones pueden ser o bien coherentes con las elecciones previas o radicalmente distintas, y pueden requerir un cambio en las prioridades de valores (29).

3) **Lenguaje:** Paradojas: hablar-permanecer en silencio y moverse-quietarse quieto.

El lenguaje es un concepto visible que está relacionado con la forma en que los seres humanos simbolizan y expresan las realidades que imaginan y sus escalas de valores. El lenguaje se vive de forma multidimensional cuando la gente tiene una imagen de ella misma en situaciones que se han dado o en situaciones que solo son posibilidades. Cuando el lenguaje es evidente para los demás, normalmente se expresa en pautas que se comparten con quienes tenemos más cerca (29).

7.7.2. Configurar las pautas rítmicas

Significa que los seres humanos crean pautas en la vida diaria y que esas pautas dicen mucho acerca de sus significados y valores personales en los patrones de relación que crea la gente existen muchas libertades y restricciones que emergen tras las elecciones; Este segundo principio incluye tres conceptos: 1) revelación-ocultación, 2) permisividad-limitación, y 3) conexión-separación.

1) **Revelación-ocultación:** Paradoja: descubrir-no descubrir.

Es la forma en que las personas descubren y mantienen ocultas aquellas personas en las que se están convirtiendo con el devenir visible-invisible que se convierte en el ahora emergente. A veces, las personas saben lo que quieren decir, y emiten mensajes sobre lo que se les hace visible con gran claridad; las personas también descubren-no descubren de forma diferente en distintas situaciones y con personas diferentes. Los modelos de revelación-ocultación son cocreados y están conectados íntimamente con las intenciones de las personas que cocrean el momento (29).

2) Permisividad-limitación: Paradoja: potenciar-restringir.

Está relacionada con los potenciales y oportunidades que se destacan con las restricciones y obstáculos de la vida diaria. Cada elección, incluso las realidades en situaciones prerreflexivas, tiene potenciales y restricciones. No es posible llegar a conocer todas las consecuencias de una elección determinada; por tanto, la gente realiza elecciones mediante la realidad de la ambigüedad. Cada elección conlleva la posibilidad tanto en la oportunidad como en la restricción. La permisividad-limitación trata de la elección de las posibilidades y la convivencia con las consecuencias de esas elecciones (29).

3) Conexión-separación: Paradoja: atender-distanciarse

Este concepto está relacionado con las formas en las que las personas crean pautas para conectarse y separarse de la gente y de los proyectos. Las pautas creadas revelan prioridades de valores. La conexión-separación es sobre la comunicación-soledad y las formas en las que la gente se separa de unos para juntarse con otros.

También es la forma en que dos personas pueden estar muy juntas y, aun así, estar separadas. A veces existe conexión cuando la gente se separa porque las personas pueden sobrevivir con una presencia ausente en su intimidad, especialmente cuando hay un duelo por la pérdida del otro (29).

7.7.3. Cotrascendencia

Es el poder y la creación de la transformación, las personas cambian continuamente y se desarrollan en la vida a medida que se comprometen y eligen entre infinitas posibilidades sobre cómo ser, qué actitud o enfoque adoptar, con quién relacionarse y que intereses o conceptos examinar. Las elecciones reflejan las formas de moverse o cambiar de las personas con el devenir visible-invisible para convertirse en el ahora emergente. Los tres conceptos que incluye este principio son: 1) poder, 2) creación y 3) transformación.

1) **Poder:** Paradojas: emprender-resistir, afirmar-no afirmar, ser-no ser.

El poder es un concepto que transmite el significado sobre la lucha y la vida, y la voluntad de continuar a pesar de la dureza y la amenaza. El poder es el proceso de emprender-resistir, de afirmar-no afirmar, de estar iluminado o no estarlo. El no ser trata la pérdida o el riesgo de muerte y el rechazo. El poder es la fuerza ejercida; es decir, la energía para actuar y vivir con el objetivo mediante las posibilidades de

afirmar y mantener lo que más se aprecia, a la vez que se vive simultáneamente con la pérdida y la amenaza del no ser (29).

2) **Creación:** Paradojas: certeza-incertidumbre, adaptación-no adaptación.

Cada persona define y vive la creación influida por su visión del mundo y sus valores. Crear algo nuevo es una pauta que coexiste con la constancia y la conformidad, los seres humanos elaboran sus pautas únicas de creación a la vez que se comprometen con las posibilidades de la vida diaria (29).

3) **Transformación:** Paradoja: familiar-no familiar.

La transformación tiene que ver con la visión del cambio y del movimiento continuo que tienen las personas sobre las vidas que viven y que se hacen visibles para ellas con el devenir invisible del ahora emergente. Cuando se realizan nuevos descubrimientos, la gente su comprensión; en ocasiones, sus pautas de vida y las visiones del mundo pueden cambiar con concejos que iluminen una situación familiar con una nueva luz. La transformación es el cambio permanente cocreado como nueva información y comprensión profunda que se hacen visibles en el ahora emergente, cuando las personas encuentran formas de modificar la dirección de sus sueños y esperanzas más queridos (29).

8. MARCO CONCEPTUAL

8.1. Experiencia

Para la real academia española (RAE) define la experiencia como el hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo (25).

8.2. Imaginación

Es una interpretación personal del significado la posibilidad y la consecuencia.

8.3. Valoración

Este concepto es la confirmación-no confirmación de las creencias más apreciadas ilustradas por una visión personal del mundo. Las personas eligen continuamente cómo pensar, actuar, y sentir, y estas elecciones pueden ser o bien coherentes con las elecciones previas o radicalmente distintas, y pueden requerir un cambio en las prioridades de valores.

8.4. Lenguaje

Está relacionado con la forma en que los seres humanos simbolizan y expresan las realidades que imaginan y sus escalas de valores. El lenguaje se vive de forma multidimensional cuando la gente tiene una imagen de ella misma en situaciones que se han dado o en situaciones que solo son posibilidades.

8.5. Revelación-Ocultación

Relacionado con la paradoja descubrir o no descubrir, pues la gente en la vida diaria descubre o elige ocultar aspectos de su vida o de otras realidades, lo que influye en su relación consigo misma y con los demás.

8.6. Permisividad-Limitación

Relacionado con la paradoja potenciar o restringir, ya que abarca la elección de las posibilidades y las consecuencias de esas elecciones.

8.7. Conexión-Separación

Relacionado con la paradoja atender o distanciarse, dando cuenta de que las personas crean pautas para conectarse y separarse de la gente y de los proyectos.

8.8. Poder

Se relaciona con la paradoja emprender o resistir, afirma-no afirmar, ser-no ser; Es la fuerza que tienen las personas para mantener y vivir con las posibilidades o decisiones a enfrentar en la vida, en conjunto con la pérdida y la amenaza del no ser.

8.9. Creación

Se relaciona con la paradoja certeza o incertidumbre/ adaptación o no adaptación. Corresponde a la creación por parte de las personas de formas de vivencias únicas, influidos por el entorno o alguna situación que los rodea, logrando así que cada hombre se distinga de los demás.

8.10. Transformación

Se relaciona con la paradoja familiar o no familiar. Abarca la capacidad de la persona de evolucionar más allá de lo que está viviendo, para así poder convivir con nuevas vivencias que le permitirán lograr un estado de mayor diversidad (28)

9. METODOLOGIA

9.1 Naturaleza del estudio

Para dar cumplimiento a los objetivos, se propuso un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, que indaga en el ambiente natural y contexto en el que se presenta la situación que motiva el desarrollo de la investigación, propone una comprensión holística de la realidad a estudiar, basada en la descripción de los participantes relacionada con experiencias de pacientes en el contexto una unidad de cuidados intensivos (30). En este sentido se fundamenta en un proceso inductivo, no pretende generalizaciones y reconoce la realidad como producto de la convergencia de múltiples perspectivas subjetivas, únicas y singulares, pero igualmente válidas, en las que el entorno social y cultural son incorporados como elementos que ofrecen sentido y desde los que se construyen significados (31).

De acuerdo a los objetivos proyectados, se realizó un estudio de naturaleza cualitativo; el objetivo de la investigación cualitativa es proporcionar una metodología de investigación que permita comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven. Las características básicas de los estudios cualitativos incluyen investigaciones centradas en los sujetos que adoptan la perspectiva emic o del interior del fenómeno a estudiar de manera integral o completa. El proceso de indagación es inductivo y el investigador interactúa con los participantes y con los datos, busca respuestas a

preguntas que se centran en la experiencia social, cómo se crea y cómo da significado a la vida humana (32).

Taylor y Bogdan exponen que el investigador cualitativo pretende comprender lo que la gente dice (32).

9.2 Tipo de investigación

La investigación desarrollada se encuentra dentro de la tipología de estudios Fenomenológico- interpretativo con perspectiva Hermenéutica, Husserl propone la fenomenología como una nueva concepción de la filosofía, una ciencia rigurosa de hechos, de esencias; es decir, el ir a las cosas mismas para reducir, extraer del fenómeno de ahí lo que es general a los casos, lo que hace que la cosa sea, ir a la cosa misma. O bien es puramente descriptiva que indaga el plano trascendental, el “modo como conocemos los objetos” de interés, lo que queremos investigar, “de hecho, toda experiencia humana, según Husserl, es trascendental, y el conocimiento de este carácter trascendental de la experiencia humana es lo que él llama fenomenología trascendental”. Para la fenomenología propuesta por Husserl, el fenómeno se presenta como mera apariencia o imagen de la realidad, es la cosa percibida, la cosa en sí. El autor sugiere ir a las cosas mismas, al fenómeno en sí (33).

La fenomenología hermenéutica que propone Heidegger habla de la existencia porque el Dasein no tiene esencia, no se puede definir. Es hermenéutico, porque es la interpretación de la existencia. El método fenomenológico tiene como objetivo ir descubriendo y describiendo las notas relacionadas entre sí por fundamentación a través de lo dado por el fenómeno estudiado, es decir, una comprensión intencional que da sentido. La intención es depurar el fenómeno considerado con el propósito de develar la estructura invariante o esencia. La finalidad es describir el significado de esa experiencia vivida frente a los fenómenos de interés, hacer visibles los rasgos de esa experiencia, se interesa en las características comunes de la experiencia vivida a partir de la comprensión y cómo el significado es creado a través de contenidos de percepción (33).

9.3 Población y muestra

De acuerdo con Sampieri la población o universo es el conjunto de todos los elementos que concuerdan con determinadas especificaciones y que se define antes de la selección de la muestra (34).

La investigación se desarrolló con la participación 11 adultos que egresaron de la unidad de cuidados intensivos y al momento de la entrevista se encontraban en las salas de hospitalización de una clínica de tercer nivel de la Ciudad de Cartagena en el segundo periodo del 2018, quienes participaron en el estudio de forma voluntaria y sin remuneración económica o de otro tipo por parte de los investigadores.

Con cada participante se realizaba un acercamiento y se establecía una comunicación directa con ellos para presentarnos, y darles a conocer el nombre los objetivos y finalidades del estudio. La selección de los participantes se basó en criterios de saturación de la información.

9.4 Muestreo

Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta una muestra no probabilística utilizando como procedimiento el muestreo por conveniencia. Es una técnica comúnmente usada. Consiste en seleccionar una muestra de la población por el hecho de que sea accesible. Es decir, los individuos empleados en la investigación se seleccionan porque están fácilmente disponibles, no porque hayan sido seleccionados mediante un criterio estadístico. (35).

El muestreo por conveniencia, se elige cuando en una población no se sabe cuántos sujetos tienen el fenómeno que interesa y se seleccionan los que se encuentren. Este muestreo obliga a diferentes etapas de selección de muestra, se utiliza en fenómenos muy frecuentes pero no visibles, se debe buscar a alguien que tenga el fenómeno en general (35).

9.5 Criterios de inclusión y exclusión

9.5.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con rango de edad entre 30 y 75 años.
- Haber estado hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos en el segundo periodo 2018.
- Participar voluntariamente en el estudio y dar aval de entrevista.

9.5.2 Criterios de exclusión

- Paciente con limitaciones cognitivas, mentales y /o en el habla que limiten el curso de la entrevista.
- Participante que no culmine el tiempo de la entrevista.

9.6 Técnicas e instrumentos

Para la recolección de la información se utiliza la técnica de entrevista semiestructurada, la realización de la entrevista debe ser apoyada por una guía temática con preguntas abiertas sobre los aspectos generales en torno al tema a investigar. La finalidad de la entrevista es conocer la experiencia vivida en sentido fenomenológico, las dimensiones de la vida personal para detectar experiencias significativas, así como su relación con las experiencias en torno al tema de interés

y de este modo poder buscar relaciones entre persona como globalidad y cada experiencia en su particularidad (33).

No se debe entender la entrevista como algo rígido donde el entrevistador tiene la supremacía y quiere o permite que el entrevistado diga lo que él quiere escuchar. Se debe dar en el marco de una conversación como un proceso cordial de respeto, de pares, donde ni el entrevistado ni el entrevistador se imponen, en un proceso participativo y democrático, es decir la conversación debe ser la máxima expresión de la entrevista fenomenológica (33).

Dentro de la entrevista se utilizó un guion, el cual comprende en su primera parte los datos sociodemográficos del participante, luego de manera introductoria se inicia la entrevista con la siguiente pregunta: ¿Cuál es la experiencia vivida de haber estado hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos?, con la autorización y consentimiento de cada uno de los participantes se realizaron en totalidad 11 entrevistas a 11 personas, las entrevistas fueron grabadas en medio magnético (grabadora de periodismo) y transcritas en su totalidad en un procesador de texto Word por el mismo investigador tan pronto se realizaban para asegurar que se tomaba en cuenta la información tal como era expresada por el entrevistado. Cada entrevista está identificada con el nombre de código y enumeradas. Las entrevistas tuvieron una duración entre 30 y 40 minutos aproximadamente.

9.7 Presentación de la información

Se presentan a través de una descripción detallada de la experiencia y de la participación, mediante la escritura narrada en primera persona en dos partes: a) descripción densa de la vivencia narrada en primera persona, que aparece con ciertos temas a partir de la voz de los informantes utilizando la metáfora, debe aparecer toda la narración en primera persona de la experiencia y b) la interpretación donde se analizan los temas principales que emergen y el significado de estos en un contexto histórico, lo que se vive corporalmente, y la experiencia del cuerpo vivido, lo que preocupa. Es decir, la descripción de una temática predeterminada la estructura y la esencia de las experiencias vividas (33).

9.8 Análisis y procesamiento de información

Una vez recolectado los datos de la entrevista esto se analizarán según la perspectiva Heideggeriana, el proceso contempla tres etapas: **la intencionalidad, la reducción y la constitución.**

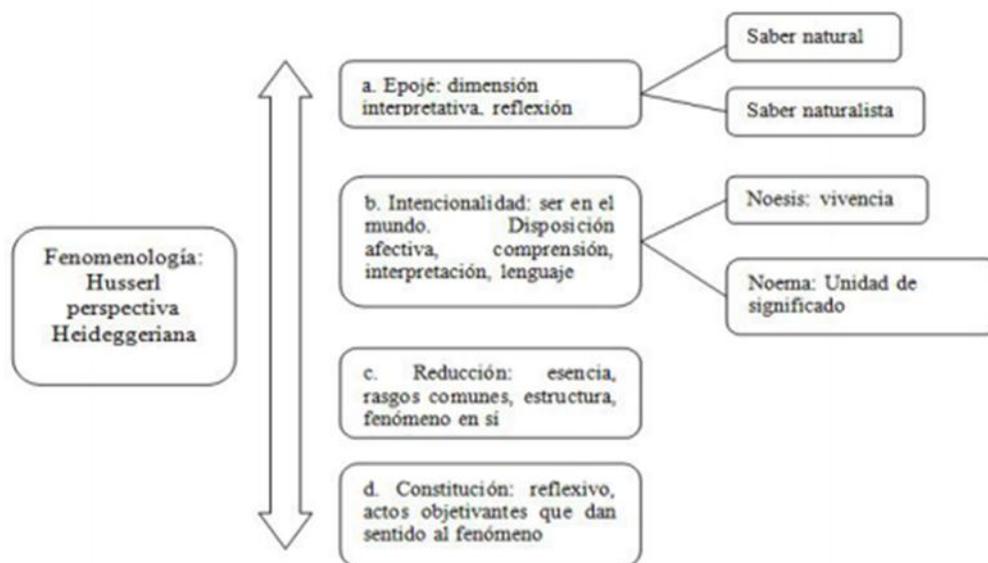


Figura 1. Diseño metodológico fenomenológico interpretativo

La fenomenología interpretativa aplica en su metodología cuatro momentos:

a). Epojé:

En sentido estricto hacer epojé implica poner entre paréntesis el saber natural y el saber naturalista (33).

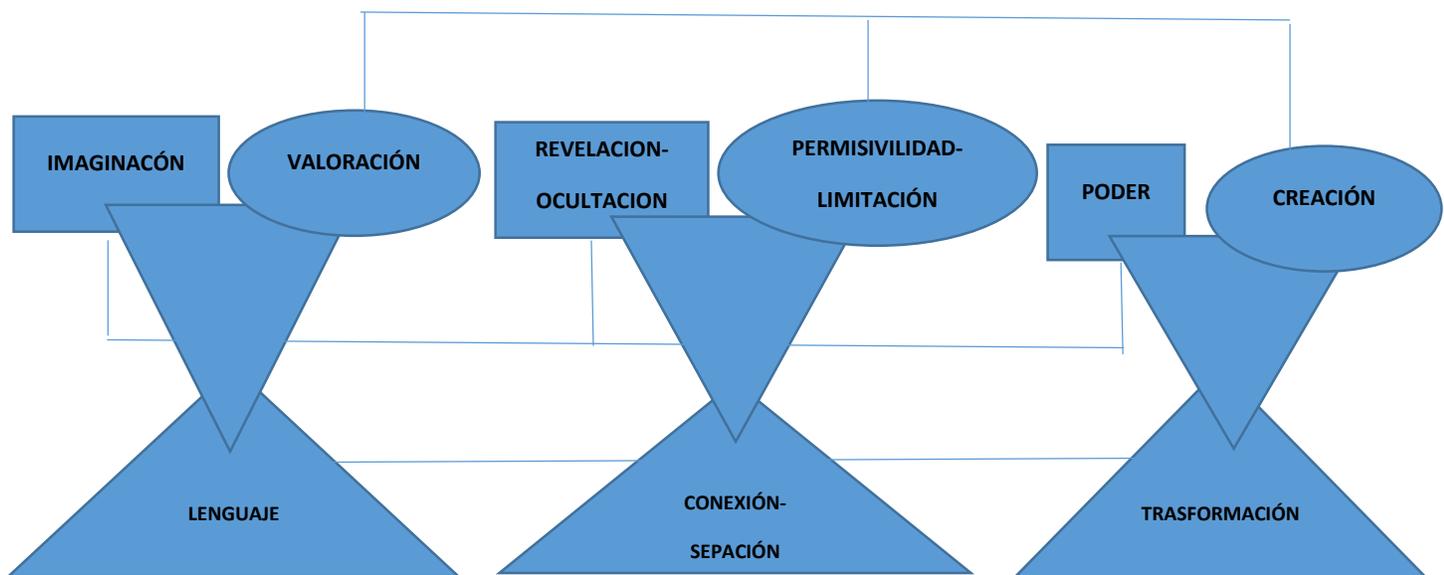
El método utilizado para el análisis de la información se realizó según los principios de la teoría del desarrollo humano de Rizzo Parse, los cuales son los siguientes:

Lenguaje: imaginación y valoración

Conexión- separación: revelación-ocultación, permisividad - limitación

Transformación: poder y creación

Figura: 2. Modelos y teorías de enfermería



Fuente: Teoría del desarrollo humano

La intencionalidad.

El análisis inició una vez se terminaron las entrevistas, con los participantes. Posteriormente del encuentro con estos se realizó la transcripción de las entrevistas, las cuales fueron confrontadas mediante la lectura del texto y la escucha del audio para dar confirmación de los datos digitados y de esta manera hacer un detallado general de toda la información recolectada.

El objetivo de este análisis fue establecer una orientación de las palabras, interpretando de manera inicial los datos, para de esta manera conducir después a la codificación, en esta fase se identificó las características significativas de los datos de cada entrevista.

Reducción.

En la presente fase, la reducción de datos implicó la toma de decisiones por parte de los investigadores respecto a lo que es principal o relevante y lo que no lo es. Se realiza una debida sustracción en las transcripciones de las entrevistas con el fin de excluir aquellas desviaciones y cambios bruscos en los temas y expresiones. En esta etapa se organizaron las entrevistas para orientar de una manera conjunta sobre el mismo tema, y eliminar palabras fuera de contexto, para de esta comprender el lenguaje hablado de los participantes sin cambiar el carácter único del mismo.

Para el análisis temático se inició una comprensión del texto conjuntamente, se resaltaron las frases que sobresalían en el texto de la transcripción, de esta manera y orientados en los principios de la teoría del desarrollo humano surgieron los nombres de los temas tentativos y los textos significativos que soportaron los resultados. Posteriormente se examinaron línea por línea, todas las frases significativas y relevantes se etiquetaron con los nombres de los temas tentativos. En esta fase del análisis se extrajeron el tema principal y los subtemas con la finalidad de agruparlos y definir la importancia que tenían. Esta codificación tuvo

como propósito, aclarar los datos de una manera analítica que condujo a la conceptualización de la información dada por los participantes.

Por consiguiente, la codificación y análisis de los datos se realizó de forma manual, tomando cada una de las entrevistas y realizando una reducción de los párrafos que referían significancia al tema específico. Estos párrafos se almacenaron en un cuadro donde a la vez se iban formando los diferentes temas, de esta forma se realizaba la codificación de los temas ya existentes y alguno que nuevos que aparecían.

Desde este punto se realizó un análisis estricto de cada uno de los códigos obtenidos con el objetivo de ir observando los aspectos más comunes entre ellos y por tal manera ir creando temas y subtemas que accederían a dar respuesta al objetivo del estudio.

Constitución.

Una vez terminado el proceso de recolección de la información la cual nos ayudó a obtener una creación temática, se realizó una reorganización de los datos que permitió establecer conexiones entre los principios de la teoría del desarrollo humano y los fenómenos para finalmente reagrupar los datos. Lo anterior permitió encontrar los diferentes temas y avanzar a la fase de integración de estas. En total surgió un tema principal y seis subtemas del proceso de análisis, los cuales fueron reagrupados para llegar a un total de tres, que dieron respuesta a la pregunta y los objetivos del estudio.

La saturación de la información se logró por medio del análisis de las expresiones obtenidas, evidenciando que no se obtenían respuestas distintas que conllevaran generar nuevos temas o subtemas, es entonces donde se consideró completa la recolección de información.

El proceso de la codificación y análisis facilitaron de tal manera la elaboración específica de tema y subtemas en una tabla creada en word, en donde se ubicaba en cada uno de ellos las expresiones más relevantes de los participantes incluyendo los sentimientos.

De acuerdo a lo anterior, de los resultados obtenidos se hizo una interpretación para finalmente lograr discutir y concluir dicha información obtenida la cual apunto dar respuesta a la pregunta inicial de la investigación (26).

9.9. Criterios de rigor

Para testificar la rigurosidad y calidad de la presente investigación fueron tenidos en cuenta los siguientes criterios:

Credibilidad: Es la fidelidad o credibilidad de los resultados obtenidos de las entrevistas que fueron establecidas entre los investigadores y los pacientes como creíbles sobre sus experiencias de haber estado hospitalizados en una UCI. Esta credibilidad, se justifican a través de las visitas y posteriores entrevistas. Este trabajo de investigación se llevó a cabo por medio de entrevistas semiestructuradas

las cuales están establecidas como fuente primaria; estas se ejecutaron a través de una grabadora de audio y seguidamente transcritas textualmente. Por lo tanto podemos afirmar que los resultados de la presente investigación muestran resultados claros de dicha experiencia, por consiguiente seguimos los presentes pasos:

1. Recolección de la información a través de entrevistas semiestructuradas
2. Las transcripciones de las entrevistas fueron hechas textualmente de las grabaciones
3. Consideración de los resultados de la presencia del investigador sobre la naturaleza de los datos.
4. Discusión de los comportamientos y experiencias en relación con la experiencia de los pacientes.
5. Discusión de las interpretaciones con la asesora de la investigación (26)

Confirmabilidad: Según Ernestina Santiago de Castro, basándose en otros autores hace referencia a la manera mediante la cual nosotros como investigadores podemos seguir un lineamiento de lo que ejecutaron otros investigadores, siguiendo el curso de las ideas se hace necesario registrar y documentar las decisiones que tuvimos con relación a la investigación, esto con el fin de llegar a posibles conclusiones. Por tal motivo, han quedado evidenciado los resultados de las entrevistas realizadas a los pacientes de una clínica de la ciudad de Cartagena, las cuales dieron como resultado los sentimientos de temor y angustia de los mismos.

Aplicabilidad: Se busca proporcionar el conocimiento sobre el contexto que permitirán transferir las conclusiones a contextos similares (26). Con relación a esto se deja claro que con esta investigación queremos sentar algunas bases para extender los resultados de las experiencias a otras poblaciones, describiendo y empleando todos los aspectos necesarios.

Auditabilidad: La auditabilidad según las fuentes consultadas van de la mano con la confirmabilidad, se trata básicamente de seguir el hilo conductor que plantean otros autores acerca del tema en mención. Para el caso de esta investigación se está en continua asesoría con la asesora metodológica, con la finalidad de dar a conocer los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas.

10. CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 mediante la cual se instituyen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación se catalogó con riesgo mínimo, debido a que no se realizó ninguna intervención que colocaran en riesgo las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes en el estudio, por consiguiente la recolección de información se realizó por medio de una entrevista semi-estructurada en donde solo se trataron aspectos concernientes a la investigación, respetando así la privacidad de cada uno de los participantes.

Para la obtención de dicha información se contó con la previa autorización del consentimiento informado por parte de estos mismos (36).

Las entrevistas, conversaciones informales y notas en audio, transcripciones y el análisis, serán almacenados bajo códigos de seguridad, con el fin de proteger el anonimato de los informantes en caso, que el material caiga en manos de las autoridades o de personas que quieran hacer pública la información sin guardar la reserva de las identidades. Una vez transcritas las grabaciones estas fueron destruidas.

11. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

11.1. Características sociodemográficas

Tabla N° 2. Características sociodemográficas de los participantes egresados de la UCI.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

	SEXO	EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD	RELIGION	TIPO DE VIVIENDA	OCUPACION	ESTRATO	ESTADO CIVIL	DIAS HOSP.
COD. 1	F	52	Bachiller Completo	Católico	Familiar	Cocinero	2	Casado	12
COD. 2	M	43	Técnico	Católico	Propia	Pensionado	3	Casado	6
COD. 3	M	60	Profesional	Católico	Propia	Político	4	Casado	4
COD. 4	M	57	Bachiller Incompleto	Católico	Arrendada	Albañil	1	Soltero	11
COD. 5	M	47	Profesional	Católico	Arrendada	Asistente Comunitario	3	Unión Libre	7
COD. 6	M	74	Profesional	Católico	Propia	Comerciante	4	Casado	45
COD. 7	F	34	Bachiller Completo	Católico	Familiar	Madre Comunitaria	1	Unión Libre	6
COD. 8	F	32	Técnico	Católico	Familiar	Agente Educativo	1	Soltero	10
COD. 9	M	49	Bachiller Incompleto	Cristiano	Arrendada	Mecánico	1	Soltero	10
COD. 10	M	58	Bachiller Incompleto	Católico	Arrendada	Conductor	3	Casado	5
COD. 11	M	72	Bachiller Completo	Bautista	Propia	Pensionado	2	Casado	5

Fuente: Tabla elaborada por los investigadores.

Los participantes que hicieron parte del estudio fueron 8 hombres y 3 mujeres adultos, con rango de edades entre los 32 y 74 años de edad, de bachillerato completo e incompleto con nivel técnico y profesional, variadas ocupaciones, en su mayoría casados, de religión católica, con diferentes estratos socioeconómicos, con días de hospitalización en UCI de 5 a 45 días (Ver tabla N°1). Entre las patologías que presentaron los participantes para el ingreso a la UCI, se encontraron fallas cardiacas, dolor torácico, Infarto agudo de miocardio, trauma craneo encefálico, hemorragias de vías digestivas entre otras.

Discusión características sociodemográficas:

En la caracterización los datos sociodemográficos los participantes del estudio fueron 11 adultos en rango de edades entre los 30 y 75 años de edad, lo que es contrario a lo planteado por el autor Beltrán Salazar O, donde su trabajo de investigación incluyó 9 personas adultas entre los 24 y 80 años de edad que estuvieron críticamente enfermos y hospitalizados en la UCI. Santiago E, en su trabajo de investigación se entrevistaron nueve pacientes entre 59 y 74 años que estuvieron hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo coronario con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (27).

11.2 Experiencias de pacientes adultos egresados de una unidad de cuidados intensivos.

Experiencia es el hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo, los pacientes adultos que tuvieron la experiencia de estar hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos por estar en un estado de salud crítico, donde sus funciones vitales se encontraban alteradas, sintieron, conocieron y presenciaron situaciones que los llevaron a vivir una experiencia de vida significativa, como menciona Rosemarie Rizzo Parse, a tener una postura significativa y abierta con el universo y las personas, los proyectos y las ideas que constituyen las experiencias vividas (29).

Esta es la razón por la cual este trabajo se realiza bajo la mirada de los principios de Parse teniendo en cuenta tres principios, que constituyen la teoría del desarrollo humano, que deriva de estos temas: significado, pausas rítmicas y trascendencia. Cada principio contiene tres conceptos que requieren una exploración razonable para comprender la profundidad de la teoría del desarrollo humano estos principios son:

- **Lenguaje:** Imaginación, valoración.
- **Conexión-Separación:** Revelación-ocultación, permisividad-limitación.
- **Transformación:** Poder, creación.

La investigación con la teoría de Parse aumenta su comprensión sobre las experiencias humanas vividas y construye un nuevo conocimiento sobre el

desarrollo humano. El conocimiento del desarrollo humano contribuye al conocimiento sustantivo de la disciplina de enfermería (29).

En definitiva, del conjunto de cuestiones realizadas al grupo de participantes, se ha obtenido un extenso y variado abanico de respuestas, sobre los supuestos, al igual que información complementaria, que permiten una comprensión de las mismas. Sus resultados se estructuran en tema y subtemas extraídos de las transcripciones por unidades de significado.

Se analizó por parte de los investigadores las entrevistas y se pudo interpretar que para los participantes que hicieron parte del estudio la experiencia se describió en los siguientes temas: "TEMOR Y ANGUSTIA".

Figura 3. Mapa de temas.



Fuente: elaborada por los investigadores teniendo en cuenta los principios de la teoría.

El “*temor y angustia*” fueron considerados como los sentimientos expresados por los participantes en el tiempo que estuvieron hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo, puesto que generan ideas y creencias a raíz de la situación que estaban enfrentando. Debido que consideran que al ingresar a la unidad de cuidados

intensivos, algo no estaba bien en su salud, por lo cual veían una muerte muy cercana, desconocimiento de su propia enfermedad y de todo lo que ocurría alrededor de ellos.

La hospitalización en la unidad de cuidados intensivos, para los participantes se convirtió en un fenómeno desconocido en todos los aspectos, teniendo en cuenta que dicha experiencia trae consigo vivencias inesperadas, en ese contexto, los convierte vulnerables y sensibles ante su situación.

A pesar de tener un equipo interdisciplinario al cuidado de su salud, la UCI le representaba un espacio en el que experimentaban sentimientos inesperados que les generaban una situación desesperante, temerosa y no deseada, esta interpretación se sustenta en las expresiones:

Cod. 2: *“Bueno....., esa experiencia no se la deseo a nadie”*

Cod. 5: *[...] “me generaba mucho temor, mucho miedo, sentía angustia*

sinceramente... mucho, mucho miedo, mucho temor”.

Cod. 8: *“[...] el temor que tenía porque la verdad es que tuve muchas crisis[...].”*

La desesperación es un sentimiento asociado al aislamiento, soledad y miedo los cuales fueron manifestados por los participantes, nacen a partir de la incertidumbre de su situación y el temor de poder morir. Mucha veces quien se encuentra inmerso en la desesperación vive la vida de una manera angustiosa, de cierta

manera la UCI, y su contexto generaba este sentimiento en los pacientes, manifestado en los siguientes descriptores.

Cod. 3: “[...] es caótico, desesperante [...]”

Cod.10: “Entraba en desespero...las horas se hacían largas”

La percepción es la capacidad que tiene el ser humano de recibir estímulos del exterior, mediante esta se realizan juicios sobre lo que no rodea, bien sea sitios, lugares, ruidos y sonidos entre otros. En este caso para el participante la unidad de cuidados intensivos, la imaginaba o percibía de una manera muy distinta antes de entrar a ella, lo cual lo sustenta el siguiente descriptor:

Cod. 7: “ufff ... yo me imagine que eso era algo terrible”

Entre otras manifestaciones expresadas por los participantes, la percepción es distinta sobre la unidad de cuidados intensivos, y su experiencia la considera como dura y pesada, las cuales son manifestaciones utilizadas para señalar alguna dificultad.

Cod. 9: “[...] me dio duro [...]”.

Cod.11: “Pesado”

Discusión:

La experiencia de los participantes fue descrita como **“temor y angustia”**, los cuales son sentimientos generados al tener contacto con la unidad de cuidado intensivo, lo que es coherente con lo descrito por los autores Zambrano Plata GE., y Col. Quienes refieren que los sentimientos son parte esencial de una persona en la vida cotidiana y al tener que enfrentar un proceso de enfermedad se generan en el individuo una serie de preocupaciones que pueden interferir en su recuperación. La angustia, el sufrimiento y la inestabilidad son principalmente los que se experimentan frente a esta situación, más aún cuando el paciente ingresa a la unidad de cuidados intensivos (10).

Así mismo, Solano Ruiz M, Siles González J, en sus resultados de investigación, que 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.³⁷ De esta manera, igualmente Beltrán Salazar O, concluye en una sus investigaciones que los pacientes describen la experiencia objeto de estudio y el significado que tuvo el sufrimiento, el cual fue un componente de la enfermedad que contribuyó en forma importante a la dureza de la situación. La experiencia vivida por los pacientes en estado crítico en una UCI es muy compleja y llena de contrastes. Uno de esos contrastes se muestra en la manera como los participantes consideran su experiencia, que va desde "normal" e "increíble" hasta "dura", "difícil", "triste" y "horrible" para las personas que la viven (37).

11.3 Imaginación - Valoración - Lenguaje:

11.3.1 Buen trato.

La atención que brinda por el personal de salud que labora en la UCI, debe transmitir confianza y seguridad para comunicarse de manera eficaz con los pacientes, considerando la angustia y temor que representa para estos el ingreso a la unidad de cuidados intensivos, a los fines de que los precitados, sientan seguridad y tranquilidad.

A pesar de las limitaciones y dificultades emocionales, que presentaron los pacientes durante su hospitalización en la UCI, fue fundamental para ellos el buen trato y la atención brindada por parte del equipo interdisciplinario, en ese sentido, los participantes manifestaron una buena atención durante su estancia, descrito así:

Cod. 1: *“[...] están más pendientes de uno...más monitoreado... le toman los signos vitales cada rato, están pendientes que la droga que una cosa que la otra[...].”*

Cod. 2: *[...] “yo las llamaba y enseguida estaban ahí... estaban pendiente”*

Una buena atención en UCI aporta en los pacientes mejores resultados, incluyendo reducción de la estancia, mayor satisfacción y mejor comunicación en toma de decisiones. Esta atención también puede ser de manera indirecta en donde el paciente por medio de la tecnología recibe una vigilancia constante, a través de la monitorización y sistematización. De esta manera, la atención haría parte fundamental a la hora de la recuperación de los pacientes, debido a que ellos sienten más apoyo manifestando mayor seguridad en el momento de su estancia en UCI, descrito de la siguiente manera por los participantes:

Cod. 6: *“eso, eso fue bastante bueno, fue bueno [...], yo no tengo queja de todo el personal [...].”*

Cod. 8: *“pues, muy buena [...] fue súper buena”*

Discusión.

Los participantes del estudio manifestaron la importancia de la atención por parte del personal que laboraba en la unidad de cuidados intensivos expresada como “muy buena” apoyado en lo descrito por Vargas Toloza RE, en donde refiere que el cuidado humanizado en las UCI, hacen referencia a la capacidad de brindar la atención basada en las necesidades del otro, apreciando hasta lo más mínimo que incomoda o percibe el paciente como amenaza, que el acompañamiento constante partiendo del respeto y consideración de ese ser humano que requiere de la

explicación de cada actividad a realizar con el fin de disminuir el sufrimiento y el miedo (26).

11.3.2 Imaginación de muerte.

La percepción de gravedad y riesgo de la vida la expresaron los pacientes como sensaciones de cercanía a la muerte, siendo una experiencia inesperada generando un fuerte impacto.

En la mayoría de los pacientes críticos, la idea de la muerte se ve manifestada por sentimientos y temores al sufrimiento.

No obstante, los participantes manifestaron reacciones emocionales en las cuales experimentan imaginaciones de muerte, sentimiento que se define como una situación generada en la circunstancia en la que se encuentra un individuo al momento de verse en peligro, debido a que algunos nunca se imaginaron, estar en ese entorno. Los participantes refieren que:

Cod 3: *“... siempre han dicho el que entra en uci no sale vivo [...]”*

Cod 9: *“[...] nunca pensé estar hospitalizado en UCI... pensé en muchas cosas, pensé que no me iba a parar más, [...] cuando uno llegaba a una uci terminaba...muerto [...]”*

El ambiente o entorno en la unidad de cuidado intensivo, constituye en algunos pacientes un factor desencadenante de sentimientos de temores, incertidumbres y angustias, al percibir lo que pasa a su alrededor, en algunos casos presenciar la gravedad y posiblemente la muerte en otros pacientes, manifestado en el siguiente descriptor:

Cod 2: “[...] no es nada agradable... porque uno ve muchas cosas hay.”

Los traumas son hechos a causa de acontecimientos negativos los cuales son producidas por el subconsciente de una persona, puede ser una secuela que no puede o tarda en superar. Lo cual fue manifestado por el siguiente participante durante su estancia por la unidad de cuidado intensivo.

Cod 8: [....] “fue muy traumático... Cuando a uno le mencionan UCI... es...lo peor, el peor estado [...]”

Discusión.

Para los participantes del presente estudio, el ingreso a la UCI, género en ellos temores, en donde el sentimiento de muerte fue el más manifestado según sus creencias sociales y culturales acerca de las unidades de cuidado intensivo. De esta manera lo resalta el autor Zambrano GE (10), quien describe que estos sentimientos son influenciados por las experiencias previas hospitalarias y por sus creencias

culturales, como el temor a la muerte. Del mismo modo Gutiérrez B, y col. en su investigación realizada a pacientes hospitalizados en la UCI, mostró que el paciente presenta miedo a la muerte cuando la siente muy cercana, desconocimiento de las consecuencias de la enfermedad y de todo lo que ocurre a su alrededor y a un futuro que cambie completamente su vida (28).

11.4 Revelación-Ocultación, Conexión-Separación, Permisividad-Limitación:

11.4.1 Mi vida, el trabajo y la familia.

En las limitaciones a nivel personal los participantes manifestaron sentimientos de frustración, debido a las restricciones físicas, y emocionales a las que se estaban enfrentando por no ser independientes, generando reticencias en los aspectos familiares, sociales y laborales a causa de sus enfermedades, debido a que estas traen consigo secuelas físicas y emocionales. Evidenciado por el siguiente participante:

Cod.3: “[...] yo estaba trabajando... tuve que renunciar... porque.... es mi vida o el trabajo [...]”

En la parte familiar, manifestaron sentimientos de desánimo y temor al no poder continuar la crianza de sus seres queridos, puesto que ellos eran quienes

generaban la sustentabilidad y sostenibilidad económica de sus hogares, los participantes argumentan que:

Cod.6: “[...] mi familia... no he terminado de criarlos, ni educarlos, [...]”

Cod.8: “[...] soy madre cabeza de familia... ¡imagínense!, yo postrada es una cama... y era la que generaba los ingresos.”

Discusión.

De esta manera, en el subtema mi vida, el trabajo y la familia se tienen presente todas aquellas frustraciones que sienten los participantes de no poder continuar las actividades y roles que venían desempeñando antes de ingresar a la unidad de cuidado intensivo y los cambios que contrajo dicha hospitalización. En efecto la intervención, puede presentar diversas alteraciones psicológicas como consecuencia de la adaptación a la nueva situación, en la cual los pacientes se encuentran en un ambiente extraño o desconocido, que les priva de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras les asaltan constantemente estímulos sensoriales extraños. Por este motivo, se considera que el ambiente propio de la UCI afecta psicológicamente a los pacientes de un modo negativo. Además, tienen que abandonar, al menos temporalmente, los roles que previamente desempeñaban (familia, trabajo, etc.) (38)

11.4.2 Sentimientos de soledad

El núcleo familiar, es considerado como uno de los aspectos más importantes para la sociedad, debido a que representa el principal apoyo, incentivo y fuente de fortaleza. De este modo, los pacientes necesitan el soporte familiar a la finalidad de generar transformación y motivación emocional. Es por ello, que el aislamiento de su familia se considera como un factor estresante, que les genera angustia. Es importante sostener y reiterar que la familia es el principal recurso de protección y apoyo.

En este contexto, los participantes manifestaron sentimientos de soledad, en su hospitalización en la UCI, referidos como momentos en el que se sienten aislados de sus seres queridos y sienten la necesidad de tenerlos cerca para sentir apoyo en cualquiera de las aquellas situaciones difíciles a las cuales se veían enfrentados, sustentado por:

Cod.1: “[...] siente uno alejado [...]”

Cod 9: *“la primera vez si me dio duro porque [...] nunca había estado en un hospital solo”.*

Cod 10: *“... me sentía solo, estaban mucho familiares... y no los dejaban entrar”*

Las restricciones de las visitas en la unidad de cuidado intensivo hacen parte de políticas institucionales y normativas que se ha establecido desde su creación, la cual se le ha impuesto un carácter cerrado y restrictivo; sin embargo, algunos pacientes es de suma importancia la compañía de sus familiares, y manifiestan la necesidad de sentir un apoyo esencial a la hora de su recuperación, expresado en los siguientes descriptores:

Cod.2: “[...] falta de comunicación... con mis familiares, ... la veía una sola horita al día”

Cod.5: “[...] recibir una sola hora de visita...uno quisiera estar más tiempo acompañados [...]”

Cod.8: “[...] es difícil no recibir visitas...no pude ver a mis hijos”

Discusión.

En cuanto a los sentimientos de soledad fueron expresados por los participantes en torno a la necesidad de tener compañía por parte de sus familiares y sentir un apoyo constante de parte de ellos y de esta manera poder sentir más tranquilidad durante su hospitalización en la UCI. Del mismo modo, lo describe Beltrán Salazar O, considerando que el ambiente de soledad es percibida por los pacientes en la UCI, es el hecho de que la compañía familiar estaba sometida a un esquema restrictivo y a algunas medidas de control al ingreso de personas impuestas por la administración hospitalaria o por el equipo de salud de la UCI. Agrega que 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 (14).

11.5 Poder - Transformación - Creación:

11.5.1 Fortaleza espiritual.

Desde un punto de vista holístico, los pacientes deben satisfacer sus necesidades espirituales, en ese sentido, necesitan de su espiritualidad con fines de mantener su fuerza interior motivaciones y creencias, teniendo estas como fuente de ayuda. Un aspecto dentro del área espiritual son las creencias religiosas donde gran parte de los pacientes se aferran a ellas, entregan su confianza, las cuales a su vez pueden facilitar la aceptación de su enfermedad siendo una fuente de esperanza. La fé, es un componente principal que fortalece el espíritu de los pacientes.

La incertidumbre, es considerada fuente de miedo y al tiempo como sensación de vulnerabilidad, debido al desconocimiento de lo que pueda ocurrir. Una vez los participantes, experimentan momentos de soledad por su situación clínica, sienten la necesidad de buscar un apoyo supremo, para tener tranquilidad interior y saber sobrellevar los momentos de angustia e imaginaciones de muerte, que les generaba la UCI, de modo que los participantes se apoyan en Dios y aumentan su fortaleza espiritual para salir adelante de esa situación expresado por los siguientes descriptores:

Cód 1: *“espiritualmente se fortalece uno... Dios...es lo que más me fortaleció”*

Cód 5: *“[...], me invita...a buscar mayor cercanía con Dios... a tener como un crecimiento espiritual [...].”*

“[...] todos nos aferramos a Dios, [...].”

Cód 8: *“Dios...es el que nos da la vida, todos los días me aferraba a Dios, y le pedía por mi recuperación [...].”*

Discusión:

La fortaleza espiritual fue considerada como la herramienta importante que encontraron los participantes durante esa estancia en la unidad de cuidado intensivo, puesto que esta los afianzó más con Dios. Lo cual es considerado por Collado RE, quien describe que la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de la salud del paciente. Así mismo, se considera una fortaleza y una fuente de motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto, que el cuidado espiritual ofrecido por el personal de enfermería debe tener un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte (39).

11.5.2 Cambios de vida.

Los cambios hacen parte de la vida, estos son enfrentados en algún momento, bien sea por consecuencia natural, social, moral y espiritual, causando angustias y preocupaciones en el ser humano. En cuestión los participantes manifiestan sentir un cambio a raíz de la situación que experimentan en la unidad de cuidado intensivo, se presenta un aumento por el valor de la vida, son conscientes sobre las medidas de cambio que deben tomar, autoreflexiones sobre las situaciones pasadas y las situaciones presentes que favorecen al cambio, los participantes expresan que:

Cód 1: “[...] valorar... más la vida...si va haber cambios en mi vida... ya no va hacer igual [...]”

Cod 10: “[...] voy a estar más cerca de mi familia y me voy apoyar en ellos”

Los cambios en los de hábitos involucran modificaciones importantes en el estilo de vida, manifestando cambios en la conducta, y comportamientos de las personas, en algunas ocasiones les resulta muy difícil adherirlo de forma permanente. Los cambios como dejar de fumar, empezar actividad física, cambios nutricionales y en casos modificar o dejar de realizar sus actividades laborales suelen generar sentimientos de frustración e impotencia en los pacientes, pero al mismo tiempo estos cambios que les genero la UCI, los conllevan a reflexionar que es lo mejor

para el mantenimiento o recuperación de su salud, argumentado de esta manera por los participantes:

Cod 3: “[...] sirve como experiencia,... coger medidas más drásticas...de los hábitos alimenticios [...]”

Cód 5: “[...] una situación que le permite a uno hacer un análisis global de lo que ha sido la vida... para generar grandes cambios... hacer grandes análisis a mirar que muchos hábitos que tendrá que comenzar [...]”

Discusión:

Finalmente, el egreso de una unidad de cuidados intensivos, va de la mano con indicaciones y prescripciones médicas, que van a orientar al paciente sobre el mejoramiento o el mantenimiento de la salud. Por tanto, en los participantes del estudio reflexionan y analizan sobre esas modificaciones que deberán tener en su vida cotidiana a raíz de la enfermedad por la cual ingresaron a la UCI; lo cual se sustenta por Rodríguez Marín quien describe que el diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida; afecta profundamente su autoconcepto, ya que desde ese momento todo será distinto. Su proyecto de vida deberá ser revisado y, a menudo, no podrá saber cuál será su curso (40). Así mismo, lo afirma Libertad MA y Col, quien describe que el comportamiento y los modelos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en este contexto, el hecho

de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o perseverar su calidad de vida aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución (41).

12. CONCLUSIONES

Según los resultados encontrados se puede concluir, que la estancia de los pacientes adultos en la unidad de cuidado intensivos, logro desencadenar una experiencia descrita como “temor y angustia” sentimientos que fueron generados por diversos factores entre ellos el desconocimiento de la UCI, debido a que ellos traen consigo percepciones sociales y culturales acerca de esta, en relación a la muerte.

Al comprender la experiencia sentida por los participantes del estudio se puede afirmar, que para ellos es primordial el núcleo familiar.

La unidad de cuidado intensivo inmersa en la investigación cuenta con unas restricciones de visitas las cuales son protocolarias e institucionales, este tipo de hospitalización al ser distinta para ellos les generó la necesidad de tener a sus familiares cerca en el proceso de su recuperación, lo que de cierta forma desencadenó en ellos aparte del temor y angustia el sentimiento de soledad de sentirse aislados y dependiente de otras personas; logrando así un mayor afianzamiento espiritual y cercanía con Dios.

La buena atención por el equipo interdisciplinario de la UCI, logro establecer en los pacientes seguridad y tranquilidad durante su estancia, dichas acciones permitieron minimizar sentimientos negativos, logrando de esta manera una recuperación más satisfactoria en proceso de la hospitalización exaltando de alguna forma la

humanización de los cuidados experimentados desde el punto de vista de la atención.

Además, la unidad de cuidado intensivo de cierto modo origino cambios o transformaciones en la vida de los participantes, muchos de ellos en consecuencia por su patología, lo que afecto en algunos su roles laborales, sociales que venían realizando.

En definitiva, cambios como aprender a valorar a la familia y aprovechar el tiempo junto a ellos, fueron unos de los más sentidos por los participantes durante su estancia en la UCI. Por tanto, logramos describir aquellas experiencias de pacientes egresados de una unidad de cuidado intensivo utilizando como enfoque la teoría del desarrollo humano de Rosemarie Rizzo Parse que busca descubrir la esencia de los fenómenos vividos para conseguir una comprensión más profunda de las experiencias humanas universales.

13.RECOMENDACIONES

A partir de los resultados encontrados en este trabajo de investigación planteamos las siguientes recomendaciones:

Para el ámbito clínico: el núcleo familiar, es un vínculo importante para la recuperación del paciente en estado crítico, por esta razón es fundamental para las instituciones clínicas de tercer nivel la cuales cuentan con unidad de cuidado intensivo, implementar protocolos en donde incluyan el acompañamiento de la familia en el cuidado y rehabilitación del paciente.

La intervención familiar en el cuidado, puede ser una gran opción, en este contexto el familiar deberá cumplir ciertos parámetros, que garanticen un buen proceso de recuperación del paciente, como lo es la tranquilidad, manejo del estrés, positivismo, buena comunicación, tolerancia y paciencia. El acompañamiento familiar aportaría beneficios importantes como el apoyo emocional y disminución de la ansiedad y el estrés en el paciente.

Implementar un protocolo de educación profesional que oriente al paciente que ingresa consiente al servicio de cuidado intensivo, con el fin de que el aminore aquellos sentimientos y percepciones que traen consigo del servicio, y de esta manera no se conviertan en agravantes a la hora de su evolución. De igual forma aquellos pacientes que despiertan de su sedación y logran orientarse al contexto.

Igualmente, proteger la privacidad de los pacientes en este tipo de servicio, en muchas ocasiones la estructura de la UCI permite la observación de procedimientos, reanimaciones e inestabilidad en otros pacientes, lo cual genera en ellos ansiedad, temor y angustia, al ver a su alrededor situaciones poco agradables y/o en algunos casos la muerte.

Comprender el significado de la experiencia de los pacientes que una vez pasaron por la unidad de cuidados intensivos, permitirá a todo el equipo interdisciplinario la elaboración de planes en los pacientes durante su estancia en la UCI, para que tengan un proceso de recuperación satisfactorio, lo cual mejoraría a un más la percepción, la calidad del servicio y la buena imagen de la institución.

En cuanto al ámbito académico: seguir generando conocimiento a la comunidad estudiantil a partir del desarrollo investigativo creativo y analítico, considerando como un ejercicio que contribuye a la formación personal y profesional del estudiante enfermería aportando al reconocimiento universitario desde el ámbito investigativo e incluir en los estudios de investigaciones fundamentaciones teóricas de enfermería para dar una visión fundamentada.

Por último, para el ámbito investigativo: potenciar a un más la investigación cualitativa en enfermería, para así conocer aquellos fenómenos que aunque no sean medibles si pueden ser comprendidos, lo que traería consigo un análisis global, holístico de los pacientes y las diversas circunstancias que viven por algún deterioro de su salud bien sea físico o psicológico en donde se ve inmersa la familia y contribuir de una manera muy creativa en la resolución de problemas identificados.

14. BIBLIOGRAFIA

1. Soto F. Manual de ventilación mecánica para enfermería. 1ra ed. panamericana. 2016;323–34.
2. Beltrán O. Estar críticamente enfermo significa no ser capaz y no poder decidir. *Index Enferm.* 17(2):92–6.
3. Baena , Victoria; Leon M. El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo. (Tesis Espec. 2007;57P.
4. González, Lidia; Olvera G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. *Rev Enferm IMSS.* 2011;19(2):105–7.
5. Barrera A. Vivencias de la enfermera en el rol de paciente durante el periodo de hospitalización. (proyecto Investig Univ Córdoba Fac Ciencias Médicas. 2008;51.
6. Estrada, Jorge; Hincapié, Jorge; Betancur C. Caracterización Epidemiológica Del Paciente Crítico En Una Institución De Tercer Nivel De Atención. *Investig Andin.* 2005;7(11):5–15.
7. Gómez, P; Monsalve, V; Soriano J. Emotional disorders and psychological needs of patients in an Intensive Care Unit. *Med Intensiva.* 2017;31(6):318–25.
8. Amorós, Silvia; Arévalo, MJ; Maqueda, Ruben; Pérez E. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enf intensiva.* 2008;19(4):1–11.
9. Beltrán O. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan.* 2009;9(1):1–9.
10. Zambrano, Gloria; Ferreira, Jaydi; Lindarte, Albeiro; Niño, Claudia; Ramírez,

- Nancy; Rojas L. Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). *Rev Cienc y Cuid.* 2010;7(1):52–60.
11. Mijangos K. El Paradigma Holístico de la Enfermería. *Rev Salud y Adm.* 2014;1(2):1–6.
 12. Parrado D. Factores generadores de estrés en el paciente adulto hospitalizado en la uci: una revisión integrativa. [Trabajo grado magister] Bogotá Univ Nac Colomb. 2016;
 13. Blanca JJ., Blanco AM., Luque M. RM. experiencias, percepciones y necesidades en la uci:revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enferm Glob.* 2008;1:1–14.
 14. Gómez P., Monsalve V., Soriano JF. de AJ. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva.* 2017;31(6):318–25.
 15. Del Barrio M, Lacunza M AA. pacientes con transplante hepático: su experiencia en cuidado intensivo. *Enferm Intensiva.* 2001;12(3):135, 136–41.
 16. Madjar I. Infligir y manejar el dolor. Un desafío para enfermería. *Investig y Educ en Enfermería.* 2000;18(1):37–47.
 17. Travelbee J. Aspectos interpersonales de la enfermería. F.A. Davis Company. Philadelphia; 1966. 70-72, 75, 86-87, 71. p.
 18. Jablonski RS. La experiencia de ser ventilado mecánicamente. *sage journals* [Internet]. 1994;4(2):186–207. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/104973239400400204>
 19. Intensivo A colombiana de medicina crítica y cuidado. Generalidades. 2018;
 20. BREVE HISTORIA DE LA MEDICINA INTENSIVA [Internet]. p. 1–9. Available from: <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00->

00.pdf

21. Camacho HM. Historia del cuidado intensivo en Colombia. Rev colomb anestesiología [Internet]. 2016;44(3):190–2. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472016000300002&lng=en.
22. Perdomo R. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. RMH. 1992;60(1):49–52.
23. Larrosa J. Sobre la experiencia. Rev Aloma. 2006;1(19):87–102.
24. Amengual G. El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. Topicos. 2017;15:1–20.
25. Diccionario de la real aca. vigesima. tercera edicion 2014 online. disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=experiencia>
26. Santiago E. VE. Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. av.enferm. 2015;33(3):381–90.
27. O Beltrán. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan. 2009;9(1):23–37.
28. Gutiérrez, Blanca; Alvariño, Blanco; Pérez, Luque; Pérez R. Experiencias, Percepciones Y Necesidades En La Uci:Revisión Sistemática De Estudios Cualitativos. Enferm glob. 2008;12(1):1–14.
29. Alligood MR. Desarrollo humano. In: Modelos y teorías en enfermería. OCTAVA. Barcelona españa; 2015. p. 451–81.
30. C B. Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones. MANUAL MOD. BOGOTA; 2012. 232 p.
31. Hernández S, Fernández L BC. Metodología de la Investigación. CUARTA. MEXICO: Mc Graw Hill; 2007.

32. Taylor BR. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. BARCELONA; 1994. p. 1–329.
33. Mendieta Izquierdo G., Ramírez Rodríguez JC. FJ. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. Rev F N Salud Publica. 2015;33(3).
34. Hernández S, Fernández L BC. Metodologia de la Investigacion. sexta. mexico: Mc Graw Hill;
35. Noreña, Ana; Alcaraz, Noemi; Rojas, Juan; Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan. 2012;12(3):263–74.
36. Colombia. M de S y P de. Resolucion 8430 de 1993 [Internet]. bogota; 1993. Available from:
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION 8430 DE 1993.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION_8430_DE_1993.pdf)).
37. Solano, María; González J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. Index Enferm. 2005;14(51):29–33.
38. Vargas R. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: enfermería pieza clave en la atención. Rev Cienc y Cuid. 2017;4(4):21–7.
39. RE. C. Cuidado espiritual, labor del profesional de Enfermería. Rev 360. 2010;5.
40. Marín J. Psicología social de la salud. Rev Inf psicológica. 1998;67:4–10.
41. Libertad, Alfonso; Grau J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Rev Psicolg y salud. 2004;14(001):89–99.

15. ANEXOS:

ANEXO A: GUIÓN DE ENTREVISTA.



EXPERIENCIAS DE PACIENTES ADULTOS EGRESADOS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UNA INSTITUCION CLINICA EN LA CIUDAD DE CARTAGENA 2018.

GUIÓN DE ENTREVISTA

Objetivo Específico 1: Caracterización de la población de estudio según datos sociodemográficos sexo, edad, nivel de escolaridad, religión, estrato, estado civil, estancia hospitalaria.

1. Vivienda:

Propia: () arrendada: () familiar: ()

Estrato:

Nivel 1 () Nivel 2 () Nivel 3 () Nivel 4 () Nivel 5 () nivel 6()

Escolaridad:

Básica primaria: () Bachiller académico: () Técnico: () profesional: ()

No estudio: ()

Edad: ____ Estado civil: _____ Ocupación: _____

Religión: _____

Tiempo de hospitalización en la UCI: _____

Patología por la que ingresa a la UCI: _____

Objetivo Específico: 2: Describir las experiencias personales de los pacientes egresados de la unidad de cuidados intensivos, a la luz de los principios de la teoría del desarrollo humano.

1. ¿Cuál fue la experiencia vivida por Usted en el tiempo que estuvo hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de la clínica?
2. ¿Cómo se imaginó Usted que iba a hacer su estancia en la UCI?
3. ¿Cómo se imaginaba la UCI?
4. ¿Cómo considera Usted que fue la atención brindada por los profesionales de salud?
5. ¿Durante su estancia hospitalaria cuales fueron sus limitaciones familiares?
6. ¿Durante su estancia hospitalaria cuales fueron sus limitaciones económicas?
7. ¿Durante su estancia hospitalaria cuales fueron sus limitaciones laborales?
8. ¿Durante su estancia hospitalaria hubo cambios en su vida? ¿Cuáles?
9. ¿Quién lo visitaba en la hospitalización en la UCI?
10. ¿A qué se aferraba Usted?
11. ¿Cree Usted que haber estado hospitalizado en la UCI le cambio la vida?
¿Cómo?

ANEXO B: CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <p>UNIVERSIDAD DEL SINÚ Elías Bechara Zainúm Seccional Cartagena</p>	<p>PROCESO: INVESTIGACIÓN, CIENCIA E INNOVACIÓN</p> <p>TÍTULO: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN</p> <p>CÓDIGO: R-INVE-022</p> <p>VERSIÓN: 001</p>
--	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACION

Esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por (el/la) docente Keidys Sulay Ruydiaz Gómez y Lindsay Peinado Valencia y los estudiantes Nancy Vanessa Calle Vega, Darwin David Contreras Mercado, Luz Aida Coneo Pérez y Vanessa Dorado Monroy de la **UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM, SECCIONAL CARTAGENA**. El objetivo del estudio es comprender las experiencias de los pacientes adultos egresados de la unidad de cuidado intensivo de una institución clínica de la Ciudad de Cartagena a través de una entrevista semiestructurada.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contar con la disponibilidad de tiempo para dar respuesta a la entrevista teniendo en cuenta los criterios de inclusión descritos en documento de investigación como son la edad entre 24 y 70 años, ser egresado de una hospitalización en una unidad de cuidados intensivos.

La participación es este estudio permitirá enriquecer el proceso Investigativo. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los Instrumentos serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento cuando lo crea conveniente sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la aplicación de los instrumentos le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya, se agradece su participación. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente:

- ✓ Acepto participar voluntariamente en esta investigación, he sido informado (a) del objetivo de este estudio ().
- ✓ Me han indicado también que responderé los instrumentos Online o físicos los cuales durarán aproximadamente _____ minutos ().
- ✓ Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona ().

FIRMA DEL PARTICIPANTE

C.C:

Teléfono: 6517013 Ext: 3091

Correo: vanessadorado_89@hotmail.com

FIRMA DEL REPRESENTANTE

C.C:

ANEXO C: PRESUPUESTO

RUBROS	Cantidad (\$)
Gastos de transporte	\$ 1.000.000
Equipos (medio magnético, baterías)	\$ 300.000
Papelería, empastado del documento, impresiones	\$ 1.000.000
TOTAL	\$ 2.300.000

ANEXO D: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										
	MESES										
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Eleccion del tema										2017	
Revision bibliografica	2018										
Asignacion de asesora disciplinar	2018										
Introduccion y planteamiento		2018									
Inicio Marco teorico y objetivos			2018								
correcciones de marco teorico				2018							
Metodologia							2018				
Elaboración del instrumento							2018				
Realización de la prueba piloto								2018			
Elaboración del sustento teorico									2018		
Aplicación de instrumento									2018	2018	
Ajuste en el anteproyecto										2018	
Análisis de resultados y discusión										2018	
Entrega del primer borrador										2018	
Entrega del documento											2018
Sustentación del proyecto											2018

ANEXO E: Tabla de categorización.

TEMA	DESCRIPTORES CRUDOS	SUBTEMAS	DESCRIPTORES, CRUDOS
<p>TEMOR Y ANGUSTIA</p>	<p>Cod. 2: “Bueno...., esa experiencia no se la deseo a nadie”</p> <p>Cod. 3: “[...] es caótico, desesperante [...]”</p> <p>Cod. 5: [...] “me generaba mucho temor, mucho miedo, sentía angustia sinceramente... mucho, mucho miedo, mucho temor”.</p> <p>Cod. 7: “ufff ... yo me imagine que eso era algo terrible”</p>	<p>BUEN TRATO EN LA UCI</p>	<p>Cod. 1: “[...] están más pendientes de uno... más monitoreado ... le toman los signos vitales cada rato, están pendientes que la droga que una cosa que la otra[...].”</p> <p>Cod. 2: [...] “yo las llamaba y enseguida estaban ahí... estaban pendiente”</p> <p>Cod. 6: “eso, eso fue bastante bueno, fue bueno [...], yo no tengo queja de todo el personal [...]”</p> <p>Cod. 8: “pues, muy buena [...] fue súper buena”</p>

	<p>Cod. 8: “[...] el temor que tenía porque la verdad es que tuve muchas crisis[...].”</p> <p>Cod. 9: “[...] me dio duro [...]”.</p> <p>Cod.10: “Entraba en desespero...las horas se hacían largas”</p> <p>Cod.11: “Pesado”</p>		
		<p>IMAGINACIÓN DE MUERTE</p>	<p>Cod 2: “[...] no es nada agradable... porque uno ve muchas cosas hay.”</p> <p>Cod 3: “... siempre han dicho el que entra en uci no sale vivo [...]”</p> <p>Cod 8: “[...]”fue muy traumático... Cuando a uno le mencionan UCI... es...lo peor, el peor estado [...]”</p>

			<p>Cod 9: “[...] nunca pensé estar hospitalizado en UCI... pensé en muchas cosas, pensé que no me iba a parar más,[...] cuando uno llegaba a una uci terminaba...muerto[...]”</p>
		<p>MI VIDA, EL TRABAJO Y LA FAMILIA</p>	<p>Cod.3: “[...] yo estaba trabajando... tuve que renunciar... porque.... es mi vida o el trabajo [...]”</p> <p>Cod.6: “[...] mi familia... no he terminado de criarlos, ni educarlos, [...]”</p> <p>Cod.8: “[...] soy madre cabeza de familia... ¡imagínense!, yo postrada es una cama... y era la que generaba los ingresos.”</p>

		SENTIMIENTOS DE SOLEDAD	<p>Cod.1: “[...] siente uno alejado [...]”</p> <p>Cod.2: “[...] falta de comunicación ... con mis familiares, ... la veía una sola horita al día”</p> <p>Cod.5: “[...] recibir una sola hora de visita...uno quisiera estar más tiempo acompañados [...]”</p> <p>Cod.8: “[...] es difícil no recibir visitas...no pude ver a mis hijos”</p> <p>Cod. 9: “la primera vez si me dio duro porque [...]nunca había estado en un hospital solo”.</p> <p>Cod.10: “... me sentía solo, estaban mucho familiares... y no los dejaban entrar”</p>

		FORTALEZA ESPIRITUAL	<p>Código 1: “espiritualmente se fortalece uno... Dios...es lo que más me fortaleció”</p> <p>Código5: “[...],me invita...a buscar mayor cercanía con Dios... a tener como un crecimiento espiritual [...]”</p> <p>“[...] todos nos aferramos a Dios, [...]”</p> <p>Código8: “Dios...es el que nos da la vida, todos los días me aferraba a Dios, y le pedía por mi recuperación [...]”</p>
		CAMBIOS DE VIDA	<p>Código 1: “[...] valorar... más la vida...si va haber cambios en mi vida... ya no va hacer igual [...]”</p> <p>Código3: “[...] sirve como experiencia,...</p>

		<p>coger medidas más drásticas...de los hábitos alimenticios [...]"</p> <p>Código5: “[...] una situación que le permite a uno hacer un análisis global de lo que ha sido la vida... para generar grandes cambios... hacer grandes análisis a mirar que muchos hábitos que tendrá que comenzar [...]"</p> <p>Código10: “[...]voy a estar más cerca de mi familia y me voy apoyar en ellos”</p>
--	--	---

Fuente: experiencia de paciente egresados de una UCI.