



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**VIVENCIA DE LA PERSONA ADULTA CON
TUBO ENDOTRAQUEAL: CONTRIBUCIÓN
PARA UN CUIDADO HUMANIZADO**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTORA EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

Ms. BETTY CARIDAD CASTRO RODRÍGUEZ

ASESORA:

DRA. YOLANDA RODRÍGUEZ DE GUZMÁN

TRUJILLO – PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR

Dra. MARÍA ELENA GAMARRA SÁNCHEZ
PRESIDENTA

Dra. SONIA MARY DEL AGUILA PEÑA
MIEMBRO 1

Dra. CARMEN LETICIA GORRITTI SIAPPO
MIEMBRO 2

AGRADECIMIENTO

A DIOS por su bondad infinita y por ser mi guía y fortaleza en todo momento.

A la Dra. Yolanda Rodríguez Núñez por su tiempo, experiencia y acertada orientación en el presente trabajo de investigación

A los participantes de la unidad de cuidados intensivos por permitirnos conocer sus vivencias para el desarrollo del cuidado de enfermería.

DEDICATORIA

Con amor a Dante, mi esposo,
y a mis hijas Kellyn, Liam y
Sujey, por su apoyo para el
logro de uno de mis grandes
anhelos: ser doctora

Con inmenso amor y eterna
gratitud a mis padres, Javier y
Dina

A Rodrigo y a mis hermanos Noemí, Daniel, Javier, Mirian y
Carina, en gratitud a su amor y apoyo que siempre me prodigan

RESUMEN

El presente estudio, de tipo cualitativo, se realizó con el propósito de analizar comprensivamente la vivencia de la persona adulta con tubo endotraqueal en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del Hospital Belén de Trujillo. La investigación surge ante la necesidad de profundizar en las vivencias de estas personas para llegar a comprender y develar el fenómeno vivencial, a través de una trayectoria cualitativa del enfoque fenomenológico. Este análisis constituirá el punto de partida para reflexionar y meditar sobre el cuidado que se brinda. El método utilizado fue la fenomenológica hermenéutica, dado que el conocimiento de los seres humanos no es posible sin describir sus experiencias, la forma en que las viven y cómo las describen. En el estudio participaron 13 personas, número que se determinó por la técnica de «Bola de Nieve». En los resultados, se identificó nueve unidades de significado: cercanía a la muerte, angustia, dolor, ahogo, soledad-tristeza, no podía hablar, acercamiento a Dios, alivio cuando me sacaron el tubo. En las consideraciones finales, al develar el fenómeno, se encontró que la cercanía a la muerte y la angustia jugaron un rol importante en la percepción del Dasein «ser» y su mundo. Esto permite comprender que el fin prioritario del cuidado debe ser aliviar el sufrimiento humano, mantener la dignidad y facilitar los medios para manejar la crisis del vivir y del morir.

Palabras clave: vivencia, tubo endotraqueal, cuidado humanizado

ABSTRACT

The present study of qualitative type, it was realized by the intention of analyzing comprehensively the experience of the adult person with pipe endotraqueal in the Unit of Intensive care (UCI) of the Hospital Bethlehem of Trujillo. The investigation arises before the need to penetrate into the experiences of these persons to manage to understand, develop the existential phenomenon across a qualitative path of the approach phenomenológico. Study that to set up the point of item to think and to ponder on the care that is offered. The used method was the Fenomenológica Hermenéutica, provided that the knowledge of the human beings is not possible without describing the experiences of the own men, of the form in which they live through them and as them they themselves describe. In the study thirteen persons took part number that decided for the technology of "Ball of Snow ". In the results nine units of meaning were identified: nearness to the death, distress, pain, suffocation, loneliness - sadness, could not speak, Approximation to God, I relieve when they extracted the pipe. In the final considerations to the reveal the phenomenon, one thought that the nearness the death and the distress they played an important role in the perception of the Dasein "to "be" and his world. This allows to understand that the priority end of the care must be relieve the human suffering, support the dignity and facilitate the means to handle the crises of to live and of to die.

Keywords: experience, pipe endotraqueal, care humanized

RESUMO

O estudo presente de tipo qualitativo, foi levado a cabo com o propósito de analisar o vivencia da pessoa madura compreensivamente com endotraqueal de tubo na Unidade de Cuidados Intensivos (UTI) da Natividade de Hospital de Trujillo. A investigação surge em face à necessidade de afundar no vivencias destas pessoas para acabar entendendo, develar o vivencial de fenômeno por uma trajetória qualitativa do fenomenológico de foco. Eu estudo isso constituirá o ponto de partida para meditar e meditar no cuidado que você torradas. O método usado era Hermenêutica de Fenomenológica, como o conhecimento dos seres humanos não é possível sem descrever as experiências dos próprios homens, do modo nisso você / eles os vive e como eles os descrevem eles. No estudo treze número de pessoas que era determinado pela técnica de "Bola de Neve" participou. Nos resultados foi identificado nove unidades de significado: proximidade para a morte, anguishes, dor, falta de respiração, solidão - tristeza, Não ele/ela poderia falar, Se aproxime a Deus, Alívio quando eles me levarem para sair o tubo. Nas considerações finais para o develar o fenômeno, foi achado que a proximidade para a morte e a angústia jogou uma lista importante na percepção de Dasein "ser" e seu mundo. Isto permite entender que o fim prioritário do cuidado deveria ser aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar os meios para administrar as crises de viver e de morrer.

Palavras teclam: vivencia, endotraqueal de tubo, cuidado humanizado

ÍNDICE

	Pág.
Agradecimiento.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Resumo.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Problematización e importancia.....	1
1.2 Objeto de estudio.....	4
1.3 Pregunta orientadora.....	4
1.4 Pregunta norteadora.....	4
1.5 Objetivo de la investigación.....	4
1.6 Justificación y relevancia del estudio.....	5
II. REFERENCIAL TEORICO- CONCEPTUAL.....	6
2.1 Referencial empírico.....	6
2.2 Referencial contextual.....	7
2.3 Referencial conceptual.....	9
2.4 Referencial filosófico.....	15
III. METODOLOGÍA.....	21
3.1 Tipo de investigación.....	21
3.2 Método de investigación.....	21
3.3 Sujetos de la investigación.....	23
3.4 Escenario de estudio.....	23
3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos.....	26
-Técnica de recolección de datos.....	26
-Procesamiento de datos.....	27
3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico.....	30

IV. RESULTADOS Y	43
DISCUSION.....	
4.1 Presentación de resultados.....	43
4.2 Análisis y discusión de resultados.....	53
CONSIDERACIONES FINALES.....	62
Agradecimiento.....	64
Referencias bibliográficas.....	65
Anexos.....	74

I. Introducción

1.1 Problematización e importancia

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad, cuyo objetivo es brindar cuidado integral a personas en estado crítico de salud que son hospitalizadas en el posoperatorio, al ocurrir la agudización de enfermedades neurológicas, metabólicas, renales, cardiorrespiratorias, traumatismos, *shock*, entre otras. Las distintas unidades de cuidados intensivos tienen características particulares, a diferencia de otros servicios hospitalarios. Es así como su distribución puede variar de unas a otras UCI; encontrándose algunas circulares, con el puesto de enfermería en el centro, y otras lineales, pero de igual manera el puesto de enfermería es central y en frente de los cubículos donde se encuentran los pacientes; otras conservan la estructura de los servicios de hospitalización, con habitaciones similares pero con la adecuación eléctrica y tecnológica necesaria (1, 2).

Todas estas características, sumadas a la restricción del ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, hacen de la permanencia en la UCI una experiencia poco placentera, además que está cargada de incertidumbre, afectando la condición del paciente. Con respecto a la tecnología de la UCI, hay diversidad de equipos que permiten conocer algunas variables fisiológicas, contribuir a la interpretación de la situación clínica del paciente y enfocar la terapéutica, los mismos que causan incomodidad en el paciente debido a que están adheridos a la piel y unos pocos pueden trasgredir las barreras naturales y limitar la autonomía, la movilidad y el bienestar (2-4).

Estos factores conllevan al paciente a vivir una experiencia diferente, con respecto a otras hospitalizaciones que haya tenido, e incluso darle un lugar especial debido a la gravedad de la enfermedad que está padeciendo y a cada uno de los componentes del cuidado que percibe desde su habitación.

En la experiencia profesional como enfermera en áreas críticas, tales como el Centro Quirúrgico y la Unidad de Cuidados Intensivos durante 8 y 21 años, respectivamente, se tuvo la oportunidad de vivenciar diferentes situaciones que experimentan las personas adultas en estado crítico, en especial las tratadas con tubo endotraqueal, quienes muestran inquietud, malestar, ansiedad, angustia, temor, etcétera (5).

El paciente en estado crítico, con insuficiencia respiratoria, muchas veces necesita de una vía aérea artificial que puede ser un tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía, para luego ser conectado a un ventilador mecánico por espacios cortos o prolongados. La persona con tubo endotraqueal tiene dificultad para comunicarse, moverse e inclusive debe alimentarse a través de una sonda nasogástrica (nutrición enteral). Por cierto que a esto se agregan otros problemas; el individuo, por su estado crítico, es hemodinámicamente inestable, lo cual lleva a la necesidad de someterlo a procedimientos invasivos y no invasivos, afectando su estado fisiológico y psicológico e influenciando, además, al aislamiento en la UCI y a la separación de su familiar (visita restringida). Además, por encontrarse rodeado de objetos, equipos y personal desconocidos para él, crea sentimientos de temor y ansiedad, lo que hace evidente conductas o actitudes muchas veces agresivas o que se vuelvan, en algunos casos, extremadamente exigentes (6-8).

El grado de dependencia de estas personas, generalmente, es total, porque hay alteración de las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales. La vida de estos pacientes pende de un hilo y la probabilidad de muerte y supervivencia va a estar supeditada a los cuidados y uso adecuado de los recursos (9).

De la experiencia vivida como enfermera, al cuidar por más de 29 años a pacientes en situaciones críticas de vida–muerte, despertaron gran interés las personas que estuvieron con tubo endotraqueal y no perdieron su estado de consciencia y que para poder vivir han tenido que estar entubados (sometidos a una máquina) durante varios días, semanas e inclusive meses.

Durante los días que permanecieron con tubo endotraqueal, los pacientes se mostraron desorientados, angustiados, ansiosos, fastidiados, exigentes y agresivos; la persona no acepta fácilmente este aparato de ayuda, a pesar de sentir la falta de oxígeno, por lo que se recurre al uso de sedantes y relajantes y sujeción mecánica para cubrir la necesidad de seguridad e integridad física (9, 10).

Como enfermera, impactó esta situación, y luego surgieron las preguntas: ¿Qué experimenta?, ¿qué siente?, ¿qué significa estar con tubo endotraqueal? Porque todos manifiestan fastidio, dolor y deseos de que se les retire cuanto antes este mecanismo.

Es importante resaltar que el cuidado de enfermería, que se brinda a las personas con tubo endotraqueal en la unidad, está orientado a la satisfacción de las necesidades fisiológicas, omitiendo una atención integral que afecta la calidad de cuidado. Trabajar como docente y realizar estudios de maestría y ahora de doctorado, motivó el logro de internalizar, más aun, el cuidado como esencia de enfermería, que debe ser sentido, vivido y que, para que este sea integrado al día a día, es necesario absorberlo, permitir la acción de su poder transformador y asumirlo como el grado más elevado de humanización que involucra una sensibilidad superior, la espiritualidad, y solo así se sabrá cómo ponerlo en práctica. Se debe brindar cuidado a un ser único, con características biológicas, cognitivas, sociales, afectivas y espirituales e interactuando con su entorno. Además, se le debe dar el lugar que merece y no realizar una gran cantidad de actividades a ritmo vertiginoso, sin tener tiempo para valorar ni satisfacer muchas necesidades relacionadas con su salud o con su proceso de muerte (9, 10).

Consecuentemente, como enfermeras no hay consciencia de las vivencias de la persona adulta con tubo endotraqueal, se brinda los cuidados del tubo, olvidándose que es un ser humano quien lo tiene en la boca, que le impide comunicarse y le genera malestar, dolor y sufrimiento; con este estudio se quiere conocer el mundo vivido, para comprenderlo y mejorar el cuidado del paciente.

Frente a esta realidad, se plantea el siguiente objeto de investigación.

1.2 Objeto de estudio

Vivencia de la persona adulta con tubo endotraqueal, en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

1.3 Pregunta orientadora

¿Cuáles son las vivencias de la persona adulta con tubo endotraqueal, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Belén de Trujillo-2014?

1.4 Pregunta norteadora

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

1.5 Objetivo de la investigación

Analizar, comprensivamente, la vivencia de la persona adulta con tubo endotraqueal en la UCI.

1.6 Justificación y relevancia del estudio

Frente a lo expuesto, es necesario no dejar pasar esos momentos en los que la persona, con tubo endotraqueal, pueda ser atendida con cuidados especiales, integrales y más humanos, teniendo en cuenta sus vivencias.

El presente trabajo de investigación, surge ante la necesidad de profundizar el estudio de estos pacientes, para llegar a comprender e identificar lo que significa estar con tubo endotraqueal y develar el fenómeno vivencial a través de una trayectoria cualitativa del enfoque fenomenológico que permita conocer el mundo vivido por ellos, para interrogarlos y comprenderlos (10,11).

Este análisis puede constituir el punto de partida para las reflexiones y meditar si realmente se está brindando cuidado humano. Al tener respuestas sobre ello, puede formularse propuestas sobre modelos de atención, fortaleciendo el cuerpo de conocimientos de enfermería en estas cuestiones, y recoger evidencias epistemológicas. En el área de educación de la enfermería, se debe seguir estimulando el desarrollo de capacidades en el estudiante, para mejorar día a día el cuidado con la formación de profesionales críticos, creativos, sensibles y con valores; porque solo así podrá hablarse de cuidado humano.

II. Referencial teórico-conceptual

2.1 Referencial empírico

Según la revisión bibliográfica realizada hasta la fecha, son pocos los trabajos cualitativos sobre las vivencias de las personas adultas con tubo endotraqueal en la UCI. Entre los estudios encontrados, figuran los siguientes:

Tembo AC (12), en su trabajo «The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study», donde participaron 12 pacientes de edades entre 20 y 76 años, con una estancia en la UCI de tres a 36 días, concluyó que los tratados con tubo endotraqueal experimentan vivencias conocidas como: «Estar en el limbo», «Estar preso» y «Ser atrapado».

Baumgarten M y Poulsen I (13), en su metasíntesis de nueve estudios cualitativos, realizados en el periodo de 1994 a 2012, con el objetivo de reunir y sintetizar el conocimiento interpretado de los estudios cualitativos sobre las experiencias de los pacientes con tubo endotraqueal en la UCI, encontraron que estas personas experimentan vivencias de ansiedad, miedo y soledad.

Engström Å, Nyström N, Sundelin G, Rattray J. (2013) (14), en su trabajo «People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative study», donde participaron ocho personas adultas con tubo endotraqueal, concluyeron que los pacientes manifestaban dependencia de especialistas y equipos para su supervivencia, creando un sentido de ser entregados en manos de los demás.

Vásquez F (15) realizó el trabajo de vivencias de pacientes adultos sometidos a ventilación mecánica en el hospital de Piura José Cayetano Heredia, en el servicio UCI-Perú, develando el fenómeno «Es desesperante... vivía perdido en el corazón de Dios y mi familia».

Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J, Henneman EA. (2006) (16), en su investigación «Communication boards in critical care: patients' views», donde participaron 29 pacientes adultos con tubo endotraqueal, descubrieron que la mayoría de estos experimentaron un alto nivel de frustración, cuando deseaban comunicar sus necesidades.

Henao A (17), en su trabajo «Experiencia de los pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación», realizado en UCI-Colombia, develó el fenómeno: «Estar sin sedación, es saber que uno está vivo».

Todos estos trabajos sobre vivencias de pacientes con ventilación mecánica son considerados como antecedentes, toda vez que los tratados con este tipo de equipo tienen vía aérea artificial (tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía).

2.2 Referencial contextual

El Ministerio de Salud, el 22 de diciembre de 2010, instituyó que el 13 de agosto de cada año se celebre el «Día del Paciente en el Perú». Esta iniciativa constituye una actividad solidaria y reflexiva de integración entre el personal de salud y el paciente. Todo esto enmarcado en la importancia de la salud de las personas, el significado de estar enfermo, y la necesidad de un serio y sostenido esfuerzo de la humanización de la atención de la salud y el mejoramiento de los servicios de salud, en el marco de los derechos fundamentales de la persona (18).

Este derecho, no solo debería ser reconocido en la bioética, la ley, la filosofía, la antropología del cuidado, las políticas públicas nacionales e internacionales, sino en la praxis del ejercicio clínico de los profesionales de salud, en el proceso de cuidado. La ley general de salud 26842 dice: El paciente tiene derecho a una atención médica quirúrgica o procedimiento en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o la enfermera le informen la naturaleza de dicha intervención o tratamiento. El Estado Peruano, de conformidad con los principios emanados de la Constitución

Política del Perú consignados en las leyes y la normatividad vigente, debe priorizar todos sus esfuerzos y recursos para lograr alcanzar el estado de salud de todos sus ciudadanos, de una manera sostenible y continua.

En esta política de Estado, de preservar la vida, se debe priorizar las actividades e intervenciones en aquellas áreas donde los ciudadanos se encuentran en situación de muerte inminente, es decir, en aquellas denominadas Áreas Críticas, como son el nivel Pre-Hospitalario, Emergencias, Cuidados Intensivos y Centro Quirúrgico (19, 20).

Los cuidados intensivos del sector salud, donde se ubican los pacientes críticos, permitirán la optimización de los recursos y mejorar la calidad de atención de salud de los ciudadanos peruanos. La presencia de la mejora continua de los procesos de atención y la incorporación de nuevas tecnologías en el manejo del paciente crítico, principalmente en la fase del diagnóstico precoz, monitoreo y tratamiento, tienen un rol importante (20).

Estos avances, en ciencia y tecnología, apremian a la enfermera para que inicie a dar grandes pasos en la humanización y evite terminar maquinizándose. Humanizarse es hacerse benigno, compadecerse de los demás es escuchar con atención, es animar al paciente a compartir sus penas y aflicciones, es servirle con amor. Debemos darle vida a un servicio que cuida la vida (21).

Por tanto, la calidad de atención del personal de enfermería debe ser cada día más exigente, con capacitación y actualización constantes, ya que sus cuidados deben ser humanos e individualizados, tratando al ser humano como un ser único y no dejando de lado el manejo adecuado y preciso de materiales y equipos que sustituyen y mejoran la ventilación, como son el tubo endotraqueal, cánula de traqueostomía, el ventilador mecánico, etc., a través de los cuales muchos usuarios logran vivir o mejorar su condición de salud (22).

2.2.1 Cuidado de la persona adulta en UCI

Enfermería se ha identificado con el cuidado del ser. El interés y motivación de la enfermera por brindar un cuidado integral a la persona, al final de la vida, se remonta a los orígenes de la profesión. Los diferentes modelos y teorías en enfermería enfatizan la importancia del cuidado de las personas en estado crítico, considerando que su función es ayudar a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que realizaría sin ayuda, si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. El cuidado es un proceso humano intersubjetivo que expresa respeto por el misterio del ser en el mundo, reflejado en las tres esferas de mente, cuerpo y alma (23).

Por lo tanto, se le debe ofrecer un cuidado de enfermería holístico, ya que el hombre es único e indivisible y ha de cuidarse en todas sus dimensiones, puesto que si falla la atención en una de ellas, se produce un desequilibrio repercutiendo en las demás dimensiones (24).

2.3 Referencial conceptual

Este apartado tiene como objeto presentar una aproximación teórica al estudio de las vivencias y cuidado de la persona adulta con tubo endotraqueal, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Cuando se quiere captar lo que sucede desde el marco de referencia del sujeto que vive los acontecimientos, los experimenta y los socializa, entonces se exige una contemplación fenomenológica. Significa que no se está estudiando una realidad de manera externa, sino algo único, personal, propio de cada ser humano. Así, para conceptualizar esta totalidad, surgió la fenomenología (25).

Los estudios fenomenológicos, revelan que «el modo de relacionarse comunicarse» en la enfermería puede presentarse diferente a los ojos de quien da un mensaje y a los ojos de quien lo recibe. Las habilidades comunicativas en las relaciones interpersonales y la satisfacción laboral, en sus diversos aspectos, pueden ser interrelacionados por el paradigma de la

fenomenología y ser comprendidos nuevamente fenomenológicamente en la perspectiva de quien vive los fenómenos (26).

2.3.1 Vivencias de la persona adulta con tubo endotraqueal

Abordar el mundo fenoménico de los pacientes con tubo endotraqueal para aprehender sus vivencias, supone definir qué es una vivencia, de allí que puede decirse que es «una experiencia vivida con gran intensidad por un individuo en un lapso de tiempo aquí-ahora (génesis actual), abarcando las funciones emocionales, cenestésicas y orgánicas» (21).

Las vivencias son fenómenos «interiores» de los seres vivientes; trascurren en la «inmanencia» de su propio ser y no más bien en el «exterior» de este; por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de observación externo. Ellas miran «hacia dentro» de la misma vida y no «hacia fuera» de esta. Las vivencias permiten a estos seres experimentarse a sí mismos como «sujetos» de ellas y no como objetos, como sucede, en cambio, con su propio cuerpo. Debido a su carácter interior y su vinculación con la subjetividad de estos seres animados, estas vivencias se consideran «entidades subjetivas» (27).

Usualmente, la palabra vivencia tiene una connotación ligada a lo emocional. Sin embargo, ya la primera acepción que registra el diccionario permite designar a un campo más vasto de actos subjetivos como vivencia: «El hecho de vivir o experimentar algo, y su contenido». Esto es más acorde con la fenomenología, que entiende por vivencia toda clase de actos conscientes inmanentes al sujeto: percepciones, recuerdos, expectativas, actos de fantasía, deseos, sentimientos, entre otros. Por consiguiente, bajo el título de vivencia se registran no solo emociones afectivas sino también sensoriales, imaginativas, volitivas, que sirven de matriz al pensamiento conceptual y se entrelazan con el ser (28, 29).

Toda vivencia deja huella, es el impacto de esa experiencia incrustada en el desarrollo biográfico; según su intensidad y duración, puede ser decisiva para el curso posterior de la historia vital interna. El contenido de la vivencia es esencialmente un estado de ánimo que se manifiesta mediante las principales experiencias afectivas, es decir, por emociones, reacciones, sentimientos, motivaciones, preocupaciones (28, 30).

Las emociones son estados de ánimo que producen una agitación interior como consecuencia de senso-percepciones, recuerdos, pensamientos, juicios y comprenden una vivencia, manifestaciones fisiológicas, conductas y experiencias cognitivas que nacen de alguna causa pasajera y que ejercen una gran influencia sobre el comportamiento. Las vivencias del ser humano ante la enfermedad son individuales y únicas, la experiencia de estar enfermo supone una amenaza psicológica, sociológica y espiritual para él, por lo que la enfermera, al brindar cuidado, debe mirar a esta persona como un todo (27,30).

Existen varios grados o modos en los que puede tener lugar la comprensión de las vivencias de otras personas. El primero es el contagio afectivo, en este caso, una persona estaría triste y contagiaría su tristeza a los que le brindan cuidados y lo ven, escuchan su llanto o sus explicaciones. Se trata de un procedimiento que tiene lugar de un modo subconsciente. Lo que se experimenta, en el caso del contagio afectivo, no es el sentimiento de otra persona, sino uno propio. Es por ello que el contagio afectivo no presupone que se tenga una vivencia consciente de la existencia de otra persona. Se trata de una experiencia primitiva de la subjetividad ajena, que por lo general transcurre de modo subconsciente, y no puede hablarse con propiedad de intersubjetividad (30, 31).

En segundo lugar, está el fenómeno de sentir lo que otra persona siente a partir del conocimiento de sus vivencias, experiencias, situación personal y contexto. Este sería el caso, por ejemplo, de una persona que

explica que está triste por una serie de razones y, entonces, al comprender los motivos por los cuales está así, puede sentirse la tristeza que siente. Con todo, muchos no necesariamente se ponen tristes. Este tipo de vivencias posibilita una primera experiencia de los demás y abre las puertas a la comprensión de sus sentires como vivencias ajenas. En estos casos de sentir lo que otra persona siente, no es solo que se tenga un conocimiento del otro como tal o que se sepa que otra siente algo en concreto, sino que se percibe y vivencia lo que ella siente, sin por ello tener el mismo estado afectivo (27, 31).

El sentir lo que otra persona siente, se distingue del contagio afectivo en dos aspectos esenciales. Por un lado, en el sentir lo mismo que otro es necesario comprender los motivos de la tristeza de una persona, mientras que en el contagio afectivo no lo es. Por otro lado, el sentir lo mismo que otro no conlleva a estar necesariamente triste, a pesar de comprender los motivos; en el caso del contagio afectivo, aun no comprendiendo los motivos, los otros se contagian de su tristeza y están tristes (30, 31).

En tercer lugar, existe otro fenómeno afectivo al que se denomina «el sentirse uno con el otro». En este caso, la persona se siente en unidad con el otro y, por ello, es posible compartir las mismas vivencias emocionales. Es decir, hay una identificación completa con el otro y se puede sentir lo mismo que él.

En cuarto lugar, se encuentra el acto de «simpatía en sentido estricto». En la simpatía, se tiene un sentimiento en el que son dadas, de un modo inmediato, las vivencias de la otra persona (27, 30).

Estos cuatro tipos de vivencias son los que posibilitan una aproximación a las vivencias de las otras personas y constituyen diferentes grados de intersubjetividad. Desde el mero contagio afectivo, en el que solo de un modo subconsciente, vago y primitivo se experimenta lo mismo que otro, sin que este otro tenga capital

importancia; luego, el sentir lo mismo que otro, que considera ya la experiencia de una subjetividad ajena como tal; después, la completa identificación con esta otra subjetividad en el sentirse uno con el otro; hasta llegar a la simpatía pura como experiencia, de un modo inmediato, de las mismas vivencias que otra persona; hay una escala que va de menos a más en lo que concierne la experiencia de otra persona como tal. Si se atiende a estos actos afectivos, puede observarse que son fundamentales para la constitución y posibilidad de una experiencia de la subjetividad ajena y, por lo tanto, sientan las bases de la intersubjetividad (27, 30, 31).

2.3.2 Cuidado humanizado de enfermería en persona adulta con tubo endotraqueal

Considerando el objeto de estudio, vivencias de la persona adulta con tubo endotraqueal, la teorista en quien se basa el presente estudio es Vera Regina Waldow; ella fundamenta el cuidar como expresión de humanización, donde cuidado humano es una forma de ser, de vivir y de expresarse en un compromiso de estar con el mundo y en contribuir al bienestar general, en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de la espiritualidad (21).

El todo del ser humano y la totalidad de la calidad de vida incluye el movimiento físico, la prevención básica de los estados físicos y emocionales negativos, el control del estrés, la sensibilidad con el entorno, la conciencia de sí mismo y el aspecto espiritual, los que deberían ser considerados por el profesional de enfermería, dado que su esencia es el cuidado (21).

Los cuidados de enfermería deberían estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas, para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración. Sin embargo, las

instituciones hospitalarias, impregnadas del modelo biomédico y curativo, reducen lo humano a lo biológico, alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado (21, 32).

El cuidado humanizado reúne actos como pensar, ser, hacer, cuidar, lo que involucra tanto a la persona cuidada, como al profesional que cuida. Esto sin tener en cuenta el significado de cuidado, sino la esencia del ser humano como ser único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger, es decir, en la comprensión del ser humano como un ser integral. Se habla de una visión fenomenológica-existencialista de la psicología y de las humanidades. La enfermera se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida (21, 33).

El cuidado no puede ser prescrito, no existen reglas a seguir, debe ser sentido, vivido e integrado al día a día, permitiendo que forme parte de todos, es decir, transformarlo en un estilo de vida (21).

El cuidado que se brinda a las personas adultas, con tubo endotraqueal, debe ser humano, de calidad, anticiparse a complicaciones, minimizar los riesgos mediante un monitoreo continuo. En realidad, esto es poco frecuente, dado que el paciente está afectado en su dignidad, al perder su libertad y depender del personal de enfermería. La presencia de vías, sondas, cables, conexiones y aparatos le impiden moverse. Además, las alarmas, la luz, el ruido, la falta de televisores, música y el aislamiento de la familia, genera ansiedad, intranquilidad, llanto, quejas, por lo que es necesario que la enfermera proporcione información, responda dudas, dándole una atención esmerada con calidad científica y humana (32).

La enfermera, en el cuidado que brinda, no debe olvidar los factores de tensión psíquica (afectiva) porque afectan o condicionan la recuperación física del paciente. La intervención psicológica implica

cumplir funciones específicas, como brindar información, acompañarlos, orientarlos, escucharlos, confortando sus estados de ánimo durante la hospitalización para proporcionar aliento y esperanza, apoyo humano en un ambiente cálido que los haga sentir que están recibiendo un trato digno y respetuoso, ya que la vida tiene sentido hasta el final, hasta el último suspiro y una actitud rutinaria, risas o indiferencia pueden ser interpretadas como deshumanización, ocasionando trastornos fisiológicos y psicológicos, evidenciándose en alteraciones del pensamiento, distorsión de la percepción y cambios conductuales, por tanto, se hace necesario conectarlos a la realidad en forma continua (34).

Por otro lado, la comunicación con los pacientes es uno de los cimientos de enfermería, la habilidad para comunicarse es conocimiento básico del cuidado de enfermería, ya que su meta en este campo es luchar por el desarrollo de una comprensión común, utilizando para ello principios básicos como claridad, continuidad. En personas adultas intubadas, la comunicación no verbal es la más frecuente, utiliza tablas de símbolos, lápiz y papel para que puedan expresar lo que sienten (21, 34).

Es importante recordar que en el cuidado del paciente adulto con tubo endotraqueal debe aliviarse el sufrimiento humano, mantener la dignidad y facilitar los medios para manejar la crisis del vivir y del morir (21).

2.4 Referencial filosófico

El tener un tubo endotraqueal constituye una situación de angustia y una experiencia estresante para la persona. Además del impacto del no poder comunicarse verbalmente, comer, etcétera, genera en el paciente sentimientos de angustia y desesperación que se agudizan aún más al no obtener información sobre su estado de salud, pues, muchas veces, solo se atienden las necesidades fisiológicas (17).

Etimológicamente, la palabra «angustia» deriva del verbo griego *anjo*, que en su sentido activo significa presionar, asfixiar y, en su sentido pasivo, ahogarse. En latín ocurre algo similar: la palabra original es *angere*, que significa estrechar, oprimir, presionar la garganta. La experiencia clínica corresponde perfectamente al significado etimológico, dado que el ser humano angustiado experimenta opresión precordial, sensación de falta de aire (29, 35).

Decía Freud: «Pienso que la angustia se relaciona con el estado subjetivo abstraído de cualquier objeto, mientras que en el miedo la atención está dirigida precisamente hacia un objeto». En cambio, para Sartre, los humanos son angustia y el miedo sería un sentimiento en relación a los otros. La angustia, para este filósofo francés, sería más un sentimiento dirigido hacia uno mismo (35).

La angustia está generada por la libertad, en tanto que se tiene la capacidad electiva de hacer algo o de no hacerlo. Si los seres humanos no fueran libres, si estuvieran totalmente predeterminados, la angustia no existiría, a lo sumo se experimentaría una cierta resignación. Sartre dice que existe una conciencia específica de libertad y esta conciencia es la angustia y, en ese sentido, la angustia son las personas mismas. Cuando lo que se hace es dejar de ser lo que se propuso ser, ello es lo que provoca angustia. Para este connotado científico, la angustia sería el reconocimiento de una posibilidad como «mi» posibilidad. Considera, en este sentido, como deterministas a aquellas corrientes filosóficas (y psicológicas) que suponen la existencia de un ente predeterminado, sin conciencia de sí mismo y que, por ende, al no ser libre actúa de ciertas maneras, sin posibilidad de expresarse de forma diferente (30).

Se siente angustia, entonces, por lo que viene y se manifiesta a través del ser, y el miedo se experimenta por lo que viene de los otros, por aquello que proviene de fuera del ser, aquello que no es propio de la conciencia. Para que el ser se angustie, acerca de algo o de alguien, sería menester que esté en relación con el ser colectivo. Se debe buscar indagar en uno mismo

acerca de cuáles son los motivos que llevan a esa angustia, en tanto que aquello que angustia está en una íntima y única relación con la persona, con su historia vital. El temor, en cambio, estaría más orientado en el sentido del accionar que un otro singular o plural pueda llegar a desencadenar hacia la persona o hacia la de otros que reconoce como sus semejantes, e inclusive hacerlo extensivo hacia otros seres que si bien no los reconoce como iguales, les confiere una trascendencia como sujetos (30).

Otra interpretación de la angustia es la de Martín Heidegger; para él, la angustia es una disposición afectiva fundamental, puesto que, a pesar de la desazón que implica, es capaz de poner al ser humano tanto frente a la desnudez del mundo (que es lo que propiamente «angustia en la angustia») como frente a su propia soledad y desde ahí rescatar la posibilidad de una existencia auténtica. La experiencia de la angustia, según Heidegger, es lo que permite salvar al hombre de su natural tendencia a la «caída» (Verfallenheit). La angustia revela, en el Dasein, el ser-para su propio poder ser, vale decir, su ser libre para la libertad de escogerse y asumirse (30).

El principal problema que se plantea Heidegger es la pregunta por el ser como algo constitutivo y fundamental de todo quehacer filosófico. El Dasein es el hombre, aquel ser que posibilita que el ser esté presente y pueda ser interpretado, pero no ha de entenderse como una cosa, sino como un poder-ser, como el lugar en el que se manifiestan y despliegan sus posibilidades. Este poder-ser, que es el hombre, está condicionado por la facticidad. El Dasein se despliega en el absurdo de lo dado, lugar que le preexiste desde siempre y desde el cual se proyecta irrevocablemente más allá de sí mismo, como forma de realizarse como proyecto: no es todavía lo que tiene que ser y ha de dejar de ser lo que ahora es; el hombre es una anticipación de sí mismo porque es un ser-en-el-mundo (30).

Decía Heidegger, que hay para el Dasein (ser en sí mismo) una posibilidad permanente de encontrarse frente a la nada y descubrirla como fenómeno. Eso sería la angustia. La forma en que cabría enfrentar la nada, la cura de ese no-ser es la angustia. La posibilidad de seguir existiendo frente a

esa nada es lo que estaría dado por la angustia. En la angustia es donde se siente el mundo en su mundanidad, es decir, como algo externo (30).

El angustiarse, en cuanto disposición afectiva, es una manera de estar en el mundo; el ante-qué de la angustia es el estar en el mundo en condición de arrojado; aquello por lo que la angustia se angustia es el poder estar en el mundo. Por consiguiente, el fenómeno de la angustia tomado en su totalidad muestra al Dasein como un estar en el mundo fácticamente existente. Los caracteres ontológicos fundamentales de este ente son la existencialidad, la facticidad y el estar caído. Estas determinaciones existenciales no son partes de un *compositum* al que pudiera alguna vez faltarle una de ellas, sino que conforman una trama originaria que constituye la totalidad del todo estructural que se busca. Dicho de otra manera: el existir es siempre existir fáctico. La existencialidad está determinada esencialmente por la facticidad; y, a su vez, el fáctico existir del Dasein no solo es, en general, y de un modo indiferente, un poder estar en el mundo en condición de arrojado, sino que ya está siempre absorto en el mundo de la ocupación (30, 36).

La existencia es preocupación surgida de la angustia de verse proyectado en un mundo en el que se tiene que ser, a pesar de sí. Se proviene de una nada y se realiza como un proyecto encaminado hacia la muerte, por eso, la angustia es constitutiva del Dasein, porque es la condición de un ser caído y solitario que no puede contar con Dios ni remedio alguno a su condición. Se debe hacer responsable de su propia vida, asumir su propia muerte sin dejarse fagocitar en su relación con los objetos y sus funciones. La vida inauténtica nace del ocultamiento de lo terrible de su condición. La autenticidad consiste, según Heidegger, en reconocer que se es un «ser para la muerte», única vía de acceso a la libertad (30, 36).

El primer aspecto de la muerte que se impone es su carácter insuperable. La muerte, a diferencia de las otras posibilidades de la existencia, no solo es una posibilidad a la cual el Dasein no puede escapar, sino que, frente a toda otra posibilidad, está caracterizada por el hecho de

que más allá de ella nada más le es posible al Dasein como ser en el mundo. La muerte es la posibilidad de la imposibilidad de toda otra posibilidad, «la posibilidad de la pura y simple imposibilidad del Dasein» (36).

La muerte es la posibilidad más propia del Dasein, esto puede verse atestiguado por el hecho de que todos mueren, es decir, que esa posibilidad es coesencial al Dasein; pero la raíz del hecho empírico de que todos mueren es la circunstancia de que la muerte es la posibilidad más propia del Dasein en cuanto lo afecta en su mismo ser, en su esencia misma de proyecto, mientras que cualquier otra posibilidad se sitúa en el interior del proyecto mismo como su modo de determinarse (36).

Si el Dasein existe, ya está «arrojado» también en esta posibilidad de muerte, por consiguiente, la muerte forma parte del estar en el mundo, es algo de lo que el Dasein no tiene inmediata y regularmente un saber expreso, ni menos aún teórico. La condición de arrojado en la muerte se hace patente en la forma más originaria y penetrante en la disposición afectiva de la angustia. La angustia ante la muerte es angustia «ante» el más propio, irrespectivo e insuperable poder ser. El «ante qué» de esta angustia es el estar en el mundo mismo. El «por qué» de esta angustia es el poder ser radical del Dasein (30, 36).

La muerte forma parte esencial y originaria del ser del Dasein, el cuidado es el término ontológico para la totalidad del todo estructural. Sin embargo, para la plena justificación fenoménica de esta proposición no basta con un «bosquejo» de la conexión entre el estar vuelto hacia la muerte y el cuidado. Esta conexión tendrá que hacerse visible, ante todo, en la más inmediata «concreción» del Dasein, en su cotidianidad (30).

La angustia enfrenta el ser-ahí con su ser-en-el-mundo, esto, es, lo saca de su estar caído cabe los entes, de estar absorbido en el mundo. Rompe la familiaridad que el ser-ahí tiene con el mundo y el ser-en pasa al modo existencial del no-en-su-casa, de la inhospitalidad. Por tanto, la posibilidad de muerte del ser o de alguien o algo relacionado al ser genera

angustia, sacándolo de su mundo habitual llamado cotidianidad para enfrentarlo al mundo (36).

Esta concepción filosófica no es ajena a los pacientes con tubo endotraqueal, dado que en su cotidianidad están expuestos a acontecimientos desconocidos que irrumpen en su vida cotidiana, constituyendo una amenaza a su integridad física y psicológica. La sensación de ahogo, el dolor, el no poder comunicarse verbalmente y no poder tomar ni siquiera un poco de agua provocan temores y una carga excesiva de angustia, impidiendo transitar por esta situación con un control emocional y recuperación adecuada. La angustia que vive la persona con tubo endotraqueal está relacionada con la posibilidad más propia del ser: la muerte; pero para que este «ser» se angustie acerca de algo o de alguien, es menester que esté en relación con el mismo «ser»; así, esta persona se angustia ante la posibilidad de muerte (30, 36).

La enfermería es una profesión que convive en su quehacer diario con la posibilidad de muerte del ser, además, es testigo fehaciente de cómo esta posibilidad genera angustia en el sujeto de atención, sea el paciente mismo o los familiares. Por ello, los enfermeros deben buscar e indagar en sí mismos y en los pacientes la desazón que implica la angustia, como un camino de seguridad a la muerte del ser, en tanto es capaz de ponerse a estos profesionales frente a la desnudez del mundo (30, 36).

Por otro lado, enfermería tiene responsabilidad ética, social con el paciente que cuida, poniendo como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones. El cuidar al paciente con tubo endotraqueal se convierte en un reto profesional, donde el fin prioritario es el de aliviar el sufrimiento humano, mantener la dignidad y facilitar los medios para manejar la crisis y las experiencias del vivir y del morir. Este trabajo implica una gran responsabilidad, compromiso, sentido común, creatividad, continuidad en él, cuidado integral (30, 36).

III. Metodología

3.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de naturaleza cualitativa. En el mundo de la enfermería, se hace muy difícil objetivar verdades a través del conocimiento empírico, por la complejidad de las vivencias del ser humano. El profesional de enfermería, por la naturaleza de su quehacer, tiene una situación muy particular que le permite percibir con mucha claridad las vivencias de las personas cuando experimentan el proceso salud-enfermedad (37).

Al profundizar y ampliar el foco de interés hacia lo humano, orientándolo hacia las tendencias más recientes de la investigación, se busca la comprensión de estos fenómenos que exigen un conocimiento basado en los principios filosóficos que lo sustentan, así como también los principales recursos metodológicos que permiten la captación de estos fenómenos poco explotados en el área de la disciplina (38).

La investigación cualitativa permite la exploración de los humanos por los humanos, de modo que reconoce el valor de toda evidencia, la inevitabilidad y valía de la subjetividad, el valor de una visión holística y la integración de todos los patrones del saber. Se describe como holística, porque se preocupa de los seres humanos en su ambiente, en toda su complejidad, se basa en la premisa de que el obtener conocimiento de los seres humanos es imposible, sin describir cómo se vive y cómo se define la experiencia humana por los actores mismos (39).

3.2 Método de la investigación

El presente estudio se basó en la fenomenológica hermenéutica. La investigación cualitativa se asienta en la premisa de que el conocimiento de los seres humanos no es posible sin describir las experiencias de los propios hombres, de la forma en que las viven y como las describen ellos mismos.

El descubrimiento del significado de los fenómenos humanamente experimentados, a través del análisis de los discursos, es estudiado por la fenomenología. El término fenomenología viene del griego *phainomenon*, que deriva del verbo *phainesthai* que quiere decir «mostrarse a sí mismo»; y *logos*, que aquí es tomado como discurso esclarecedor (40, 41).

Heidegger plantea un problema, es la pregunta por el «ser» como algo constitutivo y fundamental de todo quehacer filosófico, al mismo tiempo que denuncia el olvido de esta cuestión por parte de los mismos filósofos griegos que iniciaron una investigación rigurosa sobre el «ser». Platón y Aristóteles no lograron definirlo, sino que oscurecieron su sentido al tratarlo como «ente», como una «presencia» e, incluso, como una simple copula: aquello que define sin definirse a sí mismo (30, 36).

Heidegger se propone delimitar con precisión los ámbitos de lo ontológico (ser) y lo óntico (ente), cuya escisión asimiló al primero, al ser, con la permanencia y la eternidad, en oposición al carácter sumamente efímero y cambiante del «ente». Esta escisión se pretende eliminar mediante un enraizamiento del «ser» en la temporalidad. También intenta establecer una ontología distinta, una superación de la metafísica tradicional «olvidadiza» de la cuestión del ser, mediante una analítica existencial: es el hombre el que se pregunta por el sentido del ser (Dasein, ser-ahí) y, por lo tanto, todo estudio de esta cuestión requiere un examen previo de lo que es el hombre, entendido no de manera genérica, sino como aquello que abre la visión del ser y a través de lo cual deja oír su voz (30, 36).

El «Dasein» es el hombre, aquel ser que posibilita que el ser esté presente y pueda ser interpretado, pero no ha de entenderse como una cosa, sino como un poder-ser, como el lugar en el que se manifiestan y despliegan sus posibilidades. El hombre está condicionado por la facticidad. Más allá de la filosofía de Husserl, Heidegger se propone volcar la fenomenología en la hermenéutica, pues aquella no está libre de prejuicios ni puede considerarse una descripción neutral y transparente de lo real, ni la propia consciencia un yo imparcial (30, 36).

El estudio se basa en las ideas de Martin Heidegger, filósofo alemán máximo representante del existencialismo filosófico, el análisis de los discursos se hizo considerando el rigor epistemológico que exige un conocimiento de principios filosóficos, lo que permitió la captación del fenómeno vivido por la persona adulta con tubo endotraqueal (30, 36).

3.3 Sujetos de la investigación

La muestra estuvo conformada por personas adultas con tubo endotraqueal, de ambos sexos, que estuvieron hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Belén, de Trujillo, durante el 2014, y que en el momento de aplicar las entrevistas se encontraron despiertos, hemodinámicamente estables y que aceptaron en forma voluntaria conceder las entrevistas y participar en el estudio. El número de participantes fue 13, y se determinó por saturación de las propias descripciones, es decir con la técnica de «Bola de Nieve». Para la caracterización de los participantes en el estudio, se asignó un código que permitió mantener el anonimato en la investigación y que se relaciona con el orden de la identificación realizada en la entrevista. Para facilitar la comprensión del lector, los datos de identificación de las personas entrevistadas se presentan en la tabla que se encuentra luego de la sección Referencias.

3.4 Escenario de estudio

La investigación se desarrolló en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Belén, de Trujillo. Fundado el 11 de mayo de 1551, en Cabildo Abierto, con el nombre de Hospital Santiago, y ubicado junto a la Ermita de Santa Ana (hoy Iglesia de Santa Ana), en terrenos donados por don Juan de Sandoval (esposo de la filántropa, dama peruana, doña Florencia de Mora). Cambió de nombre por el de Hospital Belén, algunos años después. En 1962, vinieron a Trujillo los hermanos de San Juan de Dios, quienes tomaron a su cargo el hospital, permaneciendo poco tiempo en Trujillo y, al irse, este nosocomio volvió al régimen de los Mayordomos. En 1860, llegaron a Trujillo los padres belenistas, quienes construyeron a mediados

del siglo XVIII la actual Iglesia Belén y administraron el hospital hasta mediados del siglo pasado. A partir del 15 de noviembre de 1995, pasó a ser responsabilidad de la Arquidiócesis de Trujillo, después de que el gobierno regional financiara su restauración completa (42).

Se convierte en hospital de beneficencia en 1874. En el año 1878, llega a la ciudad de Trujillo la Congregación Religiosa Hijas de la Caridad San Vicente de Paúl, quienes son contratadas para que administren el Hospital Belén hasta el año 1966. En enero de 1977, el Hospital Belén es transferido al Ministerio de Salud (36). En agosto de 1970, mediante decreto ley N.º 18322, el Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas declara la reorganización de la Sociedad de Beneficencia Pública de Trujillo y sus dependencias, entre ellos el Hospital Belén. En 1982, se designa al Hospital Belén como «Hospital de especialidades médicas Belén de Trujillo», por ser una institución que proporciona asistencia médica integral y especializada y atender prioritariamente al binomio madre-niño y a los pacientes con neoplasias; es así como se convierte en un centro de referencia del Norte del país (42).

En la actualidad, el hospital ha alcanzado un elevado nivel de complejidad, siendo de nivel III-1; el año 2006 es reconocido por el Comité Técnico Regional de Evaluación y Categorización de Establecimientos de Salud y servicios Médicos de Apoyo del Sector Salud. El hospital cuenta con Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), especialidades en pediatría, maternidad y adulto mayor, asimismo se ha implementado equipos de última tecnología, para mejorar el cuidado del paciente (42).

En el Hospital Belén de Trujillo, el 27 de octubre de 1985, un grupo de médicos y enfermeras empezaron a escribir las primeras páginas de la hermosa historia de la Unidad de Cuidados Intensivos. Estos gestores compartieron los mismos ideales e ilusiones y lucharon con denodado esfuerzo para salvar vidas y dar a sus pacientes el mejor cuidado que podían recibir en su lecho de dolor (42).

La unidad se inició producto de la necesidad de cuidar al paciente crítico con la dedicación, amor, cariño, respeto y competencia al enfermo, funcionó en un ambiente del servicio de medicina de hombres con tres camas, una aspiradora, la administración de medicamentos en microgoteros, una enfermera por turno, quien evaluaba a su paciente cada hora con un tensiómetro, y ayudada por sus manos revisaba el pulso y la respiración usando un reloj. Luego, se consiguió un ventilador mecánico Beard con ciclados a presión (42).

Han pasado 32 años, hoy la unidad cuenta con ambientes especialmente diseñados: una sala polivalente con cinco camas, un ambiente de infectados con dos camas, la sala de coronarios por implementar con monitores para cada cama, ventiladores mecánicos de última generación, camas eléctricas especiales, bombas de infusión para administración de los diversos tratamientos que necesite el paciente, bombas para administración de nutrición enteral, oxímetros de pulso, desfibrilador, equipo de electrocardiograma y equipo de rayos X, etcétera (42).

La Unidad de Cuidados Intensivos es la unidad orgánica encargada de brindar tratamiento de rescate y apoyo máximo al paciente en estado crítico, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud a todas las personas cuya vida o salud se encuentran en grave riesgo o severamente alteradas (42).

La UCI brinda cuidado integral especializado con calidad al paciente crítico, regulable mediante la aplicación del proceso de enfermería, grado de dependencia según las normas, guías y protocolos vigentes durante las 24 horas del día, logrando estabilizar con el menor riesgo de secuelas. Las personas que ingresan a la unidad se encuentran en estado crítico con posibilidad de recuperación y requieren monitoreo hemodinámico, ventilatorio, neurológico, renal y metabólico, recibiendo para ello soporte con apoyo de tecnología y la atención de un equipo de salud competente: los pacientes ingresan provenientes de los servicios de emergencia, cirugía, medicina, otros (42).

3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos

3.5.1 Técnica de recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de la entrevista abierta a profundidad, en una combinación de escucha atenta y cuestionamiento porque el sujeto no relata simplemente su vida, el reflexiona sobre la misma, en cuanto cuenta. La entrevista es un procedimiento organizado, a través del cual el investigador busca obtener información contenida en las declaraciones de los actores sociales —personas que estuvieron con tubo endotraqueal—, dándoles oportunidad de hablar sobre el asunto propuesto con toda libertad de expresión, de manera espontánea y sincera (43, 44).

La entrevista, que es una conversación libre pero basada en preguntas, permite la interacción social. La persona es invitada a hablar de su vivencia cuando estuvo con tubo endotraqueal con la siguiente pregunta motivadora: «Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con tubo endotraqueal». El procedimiento a seguir, para la realización de la entrevista, consiste en crear las condiciones más favorables para garantizar la comodidad del informante: intimidad y espacio familiar. Se debe estimular positivamente sus ganas de hablar, destacando la significación científica de su contribución, haciéndole sentir la importancia de su testimonio para poder mejorar el cuidado.

Las descripciones fueron obtenidas a través de los discursos de los colaboradores, como respuesta a la pregunta orientadora: «¿Cómo se ha sentido cuando estuvo con tubo endotraqueal?». Las entrevistas se realizaron en el Hospital Belén de Trujillo, en la Unidad de Cuidados Intensivos, a los pacientes hospitalizados que cumplían con los criterios de inclusión y, sobre todo, que ya se encontraban sin tubo endotraqueal, despiertos, lúcidos; orientados en tiempo, espacio y persona. Se trabajó en los turnos de mañana, tarde o noche, durante los meses de enero a noviembre de 2014, toda vez que muchos de los pacientes hospitalizados

en la unidad tenían problemas neurológicos, compromiso de la conciencia o se morían.

Se estableció el primer contacto con los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos y se les dijo que luego contarán las vivencias que tuvieron cuando permanecieron con el tubo endotraqueal. En el primer y segundo día de extubación, se procedió a entrevistar a varias personas en su lecho de hospitalización; se les explicó en forma sencilla la finalidad de la entrevista, solicitando su autorización para grabar su respuesta a la pregunta orientadora formulada, asegurando la confidencialidad y anonimato. La duración de la entrevista fue de 20 a 30 minutos, se procedió a grabar previo consentimiento del entrevistado. El número de participantes fue de 13, por el criterio de saturación de la información.

3.5.2 Procesamiento de los datos

El análisis de las descripciones se realizó en forma simultánea al recojo de la información; cada entrevista fue procesada de acuerdo a la trayectoria metodológica seleccionada. La investigación, según este abordaje, precisa desde el inicio situar el fenómeno. Eso quiere decir que es un fenómeno psicológico, en cuanto tiene que haber un sujeto colaborador en una situación viviendo un fenómeno, entendido como experiencia, percibida de modo consciente. La consciencia de esa experiencia es siempre intencional. En esta modalidad, la delimitación del fenómeno está fundamentada en un enfoque filosófico aplicado principalmente al campo considerado psicológico, como la percepción, el aprendizaje, la memoria, la imaginación, el pensamiento, la fantasía, las experiencias y las vivencias (45).

Enfermería, como profesión del cuidado a las personas, necesita profundizar las vertientes del conocimiento para ampliar su visión del mundo y desarrollar un pensamiento crítico, en la medida que se investiguen las vivencias, el sentir y, al acercarse a la subjetividad del usuario, poder mejorar la calidad del cuidado que debe ser cada día más

humano. Esto significa modificar sustancialmente la manera de pensar, de ser y de hacer enfermería, y de no seguir trabajando como enfermeras tradicionales con modelo biomédico (46).

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

D.2 Momentos de la trayectoria metodológica

La investigación fenomenológica considera cuatro momentos para construir la trayectoria fenomenológica (47).

a) Descripción fenomenológica

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

b) Reducción fenomenológica

Es el segundo momento de trayectoria fenomenológica, en el que se determinó qué parte de la descripción es considerada esencial y cuál no. Esto fue posible a través de la reflexión y variación imaginativa.

Este momento tuvo como objetivo identificar los significados que permitieron comprender lo esencial del fenómeno en estudio, a partir de los discursos de los colaboradores. Es decir, hubo que encontrar exactamente qué partes de la experiencia pertenecían fehacientemente a la conciencia del colaborador.

En cuanto a investigación, se identificó las unidades de significado de los discursos. La reducción fenomenológica no consiste en suprimir las percepciones presentes en los discursos, sino rescatar la esencia de las afirmaciones espontáneas sin cambiar el sentido de lo expresado referente al fenómeno interrogado, para lograr comprenderlo. Esto fue posible a través del procedimiento de reflexión de variación imaginativa, que se da solo cuando uno se coloca en lugar del colaborador y vive la experiencia por él vivida, imaginando cada parte como si estuviera presente o ausente de ella, es decir, transformando las expresiones cotidianas del discurso del colaborador en propias y que sustentan lo que se busca, convirtiendo las unidades significativas en su propio lenguaje, para luego poder decir que se llega al momento de la comprensión de los significados esenciales del fenómeno.

c) Análisis vago y mediano

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

Cuando las descripciones convergen, esto es, hay repeticiones en los discursos al interrogar, se puede decir que el fenómeno se está mostrando y

se procede a interpretar la esencia de los significados, logrando que el discurso sea esclarecedor.

d) Comprensión interpretativa

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

3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico

La investigación cualitativa, se basa en ciertos criterios que tienen como finalidad velar por la calidad y objetividad de la investigación. En el presente trabajo, se considera los siguientes criterios (48-50).

A. Rigor

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

B. Credibilidad

Se siguen los pasos necesarios para evaluar y mejorar constantemente la confianza en que la información que se obtenga se apegue a la verdad y cumpla con el objetivo propuesto. Por ello, se cuenta con la observación y el chequeo de los informantes, tratando de contrastar la versión de la investigación con lo que se ha creído detectar en las opiniones del grupo de personas que tienen conocimiento sobre el sujeto de investigación.

C. Auditabilidad

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

D. Ética

Se tuvieron en cuenta los tres principios éticos del reporte de Belmont.

a) Principio de beneficencia

Los sujetos de la investigación no serán expuestos a situaciones o experiencias con las cuales pudieran resultar perjudicados por los secretos revelados durante las grabaciones, los cuales son confidenciales y solo utilizados para fines de investigación.

b) Principio de respeto o dignidad humana

Cada sujeto decidirá en forma voluntaria su participación o no en la investigación, además de estar en facultad de rehusarse en cualquier momento a continuar dicha colaboración. Adicionalmente, recibirán información completa y clara sobre la investigación a realizar.

c) Principio de justicia

La información que se recolectará durante el curso de la investigación se mantendrá en estricta confidencia, por lo que cualquier detalle no será reportado en público ni será accesible a otras partes que no sean las involucradas en la investigación.

IV. Resultados y discusión

4.1 Presentación de resultados

Unidad de significado I

Cercanía a la muerte-Sentimientos ante la posibilidad de morir

[...] creí que me iba a morir... No sabía si estaba viva o muerta, tenía pesadillas... si te sacas el tubo te mueres. Mariela

[...] pensaba que estaba muerto... comencé a darme cuenta que no estaba muerto... estaba vivo. Jorge

[...] quería expresarme... respirar con más fuerza para ayudar y estar vivo... yo pensaba a pesar que estaba dormido que estaba con Jesús... caminaba, caminaba. Sitios que nunca he ido... agradezco a Dios que él también me ha estado cuidando. Ronal

[...] es un dolor intenso, que tal vez es mejor esperar la muerte... Clamor a Dios... tal vez hay un momento que nos escucha. ... Si hoy día ya no me lo sacaban... déjenme morir... ya no, doctora. Estela

[...] me fastidiaba... pero yo no quería morirme... porque es cuando uno está entre la vida y la muerte. Rosa

[...] tenía miedo... soñé a mi papá que está muerto... Estoy sufriendo... quería morirme... Feliciano

[...] creía que estaba en otro mundo y tenía unas cosas en la boca que me lastimaban... creía que me iba a morir... yo decía, qué he hecho en mi vida... usted no sabe, no tiene ni idea lo que he vivido, y hasta ahora no puedo olvidar. Adriana

[...] la verdad que yo sí pensaba en la muerte, porque era una cosa tan... tan desesperante. Lucila

Unidad de significado II

Sentimientos de desesperación y angustia

[...] me desesperaba... quería gritar... con desesperación lo quería jalar y no podía. Mariela

[...] sentía desesperación, quería gritar, correr y no podía... me desesperaba... desesperación. ...era horrible, no podía comer nada, a las justas podía escupir. Jorge

[...] con el tubo no se puede, me molestaba... cuando desperté me sentía angustiado, si hubiese estado consciente no me dejaba... Ronal

[...] no podía dormir, comer, hablar, estaba asustada porque quería pedir ayuda... estaba asustada, porque quería pedir ayuda y no podía... me angustiaba todo eso. Estela

[...] con ese tubo en la boca, ha sido para mí una angustia. Rosa

[...] me sentía angustiado, con ese tubo... es desesperante ese tubo, no sabía qué era eso. Jesús

[...] me incomodaba ese tubo... desgraciadamente, lloraba... me daba cólera, mordía porque me sentía muy mal, sentía miedo... la angustia, llanto, señorita, donde nadie te ve... me sentía mal... ese tubo, desespera. Santos

[...] y cerré mis ojos bien, tenía miedo... soñé a mi papá, que está muerto... yo les quería agarrar a golpes a ustedes... sí, porque me desesperaba el dolor... me desesperaba, no puedo comer. Feliciano

[...] me desesperaba, me ahogaba, tenía la lengua amarrada, amarrada, y dos tubos que me llegaban a la garganta... Me sentía horrible, creía que estaba en otro mundo. Era terrible, lo más horrible que me había pasado en la vida. Adriana

[...] cuando he estado con el tubo ha sido una cosa muy difícil... Lucila

[...] han sido días muy desesperantes... terribles, no quisiera que me vuelva a pasar, no lo soporto, es horrible... Willian

[...] ha sido terrible estar con esa cosa. Eladio

[...] era una cosa tan, tan desesperante, yo tenía miedo a la hora de que me venían a aspirar, me daba miedo, yo, yo ya sudaba... miedo porque había momentos en que parecía que te quedabas sin respiración, ...eso te lastima ...duele hasta el alma ...Me daba miedo, pero decía: Estoy en sus manos, qué voy a hacer... sentía miedo, no lo desearía a nadie lo que a mí me ha pasado... me decía, esto tiene que pasar, pero yo sentía miedo... ella no estaba viviendo lo que yo estaba viviendo, no, ella no vivía... lo que yo decía de la incomodidad de las mangueras. Flor

Unidad de significado III

Sentimientos de dolor

[...] era un dolor tremendo... Dolor en la garganta y desesperación, quería gritar... Con desesperación, lo quería jalar y no podía. Mariela

[...] sentía dolor... Dolía horrible, es la peor sensación que puede haber en el mundo... Sentir el tubo es la peor experiencia de mi vida, sentía dolor... Jorge

[...] me fastidiaba, empezó a dolerme, por eso pedía que me lo sacaran. Ronal

[...] hace doler, duele la garganta, es como si tuviese una bolsa que arde... Es un dolor intenso, que tal vez es mejor esperar la muerte... uno se siente muy mal, duele demasiado... esos tubos maltratan... Estela

[...] me fastidiaba... aguantaba nomás esa cosa de la boca... me ardía la garganta... tengo dolor de garganta. Rosa

[...] qué dolor que se siente... Santos

[...] sentí que me dolía mi boca... Dolor de mi cuerpo que me dolía feo, por eso pateaba yo, porque me dolía y me ardía feazo, mi garganta... y el tubo me hacía doler todo, yo les quería agarrar a golpes a ustedes... Feliciano

[...] tenía unas cosas en la boca que me lastimaban, me dolían, quería vomitar... en realidad, esos tubos... Es lo peor que en mi vida me ha pasado. Adriana

[...] eso incomoda... me duele la garganta. Lucila

[...] fastidio es estar con la mucosidad, el dolor... siempre aconsejo a mi gente que si es para el bien, que soporte no más y sepa apreciar, así no valga. Willian

[...] estaba mortificado por el dolor... Dolor, he tenido bastante dolor... Me molestaba porque no podía hablar, no podía comer. Eladio

Unidad de significado IV

No podía hablar

[...] temor de quedarse sin voz. No podía hablar... No podía hablar, tenía dolor en la garganta. Mariela

[...] no podía hablar, no podía comunicarme, lo tenía que hacer por señas... Jorge

[...] al comienzo no me sentía tranquilo, no podía expresarme, no podía hacer nada, estaba inmóvil... mi recuperación es más rápida porque yo expreso dónde me duele... Cuando me sacaron el tubo, ya podía comunicarme con ustedes. Ronal

[...] no sabía cómo hablar... Estela

[...] me impedía el habla. Rosa

[...] tenía que sacarme... ¿no vez que no podía avisar nada? Jesús

[...] no podía hablar, no podía decir nada... avisar que me sentía mal... no te deja hablar... Santos

[...] me hablaban, pero yo no podía decir nada, solo miraba... Feliciano

[...] no me dejaba hablar, era terrible. Adriana

[...] yo quería hablar, no podía... uy, el tubo no dejaba comer, no dejaba hablar, era una cosa que no dejaba nada... El tubo me molestaba... incomoda, es una cosa que es ajeno a tu cuerpo... No puedes hablar, no puedes comer... tienes que estar a un solo lado... No puedes hablar, no puedes comer... Lucila

[...] no podía hablar nada, absolutamente nada... es incómodo. Yo no recuerdo donde he caído... he estado perdido... Yo no me acuerdo nada, nada porque he perdido el habla. Willian

Unidad de significado V

Sin poder moverse por estar con sujeción mecánica (amarrado)

[...] solo quería que me expliquen para qué era ese tubo, en cambio me amarraron y me dejaron los brazos bien ajustados. Mariela

[...] me sentía mal, estaba amarrado, no podía hacer nada amarrado, póngale el tubo amarrado. Ronal

[...] no podía moverme. Rosa

[...] y me amarraban para que no me saque... lloraba... me amarraban porque me saqué el tubo... no te puedes mover. Santos

[...] con el tubo me sentía bastante incómoda... muy incómoda porque no te deja ni moverte. No puedes hablar, no puedes comer... tienes que estar a un solo lado. Lucila

Unidad de significado VI

Sensación de ahogo

[...] como si nos pusieran algo que nos ahogaba... no deja respirar, tenía que soportar nomás. Jorge

[...] al estar con esos tubos me asfixiaba. Estela

[...] me ahogaba. Rosa

[...] ese tubo es horrible, no se puede vivir con eso, porque uno se ahoga... Ese tubo lo pegan contra la boca para que no se mueva... no deja respirar, es feo...
Santos

[...] me agitaba, me faltaba la respiración, no podía respirar... sentía que con ese tubo ya no podía respirar... Feliciano

[...] no podía respirar y me ahogaba. Adriana

[...] yo sudaba... tenía miedo porque había momentos en que parecía que te quedabas sin respiración. Lucila

Unidad de significado VII

Acercamiento y agradecimiento a Dios

[...] oraba y decía a Dios, perdóname Dios, hazme de ti un hijo más, haré lo que me pidas. Mariela

[...] Dios me salvó, me daba fuerzas. Gracias... ese tubo es vida, yo rezaba a Dios... estoy bien, gracias Dios. Santos

[...] me he sentido apoyada, gracias a Dios, porque son acá unas personas muy eficientes para ayudarnos a la enfermedad o tenía una esperanza que sí... me voy a mejorar, soy una persona que confío en Dios... doy gracias a Dios a todos ustedes porque siempre ustedes han estado conmigo, pero sobre todas las cosas, sé que Dios algo me ha dado, una lección. Lucila

Unidad de significado VIII

Sentimientos de soledad y tristeza

[...] me afectó mucho estar así, no veía a nadie, era triste. Jesús

[...] en realidad, han sido unos días sin explicación, no tiene explicación estar solo, no sé pero esos tubos, ay... Es lo peor que en mi vida me ha pasado. Adriana

[...] me desesperaba porque estaba solo, no me veían ni me escuchaban, es muy triste. Mariela

[...] pero uno lo siente... el que lo siente... sufre... el no tener a su familia, a nadie de los suyos. Ronal

Unidad de significado IX

Un alivio estar sin tubo

[...] usted está viendo, hace unas horas que me lo sacaron esa manguera de la boca, y mi recuperación es más rápida porque yo expreso dónde me duele. Ronal

[...] cuando me sacaron el tubo sentí alivio... pero si no hubiera tenido ese tubo, no estaría viva. Rosa

[...] cuando me dijeron que lo van a sacar qué alegría... pero esperé... largos minutos. Adriana

[...] ese día que me sacaron esto, la... manguera o tubo... ay, qué dolor, parecía que me sacaron el alma pero me sentí aliviada. Lucila

[...] ahora me siento más tranquilo, sin tubo, porque puedo hablar, moverme y es otra cosa. Willian

[...] bueno, ya me sacaron, me he sentido más tranquilo. Estaba mortificado por el dolor. Eladio

4.2. Análisis y discusión de resultados

En este apartado, se presenta el análisis e interpretación de los resultados en base al referente teórico y los antecedentes de la investigación, con el objeto de profundizar, desarrollar conceptos asociados a las vivencias y cuidados del adulto con tubo endotraqueal en la UCI, y se procedió a la clasificación de las entrevistas en categorías, extrayendo de los enunciados significativos «Unidades significativas», en este caso, se buscaron aquellas palabras o frases que emplearon los pacientes para describir lo que para ellos significan las vivencias y cuidados.

Se agruparon los datos que componen significados similares y se procedió a clasificar la información, de acuerdo con criterios temáticos referidos a la búsqueda de significados, a los datos se les buscaron semejanzas o relaciones entre sí, y con ellos se elaboraron conceptos que ayudaron a interpretarlos, como se muestra en los resultados presentados.

Los resultados encontrados señalan que los pacientes adultos, con tubo endotraqueal, mostraron una similitud en las vivencias o cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos, relacionadas con cercanía a la muerte, angustia, sentimientos, dolor, imposibilidad para hablar, sin poder moverse, sensación de ahogo, acercamiento a Dios, soledad y tristeza, alivio sin el tubo, no dormía y agradecimiento. El enfermo necesita, hasta el final, sentirse tomado en cuenta como ser humano digno hasta el último instante y poder compartir situaciones emocionales agradables.

Siendo el objeto de estudio las vivencias y cuidados de los adultos con tubo endotraqueal en la UCI del Hospital Belén, de Trujillo, una vez revisadas las entrevistas y analizados los discursos que reflejan el significado expresado por ellos, son relevantes las siguientes proposiciones asertóricas, consideradas como unidades de significancia:

- a) Cercanía a la muerte y sentimientos ante la posibilidad de morir
- b) Sentimientos de desesperación y angustia
- c) Sentimientos de dolor

- d) No podía hablar
- e) Sin poder moverse por estar con sujeción mecánica (amarrado)
- f) Sensación de ahogo
- g) Acercamiento y agradecimiento a Dios
- h) Sentimientos de soledad y tristeza
- i) Un alivio estar sin tubo

a. Cercanía a la muerte y sentimientos ante la posibilidad de morir

Creía que me iba a morir... No sabía si estaba viva o muerta, pensaba que estaba en otro mundo, muerto, porque caminaba sitios que nunca he ido, tenía pesadillas... pero yo no quería morirme... quería respirar con más fuerza para ayudar y estar vivo... Me fastidiaba esas cosas de la boca... que tal vez es mejor esperar la muerte... quería morirme, si hoy día ya no me lo sacan... déjenme morir... si te sacas el tubo te mueres.

En estos discursos, los participantes expresan sentimientos que ven sucumbir, acabar su existencia, es decir llegan a sentirse muy cerca de la muerte y a pensar que ya no existen o a sentir que se acaba su existencia, sintiéndose afligidos y abandonados. Al estar con tubo endotraqueal, pensaban que estaban muertos, no sabían si estaban vivos o muertos. «Estoy sufriendo, quería morir, es mejor esperar la muerte, pensaba en la muerte porque era una cosa desesperante, déjenme morir». Tanto es su sufrimiento, que ya no quiere vivir más.

Pero también hay temor a morir; todo ser humano por naturaleza tiene miedo a morir, a acabar con la vida, como lo manifiesta el participante: «Creía que iba a morir, yo decía qué he hecho en mi vida...».

No acepta morir. El estar cerca de la muerte, por cierto, hace que algunas personas tomen fuerza y valor para encararla con la ayuda divina.

Me fastidiaba... pero yo no quería morirme...

Quería respirar con más fuerza para ayudar y estar vivo.

Como puede verse, la mayoría de los participantes manifiestan haber estado muy cerca de la muerte y se sentían morir, otros querían morir o tenían miedo de morir y algunos no aceptan morir; sentimientos que enfermería debería tener en cuenta al brindar los cuidados a los pacientes con tubo endotraqueal.

Los pacientes adultos, con tubo endotraqueal, son quienes están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte y esto, sin duda, representa una dificultad en la recuperación de su salud, generando en ellos sufrimiento que es una de las realidades más conflictivas de la experiencia humana, ya que desafía su sentido de búsqueda de paz y felicidad. Su impacto es tan grande, que solo cobra significado en lo más profundo del ser humano, del espíritu, el cual queda desvelado y al descubierto al encontrarse la persona en situación límite, como es el caso de este tipo de pacientes, cuando lo manifiestan.

La cercanía a la muerte, permite comprender lo que este tipo de pacientes siente (agonía, pena, tristeza, etc.), que es un modo de vivencia experimentada. Scheler afirma que existen varios grados o modos en los que se puede comprender las vivencias, siendo la simpatía la primera, entendida como «aquellos procesos en los cuales parecen hacérsenos inmediatamente “comprensibles”». La segunda es el compadecer «padecer por el padecer del otro», pues no puedo alegrarme de la alegría del otro o sufrir por su sufrimiento si no comprendo que se trata de una alegría o un sufrimiento.

Para el paciente adulto con tubo endotraqueal, vivir se convertirá en morir; la muerte es la consecuencia inevitable de la vida y, sin embargo, se ha transformado en un tabú. En nuestra sociedad, donde los fines que se persiguen son más materiales que espirituales, no se le permite al «yo» que sobreviva a la muerte; morir es igual a acabar, lo cual resulta ser una idea difícilmente soportable.

Los adultos con tubo endotraqueal son personas que conviven con el miedo a la muerte, pero pueden posponer el plantearse el problema que les resulta angustioso en sumo grado: así se defienden de la ansiedad que les crea. Pero los

profesionales de enfermería, por sus responsabilidades inherentes, están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas.

b. Sentimientos de desesperación y angustia

Sentía desesperación, quería gritar, correr y no podía, era horrible, me desesperaba, quería pedir ayuda y no podía, eso me angustiaba. Me sentía angustiado, con ese tubo, me incomodaba ese tubo... desgraciadamente, lloraba, sentía miedo, angustia, me desesperaba el dolor... Me desesperaba no poder comer, era una cosa desesperante, tenía miedo, miedo porque había momentos en que parecía que te quedas sin respiración, es terrible, no lo soporto.

Estos sentimientos de impaciencia, desesperación y angustia son expresiones muy emotivas frente a la incapacidad que tiene para satisfacer sus necesidades y llevó a varios colaboradores a extubarse o morder el tubo, lo que agravaba su salud por falta de oxígeno.

Para el filósofo alemán, Martín Heidegger, la angustia es una disposición afectiva fundamental, puesto que, a pesar de la desazón que implica, es capaz de poner al ser humano tanto frente a la desnudez del mundo (que es lo que propiamente «angustia a la angustia») como a su propia soledad, y desde ahí rescatar la posibilidad de una existencia auténtica.

El angustiarse, en cuanto disposición afectiva, es una manera de estar-en-el-mundo; el ante-qué de la angustia es el estar-en-el-mundo en condición de arrojado; aquello por lo que la angustia se angustia es el poder-estar-en-el-mundo. 30 (p. 192).

La angustia no es sólo angustia ante..., sino que, como disposición afectiva, es al mismo tiempo angustia por... Aquello por lo que la angustia se angustia no es un determinado modo de ser ni una posibilidad del Dasein. En efecto, la amenaza misma es indeterminada y, por consiguiente, no puede penetrar amenazadoramente hacia este o aquel poder-ser concreto fáctico. 30 (p. 188).

El “ante qué” de la angustia es absolutamente indeterminado. Esta indeterminación no solo deja fácticamente indeciso qué ente intramundano amenace, sino que quiere decir que en general no son “relevantes” los entes

intramundanos. Nada de lo que es “a la mano” y “ante los ojos” dentro del mundo funciona como aquello ante que se angustia la angustia. 30 (p. 206).

Una de las experiencias más fuertes en la vida de las personas, con tubo endotraqueal, hace que estas entren en un estado de angustia e incertidumbre y que tengan expresiones emotivas como desaliento, impaciencia, pesimismo, pérdida total de la esperanza; es un acontecimiento desconocido.

Que los estados de ánimo se estropeen y puedan cambiar sólo prueba que el Dasein ya está siempre anímicamente templado. 30 (p. 138).

La disposición afectiva no sólo abre al Dasein en su condición de arrojado y en su estar-consignado al mundo ya abierto siempre con su ser, sino que ella misma es el modo existencial de ser en el que el Dasein se entrega constantemente al “mundo” y se deja afectar de tal modo por él, que en cierta forma se esquivo a sí mismo. 30 (p. 143).

La angustia coloca al ser-ahí frente a la nada de la existencia. Todo ser ahí puede ser afectado por la angustia, disposición fundamental y rara de la existencia originaria que revela un dato del ser-ahí que ha sido lanzado al mundo en la existencia, sin tener por eso optado. En cualquier momento, la angustia puede surgir y revelar al ser-ahí mediante este su condición original que le revela su aislamiento, su soledad. 30 (p. 63).

Los participantes sienten su existencia alterada, esto hace que entren en desesperación, porque su estado emocional no está preparado para estas circunstancias y depende de otros ser-ahí para que resuelvan este problema existencial; es allí cuando el paciente se angustia porque siente la muerte muy cercana.

El estar vuelto a otros es sin duda ontológicamente diferente del estar vuelto a las cosas que están allí. El “otro” ente tiene, él mismo, el modo de ser del Dasein. En el estar con otros y vuelto hacia otros hay, según esto, una relación de ser de Dasein a Dasein. 30 (p. 129).

El coestar consiste en haber hecho ver que el “carácter del sujeto” del propio Dasein y del Dasein de los otros se determina existencialmente, esto es, se determina a partir de ciertas formas de ser. 30 (p. 130).

Nuestra existencia es preocupación surgida de la angustia de vernos proyectados en un mundo en el que tenemos que ser, a nuestro pesar. Provenimos de una nada y nos realizamos como un proyecto encaminado hacia la muerte, por eso la angustia es constitutiva del Dasein, porque es la condición de un ser caído y solitario que no puede contar con Dios ni remedio alguno a su condición.

La angustia hace patente en el “ser ahí” el “ser relativamente al más peculiar poder ser”, es decir, el ser libre para la libertad del elegirse y empuñarse a sí mismo. 30 (p. 208).

...sólo la angustia se da la posibilidad de una apertura privilegiada, porque ella aísla. Este aislamiento recobra al Dasein sacándolo de su caída, y le revela la propiedad e impropiiedad como posibilidades de su ser. Estas posibilidades fundamentales del Dasein, que es cada vez el mío, se muestran en la angustia tales como son en sí mismas, no desfiguradas por el ente intramundano al que el Dasein inmediata y regularmente se aferra. 30 (p. 191).

De que esté entregado a la responsabilidad de su muerte y ésta es por tanto inherente al “ser en el mundo”, no tiene el “ser ahí” inmediata y regularmente un saber expreso ni teórico. El “estado de yecto” en la muerte se le desemboza más original y más perentoriamente en el encontrarse de la angustia. La angustia ante la muerte es angustia “ante” el “poder ser” más peculiar, irreferente e irrebasable. 30 (p. 274).

c. Sentimientos de dolor

El tubo me hacía doler todo, era un dolor tremendo, intenso, horrible... ..me dolía la boca, garganta... Sentía dolor... que me lastimaba... Esos tubos maltratan, incomodan, mortifican..., ...duele demasiado... Sentí que el tubo es lo peor que me ha pasado, la peor experiencia de mi vida... fastidiaba pero allí aguantaba, soportaba nomás esa cosa de la boca, empezó a dolerme, por eso pedía que me lo sacaran.

Los participantes describen la intubación como una experiencia extremadamente dolorosa, sentimiento provocado por la presencia de un cuerpo extraño como es el tubo endotraqueal y que además tiene el *cuff* inflado... lo que provoca en el paciente una experiencia sensitiva y emocional desagradable y que

se manifiesta a través de informes verbales de dolor, irritabilidad, incomodidad e inclusive alteraciones en las funciones vitales.

d. No podía hablar

Sintiendo dificultad para comunicarse

No podía comunicarme, expresarme, hablar ni avisar nada, no podía avisar que me sentía mal, no sabía cómo hablar. Solo miraba. Me hablaban pero yo no podía decir nada. Era terrible... Temía quedarme sin voz. Yo no me acuerdo nada, nada porque he perdido el habla... Cuando me sacaron el tubo ya podía comunicarme con ustedes y mi recuperación es más rápida porque yo expreso dónde me duele...

La mayoría de los participantes manifiestan no poder hablar, ni expresar lo que sentían al tener el tubo endotraqueal con el *cuff* inflado, con 10 cc de aire, a una presión de 20 mmhg, el que a su vez tiene que estar fijado para que no se mueva por el peligro de desplazarse y salirse, lo que impide que el paciente pueda comunicarse verbalmente, fenómeno que lleva a los colaboradores a expresar su desesperación para saber si se va a quedar mudo, qué hacer cuando desea expresar sus necesidades. Comunicación es un proceso esencial de la humanidad que usa el ser humano por naturaleza o por necesidad para expresar sus ideas o pensamientos, sentimientos y emociones, y lo hace a través del lenguaje verbal o corporal. Es importante usar la comunicación no verbal en estos pacientes: una mirada, una sonrisa, tocarlo suavemente y sobre todo usar métodos opcionales como gestos, lectura de labios, papel, tablero o cartilla de comunicación.

e. Sin poder moverse por estar con sujeción mecánica (amarrado)

Con el tubo me sentía bastante incómoda, muy incómoda porque no te deja ni moverte... No... Solo quería que me expliquen para qué era ese tubo, en cambio me amarraron y me dejaron los brazos bien ajustados... me sentía mal amarrado, no podía hacer nada... y me amarraban para que no me saque el tubo y lloraba... Póngale el tubo amarrado... No te puedes mover...

El no poder moverse por estar con sujeción mecánica (amarrado), revela la incomodidad que los participantes sienten cuando tienen un tubo endotraqueal, pero que además son amarrados, sujetados mecánicamente a la cama, lo que conlleva a que los pacientes se inquieten más aun, se sienten incapacitados porque no pueden hacer nada, ni siquiera moverse ni voltearse en la cama y en su desesperación de no poderse mover manifiestan: «Solo quería que me expliquen para qué era ese tubo, pero me amarraron y me dejaron los brazos bien ajustados».

f. Sensación de ahogo

Ese tubo es horrible, asfixia, no deja respirar, me ahogaba, me agitaba, me faltaba la respiración... sentía que con ese tubo ya no podía respirar... tenía que soportar nomás... había momentos en que parecía que te quedabas sin respiración..., no se puede vivir con eso, porque uno se ahoga... Ese tubo lo pegan contra la boca para que no se mueva... no deja respirar, es feo... yo sudaba... Tenía miedo porque había momentos en que parecía que me quedaba sin respiración.

Los participantes manifiestan sensación de ahogo, el tubo no deja respirar, la presencia del tubo endotraqueal causa molestia pero es fundamental para mantener la vida en muchos de los pacientes en estado crítico, mantiene una vía aérea permeable que optimiza el intercambio gaseoso pero los participantes no lo sienten así y refieren... «Nos ahogaba... No deja respirar. Tenía que soportar nomás, ese tubo me asfixiaba, ese tubo es horrible...». La molestia es porque el tubo endotraqueal deprime el reflejo de la tos, ya que no es posible el cierre de la glotis, impidiendo generar la presión intratorácica alta necesaria para la tos, produciendo acumulo de las secreciones, las mismas que deben ser aspiradas periódicamente y sobre todo explicar...

g. Acercamiento y agradecimiento a Dios

En esta unidad de significado, los participantes reflejan su espiritualidad, su fe en un ser superior que en ese momento crucial de su vida era muy importante por lo que sintieron la necesidad de orar, comunicarse con Dios. Oraba y decía a Dios: «Perdóname Dios, hazme de ti un hijo más, haré lo que me pidas», «Yo rezaba a

Dios, soy una persona que confío en Dios...», pero a la vez expresan su gratitud al ser supremo que les dio fuerza, ánimo, apoyo en esos días difíciles que les tocó vivir. Manifiestan:

Dios me salvó, me daba fuerzas. Me he sentido apoyada gracias a Dios, estoy bien gracias Dios.

h. Sentimientos de soledad y tristeza

Aquí los participantes expresan su pesar, melancolía al estar aislado o sentir la ausencia de sus seres queridos, y manifiestan estar solos en un momento tan difícil de la vida: «Me afectó mucho estar así, no veía a nadie, era triste estar solo... es lo peor que en mi vida me ha pasado, estaba solo, no me veían ni me escuchaban, es muy triste, se sufre el no tener a nadie de los tuyos».

i. Un alivio estar sin tubo

Aquí los participantes manifiestan sentir alivio, alegría porque se les ha retirado el tubo endotraqueal, porque al fin pueden comunicarse verbalmente, aunque quedan con afonía, dolor de garganta pero manifiestan sentir tranquilidad: «Y sentí alivio, me siento más tranquilo sin tubo porque puedo hablar, moverme, y es otra cosa».

Luego de realizar el análisis de las unidades de significancia identificadas, encontramos que las vivencias de los pacientes adultos con tubo endotraqueal se enmarcan en la filosofía de Martín Heidegger, dado que no separa la razón de la emoción y tampoco sujeto del objeto. Él cuestiona el modo de ser en la existencia, esclareciendo que este ser involucra la totalidad que le es posible aprehender en su ser, como base en la mundanidad. La fenomenología, para Heidegger, es ir a las cosas mismas buscando el cómo, cómo-se-muestra como experiencia a partir de la existencia (9).

Consideraciones finales

La presente investigación fue realizada con la finalidad de develar las dimensiones de las vivencias de las personas adultas, con tubo endotraqueal, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Belén, de Trujillo.

La persona adulta con tubo endotraqueal, durante su estancia de hospitalización en la UCI, experimenta vivencias como: ansiedad, miedo, inquietud, preocupación, incertidumbre, desesperación, soledad. Dichas alteraciones se relacionan directamente con las preocupaciones que tiene respecto a su enfermedad, falta de información, sensaciones dolorosas y temas que involucran a su familia, todo esto constituyendo una amenaza a su integridad física y psicológica.

En este estudio, al develar el fenómeno se encontró que la cercanía a la muerte y la angustia jugaron un rol importante en la percepción del Dasein «ser» y su mundo. Esto permite comprender que el fin prioritario del cuidado debe ser aliviar el sufrimiento humano, mantener la dignidad y facilitar los medios para manejar la crisis del vivir y del morir.

La muerte es una posibilidad de ser que el Dasein tiene, a cada instante de asumir el mismo. Con la muerte, el Dasein se encuentra consigo mismo en su poder-ser más auténtico. En esta posibilidad, se trata simplemente para el Dasein de ser-en el mundo. Su muerte es la posibilidad de ya no ser Dasein. Los cuidados especializados de enfermería en la UCI permitirán, así, saber lo que es el Dasein.

El término cuidado designa un fenómeno ontológico-existencial y fundamental, no es una unidad substancial, es una totalidad articulable cuyos momentos constituidos están ontológicamente ligados por el cuidado. En las personas con tubo endotraqueal, la falta de información, el no poder hablar, moverse y comunicar sus necesidades, generó cambios psicoemocionales asociados con cercanía a la muerte, sentimientos de desesperación, angustia y dolor. Las enfermeras deben ser conscientes de las necesidades de estos pacientes y en su cuidado ayudar a disminuir experiencias desagradables y, sobre todo, reducir el sufrimiento referente a la cercanía a la muerte y su angustia.

Enfermería es una profesión que convive en su quehacer diario con la posibilidad más propia del Dasein: la muerte, además es testigo fehaciente de cómo esta posibilidad genera angustia en la persona con tubo endotraqueal. Por ello, debe buscarse e indagar en uno mismo y en la persona adulta la desazón que implica la angustia, como un camino de seguridad a la muerte del ser.

Además, brindar una atención de calidad implicaría aliviar la angustia del paciente, dándole cuidados humanos, para ello es necesario salirse de los esquemas del cuidado clásico y aplicar un cuidado que debe ser sentido, vivido, integrado al día a día y para que esto ocurra es necesario absorberlo y permitir que forme parte de uno mismo. Así, es imperante cambiar la forma de cuidado del paciente con tubo endotraqueal, trabajo que implica una gran responsabilidad, compromiso, sentido común, creatividad, continuidad en la atención, cuidado integral y trabajo interdisciplinario.

Queda mucho por hacer en este campo, la mayoría de los pacientes sigue soportando un final indigno, ya sea por lo incruento de los tratamientos o por la indiferencia de los profesionales de salud en el soporte emocional, y por ello son condenados a terminar abandonados, olvidados y expropiados de su dignidad como ser humano.

Referencias bibliográficas

1. Hagland MR. Nurse-patient communication in intensive care: a low priority? *Intensive Crit Care Nurs.* 1995; 11(3): 111–115.
2. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004.* Madrid: Elsevier Science; 2003. 1(1): 193-194.
3. Agard A y Harder I. Relatives' experiences in intensive care-Finding a place in a world of uncertainty *Intensive and Critical Care Nursing.* 2007; 23(12): 166-174.
4. Plakas SP, Cant BL, Taket A. The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2009. 5(3) 25: 15.
5. Purnell JM. La enfermería como cuidado; un modelo para transformar la práctica en: *Modelos y teorías en Enfermería.* Sexta edición. Elsevier. Madrid. 2007. 23(21): 402-12.
6. Barbosa IA, Silva MJ. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev bras enferm [Internet].* 2007. [citado el 14 de enero de 2015]; 60(5): 546-51. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500012&lng=en&nrm=iso
7. Grap MJ, Glass C, Lindamood M.O. Factors related to unplanned extubation of endotracheal tubes. *Critical Care Nurse,* 1995. 12(3): 57-65.
8. Costa SC, Figueiredo MR, Schaurich D. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem.

Interface comun. Saúde educ [Internet]. 2009 [citado el 14 de febrero de 2015]; 13(1): 571-80. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500009&script=sci_arttext

9. Blanca JJ, Blanco AM, Luque M, Ramírez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión Sistemática de Estudios Cualitativos. *Enfermería Global*. 2008. 10(1): 12-5.
10. Marques PM, Medeiros GR, Gurgel CA. Aspectos da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev. Enfermagem*. 2014, 8(3): 545-54.
11. Shoemaker WC, Grenvik A, Ayres SM, Holbrook PR. Tratado de Medicina crítica y Terapia Intensiva. Vol.1 30a ed. Ed. Médica Panamericana. España. 2008.
12. Tembo AC, Higgins I, Parker V. The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014. 34(1): 1-8.
13. Baumgarten M, Poulsen I. Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scand . J. Caring Sci*. 2014; 15(1): 7-10.
14. Engström Å, Nyström N, Sundelin G, Rattray J. People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013; 29(2): 88-95.

15. Vásquez, F. Vivencias de pacientes adultos sometidos a ventilación mecánica. Tesis para optar grado académico de Maestra de Enfermería. UNT-Trujillo; 2002.
16. Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J, Henneman EA. Communication boards in critical care: patients' views. *Appl Nurs Res*. 2006; 19(4): 182–190.
17. Henao, A. Experiencia de los pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación. *Rev. Investigación y educación en enfermería*. Medellín, 2010 (1): 23 -30.
18. Mendoza F. Día del Paciente. *Scielo Perú*. [Internet]. 2010 [citado 14 de febrero de 2015]; 27(2): 144-147. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n2/a11v27n2.pdf>
19. González OY. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan* [Internet]. 2007 [citado el 14 de febrero de 2015]; 7(1): 130-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107205>
20. MINSA. Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios 2005, [Internet]. 2012 [acceso: 17 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/gestioncalidad/normatividad/Garantia%20y%20Mejoramiento/2RM489-2005%20UCI.pdf
21. Waldow VR. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichan* [Internet]. 2009 [citado el 14 de febrero de 2015]; 9(3): 246-256. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147005>

22. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Scielo [Internet]. 2007 [citado el 15 de febrero de 2015]; 20(4): 500-3. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
23. Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. Aquichan [Internet]. 2007 [citado el 15 de febrero de 2015]; 6(3): 520-30. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n3/v9n3a05.pdf>
24. Hernández AC, Guardado PC. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enfermer. [Internet]. 2004 [citado el 15 de febrero de 2015]; 20(2): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007
25. Trejo MF. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. Enf Neurol (Mex). [Internet]. 2012 [citado el 16 de febrero de 2015]; 11(2): 98-101. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122h.pdf>
26. Soledad RM, María HL. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. Scielo. [Internet]. 2012 [citado el 16 de febrero de 2015]; 3(1): 158-62. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea19.pdf>
27. Leiva MV. Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Chil Med Inten. [Internet]. 2010 [citado el 16 de febrero de 2015]; 25(4): 199-203. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=80295&id_seccion=2669&id_ejemplar=7940&id_revista=161

28. Santana FJ, Bauer CA, Minamisava R, Queiroz BA, Gomes SM. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2014 [citado el 17 de febrero de 2015]; 22(3): 454-60. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf
29. Real Academia. Diccionario de la Lengua Española. Editorial Espacalpe S.A. Vigésima primera edición, España. 2002. pp. 1490.
30. Heidegger M. Ser y Tiempo. Traducción en Castellano. España. Edit. Planeta. [Internet]. 2010 [citado el 10 de enero de 2015]. Disponible en: <http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/133547/84adb28abdfb74f7cf4884e11780742b.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Heidegger M y Scheler. Una relación olvidada: Rev. Filos. [Internet]. 2009 [citado el 16 de febrero de 2015]; 65(4): 177-188. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071843602009000100011&script=sci_arttext
32. Waldow VR. Estratégias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico. Rev. Scielo. [Internet]. 2007 [citado el 12 de enero de 2015]; 5(1): 1-2. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v5n1/10.pdf>
33. Waldow VR. Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. Mundo da Saúde São Paulo. [Internet]. 2009 [citado el 10 de enero de 2015]; 33(2): 182-8. Disponible en: http://saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/182a188.pdf

34. Waldow VR. Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. Rev. Reben [Internet]. 2008 [citado el 8 de enero de 2015]; 15(1): 182-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>
35. Figueroa G. El trastorno de angustia y la enfermedad de Freud. Rev. Méd Chile. [Internet]. 1997 [citado el 8 de enero de 2015]; 125(3): 363-70. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n8/art05.pdf>
36. Ojeda G. Vivência de enfermeiros no cuidado do idoso moribundo hospitalizado - a perspectiva fenomenológica. [Tese de Doutorado]. Brasil. Universidade de São Paulo. 2007. [citado el 4 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-07012008-114028/pt-br.php>
37. Salazar MA, Paravic KT. Los métodos cualitativo y cuantitativo en la enseñanza de la investigación en enfermería. Rev. Cubana Enfermer. [Internet]. 2009 [citado el 18 de enero de 2015]; 25(1): 1-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n1-2/enf081_209.pdf
38. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisión de los diseños de investigación relevantes para la enfermería: parte 3: métodos mixtos y múltiples. Rev. Latino-am Enfermagem. [Internet]. 2007; 15(3): 502-7. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/es_v15n5a24.pdf
39. Cuesta BC. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. Rev. Scielo. [Internet]. 2010 [citado el 8 de enero de 2015]; 19(4): 762-6. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/20.pdf>
40. Rocha MA, Mendonça LR, Andrade SN. Entrevista fenomenológica: Peculiaridades para la producción científica en enfermería. Rev. Scielo.

- [Internet]. 2013 [citado el 19 de enero de 2015]; 22(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000100024&script=sci_arttext
41. Botelho JF. The phenomenology of Maurice Merleau-Ponty and research in the field of communication. Rev. javeriana. [Internet]. 2008 [citado el 20 de enero de 2015]; 27(1): 68-83. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/signoypensamiento/article/viewFile/4579/3549>
42. Hospital Belén de Trujillo. Historia. [Internet]. 2014 [citado el 4 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.hbt.gob.pe/index.php/institucional/quienes-somos/historia>
43. Sanhueza AO. Contribución de la investigación cualitativa a enfermería. Rev. Cienc. enferm. [Internet]. 2009 [citado el 20 de enero de 2015]; 15(3): 15-20. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_03.pdf
44. Salgado LA. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Rev. Scielo. [Internet]. 2007 [citado el 12 de enero de 2015]; 13(13): 72-77. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>
45. Navarro AJ. Review of studies on nurses of intensive care of Spain units. Rev. Scielo. [Internet]. 2012 [citado el 9 de enero de 2015]; 11(26): 267-282. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/revision1.pdf>
46. Blanca JJ, Blanco AM, Luque M, Ramírez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. Enfermería Global [Internet]. 2008 [citado el 21 de enero de 2015]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/issue/view/82>

47. Pinto KK, Spiri WC. La percepción de enfermeros sobre el cuidado de pacientes con problemas físicos que interfieren en la autoimagen: un abordaje fenomenológico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2008 [citado el 16 de enero de 2015]; 16(3): 407-413. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/12.pdf>
48. Hernández R, Fernández C y Baptista L. Metodología de la investigación. 4.^a ed. Edit. MacGraw Hill Interamericana. México; 2006.
49. Parra DM, Briceño RI. Aspectos éticos en la investigación cualitativa. Rev. Enf Neurol (Mex) [Internet]. 2010 [citado el 11 de enero de 2015]; 12(3): 118-120. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene133b.pdf>
50. Nelcy MT. The ethics and the nursing research. Rev. Cubana de Enfermería. [Internet]. 2010 [citado el 12 de enero de 2010]; 26(1): 18-29. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_1_10/enf060110.pdf

Tabla N° 1: Identificación de persona adultas con tubo endotraqueal según género y edad

N°	SEUDÓNIMO	EDAD (años)	GÉNERO	GRADO DE INSTRUCCIÓN
1.	Jorge	40	Masculino	Superior
2.	Mariela	26	Femenino	Secundaria
3.	Ronal	38	Masculino	Secundaria
4.	Estela	50	Femenino	Secundaria
5.	Rosa	54	Femenino	Primaria
6.	Jesús	38	Masculino	Secundaria
7.	Santos	62	Masculino	Primaria
8.	Feliciana	58	Femenino	Secundaria
9.	Adriana	42	Femenino	Secundaria
10	Lucila	62	Femenino	Primaria
11	Flor	42	Femenino	Secundaria
12	Willian	28	Masculino	Superior
13	Eladio	53	Masculino	Secundaria

Fuente: Datos proporcionados por la investigadora.

Anexos

Anexo N.º 1

Guía de entrevista semiestructurada

A. Datos de identificación

Sexo:.....

Edad:.....

Grado de instrucción:.....

.....

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

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

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

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

Anexo N.º 2

Consentimiento informado para la realización de la entrevista individual

El abajo firmante declara, que ha sido informado por la investigadora de los motivos y propósitos de la entrevista a realizar, que conoce que los resultados se utilizarán solo para fines científicos y que se garantizará su anonimato. Acepta

participar en el proyecto de investigación, realizando una entrevista individual que será grabada en su totalidad, mediante la utilización de una grabadora de voz.

Y para que así conste:

Firma: _____

Trujillo, ____ de _____ de 201 ____.

Anexo N.º 3

Guía de entrevista semiestructurada

C. Datos de identificación

Sexo.....Masculino.....

Edad:.....46...años.....

Grado de instrucción:.....

Diagnóstico médico: crisis asmática.....

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

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

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

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

Anexo N.º 4

Discurso de los pacientes adultos con tubo endotraqueal hospitalizados en la UCI
del Hospital de Belén, de Trujillo, durante 2014

Discurso-Jorge

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

«Pensaba que estaba muerto, cuando abrí los ojos no sabía dónde estaba... ahh, pensé que estaba muerto y sentía dolor, pero sabía que no podía sacarlo porque era un tubo, pero ya comencé a darme cuenta que no estaba muerto, que estaba vivo, pero dolía horrible, no podía respirar, la peor sensación que puede haber en el mundo, como si nos pusieran en el hormiguero que nos ahogara y metieran un dedo y no entraba para nada y peor cuando aspiraba y lo hacen tosco, lo peor, pero cuando pasa la aspiración ya es más tranquilo, pero lo que es sentir el tubo es la peor experiencia de mi vida que he tenido, sentí ahogo, dolor, desesperación, quería gritar, correr y no poder, quería escupir, vomitarlo y no se puede, no me dejaba respirar bien, pero sabía que tenía que dejarlo para poder vivir, como yo estudié enfermería sabía más o menos de eso y sabía que si me lo saco me iba a morir, tenía que soportar nomás y pensar en mi hija, me ahogaba mucho, pero estaba que pensaba en mi hija y eso me ayudaba bastante, y hasta ahorita pienso que estoy muerto, me siento raro, no podía comunicarme, si quería hablar lo tenía que hacer por señas, sentía mucho, demasiado frío, me cogían, me cogían para que no me saquen, era peor me ahogaba, me desesperaba, una persona sana se

ahogaría, pero yo con el asma era peor, todavía, todavía, era más peor, más satánico, lo sentía así, parecía algo diabólico, una desesperación que no se lo deseo a nadie, era lo más horrible que pueda haber, no podía comer, nada, nada, a las justas podía escupir la saliva que me salía y cuando no podía me atoraba, parecía que mis ojos se salían, ahora me siento un poco más olvidado y quería salir para ver a mi hija. Me han cuidado bien, son buenas personas, acá todos, yo también hice mis prácticas acá, me han tratado bien, ojalá me recupere rápido, quería irme a mi casa ya, extraño ver a mi hija, una chiquitita de 6 años. Si no me hicieran la aspiración, peor, uno se queda ahogado, se muere, entonces uno ya sabe, es horrible, pero que después viene la sensación de más aliviado, un poco ayuda».

Discurso-Mariela

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

«Prácticamente no pensaba si estaba viva o muerta, tenía pesadillas todos los días, veía a mi madre, mi padre, toda mi familia, veía ratas, todo era pesadillas, no podía dormir, me desesperaba, abría los ojos, veía todo lleno de luces, al no poder hablar peor, dije ya me quedé sin voz, oraba y decía a Dios, perdóname Dios, hazme de ti un hijo más, haré lo que me pidas. Era un dolor tremendo, una desesperación que no me veían, no me escuchaban, quería gritar y gritar, me desesperaba porque estaba solo, no me veían ni me escuchaban, es muy triste... me dolía la garganta, yo dije ya me quedé sin voz, no podía hablar, comer, lo que más me gusta, comunicarme con mis hijos, tantas cosas que quería informarles. Me desesperaba, lo quería jalar cuando ustedes no estaban y no podía y después

me dijeron que no podía sacármelo, el doctor X, que es nuestro amigo íntimo, me dijo Elita... sabes lo que tienes adentro, es un tubo en donde tu ahorita estas respirando bien, tú no te puedes sacar o te mueres, y es difícil para ponértelo y te va a doler... Las enfermeras me dijeron: “No te vayas a sacar o te mueres”, nada más, pero no había ninguno que me diga con eso estás respirando, te vas a quedar con voz, no te preocupes, yo hace dos días recién me he enterado por la señora Amanda que me dijo: “Tú no has perdido la voz, cuando ya te quiten el tubo vas a poder hasta cantar”, la mayoría de enfermeras solo decían, no te vayas a sacar o te mueres. Así que ya sabes, yo decía qué enfermeras tan malas, en cambio ustedes son cariñosas, buenas. Ayer no podía dormir y la señora me daba valor. Me dijo: “Piensa en ti, piensa en Dios, te vas a sanar”... solo quería que me expliquen ese tubo es para tal cosa, vas a estar bien con él, en cambio me amarraron y me dejaron los brazos bien ajustados, yo digo cómo ellos o de repente llegaron a saber, no se sabe el futuro de cada uno, yo solo quería que me expliquen a qué se debe mi enfermedad».

Discurso-Ronal

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

«Al principio seguramente que me lo pusieron con anestesia, cuando ya desperté, ya desperté con eso, al comienzo no me sentía tranquilo porque no me dejaba expresarme, no me dejaba hacer nada, estaba inmóvil, me fastidiaba mi primer día, pues a mí me parece que me ha hecho un pequeño... no sé... adentro... después empezó a dolerme, entonces por eso pedía que me lo sacaran, pero me decía de que... que tenían que probar, no sé, puede ser 24 horas pero mucho ya no,

demasiado, entonces, como usted me está viendo, hace unas horas que me lo sacaron, mi recuperación ha sido más rápido, porque yo también en esa forma colaboro, expreso dónde me duele, que si me duele o no me duele... qué intensidad de dolor... Con el tubo no se puede, no se puede, por más que digan se puede, y digan ya va a pasar, ya va a pasar, claro pasa por otro sitio para acá o cualquier otro lado. Y con relación a otra cosa que me molestaba, me parece que ocasionó un poco de dolor al oído parece que adentro rozaba el tubo y empezó a doler esta parte de acá ya puede ser un forúnculo, pero más adentro hay otra cosa, sería bueno una placa para ver qué hay o no hay...

Ese tubo no dejaba comer, principal el agua que es vida, no podía, me mojaba el labio pero no era igual... pues el día que salga yo le voy a decir acá qué bueno, gracias porque me sacaron el tubo para poder comunicarme, tanto ustedes averiguar como yo expresar lo que sentía eso era mi interés para yo poder ayudarles, también en esa forma porque cuando estando con el tubo no podía hacer nada. En cambio, así, por ejemplo hoy día nos expresamos me preguntan dónde está el punto, entonces ya lo señalo aunque sea, me duele acá de qué intensidad, así inconsciente, así como mi compañero que tengo acá al lado, todo le pueden hacer hasta veo que cada uno le da por succión todos los días. Señorita, me sentía mal cuando estaba así amarrado. Mal, mal. No, estar amarrado, no por eso digo, ponle el tubo amarrado automáticamente ya por motivo de eso fácil nos amarraban y nos quedábamos así en el suelo, no podíamos hacer nada amarrados, si podría expresar el familiar entonces puede ser que si uno no tiene fuerzas de voluntad se queda, pero si uno tiene fuerza, anuncia, anuncia... Hasta que pueda vencer eso, puede ser como le digo para investigación, puede ser, pero unas

cuantas horas, pero mucho tiempo todo en exceso es malo por eso que tanto rogaba que me lo retiraban para poder expresarme porque como dicen: si ustedes hacen un trabajo de uno tiene que poder colaborar con ustedes triunfa, pero si una persona se oxida... Pero uno lo siente no solo lo ve, el que lo siente está que lo sufre, el no tener a su familia a nadie de los suyos de eso de que máximo serían 24 horas máximo, mucho tiempo, comienza ya en lugar de recuperarse a malograrse. Yo cuando desperté, cuando he despertado no lo sentía, mariado, angustiado si hubiese estado consciente no me dejaba, no me dejaba, pero seguramente me pusieron ampolla, me he despertado ya estando así.

Incluso yo reclamé a mis hijos por qué habían dejado que me hagan esto, ellos me dijeron que el doctor recomendó.

“Si el doctor recomienda —le digo—, si el doctor da una ampolla algo disimuladamente, ustedes son tan ignorantes, ¿no?”, les digo.

El tubo que me lo pusieron estaba bien 24 horas, me reaccionó como me reaccionó, yo estaba consciente pero probablemente estaba sedado ¿no?... entonces 24 horas podría aguantar, pero ya más tiempo las cosas seguro se agrava una persona que tiene 77 años no hubiese levantado, pero yo en mi enfermedad quería expresarme... respirar con más fuerza para ayudar estar vivo, comunicarme, qué es lo que sentí, lo que hizo Carrión ¿sí saben lo que hizo Carrión?

Cuando uno come sana rápido, ese es la verruga que hizo Carrión, desesperado quería, corría pena, expresar qué es lo que sentía, claro, como digo, su principio que el paciente tiene, por eso hay que tener al paciente lúcido, para que vaya expresando, si le llegó la hora, le llegó la hora, dejar algo que quieran, un granito de arena para ayudar a los hermanos. Claro, las que me han atendido. Bueno,

enfermeras que como ustedes... jajaja, o no son enfermeras. Le cuento que en la cuarta a quinta noche que estado con el tubo sí, experimentado eso, es cierto, entre mal y el bien, en la primera parte se le paga sino que les vuelvo a repetir al otro dice no despertaba, tuve como un sueño que caminaba por dicha minuta y salían como perros sin cabeza, me atacaban, entonces yo me defendía, pero yo pensaba a pesar que estaba dormido, estaba con Jesús caminaba, caminaba sitios que nunca he ido, calles con, con sequías así como antes era Trujillo. Después, cuando desperté, miraba así al costado algo blanco como personas con alitas, como ángeles pues, aunque no lo creas, me miró y me saludó... no sé porque me desperté, eso soñé como cuatro veces. Pero también agradezco a Dios que él también me ha estado cuidando, otra forma me ha querido jalar pero no ha podido. Eso es lo que yo deseo para ustedes, porque sé que es su trabajo de ustedes, y si nosotros colaboramos con ustedes cómo vamos a ir más allá».

Discurso-Estela

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

«Al estar con los tubos más me asfixiaba, hace doler bastante, trauma, me duele la garganta, qué más... es como si me hubiese quedado como un bolso adentro, no sé si en la limpieza cuando por decir, algo, como que las cosas que uno tiene, viene por ahí y a la hora de la limpieza arde, es un dolor intenso, es como dicen tal vez esperar mejor la muerte y no le prefiero a nadie, uno se siente muy mal, duele demasiado, yo reclamaba, reclamaba, no sabía cómo hablar, y me sentía mal por eso, no por las operaciones, porque las operaciones sé que con las medicinas nos vamos a recuperar, pero con los tubos no, mucho maltrata, me quita la respiración

bastante... Si uno tiene que, cómo se dice, se agita demasiado, a veces te hacen llorar, porque el ardor es demasiado, pero así uno va sobresaliendo, tal vez con el clamor que Dios les pide, tal vez hay un momento que nos escucha, y sí, para qué, cuando lo han sacado parecía algo que se despegó, algo de la garganta está así hinchado, pero eso creo que va a bajar, si está hinchado va a bajar. Si hoy día ya no me lo sacaban ya no... me moría, doctora, porque me hincaba del bolso que le digo, como si hubiera un bolso adentro, una bola, ya me hincaba para acá, o sea tenía dificultad hasta de dormir, ya no podía dormir, pero me levantaba así asustada, no podía comer, y que más, todo, y a veces uno quiere hablar ¡eso, no podías hablar!, quería pedir ayuda... no podía más... me angustiaba todo eso...».

Discurso-Rosa

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

«Bueno señorita, yo quería sanarme, allí me acostumbré, allí nomás, me fastidiaba mucho, y yo no quería morirme, aguantaba nomás, esa cosa de la boca me estorbaba y me impedía el habla, me ardía la garganta, ahí... nomás, estaba mal no podía ni moverme, hablar, me engañaban que estaba mejor, pero aquí estoy con calentura y fiebre; me quedao' dormido, pero tengo dolor de garganta y arcadas. Con ese tubo en la boca ha sido para mí una angustia, pero si no hubiera tenido ese tubo, no me vieran, no estaría viva, hasta ahorita me ha protegido no me ha dejado morir, pero yo me ahogaba, me ahogaba yo parecía que ya me moría, pero Dios me salvó, me daba fuerzas, ánimo, gracias. Y cuando me aspiraban me ahogaban, me ahogaba hasta que me sacaron de la boca ese tubo, sentí alivio,

alivio cuando me sacaron ese chupón de la garganta. Yo quería que me lo saquen, porque no sabía qué era eso, ellos no me explicaban, hasta que después me dijeron que si me sacan me muero, yo he visto a los demás enfermos que ese tubo es vida, porque es cuando uno está entre la vida y la muerte esos tubos son buenos que lo tengan, los agradezco a todos porque me han salvado, la atención ha sido buena».

Discurso-Jesús

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

«Me sentía angustiado con ese tubo, al ponerme el tubo no... no podía hablar, yo miraba al aire nomá' lo que quedaba era llorar, no podía nada, eso angustia, no ven que no se puede nada, no podía nada, ni hablar nada, es desesperante ese tubo y uno a veces se aburre porque nunca antes me han puesto eso, cuando me desperté y ahí era el problema pué', no vez que yo no sabía qué era eso... en ton' yo tenía que sacarme el tubo, no vez que no podía avisar nada, para mí en ese momento que las enfermeras estaban mal, yo les pedía que me quiten, no quería, hasta que la tercera vez que me pusieron el tubo lo que quedaba nomás era esperar, en ese momento me afectó mucho el estar así y solo porque no veía a nadie, estar solo, no podía dormir y era triste».

Discurso-Santos

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

«Siente uno muy feo señorita, se siente inmóvil, muy mal, decían que es para poder vivir, pero no creo que sea así es que le puedo decir, ese tubo es horrible, no

se puede vivir con eso, porque uno se ahoga, a ellos les parece muy bien, pero no, para nada, no se puede... no eso no, sí... yo estaba inmóvil y tuve que dejarme que me coloquen ese tubo, manguera... y yo continuaba. Cuando he despertado ya tenía ese tubo, eso era el oxígeno, con eso yo podía vivir, la boca se llenaba de saliva y a veces las enfermeras no tienen tiempo para atender a todos, me incomodaba ese tubo y me amarraban para que no me saque ese tubo, a veces lloraba desgraciadamente, lloraba, me daba cólera, yo lo mordía porque me daba cólera, me sentía muy mal, sentía miedo, no podía hablar, no podía decir nada, avisar que me sentía mal, ahí no dejan ver a la familia, yo quería que me vean pero estaba solito, la última vez se salió el tubo y yo podía respirar y hablar... sentí alivio. Ese tubo lo pegan contra la boca para que no se mueva y los meten que no deja respirar, es feo. Las enfermeras son buenas, tienen derecho a enojarse, me amarraban, porque yo me saqué el tubo. Qué dolor que se siente, la angustia, llanto, señorita, donde nadie te ve, el trato fue muy bonito, pero yo me sentía mal, muy mal, por eso otra cosa debe haber en vez de ese tubo, porque desespera, porque no te deja hablar, no te puedes mover, se enojaron cuando yo me movía, ahí yo rezaba, aclamaba a Dios por mi mamá y por mí mismo (llora, llora), estoy bien, gracias a Dios».

Discurso-Feliciana

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

«Sentí que me dolía mi boca y cerré mis ojos bien, veía rojo, negro, azul, y de ahí señorita... uno pacá, otro pacá, así... de grande y de ahí otro día he sentido miedo, sentí que me han soplado dos veces así... uh... así, fuerte, uh... me han soplado, de

ahí lo he soñado a mi papá que ha estado muerto, también he soñado culebras... este soñado. Y mi dolor de mi cuerpo que me dolía feo, esto, mis pies me dolía, por eso pateaba yo, porque me dolía y me ardía feazo mi garganta y esto me dolía la cabeza, todo mi cuerpo lo he sentido pesado como una... hasta ahorita todavía pesadazo he sentido, me han hecho pesa, pesa, pero ya está más liviano, ya. El tubo me hacía doler todo, me ha dado hincos, acá mi garganta me ha dado ganas de vomitar, así esto me ha hecho... no podía hablar, pues, yo les quería agarrar a golpes a ustedes... sí, porque me desesperaba el dolor, sí, de agarrarlos a golpes porque no puedo, no puedo avanzar del dolor... y comer, eso, no, querer también comer no puedo tampoco, no he querido, no he podido tampoco, en la mañana no he querido casi, pero me has dado dieta. Que me agitaba y que me faltaba mi respiración, que me echen aire y me acordaba que yo le decía yo a mi esposo que ha venido a verme, así, échame aire le decía, no puedo respirar, lo sentía que no podía respirar y me echaba aire con algo, así, no podía respirar. Sí, por qué yo no, llegó el sábado y no, no he sentido hasta el lunes, creo que el lunes recién he sentido que me hablaban, que abrí mis ojos, me hablaban, vino mi hija de la Sierra y me decía: "Mamá he venido a verte", pero yo no podía decir nada, solo lo miraba, creo que ni lo vi... Sí, ni lo vi, ahí un poquito sí me acuerdo que me dijo: "Mamá, ya me voy", lo vi un poquito que se fue a lavar sus manos pero no le pude decir nada yo... No puede ser... no puede ser, por eso estoy sufriendo... Todo se tiene que hablar... la verdad, Dios me ha dicho... Sí, desesperada que quería hablar y no podía, quería morirme... Sí, sí quería morirme yo, sentía que con ese tubo ya no podía yo respirar, lo sentía que saltaba esto pacá... así lo he sentido...».

Discurso-Adriana

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

«Bueno, cuando primeramente cierto día me levanto con un pequeño dolor, el día lunes, entonces yo dije qué será, es un pequeño dolor. El día martes ya no podía caminar casi, miércoles peor, hasta que un día me levanté y creía que estaba en otro mundo y tenía unas cosas en la boca, me lastimaban, me dolían, quería vomitar, me desesperaba, me ahogaba, tenía la lengua amarrada, toda la lengua amarrada entubada, amarrada, amarrada y dos tubos que me llegaban a la garganta, entonces este... me salieron unas llagas y que hasta ahora las tengo acá, ¿ve?, entonces yo le dije a mi hija: “Hija, me duele”, no... pero yo me sentía horrible, creía que estaba en otro mundo... No, no me dejaba hablar, era terrible, era lo más horrible que me había pasado en la vida, creía que yo estaba en otro mundo, porque toda mi garganta, mi boca, mi nariz, no podía respirar y me ahogaba, creía... creía que me iba a morir y no dormía, no dormía... El día que el doctor me dijo: “Sabe qué, ese tubo lo voy a sacar a las once de la mañana”, ay qué alegría, dije yo, hermanita, entonces, bueno, esperé... para mí eran largos, muy largos los minutos, y como mi hijita la más chiquita vino, “¿Qué hora es hijita?”, “Ya mamá, falta un cuarto”, “¿Qué hora es hijita?”, “Falta diez”, y el doctor me observaba y le digo “Doctor, usted es muy bueno, gracias”, “Tú eres valiente”, “Gracias, doctor”... Entonces, entonces, este, en realidad ese ha sido unos días, no tiene explicación, no tiene explicación estar solo, no sé cómo explicarlo, mmm... creo que si hubiera estado en un volador, eh... dado vueltas, pero esos tubos, hay... Es lo peor que en mi vida me ha pasado, lo peor, por eso le

digo que yo creía que estado en otro mundo, y como yo estado inconsciente todavía decía: “Qué he hecho con mi vida, qué hecho con mi vida, qué estoy haciendo, qué me pasó, por qué estoy así”, me alocaba, ay señora, señora Betita, usted no sabe, no tiene ni idea lo que he vivido, y hasta ahora no puedo olvidar... Gracias».

Discurso-Lucila

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

«Bien, señora cuando he estado con el tubo ha sido una cosa muy difícil para mí, qué angustia, porque yo nunca me había puesto eso, y entonces yo quería hablar, no podía, yo quería decir eso, no podía, porque estaba con el tubo pues en mi boca, entonces, pero yo tenía una esperanza que sí... me voy a mejorar porque... primeramente soy una persona que confío en Dios y en la ciencia también que Dios ha puesto... Este... me he sentido muy apoyada gracias a Dios porque son acá unas persona muy eficientes para ayudarnos a la enfermedad que venimos, tan difícil, pero con su ayuda de ustedes, sí he podido... La verdad, la verdad que yo sí pensaba en la muerte, porque era una cosa tan tan desesperante verse con eso, allí yo decía, al comienzo yo no supe no, pero después iba entendiendo y si eso me iba a hacer bien, pero era también una cosa muy desesperada para mí... Mire usted, después de un mes, que no me amarraban quise ya, me provocaba comer algo, porque ya tenía deseo de comer, pero yo deseaba, aunque sea decía, aunque sea me dieran un pedacito de pan por allí estaban saboreando... pero, pero... uy el tubo no dejaba comer, no dejaba hablar, era una cosa que no dejaba nada... sí... Bueno ese, por mi familia, que en veces no podía entrar, pero sola no porque como le

digo, ustedes siempre me han apoyado, sí, y doy gracias a Dios a todos ustedes porque siempre ustedes han estado conmigo, yo me voy muy agradecida de este lugar, sí...».

Discurso-Flor

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

«Bueno, buenos días señora Betty, eh... con el tubo que me pusieron me sentí bastante incómoda, muy incómoda, porque una que no te deja ni moverte, y... justamente estaba viendo que el resultado de ese tubo es hasta ahora que mi garganta está así... no... sí... pero, pero quiero decirles de que nosotros, esto, las personas que venimos aquí en este lugar quisiéramos que si hubiera mejor, mejor, no a la atención de parte de ustedes, no, sino mejorarla, con, quizás cosas mejores, no, ya que esos tubos ya no se podría usar, por ejemplo no, los tubos, ya no se podría usar, por ejemplo... tantas cosas que hay, que eso incomoda, en realidad no se puede, por ejemplo, yo ahorita estoy hasta ahorita sí que me duele la garganta pero, eh, agradezco mucho a Dios porque, el personal es excelente, en cuanto al personal es excelente, no quizás todos, no, pero hay personas idóneas que Dios le ha puesto en este lugar para atender a las personas y quizás esa es una manera de que uno también se sienta... gracias. Yo, por ejemplo, yo tenía miedo la hora de que me venían a tener que aspirar, me daba miedo yo, yo ya sudaba ya, de miedo porque había momentos en que parecía que ya te quedabas sin respiración, porque, porque eso te lastima, claro la persona que lo hace no lo siente, pero la persona que lo está recibiendo, te duele hasta el alma, ya, y entonces yo decía, ¿pero por qué tiene que pasar esto?, si pueden hacerlo de una forma o de otra

manera, eh, ya me daba miedo yo ya ni quería ni que lleguen, pero yo decía pues estoy aquí, en sus manos, qué voy a hacer, porque el tubo me molestaba, el tubo me molestaba en esta forma no, en que, no puede estar derecha, no puedes hablar, no puedes comer, con ese tubo no puedes comer, no puedes hablar y tienes que estar a un solo lado, no, y si te vas a otro lado, ese tubo te incomoda, es una cosa que es ajeno a tu cuerpo, no, pero... miedo, miedo, sentía miedo ya, yo sentí miedo y inclusive a algunos familiares no lo desearía le digo, pero a nadie, a nadie, a nadie, lo que a mí me ha pasado, le sucedería, le quisiera que le pasara porque es algo incómodo, algo incómodo, por ejemplo, ese día que me sacaron esto, la...la manguera o tubo de adentro, ay qué dolor, parecía que me sacaron el alma, me sentí aliviada, pero era, era un dolor tremendo, era una herida, eh..., 'tonces, ahora desde ahí me he quedado un poco afónica y al médico le pregunto mi preocupación, no, no me dice, que voy a volver a la normalidad porque es por lo que he estado así, inconsciente, que me he hablado, ahora sí se puede hablar lo que usted quiera, me dice, no... Al llegar a sentirme con ese tubo, en mi cuerpo mal, muy mal, sabía que de ahí dependía a mi vida a parte no, pero, pero sobre todas las cosas, sé que Dios, algo me ha dado una lección sí... sí... y sé que... recuerdo una noche que tuve fiebre, llegué a 39.7 líneas, y la Sra Betty estaba ahí, conmigo, me cuidó como a una hija toda la noche hasta que me bajó la fiebre, y nunca me dejó, pareciera que ella, ella fuera una mujer más, más guerrera, más, una mujer más de fe que yo, no porque me decía esto tiene que pasar, esto va a pasar, esto va a pasar, pero yo y sentía miedo que quizás ella no estaba viviendo lo que yo estaba viviendo no, ella... sí... sí... ella no vivía lo que yo, como decía la incomodidad de las mangueras, la incomodidad de esos jebes que te ponen, esa

incomodidad que ya si saboreas la comida pierdes el gusto, de la comida, ¿no?, porque, porque ya no, ya no va por tu boca, todo te va por una sonda, y otra cosa que tampoco ya no sientes ni la incomodidad de ir al baño... es otro problema porque... yo, por ejemplo, soy una persona... sí... que me decía yo quería, le decía: “Yo... yo quiero chata...”, “Chata... no, tiene pañal...”, “no pero me da... des... ¿tiene?...”. “Orínate en el pañal...” y desprenderme de todo eso y... ahora dejar de ver así... dijo... bueno yo no sé qué es lo que Dios quiere, no... pero lo sí en realidad... ...yo suplicaría que... ustedes mujeres se dedican a este servicio... traten de mejorar... para la atención de las personas... que esas cosas ya no se pongan... ...esas mangueras... ...que ya no se pongan esos jebes... mucho... ...tanta cosa en la boca, si uno adulto no lo soporta, qué será un niño... ya, entonces, eh... ...eso es lo que yo quisiera, que ustedes sean las portadoras a nuestras autoridades para ver lo mejor, la atención mayor yo creo que si hay mayor atención, nosotras no vamos a sufrir tanto... ...sí... ...ya... ...como digo, les felicito mucho... que Dios los bendiga grandemente... gracias».

Discurso-Willian

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

«Han sido unos días muy desesperantes... horribles... yo no quisiera que... que me vuelva a pasar de nuevo... porque... no lo soporto... es horrible... quisiera una cosa más sencilla. Pero no tanto... y de ahí... como... como dije ayer... la otra vez que me volvieron a poner los tubos... es horrible... El fastidio que tiene que estar con la mucosidad, con el dolor ahí... No puedo comer, no puedo tomar agua, no puedo hablar, no puedo hacer absolutamente nada... y eso incomoda... pues... después de

lo demás, eso es bueno todo... cariño de ustedes... esa amabilidad que nos traten... sí pues... para la medicina... se cumple también a cabalidad... otras cosas no hay, que... todo es ejemplo... que ustedes son buenas personas, ustedes verdaderamente deben ser una personas bendecidas porque trabajan con mucho cariño, mucho amor hacen demostrando todo lo que saben... Gracias m... Yo cuando he caído enfermo, yo no recuerdo donde he caído, pero mi linda esposa que tengo, ella me ha localizado, no sé dónde pero me ha encontrado, porque yo he estado perdido en la calle, no sé dónde, pero, estado en casa de un médico, dice, pero no sé ni quién ni qué médico, así me han encontrado... pero yo no me acuerdo dónde he estado, no me acuerdo nada, nada, porque he ido perdiendo el habla, he ido perdiendo lo que le digo, la memoria, he ido perdiendo todo, no me acuerdo nada... Ahora me siento más tranquilo, sin tubo porque puedo hablar, moverme y es otra cosa. Espero salir bien de esto, porque la última operación que me hicieron del cerebro demoré mucho para caminar y aún no he caminado muy bien, pero si he caminado demoré... solo ya. Ahora quiero salir bien, como la primera vez, salí caminando y... agradecerles de nuevo a ustedes. Porque me han tratado con tanto cariño, me han tratado como... Verdaderamente ustedes son profesionales de su trabajo. Yo siempre les hablo así a mis nietos y yo también doy sus charlas, ahora lo importante es cómo les digo. Es ser profesional, porque uno nunca termina de aprender, así es, uno cada día va aprendiendo más, soy uno de los que siempre les aconsejo a mi gente así, que trate siempre de soportar nomás si es para el bien, y de apreciar así no valga, desde lo pasado, lo bueno se ha de quedar...».

Discurso-Eladio

¿Cuénteme cuáles han sido sus vivencias cuando estuvo con el tubo endotraqueal?

«Ya, pero el tubo, mortificado... pues, no ver que ha sido el momento ya... unos momentos que... quizás había experiencia de Santiago de Chuco... ya gracias a un primo, a un sobrino, es en que él tuvo la oportunidad de ablandarse, de aventarse... porque como tenemos acá al doctor Valles acá, en Trujillo; entonces, nosotros lo consultamos, porque el doctor Valles, ese es, es el doctor de la familia Méndez y nosotros somos de Cachicadan... ya, entonces, se le hizo la consulta de allá pues... de allá se le hizo la consulta entonces él... le dio la oportunidad y le dejó que haga esas cosas nomás... y que a él lo va a salir bien... No, claro, ha sido, no, ha sido terrible estar con esa cosa pues, porque he estado un poco retrasado a estado, retrasado, estado, o sea ya las horas se pasó, nosotros ni nos dimos cuenta nosotros, nosotros, y luego nos dimos cuenta luego, no nos damos cuenta luego, por eso nos vinimos más rápido en Trujillo. Bueno, ya, ya me sacaron “ese tubo”, me he sentido más tranquilo que mortificado, sí, pero ya más tranquilo, o sea que yo si... es que, que, por el dolor, fue, claro por el dolor... Porque fue una cosa que lo hicieron ya, ellos lo han hecho así, ya, ya el momento ya, no en un momento oportuno, ya en un momento de exigencia pues, ya, y sin saber. Dolor he tenido, bastante dolor, dolor sí he tenido, dolor, sí, sí, me molestaba, no podía comer, no podía hablar, no podía nada, nada, pues nada hablar, solamente... respiración, nada más podía, pues, eso es lo que he tenido yo acá ya...».