

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PROYECTO DE TESINA  
LA EXPERIENCIA DE INTERNACION DEL SUJETO LÚCIDO  
EN UNIDAD CRÍTICA RELACIONADA AL TIEMPO  
DE ESTADÍA Y EDAD**

Autora: Pomponio, Maira

Directora de Tesina: Lic. Franco, Silvia

Docentes asesores: Dra. Simonetti, Graciela

Lic. Acosta, Simón

Rosario, marzo de 2018

*Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica tesina*

## Resumen

Las unidades de cuidados críticos se encuentran paradójicamente como medio restaurador de salud de un individuo atravesando una crisis circunstancial, pero a su vez, es un medio hostil donde se viven y perciben situaciones que hacen a un deterioro de los aspectos psicológicos, emocionales y afectivos, perjudicando la condición general del paciente y retardando su recuperación. Allí, los pacientes experimentan la pérdida de la salud, de la autonomía, de la vida, de los deseos, de los proyectos y de los vínculos. El objetivo general de la presente investigación es identificar como se relacionan la edad y el tiempo de estadía en la percepción sobre la experiencia de internación en los pacientes lúcidos internados en una unidad de cuidados críticos en un efector público de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del 2018. Para ello, se realizará un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se aplicará un cuestionario de preguntas con respuestas cerradas autoadministrado a los pacientes que hayan sido dados de alta y se encuentren en la sala general de internación seleccionados a través de un muestreo no probabilístico. Los datos serán analizados con la aplicación de pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales.

*Palabras clave: Percepción-Experiencia de internación, UTI, pacientes lúcidos, tiempo de estadía, edad.*

## ÍNDICE GENERAL

|  | Pág. |
|--|------|
| <b>Resumen y Palabras Clave</b>                      | 2    |
| <b>Índice General</b>                                | 3    |
| <b>Introducción</b>                                  | 4    |
| Estado actual de Conocimiento                        | 4    |
| Planteamiento del problema en estudio                | 8    |
| Hipótesis y objetivos                                | 8    |
| <b>Marco Teórico</b>                                 | 9    |
| <b>Material y Métodos</b>                            | 22   |
| Tipo de estudio y Diseño                             | 22   |
| Sitio o Contexto de la Investigación                 | 22   |
| Población y Muestra                                  | 23   |
| Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos | 23   |
| Plan de Análisis                                     | 27   |
| Plan de Trabajo y Cronograma                         | 28   |
| <b>Anexos</b>  |      |
| I. Guía de estudio de Convalidación de Sitio         | 30   |
| II. Instrumento de la recolección de datos           | 31   |
| III. Resultados del estudio exploratorio             | 37   |
| IV. Resultado de la prueba piloto del instrumento    | 39   |
| V. Carta del Dr. Mario Testa                         | 40   |
| <b>Referencias Bibliográficas</b>                    | 48   |

## Introducción

El presente trabajo surgió con la idea de investigar una problemática actual, y vista en la propia experiencia laboral de la autora, con la inquietud de conocer cómo puede influir el entorno del área de cuidado crítico cerrada en el sentir del paciente que se encontró consciente la mayor parte de su estadía.

La terapia intensiva es un área que tiene gran cantidad de equipos para asegurar la asistencia en condiciones críticas de salud, así como, características peculiares en relación a su planta física. Debido a que el cuidado crítico evoluciona constantemente, habiendo lugar a cambios y avances tecnológicos, el personal que se desempeña ahí debe poseer habilidades especializadas para brindar cuidados avanzados.

Dadas las condiciones particulares de este servicio, los esfuerzos están centrados en la atención física, situación entendible ya que el usuario ingresa críticamente enfermo y sus problemas demandan total atención predominando así un modelo centrado en la patología.

Los estímulos que están presentes en el ambiente físico y social de estas unidades, pueden ser fuentes de stress para el paciente, por ejemplo: las camas una a lado de la otra, hecho que permite que el paciente observe todo lo sucedido dentro del ambiente; existencia de expectativas en relación a la presencia de emergencias, interrupción de actividades de rutina por las “urgencias médicas”, presencia de equipos dispuestos próximos a las camas; luminosidad artificial y permanente; no poseer, en su mayoría, ventanas que permitan al paciente acompañar la evolución del día y la existencia de alarmas sonoras y luminosas provenientes del equipos. Así mismo, podemos destacar la pérdida de privacidad debido al hecho de que hombres y mujeres permanecen en el mismo ambiente. Existe la incomodidad debida a la monitorización continua de los signos vitales y actividades cardiacas, ausencia de cualquier actividad de recreación para los pacientes, así como, sucesivas intervenciones por parte del equipo médico y de enfermería.<sup>1</sup>

Según Dolcemaschio, Eliana Andrea y García, José Miguel<sup>2</sup>, para el modelo de Lazarus y Folkman el estrés psicológico es una relación particular entre la persona y el entorno que es apreciado por la persona planteándole excesivas demandas o excediendo a sus recursos y poniendo en peligro su bienestar. El rol del paciente ingresado en una unidad de cuidados críticos es un papel cuyo aprendizaje está fuertemente influenciado por el personal de enfermería.

Los mismos autores mencionan en su trabajo de investigación a Da Silva Manzi, Alessandra, la que sostiene que una Unidad de Cuidados Intensivos tiene una connotación para los pacientes y sus familiares. Es un lugar dirigido a personas que no tienen posibilidades de supervivencia, aislado de la familia y el mundo exterior, donde pierde su identidad como ser humano ante el gran número de equipos de alta tecnología y procedimientos invasivos, causando ansiedad y estrés. Es entonces cuando la enfermera debe estar preparada y ser consciente de su papel como profesional.

A nivel mundial diversos estudios buscan describir estas situaciones donde se plantea conocer distintos enfoques del impacto psicosocial y psicoafectivo de atravesar una estadía en terapia intensiva, aunque no sean específicos del paciente lúcido.

Un estudio desarrollado en la universidad de Londres publicado en la revista *Critical Care*<sup>3</sup> expone que más del 55% de estos pacientes desarrollan trastornos, incluidos altos niveles de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT). El riesgo de desarrollar estas enfermedades se incrementaba dependiendo del tiempo que los pacientes habían pasado sedados y de los fármacos que estaban tomando, por ejemplo, para controlar la presión arterial. También se vio un riesgo entre los pacientes con dificultades para dormir y los que experimentaron alucinaciones y pesadillas.

En el mismo estudio, el doctor David Howell, Director clínico de la unidad de cuidados intensivos del hospital de la Universidad de Londres, expresa que es cierto que no se ha dado suficiente atención a los aspectos psicológicos de la recuperación en terapia intensiva. Agrega que el estudio establece la escala del problema y que la gran pregunta ahora es ¿cómo podemos mejorarlo?. Bob Winter, presidente de la Sociedad de Cuidados Intensivos, que representa a los médicos de este campo en el Reino Unido, afirma la importancia del estudio, expresando que el mismo confirma en algunos casos algo ya conocido dentro del ámbito de los cuidados críticos, que el impacto psicológico que genera se extiende más allá de la estadía en terapia intensiva.

En un estudio realizado para una tesis de especialización de cuidados críticos por Baena Zapata, Victoria y León Ramírez, Sandra<sup>4</sup>, durante el proceso de análisis de los datos obtuvieron 8 categorías principales generadoras de temor dentro de la Uti, las cuales recopilan la información proporcionada por los participantes y descriptas en sus propias palabras así: La cercanía a la muerte, la Unidad de Cuidado Intensivo como lugar frío, la interpretación de lo que escuchan, la imposibilidad de valerse por si mismo, el rol

de la familia durante la hospitalización, las necesidades más allá de lo físico, el papel de los sueños y la incertidumbre sobre las limitaciones en el futuro.

En un estudio sobre las alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos, de P. Gómez-Carretero, V. Monsalve, JF. Soriano, J. de Andrés<sup>5</sup>, cita a diversos estudios sobre el tema, a destacar el de Novaes et al, donde correlacionaron estresores físicos y psicológicos presentes en la UTI con diferentes variables demográficas. Los resultados extraídos a partir de las puntuaciones de los pacientes en la escala de estresores ambientales de la UCI (ICUESS) mostraron que sentir dolor fue considerado el principal estresor, seguido de la incapacidad para dormir y tener tubos en la nariz o la boca, lo cual limita la comunicación y la capacidad de comer, y añade estrés a las privaciones ya experimentadas por los pacientes. El sentimiento de no tener control de uno mismo fue considerado el cuarto en el orden, siendo el primero desde el punto de vista psicológico. El quinto mencionado por los pacientes entre los más importantes fue el estado de restricción por cables, tubuladuras y sondas, situación que se contradice con el estado natural de libertad de movimiento. Según los autores, esta falta de independencia puede generar angustia y sensación de desamparo, y podría ser considerada la principal causa de inestabilidad psicológica en este contexto. Además, identificaron una de las necesidades más importantes de estos pacientes: «saber qué está pasando». Muchos de ellos consideraron que no estaban recibiendo explicaciones sobre el tratamiento y no saber qué iba a pasar se convertía en un estresor, por lo que los autores consideran que cuando los pacientes se encuentran conscientes y bien adaptados prefieren conocer y participar en todas las decisiones del equipo médico.

En el estudio de Price<sup>6</sup>, relacionado con el cuidado psicológico de los pacientes de la UCI, se valoraron las experiencias de 12 enfermeras que trabajaban en estas Unidades, con las necesidades psicológicas de los pacientes mediante una entrevista semiestructurada. El análisis de los datos dio lugar al desarrollo de 6 categorías sobre aspectos del cuidado psicológico:

- Efectos en los pacientes, las participantes resaltaron los efectos físicos y emocionales de los pacientes durante su estancia en la UCI, que se manifestaron a través de estados de depresión y agitación/ansiedad.
- Factores ambientales, la privación sensorial, el ruido excesivo o repentino y la luz, los cuales, en opinión de las participantes, podrían ser evitados.

- Educación y actitudes de las enfermeras, las participantes sintieron que las enfermeras son, generalmente, poco capaces de reconocer y tratar las necesidades psicológicas de los pacientes y que las actitudes del personal pueden afectar al cuidado psicológico. Además, también consideraron que la formación en la UCI tendía a focalizarse en los aspectos técnicos del cuidado, dejando pocas oportunidades de explorar las necesidades psicológicas;
- Factores que afectan a la valoración psicológica, las participantes consideraron que los métodos de valoración y la información proporcionada por los familiares ayudaban en la valoración, mientras que el estado emocional del paciente y los factores dependientes del personal tendían a entorpecerla.
- Factores que afectan la comunicación, las participantes creyeron que la comunicación es importante tanto para pacientes conscientes como inconscientes.
- Efectos de la familia, se enfatizó la importancia de los familiares en comunicarse con el paciente y tranquilizarle, y las participantes consideraron que era positivo involucrar a los familiares en el cuidado.

Otras condiciones a tener en cuenta según el estudio son, el estado emocional previo a la internación, las alteraciones emocionales desarrolladas durante la estancia en la misma, la ansiedad generada por perder el monitoreo continuo al pasar a una Sala de menor complejidad y el impacto emocional que genera, llegando a desarrollar trastorno de estrés postraumático.

Luego de conocer en breve que es y quiénes están internados en una terapia intensiva, se orientará a ver qué es lo que vive un paciente que se encuentra consciente y lúcido durante su estadía. En la sección de anexos se encuentra una carta del médico sanitarista Mario Testa (ver anexo V), donde narra claramente su vivencia siendo paciente dentro de un área de atención a pacientes críticos. En la misma relata aspectos relacionados a la relación y comunicación con los profesionales que lo atendían, la familia, rutinas propias de la hospitalización y otras situaciones.

A raíz de todo lo expuesto surge la necesidad de responder ¿Cuál es la relación que existe entre la experiencia de internación percibida por el sujeto adulto lúcido internado en una Unidad de terapia intensiva según el tiempo de estadía y edad en un efector público de la ciudad de Rosario en el primer semestre del 2018?

De esta manera, se evidencia como hipótesis, que la percepción de la experiencia de internación en una unidad de cuidados críticos de un paciente adulto lúcido será más negativa a mayor tiempo de estadía y edad.

Es el propósito de esta investigación entender como el paciente se siente pudiendo ayudar al equipo de enfermería a definir cuáles son los factores de stress en la unidad, favoreciendo para a la construcción de protocolos que transformen el sector en un espacio más adecuado y agradable, brindando atención integral certera, humanizada y de mejor calidad.

El objetivo general es Identificar la relación entre la edad y el tiempo de estadía en la percepción sobre la experiencia de internación en los pacientes adultos lúcidos internados en una unidad de terapias intensiva en un efector de la ciudad de Rosario durante el primer semestre de 2018. Y para lograrlo se propone como objetivos específicos:

- Conocer qué factores son generadores de temor durante su estadía.
- Describir situaciones y elementos que le producen incomodidad.
- Identificar los distintos elementos del espacio físico que actúan generando percepciones sensoriales.
- Delimitar los aspectos de la organización de la visita que influyen en la experiencia de internación.
- Identificar los elementos de la relación del paciente con los profesionales.
- Identificar si la edad cronológica modifica en la percepción de la internación en una unidad crítica.
- Describir si el tiempo de estadía modifica sobre la percepción de la internación en una unidad crítica.

## **Marco teórico**

Es fundamental para empezar a conocer lo que percibe el paciente lúcido, lo que es una unidad de terapia intensiva, citando la definición de la SATI<sup>7</sup> (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva).

“Las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o áreas de Cuidados Críticos, son lugares dentro de un hospital, o clínica, o sanatorio, en los que se tratan pacientes con enfermedades que amenazan la vida. Estos pacientes gravemente enfermos necesitan no sólo tratamientos adecuados, sino monitoreo continuo y soporte constante, por medio de equipos y drogas que mantengan las funciones del organismo. En las UTI trabajan una gran cantidad de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, muy entrenados en cuidar a estos pacientes, que son los más graves entre los internados en un hospital”.

Según la SATI<sup>8</sup>, en la Argentina, los médicos/as especialistas en Terapia Intensiva, o intensivistas, son los que se han formado y entrenado para dirigir el cuidado y el tratamiento de los pacientes más gravemente enfermos, o que han sufrido grandes traumatismos o accidentes, sean adultos o niños. Cuando un paciente ingrese a una sala de terapia intensiva, será manejado por un equipo experto en Terapia Intensiva, conformado esencialmente por los médicos/as intensivistas y los enfermeros/as; juntos, son quienes poseen la visión más completa y actualizada del paciente. Los ejemplos más frecuentes de enfermedades críticas que llevan a ser admitidos a una UTI son: los accidentes cerebrovasculares, las complicaciones de la cirugía, la neumonía, los ataques cardíacos, los traumatismos importantes como los que ocurren por accidentes de tránsito, las caídas desde alturas, las quemaduras extensas, las heridas por armas de fuego, los accidentes industriales, los episodios de violencia, envenenamientos, y otros. Los pacientes a los que se les practican grandes cirugías también pueden ingresar a las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para monitorear la aparición de complicaciones, detectándolas y tratándolas lo más precozmente posible.

El complejo nivel de monitoreo de las UTI ayudan a prevenir o a tratar precozmente complicaciones. En estas salas se puede encontrar equipamiento diverso que reemplaza las funciones vitales y tecnología amplia para un control exhaustivo de los pacientes. Es importante remarcar que no todos los pacientes se beneficiarán con el ingreso a la UTI. Hay pacientes con enfermedades, llamadas “terminales”, en los que no hay cura posible. En estos casos, lo mejor es ofrecer una opción de internación fuera de la UTI, en la que se brinde máximo confort, tratando el dolor o la falta de aire, con posibilidad de acompañamiento permanente de sus seres queridos.<sup>9</sup>

Volviendo al trabajo de Dolcemaschio y García<sup>10</sup> en el mismo se mencionan varios aspectos a considerar. Que no es común encontrar una distribución programada según el estado de conciencia de los pacientes, por lo tanto se los ubican en lugares disponibles quedando expuestos a ver a los otros. Además se observa que en las intervenciones de urgencia, en general se colocan biombos para separar y apartar estos pacientes. De esta manera los pacientes lúcidos, ya sensibles y vulnerables por su situación de salud, quedan expuestos, aumentando los episodios de Hipertensión, situaciones de Estrés y ansiedad por presenciar situaciones traumáticas.

Las mismas autoras definen también en cuanto a infraestructura, si no hay iluminación natural, es más probable que se origine una desorientación temporal. La luz artificial es de gran intensidad. La hay en general y en la cabecera de cada unidad. Es característica del servicio que suenen las alarmas de los monitores o ventiladores, a veces indicando la alteración de alguna funcionalidad en observación (signos vitales), en otras oportunidades se debe a que indica funciones alteradas de los dispositivos (descarga de batería, obstrucción de perfus o tubuladuras). Para los pacientes lúcidos esto suele resultar molesto debido a que perturba su tranquilidad e incrementa sus miedos en relación al servicio. Las camas son en su totalidad altas (aproximadamente 1.20 metros), lo cual obliga que los pacientes solo puedan bajarse de ellas utilizando una escalera, también cuentan con barandas de ambos lados para protegerlos de caídas o golpes, esto incrementa muchas veces el sentido de pérdida de libertad y exceso de control hacia la persona lucida, ya que pese a su estado de lucidez las barandas permanecen elevadas y es dificultoso bajarlas por sus propios medios.

Se menciona también en el trabajo de ellas, que, con respecto a las rutinas que se utilizan, el paciente debe permanecer sin ropa y monitorizado de manera permanente; muchos de ellos sienten esto como una invasión constante y muestran recelo de esta práctica, ya sea por el sentido de desnudez o por la falta de privacidad debido al excesivo control por parte de los profesionales. Esto se justifica dentro de la unidad debido a que prevé que en una situación de emergencia, por citar un caso, un paro cardiaco, elimina un obstáculo al requerir rápida intervención clínica como el uso del cardiodesfibrilador directamente sobre la piel del paciente. Respecto a los procedimientos, la mayoría tienen catéter venoso central. Cuando se realiza un procedimiento invasivo como catéter venoso, central o periférico, sonda vesical, puede cuestionar el porqué se le coloca. El horario de visitas es estricto. El ingreso de visitas también es estricto y se restringe, reclaman mayor tiempo, ya que están todo el día solos en relación a sus familiares y el

tiempo no es suficiente. Un factor común entre este tipo de pacientes es la sensación de soledad y miedo que persiste frente a esta normativa, a veces posterior a la salida de los familiares, muchos registran alteraciones en sus signos vitales.

Por otro lado, Dolcemaschio y García<sup>11</sup> comentan sobre situaciones relacionadas a la higiene y confort: Los baños se realizan exclusivamente en la unidad, debido a que no hay baño para pacientes. La micción y deposición queda reducida al uso del orinal o la chata. Los baños se realizan en las unidades (baños en cama). Estos se dividen en los diferentes turnos según la cantidad de pacientes, con la salvedad de que no se respeta el turno por una necesidad que surja en el mismo. Esto genera o incrementa en algunos pacientes el sentimiento de pérdida total independencia y privacidad, mayoritariamente los que se pueden movilizar, porque a veces la sensación de bienestar de ellos se contradice al cuidado de enfermería, particularmente cuando se le niega por protección.

Con respecto a la Atención de Enfermería, es decir a los cuidados brindados por los enfermeros y enfermeras a los pacientes hospitalizados en unidades críticas, encontramos que: Los horarios de medicación, son preestablecidos por el consenso común de la práctica laboral, es decir algunas medicaciones indicadas cada 8 hs. siempre son realizadas a las 7am., 15pm. y 23pm. por citar un ejemplo, estos horarios suelen ser empleados por la rutina del trabajo, sin respetar el sueño y descanso más que por un protocolo específico. Los horarios son indiferentes al tipo de paciente internado, esto implica que si una medicación se tiene que realizar a las 4am. y esto significa despertar al paciente, lo mismo se realiza. Depende de la predisposición del enfermero para permitir que pacientes lúcidos se sienten al costado de la cama, para alimentarse o solo para cambiar de posición, ya que han referido que a veces están demasiado ocupados “con otros pacientes más delicados, como para estar al pendiente de ellos”, como se menciona anteriormente, las barandas de las camas no se bajan con facilidad para el paciente que se encuentra en ella. Los profesionales que se desempeñan en esta área generalmente, al estar acostumbrados a tratar con pacientes que por su estado no “dialogan”, cuando interactúan con pacientes lúcidos, no le brindan el tiempo adecuado para el dialogo y escuchar sus dudas. El paciente lúcido al exponer lo que quiere, ya causa un quiebre de la estructura propia de trabajo y resulta en muchos casos una molestia.<sup>11</sup>

En dichas unidades, de características físicas y técnicas particulares, se conjugan varios aspectos que conforman una atmósfera psicológica especial y poco usual, lo cual

genera algunos efectos en el paciente; de ahí que su ingreso a la UTI, frecuentemente constituye una experiencia nueva, única, a veces atemorizante y cobra especial relevancia la adaptación a este nuevo estado y sistema de vida. Partiendo de su connotación física y psicológica, en el enfermo crítico se consideran dos sistemas de interacción presentes durante su hospitalización en UTI; es así como los aspectos físicos y psíquicos dentro del mismo sujeto, pueden facilitar o hacer más compleja la recuperación de su enfermedad. Por otra parte, el sistema interindividual se define como la relación del paciente con el mundo y en este caso particular, el mundo del paciente se reduce al ambiente físico de la unidad en que está hospitalizado y al personal. Así mismo, durante dicho proceso de hospitalización surge la relación “enfermera – paciente”, la cual posee energía propia, capaz de producir influencia positiva o negativa en el enfermo. En este ámbito los pacientes en general, experimentan muchos temores relacionados con su situación de salud, porque desconocen el curso de la enfermedad, experimentan dolor físico y sufrimiento, en algunos casos se ven enfrentados a la pérdida de partes del cuerpo y a la invalidez, entre otros; pero el estar en relación activa con una o varias personas que comparten con ellos, que reciban sus confidencias, que los escuchen, ya representa un importante alivio.<sup>12</sup>

Conociendo ya un poco más de cómo se vive estando internado en la terapia intensiva, se desarrollan las sensaciones.

“El concepto de temor puede estar definido desde varios puntos de vista pero inicialmente es considerado como un estado en el que una persona o grupo de personas experimenta una sensación de trastorno fisiológico o emocional en relación con una fuente identificable que se percibe como peligrosa”.<sup>13</sup>

El temor como diagnóstico de enfermería fue establecido en 1973, modificado posteriormente en 1980 y revisado entre 1996 y 2000 por la NANDA<sup>14</sup>, definiéndolo como la respuesta a la percepción de una amenaza que es reconocida conscientemente como un peligro, otorgándosele características definitorias para su identificación, entre las cuales se describen las fisiológicas tales como: aumento del pulso, anorexia, náuseas, vómito, diarrea, tirantez muscular, fatiga, aumento de la frecuencia respiratoria, palidez, aumento de la transpiración, aumento de la presión arterial sistólica, dilatación pupilar, sequedad bucal; las conductuales tales como: aumento del estado de alerta, conductas de evasión o de ataque, e irreflexión; y las cognitivas tales como: interpretación de estímulos como una amenaza, identificación del objeto del miedo, disminución de la productividad, el aprendizaje y la capacidad para solucionar problemas.

A su vez, el temor es asociado a una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que este produce, generando consecuencias tales como la presencia de convalecencia prolongada, mal control del dolor con analgésicos, actitudes inadecuadas con respecto al cuidado de la propia enfermedad y complicaciones orgánicas.<sup>15</sup>

Partiendo de estos conceptos y deduciendo que el miedo puede modificar el estado de un individuo ya sea por algo interior o exterior, real o ficcional, el Diccionario Oxford de la Mente argumenta que las causas principales del miedo son la exposición a una estimulación traumática, la exposición repetida a una exposición traumática, la observación directa o indirecta de personas que muestran miedo y la recepción de información que lo provoca. Es frecuente que el personal asistencial presente confusión con respecto a diferentes conceptos como son el temor, la ansiedad y las fobias, entre otros.<sup>16</sup>

Según Gómez<sup>17</sup>, el miedo a la muerte es un asunto cultural y por lo tanto, aprendido socialmente. La intensidad del miedo varía con el sistema cultural, la creencia religiosa y el momento histórico. El miedo a la muerte es un sentimiento universal que debe revestir una multitud de formas, algunas de las cuales están con seguridad fuera del alcance del lenguaje humano. La cercanía a la muerte propia o del otro paciente que está próximo a su habitación, conduce al temor en la medida que desde su cama observa la actitud del personal asistencial en una situación de emergencia y los gestos de angustia o tristeza de los acompañantes

Las teorías psicoanalíticas enuncian el fuerte instinto desarrollado en el hombre de conservación de la vida y consecuentemente de miedo a perderla. De este instinto arraigado a la vida provienen el miedo y la angustia frente a su existencia y al momento siempre desconocido en que ocurrirá su muerte o la de las personas cercanas afectivamente. El dolor se asocia según los participantes, como un factor que evidencia cercanía a la muerte haciendo mayor el temor durante su estancia en la unidad. Sumado al temor a la muerte surge el temor al dolor o al sufrimiento principalmente en el momento de morir, el cual se percibe en diferente intensidad de acuerdo a la severidad de la enfermedad y la personalidad del paciente que en algunos casos le predispone a sentir mayor intranquilidad y dolor.<sup>18</sup>

Afirma Gómez<sup>19</sup>, que actualmente el ser humano forma utopías como evitar el dolor, sufrir poco, morir rápida, indolora y dignamente. De ahí que el morir y la muerte provoquen en el individuo actitudes y conductas de evitación, rechazo o huida. Esta respuesta de rechazo o huida, es según Levine<sup>20</sup>, la más primitiva que se presenta en el

individuo, cuando se siente amenazado, exista o no un peligro real. Por tal razón la hospitalización, la enfermedad y las experiencias nuevas hacen que el individuo asuma un estado de alerta, para buscar más información y garantizar su seguridad y bienestar.

Existen sentimientos muy marcados de invalidez y dependencia; la pérdida de la privacidad y del poder de toma de decisiones que les genera impotencia y frustración. Al respecto, Jiménez<sup>21</sup>, señala que el paciente ve alterado su autoestima y se producen cambios emocionales intensos que requieren de reajustes. Estos cambios, para Moro<sup>22</sup> repercuten en las necesidades de seguridad y pertenencia, en la que un medio extraño, con una serie de normas y a veces falta de privacidad, potencia los sentimientos de inferioridad, aparecen sentimientos de culpa que aumentan con el tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido durante la hospitalización. Dicha pérdida de la privacidad repercute en el confort del paciente tornándose incómodo la solicitud de asistencia en actividades tales como el baño o necesidades de eliminación. El paciente manifiesta incomodidad en la medida que otras personas desconocidas para él deben asistirlo en actividades como el baño, el cambio de pañal, la asistencia a las necesidades de eliminación, entre otras, sintiéndose expuesto ante ellos.

Rodríguez<sup>23</sup>, identifica la falta de intimidad como uno de los factores que influyen en la autonomía inherente a la hospitalización, definida como "toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva". Ésta se ve de alguna manera vulnerada en el paciente hospitalizado, Vacarezza<sup>24</sup>, afirma que se manifiesta desde la invasión no sólo al espacio territorial, reducido a una cama, sino también al ser examinado en su unidad por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas. Pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la desnudez y el pudor del otro.

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

quejidos, voces desconocidas, preguntas e instrucciones del personal, son estímulos presentes.

El temor también está ligado fuertemente al horario de visitas y a la sensación de soledad manifiesta durante su estancia. Es así como la soledad y el manejo del “tiempo libre” genera un mayor nivel de ansiedad y angustia. Sin embargo, el estar en relación activa con una o varias personas que comparten con ellos, que reciban sus confidencias, que los escuchen, ya representa un importante alivio psicológico pero en muchos casos los pacientes sienten temor de compartir sus temores con sus familiares pues no quieren inquietarlos, preocuparlos o causarles más sufrimiento, lo cual representa algo así como una condena a sufrir en silencio, cuyo resultado es una notoria y dolorosa reducción en la comunicación, con la consiguiente sensación de aislamiento .

Otro factor relacionado con el temor expresado por los participantes hace referencia a la impotencia inherente a su rol de paciente; es así como surge el miedo a sentirse como una carga para la familia y a la incapacidad de respaldarlos emocional, física y económicamente ante las situaciones adversas que pudieran vivir durante su estancia en la UCI. Durante su proceso de enfermedad, adquieren temor a perder la capacidad de decidir sobre sí mismos, de comunicarse y a entregar esa responsabilidad a sus familiares más cercanos

En enfermería el acto de cuidado se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas. Martínez<sup>25</sup>, define la comunicación como una de las potencialidades de la persona, es un salirme de mí para comprender al otro, para consentirlo, ayudarlo ó por lo menos acompañarlo. De tal forma que lo primero que debe hacer el personal de salud es escuchar al paciente, conocer a la persona que es el paciente, dar origen a una relación de confianza y cooperación además de que el acto en sí ya es terapéutico. Durante su estancia en la unidad, son conocedores de ciertos aspectos del estado de salud de quienes están hospitalizados allí, lo cual les genera más intranquilidad y temor ya que consideran que dichas circunstancias son aplicables a todos los pacientes.

Cuando los pacientes identifican en el personal de salud actitudes de desmotivación hacia su trabajo, así como también el desarrollo de actividades rutinarias y monotonía en su desempeño, lo cual desencadenaba un cuidado despersonalizado, se sentían como un “objeto” de trabajo y no como individuos al cuidado de otros.

La conducta del personal de salud durante el desempeño de las actividades de cuidado, es evaluada continuamente por los participantes, los cuales identifican la calidad de servicio recibido destacando el impacto negativo que tiene la actitud de rutina y despersonalización en el cuidado. La relación entre los prestadores de atención y el paciente receptor de los servicios influye en estos últimos, especialmente en la interacción que se gesta con el médico y las enfermeras

El paciente en estado crítico cuenta con un entorno que en ocasiones favorece la comunicación interior. Surge la necesidad de saber y entender lo que ha cambiado en su cuerpo; recurre a la experiencia y conocimiento del personal que lo atiende, analiza el comportamiento de los síntomas, evalúa los cambios que tiene durante el curso del día. Valora las posibles repercusiones, el tiempo que podrá durar el problema, las dificultades que surgen para su trabajo, los costos que podrá tener el atenderlo y las actividades que tendrá que posponer, entre otras. Cuando se adquiere la palabra, se origina el léxico que expresa las percepciones de cansancio, malestar, ardor o dolor; se comunican síntomas físicos junto a las expresiones gestuales y los cambios de conducta. Cada uno se vuelve intérprete y traductor de su cuerpo con un fin concreto: buscar alivio. Quien enferma está en situación de necesidad y dependencia de otros y para lograr ayuda, la comunicación es fundamental. Es importante destacar que al tener conciencia de su situación y percibir que no son autosuficientes como antes, los pacientes pueden sentirse amenazados, deprimidos, ansiosos o temerosos. Según Martín<sup>26</sup>, la gente difiere en su habilidad y deseo para aceptar el papel de paciente. El diálogo terapéutico cambia el estado de consciencia del sujeto frente a sí mismo; superando la frecuente percepción de víctima que hace del paciente un ser inválido y dependiente, y a su vez, superando la posición de redentor que hace del profesional un ser autoritario y dominante. El diálogo cambia la idea de enfermedad como castigo o desgracia, tornándola en oportunidad para la comprensión de la situación humana; además, trasciende la alienante visión del cuerpo como objeto patológico y lo revela como corporeidad, que reconoce al sujeto como ser en situación, protagonista y creador de su realidad.

Existen ciertas situaciones que se presentan durante la atención que se brinda al paciente hospitalizado y que tal vez, asociados a la masificación y complejidad creciente

de la atención de salud, no sean analizados con la frecuencia y profundidad que merecen, y que pueden ser considerados manifestaciones de agresión o violencia. Para Iceta y Goic<sup>27</sup>, esto se ha presentado en la medida que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud, tornándose fría e impersonal, lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo de tipo despersonalizado.

Los participantes refieren requerir soporte espiritual y emocional como un eje más del cuidado integral. Se destaca la necesidad de proyectarse con una imagen que refleje higiene, confort y belleza, siendo parte fundamental del cuidado básico y acicalamiento. Según Martínez<sup>28</sup>, la condición de hospitalización hace al individuo vulnerable a variados estímulos, no sólo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y de las relaciones que se establecen durante la hospitalización, en la que adopta o pasa a ser incluido en el "status de paciente". Diversos autores identifican aspectos o preocupaciones que aparecen esenciales en los pacientes expuestos a alguna enfermedad, entre éstos se encuentran: la consideración por sus valores, adecuada comunicación y educación, respeto, cuidados integrados, apoyo emocional, alivio de miedos, ansiedades, trato amable, un clima de confianza y adecuada disposición. Se reconocen además aquellos atributos negativos que son identificados en el personal de salud, tales como: agresividad y mal carácter, descuido, indiferencia y falta de compromiso. Otros aspectos relacionados con el cuidado de enfermería enuncian la importancia de reconocer que la condición de salud en la que se encuentran los pacientes críticos requiere de un cuidado especializado continuo y que en la UCI se encuentran las personas con mayores necesidades de cuidado en una institución de salud: La calidad en la atención se asoció igualmente con la empatía entre el personal asistencial y los participantes, manifestando recibir un mejor trato para la familia y mayor flexibilidad en el horario de las visitas.<sup>29</sup>

Llegando a concluir que por la diversidad de aspectos que confluyen en lo que significa la experiencia de internación, se toman aspectos para fundamentar el marco teórico de este proyecto de varias teorías de enfermería, pero sobre todo de dos modelos, el de la adaptación de Sor Callista Roy y el de la teoría psicodinámica de Peplau.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales: Paciente, Meta, Salud, Entorno, Dirección de las actividades.

Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable. Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados. Y al Entorno como todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.<sup>30</sup>

“El modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno. Ayuda a una prioridad, a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación”.<sup>31</sup>

Desde la teoría de Peplau<sup>32</sup>, conferir significado a la relación enfermera paciente y que el cuidado sea digno dentro de un contexto tecnológico, centrado en el paciente y no en lo accesorio, solo requiere del encuentro entre un profesional con formación humanista, es decir, capaz de elegir sus fines, y decidir cuáles son los medios más idóneos para conseguirlos, transformando, si es necesario, su propio medio y cambiándose a sí mismo, y el paciente con confianza en el personal que lo atiende. La calidad del encuentro entre la enfermera y el paciente hace la diferencia entre una práctica humanizada y otra instrumental, por esto, una relación interpersonal más allá de la ejecución de procedimientos y técnicas, es como lo explica Peplau, una oportunidad de crecimiento y maduración para el paciente y la propia enfermera. La teoría de las relaciones interpersonales, puede servir como pilar en el cual sustentar las actuaciones de enfermería y conferir significado a su relación con el paciente.

Se apoya en los cuidados de la enfermería psicodinámica, para ello hay que comprender nuestra conducta para poder ayudar a los demás e identificar los problemas que sienten aplicando los principios de las relaciones humanas a las dificultades que surjan en todos los grados de experiencia. Peplau desarrolla su modelo a través de la descripción de los conceptos estructurales del proceso interpersonal; ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermero durante el

proceso interpersonal, al que define como terapéutico, y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje.<sup>33</sup>

Para Peplau<sup>34</sup>, la enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria. Su obra produjo gran impacto, probablemente fue la primera que desarrolló un modelo teórico utilizando conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento. Permitted que las enfermeras ampliaran su campo de intervención, definiendo el modelo en el que el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos y los comportamientos pudieran ser explotados e incorporados a las intervenciones de la enfermería. La autora ha descrito cuatro fases para conceptualizar el proceso de interrelación personal: Orientación, identificación, explotación y resolución. Además, identificó seis roles o funciones de la enfermería que surgen en las distintas fases de la relación entre el profesional y el paciente. Refiriéndose a los roles, está el rol del Extraño que la autora afirma que es el primero que se interpreta, donde la enfermera no deberá prejuzgarlo y aceptarlo como es. El rol de la enfermera: Recurso, la misma ofrece respuestas concretas, donde determina el tipo apropiado para un aprendizaje constructivo, ya sea a través de respuestas fácticas o de asesoramiento. El rol del docente divide la enseñanza en una instructiva, que consiste en dar información; y la experiencial, que se refiere a la experiencia del alumno como base donde se apoyan los productos del aprendizaje. Rol del liderazgo, este implica un proceso democrático, donde la enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y participación activa. Rol de sustituto, en esta fase tanto el paciente como la enfermera definen áreas de dependencia, independencia y finalmente de interdependencia. Por último el rol de asesoramiento guarda un importante caudal, Peplau sostiene que el fin de las técnicas interpersonales es ayudar al paciente a recordar y entender lo que le está ocurriendo en la situación actual, de manera que pueda integrar su vivencia en lugar de dissociarla de otras experiencias de su vida. La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere atención de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Este modelo, publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases, ya mencionadas, en la relación entre enfermera y paciente: orientación, identificación, explotación, y resolución. Peplau reconoce la ciencia de Enfermería como una ciencia

humana, que centra el cuidado en la relación interpersonal. Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema. En la fase de identificación, la enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad. En la fase de explotación, el paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación, y por último, en la de resolución, las antiguas metas se van dejando gradualmente.<sup>35</sup>

En este modelo la enfermería se describe como un importante proceso terapéutico interpersonal. Actúa de manera coordinada con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades. El concepto de entorno está visto como las fuerzas existentes fuera del organismo y en el contexto de la cultura, a partir del cual se adquieren los gustos, hábitos y creencias. La persona como ser humano es un organismo que vive en una situación de equilibrio inestable, y el concepto de salud simboliza el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria. Paralelamente, hay que considerar que la naturaleza del trabajo en estas unidades, genera agotamiento en las enfermeras o enfermeros ya que le demandan gran esfuerzo físico o psicológico. En este respecto, coincidimos con Pérez Jauregui<sup>36</sup>, quien plantea que estos terapeutas deben convivir con múltiples factores que producen stress, comprometiendo de manera progresiva el cuidado que prestan. Entre estos factores encontramos la diversidad de cuadros patológicos que requieren atención, las relaciones interpersonales deshumanizadas y despersonalizadas dentro del equipo multidisciplinario, la demanda permanente de conocimientos que deben ser actualizados, tanto en lo que hace a los cuidados como al manejo de nuevas tecnologías y las diversas situaciones de conflicto ético ante el cuidado de la salud, la enfermedad y la muerte inminente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **TIPO DE ESTUDIO.**

El tipo de estudio a realizarse será observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Será observacional descriptivo ya que las variables son estudiadas tal como se presentan en la realidad, sin manipulación por parte del investigador, y cuyo objeto es describir como es la situación de las variables en estudio pudiendo sugerir la presencia de asociación entre ellas. Transversal, porque se realiza una única medición de la variable en un solo momento temporal y prospectivo, porque si bien se estudian fenómenos percibidos por los pacientes de adultos lucidos de una unidad crítica que ya ocurrieron, la información se registrara según ocurran los hechos.

## **SITIO O CONTEXTO DE LA INVESTIGACION**

Luego de aplicar una guía de convalidación de sitio (ver anexo I) en las dos sala de Cuidados intermedios del adulto, y tras los resultados del estudio exploratorio (ver anexo II) se seleccionó solo uno por contar con mejores requisitos para medir las variables en estudio. No se ha comparado con salas de otra institución. Se elige como sitio para llevar a cabo el proyecto la Unidad de Cuidados Intermedios del adulto (UCIM) del segundo piso. Es allí donde encontramos la mayor cantidad de pacientes que son dados de alta de la UTI.

Se solicitó permiso en una carta para las autoridades detallando las variables pertinentes al estudio donde también se especificó el anonimato de los datos obtenidos. Se eligió la UCIM del segundo piso del Hospital Público de Rosario, dependiente del ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, porque en su mayoría, los pacientes que salen de alta de la terapia intensiva pasan lo que resta de su internación en ese servicio. Los pacientes allí pueden dialogar de manera más liberal, sin quedar expuestos a que, por temor, sean mal interpretados los aspectos negativos percibidos de su estadía en terapia.

Para dicha investigación, el escenario donde investigara, será un efector público de la ciudad de Rosario, el Hospital Provincial, que cuenta con una Unidad de cuidados Críticos del Adulto, polivalente, con capacidad para 13 pacientes.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

Pertenecerán al estudio cada uno de los pacientes adultos que hayan estado internados en la terapia intensiva y cumplan con los criterios de inclusión que ingresen a la Ucim II entre el primero de febrero y el 30 de abril de 2018.

Criterios de inclusión

- Quienes tengan registrado en su historia clínica más del 70% de días de estadía en terapia sin coma farmacológico y un score de glasgow 15/15.

Criterios de exclusión:

- Que vengan a la sala derivados de una Uti de otra institución.
- Que tengan secuelas cognitivas
- Que sufran de alguna incapacidad tal como la ceguera o la hipoacusia.

Los resultados son solo generalizables a la población en estudio, por las características del mismo, donde las experiencias y sentimientos son propios de cada paciente entrevistado.

Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo para la prueba piloto del instrumento, con un total de ocho entrevistas conseguida en un mes.

Se toma como parámetro de referencia datos del servicio de estadística del hospital del primer semestre de año 2017, 205 son los pacientes que pasan a sala general de los cuales según los registros del report de enfermería de la UCIM II, recibieron 125 desde la terapia de adultos. Por ello se estima que en tres meses se podrán tomar como población entre 30 o 50 aproximadamente.

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

Como instrumento se utilizara un cuestionario previamente elaborado por la autora de la presente investigación con preguntas cerradas y respuestas de elección múltiple, donde se buscará reflejar la percepción sobre la propia experiencia de internación de los pacientes que atravesaron lúcidos la mayor parte de su internación en una terapia intensiva, y su relación con la edad y el tiempo de estadía (ver anexo II) Las razones para elegir su formato fueron el poder facilitar su aplicación y respuesta individual, con información precisa.

La recolección de los datos se efectuará en algún momento consensuado con la institución, luego de obtener la autorización, se consensuará con el personal de la sala de cuidados intermedios, el momento de hacerlo para que no interfiera con la atención a los pacientes ni las rutinas diarias. Teniendo en cuenta el estudio de convalidación de sitio se propondrá el horario de las once de la mañana, donde los pacientes ya hayan desayunado, no molestar con momentos de higiene personal y de los otros pacientes, es un horario con menos cantidad de actividades de rutina programadas y interfiere con el horario de visita.

Como entrevistador a cargo de la recolección de datos lo hará la autora del estudio. Se buscará asesoramiento del servicio de psicología para realizar preguntas que puedan generar susceptibilidades, previa revisión del mismo en conjunto. No pertenecerán al estudio los pacientes elegidos para la prueba piloto del instrumento. La misma fue desarrollada mientras se elabora este proyecto, arrojando los resultados que se ven en el anexo IV.

El instrumento se brindará durante una entrevista personal. A los pacientes que decidan participar, se les dará las instrucciones sobre cómo llenar el instrumento, donde se explicará que pondrán puntos según la escala asignada a lo que percibieron durante su estadía. Cuenta el instrumento con un consentimiento informado.

Se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas respetando los principios de beneficencia/ no maleficencia, autodeterminación y justicia:

- Los participantes recibieron información acerca de los objetivos del estudio con la explicación detallada.
- La participación fue voluntaria, de manera personal y anónima.
- El participante podría retirarse en el momento que lo deseara.
- La información siempre tendrá un manejo confidencial. Solo será revisada por la investigadora.

El instrumento responde a la siguiente operacionalización, midiendo las 5 dimensiones de la experiencia de internación (Temores, Incomodidades, Percepciones sensoriales, Organización de la visita y Trato percibido) en 5 tablas, con respuestas cerradas, medidas con escala de Lickert. La edad será la referida por el paciente en el momento de la entrevista y el tiempo de estadía en terapia intensiva se cotejará con la historia clínica.

Las entrevistas de los pacientes que hayan ingresado a la UCIM II cumpliendo los requisitos del estudio, durante el mes de enero de 2018 serán parte de la muestra para la prueba piloto del instrumento.

Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo para la prueba piloto del instrumento, con un total de ocho entrevistas conseguida en un mes. Como desventajas del instrumento, se consideró que puede ser la dificultad para comprender el sistema de respuesta. La ventaja es que si lo ha comprendido bien es dinámico y breve. Al realizarse de forma privada se evitan sesgos en las respuestas.

## **OPERACIONALIZACIÓN Y DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES**

### **PERCEPCIÓN SOBRE LA EXPERIENCIA DE INTERNACION:**

La experiencia es entendida como vivencia de las personas frente a una situación particular que es trascendente en su vida. En otras palabras es comprender la situación de quienes han tenido esta vivencia y adjudicarlo a un significado, en este caso, la percepción de la experiencia de la hospitalización del paciente que permanece lúcido en UTI. Es una variable dependiente, cualitativa.

### **DIMENSIONES DE EXPERIENCIA DE INTERNACION:**

#### **1. TEMORES**

- Le ha provocado temor la posibilidad de morir.

- Le ha provocado temor ver morir a otros.
- Siente temor a quedar incapacitado.
- Siente temor a estar solo.
- Teme sentir dolor.
- Le produce temor ver el dolor de los demás.
- Le produce temor sentir que no tiene control sobre ud. Mismo.

## 2. INCOMODIDADES

- Se siente incómodo en la cama.
- Se siente limitado dentro de la cama.
- Siente que es muy difícil cambiar de posiciones.
- Se siente incómodo haciendo sus necesidades en la cama.
- Se siente incómodo al depender del profesional para el baño.
- Se siente incómodo al estar desnudo.
- Se siente incómodo al tener que pedir que le alcancen las cosas.
- Se siente incómodo por la falta de privacidad.
- Se siente incómodo cuando es despertado.

## 3. PERCEPCIONES SENSORIALES

- Siente molestias por la diversidad de sonidos (alarmas, monitores, profesionales hablando, equipos de succión prendidos, fugas de aire, gemidos de otros pacientes).
- Siente molestias por olores de excretas propias y de los otros pacientes
- Siente molestias por las luces prendidas las 24 hs.
- Siente que no lo logra dormir por los estímulos del entorno.
- Siente incomodidad con la temperatura ambiental.

## 4. ORGANIZACIÓN DE LA VISITA

- Siente que el tiempo de visitas es poco.
- Siente que el número de visitas es poco.
- Siente que la cantidad de familiares y amigos que pueden pasar es limitada.
- Siente que su familiar no cuenta con información suficiente sobre su situación y pronóstico.
- Siente que recibe la familia recibe la información apropiada de todos los profesionales.

## 5. TRATO PERCIBIDO

- Siente que el profesional no se presenta durante su primer contacto
- Percibe que no le explican todo lo que le harán
- Siente que no le explican lo que le van a hacer de manera que ud. lo entiende
- Siente que no se preocupan en avisar con anticipación (cuando sea posible) respecto de cualquier procedimiento/intervención que se realizará con el paciente, y explicar su finalidad

- Siente que los profesionales no se ocupan de no hablar cerca suyo
- Siente que no se preocupan por la privacidad al realizar una intervención
- Siente que no cuidan que no vea los cuidados médicos y de enfermería realizados con otros pacientes
- Siente que no lo orientan sobre el día de la semana y el horario
- Siente que no se preocupan por sus necesidades
- Siente que no evalúan de alguna forma si sufre algún dolor o molestia

**Tiempo de estadía:** Será el período de tiempo que permanece internado en la unidad de terapia intensiva hasta que se va con alta a la sala. Funciona como variable cuantitativa independiente.

**Edad:** Será la referida por el paciente al momento de la entrevista. Funciona como variable cuantitativa independiente.

## **PLAN DE ANÁLISIS**

Una vez que se hayan recabado todos los datos mediante el instrumento creado por la propia investigadora, con preguntas de respuestas cerradas. Se llevará a cabo la tabulación. Se agrupará por variables con sus correspondientes dimensiones e indicadores.

El instrumento consta de tres variables

- Variable 1, dependiente, nominal. Percepción sobre la experiencia de internación en Uti.
- Variable 2, independiente, cuantitativa. tiempo de estadía.
- Variable 3, edad del sujeto como parte del instrumento.

Sobre la variable 1, percepción sobre la experiencia de internación en la Uti, se buscó desarrollar todos los aspectos fundamentados en el marco teórico, otorgándole varias dimensiones e indicadores.

Se plantea cada dimensión en forma de pregunta y se le asigna un valor a cada indicador como respuesta con una escala de lickert.

1. No, rotundamente
2. Solo algunas veces
3. Casi siempre
4. Si, definitivamente

Son 32 preguntas agrupadas en 5 dimensiones. Se plantearon los indicadores de manera negativa, de modo que a mayor puntaje más negativa la experiencia de internación. Con un máximo puntaje de 101 y un mínimo de 32.

- Dimensión temores, con siete indicadores con un máximo de 28 puntos y un mínimo de 7.
- Dimensión incomodidades, con siete indicadores y un máximo de 28 puntos y un mínimo de 7.
- Dimensión percepción ambiental con cuatro indicadores con un máximo de 16 puntos y un mínimo de 4
- Dimensión organización de la visita, con cinco indicadores un máximo de 20 puntos y un mínimo de 5.
- Dimensión trato percibido con nueve indicadores con un máximo de 36 puntos y un mínimo de nueve.

Para completar los datos sobre la variable tiempo de estadía, se tomara el tiempo total cronológico en días, consultado en las historias clínicas, teniendo en cuenta lo explicado en los criterios de inclusión. Y para la variable edad se tomara como valor los años cronológicos que el paciente manifieste al momento de la entrevista.

Los datos serán analizados en primer lugar con procedimientos estadísticos descriptivos que permitirán presentar los resultados a través de distribución de frecuencias absolutas y relativas en tablas simples y dobles y en los casos que sean necesarios en gráficos de barras simples y barras adosadas.

De ser necesaria la aplicación de procedimientos inferenciales se consultara a un profesional estadístico.

## PLAN DE TRABAJO

### Cronograma

| 2018                              | Enero   | Febrero | Marzo | Abril | mayo | Junio | Julio |
|-----------------------------------|---------|---------|-------|-------|------|-------|-------|
| 1. Revisar el proyecto            | 1 al 5  |         |       |       |      |       |       |
| 2. Probar el instrumento          | 5 al 31 |         |       |       |      |       |       |
| 3. Guía de convalidación de sitio |         | 1 al 2  |       |       |      |       |       |

|                                 |  |                 |  |  |         |         |              |
|---------------------------------|--|-----------------|--|--|---------|---------|--------------|
| 4. Recolección de datos         |  | Del 2/7 al 30/4 |  |  |         |         |              |
| 5. Tabular datos                |  |                 |  |  | 1 al 31 |         |              |
| 6. Análisis de datos            |  |                 |  |  |         | 1 al 30 |              |
| 7. Elaboración de informe final |  |                 |  |  |         |         | 1 al 15      |
| 8. Difusión                     |  |                 |  |  |         |         | Del 15 al 30 |

## ANEXOS

### **ANEXO I**

#### **GUÍA DE CONVALIDACIÓN DE SITIO**

- ¿Se cuenta con autorización para realizar el estudio por autoridad competente?
- ¿Se realizó algún estudio similar en los últimos años?
- ¿Es un área de internación para pacientes que requieren cuidados críticos?
- ¿Recibe pacientes derivados de áreas críticas?
- ¿Cómo está organizado el servicio?
- ¿Cuántas unidades son?
- ¿Están divididas con biombos?
- ¿Están divididas en boxes?
- ¿Se encuentran pacientes lúcidos en convivencia con otros que no lo están?  
¿Cuántos aproximadamente?
- ¿Cuántos enfermeros hay? Cuantos hay por turno?
- ¿Todas las unidades están equipadas de la misma forma?
- ¿Hay situaciones de urgencia dentro de la sala?
- ¿Los pacientes permanecen desnudos dentro de la sala?
- ¿Los pacientes pueden deambular si su condición lo permite, dentro de la sala?
- ¿Los pacientes cuentan con restricciones y protocolos para recibir visitas?
- ¿Hay rutinas por turno?

## ANEXO II

### Instrumento

#### PERCEPCIÓN SOBRE SU PROPIA EXPERIENCIA DE INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

El siguiente instrumento es para recolecta datos de su experiencia de internación en una unidad de cuidados críticos. Complete las grillas asignando los valores codificados en la escala que se encuentra debajo. El mismo es de participación voluntaria y anónima.

Edad:

Tiempo de Estadía: (Completado por encuestador)

CALIFIQUE SEGÚN LA SIGUIENTE ESCALA

1. No, rotundamente
2. Solo algunas veces
3. Casi siempre
4. Si, definitivamente

| ¿Qué situaciones le han producido temor durante su estadía en la unidad de terapia intensiva? |                  |                    |              |                     |
|---|------------------|--------------------|--------------|---------------------|
|   | No, rotundamente | Solo algunas veces | Casi siempre | Si, definitivamente |
| • La posibilidad de morir.  |                  |                    |              |                     |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| • Ver morir a otros.                    |  |  |  |  |
| • A quedar incapacitado.                |  |  |  |  |
| • La soledad y el aislamiento.          |  |  |  |  |
| • A sufrir dolor.                       |  |  |  |  |
| • A ver el dolor de los demás.          |  |  |  |  |
| • La falta de decisión sobre Ud. mismo. |  |  |  |  |

| ¿Qué situación le ha causado más incomodidad?        |                  |                    |              |                     |
|--|------------------|--------------------|--------------|---------------------|
|  | No, rotundamente | Solo algunas veces | Casi siempre | Si, definitivamente |
| • Estar en la cama.                                  |                  |                    |              |                     |
| • Limitación de movimiento para cambiar de posición. |                  |                    |              |                     |
| • Orinar y defecar en la cama, uso de chata y orinal |                  |                    |              |                     |
| • Dependencia del enfermero para poder bañarse.      |                  |                    |              |                     |
| • Estar desnudo.                                     |                  |                    |              |                     |
| • Pedir que le alcancen las cosas.                   |                  |                    |              |                     |
| • Ser despertado para las rutinas.                   |                  |                    |              |                     |



| ¿Qué percibió del ambiente que le haya producido molestias?  |                  |                    |              |                     |
|--|------------------|--------------------|--------------|---------------------|
|  | No, rotundamente | Solo algunas veces | Casi siempre | Si, definitivamente |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Diversidad de sonidos (alarmas, monitores, profesionales hablando, equipos de succión prendidos, fugas de aire, gemidos de otros pacientes).</li> </ul> |                  |                    |              |                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Olores de excretas propias y de los otros pacientes.</li> </ul>   |                  |                    |              |                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Luces prendidas las 24 hs.</li> </ul>   |                  |                    |              |                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>La temperatura ambiental.</li> </ul>  |                  |                    |              |                     |

| ¿Cree Ud. que en cuanto a la organización de la visita, ocurren las siguientes situaciones?                                  |                  |                    |              |                     |
|--|------------------|--------------------|--------------|---------------------|
|  | No, rotundamente | Solo algunas veces | Casi siempre | Si, definitivamente |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Poco tiempo de visitas.</li> </ul>  |                  |                    |              |                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Numero escaso de visitas.</li> </ul>  |                  |                    |              |                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Poca cantidad de personas que le permiten pasar.</li> </ul>                           |                  |                    |              |                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Su familiar recibe información inadecuadamente.</li> </ul>                            |                  |                    |              |                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Su familiar recibe información de todos los profesionales que lo atienden.</li> </ul> |                  |                    |              |                     |

| ¿Ha percibido trato inadecuado de parte de los profesionales en los siguientes aspectos? |                  |                    |              |                     |
|--|------------------|--------------------|--------------|---------------------|
|  | No, rotundamente | Solo algunas veces | Casi siempre | Si, definitivamente |
| • Presentación.  |                  |                    |              |                     |
| • Explicación de procedimientos.   |                  |                    |              |                     |
| • Comprensión de lo que le explican.   |                  |                    |              |                     |
| • Los profesionales dan importancia a que Ud. sepa lo que le hacen                       |                  |                    |              |                     |
| • Preocupación del profesional por darle privacidad.                                     |                  |                    |              |                     |
| • Cuidado de la privacidad cuando se asiste a otros pacientes.                           |                  |                    |              |                     |
| • Orientación en cuanto a día y horario.   |                  |                    |              |                     |
| • Preocupación por lo que necesite.  |                  |                    |              |                     |
| • Evaluación si está padeciendo alguna molestia.   |                  |                    |              |                     |

## **FORMULARIO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**ROSARIO,.....de.....2018**

- Realizar el cuestionario del instrumento con personal idóneo
- Se acordará con el personal de la sala para que pregunte a las personas seleccionadas si desean recibir una charla breve informativa donde se les explicara en qué consiste la investigación y que su identidad no será expuesta.
- Se asegurara un trato justo brindando a todos el mismo cuestionario y siendo entrevistados por personal con la misma capacidad
- Su intimidad se preservara al no dar a conocer la identidad de los participantes en los resultados y al no dejar que los cuestionarios sean respondidos delante de personal de enfermería/médicos u otros que sean prestadores de servicios para con ellos, ni delante de familiares.
- Si desean dejar de responder en algún

## **ANEXO III**

### **RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPLORATORIO**

La Unidad de Terapia Intensiva del adulto del Hospital Provincial de Rosario recibe pacientes derivados de la guardia externa, derivados de áreas críticas de otras instituciones públicas, pacientes descompensados adultos en cualquier sector del hospital y post operatorios de cirugías programadas riesgosas de ginecología, traumatología, cirugía general, etc.

Cuenta jerárquicamente con una enfermera jefe a cargo, tres coordinadores y una dotación de 50 enfermeros repartidos en cuatro turnos. De los cuales hay 10 licenciados en enfermería.

Tiene capacidad para 13 pacientes en total, con unidades separadas por biombos y tres boxes para pacientes que requieren de aislamiento, uno solo de ellos cuenta con presión negativa para aislamientos respiratorios por tuberculosis. La sala además cuenta con red de carga de agua y desagote para máquina de hemodiálisis en cuatro unidades.

Hay un office de enfermería en cada sector. Ambos con buena vista de los pacientes y sus monitores, salvo por las unidades de los extremos de la sala donde se ve mejor el monitor que al paciente. En el sector A, el office es de mayores dimensiones. Y en el sector B, el office no solo es más pequeño, el escritorio para registrar está en el corredor de la sala.

Se distribuye el trabajo de manera que cada enfermero brinda atención integral.

En las rutinas además de incluir la administración de medicación, y toma de signos vitales con oximetría de pulso, dos veces por turno y a demanda, se brinda también monitoreo constante del ritmo cardíaco, glicemia según se requiera, control de score de Glasgow y un balance de ingresos y egresos por turno y diario. Muchas medicaciones son de infusión por bomba.

Es además imprescindible aclarar que por las características del servicio, se dispone de atención de urgencias con técnicas avanzadas. Hay dos carros organizados para las mismas, que cuentan también desfibrilador y un electrocardiógrafo.

Se reparten las higienes de todos los pacientes, una vez por día un baño total diario con cambio de ropa de cama, más las higienes emergentes. Se detecta que el recurso de ropa de cama es escaso, pudiendo afectar así la comodidad de los pacientes, quedando a veces tapados con frazadas, o por el uso de friselina como ropa de cama hasta que se disponga de las de tela.

Los pacientes no pueden estar acompañados de sus familiares. Hay un horario de visita de una hora al mediodía, donde pueden pasar de a dos visitantes por paciente a la vez. Las unidades se van ocupando según disponibilidad, y complejidad, coordinados por el servicio de Cuidados Progresivos. Se prioriza la demanda del paciente también en la ubicación, a los paciente lúcidos se trata de ubicar en los extremos, destacando que una de sus unidades tiene ventana con vista al exterior.

Permanecen desnudos todo el tiempo. No pueden deambular aunque su condición lo permita, solo permanecer sentado en el borde de la cama, con baranda puesta.

Para recibir visita los protocolos son diferentes para los pacientes neutropénicos, en aislamiento, por las medidas de bioseguridad, y los privados de la libertad, por diferente horario por disposiciones legales.

## **ANEXO IV**

### **RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO**

Se realizó una prueba piloto administrando el instrumento a una pequeña muestra para probar su pertinencia y eficacia, así como las condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados, para calcular a partir de esta la confiabilidad y validez del instrumento.

La muestra se tomó en el mismo sitio de la investigación, la sala de cuidados generales de la Ucin II del Hospital Provincial, con los mismos criterios de inclusión.

Se modificó el formato del instrumento solamente para hacerlo más dinámico y que los pacientes demoren menos en contestarlo. El formato presentado anteriormente consistía en evaluar cada indicador con preguntas individuales pero iba a requerir de mayor tiempo de entrevista. Siendo exactamente la misma cantidad de preguntas.

Se pudo corroborar que mediante la educación correcta para su llenado, los pacientes se mostraron muy conformes en poder expresar su sentimiento.

Al realizar las preguntas no se presentaron dificultad en la comprensión, el hecho de que hayan sido realizadas por la propia investigadora produjo que haya mejor comunicación de lo que se quería transmitir.

## **ANEXO V**

### **EL HOSPITAL**

#### **Visto desde la cama del paciente (Al viejo Víctor de la cama seis)**

Mario Testa

Médico sanitarista

Salud, problema y debate. Año V, N°9, 1993. Buenos Aires.

El día viernes 11 de setiembre me colocaron un marcapaso definitivo en el Hospital P, un instituto especializado en cardiología. Una semana antes, el viernes 4, me habían colocado un marcapaso transitorio en la unidad coronaria del Hospital F, reconocido como uno de los mejores del municipio de Buenos Aires. Fui enviado a mi domicilio el día miércoles 16, terminando mi periplo de doce días por los tres servicios en los que estuve internado. Éste es el relato de mis vivencias de ese periodo.

La intención de este relato es dar a conocer una visión del hospital desde un mirador no convencional al que los trabajadores de salud no estamos acostumbrados.

Lo hago con la convicción de que estas notas pueden convertirse en una apelación a mis colegas -los trabajadores de salud- para despertar la necesidad de un diálogo acerca de las tareas que realizamos habitualmente en nuestro quehacer hospitalario y acerca de las configuraciones organizativas que se crean con nuestro apoyo tácito o explícito.

En ningún caso las descripciones que siguen deben tomarse como una crítica puntual al comportamiento individual de una determinada persona o de un grupo profesional.

Tampoco pienso que puedan lograrse modificaciones a corto plazo en los comportamientos institucionales, pero no tengo dudas acerca de la necesidad de un diálogo que comience a romper las intrincadas barreras en las que todos nos encontramos apresados.

Llegué a la unidad coronaria del Hospital F en una ambulancia (a cuyo conductor le hice solicitar que no hiciera sonar la implacable y aterradora sirena) e inmediatamente me fue colocado un marcapaso transitorio y una guía para la medicación intravenosa. Tres electrodos torácicos me conectaban a un monitor que registraba en forma continua el trazado electrocardiográfico y la frecuencia del pulso.

La sala donde me encontraba me permitía ver el lugar desde donde el personal (médicas/os, enfermeras/os y otros, preparaba o realizaba sus tareas.

No podía, en cambio, ver a mis compañeras/os de infortunio, aunque sí podía oírlos cuando se manifestaban en voz o ruidos suficientemente altos. A mi lado derecho agonizaba una mujer madura pero no vieja (tal vez algo más joven que yo). A mi izquierda se recuperaba sin problemas alguien experimentado en estas lides. Más lejos, otras voces adquirían presencias esporádicas.

Desnudo en la cama (un calzoncillo protegía un resto de pudor) el principal contacto se establecía, como es natural, con el personal de enfermería, del que dependía para mi periódica necesidad de orinar, además de recibir la medicación que me era inyectada por la guía intravenosa. Pregunta (mía): ¿Qué es eso? Respuesta: Un elixir de juventud. Pienso: Es lo que me hace falta. Digo: Gracias.

Después de una breve visita de Asia (mi esposa), comienza la larga noche hospitalaria llena de ruidos, voces, alarmas de los monitores, quejas. Un paciente llama varias veces con pedidos que no logro identificar, al parecer quiere ir al baño, quitarse la guía, nada de ello es posible. Al día siguiente, oigo a alguien que comenta que ese paciente no es apto para estar en ese lugar.

A las cinco de la mañana me despiertan para tomarme un electrocardiograma de rutina, que se va a repetir durante los once días siguientes.

Más tarde, en la mañana, aparecen una mujer y dos hombres al pie de mi cama. Deduzco por su actitud que son médicos. Uno de ellos -robusto, de bigote- dialoga con la mujer -petisa, rubia-; el otro -alto, flaco- se mantiene independiente. Los tres miran los electrocardiogramas: el que me tomaron al ingresar, otro de control después de la colocación del marcapaso y el matutino de rutina. Ninguno de los tres me mira ni me dice nada.

Robusto de bigote mirando fijamente al centro de la galaxia: ¿El señor estaba tomando algún medicamento antes del episodio? Rubia petisa mirándome por primera vez: Señor, ¿estaba tomando algún medicamento antes de este episodio? Yo, mirando a la rubia petisa: No. Ella, mirando a robusto de bigote: No. Intervalo silencioso. Luego robusto de bigote, siempre con la mirada fija en el mismo punto del espacio exterior: ¿Qué edad tiene el señor? Rubia petisa, mirándome: Señor, ¿qué edad tiene? Yo: Sesenta y siete. Ella, mirando a robusto de bigote: Sesenta y siete. La pareja dialogante se retira sin otro comentario. El flaco alto permanece un momento más, siempre mirando los electrocardiogramas, y luego se retira sin haber abierto la boca ni dirigirme una sola

vez la mirada. Yo me quedo. No sé por qué, pienso que puedo estar convirtiéndome en un pez.

Mientras tanto, mi vecina de la derecha ha fallecido y su lugar es reacomodado para recibir otro paciente, otra mujer. Me entero que mi ex vecina ha sido sometida a la colocación de un marcapaso un año atrás, y ello no contribuye a mejorar mi ánimo; pero, me acuerdo de alguna amiga que hace más de quince años porta el suyo y ello me sirve de consuelo.

Primer fin de semana en el hospital. Escucho música, alternando Radio Clásica con FM Tango. Leo un par de libros. Mientras tanto, Asia y mis colegas amigos tienden una red de solidaridad que apoya de muchísimas y eficaces maneras mi recuperación: todos los días escucho de labios de Asia la larga lista de llamados telefónicos que recibe desde dentro y fuera del país, y yo acumulo ese pequeño tesoro de nombres, rostros, memorias, que facilitan el tránsito por lo que ya se va configurando no sólo como la larga noche sino la temible noche hospitalaria.

Frente al distanciamiento que expresa el "señor" del ¿diálogo? con la rubia petisa, recibo casi con agrado el tuteo del personal: Dáte vuelta; levánta la cola; ¿vas a tomar la sopa?; me doy vuelta, levanto la cola, tomo la sopa. Pero lo mejor es la solución que encuentran las enfermeras para el tratamiento social del paciente, que encuentro -de alguna manera- pleno de algo que se parece a la simpatía: "Bebé" y "Muñeco" son los dos términos que recuerdo. Éste último, sobre todo, me llama la atención. Pienso: ¿Qué me habrá querido decir?, sobre todo tratándose de una mujer joven y bonita. Después reflexiono que no me encuentro en una situación donde puedo ejercer mis conocidos (por mí) recursos de seducción y descarto cualquier vanidad masculina.

El lunes por la mañana soy examinado por el jefe del servicio junto a un grupo de médicos, entre ellos un amigo mío. El jefe me comenta al oído que éste llama al servicio donde estamos el *F latrogenic Center*. Me hacen alguna prueba para comprobar algo y deciden que, para completar el diagnóstico y decidir el tipo de marcapaso a colocar, es necesario tomar un ecocardiograma. Me entero que no se puede tomar el ecocardiograma (¡En el Hospital F!) porque falta alguna pieza del equipo. Pero, de poder resolver esa carencia, tampoco es posible colocar el marcapaso definitivo porque falta otra pieza del equipo correspondiente (¡¡En el Hospital F!!).

Algún pajarito travieso le informa al subdirector del hospital quién soy. El subdirector del hospital viene a darme, personalmente, explicaciones de la situación. La red de solidaridad de los compañeros se moviliza y ese mismo día soy trasladado (una de las

personas que se acerca a la camilla para despedirme es la enfermera bonita que ahora no me llama "muñeco" pero me desea buena suerte) al Hospital P, en una ambulancia a la que también solicito que no agregue su cuota de contaminación sónica al ambiente ya saturado de las calles porteñas. Me hacen caso.

Desde el lunes 7 por la tarde estoy en la unidad de terapia intensiva del Hospital P. Me colocan una tercera guía para la medicación intravenosa, porque las dos anteriores han terminado en sendas flebitis. Lo mismo va a ocurrir con ésta y con la cuarta el día siguiente; pregunto por qué tienen que realizar ese procedimiento y me responden que sería largo de explicar; afirmo que puedo tomar cualquier medicamento por boca y que mi absorción es excelente, por lo que pido al médico de guardia que haga suspender la implacable colocación de guías; lo consigo y dejo de sufrir por ese motivo.

El panorama ha cambiado algo. Desde el lugar donde estoy, si esfuerzo un poco la extensión de la cabeza, puedo ver, a través de una ventana, un enorme cedro solitario en medio de los edificios; es un indudable progreso. Si me incorporo, alcanzo a ver el lugar desde donde el personal controla pacientes y tareas, y también a los cubículos donde otros pacientes esperan, como su nombre lo indica (es decir pacientemente), lo que haya de suceder. Me dan de comer, para mi sorpresa, una comida excelente.

Comienza entonces una larga espera, medida con patrones de impaciencia. Pero pronto percibimos la contradicción, porque somos, por definición, pacientes. Al que no se entera de eso desde el comienzo, la vida hospitalaria le tiene reservada algunas sorpresas desagradables. A las cinco de la mañana (como en F), electrocardiograma, para lo que hay que retirar las cobijas, encender una luz fluorescente que por esos refinamientos de la arquitectura hospitalaria se encuentra ubicada justo encima de la cabeza del paciente. Si uno tiene la desgracia de estar dormido, el efecto debe ser similar al de un electroshock; pero, como se trata de enfermos cardíacos, debe estar calculado como parte del tratamiento. Pienso en mi viejo hospital de hace ya mucho tiempo; en una de las paredes del consultorio donde trabajaba había una cerámica con una inscripción que decía: "El reposo sigue siendo el mejor tratamiento de la enfermedad" firmada por Antonio Cetrángolo.

Poco tiempo después (a lo mejor uno no ha tenido tiempo de volver a dormirse), llega la auxiliar de laboratorio para la extracción de sangre (no sentí el pinchazo ninguna de las veces que lo hizo: gracias); y, poco después, las mucamas para la limpieza cotidiana del piso (pero no del techo; debe ser porque el personal mira de arriba hacia abajo. Como los enfermos miran de abajo hacia arriba, pueden ver que la tierra se

acumula en los artefactos de la iluminación que se encuentran encima de la cama, desde donde pueden descargar la tierra acumulada sobre las heridas quirúrgicas y otras partes del objeto encamado. Vuelvo a no decir nada).

Después es la higiene personal que me devuelve algunas de mis características humanas, con o sin ayuda del personal de enfermería (Una enfermera me confiesa: Esto es lo que se llama un baño simbólico. No por ello menos bienvenido). Desayuno y estamos dispuestos a enfrentar la mañana, que siempre viene cargada de presagios: ¿Me harán hoy la eco?, ¿Me indicarán hoy el tipo de marcapaso conveniente para mi caso?, ¿Me llevarán hoy al quirófano?, ¿Me trasladarán hoy a otra sala con menos restricciones que esta?, ¿Me darán hoy el permiso para regresar a mi hogar?

Algunas de las preguntas formuladas, en mi caso, tuvieron respuesta en su momento, porque funcionó la red de solidaridad externa que mis amigos habían construido, sobre la base de la insistencia ante los médicos responsables de las decisiones que había que tomar para que esas decisiones se tomaran.

El martes al mediodía me hicieron el ecocardiograma y, ese mismo día, por la tarde mis compañeros me trajeron el aparatito de marras. La colocación se demoró hasta el viernes por las dificultades de compatibilización entre los diversos especialistas que se requería para la intervención. Pero, por fin se hizo y todo anduvo sobre rieles.

La rutina prosigue: hay visitas a la hora de las comidas; una sola persona por cama, aunque en mi caso algunos colegas me visitan a deshoras, al fin y al cabo las reglas han sido hechas, como todo el mundo sabe, también para ser quebradas. Y, si no, que lo digan la Corte Suprema de Justicia y los Ministros de la Nación, para no hablar de los legisladores nacionales, también llamados padres (y madres supongo) de la Patria.

Las primeras horas de la tarde son aprovechables para dormir o, por lo menos, descansar de la tensión matutina, leer o escuchar música. En alguno de esos intervalos recibo la visita del capellán de la institución con quien tengo un interesante diálogo en torno a mis lecturas; le interesó en particular el libro de Dora Barrancos, "Anarquismo, educación y costumbres en la Argentina de principios de siglo". La merienda apenas alcanza a interrumpir ese oasis de paz y todo ello termina con el premio del día, que es la segunda visita durante la hora de la comida. Después, vuelve a comenzar la larga, inquietante, temible noche hospitalaria.

Cambia el turno del personal; los que hemos tenido la desgracia de dormirnos somos despertados para los controles nocturnos: temperatura, presión arterial, frecuencia de pulso, distraída mirada al monitor que sigue impertérrito y solitario

registrando -vaya Dios a saber qué-, todo en medio del encendido y apagado de luces y conversaciones en voz alta que, a veces, se prolongan hasta las dos o tres de la mañana, matizadas con algún juego de naipes o con escarceos amorosos más interesantes que una telenovela de Andrea del Boca.

Nadie a mi izquierda, a mi derecha el viejo Víctor, en la cama seis. Es una figura simpática, de maneras desenfadadas. Todos le llaman "abuelo". Es viejo, tiene más de ochenta años, al parecer ochenta y dos, pero no es seguro porque no responde a las preguntas con coherencia total; a veces dice una cosa y otras cambia, no sé si a propósito, para confundir a sus interlocutores, o porque el confuso es él. Durante el día está más o menos tranquilo, porque el personal atiende sus demandas. Además, varios familiares lo visitan (en rigurosa sucesión de a uno). Pero, durante la noche la cosa cambia y ahí se revela que Víctor no es muy paciente.

Comienza arrancándose alguno de los tubos que lo conectan a la medicina (tiene varios en diversos orificios naturales o artificiales). Como lo que se ha arrancado es una guía periférica, deciden colocarle una guía central, es decir, una canalización de una vena del cuello, pero se las arregla para arrancársela también, creando una minicrisis en el servicio. Resultado: le atan las manos y vuelven a colocarle la guía (renuncio a saber dónde). Una enfermera me cuenta que el abuelo tiene insuficiencia cardíaca izquierda y derecha, y trastornos broncopulmonares crónicos, además de algún problema de vejiga. Recuerdo mis épocas de neumonólogo y puedo imaginarme el cuadro y los desequilibrios que produce. Pienso: ¿Por qué tiene que estar internado en un servicio de terapia intensiva? Al rato, vuelvo a pensar: ¿Por qué cualquiera de nosotros tiene que estar internado en un servicio de terapia intensiva? No sé la respuesta. No digo nada.

Las siete noches que pase en el servicio son materia para un escritor. Durante ese periodo leí los cuentos del último libro publicado de García Márquez y volví a tener la sensación de que ese autor no es más que un plagiario. Porque, durante mi vida de algunos años en el Caribe, escuché a viejos pescadores y campesinos contar los cuentos que, después, le hicieron ganar el premio Nobel y ahora se repetía la situación. ¿Qué diferencia hay entre las atrocidades que le ocurren a esa mujer que llega a un lugar para hablar por teléfono y queda encerrada por el resto de sus días, con la sensación de indefensión que experimentamos los pacientes de un servicio hospitalario?

Pero el viejo Víctor no era muy paciente; pasó de las vías del hecho a tratar de resolver sus problemas de otras maneras, desarrollando diversas estrategias, todas condenadas de antemano al fracaso. Pidió favores para sí: Soy un pobre viejo, déjenme

ir a mi casa. Suplicó: ¡Por el amor de Dios, llévenme a la parada del colectivo que yo ahí me arreglo! Reclamó a gritos por sus pantalones y el resto de su ropa (debo confesar que yo había hecho el mismo reclamo a mi mujer, en un momento que estaba menos confuso que el viejo Víctor, pero posiblemente algo más psicótico; la diferencia entre los dos era que él expresaba en voz alta lo que yo decía en voz baja a Asia o a María).

Cuando ninguna de estas cosas dio el resultado esperado, recurrió al soborno: Piba, ¿cuánto ganás?; te doy veinticinco pesos si me traés la ropa; no tengo plata aquí pero mañana mi familia me trae. Ni siquiera así. Entonces, el reclamo se hizo más decidido: ¡Patrullero, me tienen secuestrado! ¡Vengan a rescatarme! Todo esto ocurría por la noche, entre las once y las tres o cuatro de la mañana, hasta que el agotamiento o el efecto de algún medicamento, lograba crear cierta calma en el servicio. A veces - durante el día- el viejo apelaba a la solidaridad de los que estábamos ahí: ¡Todos somos prisioneros! Y yo creía entender que no sólo se refería a nosotros, es decir a los pacientes encamados, sino también a los que nos cuidaban desde su función como trabajadores hospitalarios. Pero tampoco en este caso encontró ninguna respuesta.

Oigo, en algún momento en que el viejo duerme, el comentario que una médica hace a un colega: Este paciente no debiera estar aquí, habría que enviarlo a la sala de Clínica Médica del Hospital R, pero el problema es que ellos son más iatrogénicos que nosotros. (Es la segunda vez que escucho este término durante mi internación; las dos, en boca de médicos).

Cuando alguien, por lo común el personal de enfermería, ocasionalmente algún médico, daban alguna respuesta a sus inquietudes, era, generalmente, una respuesta equivocada o falsa: Mañana va a ir a su casa; aguante un poco para mejorarse y ponerse fuerte.

Pero, la respuesta más frecuente -al viejo o a cualquiera de nosotros ante cualquier solicitud o reclamo- era: Quédese tranquilo. Sin duda la frase más oída durante todo el tiempo que estuve internado. Quisiera saber si alguien es capaz de mantenerse tranquilo en una situación como la descrita.

El día lunes 14 me trasladaron a otro piso del mismo hospital, en una habitación donde compartía con otro paciente que venía del mismo lugar que yo, el nuevo régimen y las nuevas normas. Si "allá" era obligatorio estar desnudo y acostado, "acá" era obligatorio estar con pijama y permitido (en algunos casos) levantarse.

Descubrí al lado de nuestra habitación un baño con una ducha con agua caliente y gocé del primer baño no simbólico. Eso, junto con la visión del parque que teníamos desde las ventanas del hospital, donde la temperatura primaveral hacía que se juntaran

jóvenes a tomar sol en vestimenta adecuada para ello, me hizo recuperar algunas de mis condiciones más humanas y también las ganas de irme de allí lo más pronto posible. Pero no iba a ser tan fácil.

Debió notarse mi inquietud, porque la primera noche una enfermera me dio un comprimido que ingenuamente tomé. Al día siguiente estuve somnoliento y enojado sin saber por qué, durante todo el día. Cuando, por la noche, nuevamente me dieron la pastilla, pregunté de qué se trataba y la enfermera me contestó: Lo ignoro. A lo que respondí que pensaba que se trataba de propóleos y que me negaba a tomarlo, por temor a la intoxicación. Me di cuenta que el humor de la enfermera no había aceptado de buen grado la broma que, justo es reconocerlo, tampoco había sido hecha de buen grado.

Mientras tanto, esperaba el examen del funcionamiento del marcapaso para que se me diera el alta hospitalaria; pero, por dificultades de coordinación, eso no se pudo realizar el día martes y amenazaba prolongarse en forma indefinida sin razones claras que lo justificaran. Por lo que el día miércoles hice saber (vía Asia y María) que, o me daban el alta o me iba sin ella. La médica que me atendió en esa circunstancia me preguntó cuál era la razón de mi inquietud y si acaso me habían tratado mal en el servicio donde me encontraba. Esa misma médica (que conocía mi profesión y mi especialidad de sanitarista) había comentado conmigo durante la instalación del marcapaso definitivo la necesidad de reformar los servicios hospitalarios y la dificultad para hacerlo, dadas las características ideológicas de muchos de los personajes involucrados.

Me dieron el alta y me fui a mi casa en el que se convirtió en uno de los días más felices de mi vida.

Aquí terminan las anécdotas. Contadas así y en retrospectiva, algunas parecen graciosas. Desde la cama donde las viví, no me hicieron ninguna gracia. (...)"

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Marosti, Carina Aparecida; Spadoti Dantas, Rosana Aparecida. *Relación entre estresores y características sociodemográficas y clínicas de pacientes internados en una unidad coronaria*. En: Rev. Latino Americana da Enfermagem.s.l: sn. 2006 vl. 4 n. 5
- 2- Dolcemaschio, Eliana Andrea García, José Miguel. *Percepción acerca de la internación que manifiestan los pacientes lúcidos hospitalizados en unidades de cuidados críticos*. Proyecto de investigación para taller de trabajo final. Escuela de enfermería Universidad de Cordoba 2012.

- 3- Dorothy M Wade, David C Howell, A. Weinman, Jo Rebecca, J Hardy, Michael, G Mythen, Chris R Brewin, Susana Borja-Boluda, Claire F Matejowsky and Rosalind A Raine, *Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study*, *Critical Care* 2012 16:R192
- 4- Baena Zapata, V. A., & León Ramírez, S. M. *El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo* (Tesis de Especialización). Universidad de Antioquia, Medellín.
- 5- Gómez-Carretero, P.; Monsalve V.; Soriano J.F.; de Andrés, J. *Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos*. *Intensiva* vol.31 no.6 ago./sep. 2007 REVISIÓN
- 6- Price AM. *Managing the anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision*. *Nurs Crit Care*. 2004;9:72-9
- 7- Sitio Web de la SATI. Recomendaciones para familiares y amigos. [fecha de acceso enero de 2018] Disponible en: <http://www.sati.org.ar/index.php/familiares-y-amigos-o>
- 8- Sitio Web de la SATI. Recomendaciones para familiares y amigos. [fecha de acceso enero de 2018] Disponible en: <https://www.sati.org.ar/index.php/el-equipo-de-cuidados-criticos>
- 9- Sitio Web de la SATI. Menú para familiares y amigos. Sobre la especialidad ¿Qué son las enfermedades que llevan a la UTI? [fecha de acceso enero de 2018] Disponible en: <https://www.sati.org.ar/index.php/sobre-la-especialidad>
- 10- Dolcemaschio, Eliana Andrea García, José Miguel. *Percepción acerca de la internación que manifiestan los pacientes lúcidos hospitalizados en unidades de cuidados críticos*. Proyecto de investigación para taller de trabajo final. Escuela de enfermería Universidad de Córdoba 2012.
- 11- Dolcemaschio, Eliana Andrea García, José Miguel. *Percepción acerca de la internación que manifiestan los pacientes lúcidos hospitalizados en unidades de cuidados críticos*. Proyecto de investigación para taller de trabajo final. Escuela de enfermería Universidad de Córdoba 2012.
- 12- Baena Zapata, V. A., & León Ramírez, S. M. *El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo* (Tesis de Especialización). Universidad de Antioquia, Medellín.
- 13- Fonnegra I. *De cara a la muerte*. Santa Fe de Bogotá: Intermedio editores; 1999. pp.119-121
- 14- North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004*. Madrid: ELSEVIER Science; 2003. p. 193-194
- 15- Orozco Vargas LC, Rangel, R., López L., Rueda E, Ortiz A F. *Eficacia de las intervenciones de enfermería en el control del temor prequirúrgico*. [CD-ROM] En: *Libro de ponencias V semana científica cultural de enfermería y 2 encuentro de egresados octubre 2004*. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander, 2004.

- 16-Baena Zapata, V. A., & León Ramírez, S. M. *El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo* (Tesis de Especialización). Universidad de Antioquia, Medellín.
- 17-Gómez Sancho M. *El hombre y el médico ante la muerte*. España: Aran ediciones; 2006. p.79, 87
- 18-Gutiérrez J. El derecho a la verdad y el derecho a morir dignamente. *Colombia Médica*. 1996; 27(1): 33-36
- 19-Gómez Sancho M. *El hombre y el médico ante la muerte*. España: Aran ediciones; 2006. p.79, 87
- 20-Moore Schaefer K, Artigue G, Foli K, Jonson T, Marriner A, Poat M, et. al. *El modelo de conservación*. En: Marriner Tomey A., Raile Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería*. 4ª ed. Madrid. Harcourt Brace; 1999. p.195-206.
- 21-Burgos Moreno MC, Paravic klijn TM. *Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público*. *Cienc. Enferm* 2003; 9(2): 29-42.
- 22-Rodríguez C. *Calidad de la atención en salud y Ley 100 de seguridad social*. En: Universidad el bosque. *Bioética y Justicia sanitaria*. Bogotá: El Bosque; 2002. p. 147-182.
- 23-Roa B. *Factores estresantes percibidos por el paciente en el período preoperatorio: servicio de cirugía, Hospital las Higueras de Talcahuano*. [Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería]. Chile: Universidad de Concepción Departamento de Enfermería. 1995. p. 110
- 24-Martínez F. *Ciencia y humanismo al servicio del enfermo*. 2a ed. México: El manual moderno. 2003. p. 26
- 25-Solano Ruiz MC. Siles Gonzalez J. *The experience of the coronary patient in critical care*. *Index Enferm*. [Internet]. 2005 Mar [Acceso en enero de 2018]; 14(51):-:29-33 [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S1132-129620050030006&lng=pt&nrm=](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1132-129620050030006&lng=pt&nrm=)
- 26-Roa B. *Factores estresantes percibidos por el paciente en el período preoperatorio: servicio de cirugía, Hospital las Higueras de Talcahuano*. [Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería]. Chile: Universidad de Concepción Departamento de Enfermería. 1995. p. 110
- 27-Solano Ruiz MC. Siles Gonzalez J. *The experience of the coronary patient in critical care*. *Index Enferm*. [Internet]. 2005 Mar [Acceso en enero de 2018]; 14(51):-:29-33 [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S1132-129620050030006&lng=pt&nrm=](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1132-129620050030006&lng=pt&nrm=)
- 28-Martínez F. *Ciencia y humanismo al servicio del enfermo*. 2a ed. México: El manual moderno. 2003. p. 26
- 29-Roa B. *Factores estresantes percibidos por el paciente en el período preoperatorio: servicio de cirugía, Hospital las Higueras de Talcahuano*. [Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería]. Chile: Universidad de Concepción Departamento de Enfermería. 1995. p. 110

- 30-El Cuidado enfermero. Teoría de Calista Roy. Disponible en:  
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.ar/2012/06/callista-roy.html>
- 31-Bonfill Accensi,E; Lleixa Fortuño,M; Sáez Vay,F ;Romaguera Genís,S.  
*TEORIZACIONES, Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy,*  
[CONSULTADO ENERO 2018] Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000300010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300010)
- 32-Peplau H. *Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica.* Barcelona: Salvat 1990
- 33-Altamirano de Giacomo, M. Guevara, L. *Internación conjunta: una mirada desde enfermería.* Proyecto Final. Escuela de Enfermería de Cordoba. Diciembre de 2012.
- 34-Peplau H. *Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica.* Barcelona: Salvat 1990
- 35-Altamirano de Giacomo, M. Guevara, L. *Internación conjunta: una mirada desde enfermería.* Proyecto Final. Escuela de Enfermería de Cordoba. Diciembre de 2012.
- 36- Pérez Jáuregui, M. *El personal de enfermería ante el síndrome del Burnout* (“quemarse en el trabajo”) Revista TEA Temas de Enfermería Actualizados Año 8 Nº 40 Diciembre 2000 pág. 14 -16