



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

EXPERIENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DURANTE EL CUIDADO
AL PACIENTE CRÍTICO: LECCIONES AUTOAPRENDIDAS

NURSING PROFESSIONAL'S EXPERIENCES DURING CRITICAL PATIENT CARE:
SELF-LEARNED LESSONS.

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autoría:

DIEGO DAVID QUINATO A QUILLIGANA
ROLANDO MAURICIO MEJIA MORALES

Dirección:

Mg. MARICELYS JIMENEZ BARRERA

Santo Domingo – Ecuador

Agosto, 2022



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**EXPERIENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DURANTE EL CUIDADO
AL PACIENTE CRÍTICO: LECCIONES AUTOAPRENDIDAS**

**NURSING PROFESSIONAL'S EXPERIENCES DURING CRITICAL PATIENT CARE:
SELF-LEARNED LESSONS.**

Línea de Investigación: Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autoría:

**DIEGO DAVID QUINATO A QUILLIGANA
ROLANDO MAURICIO MEJIA MORALES**

Jiménez Barrera Maricelys, Mg.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Moscoso Mateus Ana Lucila, Mg.

CALIFICADORA

Arias Salvador Veronica Karina, Mg.

CALIFICADORA

Cano De La Cruz Yullio, PhD..

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Agosto, 2022

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Nosotros, DIEGO DAVID QUINATO A QUILLIGANA portador de la cédula de ciudadanía No. 0202047163 y ROLANDO MAURICIO MEJIA MORALES portador de la cédula de ciudadanía No. 1311425308 declaramos que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticas y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Diego David Quinatoa Quilligana

CI. 0202047163



Rolando Mauricio Mejia Morales

CI. 1311425308

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de la Cruz, PhD.

Dirección de Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad de director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO CON MENCIÓN EN UNIDADES DE EMERGENCIA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS., titulado EXPERIENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DURANTE EL CUIDADO AL PACIENTE CRÍTICO: LECCIONES AUTOAPRENDIDAS realizado por los maestrantes: DIEGO DAVID QUINATO QUILLIGANA con cédula No. 0202047163 y ROLANDO MAURICIO MEJIA MORALES con cédula: No 1311425308, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos., informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Santo Domingo, 18 de agosto de 2022

Atentamente,

 Firmado electrónicamente por:
**MARICELYS
JIMENEZ**

Mtr. Maricelys Jimenez Barrera

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios por brindarme salud, protegerme de toda adversidad y hacer posible el proceso de estudio.

A mi Madre y hermanos quienes con su apoyo incondicional han hecho viable la culminación de mi trabajo de investigación.

También un agradecimiento especial a mi querida Tutora Mtr. Maricelys Jimenez Barrera de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO, quien día a día con su magnífica orientación, paciencia e inteligencia brindada ha hecho posible la finalización de mi trabajo de investigación.

Por último, agradezco a una persona muy especial Ana Gabriela Alvarado Enríquez quien día a día me ha acompañado y brindado su apoyo de una u otra forma y ha hecho realidad este objetivo planteado.

DEDICATORIA

Al culminar mi trabajo investigativo dedico este esfuerzo realizado como prueba de correspondencia a mi Madre y hermanos, quienes con su cariño y apoyo desinteresado supieron levantarme cuando caído me sentía ante las adversidades que se presentaron en todo este proceso de estudio.

También dedico este trabajo de investigación a mis amigos, compañeros y personas que durante este proceso me han brindado ese apoyo que ha sido el complemento de mi trabajo investigativo.

RESUMEN

El cuidado debe ser brindado en un ambiente favorable, considerando que es una actitud dotada de: comprensión, compasión, conciencia, y competencia, teniendo en cuenta la esencia de la profesión. Objetivo: analizar las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en las unidades de cuidados críticos. El enfoque fue cualitativo con un diseño descriptivo con aproximación fenomenológica. Se consideraron 10 participantes, a través de un muestreo no probabilístico y saturación teórica. La técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada. El análisis de los datos fue a través del método de Colaizzi. Resultados: emergieron seis categorías: experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en las unidades de cuidados críticos; elementos que sobresalen de las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en unidades de cuidados críticos; repercusión de las lecciones auto aprendidas en el profesional de enfermería; cuidado integral humanizado; conocimientos del personal de enfermería en cuanto al manejo del paciente crítico; mayor vinculación paciente familia y enfermero. Consideraciones finales: De acuerdo con los hallazgos, en las vivencias del profesional de enfermería; se perciben falencias en la comunicación que se le otorga al paciente y familiar con quien el personal de enfermería debe establecer un vínculo interpersonal, así mismo; la sobrecarga laboral es un elemento que influye en la calidad de atención a los pacientes ingresados en (UCI).

Palabras clave: cuidado, paciente, enfermera, humanización

ABSTRACTC

should be provided in a favorable environment, considering that it is an attitude endowed with understanding, compassion, conscience, and competence, taking into account the essence of the profession. Objective: to analyze the nursing professional's experiences during patient care in critical care units. The approach was qualitative, with a descriptive design and a phenomenological approach. Ten participants were considered, through non-probabilistic sampling and theoretical saturation. The instrument was the semi-structured interview. The data analysis was done through Colaizzi's method. Six categories emerged as a result of the research: experiences of the nursing professional during patient care in critical care units; elements that stand out in the experiences of the nursing professional during patient care in critical care units; repercussions of self-learned lessons in the nursing professional; humanized integral care; knowledge of the nursing personnel regarding the management of the critical patient; and increased patient-family-nurse bonding. Final considerations According to the findings, in the experiences of the nursing professional, there are perceived deficiencies in the communication given to the patient and family with whom the nursing staff should establish an interpersonal bond. Work overload is an element that influences the quality of care for patients admitted to the ICU.

Key words: care, patient, nurse, humanization.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	REVISIÓN DE LA LITERATURA	5
3.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
4.	RESULTADOS.....	16
5.	DISCUSIÓN.....	17
6.	CONCLUSIONES	25
7.	RECOMENDACIONES.....	27
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
9.	ANEXOS	34

1. INTRODUCCIÓN

La multidimensionalidad del humano hace que éste sea un ser biopsicosocial diferente expuesto a múltiples riesgos que pudiesen desencadenar en alteraciones funcionales que generen una enfermedad y el mismo necesite de cuidados. Según Waldow (2008) afirma que el cuidado puede estar centrado en el mantenimiento de la vida, sin embargo, la alimentación y la higiene son prácticas que se deben de tener en cuenta en el mismo. Asimismo, la autora afirma que el cuidado debe ser brindado en un ambiente favorable para que las personas puedan expresar sus necesidades y comportamientos al sentir seguridad y confianza; este proceso de cuidado se crea en un ambiente organizacional hospitalario, donde el cuidador y el ser cuidado son los protagonistas del escenario (Waldow, 2009).

Por otro lado, Boff (2002) afirma que cuidar es más que una acción, comprendiendo que el cuidado en la actual sociedad ha permanecido limitado, por lo que él mismo es considerado una actitud. Cabe señalar que la visión del fenómeno del descuido, insensibilidad y negligencia desorienta hacia la unión con el todo. Para Roash (1987) afirma que la capacidad de brindar cuidado al ser humano tiene que estar dotado de comprensión, compasión, conciencia, competencia y confianza.

Ante estas realidades, se afirma que en el proceso del cuidado el enfermero valora los elementos interpersonales que sustentan el cuidado desde una visión integradora, considerándose el cuidado la esencia de la profesión, teniendo en cuenta las costumbres y creencias religiosas de las personas que están bajo el cuidado del profesional de enfermería (Dandicourt, 2018; Rodríguez et al., 2017).

Las consideraciones escritas, proporcionaron la necesidad de entender el fenómeno en un contexto del quehacer del profesional de enfermería en cuanto a la manera de brindar cuidado, siendo este un elemento paradigmático en la profesión al considerar al ser viviente como un todo íntegro, considerando las dimensiones social, psicológica, física y espiritual.

Ante estas justificaciones, la asistencia en las unidades de cuidados intensivos (UCI) para España, Gallegos y López (2017) estas provienen a proporcionar atención al paciente en estado crítico. Cabe señalar que las demandas que exigen estos

cuidados desencadenan factores estresantes, afectando el estado emocional del profesional de enfermería.

Las vivencias de los profesionales de la salud al brindar cuidado al paciente en estado crítico evidencian que se deben superar metas de desigualdades sociales, siendo esto un desafío para los Gobiernos y el Sector Salud, para garantizar el bienestar de la población (Universidad Nacional Autónoma De México, 2020).

Frente a estas realidades es indesligable abordar sobre el cuidado crítico sin tener en cuenta las necesidades, y demandas de los servicios de UCI en entornos hospitalarios; cabe señalar que la permanencia del paciente crítico en estos servicios genera una estadía hospitalaria prolongada, por lo que las demandas de camas han aumentado durante la última década; generando así situaciones de estrés en el personal de salud por el exceso de carga laboral (Maurício LFS, 2017).

En este contexto cabe recalcar que en Ecuador las unidades de cuidados intensivos, según Saltos (2018) el exceso de trabajo es un factor fundamental, el mismo influye de manera negativa en la calidad de atención brindada al paciente en estos servicios, viéndose afectada la relación enfermero/paciente. Asimismo, Gonzales (2019) afirma que la relación de los profesionales de enfermería UCI con los pacientes y familiares se encuentran en una posición privilegiada, que facilita una relación más cercana con los mismos, teniendo en cuenta las opiniones y decisiones de estos sobre el tratamiento brindado.

Lo anterior evidenciado ayudó de motivación para el planteamiento de las siguientes reflexiones: ¿Cómo fue su experiencia durante el cuidado brindado al paciente críticamente enfermo?, ¿Se comunican los profesionales de enfermería con los pacientes críticos cuando realizan las intervenciones de enfermería?

El objeto de estudio de la siguiente investigación trata sobre las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado crítico y las lecciones auto aprendidas. En razón de lo antes expuesto surgen las preguntas norteadoras:

¿Cuál es la experiencia de los profesionales de enfermería durante el cuidado al paciente en las unidades de cuidados críticos?

¿Qué aspectos sobresalen de las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado crítico?

¿Cómo repercuten estas lecciones auto aprendidas en el profesional de enfermería?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Analizar las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en las unidades de cuidados críticos.

Describir los aspectos que sobresalen de las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en unidades de cuidados críticos.

Develar la repercusión de las lecciones auto aprendidas en el profesional de enfermería.

JUSTIFICACIÓN

La relevancia de la investigación relacionada con las experiencias del profesional de enfermería durante los cuidados al paciente crítico radica en la necesidad formativa continua de este profesional en la atención integral del paciente en estado crítico, siendo las unidades de cuidados intensivos escenarios centrados en brindar cuidados emocional, físico, espiritual y humanizado a la persona que cuida, el paciente y la familia. En este sentido, Yáñez et al. (2018) confirman que la enfermería como profesión tiene una visión humanista, siendo el cuidado la esencia de la profesión.

Ante estas realidades, se evidencia la necesidad de formación del profesional de enfermería, teniendo en cuenta el enfoque humanista al brindar cuidados humanizados en pacientes hospitalizados en los servicios de cuidados críticos, al ser un área de acceso restringido la familia sufre; el enfermero asume el rol de comunicador, otorgando un acompañamiento ante la incertidumbre del silencio, la angustia, el dolor y temor por la pérdida del ser querido. La presente investigación contribuirá al fortalecimiento del Plan de Creación de Oportunidades 2021 - 2025.

Relacionándose desde el Eje social, con el Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad.

Esta investigación contribuirá a visibilizar los obstáculos existentes en el cuidado brindado al paciente en estado crítico. Cabe señalar que es una responsabilidad del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, brindar una atención integral de salud, sustentada en la promoción y prevención. teniendo como base el Modelo de Atención Integral de Salud, siendo esto un impacto social (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Fundamento teórico

El marco referencial teórico que sustenta el presente estudio se basó en los postulados de Boff (2002) quién afirma que cuidar es sinónimo de compromiso, dedicación, es más allá de un hecho, es la esencia de la profesión. Ratificando esta posición desde la visión de la estudiosa Waldow (2013) atribuye que el cuidado tiene dos dimensiones la fenomenológica y la holística, identificando al paciente y al cuidador; reconociendo la naturaleza del ser y su vínculo con el mundo, en sí mismo y los demás.

2.2. Antecedentes

2.2.1 Antecedentes Internacionales

Sánchez, Aguayo y Galdames (2017) en su investigación Desarrollo del conocimiento de enfermería, de tipo revisión bibliográfica, Cuba. Este estudio tuvo como objetivo identificar orígenes de la teoría crítica y su relación con el conocimiento de la práctica profesional de enfermería, para el cuidado reflexivo y emancipador en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. Metodología se realizó revisión temática descriptiva, integrativa y sistémica, de artículos originales y de revisión, de fuentes correspondientes a años 2012-2017, en SciELO, PubMed, CINAHL; Lilacs, Scientific Electronic Library onLine, Dialnet y Elsevier. Se encontraron 36 artículos que cumplían criterios de búsqueda, relacionándolos en 4 ejes teóricos, se consultó con especialistas para ampliar la temática. Conclusiones: el conocimiento del profesional de enfermería tiene estrecha relación con la teoría crítica, explicando aquellos elementos que hacen posible entender la enfermería sociocrítica, en busca del paradigma emancipador del cuidado, donde la práctica reflexiva y el pensamiento crítico son necesarios.

González, Herrera y Martínez (2019) en su estudio Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico, Madrid, España. Tuvo como objetivo Analizar el rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. Metodología: Revisión bibliográfica a partir de la búsqueda en bases de datos de ciencias de la salud: PubMed, CINAHL, Cuiden, Scopus, Cochrane Plus, y en

plataformas especializadas, buscadores generales y temáticos. Los límites establecidos fueron el idioma (español e inglés) y la fecha de publicación (2005-2015).

Los resultados se agruparon en tres categorías de análisis: el cuidado directo al paciente, la atención centrada en la familia y el rol dentro del equipo multidisciplinar. Conclusiones: Los roles descritos sitúan a la enfermera como un elemento clave para humanizar la muerte en las UCI, por ello las enfermeras pueden y deben liderar el cambio desempeñando un papel activo en la creación de estrategias que hagan realidad la integración del enfoque de cuidados paliativos en las UCI.

Dos Santos et al. (2019) en la investigación Metodología activa en la Enseñanza de Enfermería en Cuidados Intensivos: relato de experiencia, Rio de Janeiro, Brasil. Tuvo como objetivo promover vivencias que posibiliten el aprendizaje crítico y reflexivo acerca de los cuidados sistematizados de la enfermería en la Terapia Intensiva. Metodología: cualitativa, descriptiva, con abordaje de investigación-acción. Cinco estudiantes fueron seleccionados para realizar actividades supervisadas en cuidados intensivos por el medio de la integración enseñanza-servicio.

Los procesos de enseñanza-aprendizaje a lo largo de la investigación se reflejaron en la metodología activa fundamentada por Arco de Maguerèz. Resultados: a dinámica de enseñanza-aprendizaje fue apreciada por los estudiantes como estrategia reductora de ansiedad y generadora de adquisición de saberes y prácticas de cuidados intensivos. También colaboró en la construcción de un instrumento de registros específicos de Enfermería Intensiva. Conclusión: La inserción de los graduandos de Enfermería en el aprendizaje orientado en unidades de cuidados intensivos mediado por la metodología del Arco de Maguerèz es factible.

2.2.2 Antecedentes Nacionales

Ochoa et al. (2016) en su estudio de tipo descriptivo prospectivo de las UCI señalan que las mismas se han enfocado en el cuidado y manejo de pacientes que se encuentran en estado crítico. En la gran mayoría, las UCI del Ecuador son multidisciplinarias, por lo tanto, la atención brindada es a pacientes de diversas especialidades tanto clínico como quirúrgico, en las que se incluyen las UCI de los

hospitales oncológicos y militares. En este contexto los cuidados del paciente crítico vislumbran un proceso de recursos que necesitan una infraestructura apropiada, un equipo de profesionales de salud especializados y un seguimiento en tiempo real a fin de proporcionar cuidados estandarizados enfocados al criterio de recuperabilidad.

Díaz, Bustamante, Mora, & Martínez (2019) relatan que, a lo largo de la evolución de la enfermería como ciencia y actividad profesional, se han planteado de manera teórica-práctica funciones al ejercer esta profesión, las cuales han cambiado con el tiempo y en base a los avances de las tecnologías y de los conocimientos actuales. En los países como Ecuador, los cuidados se basan en el Sistema de Salud Pública, el mismo que lleva menos de un siglo de historia, los vaivenes económicos-sociales-políticos han sido factores intervinientes, que presionados por las demandas internas de la población sobre el acceso universal a la atención como las demandas externas de organismos multilaterales (OMS/OPS) que piden estandarizar los modelos de atención a nivel mundial que muchas veces por los cambios tan frecuentes y abruptos, no permiten establecer funciones bien definidas en los profesionales de enfermería.

2.3. Marco conceptual

2.3.1 Unidad de Cuidados Intensivos

García et al. (2017) afirman que la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se la puede definir como un conjunto de servicios, por lo que, dentro del marco institucional hospitalario se caracteriza por una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, las cuales se las aplica con la finalidad de recuperación.

2.3.2 Paciente críticamente enfermo

La Sociedad Americana de Medicina Intensiva (2014) lo definió como aquel paciente que se encuentra inestable fisiológicamente, y requiere de cuidados y valoración avanzada, como la necesidad de un lugar tecnificado, cuidados permanentes por el profesional de enfermería para ayudar a revertir la enfermedad.

Según García et al. (2017) la población que es internada y tratada en (UCI) es valorada de manera objetiva; se tienen en cuenta la gravedad de estos pacientes, sus

necesidades de esfuerzo terapéutico para la selección de estos pacientes y la calidad de vida posterior. El personal de salud que labora en estas unidades debe estar capacitado para brindar cuidados continuos y especializados a estos pacientes críticos; siendo esencial que las instituciones identifiquen las necesidades de su personal para brindar un mejor cuidado.

2.3.3. Cuidados Asistenciales en UCI

Para Ruidiaz y Fernández (2020) afirman que, el manejo y cuidados en el Área de UCI de los pacientes en estado crítico, develan experiencias y sentimientos tanto por el personal de salud, el paciente y la familia; el contacto constante con la muerte afecta trae consigo la valoración a la vida y la importantes que es dedicarles tiempo al ser amado.

Cabe destacar que teniendo en cuenta la formación ética- humanística desde el ámbito familiar, social y cultural, en el profesional de enfermería que laboran en la UCI, favorecerá en la interrelación entre el ser y el ser cuidador, proporcionándole así bienestar físico emocional, espiritual y social (Watson, 1999). Asimismo, se hace necesario realizar un llamado a las Instituciones de Educación Superior, para robustecer esta formación con una visión basada en valores, conductas éticas con responsabilidad social; dándole continuidad al legado de nuestra precursora Florence Nightingale cuidando de uno mismo, el entorno y al ser, siendo un ejemplo para el mundo al demostrar que la clasificación inmediata del enfermo es importante; evidenciándose en sus escritos en la guerra de Crimea, al separar al soldado herido críticamente de aquel con heridas no complicadas (Aguilar y Martínez, 2017).

2.3.4. Rol y cuidados del profesional de enfermería en la UCI

Para Watson (2008) el enfermero debe ser humano consigo mismo para hacerlo con los demás, propiciando un entorno saludable. Asimismo, el profesional de enfermería es el ser cuidador que permanece en una evolución constante de preparación para poder cuidar de los demás, siendo la comunicación una herramienta significativa frente a la vulnerabilidad que afrontan el paciente, la familia y el cuidador (Waldow,2009). Para Yáñez et al. (2018) los profesionales de enfermería desempeñan una variedad de roles en la atención brindada al paciente, cabe destacar

que el vínculo que se establece entre la familia y el equipo médico es fundamental en la recuperación del paciente para su pronta reincorporación a la sociedad.

Zavala et al. (2019) señalan que el enfermero de UCI o especialista debe reconocer emergencias y actuar con prontitud tomando decisiones en coordinación con otros profesionales del equipo de salud, quienes también están capacitados para brindar cuidados de enfermería personalizados, estos deben de estar basados en modelos y teorías, lograr interpretar resultados de laboratorio, leer y reconocer cambios cardíacos conocimiento de las normas respiratorias, funcionamiento de respiradores mecánicos, trabajo en reanimación cardiopulmonar (RCP), participación en procedimientos, establecimiento de relaciones terapéuticas interpersonales con los pacientes y sus familiares, construyendo así una amplia base de conocimientos teóricos, acompañados de una actitud de solidaridad, respeto y empatía.

Con el paso del tiempo hemos visto la labor que cumple el personal de enfermería, pero también es importante saber cómo son los cuidados en esta área de UCI por parte del paciente, en este caso vemos que estudios como los de Peña et al. (2017) revelan datos reflejando que el Personal de Enfermería y otros profesionales obtuvieron porcentajes relativamente bajos en cuanto a atención y cuidado del paciente. Mientras que por otro aspecto el estudio realizado por Jaramillo et al. (2020) en el cual referían que el personal de enfermería obtuvo un porcentaje de 95.4%, lo cual es un resultado elevado y muy bueno en cuanto a su calidad de servicio.

Por parte de Martínez et al. (2021) afirman que, el estado emocional de las enfermeras que atienden a estos pacientes es de alto riesgo de desarrollar trastornos emocionales y psiquiátricos que requieren apoyo especializado. Se deben establecer iniciativas para que estos servicios de apoyo psicosocial estén disponibles de manera oportuna y accesible, dado el tiempo de funcionamiento de algunos de ellos. Asimismo, Yanet et al. (2022) plantean que existe una urgente necesidad de mejora en respuesta a la emergencia sanitaria, en este contexto el proceso de superación de estos profesionales trae consigo una buena calidad de atención.

2.4. Marco legal

En este proyecto se tendrán en cuenta las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente crítico, se dará cumplimiento a la Ley de derechos y amparo al paciente (2014) al art.12.- Bajo ningún motivo algún servicio de salud puede negar la atención a un paciente en estado crítico. Así como el art. 13.- Las personas responsables de un centro de salud, el cual negare la atención a pacientes en estado crítico, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses, y en el caso de la muerte de un paciente desatendido, con prisión de 4 a 6 años.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación

El presente estudio fue de enfoque cualitativo, para Hernández, Fernández y Baptista (2014) afirman que, este tipo de investigación se sustenta en lo inductivo, explora, describe y posteriormente se crea la perspectiva teórica; el investigador es el que da inicio al entrevistar al sujeto de estudio, realizar el análisis de los datos sacando las consideraciones finales. Asimismo, Bedregal, Besoain, Reinoso y Zubarew (2017) señalan que, el método cualitativo es notable cuando se investiga fenómenos sociales complejos que son complicados de aislar numéricamente, como en un servicio clínico la red de relaciones que se establece. Permite vislumbrar en profundidad el problema, cuáles podrían ser sus causas desde lo visual de los actores sociales.

Para Aspers y Corte (2019) la investigación cualitativa es un proceso interactivo que permite una deseable comprensión para la comunidad científica permitiendo distinciones significativas que se deriva de la aproximación al fenómeno de estudio, mejorando los diseños de las investigaciones.

Diseño:

El método de estudio fue descriptivo con una aproximación fenomenológica, se utilizó el lenguaje EMIC-ETIC. Según Corona y Maldonado (2018) los dos enfoques se utilizan con frecuencia en el campo de la investigación cualitativa como también en la antropología y las ciencias sociales, y a través de estos elementos entender e interpretar lo que los participantes mencionan en base a sus vivencias y visiones.

El método descriptivo se distingue por las expresiones y actitudes que identifican a un grupo de personas, este tipo de investigación se distingue por las opiniones, actitudes que identifica a un grupo (Do prado, et al., 2013). Asimismo, se ha identificado que puede ser particularmente relevante la utilización de este diseño para los profesionales de enfermería, que realizan una investigación primaria y proporciona una técnica excelente para el abordaje de las cuestiones clínicas, para ellos y su entorno de práctica.

Para Do Prado et al. (2013) la aproximación fenomenológica permite un saber complaciente en la investigación de enfermería que no es evidente, pero que sí está ligado a los fenómenos humanos, acogiendo los significados de todo aquello que dice respecto a la experiencia vivida. En este sentido, Maturo (2018) afirma que, la fenomenología, es definida como hacer ver aquello que se muestra desde sí mismo, y hacer ver tal como se muestra desde sí mismo, es decir ir a las cosas mismas.

En este mismo sentido, Do Prado et al. (2013) afirman que es una inclinación el mismo que tiene como objetivo la investigación directa y la descripción de los fenómenos que se aprecian de manera consciente, sin teorías sobre su explicación causal, y libre de supuestos y de prejuicios.

Escenario

El escenario en donde se desarrolló el estudio fue en el hospital Pablo Arturo Suarez en la Unidad de Cuidados Intensivos en la ciudad de Quito.

3.2. Población y muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para Otzen y Manterola (2017) con este muestreo se elige a los participantes de forma espontánea, entre el científico y los participantes se establece un vínculo de comunicación que favorece los testimonios; favoreciendo los datos para el análisis de los mismos. En el presente estudio involucró a los profesionales de enfermería que laboran en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pablo Arturo Suarez; se considerarán 10 participantes para la obtención de la muestra se tendrá en cuenta la saturación de unidades de significado.

La saturación significa que el investigador ha realizado una exploración exhaustiva del fenómeno estudiado. Puede referirse a la densidad de los datos para conocer en su totalidad lo que se ha observado, presentado o descubierto. Cuando la información se repite una y otra vez en los testimonios y análisis, indica que se saturó (Do Prado, 2013).

Criterios de inclusión

Profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Criterios de exclusión

Profesionales de enfermería que no desearon participar en el estudio.

Consideraciones éticas y de rigor científico Consideraciones Ética

Para Viorato y Reyes (2019) en la investigación cualitativa la aplicabilidad de las consideraciones éticas estará basada en criterios de:

Consentimiento informado: se informó a los participantes del estudio antes de inicio a la investigación todo lo relacionado con la misma; con la finalidad de obtener la autonomía de los informantes. En la presente investigación los participantes fueron parte del estudio, previo conocimiento del objetivo del estudio.

Confidencialidad de los datos: La información de los informantes se encuentran seguras, teniendo en cuenta el anonimato. En la presente investigación los participantes fueron protegidos por su identidad, teniendo en cuenta el uso de seudónimos.

Rigor científico

Los criterios de rigor científico en la investigación cualitativa según Hernández, Fernández y Baptista (2014) respalda la calidad científica del procedimiento aplicado para adquirir los testimonios estos son:

Credibilidad: Esta se logra cuando en los participantes del estudio, los hallazgos son identificados como verdaderos; el investigador es capaz de comprender las vivencias de los participantes. En el presente estudio los investigadores tendrán en cuenta las vivencias de los participantes, así como sus emociones, sus puntos convergentes y divergentes.

Auditabilidad o confiabilidad: Permite que los datos puedan ser analizados y clasificados como semejantes por otros investigadores. En el presente estudio dos de los investigadores accederán a las grabaciones de la entrevista focus group aplicada a los participantes, posterior se realizará transcripción y análisis de los datos.

Transferibilidad: Se basa en transferir los resultados con el objetivo de que los lectores puedan evaluar la transferencia a otros grupos, cabe señalar que los

participantes son los responsables de decidir si los datos se transmiten o no fuera de la investigación, teniendo en cuenta el sitio donde el fenómeno de estudio será estudiado.

3.3. Técnicas e instrumentos de recogidas de datos

Técnica: En el presente estudio se utilizó la entrevista semiestructurada. Para Do Prado et al. (2013) la entrevista semiestructurada es necesaria para obtener narraciones de vivencias de los participantes en estudios cualitativos, además señal que son guiadas mediante preguntas abiertas que permiten la exploración a profundidad de los relatos de los entrevistados.

Asimismo, De Sousa (2009) afirma que este tipo de entrevista semiestructurada y el grupo focal se sustenta bajo una guía organizada teniendo en cuenta los objetivos del estudio, guiada por un facilitador que utiliza un lenguaje claro asequible para lograr en los sujetos de estudio una armonía donde se sientan confiados de poder dar sus opiniones por el involucramiento investigador y estos.

Instrumento: Guía de la entrevista, es fundamental teniendo en cuenta los objetivos trazados en el estudio para la obtención de la información de manera clara y precisa (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014).

3.4. Técnicas de análisis de datos

El análisis de las descripciones se realizó teniendo en cuenta el método fenomenológico de Colaizzi (1978) el mismo que ayuda a elevar el grado de significado de la investigación cualitativa evitándose problemas en la información obtenida; se realizó lectura y relectura de los fragmentos para la interpretación de los testimonios, se transcribió los datos, a través del programa Microsoft Office Word, versión 2016. Asimismo, se realizaron los códigos colorimétricos para la codificación de manera abierta, inductiva a posteriori, que permitió la identificación de las unidades significativas, donde se agruparon las convergencias y divergencias de estas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Se conservó los textos fraccionados cuidando el lenguaje EMIC de los sujetos de estudio, a través del análisis del

investigador o ETIC, identificándose así las categorías y subcategorías según (Corona y Maldonado, 2018).

Cabe resaltar, que se dispuso de la aplicación de la herramienta de análisis cualitativa ATLAS.ti versión 2022, a modo de entablar una organización, análisis y clasificación de los datos obtenidos de los testimonios de cada entrevistado; siendo esta una labor minuciosa, compleja y no lineal para la relación con la información adquirida; la elaboración manual permitió descubrir el núcleo del significado de las unidades. Cabe puntualizar que, cuando se buscó la comprensión de significados, a través de este programa se reveló un sistema analítico de nodos para codificar e interpretar los datos, teniendo en cuenta el pensamiento crítico y reflexivo del investigador y los testimonios de los participantes.

Finalmente, la articulación del tejido manual y la aplicación de la herramienta ATLAS.ti facilitó evaluar la confiabilidad y validez en el procesamiento de los resultados; construyéndose 6 categorías acerca de las experiencias del profesional de enfermería en el cuidado al paciente crítico.

4. RESULTADOS

Luego de la lectura, análisis y clasificación de los discursos, codificación colorimétrica e identificación de las unidades de significados temáticas; emergieron las siguientes categorías empíricas:

- 1) Experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en las unidades de cuidados críticos.
- 2) Elementos que sobresalen de las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en unidades de cuidados críticos.
- 3) Repercusión de las lecciones auto aprendidas en el profesional de enfermería.
- 4) Cuidado integral humanizado
- 5) Conocimientos del personal de enfermería en cuanto al manejo del paciente crítico
- 6) Mayor vinculación paciente familia y enfermero

5. DISCUSIÓN

La elaboración de la estructura del conocimiento subjetivo se posibilitó a través del análisis independiente de las categorías comprendida en los testimonios de los participantes del estudio, posteriormente se reagruparon las categorías temáticas teniendo en cuenta las similitudes y diferencias relacionadas con el objeto de estudio. Emergieron las siguientes:

1. Experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en las unidades de cuidados críticos.

Esta categoría hace referencia al primer objetivo, analizar las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en unidades de cuidados críticos; cabe mencionar que, sobresalen las vivencias del quehacer diario de los profesionales de enfermería, que se adquieren con la atención brindada, y las adversidades que se presentan en la (UCI). En este sentido, se resaltan las siguientes narraciones:

“nos deja vivencias enriquecedoras en donde nos llena tanto como profesionales y en la parte personal, porque es un aporte inmenso para salvar una vida” (P2).

“es muy buena, porque hemos aprendido bastante de ello a base de ello” (P3).

“Una de las experiencias que más me ha marcado como profesional y durante el cuidado brindado a los pacientes es el no saber cómo actuar ante las diferentes adversidades que se presentan en dicha unidad, y eso se da por la inexperiencia al encontrarse por primera vez en una unidad crítica” (P8).

“ha sido muy buena debido a que yo nunca había pasado por una unidad de cuidados intensivos, y al momento que ingrese aquí pues la experiencia que he vivido es muy favorable” (P10).

Los profesionales de enfermería ante las realidades suscitadas en las (UCI) adquieren diferentes vivencias ya que se puede observar un estadio único del paciente en dichas unidades, se debe tomar en consideración la condición del paciente, bien

sabemos que un paciente críticamente inestable no tiene la capacidad de cumplir con sus funciones vitales, por lo cual los cuidados que brinda el profesional de enfermería se considera pilar fundamental para el proceso y tratamiento del mismo, en este contexto todo profesional de enfermería adquieren experiencias que pueden solventar la formación académica para el bienestar del paciente y de sí mismo haciendo importante y fundamental el cuidado directo.

2. Elementos que sobresalen de las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en unidades de cuidados críticos.

La presente categoría se deriva del objetivo 2 describir los aspectos que sobresalen de las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en unidades de cuidados críticos. Confirmando la percepción de los participantes sobre elementos que sobresalen en el cuidado brindado al paciente de cuidados críticos, Joven y Guáqueta (2019) afirman que, se hace necesario robustecer la comunicación con la finalidad de ofrecer a las personas educación en salud, fomentando un cuidado de afectividad y cordialidad, para conservar la calidad en la atención brindada al paciente. Asimismo, se hizo visible en los participantes del estudio la necesidad del cuidado humanizado, al ser este un medio propicio de interrumpir el nexo con el paciente, empoderándose la tecnología que conlleva al profesional afrontar de manera tecnificada y poco sensible las necesidades afectadas del paciente. En este sentido, se perciben los siguientes relatos:

“ganar seguridad y fortalecer la comunicación ayuda a la construcción del sentimiento de confianza en sí mismo. Además de obtener experiencia al conocer sobre el paciente y además de la familia” (P9).

“podemos brindar un mejor mañana a aquellas personas que más nos necesitan, como son nuestros pacientes, obviamente no dejando atrás el bienestar de nosotros como profesionales y el de nuestras familias” (P4).

“Llevo tiempo trabajando en UCI y de verdad que no es fácil sentir ese sonido en mis oídos que lo tienes que interpretar para saber si todo va bien con

el paciente, al decir ahorita paciente me viene a la mente tantas cosas pues tiene nombre familias un futuro detenido en la espera, pues dependen de equipos que no saben lo que es un cuidado humanizado simplemente cumplen una función y nosotros tenemos que aprender a comunicarnos con ellos y creo es un poco deshumanizado, sabe algo yo hablo con los equipos y les pido que siempre den una señal cuando algo anda mal para actuar a tiempo y eso hace que me sienta fatigada e impotente” (P8).

Las experiencias percibidas por el profesional de enfermería en el cuidado al paciente en las unidades de cuidados críticos, evidencia la necesidad de atención, debido al agotamiento físico y espiritual que genera brindar cuidados en silencio, acompañado del sonido artificial, frío, sin calidez y sensibilidad, como son los equipos a los que están acoplados los pacientes críticos.

En este sentido Waldow (2014) afirma que cuidar está relacionado directamente con el verbo curar, y puede mostrarse de manera diferente pudiendo presentar equívocos en su aplicación; siendo un resultado que representa la forma como ocurre, o debería ocurrir.

Ante estas justificaciones Alfaro (2020) afirma que detrás de cada enfermo que se cura hay un enfermero con pensamiento crítico. El pensamiento crítico se basa en la capacidad de centrar el cuidado y sus resultados, el mismo que marca la diferencia entre el éxito y el fracaso al momento de brindar atención, manteniendo también la seguridad del profesional y el paciente evitando de todo peligro, este enfoque basado en una forma de pensar consciente y ordenada, es primordial en todas las circunstancias, ya sea al momento de brindar actividades administrativas o al momento de planificar los cuidados. (Alfaro, 2020)

3. Repercusión de las lecciones auto aprendidas en el profesional de enfermería

La presente categoría se deriva del tercer objetivo, develar la repercusión de las lecciones auto aprendidas en el profesional de enfermería; estos hallazgos dan significado al profesional enfermero/a que desempeña sus actividades en la (UCI) se hace imprescindible valorar las vivencias de estos enfermeros, desarrollando habilidades cognitiva, actitudinal y procedimental; para mantener un cuidado humanizado que repercuta positivamente en el paciente/ familia y profesional de enfermería. En este contexto se mencionan los siguientes testimonios:

“he vivido lecciones en la unidad, con pacientes que me han marcado de por vida, ya sea positiva y negativa; recuerdo un caso de una señora que tenía una insuficiencia renal terminal y se complicó con una bronconeumonía, la recibimos en el turno y la hija estaba de la parte de afuera, me asome a la puerta y la vi llorar mucho, cuando le mire se había orinado y temblaba pues el miedo la tenía atrapada, le brinde apoyo psicológico y espiritual, ella me respondió que aunque su mama se muera iba estar tranquila pues ya no estaría sola pues pensaba que todo allá dentro era de color oscuro, pero se había equivocado pues vio en mi la luz” (P5).

“Llevamos momentos agradables, momentos que impulsan a seguir luchando por brindar nuestros cuidados y ver la mejora de nuestros pacientes” (P2).

Por otro lado, el entrevistado (P6) manifiesta que “son los que permanecen el mayor tiempo con pacientes, siendo así el apoyo emocional, físico y espiritual de los mismos, ya que no sabemos qué tipo de emociones resultan cuando el paciente se encuentra dormido o simplemente no estuvo conectado con la realidad, en fin, todo esto conlleva a que el profesional de la salud sea empático al momento de su desempeño laboral”

Otras de las lecciones auto aprendidas de las participantes del estudio, se develan a continuación:

“básicamente a la parte afectiva o emocional me voy a referir, hay que recordar que nuestro paciente en una unidad critica es con nosotros con quien tiene contacto más no con la familia, entonces ser su apoyo dar ánimos, para mí ha sido

una buena lección de ayudar en la parte emocional que puedan solucionar o disminuir sus problemas, saliendo de una unidad critica vivo” (P2).

“ser un apoyo emocional y darle calma, paciencia y adicional creo que una de las experiencias más gratificantes que vivo, haber sido parte de su recuperación y ver que luego pueden salir vivos y disfrutar de su familia” (P1).

García y Gallegos (2019) mencionan que el enfermero es el primer eslabón de apoyo más sólido en el campo de la salud, siendo el cuidado la esencia, desempeñando múltiples funciones, capaz de brindar cuidado con calidad y calidez al paciente y población que lo necesite. Asimismo, este profesional llega a la vida del paciente convirtiéndose en el único hallado para transitar en el proceso de su enfermedad, recuperación y rehabilitación; así como en el acompañamiento ante la muerte si esta llegara a suceder con afecto y respeto a las familias.

4. Cuidado integral humanizado

Esta categoría responde a los testimonios de los entrevistados, se centra en el cuidado brindado con empatía, amor teniendo en cuenta la necesidad del paciente, siendo esta una demanda como parte de lo normativo permitiendo mejorar que el cuidado brindado al paciente que sufre y requiere de profesionales de enfermería con una alta percepción del humanismo. Así como se observa en los siguientes testimonios:

“la unidad crítica como enfermera sería desde una vista humano y del conocimiento, humano porque es un cuidado individualizado que se brinda, y ver la mejoría de una paciente critico que no puede valerse por sí mismo, y depende de nosotros exclusivamente, en los cambios de posiciones, la alimentación, la medicación, depende directamente de nosotros” (P6).

En este sentido, Sitzman, Watson, y AHN-BC (2009) en su teoría invitan al profesional de enfermería a brindar un cuidado con mayor calidez y sensibilidad; donde el paciente es escuchado y comprendido. En otros sentidos de ideas se evidencio el descuido para la humanización en salud:

“En muchas ocasiones por el estrés del trabajo y la carga laboral nos convertimos en enfermeros deshumanos al no atender los problemas del paciente y familiar, enmarcándonos solamente en el cumplimiento de una indicación médica y nos alejamos totalmente de nuestro encargo social y de nuestra razón de ser como enfermeros” (P2).

“a veces en las instituciones no contamos con los insumos y equipos necesarios para brindar un cuidado humano lo que perjudica en la recuperación de paciente y en la autoestima del profesional que somos nosotros” (P7).

Cabe señalar que un enfermero para brindar cuidado debe de ser humano dotados de valores como: humildad, sinceridad, amor, respeto y cordialidad; si esto se contrapone deja de ser un enfermero humano para convertirse en uno deshumanizado, generando malestar en el paciente, familia y compañeros de trabajo, siendo un ambiente no saludable (Watson 2008).

Ante estas realidades, el enfermero no siempre brinda un cuidado humanizado, por factores no deseados como la desmotivación, estrés, y normas instituciones que condicionan la falta de seguridad del profesional de enfermería, en el quehacer diario desencadenado limitaciones en el enfermero.

5. Conocimientos del personal de enfermería en cuanto al manejo del paciente crítico

Esta categoría surge de los testimonios de los entrevistados, donde hacen énfasis en la dimensión cognitiva que se adquiere en la (UCI), cabe señalar que existen enfermeros con poca experiencia de trabajo en dicha unidad; donde las vivencias se convierten en experiencias que marcan la vida de este profesional de la salud. A continuación, los testimonios hablan por sí solos:

“nos esforzamos con los conocimientos que tenemos por sacar al paciente, por que día a día con los conocimientos de los médicos más nuestra ayuda, podemos administrar los medicamentos que necesitamos de acuerdo en cada patología” (P2).

“estamos adaptados a la realidad desde que se abrió nuestra área, sabemos manejarlo a nuestro modo, sabemos cuándo un paciente recibe un protocolo PLACE ante nosotros prácticamente vemos al paciente en sí” (P8).

“mis habilidades y destrezas las he adquirido con el paso del tiempo, ya que en el transcurso he tenido la oportunidad de enseñar compartiendo experiencias desde una simple curación hasta algo ya más avanzado como el trabajo con un paciente de cuidado crítico. He tenido la oportunidad de enseñar incluso a mis colegas de cómo activar una aguja huber o cómo curar, colocar una vía central y colocar un catéter picc. En sus diferentes ámbitos es importante siempre compartir conocimientos para así poder aprender y fortalecer el campo de la enfermería he ido cambiando esa mentalidad de que enfermería solamente administra medicamentos y en lo personal considero que enfermería está preparada en todos los campos” (P8).

El profesional de enfermería desde el primer día que ingresa y forma parte de la (UCI) se convierte en un ser humano capaz de enfrentar responsabilidades ante retos y obstáculos que hacen al enfermero una persona integral desde las dimensiones actitudinal cognitivo y procedimental; siendo las vivencias el abanico de las habilidades para un desempeño profesional de excelencia.

En este sentido de idea, Rincon et al. (2017) afirman que los enfermeros al momento de brindar cuidado al paciente crítico deben contar con habilidades, destrezas y conocimientos indispensables para enfrentar eventos en pacientes críticamente inestables. Siendo así el personal de enfermería un pilar fundamental en el cuidado.

4. 6. Mayor vinculación paciente familia y enfermero

El profesional de enfermería es el receptor ante las necesidades del paciente familia tomando en cuenta la existencia de diversas condicionantes que impiden el vínculo entre las partes involucradas como es la no aplicación de puertas abiertas. A continuación, se evidencian los relatos de los entrevistados.

“básicamente a la parte afectiva o emocional y hay que recordar que nuestro paciente en una unidad crítica es con nosotros con quien tiene contacto mas no con

la familia, entonces ser su apoyo dar ánimos, hablar ayudar en la parte emocional no solo en la parte de su enfermedad si a curar todo o ayudar a solucionar y a disminuir sus problemas saliendo de una unidad critica porque a veces los dejan con bastantes secuelas en la parte emocional adicional a la parte física estos son los aspectos que sobresaldrían en esto” (P8).

“ser empáticos con la situación que está viviendo, recordar que a veces están muy ansiosos que están desesperados, están preocupados y nuestra función ahí es brindar apoyo emocional y darle calma, paciencia y adicional creo que una de las experiencias más gratificantes es a ver sido parte de su recuperación y ver qué Luego está disfrutando de su vida con su familia” (P1).

“En la Unidad de Cuidados Intensivos donde laboro las visitas son un poco limitada, solo permiten 5 minutos, pienso que es poco el tiempo y solo se puede visitar una vez al día, esto no ayuda a la parte emocional del paciente, como bien sabemos el paciente necesita apoyo incondicional para su recuperación” (P3).

Ante estas realidades se evidencia la necesidad de (UCI) de puertas abiertas, sin embargo, existe una negación y resistencia para aceptar esta modalidad, aun en profesionales que no la han aplicado infieren que sería un resultado negativo al no permitirle un control del tiempo al dedicarle atención al familiar.

Ortiz y Áreas (2021) afirman que las familias sufren cuando un miembro se encuentra hospitalizado en (UCI) al ser esta un área cerrada con horarios de visita restringido, limitando al familiar a ser partícipes del cuidado, perdiéndose así la relación paciente, familia y profesional de enfermería. Cabe resaltar que, la muerte está relacionada con el paciente internado en el área crítica; lo cual propicia una problemática social que afecta a la familia al afrontar esta situación.

Se aprecia que persisten la UCI a puertas cerrada la cual influye negativamente en el familiar, que espera y sufre el dolor del ser querido, aplicando estrategias de afrontamiento para batallar ante la incertidumbre, angustia y el miedo, acompañado de la desinformación que incrementa la depresión y el estrés desencadenado un desequilibrio en toda la familia.

6. CONCLUSIONES

Brindar cuidado al paciente en estado crítico es una de las dimensiones más importantes que se relaciona en el proceso de recuperación de este, articulando a la familia para satisfacer las necesidades afectadas, mejorando así la calidad de atención para una estancia menos traumática y hostil; siendo imprescindible la visibilización del profesional de enfermería.

De acuerdo con los hallazgos, en las vivencias del profesional de enfermería; se perciben falencias en la comunicación que se le otorga al paciente y familiar con quien el personal de enfermería debe establecer un vínculo interpersonal, así mismo; la sobrecarga laboral es un elemento que influye en la calidad de atención a los pacientes ingresados en (UCI).

Las instituciones de salud, articulada con la educación médica, deben identificar las necesidades reales y sentidas del profesional de enfermería que labora en las unidades críticas, y fuera de ellas, para darle solución a los problemas encontradas, implementando estrategias de formación humanista, en esta etapa que pudiera ser el final de la vida, considerando los cuidados de enfermería como la esencia de la profesión.

Son representativas las siguientes categorías: Elementos que sobresalen de las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en unidades de cuidados críticos; seguidas de cuidado integral humanizado, conocimientos del personal de enfermería en cuanto al manejo del paciente crítico y mayor vinculación paciente familia y enfermero.

Son evidentes las vivencias del profesional de enfermería durante el cuidado brindado al paciente en estado crítico. Al ser una actividad que aboga por un personal con alto sentido humanista orientado hacia un cuidado humanizado, que comprometa a este personal que es quien cuida y concede el cuidado. Consideramos además haber alcanzado los objetivos del estudio, se impone la socialización de las problemáticas identificadas promoviendo para ser visible la necesidad de una atención integral, holística y humanista; se confirma con la teoría de Watson (2003) al cuidar

humanizadamente, mejora la calidad de vida de las personas, teniendo en cuenta los valores humanos y las dimensiones de la espiritualidad y la fenomenología.

7. RECOMENDACIONES

Es menester un mayor compromiso de las instituciones de salud, revisar la carga laboral según la relación enfermero/paciente, siendo un elemento negativo la sobrecarga de trabajo, atentando en la calidad que se le brinda al paciente.

Se invita a la comunidad científica realizar estudios que identifiquen problemas reales y sentidos del profesional de enfermería que laboran en estas unidades, así como realizar estudios de enfoque cualitativo en enfermería que aborden el cuidado de una manera integral favoreciendo así un incremento en la calidad de atención al paciente.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar García César Raúl, y Martínez Torres Claudia. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica), 31(3), 171-173. Recuperado en 24 de marzo de 2022, de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S244889092017000300171&lng=es&tlng=es.
- Alfaro, R. (2020). Pensamiento crítico, razonamiento clínico, y juicio clínico en enfermería. Barcelona: *Critical Thinking. clinical Reasoning Judgment*.
- Aspers, P., y Corte, U. (2019). *What is qualitative in qualitative research. Qualitative sociology*, 42(2), 139-160.
- Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A., & Zubarew, T. (2017). La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. Revista médica de Chile, 145(3), 373-379. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000300012&script=sci_arttext
- Boff, L. (2002). Saber Cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis RJ. Vozes.
- Código de Ética de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros Quito-Ecuador (2001). Recuoerado de <https://vlex.ec/vid/ley-57-ley-ejercicio-643461489>
- Corona, J y Maldonado, J. (2018). Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 37 (4): 1-4. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S08643002018000400022&script=sci_arttext&tlng=en
- Díaz, A., Bustamante, R., Mora, M., y Martínez, M. (2019). EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ECUADOR. 2, 141. Recuperado de: <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/231>

- Do Prado, M., De Souza, M., Monticelli, M., Cometto, M., Gomez, P. y Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2013). Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington DC. Serie Paltex Salud y Sociedad. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51587>
- Dos Santos, Emília Conceição Gonçalves, De Almeida, Yasmin Saba, Nora, Ana Beatriz Iannuzzi, Costa, Rafael dos Santos, De Oliveira, Aldenora Santana y Avellar Júnior, Boaz Ramos. (2019). Teaching Nursing in an Intensive Care Unit by Active Methodology: experience report. *Index de Enfermería*, 28(3), 139-142. Epub 13 de julio de 2020. Recuperado en 04 de abril de 2022, Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962019000200011&lng=es&tlng=en.
- González-Rincón, M., de Herrera-Marchal, P. D., y Martínez-Martín, M. L. (2019). Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 30(2), 78-91. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239918300567>
- Guerra, J. A. (2006). Heidegger: de la fenomenología a la experiencia. *Hermenéutica intercultural: revista de filosofía*, (15), 233-262. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2294017>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2018). Metodología de la Investigación. (M. Rocha Martínez (ed.); 6th ed.). McGraw - Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. Recuperado de: https://www.academia.edu/38885436/Hernández_Fernández_y_Baptista_2014_Metodología_de_la_Investigación
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & del Pilar Baptista Lucio, M. (2014). Metodología de la investigación. (J. Mares Chacón (ed.); 5th ed.). Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. Recuperado de: www.FreeLibros.com
- Jaramillo-Beltrán, M., de Luna-López, M. C., Flores-Padilla, L., Alarcón-Chávez, E., y TrejoFranco5e, J. (2020). Satisfacción de los usuarios hospitalizados en una unidad del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Recuperado de:
<https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadelInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2020/vol28/no1/3.pdf>

Joven, Zuli Milena, y Guáqueta Parada, Sandra Rocío. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*, 37(1), 65-74.
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>

Ley de derechos y amparo al paciente (2014). Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-delPaciente.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Manual del Modelo de Atención Integral de

Salud-(MAIS). Recuperado de: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/02/Manual-MAIS-CE.pdf>

Maturo, G. (2018). Poesía y fenomenología. Aproximaciones metódicas y de contenido: el ejercicio poético y la Fenomenología. *Contextos: Estudios de Humanidades y Ciencias*

Sociales, (40). Recuperado de: <http://revistas.umce.cl/index.php/contextos/article/view/1412>

Martinez Almanza, M. T. (2021). Experiencias de gestión en profesionales de enfermería ante

Covid-19 en hospitales de Ciudad Juárez, México. *Instituto de Ciencias Sociales y*

Administración. 42 (12), 129-141: Recuperado de: <http://www.revistaespacios.com/a21v42n12/a21v42n12p10.pdf>

Moreno, O. D. Á., Centeno, J. L. V., y Coffré, J. A. F. (2022). Un desafío sanitario en la gestión del servicio de medicina crítica de un hospital del Ecuador: Vivencias en la pandemia COVID-19. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 62(1), 2-7.

Ochoa, M., Martínez, F., Camacho, R., Jibaja, M., Morales, F., Salgado, E., y Vergara, J. (21 de Junio de 2016). Prestación de cuidados críticos en Ecuador:.

Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0122726216300362>

Otzen, Tamara, y Manterola, Carlos. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.

Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Peña, M. H., Talledo, N. M., Ruiz, E. O., Gómez, J. L., Ruiz, A. R., Miguelez, A. G., ... y Proyecto, H. C. (2017). Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Medicina Intensiva*, 41(2), 78-85.

Quintana Zavala, M. O., y Tinajero González, R. M. (2020). INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DEL ADULTO: UNA REVISIÓN DE LITERATURA. *Horizonte De Enfermería*, 30(1), 76–87. recuperado de: https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.30.1.76-87

Ruidiaz-Gómez KS, Fernández-Aragón S. Temor y angustia: experiencia del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Rev. cienc. ciudad.* 2020; 17(3):7-19.

Recuperdo de:

<https://doi.org/10.22463/17949831.1695>

Sitzman, K., PhD, R. N., CNE, A., Watson, J., PhD, R. N., y AHN-BC, F. A. A. N. (2019). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York, NY, USA.: Springer Publishing Company.

Society of critical care medicine. Available at: Recuperado de: <http://www.myicucare.org/Pages/default.aspx>. Accessed September 29, 2014.

Sánchez Rodríguez, J. R., Aguayo Cuevas, C. P., y Galdames Cabrera, L. (2017). Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. Recuperado de:

<https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/37271/Desarrollo%20del%20conocimiento%20de%20enfermeri%CC%81a,%20en%20busca%20del%20cuidado%20profesional.%20relacio%CC%81n%20con%20la%20teori%CC%81a%20cri%CC%81tica.pdf>

Tarapué, B. (2019). Conducta ética en el cuidado enfermero del paciente basado en la teoria de Jean Watson [Universidda técnica del norte]. Recuperado de:

[http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9447/2/06 ENF 1016 TRABAJO GRADO.pdf](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9447/2/06_ENF_1016_TRABAJO_GRADO.pdf)

Tonon, G. (2009). Reflexiones latinoamericanas sobre investigación cualitativa. Universidad

Nacional de La Matanza-Prometeo. Buenos Aires. Recuperado de:

<https://www.proquest.com/openview/afff3d70c6f889c0b5e7390cc517c673/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=366357>

Troncoso-Pantoja, C., y Amaya-Placencia, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. Revista de la Facultad de

Medicina, 65(2), 329-332. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112017000200329

Viorato Romero, N. S., y Reyes García, V. (2019). La ética en la investigación cualitativa.

Revista CuidArte, 8(16). Recuperado de:

<http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/70389>

Watson, J. (2008). *The Philosophy and Science of Caring*. Editorial de la Universidad de Colorado: E.E.U.U

Watson, J. (1999). Nursing: *Human science and human care: A theory of nursing* (Vol. 15, No. 2236). Jones & Bartlett Learning.

Waldow Vera, R. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. Aquichan, 9(3), 246–256. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/741/74112147005.pdf>

Waldow, V. R., Deorristt, R. C., y Germán, C. (2013). El cuidado integral del ser humano. In *Memorias del III Congreso Internacional y V Nacional de Enfermería en Cuidado Humano*. Venezuela: Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud (pp. 53-62).

Watson, J. (2008). *The Philosophy and Science of Caring*. Editorial de la Universidad de Colorado: E.E.U.U

Watson, J. (2003). Filosofía y ciencia del cuidado. Modelos y teorías en enfermería, 5, 145-64.

Yáñez-Dabdoub, Macarena, y Vargas-Celis, Ivonne. (2018). CUIDADO HUMANIZADO EN

PACIENTES CON LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN

CUIDADOS INTENSIVOS: DESAFÍOS PARA ENFERMERÍA. Persona y

Bioética, 22(1), 56-75. Recuperado de: <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.1.5>

9. ANEXOS

Instrumentos de recolección de datos

Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada

Experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente crítico:

Lecciones auto aprendidas.

I. Introducción

Un cordial saludo gracias por estar presente, y por la voluntad de estar en esta sesión, la misma tiene como finalidad recolectar información acerca de las experiencias y lecciones auto aprendidas del profesional de enfermería en la (UCI). Cabe mencionar que los datos proporcionados por Usted serán mantenidos en reserva mediante el anonimato.

Agradeciéndoles de antemano su gentil colaboración.

II. Datos generales

- a) Nombres completos _____
- b) Edad _____años cumplidos.
- c) Sexo F () M ()
- d) Estado Civil Soltera/o () Casada () Unión libre ()
- e) Formación académica Licenciado () Magister () Doctor () Especialista ()
- f) Institución y área en la que labora:

Cargo: _____ Años de labor:

6. III. Datos específicos: Pregunta generadora del instrumento

9. ¿Cuál es la experiencia de los profesionales de enfermería durante el cuidado al paciente en las unidades de cuidados críticos?.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. ¿Qué aspectos sobresalen de las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado critico?.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. ¿Como repercuten estas lecciones autoaprendidas en el profesional de enfermería?.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. IV. Cierre de la sesión

Se les agradece el tiempo brindado en este encuentro, recordándoles que la información brindada es confidencial.

Muchas gracias.

Anexo 2.

Primera matriz de análisis: codificación

NUMERO DE CÓDIGO	COLOR	SIGNIFICADO
C1	amarillo	Percepción del cuidado al paciente crítico
C2	Gris	El Cuidado por los profesionales de enfermería
C3	turquesa	Manejo del paciente crítico
C4	rojo	Pensamiento crítico
C5	azul	Visión del supervisor en el contexto del área crítica
C6	Oro claro	Preparación del profesional de enfermería
C7	Azul claro	Relación paciente familia enfermero
C8	Verde claro	Conducta del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes críticos

Fuente: elaborado por Diego Quinatoa y Mauricio Mejía

Anexo 3.
Segunda matriz de análisis: categorías definidas a posteriori

Categorías
Experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en las unidades de cuidados críticos.
Elementos que sobresalen de las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en unidades de cuidados críticos.
Repercusión de las lecciones auto aprendidas en el profesional de enfermería.
Cuidado integral humanizado
Conocimientos del personal de enfermería en cuanto al manejo del paciente crítico
Mayor vinculación paciente familia y enfermero

Fuente. Elaborado por Diego Quinatoa y Muricio Mejia

Anexo 4.



Figura 1. Periodicidad de palabras en los discursos Fuente: ATLAS.ti versión 2022

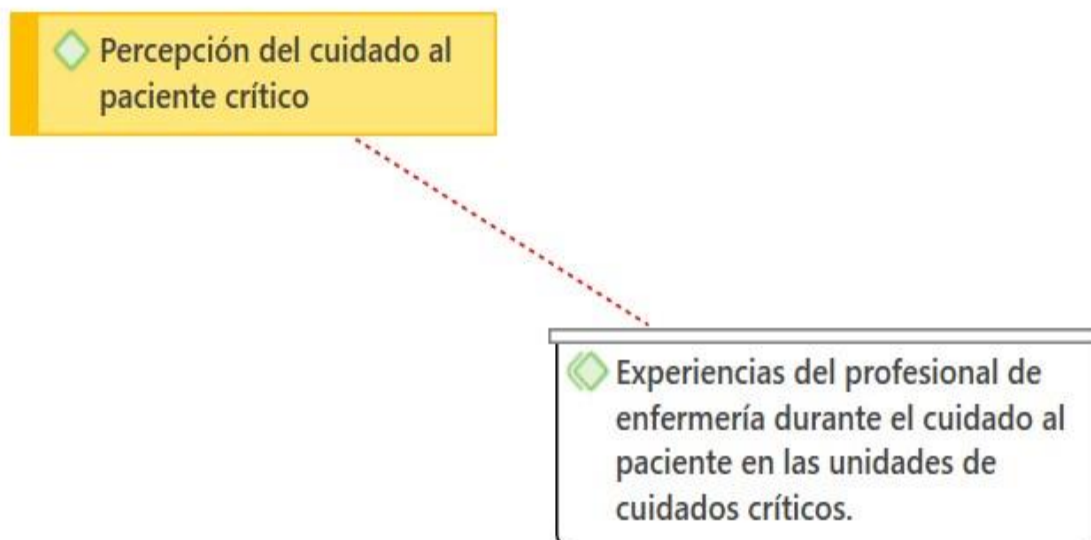
Anexo 6.

Figura 3. Categoría 1 Experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en unidades de cuidado crítico. Fuente: Atlas versión 2022

Anexo 7.

Figura 4. Categoría 2 Elementos que sobresalen de las experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente en unidades de cuidado críticos. Fuente: Atlas versión 2022

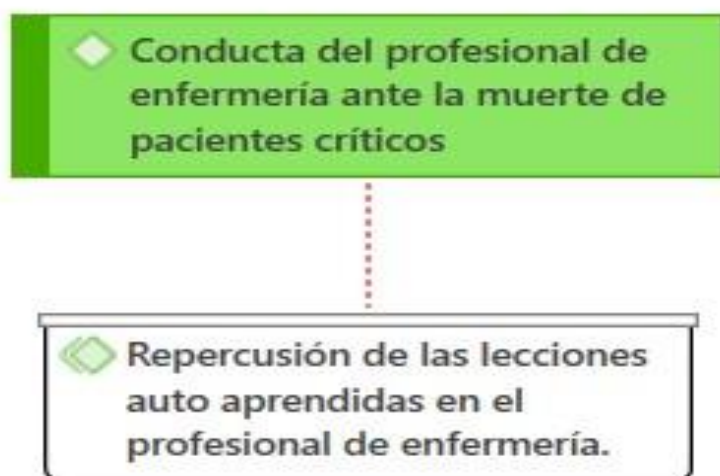
Anexo 8.

Figura 5. Categoría 3 Repercusión de las lecciones auto aprendidas en el profesional de enfermería. Fuente: Atlas versión 2022

Anexo 9.

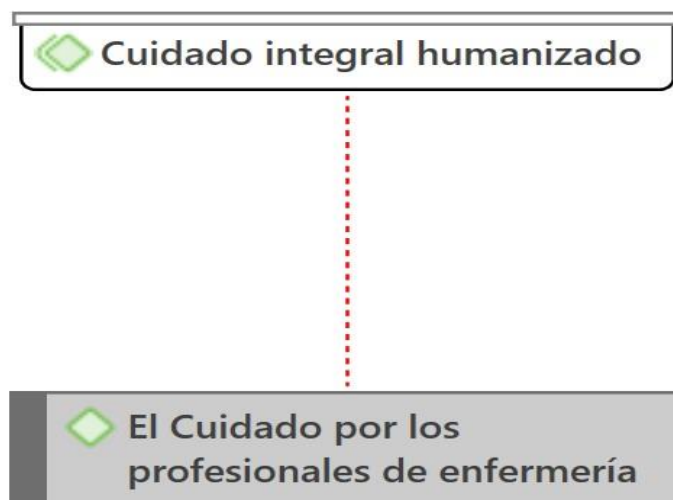


Figura 6. Categoría 4 Cuidado integral humanizado. Fuente: Atlas versión 2022

Anexo 10.

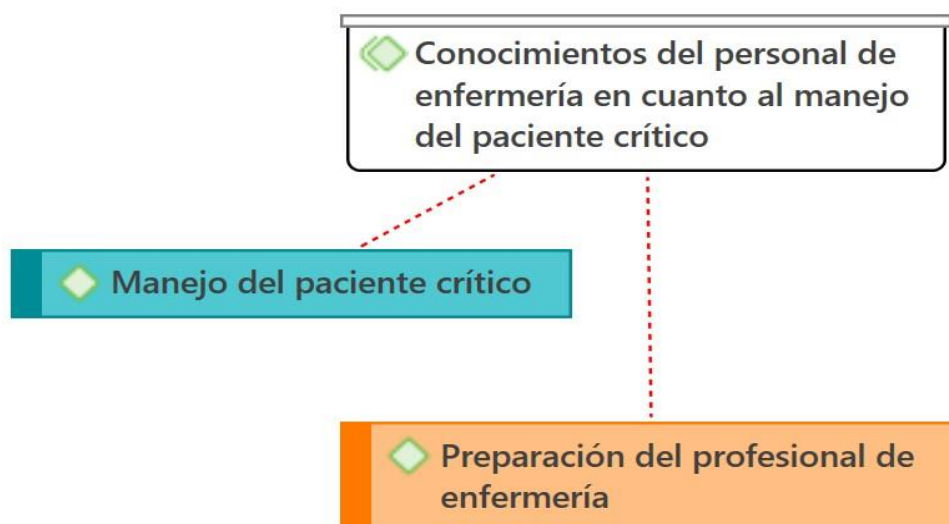


Figura 7. Categoría 5 Conocimientos del personal de enfermería en cuanto al manejo del paciente crítico. Fuente: Atlas versión 2022

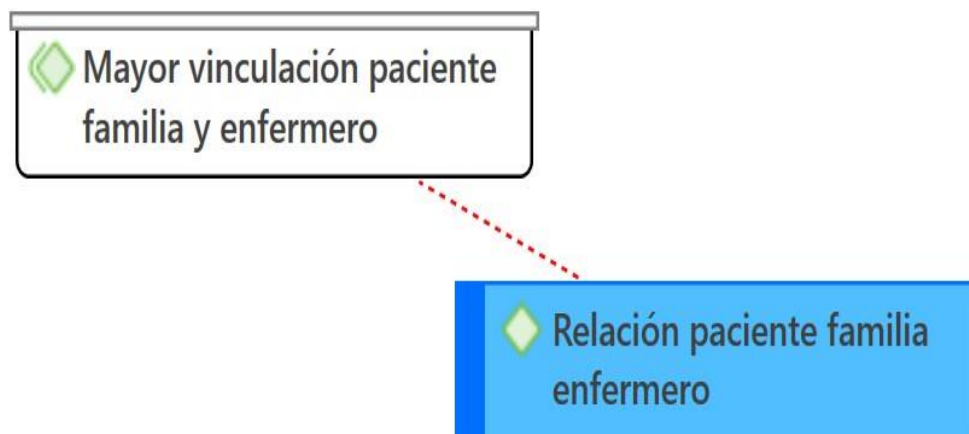
Anexo 11.

Figura 8. Categoría 6 Mayor vinculación paciente familia y enfermero. Fuente: Atlas versión 2022