UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

La experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios de una Clínica de tercer nivel del Distrito de Barranquilla

Ernestina Santiago De Castro

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería
Bogotá, Colombia
2013

La experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios de una Clínica de tercer nivel del Distrito de Barranquilla

Ernestina Santiago De Castro

Tesis de investigación presentada como requisito para optar al título de:
Magister en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular

Directora: Elizabeth Vargas Rosero
Magister en Enfermería

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería
Bogotá, Colombia
2013

Dedicatoria

A mi Dios Todopoderoso por su infinita misericordia y bondad, dándome sabiduría y el entendimiento para culminar.

A mí querido esposo José Luís por su amor, comprensión y apoyo incondicional.

A mis hijos José José, Esteban y Santiago David por apoyarme y animarme a seguir adelante.

A mis familiares por darme su voz de aliento en los momentos de desfallecer, en especial a mis hermanos por ayudarme cuando más los necesite.

A todos los que de una u otra manera contribuyeron alcanzar este logro.

¡Gracias!

Agradecimientos

La autora de la presente investigación expresa sus agradecimientos a:

La Universidad Simón Bolívar por su apoyo y darme la oportunidad de crecer a nivel personal y cualificarme a nivel profesional.

La Universidad Nacional por contribuir a la transformación del Conocimiento de enfermería en Colombia y en especial la Costa Caribe.

Mi directora de tesis Elizabeth Vargas Rosero, por su acompañamiento, orientación y dirección quien contribuyo con sus ap4ortes valiosos a la finalización de esta investigación.

Los jurados por sus aportes importantes que ayudaron al enriquecimiento y culminación de este trabajo.

La Clínica centro de estudio, en especial a la directora científica (Q. E. P. D.) quien confió en mi y dio la autorización para la realización de este trabajo.

Los pacientes que voluntariamente aceptaron participar y dieron a conocer todas esas experiencias que vivieron durante la hospitalización en la UCC

Mis Amigos, compañeros de trabajo y colegas, quienes de una u otra forma aportaron parte de sus esfuerzos mediante los consejos de fortaleza, ánimo pronto y sabiduría que me permitieron no desfallecer.

Mis Amigas, compañeras y hermana en Cristo Jesús, Maribel Muñoz y Greys Rodelo quienes de una u otra forma aportaron parte de sus esfuerzos mediante los consejos de fortaleza, ánimo y sabiduría que me permitieron no desfallecer.

Las Enfermeras y auxiliares de enfermería del Servicio de Cuidados Intensivos Coronarios y de hospitalización de la Clínica centro de estudio.

Resumen

Objetivo: Describir la experiencia de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario de una Clínica de Tercer Nivel del Distrito de Barranquilla.

Metodología: Estudio cualitativo fenomenológico, utilizando el método de Colaizzi en el que se entrevistaron 9 participantes entre los 59 y 74 años, hospitalizados inicialmente en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario con un diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio y en el momento de realizar la entrevista se encontraban en el servicio de hospitalización hemodinámicamente estables, previo cumplimiento de los criterios de inclusión, se utilizó la entrevista en profundidad, observación y notas de campo.

Resultados: La experiencia de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario se determinaron 97 enunciados significativos organizados en 8 códigos descriptores y consolidados en 4 categorías que reflejan de forma exhaustiva el fenómeno: Categoría 1: El primer contacto con la UCC; categoría 2: Lo malo de estar hospitalizado en la UCC; categoría 3: Confianza en Dios; categoría 4: Pérdida de la percepción del tiempo.

Conclusión: Cabe resaltar que dentro de esta investigación una base fundamental es la teoría del cuidado humanizado de la doctora Jean Watson quien sostiene que ante el riesgo del cuidado en el mundo, se hace necesario, el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en los diferentes ámbitos tales como el clínico, administrativo y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Los participantes de este estudio manifestaron experiencias positivas y negativas. Resultado coherente con otros estudios, los cuales muestran experiencias similares.

Palabras claves: Fenomenología, paciente coronario, experiencia humana, Unidad de cuidado Intensivo.

Abstract

Objective: To describe the experience of patients hospitalized in the Intensive Coronary Care Unit of Clinical Third Level Ottawa District.

Methodology: qualitative phenomenological , using the Colaizzi method in which 9 participants were interviewed between 59 and 74 years , initially hospitalized in the Coronary Intensive Care Unit with a diagnosis of acute myocardial infarction and in the time of the interview were in hemodynamically stable inpatient service , after fulfilling the inclusion criteria was used in-depth interviews , observation and field notes.

Results: The experience of patients hospitalized in the Intensive Coronary Care Unit were determined 97 significant statements organized in 8 Codes descriptors and consolidated into 4 categories that reflect comprehensively the phenomenon: Category 1: The first contact with the UCC; category 2: The downside of being hospitalized at UCC; category 3: Trust in God; category 4: Loss of time perception.

Conclusions: It should be noted that in this research is a fundamental basis of humanized care theory of Dr. Jean Watson who argues that at the risk of the care in the world, it is necessary, the rescue of the human aspect, spiritual and transpersonal in different areas such as clinical, administrative and research by professionals in the field of nursing. The participants in this study reported positive and negative experience. Result consistent with other studies, which show similar experiences.

Keywords: Phenomenology, coronary patient, human experience, Intensive Care Unit.

Contenido

Pág.

Resumen

Lista de Figuras

Lista de Tablas

Introducción

1. Capítulo 1 Marco de Referencia 7
1.1 Descripción del área problemática 7
1.2 Pregunta del Problema 13
1.3 Justificación 13
1.4 Objetivo 15}
1.5 Definición de Conceptos 15
1.5.1 Concepto de Experiencia 15
1.5.2 Paciente Coronario 18
1.5.3 Unidad De Cuidados Intensivos Coronarios 19
1.5.4 Experiencia de estar hospitalizado en la UCI 19

2. Capítulo 2 Marco Conceptual 21
2.1 Cuidado Humanizado 21

3. Capítulo 3 Marco de Diseño 25
3.1 Tipo de estudio 25
3.2 Metodología 25
3.3 Población 25
3.4 Muestra 26
3.4.1 Criterios de Inclusión 26
3.4.2 Criterios de Exclusión 26
3.4.3 Caracterización de Informantes 26
3.5 Recolección de Información 26
3.6 Consideraciones Éticas 27
3.6.1 Principios Éticos 30

3.7 Criterios de rigor metodológico 31
3.8 Procedimiento 33
3.8.1 Fase de Preparación 34
3.8.2 Fase de Desarrollo 35
3.8.3 Manejo de la Información 35

4. Capítulo 4 Marco de análisis y resultados 37
4.1 Procedimiento para el análisis de datos 37
4.1.1 Recolección de Información 37
4.1.2 Transcripción de la entrevista detalladamente 37
4.1.3 Lectura inicial 38
4.1.4 Extracción de enunciados significativos 38
4.1.5 Organización de los enunciados significativos en grupos de temas 38
4.1.1.6 Descripción exhaustiva del fenómeno 40
4.7 Validación de la descripción del fenómeno 40
4.1.8 Incorporación de nuevos datos obtenidos a la descripción 40
4.2 Resultados 40
4.2.1 Categorías, códigos descriptores y enunciados significativos 43
4.2.2 definición de códigos descriptores 54
4.2.3 Definición de categorías 59
4.2.4 Descripción de la experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos por un infarto agudo del miocardio 60
4.3 Análisis frente a la literatura 64

5. Conclusiones y recomendaciones 73
5.1 Conclusiones 73
5.2 Recomendaciones 74

Anexos 76

Bibliografía 83

Lista de Cuadros

Pág.

Cuadro 4-1. Construcción de códigos 41

Cuadro 4-2. Construcción de las categorías 42

Cuadro 4-3. Categoría el primer contacto con la UCC. Código descriptor Atención con Calidad Humana 54

Cuadro 4-4. Categoría Lo malo de estar hospitalizado en la UCC. Código descriptor Experiencia traumática "¡Doctor ya no resisto"! 55

Cuadro 4-5. Categoría Fe y confianza en Dios "Yo me entregue en manos del médico y de Dios" Código "Confianza en Dios"! 57

Cuadro 4-6. Categoría Perdida de la percepción del tiempo. Código Uno pierde ese tiempo que no sabe si es de mañana, si es de noche, si es de medio día, yo preguntaba mucho la hora 58

Cuadro 4-7. Análisis frente a la literatura El primer contacto con la UCC" Llegué muy angustiado, pero fui muy bien recibido por todas las enfermeras" 64

Cuadro 4-8. Análisis frente a la literatura Lo malo de estar hospitalizado en la UCC**:** Experiencia traumática "¡Doctor, ya no resisto!" 66

Cuadro 4-9. Análisis frente a la literatura Lo malo de estar hospitalizado en la UCC Sensación de aislamiento "¡Ay, esa soledad!" 67

Cuadro 4-10. Análisis frente a la literatura Lo malo de estar hospitalizado en la UCC "Uno se siente muy mal con ese alejamiento de los familiares" 69

Cuadro 4-11. Análisis frente a la literatura. Lo malo de estar hospitalizado en la UCC Dificultad de moverse por la presencia de aparatos 70

Cuadro 4-12. Análisis frente a la literatura: Dificultad de moverse por la presencia de aparatos 71

Cuadro 4-13. Análisis frente a la literatura "Confianza en Dios" Análisis frente a 72

la literatura: Perdida de la percepción del tiempo

Introducción

La experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario (UCC) crea una de las mayores crisis en la persona que pasa por todo este proceso. La hospitalización genera en el individuo ansiedad, angustia, estrés, todo esto producido por situaciones como la separación de sus familiares, la pérdida del contacto, el aislamiento, exteriorizando sentimientos negativos de temor sobre el área hospitalaria, los múltiples procedimientos invasivos, la cantidad de equipos instalados, el ambiente frío, el horario restringido de las visitas, las condiciones de la persona hospitalizada y la incertidumbre sobre lo que puede pasar.

Es necesario que los profesionales de enfermería comprendan las situaciones por las que atraviesa el paciente hospitalizado en una UCC con un infarto agudo del miocardio (IAM) y aborden la experiencia de esta vivencia, con el fin de diseñar estrategias que permitan promover el bienestar y reducir los factores estresantes, ya que el profesional de enfermería es el encargado de proporcionar atención directa las 24 horas del día. Y la razón de ser de enfermería es el cuidado a las personas.

Se trata de un estudio con abordaje cualitativo e interpretativo, fenomenológico utilizando el método de Colaizzi, con el objetivo de describir las experiencias de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo por un infarto agudo del miocardio, a partir de sus experiencias se evidencia el fenómeno desde la realidad subjetiva para conocerla desde su propia postura lo cual es importante para enfermería porque permite redireccionar desde las Unidades de Cuidado Coronario las intervenciones y el propio cuidado de enfermería .

Otra razón que fundamenta su importancia es que en la literatura no se encontró evidencia de investigaciones relacionadas con el fenómeno en el Departamento del Atlántico, y el abordaje es pertinente porque permite conocer lo que piensan los pacientes de la experiencia vivida.

El documento que se presenta contiene cuatro capítulos, conclusiones, recomendaciones y la bibliografía que se utilizó y que fue base fundamental para la construcción del documento.

El primer capítulo, contiene el marco de referencia del estudio que dio origen a la pregunta de investigación del mismo, y aporta una visión sobre los antecedentes del fenómeno central del estudio.

El segundo capítulo, contiene el marco conceptual, los conceptos claves de la investigación, el concepto experiencias, paciente coronario y unidad de Cuidado Intensivo Coronario.

El tercer capítulo, contiene el marco del diseño, se enfatiza el tipo de estudio: Desde la óptica de la fenomenología desde el método de Colaizzi y se aborda cada paso ejecutado para el desarrollo de la investigación, hasta la saturación de la muestra, las técnicas de observación, entrevistas en profundidad y las notas de campo.

El cuarto capítulo, presenta los resultados teniendo como referencia el proceso de análisis según el método de Colaizzi, iniciando con la definición del fenómeno de interés, recolección de la información, transcripción de la entrevista textualmente, lectura de las entrevistas, extracción de enunciados significativos, organización de los enunciados significativos en grupo de temas, descripción exhaustiva del fenómeno, validación de la descripción, incorporación de nuevos datos.

Por último se presentan las recomendaciones y conclusiones, así como la correspondiente bibliografía y anexos.

1. Marco de referencia

1.1 Descripción del área problemática

El Infarto Agudo del Miocardio (IAM), representa la causa de muerte de 7.587 mujeres, adicionalmente 2.848 fallecieron por enfermedades hipertensivas y 1.920 por insuficiencia cardiaca. A nivel mundial, la incidencia de la enfermedad coronaria en su principal manifestación clínica, es de aproximadamente 3,8 millones en varones y 3,4 millones en el grupo femenino por años, siendo la principal causa de muerte en los países desarrollados en ambos géneros y sin distinción de razas.[1]

De acuerdo con las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el año 2009 dentro de las causas de mortalidad en Colombia sigue predominando la enfermedad isquémica del corazón (28.650 casos) y la enfermedad cerebro vascular (14.555 casos).[2]

Las estadísticas publicadas por el Ministerio de la Protección Social en el informe sobre la situación de salud en Colombia -Indicadores de salud 2007-, la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años o más, e incluso supera las muertes violentas o los cánceres combinados. La tasa de mortalidad atribuible a esta enfermedad fue de 107,3 por 100.000 habitantes en personas de 45 a 64 años de edad, y de 867,1 por 100.000 habitantes para personas de 65 años o más[3]

---

[1] JARAMILLO, N. Enfermedad Coronaria. Enfermería Cardiovascular. Bogotá: Distribuna; 2008, Pág.544. Citado por: MILLAN EILLEN Y DIAZ. H Luz. Experiencia del dolor torácico en la mujer con Infarto del Miocardio.

[2] ROBLEDO MARTINEZ, Rocío. ESCOBAR DIAZ Fabio A. Las enfermedades crónicas no transmisibles Boletín del Observatorio en Salud. Vol. 3. N°4. Año 2010. Pág. 3. Revista actualidad en Salud. Consultado el día 5 de septiembre de 2013. Disponible en: http://www.google.com.co/#q=estadisticas+del+DANE+sobre+mortalidad+en+cuanto+a+enfermedades+cardiovasculares+en+Colombia

[3] BELTRÁN BOHÓRQUEZ Javier R, BELTRÁN PINEDA Ricardo, CAICEDO AYERBE Víctor M, Guías Colombianas de cardiología Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST, Vol. 15. No. 3. Pág. 147. Año 2008 Revista Colombiana de Cardiología. Consultado el día 12 de septiembre de 2013. Disponible en: scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/8-guia-enf-coronaria-2008.pdf

Los Departamentos con mayores tasas de mortalidad por enfermedad coronaria fueron, en su orden: Caldas, Boyacá, Quindío y Tolima, y con menores Guainía y Vaupés[4]. De manera adicional, por estudios recientes se conoce que la mayor mortalidad por infarto agudo del miocardio en países pobres, no sólo se debe al riesgo basal de la población sino a otros factores que posiblemente se relacionan con la disponibilidad y calidad de los recursos humanos y tecnológicos, y otros factores socioeconómicos poco estudiados[5].

De manera adicional, por estudios recientes se conoce que la mayor mortalidad por IAM en países pobres, no sólo se debe al riesgo basal de la población sino a otros factores que posiblemente se relacionan con la disponibilidad y calidad de los recursos humanos y tecnológicos, y otros factores socioeconómicos poco estudiados; el estudio de Orlandini mostró una relación inversa entre el producto interno bruto y la mortalidad por IAM a treinta días. Pero afortunadamente las tendencias actuales muestran un mayor uso de tratamientos basados en la evidencia, lo cual de seguro impactará en forma favorable la sobrevida libre de eventos en pacientes con síndrome coronario agudo.[6]

En el contexto del Departamento del Atlántico, las enfermedades crónicas han sido identificadas como problema de salud pública las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, teniendo en cuenta que son las primeras causas de mortalidad en la población del Departamento. Cabe resaltar que el perfil epidemiológico en la población de personas mayores de 60 años, se debe principalmente a la hipertensión arterial esencial (26.32%).[7]

El peligro de la enfermedad coronaria, exige en un gran porcentaje el ingreso de los pacientes afectados por esta patología en Unidades Especiales de Cuidados Intensivos Coronarios de instituciones de salud de tercer y cuarto nivel, donde se procede el manejo de la fase más aguda de la enfermedad. Al ingreso de estos pacientes, en estas unidades viven experiencias como miedo, temor, angustia, dolor, que se constituyen en elementos significativos de la experiencia, al estar en una Unidad de Cuidados Coronarios, estos se acompañan de situaciones, percepciones y sentimientos que son entendidos, en el estudio, como experiencias. Las experiencias que viven los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son muy concretas y están siendo objeto de estudio desde hace varios años. Entre los investigadores se cuestiona la capacidad que tienen los pacientes de UCI para recordar sus experiencias; por otra parte, el sistema interindividual se define como la relación del paciente con el mundo y en este caso

4 Ibíd. Pág. 147.

5 Ibíd. Pág. 147.

6 Ibíd. Pág. 147.

7 GOBERNACIÓN DEL ATLANTICO. Secretaria de salud. Plan de Desarrollo del Departamento del Atlántico. (2008 – 2011). Pág. 21. [Consultado septiembre 5 del 2013]. Disponible en: http://www.atlantico.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=114

particular, el mundo del paciente se reduce al ambiente físico de la unidad en que está hospitalizado y al personal. Así mismo, durante dicho proceso de hospitalización surge la relación “enfermera – paciente”, la cual posee energía propia, capaz de producir influencia positiva o negativa en el enfermo.

Por todo lo anterior fue importante que se estudiara este fenómeno desde el punto de vista del paciente para saber que significo para ellos las experiencias que se viven en estas unidades de cuidados intensivos coronarios y así Enfermería mejorara sus cuidados diarios, es por eso que fue necesario conocer esta situación y esto se logró a través de un estudio con un enfoque cualitativo fenomenológico que permitió comprender lo experimentado por estos pacientes.

De igual forma, el abordaje fenomenológico resulto también interesante como un punto de encuentro entre la ciencia y la práctica requerida por enfermería para su conocimiento.[8] Dicho de otra forma, se hizo necesario explorar desde la experiencia de estos pacientes sometidos a estar hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios la experiencia que para ellos representa el estar allí. Comprender está realidad subjetiva permitió reconocer aspectos empíricos desde la percepción de las personas que fueron objeto de estudio.

Al hacer la revisión de literatura en las bases de datos como Medline, revistas indexadas con las siguientes palabras en español “significado de las experiencias de los pacientes en UCI” y con la expresión en Inglés “Nursing research about patient’s cardiac experience in ICU” con el ánimo de hacer revisión del estado del arte sobre las experiencias que viven los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos desde el contexto internacional, nacional y local, se encontraron variadas piezas de investigación que a continuación se detallan:

A nivel del contexto internacional se encontraron cuatro investigaciones de las cuales una fue realizada en Irán y trata de los efectos de la experiencia de la rehabilitación cardiaca en pacientes la cual tuvo un abordaje fenomenológico interpretativo utilizando el método de Collaizi.[9] El segundo grupo de piezas de investigación fueron realizadas en España, de las cuales analiza los aspectos relacionados entre el equipo asistencial en una Unidad de Cuidados Intensivos en donde se acepta el valor del rol profesional como

8 SANCHEZ Beatriz. Fenomenología: un método de indagación para el cuidado de enfermería. En: Cuidado y práctica de Enfermería. Grupo de Cuidado. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2006. pág. 24 - 36.

9 MOHSEN SHAHRIARI y Cols. Patients experiences of cardiac Rehabilitation Effect. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Autumn 2007; Vol 12, No 4. Pág.125. (Citado el día 9 de marzo de 2011). Disponible en Internet:
http://scholar.google.com/scholar?q=+cardiovascular+nursing+reserch+about+collaizi+methodo&hl=es&btnG=Buscar&lr

factor de emergencia de actitudes determinadas.[10] De igual forma, Amoros – Cerda y Cols. (2008) realizaron un estudio en donde se pretendía conocer la percepción de la experiencia de los pacientes ingresados a la UCI sobre el impacto de su intimidad.[11]

Al igual que los estudios anteriores, se puede destacar otro estudio de Martínez y Cols. (2005) Sobre la percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad coronaria, en donde se describen las estrategias de afrontamiento ante el estrés que verbalizan los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Coronarios detallando la percepción que tienen las enfermeras de las estrategias utilizadas en concordancia con lo que expresan los pacientes, se hizo un abordaje fenomenológico utilizando la técnica del análisis del discurso.[12]

La similitud de estos estudios se centra en que son estudios fenomenológicos descriptivos, divergen en que unos se centran en la percepción del paciente, otro describe la experiencia de la rehabilitación cardiaca y de conocer la percepción y la experiencia de los pacientes ingresados a la UCI. De igual forma, divergen en que a pesar de que utilizaron el abordaje fenomenológico, dos utilizaron la técnica de análisis de contenido y más específicamente el análisis de enunciación.

Este estudio difiere de los demás porque tiene un abordaje cuantitativo además, dentro de los resultados no se arrojan diferencias significativas entre los dos grupos de variables.

En Colombia se encuentran algunos trabajos relacionadas con la percepción, uno de ellos es un estudio reciente sobre "cuidado de enfermería significa ayuda" de Quintero – Gómez (2010) quien buscó comprender el significado del cuidado de enfermería para los pacientes que han sufrido un trauma.[13] Este trabajo fue realizado con una metodología cualitativa utilizando etnografía en donde el cuidado de enfermaría significó ayuda hacia la satisfacción de las necesidades físicas y de tratamiento de los pacientes.

10 RUBIO, R Lourdes y Cols. Relaciones Interdisciplinarias y Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. En Enferm Intensiva 2006; Vol. 17 Nº 4: p.141-53. (citado el 9 de marzo de 2011).Disponible en Internet en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2189261

11 AMORÓS-CERDA Y Cols. Percepción de la intimidad de pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados intensivos Coronarios. En: Enferm Intensiva. 2008; Vol. 19 Nº 4. p.193-203.(Citado el día 9 de marzo de 2011).Disponible en Internet en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2783407

12 Ibíd. Pág. 193-203.

13 QUINTERO, M.GOMEZ, M.El cuidado de enfermería significa ayuda.En: Revista Aquichan. VOL. 10 Nº 1 -ABRIL 2010 Pág. 8-18. Citado el 9 de marzo de 2011).Disponible en Internet en: http://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewFile/1602/1999

Otro estudio sobre “Percepción del familiar del paciente crítico cardiovascular” de Uribe (2003) cuyo objetivo fue comprender el aprecio por el familiar enfermo en la unidad de cuidados intensivos el cual fue un estudio retrospectivo, interpretativo fenomenológico utilizando la entrevista en profundad.[14] En éste trabajo se concluye que las necesidades de la familia son de diferente orden y varían según lo que experimente y en qué momento de la hospitalización.

Al igual que el estudio anterior, se encontró un estudio de Bautista, L. (2008) sobre “percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander de la ciudad de Cúcuta” en donde se describe como los usuarios de la ESE perciben la calidad de enfermería. Se concluye que conocer la percepción de los usuarios permite evaluar la calidad de los cuidados ofrecidos.

Realizando un análisis de las investigaciones anteriores, tienen similitudes en cuanto a que todas miran la percepción, unos hacia el significado del cuidado de enfermería, uno enfocado hacia la calidad de cuidado, al significado de padecer un trauma y el último enfocado hacia la experiencia de tener un familiar en la Unidad de terapia Intensiva.

Otro estudio sobre La percepción de los comportamientos de los cuidados de enfermería en la UCI del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva se encontró que en la categoría de: “Ser Accesible, monitorea y hace seguimiento y mantiene relación de confianza con una correlación alta y positiva, mientras que se observó que las categorías explica y facilita y se anticipa presentaban una correlación baja y negativa”[15] con ello se demuestra que un trato más humano es vital para la recuperación de este paciente.

En el estudio sobre “Apoyo emocional de enfermería para pacientes ingresados a Unidades de Cuidados Intensivos”. (Ramos, L. 2008) cuyo objeto fue determinar las intervenciones de enfermería, frente a las demandas emocionales de los pacientes hospitalizados en la unidades de cuidados intensivo. En este trabajo se concluye que los pacientes en las unidades de cuidado intensivos experimentan necesidades físicas y emocionales y los enfermeros encaminan su cuidado a suplir estas necesidades.[16]

14 URIBE ESCALANTE, María Teresa; MUÑOZ TORREZ, Carolina y RESTREPO RUIZ Juliana. Percepción familiar del paciente critico cardiovascular. Invest Educ Enferm. 2004. Vol. 22 Nº 2. p. 50 - 61. Citado el 9 de marzo de 2011) .Disponible en: http://www.slideshare.net/guestdac35b/sustentacin-reformada4

15 RAMIREZ PERDOMO, Claudia Andrea. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva 2009. Pág. 103 [en línea], Neiva, Slideshare, 2009, [citado 06-09-2010]. Disponible en Internet: http://www.slideshare.net/guestdac35b/sustentacin-reformada4.

16 RAMOS VERGARA Lina Ximena, Apoyo emocional de enfermeria para pacientes ingresados a Unidades de Cuidados Intensivos de Bogotá 2008

Otro estudio “Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI” Investigación cualitativa, fenomenológica realizada a 9 pacientes que habían estado en la UCI se estableció que la experiencia, “es novedosa, inesperada, relevante y dura para la cual la persona no recibe preparación e inducción de ningún tipo en la mayoría de los casos”[17].

Otro aspecto importante dentro de los resultados fue acerca del entorno, porque para los pacientes estar en la UCI significa estar en un lugar de frialdad, soledad, y esta frialdad no solo tenía que ver con el ambiente (aire acondicionado, baja temperatura) sino a la falta de calor humano por el poco contacto que ellos tenían con su familiar y el equipo de salud; no tenían una adecuada compañía por la falta de comunicación y apoyo emocional. Es decir, no recibieron un trato humano y agradable en todos los puntos del proceso”[18], donde por supuesto, debió quedar en primer lugar considerando que el contacto con los enfermeros permite el ejercicio de una práctica de cuidado humanizado. Se pudo encontrar, que en los componentes del cuidado, existen dos clases de experiencias para estos pacientes, “las negativas se relacionan con la enfermedad y sus implicaciones físicas y sicológicas, la utilización de medios terapéuticos y de diagnóstico, la ansiedad, el temor, la soledad y el aislamiento, mientras que el contacto con las personas que se involucran en el cuidado, como los enfermeros, la familia y los amigos, porque brindan apoyo y seguridad, es descrito como las experiencias positivas”[19].

La fenomenología, cobra importancia, por cuanto es a la vez una filosofía y un método, y en ambos casos puede orientar la investigación en enfermería para contestar preguntas relacionadas con los fenómenos que son experimentados como parte del cuidado de la salud humana, tal y como él existe, como algo propio de seres corporales actuantes que sienten, piensan, se relacionan con otros y pueden crecer en su capacidad de cuidar. Su meta es describir la experiencia humana tal y como ella es vivida por la gente, dando así un valor prioritario al mundo de nosotros y de los otros. La fenomenología busca ser un retrato exacto de lo que se experimenta, reconoce la vivencia de estar en el mundo de manera particular y no sus hechos interiores o exteriores. No busca comprobar veracidad sino que la asume, no pretende sólo explicar ni juzgar, refiere la experiencia que se vive. Lo anterior es pertinente por cuanto el abordaje fenomenológico es una manera adecuada de orientar una investigación en enfermería, y presupone que el investigador conoce el pensamiento fenomenológico antes de comenzar a practicarlo[20].

17 BELTRÁN SALAZAR, Oscar Alberto. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI. Medellín: Universidad de Antioquia, 2007. Pág. 1.

18 Ibíd. Pág. 3.

19 DEL BARRIO, Miriam et al. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidado intensivo. Estudio fenomenológico. En: 2001, Vol. 12, No. 3. Pág. 133-145.

20 CORAL IBARRA, Rosa. MORENO PRIETO, Dayana. MUÑOZ HERNÁNDEZ, Yolanda. PINILLA PINTO, Diana; SUÁREZ RODRÍGUEZ, Yaneth. Significado del cuidado humanizado en las egresadas de la Facultad de Enfermería. En: Enfermería Intensiva. Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. 18 Nº 4. 2009. Pag. 247.

En síntesis, el problema que se hizo latente por investigar el fenómeno de cuidado desde la experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos por un síndrome coronario agudo es viable considerando que en el Departamento de Atlántico no existen estudios que delimiten éste fenómeno, por lo tanto se hace pertinente profundizar en él por medio de la investigación cualitativa y fenomenológica interpretativa con el ánimo de hacer un aporte a la construcción del conocimiento a partir de la experiencia de las personas.

1.2 Pregunta del Problema

¿Cuál es la experiencia de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivos Coronario de una Clínica de tercer nivel del Distrito de Barranquilla?

1.3 Justificación

El presente estudio se basó en la descripción de la experiencia de estar hospitalizado en una UCC por un Infarto Agudo del Miocardio (IAM), en una institución de tercer nivel del Distrito de Barranquilla. Como una forma de conocer la apreciación que tuvieron los participantes, sobre la misma y entender el fenómeno como una experiencia que involucra la salud de las personas, haciendo su desarrollo relevante y novedoso para la línea de investigación de cuidado para la salud cardiovascular.

El cuidado es la esencia de enfermería, constituido por acciones transpersonales e ínter subjetivas, para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otros a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.[21]

El temor de la experiencia que crea el paso por una Unidad de Cuidados Intensivos Coronarias es indiscutible. El paciente es separado de su entorno, de su hogar, de sus seres queridos, sometido a numerosos procedimientos invasivos dolorosos, sintiendo la muerte cercana. Por ello el abordar la experiencia de los pacientes que pasan por este difícil momento, permitieron conocer las vivencias que en las diferentes esferas de los seres humanos pueden verse afectado por esta situación.

Pertinencia para la disciplina. Este conocimiento ampliará la base teórica de la disciplina, que a su vez tendrá que verse reflejada en la forma en que se enseña a cuidar a este tipo de pacientes, así como en la mejora de su abordaje en el ejercicio diario de la profesión y especialmente en la Clínica de Tercer Nivel del Distrito de Barranquilla, donde se desarrolló.

21 WATSON J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.

Pertinencia para la práctica. Con frecuencia en las Unidades de Cuidado Especializado las acciones holísticas de cuidado de enfermería se ven limitadas debido a la gran cantidad de tecnología y procedimientos que demandan los pacientes. Por ello, a largo plazo se espera que a través de esta investigación, el conocer las experiencias de los pacientes frente a este tipo de hospitalización, los profesionales de enfermería realicen una profunda y continua reflexión acerca de su ejercicio profesional y las diferentes opciones para mejorarlo, de manera que se logre redireccionar desde las unidades de Cuidados Coronario las intervenciones y el propio cuidado de enfermería desde una perspectiva holística.

La realización del presente estudio también se justifica en la medida que a través de la literatura revisada se pudo evidenciar que si bien hay algunos estudios que han abordado el tema, lo han hecho de forma tangencial con relación a los pacientes con afecciones coronarias, y no se encontró que ninguno de ellos se hubiese realizado en el Departamento del Atlántico.

Pertinencia para las instituciones de salud-docencia. Este estudio tiene una significancia para el conocimiento de enfermería ya que aporta a la línea de investigación cardiovascular de la Universidad Nacional de Colombia y para la Universidad Simón Bolívar porque los resultados serán agregados en el currículo de pregrado, diplomado y la especialización de cuidado crítico. Lo cual se reflejará en un cuidado integral, humanizado y holístico en este tipo de pacientes. Una vez finalizada la investigación serán socializados a las directivas y a las enfermeras de la Institución de Tercer Nivel del Distrito de Barranquilla. Así mismo se socializará a los estudiantes de enfermería de la Universidad Simón Bolívar, también se tendrá en cuenta los resultados para darlos a conocer en las diferentes instituciones y universidades de salud donde se atiendan estos tipo de paciente. Para que los resultados y las recomendaciones sean tenidos en cuenta en la atención de este grupo de pacientes con Infarto Agudo del Miocardio, enriqueciendo la práctica del profesional y desde la academia mediante los resultados de esta investigación

Por tal motivo es pertinente el estudio, puesto que busca describir la experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos por un Infarto Agudo del Miocardio.

Pertinencia para la investigación. Esta investigación se soporta desde la línea de investigación de cuidado y práctica de enfermería y desde el grupo de Cuidado Cardiovascular a través del eje temático de cuidado humanizado, fortalecerá el campo del conocimiento desde el significado de la experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos por un IAM lo cual hace un aporte a la construcción del conocimiento.

El presente estudio parte de la inquietud de la autora por conocer más de la temática del cuidado humanizado, basada en su experiencia personal y profesional, donde éste se constituye en un elemento central de la práctica, especialmente cuando los sujetos de

cuidado se encuentran atravesando por una situación particular como es el caso de quienes han desarrollado un IAM.

Recientemente la disciplina de enfermería se ha ocupado mucho de la temática de cuidado humanizado y ya algunos teóricos la han abordado desde diferentes perspectivas. Sin embargo una de las principales exponentes del cuidado humanizado es Jean Watson, quien en este sentido sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”.[22]

1.4 Objetivo

Describir la experiencia de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario de una Clínica de tercer nivel del Distrito de Barranquilla.

1.5 Definición de conceptos

En las investigaciones de tipo cualitativo fenomenológico se lleva a cabo la definición de concepto a partir de lo expuesto por los participantes, teniendo en cuenta que estos hacen parte del fenómeno de estudio y solo pueden ser definidos por quienes viven dicho fenómeno. A partir de esto se llevó a cabo la construcción de las siguientes definiciones, propuesta por la investigadora teniendo en cuenta la revisión de la literatura de referencia, su experiencia en la práctica personal y se proponen como supuestos de la presente investigación.

1.5.1 Concepto de Experiencia

El concepto de experiencia en la modernidad se plantea como una cuestión gnoseológica, como problema de la teoría o crítica del conocimiento. En concreto la experiencia indica la referencia del conocimiento, a partir de la cual tiene que elaborarse, a la que ha de adecuarse, responder y corresponder, de la que tiene que dar razón o incluso la que ha de ser su contenido. "En la medida en que el entendimiento humano haya de ser fuente de algún tipo de certeza que vaya más allá de la mera autoconciencia, debe apuntar a algo que no sea él mismo";[23] ese algo, lo otro del entendimiento, "en

[22] WATSON, Jean. Teoría del cuidado humano. En línea México, Universidad Autónoma de Chihuahua, 2010. Disponible en Internet: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza Jean Watson (Consultado 12 de agosto de 2012)

[23] Ibíd. Pág. 116-125.

relación con lo cual se puede plantear la cuestión de la certeza como objetividad que rebasa los límites del *cogito*, recibe el nombre de "experiencia".[24]

Desde la experiencia como conocimiento, Kant parte de una distinción del conocimiento entre empírico y puro, que se definen respectivamente por los conceptos de receptividad y espontaneidad. En este sentido puede afirmarse que Kant reconoce un conocimiento empírico, y en una primera aproximación a la experiencia, la definiría precisamente como conocimiento empírico.[25]

La experiencia desde lo trascendental va desde la unificación de lo múltiple de las sensaciones no es algo posterior a la experiencia, sino lo que la constituye, constituyendo al mismo tiempo el conocimiento. Así Kant, puede definir la experiencia como una conexión sintética entre las intuiciones.[26]

Es una forma de conocimiento o habilidad derivados de la observación de la vivencia de un evento o proveniente de las cosas que suceden en la vida. El concepto general se refiere al conocimiento procedimental (cómo hacer algo).
Sucesos que percibimos a través de los sentidos.

Según Hume (1776)[27], la experiencia está constituida por dos géneros profundamente diferentes de hechos perceptivos elementales: las impresiones y las ideas. Las impresiones son los hechos perceptivos más fuertes, más vivos, como las sensaciones y las emociones en el acto mismo en el cual se experimentan; las ideas son hechos perceptivos más débiles, desviados y se forman como copias de las impresiones, sin poder igualar su vivacidad.

---

24 VÁZQUEZ Lobeiras, María Jesús, "Immanuel Kant: el giro copernicano como ontología de la experiencia", en: Endoxa No. 18 (2004). Pág. 69-93, cita Pág. 70. Citado por: AMENGUAL, Gabriel. El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. Tópicos [online]. 2007, Nº 15 [citado 2011-03-15], Pág. 1-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1666-485X.

25 Ibíd. Pág. 8.

26 Ibíd., p.12.

27 GEYMONAT, Ludovico. Historia de la Filosofía y de la Ciencia. 3 reimpresiones Barcelona. Grijalbo Monddori. 2000. p. 28. ISBN: 84-7423-893-5. Citado por: SOTO LESMES, Virginia Inés. Experiencias de las adolescentes embarazadas en la localidad de Kennedy, en la ciudad de Bogotá; Las adolescentes desean ser madres pero…; Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Colombia; Facultad de Enfermería; 2009. p 41.

Dewey[28], señala que la experiencia es considerada como un asunto de conocimiento, designa un mundo auténticamente objetivo del que forman parte las acciones y sufrimientos de las personas y que experimenta modificaciones por virtud de su reacción, empíricamente es concebida como vinculación a lo que ha sido dado, como posibilidad de comprobación.

Por otra parte, el concepto de experiencia de Hegel permite a la reflexión filosófica que expone la experiencia pragmática del espíritu humano.[29]

Por consiguiente, Hegel pretende mostrar que la autoconciencia pertenece a la ciencia misma y por consiguiente mostrar la unidad de ambas, es decir, de la ciencia y de la conciencia.

Hegel desarrolla el programa de una ciencia que une la exposición del saber absoluto con el principio de la realidad, la autoconciencia inmediata. De igual forma también afirma que la experiencia incluye que aquí todo lo que afecta el hombre, como opiniones científicas, cosas de la vida, cuestiones de conciencia moral, experiencias religiosas, posiciones filosóficas.

La experiencia se convierte en algo formador y transformador de la conciencia, en la medida que la conciencia hace experiencias, se va formando y transformando, tomando nuevas figuras.[30]

Por consiguiente, la fenomenología, ha destacado el concepto de experiencia, también en una doble línea. Por una parte, por su atención con el mundo de la vida, con el mundo de la conciencia pre reflexiva y como base de toda reflexión.[31]

---

[28] DEWEY, John. Experience and Nature. 1ra Ed. New York: Dover Publication Inc. 1958, p. 42. ISBN: 0-486-20471-5.citado por: SOTO LESMES, Virginia Inés. Experiencias de las adolescentes embarazadas en la localidad de Kennedy, en la ciudad de Bogotá; Las adolescentes desean ser madres pero…; Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Colombia; Facultad de Enfermería; 2009. p. 43.

[29] FICHTE, Johann Gottlieb, Grundlage der gesamten Wissenschaftslehre (1794, 17982), en: Werke, ed. por I.H. Fichte, Berlín 1845-1846. Reimpresión W. de Gruyter, Berlin, 1971, Vol. I, pp. 27-328, cita Pág. 222.Citado por: AMENGUAL, Gabriel. El concepto de experiencia de Kant a Hegel. Tópicos N°15, 2007. En: Revistas Científicas de América Latina, el Caribe España y Portugal. Pág. 5-30. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/288/28811907001.pdf

[30] Ibíd., pág.16.

[31] FOUCAULT, “La vie, La experience et la ciencie”. Pág. 773. Citado por: AMENGUAL, Gabriel. El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. Tópicos [online]. 2007, Nº 15 [citado 2013-08-13], p. 1-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1666-485X.

Estudiar la experiencia, no solo lleva al investigador a generar conocimiento, sino el comprender la existencia misma de los seres humanos.

La enfermera esta llamada también a incursionar en el desarrollo del conocimiento en campos del saber en los que usualmente no ha estado presente, este es el caso de la filosofía, la epistemología y la fenomenología, los cuales sirven de marco de referencia para acercarse a nuevos horizontes que le van a permitir asumir una postura más profunda con relación a la esencia de las experiencias en el cuidado del ser unitario.[32]

1.5.2 Paciente coronario

En el paciente coronario los síntomas isquémicos comprenden diversas combinaciones de molestia precordial, de los miembros superiores, mandibular o epigástrica (con el esfuerzo o en reposo) o un equivalente isquémico, como disnea o fatiga. La molestia asociada con el IAM habitualmente dura más de 20 min. Con frecuencia la molestia es difusa-no localizada, ni posicional, ni afectada por el movimiento- y se puede acompañar de sudoración, náuseas o síncope. Sin embargo, estos síntomas no son específicos de isquemia miocárdica[33].

El IAM puede tener síntomas atípicos-como palpitaciones o paro cardíaco o ser asintomático; por ejemplo en mujeres, ancianos, diabéticos o pacientes en el postoperatorio o muy graves. Se aconseja la evaluación cuidadosa de estos pacientes, especialmente cuando hay un perfil en ascenso o en descenso de los biomarcadores cardíacos[34].

El aumento de los valores de troponina cardiaca es frecuente en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos y es de mal pronóstico. Se puede deber a IAM tipo 2 por Enfermedad coronaria de base y aumento de las necesidades de oxígeno miocárdico o a lesión miocárdica con necrosis inducida por las catecolamina o por efecto tóxico directo de toxinas circulantes[35].

---

[32] PARRADO, L Yaneth M. CARO, CASTILLO Clara V. Significado, Un conocimiento para la práctica de enfermería. En: Avances en enfermería. Vol. 26. Pág. 116. 125. Bogotá- Colombia, 2008.

[33] Thygesen K, Alpert J.S, Jaffe A.S., Simoons M. L., Chaitman B. R., White. Tercera definición universal del infarto de miocardio.2012. agosto. Pág. 4 Disponible en Internet: http://www.nature.com/nrcardio/journal/vaop/ncurrent/full/nrcardio.2012.122.html

[34] Ibíd. Pág.4.

[35] Ibíd. Pág.11.

1-5.3 Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios

La unidad coronaria (UC) es el área asistencial del hospital dotado de los medios técnicos y de los recursos humanos (médicos y de enfermería) necesaria para la atención y vigilancia continuada de los pacientes con cardiopatías agudas graves y potencialmente recuperables[36]

1.5.4 Experiencia de estar hospitalizado

En la discusión de la investigación realizada por Beltrán.[37] La experiencia de padecer una enfermedad crítica y la hospitalización en UCI es "dura" debido al sufrimiento que ocasiona, tanto a los efectos de la enfermedad como por los elementos utilizados en el tratamiento y los procedimientos realizados para resolver la enfermedad. El sufrimiento es físico, psicológico y espiritual, es decir que afecta al cuerpo, la mente y el espíritu o sea a la persona en su integridad; además del sufrimiento también contribuyen para la dureza de la situación el hecho de tener que alejarse del hogar y mantenerse alejado de la familia durante la vivencia de la enfermedad.

[36] VALLE TUDELA. Vicente y Cols. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre requerimientos y equipamiento de la unidad coronaria. Rev Esp Cardiol Vol. 54, Nº. 5, Mayo 2001. Pág. 115 Disponible en: http://http://www.revespcardiol.org.
[37] BELTRÁN, Óscar. Op. cit. Pág. 83.

2. Marco Teórico

2.1 Cuidado humanizado

El presente estudio parte de la inquietud de la autora por conocer más de la temática del cuidado humanizado, basada en su experiencia personal y profesional, donde éste se constituye en un elemento central de la práctica, especialmente cuando los sujetos de cuidado se encuentran atravesando por una situación particular como es el caso de quienes han desarrollado un Infarto Agudo del Miocardio (IAM) y requieren hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario.

Recientemente la disciplina de Enfermería se ha ocupado mucho de la temática de cuidado humanizado y en estos momentos para algunos teóricos, la han abordado desde diferentes perspectivas. Sin embargo una de las principales exponentes del cuidado humanizado es la doctora Jean Watson, quien en este sentido sostiene que *"Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería*[38]

Watson, plantea que el acto de cuidado ocurre cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente, entendiendo como el marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana que responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) y donde expone sus sentimientos subjetivos. El cuidado humano por tanto es relacional, transpersonal e intersubjetivo[39].

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la

---

[38] WATSON Jean. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza Jean Watson (Consultado el 24 de febrero de 2012)

[39] RIVERA ÁLVAREZ Luz Nelly y TRIANA, Álvaro. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country (Bogotá). Actual. Enferm. 2007; Vol. 10 No. 4. Pág. 15-21.

enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.[40]

Para Watson[41], la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión.

Teniendo en cuenta lo anterior, para la presente investigación se asumen las definiciones planteadas por Watson de los conceptos meta paradigmática de enfermería, definidos así:

- **Persona:** Lo considera como "un ser en el mundo", como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería[42].

- **Medio ambiente:** Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)[43].

- **Salud:** De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la "unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)". Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado"[44]

- **Enfermería:** La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. "Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta"[45]

También se conoce por cuidado humanizado al conjunto de cualidades que hacen capaz a la persona cuidadora captar y comprender las vivencias de quien recibe los cuidados, además de encontrar las formas más humanas de expresión de éstos, lo cual hace referencia a la capacidad de percibir las necesidades del enfermo, interpretando sus

[40] Ibíd. Pág. 15 – 21.

[41] Watson J. Filosofía y teoría de los cuidados humanos. 3 ed. California: Universidad de Colorado; 1999.

[42] Ibíd. Pág. 17.

[43] Ibíd. Pág. 17.

[44] Ibíd. Pág. 17.

[45] Ibíd. Pág. 17.

mensajes. Requieren en otras cosas capacidad de escucha y una actitud receptiva, la sensibilidad para identificarse o compartir vivencias, en otras palabras es la empatía o simpatía ligada a la sensibilidad expresiva para encontrar la forma de cercanía y de expresión que el paciente requiere, constituye el respeto a la persona del enfermo a su libertad, su intimidad, respeto, sus preferencias y su singularidad, de modo que se logre el necesario equilibrio entre la proximidad y lejanía, ayuda y autonomía[46]

46 PATERSON, Josephine G y ZDERAD, Loretta T, Enfermería humanística. Nueva York: Ane, 1988. Pág.30

3. Marco del diseño

3.1 Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo cualitativo, con abordaje fenomenológico utilizando el método de Colaizzi, orientada a describir la experiencia de estar hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos coronarios tal y como fue expresado por los participantes.

3.2 Metodología

El desarrollo metodológico de esta investigación comprende un estudio cualitativo, descriptivo con el abordaje fenomenológico, desarrollado con 9 participantes, que estuvieron inicialmente hospitalizados en la Unidad de cuidado intensivo coronario con un diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio y en el momento de realizar las entrevistas se encontraban en el servicio de hospitalización hemodinámicamente estable. Se utilizó el método de Colaizzi, el cual es una estrategia de investigación cualitativa que comprende los siguientes pasos:

Se definió el fenómeno de interés y se llevó a cabo la recolección de la información de los participantes, se procede a realizar la transcripción de las entrevistas. Se hizo lectura de cada una de las descripciones de los participantes. Se organizaron los enunciados significativos en grupos de temas, estos son expresiones personales de cada participante que tiene que ver con el fenómeno de estudio. Posteriormente se hizo una descripción exhaustiva de cada enunciado significativo, finalmente se vuelve a los participantes para saturar la descripción, no se obtuvieron nuevos datos de interés para anexar.[47]

3.3 Población

La población estuvo conformada por personas adultas, de ambos sexos que estuvieron hospitalizadas en la unidad de cuidado intensivo coronario de una Clínica de tercer nivel del Distrito de Barranquilla por haber presentado un Infarto Agudo del Miocardio y que se encontraban hospitalizados en el momento de realizarle la entrevista en el servicio de hospitalización después de haber sido dado de alta de la UCC

47 SÁNCHEZ, Op. Cit. Pág. 24. 36.

3.4 Muestra

El tamaño de la muestra se determinó por la información obtenida a través de experiencia proporcionada de cada uno de los participantes, y su tamaño estuvo evidenciado por la saturación de datos, lo cual se alcanzó cuando los participantes coincidieron apreciaciones y los datos fueron repetitivos.

Al obtener la saturación de las categorías encontradas, y que luego de las trascripciones de las entrevistas no se obtuvieron nuevos datos para formular otros enunciados y categorías significativos

3.4.1 Criterios de Inclusión

Dentro de los criterios de inclusión se tuvo en cuenta pacientes mayores de 18 años de edad, con diagnóstico confirmado de Infarto Agudo del Miocardio que estuvieron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios y que en el momento de aplicar las entrevistas se encontraron en el servicio de hospitalización hemodinámicamente estable, que aceptaron en forma voluntaria conceder las entrevistas, participar en el estudio, que no presentaron afecciones neurológicas y relataron sus experiencias.

3.4.2 Criterios de Exclusión

Pacientes con Infarto Agudo del Miocardio hemodinámicamente inestables que se les fuere imposible comunicarse.

3.4.3 Caracterización de Informantes

Se entrevistaron 9 informantes 3 mujeres y 6 hombres todos estuvieron hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio. Las edades estuvieron entre los 59 y 74 años, con diferentes niveles educativos dos informantes terminaron la primaria, tres bachilleres, dos técnico y dos profesionales, en la actualidad ninguno de ellos lleva a cabo actividades laborales, se encuentran pensionados o dependen de sus hijos.

Dentro del grupo solo uno había tenido la experiencia de haber estado con anterioridad en la Unidad de Cuidado Intensivo y por este motivo para él no fue tan traumática la estancia en la UCC

3.5 Recolección de información

Por ser un estudio cualitativo se realizaron entrevistas en profundidad, las cuales fueron grabadas en audio en su totalidad, apoyadas en la observación y diario de campo; para este último se utilizó una libreta de bolsillo, donde se registraron las apreciaciones de la

investigadora durante el transcurso de la entrevista. La recolección de la información se realizó a un total de 9 participantes con el abordaje fenomenológico y el método de Colaizzi, donde se obtuvo la descripción de la experiencia de haber estado hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos coronario, a través de la comunicación directa con el paciente después de haber salido de la unidad de cuidados intensivos coronario, en el servicio de hospitalización, se escogió la entrevista en profundidad como técnica de recolección de la información porque a través de ella se logra llegar más allá de la simple recolección de datos y se intenta construir una descripción de la experiencia del fenómeno, en el contexto de la conversación, teniendo en cuenta tanto lo expresado verbalmente por el participante, como el lenguaje no verbal (los gestos y códigos), que expresan más que las palabras.[48]

3.6 Consideraciones Éticas

- ✓ Consentimiento informado tanto de forma oral como escrita.
- ✓ Participación voluntaria.
- ✓ Permiso del Comité de Investigación de la Clínica de Tercer Nivel del Distrito de Barranquilla.
- ✓ Confidencialidad de la información obtenida en la recogida de los datos y en su tratamiento, no revelando nombres ni ningún otro dato que pueda facilitar su identificación.
- ✓ Destrucción de las grabaciones originales una vez finalizada la investigación.
- ✓ A cada participante se le dio la libertad de decidir en la participación en el estudio; por lo tanto la participación fue voluntaria.

El acercamiento inicial a los participantes se llevó a cabo en el servicio de la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario, con la autorización de la directora médica científica de la institución de salud, previo aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Posteriormente en el servicio de hospitalización se llevaron a cabo las entrevistas en profundidad teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

Todas las etapas de la investigación tuvieron el acompañamiento de la asesora de la investigación, quien participó en el desarrollo del estudio y la metodología utilizada, haciendo los ajustes a la realidad del objetivo planteado, con el fin de favorecer la replicabilidad, credibilidad, y transferibilidad del mismo.

[48] LAGARES Melvis. Experiencia del paciente coronario frente a la terapia de rehabilitación cardiaca en una institución de cuarto nivel en Cartagena. Trabajo de grado Enfermería. Bogotá D C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2011, Pág. 126.

Los aspectos y principios éticos que se tuvieron en cuenta en esta investigación

1. Se solicitó permiso formalmente al comité de ética de la Clínica de Tercer Nivel del Distrito de la ciudad de Barranquilla una vez se tuvo el aval del comité de ética de La Facultad de Enfermería de La Universidad Nacional de Colombia. Número del acta : UGI-0249-2011 (Anexo 1)

2. La Información obtenida se manejó de manera confidencial y ésta solo será utilizada salvo para fines de mejorar la práctica del cuidado.

3. Se siguieron las recomendaciones éticas internacionales recomendadas por CIOMS[49]. El consentimiento informado se redactó teniendo en cuenta las recomendaciones de CIOMS, así mismo lo consignado en la Ley 911 de 2004 (código de ética de enfermaría), artículo 29,30, capítulo IV[50].

Con relación a las pautas CIOMS, en toda investigación biomédica realizada en seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado voluntario del potencial del sujeto.[51]

En ésta investigación, se le permitió al participante escoger libremente si deseaba participar en el estudio, informándoles que se protegía y respetaba la autonomía, garantizando que la información que se obtuviese a partir del estudio no sería divulgada de ninguna manera.

En relación a la pauta 5, sobre la obtención del consentimiento informado: Información esencial para potenciales sujetos de investigación. Antes de solicitar El consentimiento de un individuo para participar en una investigación, el investigador debe proporcionar verbalmente o en otra forma de comunicación que el individuo pueda entender la siguiente información:[52]

En la presente investigación, se procedió a invitar al individuo a participar en la investigación, se informaron las razones para considerar su participación en ella.

---

49 CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS. Pautas éticas internacionales para investigación biomédica en seres humanos, preparadas por el consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas CIOMS, en colaboración con la organización mundial de la salud, Chile 2003, Pág. 21-87.

50 TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Ley 911 de 2004. Diario oficial No. 45.693. Octubre 6 de 2004. Bogotá, 2004. Articulo 34 Pág. 26

51 STEPKE, L Fernando. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002. Pág. 26.

52 Ibíd. Pág. 31.

Se le informó que su participación era voluntaria y que era libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento sin que fuese sancionado o pérdida de derechos como usuario de la institución en donde se encontraba hospitalizado.

Se le brindó información sobre el propósito de la investigación, el procedimiento de las entrevistas que se realizaron y la importancia de obtener esta información a partir de su experiencia vivida en la Unidad de Cuidados Coronarios.

En cuanto al literal 9 de la pauta CIOMS 5, cualquier incomodidad, dolor, riesgo o inconvenientes previsibles para el individuo u otros, asociado con su participación en la investigación, incluyendo riesgos para la salud o bienestar de su pareja o conyugue.[53]

En la presente investigación, se evitó cualquier incomodidad en cuanto a las entrevistas, debido a que estas se realizaban cuando el participante se encontraba fuera de peligro, es decir, estable hemodinámicamente, de tal forma que no se viera afectada su salud. En caso de presentar algún inconveniente o riesgo en la salud del participante se procedería a suspender la entrevista.

El literal de la pauta CIOMS 6. Dice que el consentimiento informado se debe solicitar solo después de comprobar que el participante tuviera comprensión de los hechos relevantes y las consecuencias de su participación, y suficiente tiempo para considerarla; obtener de cada potencial sujeto, por regla general un formulario firmado como evidencia de su consentimiento informado. Además los investigadores deben justificar cualquier excepción a esta regla general y obtener la aprobación de un comité evaluador de ética.[54]

En la presente investigación se le dio a conocer el consentimiento informado a los participantes, una vez aceptada su participación voluntaria se procedió a entregar el formulario previo consentimiento y aprobación del comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia

En relación a la pauta 8 sobre beneficios y riesgos de participar en un estudio el investigador debe garantizar que los beneficios potenciales y los riesgos estén razonablemente balanceados y que los riesgos hayan sido minimizados.[55]

[53] Ibíd. Pág. 32.

[54] Ibíd. Pág. 35.

[55] Ibíd. Pág.42.

En cuanto a esta pauta los riesgos en la presente investigación se minimizaron verificando que el participante estuviera hemodinámicamente estable.

3.6.1 Principios Éticos

Los principios éticos que fueron tenidos en cuenta en la presente investigación fueron:

Autonomía: El respeto por las personas participantes de este estudio, el cual no fue vulnerando, permitiendo la autonomía para decidir si deseaban o no participar en el estudio; informando el objetivo, los beneficios y riesgos del mismo, de una forma clara; Se entregó el documento de consentimiento informado, explicando la opción de no participar o de rehusarse a seguir con el estudio en el momento considerado.

Beneficencia: En este principio hay compromiso por parte del investigador de llevar al máximo los posibles beneficios y reducir al mínimo los riesgos

El principio de beneficencia no maleficencia: implica que los participantes de la investigación no fueron expuestos a daños en ninguna de sus esferas, protegiéndolos de algún riego real o potencial, asegurando su bienestar.[56] Este principio no se vio vulnerado en la presente investigación, teniendo en cuenta que se trata de una Investigación sin riesgo, la cual es definida por la Resolución Nº 008430 de 4 de octubre de 1993 ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en él[57]. De igual manera se tuvo en cuenta lo estipulado en la Ley 911 de 2004, en el Capítulo IV, respecto a la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación, teniendo en cuenta que los participantes del presente estudio son personas capaces de otorgar libremente su consentimiento.

Justicia: Se tendrán en cuenta los beneficios para los participantes y así mismo para la sociedad con los resultados obtenidos de la investigación. Se dio un trato justo, sin ningún tipo de discriminación, con igual consideración y respeto para la selección de la muestra y se mantuvo la preservación del derecho a la intimidad.

Confidencialidad. Es un derecho del sujeto de investigación a que todos los datos recolectados en la misma sean tratados con prudencia y secreto. Por tanto la información obtenida durante el desarrollo de la investigación solo será conocida por otros con fines estrictamente académicos y científicos, presentando resultados de manera general. Se

[56] GALENDE, Inés Problemas éticos de la utilización de seres humanos en investigación biomédica. Consecuencias sobre la prescripción de medicamentos. Med Clin (Barc) 1993; 101: 20-23. España.

[57] COLOMBIA**.** MINISTERIO DE SALUD**.** RESOLUCIÓN Nº 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993)

tuvo en reserva el nombre de las personas, solo se colocó la inicial del nombre y apellido de los participantes.

Veracidad: Se dijo en todo momento la verdad, se interpretó en forma honesta los datos obtenidos y se respetó la propiedad intelectual. La enfermera investigadora debe respeto la propiedad intelectual de los autores consultados, colegas y otros profesionales[58]

3.7 Criterios de rigor metodológico

Para asegurar el rigor y calidad científica de la investigación fueron tenidos en cuenta los siguientes criterios:

Credibilidad: es la confianza, precisión o credibilidad de los hallazgos, que ha sido establecida entre el investigador y los informantes como exacta y creíble sobre sus experiencias de haber estado hospitalizados en una UCC y la descripción exhaustiva del fenómeno por la investigadora. Está credibilidad, se justifican a través de la observación de la investigadora y con las entrevistas a profundidad los enunciados significativos en contexto, situaciones definidas por el participante. En este estudio investigativo se desarrolló este criterio por medio de las entrevistas grabadas en audio, transcritas textualmente, las notas de campo y la objetividad de la investigadora al analizar los datos.

Por lo cual se puede afirmar que los resultados derivados de la presente investigación reflejan una imagen clara de dicha experiencia.

Se siguieron los siguientes pasos:

1. Resguardo de las notas de campo obtenidas tras las formas no verbales de expresión.

2. Las transcripciones de las entrevistas fueron hechas textualmente de las grabaciones para respaldar los significados e interpretaciones presentadas en los resultados del estudio.

3. Consideración de los efectos de la presencia del investigador sobre la naturaleza de los datos.

4. Discusión de los comportamientos y experiencias en relación con la experiencia de los informantes.

5. Discusión de las interpretaciones con la asesora de la investigación.

---

[58] TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Op. Cit. Pág. 26.

6. Los hallazgos se aprecian como significantes y aplicables luego de llevar a cabo la lectura de los mismos. [59]

Confirmabilidad: La confirmabilidad (Leininger, 1994) o auditabilidad, se refiere a la forma en la cual un investigador puede seguir la pista, o ruta, de lo que hizo otro (Guba y Lincoln, 1981). Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que ese investigador tuvo en relación con el estudio. Esta estrategia permite examinar los datos y llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando se tengan perspectivas análogas.

Los siguientes aspectos pueden ayudar a determinar si un trabajo de investigación cualitativa cumple con este criterio:

- Descripción de las características de los informantes y su proceso de selección.
- Uso de mecanismos de grabación.
- Análisis de la trascripción fiel de las entrevistas a los informantes.
- Describir los contextos físicos, interpersonales y sociales en el informe.[60]

Es posible seguir la ruta que llevó a la investigadora a los resultados, teniendo en cuenta que se encuentra disponibles todos los registros y documentos derivados de la investigación, es decir, existen. También significa reafirmar lo que el investigador ha escuchado, visto o experimentado con respecto al fenómeno que se estudia. A este estudio investigativo le realizo el seguimiento continuo la Directora de tesis que es una docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

1. Una descripción clara de las características de los informantes y su proceso de selección.

2. Uso de la información grabada.

3. Escucha, transcripción, lectura y relectura de las entrevistas de los informantes.

4. Descripción de los contextos físicos, interpersonales y sociales en el informe.

[59] RADA, Dora. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y Confirmabilidad , Subdirección de Investigación y Postgrado UPEL-IMPM Pág. 7

[60] Ibíd. Pág. 8.

Transferibilidad: Consiste en la posibilidad de extender los resultados de la investigación a otras poblaciones; se describirá el lugar y las características de las experiencias de estar hospitalizado en una UCC que participaran en el estudio, este criterio puede ser alcanzado en nuevo contexto de investigación.

Auditabilidad: Para muchos autores se refiere también a la confirmabilidad de los hechos. Guba y Lincoln se refieren a este criterio como la habilidad de otro investigador de seguir la ruta de lo que el investigador original ha hecho.[61]

Con el fin de cumplir con éste criterio se estableció una comunicación coherente con el director de tesis con el propósito de mostrar los datos obtenidos a partir de las entrevistas, las notas de campo, los cuales posterior a la presentación ante el director de tesis se procedían a su respectivo análisis.

3.8 Procedimiento

Los siguientes fueron los pasos que se siguieron para el desarrollo y organización de la investigación:

- Se presentó la propuesta de investigación al Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia, y se obtuvo el aval. (ANEXO 1)
- Se solicitó la autorización por escrito al gerente de la institución de tercer nivel, para realizar la investigación con los pacientes hospitalizados en la UCC que reunieran el criterio de inclusión y se obtuvo la autorización.(ANEXO 2)
- Inicialmente el investigador se contacta con las enfermeras del servicio de la UCC y de hospitalización de la clínica donde se desarrolló el estudio, con el objetivo de informarle que se iban a realizar unas entrevistas a los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio y se contaba con la autorización previa de la directora médica científica.

Contacto con los participantes: El primer contacto se realizó en la UCC una vez el paciente se encontraba estable y llenaba los criterios de inclusión; posteriormente se concertó un segundo encuentro con los pacientes en el servicio de hospitalización, este procedimiento se realizó con todos los pacientes dándoles a conocer los objetivos de la investigación y sus alcances, y si el entrevistado estaba de acuerdo en participar en la investigación, se le dio a conocer todo lo referente al componente ético (resguardar los

[61] LEININGER, M. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. Qualitative research methods. Beverly Hills: Sage Publications, 1994. Citado por: CASTILLO, Edelmira y VASQUEZ, Martha Lucia. El rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa, En: Colombmed [online] 2003, no 34, [Citado el 12 de Abril de 2010] Pág. 164-167. Universidad del Valle, Facultad de Enfermería. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No3/cm34n3a10.htm>

principios de confidencialidad, autonomía, respeto y veracidad) y este leía y diligenciaba el consentimiento informado (ANEXO 3).

Entrevista: Las entrevistas se iniciaban con la presentación de la investigadora y la explicación del proyecto. Al inicio del contacto se invitaba a la persona a participar en el estudio, se explicaban los objetivos del mismo y se le informo que la recogida de datos sería a través de una entrevista grabada en audio. De igual forma se les garantizaba el anonimato, la completa confidencialidad de los datos y la libertad de decidir participar o rehusarse a hacerlo, de igual forma el retiro voluntario cuando fuere considerado. Así como la eliminación de las grabaciones al finalizar la investigación. Tras la correspondiente autorización y firma del consentimiento informado, se les preguntaba si era buen momento para la realización de la entrevista, de forma que estuviera consensuado por ambas partes.

Para realizar la entrevista, el investigador tuvo muy en cuenta la estabilidad hemodinámica del participante.

Todas las entrevistas se llevaron a cabo en una habitación individual dotada además de camas eléctricas, sillas *reclinomatic* para los pacientes del servicio de hospitalización, buena ventilación, sillas, el investigador para iniciar la entrevista se colocó a una distancia prudente a los participantes, se escogió una hora en que no se interrumpiera la entrevista, fuera del horario de las visitas, el horario de los medicamentos y el horario de las dietas, afortunadamente los pacientes se encontraban en el momento de la entrevista solos y esto facilitó la entrevista, de igual forma la entrevistadora acordó con la enfermera que se encontraba turno una hora en que el participante no se le realizara procedimiento y no fuera la hora de la visita, para evitar interrupciones en el momento de realizar la entrevista y así se evitaron los riesgos.

Las entrevistas fueron realizadas a los 9 pacientes en el servicio de hospitalización después de haber pasado entre 5 y 6 días en la Unidad de cuidados intensivos coronarios (UCC) con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio confirmado por estudios y la clínica.

3.8.1 Fase de preparación

Al tratarse de un estudio cualitativo fenomenológico, donde se utilizó la entrevista a profundidad para descubrir el fenómeno de la experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos coronarios, fue necesaria la preparación previa de la investigadora y los recursos a utilizar para llevar a cabo el desarrollo del trabajo.

Resultó de gran importancia utilizar un lugar que proporcionara unas condiciones adecuadas para que los participantes pudieran expresarse de una forma espontánea, con tranquilidad, que permitiera desnudar el fenómeno por completo sin interrupciones o distracciones que generaran incomodidad; por lo cual se planeó contactar a los

participantes en la unidad de cuidados intensivos coronarios, posterior a la etapa aguda de la enfermedad y luego se acordó con el paciente que una vez se le diera salida de la unidad se coordinaba la fecha y hora para llevar a cabo la entrevista en el servicio de hospitalización, se contó con el apoyo de las enfermeras de la UCC en los diferentes turnos y de las enfermeras del servicio de hospitalización quienes facilitaron la historia clínica, privacidad y comodidad para llevar a cabo las entrevistas.

La entrevista inicialmente partió de una pregunta central cumpliendo textualmente al objetivo de la investigación ¿Describa como fue su experiencia durante la hospitalización en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios?

3.8.2 Fase de desarrollo

Los participantes fueron contactados en el área de Cuidados intensivos coronarios de la institución de salud, con la colaboración del personal asistencial del servicio quien facilitó el contacto con los pacientes teniendo en cuenta para éste estudio los criterios de inclusión. De ésta manera se le informaba a la investigadora una vez el paciente era dado de alta de la UCC.

En el servicio de hospitalización se le explicó nuevamente el objetivo del estudio y los fines académicos del mismo, la técnica de recolección de la información y se entregó el documento de consentimiento informado para su firma; haciendo claridad sobre el trato que se daría a la información obtenida, así como la libertad de decidir participar o rehusarse a hacerlo, de igual forma el retiro voluntario cuando fuere considerado.

Se procedió a la evaluación a partir de la entrevista individual de una duración variable entre 45 y 60 minutos

En total fueron 9 los participantes que se entrevistaron en el servicio de hospitalización luego de habérsele dado de alta de la unidad de cuidados intensivos coronarios con un diagnóstico de infarto agudo de miocardio, 3 de ellos del sexo femenino y 6 de sexo masculino; mayores de 59 años; casados y con hijos

3.8.3 Manejo de la Información

Las 9 entrevistas fueron obtenidas con una grabadora de audio y su duración fue variable, entre 45 y 60 minutos con el fin de obtener los textos sobre la vivencia o experiencia de las personas con Infarto Agudo del Miocardio. Cada participante se le inició la entrevista con la pregunta ¿Describa como fue su experiencia durante la hospitalización en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios? con el propósito de comprender la experiencia de estas personas, previo consentimiento informado.

La trascripción se realizó entre 2 y 72 horas posteriores a su realización, para no perder u olvidar ningún aspecto importante que pudiera generar sesgos en la investigación. El tiempo empleado para las transcripciones también fue variable, entre 4 y 12 horas y fue realizada a computador, utilizando un formato proporcionado por la asesora de la investigación y modificado por la investigadora, que consta de 2 plantillas, iniciando con el título de la investigación, los datos de identificación (iniciales del nombre y apellido), código de la entrevista, edad, fecha de realización, lugar de la entrevista, duración de la entrevista, finalmente se paginó cada hoja de las entrevistas con números

4. Marco de análisis y resultados

4.1 Procedimiento para el análisis de datos

El análisis de la información se realizó teniendo en cuenta los pasos del método de Colaizzi, iniciando con la definición del fenómeno de interés, recolección de la información a través de las entrevistas en profundidad, se hizo lectura detallada de la transcripción de las entrevistas y del análisis con el fin de extraer los enunciados significativos, se organizó los enunciados significativos por grupo de tema, luego se hizo descripción exhaustiva del fenómeno, validación de la descripción, volviendo a los participantes sin obtener nuevos datos.

4.1.1 Recolección de Información

Por ser un estudio cualitativo se realizaron entrevistas en profundidad, las cuales fueron grabadas en audio en su totalidad, apoyadas en la observación y diario de campo; para este último se utilizó una libreta de bolsillo, donde se registraron las apreciaciones de la investigadora durante el transcurso de la investigación. La recolección de la información se realizó a un total de 9 participantes con el abordaje fenomenológico y el método de Colaizzi, donde se obtuvo la descripción de la experiencia de haber estado hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos coronario, a través de la comunicación directa con el paciente después de haber salido de la unidad de cuidados intensivos coronario, en el servicio de hospitalización.

4.1.2 Transcripción de la entrevista

Las 9 entrevistas fueron grabadas en una grabadora de audio y su duración fue variable, entre 45 y 60 minutos, el tiempo empleado para las transcripciones también fue variable, entre 4 y 12 horas y fue realizada a computador, utilizando un formato elaborado por la investigadora, previa asesoría de la directora de tesis, que consta de 2 plantillas, iniciando con el título de la investigación, los datos de identificación (iniciales del nombre y apellido), código de la entrevista, edad, fecha de realización, lugar de la entrevista, duración de la entrevista, finalmente se paginó cada hoja de las entrevistas con números.

4.1.3 Lectura inicial

Se llevó a cabo una lectura completa de cada una de las entrevista, luego de haber llevado a cabo la transcripción de la misma en el formato utilizado, definido para tal fin.

4.1.4 Extracción de enunciados significativos

Se llevó a cabo una segunda lectura de las entrevistas, resaltando aquellos enunciados significativos, relacionadas con el fenómeno de la experiencia de padecer un Síndrome Coronario Agudo, constituyéndose en expresiones propias de los participantes. Se asignaron códigos descriptores dentro de cada entrevista, para facilitar la ubicación de cada expresión significativa dentro de la transcripción como una forma de poder hallar cuando fuera necesario el origen de cada expresión dentro del contexto, para verificar si correspondía al sentido que el informante le había dado.

Por ejemplo: E1, 2 Pág. 7/12
E1: corresponde al número de orden de la entrevista, es decir entrevista No. 1.
4Nº: es la página de la entrevista.
7/12 número del renglón de la página donde se encuentra el enunciado.

4.1.5 Organización de los enunciados significativos en grupos de temas

Estos enunciados significativos fueron extraídos de las entrevistas y se agruparon de acuerdo a la aproximación que hubiera entre ellos en relación con el fenómeno, asignándoseles códigos descriptores teniendo en cuenta las expresiones de los informantes, esta agrupación se llevó a cabo inicialmente luego de tener la primera entrevista. Posteriormente se realizó el mismo proceso con el resto de las entrevista.

En la guía que utiliza Colaizzi o en su metodología para realizar la investigación no se evidencian los términos categorías y códigos, pero teniendo en cuenta otros estudios donde se trabaja con la metodología de Colaizzi si se aprecian la utilización de categorías y códigos descriptores esta denominación se pudo encontrar en el estudio de Beatriz Sánchez [62] titulada *La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica* , igualmente es un estudio fenomenológico que utiliza la metodología de Colaizzi para llevar a cabo la descripción del fenómeno de estudio, por lo cual en la presente investigación se adoptan estas denominaciones para los grupos de enunciados significativos y temas encontrados en la información dada por los participantes.

[62] SANCHEZ. Op. cit., p 24-36.

Desde este punto de vista, la investigación cualitativa siempre tiene un carácter fenomenológico que expresa la relación dialéctica que surge en la relación intersubjetiva entre las personas que conforman la unidad de estudio.[63]

En la presente investigación el proceso de codificación de los datos fue de suma importancia debido a que constituyó la preparación para el análisis de la información obtenida.

Teniendo en cuenta de que la codificación consiste en identificar fragmentos de texto, las más pequeñas unidades de sentido que pueden estar en un mismo texto, en una palabra, en un grupo de palabras, en una frase, un grupo de frases, según sean estas unidades lingüísticas que contiene la unidad de sentido.[64]

La importancia de esto radica en que se hizo una depuración de los códigos descriptores, eliminándose los que se encontraron repetidos, posteriormente se establecieron categorías, para la descripción exhaustiva del fenómeno, esto se hizo con el fin de describir la experiencia de las personas a partir de sus propias vivencias desde una perspectiva holística.

La depuración de los códigos descriptores arrojó en primera instancia enunciados significativos que permitían una aproximación de la experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo con un Síndrome Coronario Agudo.

Lo anteriormente expuesto se encuentra consignado en el Cuadro 1.

Posteriormente se realizó una lectura de cada uno de los códigos descriptores y fueron definidos de acuerdo a lo expresado por los participantes, lo cual, facilitó la construcción de la definición final de las categorías encontradas. Se elaboró un sistema de categorías en el que se pudieron agrupar los elementos de los textos obtenidos a partir de las entrevistas teniendo en cuenta el tema o denominador común y la similitudes entre datos lo cual permitió agrupar un conjunto de enunciados sin necesidad de forzar su sentido.

---

[63] RUIZ OLABUÉNAGA, J.I. (1996) Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Ediciones de la Universidad de Deusto. Citado por: CISTERNA, C Francisco. Categorización y triangulación Como Procesos De Validación Del Conocimiento En Investigación Cualitativa. En: Teoría, Vol. 14 Nº 1: Pág. 61-71, 2005. Citado el 10 de septiembre de 2013. Disponible en: http://fespinoz.mayo.uson.mx/categorizacion%20y%20trinagulacio%C3%B3n.pdf

[64] LOPEZ, E Raúl. DESLAURIERS, Jean-Pierre. La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. En: Revista Margen. Vol. 61. Universidad Autónoma de Nuevo León, México, Junio de 2011.

4.1.6 Descripción exhaustiva del fenómeno

Teniendo en cuenta las categorías y los códigos descriptores obtenidos y haciendo uso de las definiciones de los mismos se procedió a describir el fenómeno de la experiencia de estar hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos coronarios, usando las propias palabras de los participantes.

4.1.7 Validación de la descripción del fenómeno

Luego de la construcción de la definición del fenómeno, se volvió a los participantes para la validación de los resultados obtenidos, se entrevistaron seis de ellos, no encontrando nuevos datos. Consecutivamente se llevó a cabo la construcción teórica de la experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos coronarios.

4.1.8 Incorporación de nuevos datos obtenidos a la descripción

Como no se encontraron nuevos datos, se procedió a la construcción final de la experiencia de estar en una unidad de cuidados Intensivos Coronario con Infarto Agudo del Miocardio.

4.2 Resultados

A continuación se presentan los resultados y el análisis de los enunciados significativos, códigos descriptores y categorías identificadas que dan respuesta a la descripción exhaustiva de la experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivo Coronario.

Se abordaron 9 informantes claves, que cumplieron con los criterios de inclusión, 3 mujeres y 6 hombres todos estuvieron hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivos Coronario con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio. Las edades estuvieron entre los 59 y 74 años, con diferentes niveles educativos: dos informantes terminaron la primaria, tres bachilleres, dos técnicos y dos profesionales, en la actualidad ninguno de ellos lleva a cabo actividades laborales, se encuentran pensionados o dependen de sus hijos.

El investigador realizo observaciones en relación con las expresiones faciales de los participantes, la acentuación de cada una de sus palabras y los movimientos de su cuerpo, las cuales fueron transcritas como nota de campo en cada una de las entrevistas.

Las expresiones de los informantes que reflejan el sentir y la vivencia producto de su experiencia, fueron organizadas en códigos descriptores que reportaban lo manifestado por los participantes en cada una de las entrevistas. Posteriormente se organizaron los códigos sustantivos, con los que se consolidaron 4 categorías, las cuales representan los temas que resaltaron y que fueron usuales a las descripciones de los participantes

Cuadro 4-1. Construcción de códigos sustantivos

PARTICIPANTE R- E No. 3	ENUNCIADOS SIGNIFICATIVOS	CODIGO SUSTANTIVO	INTERPRETACIÒN /ANALISIS
E 2 P1- L 27/28	*"Todas están en como es / en unión… y me recibieron "en el momento me sentí un poco deprimida al ver que me metían ahí." (Llora)*	**Depresión Tristeza**	La paciente manifiesta tristeza, depresión al ver como ingresaba a la unidad de cuidados coronarios, en ese momento sentía tristeza.
E 2P1-L 29.	*"Pero no ¡Gracias al Señor, confié en él!"*	**Creencia En Dios (Espiritualidad)**	El paciente manifiesta que a pesar de que estaba allí, sentía una creencia en alguien superior en el que confiaba, en Dios.
E2P1-L41/42	*"Sí un poquito pero aja!… porque estaba muy nerviosa, estaba muy… temblaba, temblaba."*	**Miedo**	La participante manifestó miedo ante la situación de estar siendo sometida a intervención cardiaca.
E2P2-L3/4	*"Ahí estuve súper atendida principalmente que con esa enfermera que yo la quiero mucho…. M.!"*	**Agradecida Trascendencia de Enfermería**	Recuera tanto a una enfermera que fue trascendental en su estancia en la UCI coronario, la menciona con mucha emoción.
E2P2-L11	*"Ay Esa soledad, una soledad que uno, nosotros no quisiéramos porque uno llega ahí y ya."*	**Soledad**	Experimenta soledad porque está allí en ese lugar tanto tiempo viendo todo lo que hacen con ella.
E2P2-L12/13	*"¡Meten a los familiares es por cinco minutos, diez minutos, y uno ni trata, no puede hablar nada con los familiares!"*	**Separación de la familia**	El estar allí en la unidad de cuidados intensivos coronario ella no puede hablar de manera tranquila con sus familiares hay un tiempo corto para ella.
E2P2-L13	*"¡Paraba como muy deprimida…!"*	**Depresión - Tristeza**	Experimenta depresión por sentirse sola…
E2P2-L 13	*"Pero ya, ya gracias a Dios todo pasó, todo salió bien."*	**Creencia en Dios (Espiritualidad)**	Mantiene una creencia espiritual en dios de donde se apoya, gracias a dios manifiesta que todo le salió bien. Hay una fe interna.

Cuadro 4-1. Continuación)

E3P4-L17/20	*"Me atendieron muy bien, muy bien,….. Gracias al Señor Muy Bien." (Llora nuevamente)*	**Agradecida Trascendencia de Enfermería**	La participante experimenta sentirse agradecida con las enfermeras, con el grupo lo cual es trascendental para ella y lo agradece. Hay un sentimiento.
E2P2-L21/22	*"¡Llegó M, y ella salía hasta donde mi enseguida, porque, parece mentira, la enfermera es muy importante para el paciente!"*	**Agradecida Trascendencia de Enfermería**	Para ella , la enfermera es muy importante, hay trascendencia desde el cuidado.

SANTIAGO De C, Ernestina. Experiencias de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado intensivo con Infarto Agudo del Miocardio, 2012.

Cuadro 4-2. Construcción de las categorías Experiencias de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado intensivo con Infarto Agudo del Miocardio

Entrevista	CATEGORIA	CODIGO DESCRIPTOR	ENUNCIADOS SIGNIFICATIVOS	DESCRIPCION DEL FENOMENO
E1P4-L57/59	*El primer contacto con la UCC "Llegué muy angustiado, pero fui muy bien recibido por todas las enfermeras"*	Atención humanizada	Bueno, cuando llegamos ya, cuando me atendieron las muchachas, las enfermeras," me atendieron muy bien", me dijeron: bueno, aquí le toca la… el cubículo el uno, el número uno le toca aquí, está en su casa quédese tranquilo, no si estoy tranquilo (participante 1 L. G)	La atención brindada por la enfermera desde el ingreso a la UCC significaba para el paciente buen trato, atención con esmero, que agradaba cuando se acompañaba de muestras de Interés afecto y respeto.
E2 P4-L10/12			En esa unidad coronaria le juro que lo que más " están pendiente es de las personas que sufren del corazón", las cuidan como usted no se imaginan, no las dejan que se paren, no las dejan que caminen, no las dejan que vaya al baño (participante 2 V. F)	Desde su propia experiencia la participante reconoce que el personal que trabaja dentro la UCC está completamente dispuesto a atender a las necesidades de los pacientes que ingresan con alguna patología cardiaca.

Cuadro 4-2. Continuación)

E3P2-L 34/39			*En general todas fueron muy amables desde mi llegada muy, muy, muy amables, eh…., en momentos especiales…, en momentos de crisis eh…., se, sentí una, un alivio cuando me hablo una muchacha suavemente sin conocerme (LLORA). (Participante 3 R S.)*	Desde su propia experiencia fue bien recibida por el personal, ella percibió que trabajaban en equipo porque se ayudaban mutuamente.
E6P1-L23/24			Yo llegue angustiado pero fui bien recibido… por todas las enfermeras que estaban en la sala corrieron a recibirme, me gustó mucho su calidad humana. Una de ellas me dijo el nombre	El recibimiento cordial les permitió disminuir su angustia

4.2.1 Categorías, códigos descriptores y enunciados significativos

Categoría 1: El primer contacto con la UCC *"Llegué muy angustiado, pero fui muy bien recibido por todas las enfermeras"*

Código descriptor: Atención con calidad humana

Enunciados significativos: Para la mayoría de los participantes los sentimientos vividos durante el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCC) son expresados de la siguiente manera:

"Bueno…Cuando llegamos ya, cuando me atendieron, las muchachas, las enfermeras, me atendieron muy bien, me dijeron: bueno aquí le toca la… el cubículo el uno, el número uno le toca aquí, está en su casa, quédese tranquilo, no¡¡¡ si¡¡¡ estoy tranquilo." (Participante 1 L. G)

"En esa unidad coronaria le juro que lo que más " están pendiente es de las personas que sufren del corazón", las cuidan como usted no se imaginan, no las dejan que se paren, no las dejan que caminen, no las dejan que vaya al baño." (Participante 2 V. F)

"Me recibieron en la unidad y fui muy bien recibida… por varias enfermeras. Porque trabajan en grupo ¡me gustó mucho! unas con las otras no están pendiente que el trabajo le toca a la una, no, todas están como es, en unión y me recibieron. (Participante 2 V. F)

"¡Me gustó la forma como me trataron, porque, o sea, porque a todas las personas las tratan igual, a todas las personas las tratan iguales!" (Participante 2 V. F)

"En general todas fueron muy amables desde mi llegada muy, muy, muy amables, eh…., en momentos especiales…, en momentos de crisis eh...sentí, un alivio cuando me hablo una muchacha suavemente sin conocerme." (Llora). (Participante 3 R S.)

"El recibimiento que me dieron allá eso fue con esmero. Todos salieron enseguida y me pareció muy bueno, muy bueno el servicio, el trato, eso apenas llega un infartado enseguida corrieron apartando gente en la camilla, no, no, apartando, apartándose, 'rápido, rápido, los implementos para ponérselos inmediatamente', eso fueron muy eficaces." (Participante 5 H. R)

"Yo llegue angustiado, pero fui bien recibido por todas las enfermeras que estaban en la sala, corrieron a recibirme, me gustó mucho su calidad humana. Una de ellas me dijo su nombre…" (Participante 6 E. D)

"Bueno cuando llegue fue un impacto grande al entrar a la UCC es un cambio que uno no tiene como narrarlo, pero el trato que las enfermeras me dieron al llegar me dio seguridad para quedarme ahí." (Participante 7 H. G)

¡Todas las enfermeras, para que!, todas son muy especial, ojala que la dirección de esta Clínica sepa conservar los seres humanos que tienen como empleados en esta Clínica porque todas fueron muy especiales desde mi llegada." (Participante 8 A. P)

"Cerré los ojos, la enfermera me cogía y me sobaba, quédese quietecita, ya están acabando, ya ahorita van a acabar (Ríe) y… y muy buenas también. Aquí el personal es muy humano, muy, muy humano." (Participante 2 V. F)

"Me dijo…, señor R, Señor, primera vez que la veía, el día de la operación, cuando me desperté de la anestesia; me hablaba con…, con mucha pasividad, con mucha paciencia, ella…, yo como que me trataba de…, de zafar de los, de los tubos." (Participante 3 R S.)

Categoría: 2 *II* Lo malo de estar hospitalizado en la UCC *"¡Doctor, ya no resisto!*"

Código descriptor: Experiencia traumática *"¡Doctor, ya no resisto!"*

Enunciados significativos:

"Yo si sentía que eso me iba cortando por dentro del brazo, eso ahí hasta dentro y yo no podía más y yo le decía doctor ya no puedo resistir." (Participante 1 L. G.)

"Y el frío que yo titiritaba del frío que hacia eso ahí, ñercoles ese frío, que si hacía frío ahí y temblaba del frío y sobre el dolor que tenía ahí." (Participante 1 L. G.)

"Doctor ya no resisto ¡no! ¡No! ¡No! aguántate otro poquito, 'aguántate otro poquito más que ya estamos acabando'". (Participante 1 L. G.)

"Donde me hicieron el estudio veía que me metieron un líquido de contraste, ¡Ay seño…! ¡Yo sentí que el mundo se me fue! y me corrió pa' acá hasta que (…) y así se me reboso pa' todo el corazón y yo decía, ay… no si yo me estoy acabando, Yo me estoy muriendo le precisaba, ¡si yo me estoy muriendo! (Participante 2 V. F)

"Metido en un aire acondicionado todo el día y eso a uno le fastidia y en el caso mío que por las heridas que tengo, que tengo más o menos una cicatriz de casi un metro en la pierna donde me tuvieron que sacar parte de las arterias para hacerme los puentes y poder la cicatrización y todo lo demás." (Participante 4 C.P)

"Entonces que esto que el tubo que me metieron me molestaba, no me gustaba me hacía sentir mal, me baja todo, todo, todo, yo no quería estar entubada, porque yo decía que estar entubada yo me sentía mal, que yo estaba más mal" (Participante 7H.G)

"El dolor en el pecho eh… no solamente en el pecho también me dolía desde el cuello me dolía todo, todo yo no podía movilizarme para ninguna lado porque las enfermeras se lo dicen a uno que no puede hacer movimiento." (Participante 9 M.S)

"¡Esa es una experiencia muy traumática!, cuando ha sido uno, una persona pues que aparentemente se considera que ha sido sano toda la vida y más cuando me dijeron que era un Infarto porque 'un infarto es sinónimo de muerte prácticamente'." (Participante 5 H)

"En algún momento me dio miedo de estar en la UCI, porque también como lo dice Unidad de cuidados Intensivos yo supongo que eso quiere decir que uno esta grave, me ponía a pensar yo me voy a morir y me sentí mal, mal." (Participante 2 V. F)

"Yo pensaba que me podía pasar algo que podía salir de ahí era muerto." (Participante 6 E. D)

"También hay el temor y no sabe uno como, como su cuerpo va a responder, entonces, son dos paralelos que uno analiza y siempre está el temor latente." (Participante 3 R. S)

"Seño ¡Porque yo pensaba que yo me iba a morir! Porque, como usted sabe que cuando le da un infarto a uno y si no lo tratan a tiempo y repite un infarto fulminantes y que el infarto fulminante se queda uno muerto." (Participante 6 E. D)

"Las cosas malas que me podrían pasar, morirme, como morirme, eso era lo que yo pensaba, yo me muero." (Participante 6 E. D)

"Me trasladaron a una habitación de UCI, pues aquí pensé que hasta ahí era mi último momento porque eso es lo que uno se imagina cuando hay una intervención de esta… que se va morir." (Participante 8 A.P)

"El miedo uno lo tiene en todo momento pero hay unos momentos más cuando los médicos hablan que no que esto que mire que estos analices (Participante 9 M .S)
Las enfermeras me dieron al llegar me dieron seguridad para quedarme hay. Pero uno no sabe si posiblemente va a salir uno sin vida." (Participante 9 M S)

Código descriptor: Sensación de aislamiento *"¡Ay, esa soledad!" "El problema de los enfermos la soledad es la que los mata".*

Enunciados significativos:

"Yo acostado hay nada más que, como eso es un cuartito así como este solo, que no entra la luz casi, tiene una reja larga en donde nada más entran ellos pues, y la jalan y ya queda medio abierta, y eso, uno no va decir que tiene uno compañero que va a estar preguntándole." (Participante 1 L. G.)

"¡Ay! "Esa soledad, una soledad que uno, nosotros no quisiéramos porque ¡uno llega ahí y ya!" (Participante 2 V. F)

"En el momento me sentí un poco deprimida al ver que me metían ahí." (Llora) (Participante 2 V. F)

"Me hicieron la angioplastia pero no dio resultado, me regresaron nuevamente a la unidad y allí sí me sentí un poco triste, varias horas me sentí triste por lo que he…., ya… tenía que pensar era en la operación de corazón abierto." (Participante 3 R. S.)

"Esa es una unidad de depresión ahí como uno, entonces ahí, a mí me parece que como eso es una cosa así sola, ahí, sola que usted nada más va hablar es con la enfermera y el médico." (Participante 2 V. F)

"¡Paraba como muy deprimido! (Participante 4 C. P.)

"Además, las sonrisas de las enfermeras y del que saluda como que lo… lo alienta a uno, por eso que me extraña, me extraña cuando, cuando la enfermera entra, hace su trabajo de poner una inyección, poner un suero callada sin decir…, sin decir nada y…, entra y sale y uno queda que…, como que…, qué me hizo, qué…, por qué me hizo eso, de pronto quisiera que…, que…, que hablara un poquitico, sin intimidar pero….., o.., o…, un saludo, un buenos días, un hasta luego, ya le… le voy hacer esto, le hice esto y…, y más tarde vuelvo. No sabe uno si va a regresar o no va a regresar, se siente una soledad aunque la enfermera le realice a uno las cosas." (Participante 4 C. P.)

"Eso me da a mí en la madrugada insomnio por eso, no dormía, a veces hasta dos, tres horas pensando en mi familia… Incluso cuando me tocaba quedarme solo llore varias noches." (Participante 5 H. R)

"El problema de los enfermos la soledad es la que los mata" (Participante 5 H. R)

"Incluso varias noches yo llore, porque me sentía muy solo y para un tipo que nunca se he separado de su familia." (Participante 5 H. R)

"Un tipo que desde que yo me case no he dormido en la calle siempre con mi señora, mis hijos eso fue duro." (Participante 5 H.R)

"Por la soledad no quería que fuera noche, porque entonces ya la soledad siempre…, en el día uno ve caminando a los médicos, enfermeras y las del aseo, se entretiene uno viéndola." (Participante 6 E. D)

"Si, una soledad cuando yo vi que mi familia recogía sus objetos para irse, una soledad increíble, pensé que no me iban a encontrar vivo." (Participante 8 A. P)

"Me sentí sola, pero no sola, sino moralmente… moralmente, porque estaba la presencia de las enfermeras de los médicos, ellos bueno muy atento muy atento pero yo

sabía que aja estaba sola como le digo que sentía la ausencia de mi familia." (Participante 9 M. S.)

Código descriptor: Experiencia desagradable con el momento del baño "*Ese baño fue desastroso*"

Enunciados significativos:

"Desde las 5:30 de la mañana me llamaban "Señor G, levántese" vamos a que se bañe y ella misma me ayudaba a quitarme todo ese poco de aparatos y de llevarme al baño y todo eso, me agarraba todo eso, me llevaba allá sentado, sentado en el bacín." (Participante 1 L. G.)

"¡Hay.., Dios mío, eso fue otra cosa cuando me hicieron el primer baño en la cama, imagínese uno no, está acostumbrado si no a echarse uno su agua y miércoles! la vamos a bañar señora V…. Bueno me cogieron todo echaban para allá… Y me bañaron con jabón." (Participante 2 V. F)

"Porque uno no está acostumbrado a que lo estén bañando imagínese en la cama" y así me bañaban todo los día." (Participante 2 V. F)

"Yo estaba trasnochado, había estado con la garganta malísima, estornudando a todo… cada diez segundos y escupiendo, y entonces, ese baño fue desastroso a las cuatro de la mañana o algo así, cuatro o cinco de la mañana o algo así. Ese baño si me…, me…" (Participante 3 R.S)

"¡El agua pues, está fría o uno la siente fría que le cae, le cae como, como un pedazo de hielo! cada…, cada gota que…, que uno recibe en el cuerpo." (Participante 3 R.S)

"El baño ese es mi calvario porque, porque lo levantan a uno a bañarse a las cuatro de la mañana con ese frió que hace y el agua helase a quien se le ocurrió ese método de hacerlo en los hospitales que deben de cambiarlo." (Participante 4 C. P.)

"En cuanto me iban a bañar (Ríe) me daba un poco de vergüenza el primer día, pero hubo una enfermera ¡que me quito la vergüenza!, porque ella si me dijo fue no, no, no, quítese toda la ropa para bañarlo, al principio me cohibí un poco pero que va la muchacha no, yo mismo claro porque no estaba impedido para bañarme, mis partes y todo yo, pero ella ahí bien y eso me quito la vergüenza porque yo la vi frente a mi viéndome y yo bañándome y después al día siguiente pues me ocurrió lo mismo y ya fue lo más natural que había, que me ocurrió." (Participante 5 H.R)

"Cuando me tocaba baño es una parte molestosa porque primero ese frió tan horrible, usted sabe que le echen a uno un poco de agua como si fuera agua de hielo." (Participante 7 H. G)

"Hay personas que llegaban y me comentaban 'señor lo voy a bañar', ¡no, con el baño volví a la niñez!" (Participante 8 A. P)

Código descriptor: "*Uno se siente muy mal con ese alejamiento de los familiares*".

Enunciados significativos:

"Bueno se siente uno triste, usted sabe que cuando no están con uno siempre, más bien cuando llega un familiar como mí hermano que llego de allá de tan lejos, siente uno algo como de adentro, así aja, se siente uno deprimido." (Participante 1 L. G.)

"¡Meten a los familiares es por cinco minutos, diez minutos, y uno ni trata, no puede hablar nada con los familiares!" (Participante 2 V. F)

"Los familiares hablan con uno pero solo aceptan diez minutos, que uno no puede hablar nada con el familiar y uno se pone más mal cuando el familiar se va." (Participante 2 V. F)

"Hay veces que hay un paciente malo y no dejan entrar la visita, en la tarde viene, no puede entrar a la visita el paciente esta malo, entonces ya, se va la gente pobrecita pa los pueblos otra vez y así dejan a uno acá triste." (Participante 2 V. F)

"Usted sabe que el apoyo más grande del mundo se llaman los familiares, los familiares, entonces, este... uno se siente como muy mal sin, así sin (…) con ese alejamiento de los familiares." (Participante 2 V. F)

"Tengo dos hijas y un varón, y al verme con todo lo que y…, (Llora) usted sabe todo lo que le ponen a uno, ese aparato ahí…que ese poco de oxigeno le ponen ahí y todo, entonces, ella como que creían que yo estaba muy mal, como no habían estado acostumbradas a eso se imaginaban eso y se iban llorando ¡Me dejaban a mi triste!" (Participante 2 V. F)

"En las horas de la visita, pues, eh… claro, se siente una alegría recibir a los familiares así sea por un mínimo de tiempo." (Participante 3 R.S.)

"Cuando se iban mis familiares me daba un sentimiento grande porque principalmente en la madrugada después que se iban me sentía tan solo allí. Pensaba en mis hijos a pesar de que ya están grande el mayor tiene sus hijos pero sobre todo la hija mía que es… no se ha casado ella es contadora egresada de la Universidad Simón Bolívar pero esos son mis ojos a pesar de que quiero todos mis hijos los tres y el otro me da un sentimiento porque él tampoco no se ha casado, no tiene sus hijos, el mayor ya tiene su vida definida." (Participante 5 H.R.)

"¡Abandoné a mi familia!, estoy sin mi familia ¡Ahora sí solo!, (Participante 5 H.R.)

"Nada más entraba mi señora, mi hija, porque yo mismo les dije 'nombe, que sean ustedes dos nada más, para evitarme más trauma', yo mismo les decía para evitarme más trauma porque de pronto viene mi hermano, viene mi hermana y me da más sentimientos todavía, entonces si me va a dar, resulta que sea dos sentimientos nada mas de momento, el de mi hija y el de mi señora." (Participante 5 H. R.)

"La visita para mi debe ser más tiempo apenas dan unos 15 minutos y vea ese tiempo pasa rapidito, rapidito." (Participante 6 E. D)

"Ay, cuando me decían que una sola persona eso me partía el alma porque aja yo quería estar con ellos y eso para mí eso era grande esperar otras horas largas para volver a ver otro familiar entonces eso fue una de mis…que me marcó, sí…" (Llora) (Participante 7 H. G)

"Lo más duro para mí era cuando finalizaba la visita para mi debe ser más tiempo apenas dan unos 10 minutos y vea ese tiempo no es nada, yo lloraba por eso…" (Participante 8 A. P)

Código descriptor: "*Con un poco de aparatos no me podía mover*".

Enunciados significativos:

"¡Bueno, varios bejucos! esos que uno lleva pegados encima, uno no puede moverse, uno está ahí acostado únicamente esperando ahí, ya, que pase el día y pase la noche, hasta que ya se siente uno mejor y dándole puya ahí, por la…, le meten las inyecciones." (Participante 1 L. G.)

"Me hospitalizaron, me canalizaron, me pusieron todos los aparatos: tensiómetro, de todo me pusieron; y me canalizaron en Y." (Participante 2 V. F)

"En ese momento, siendo como las tres, porque la enfermera me dijo qué hora era y que yo le pregunte, porque ella me pregunto que si estaba llamando, porque yo metí un grito de 'qué me estaba pasando', yo empecé arrancarme todo lo que tenía puesto en el cuerpo y se dieron cuenta de todo eso también porque cuando me arranque la canalización comencé a botar sangre me estaba desangrando, entonces eso fue una experiencia muy fea." (Participante 4 C. P.)

"¡Si, un poco incómodo! Los equipos puestos esos, un poco incómodo es más yo me quitaba el oxígeno porque parecía que para mi yo no lo necesitaba porque nunca me sentí ahogado así nada, pero lógico que eso es necesario pero en las noches me lo quitaba porque era como muy incómodo para dormir y el resto me fastidiaba mucho." (Participante 5 H. R.)

"Eso era cada ratico, me sacaban sangre ahora y ya volvían, entonces al ratico otra vez la prueba de sangre y… me ponían electro, me ponían examen ese de rayos x a veces llevaban un aparato y me ponían y bueno…, y ellos como no dicen nada, nada más es que toma la cosa y me ponían el electro, ese mismo día me pusieron como tres electros allá, cuando llegue me pusieron uno, después al ratico otro y después por ahí como en la madrugada como a las tres de la mañana me llamaron." (Participante 1 L. G.)

"Uno pierde la noción del tiempo y del sueño porque a cada momento están levantando a uno para aplicarle los medicamentos, y entonces que es otra de las cosas que es angustiante porque estar en una unidad de cuidados intensivos es tranquilo aparentemente." (Participante 4 C. P.)

Categoría: 3 Fe y Confianza en Dios

Código descriptor: Confianza en Dios para que todo salga bien "*Yo me entregué a las manos del médico y de Dios*"

Enunciados significativos:

"Yo me entregue a las manos del médico y de Dios ¡que ellos son los que saben y confió en ellos!, sí, prácticamente, uno se abandona, se abandona, a sus manos, a su proceder, ¡rogando a Dios que todo salga bien!" (Participante 3 R.S)

"Ya me puedan decir que pronto me van a bajar para piso esa era mi ansiedad de que aja, yo oír esas palabras de aliento… esas palabras que lo llenan a uno y de estar con mi familia yo decía mis hijos mi esposo mis nietos que tengo unos nietos lindos que me quieren así como los quiero yo a ellos." (Participante 9 M.S)

"¡No me puedo quejar de aquí, de esta unidad, porque me atendieron muy bien!, muy bien, Gracias al Señor, muy Bien. (Llora nuevamente) (Participante 2 V. F)

"Pero no ¡gracias al Señor, confié en el!" (Participante 2 V. F)

"Pero ya ¡Ya gracias a Dios todo pasó!, todo salió bien, (Participante 2 V. F)

"'Gracias ¡Y que mi Dios toda la vida les de esa paciencia que tienen para con los pacientes!' y ellas me dijeron 'Ay señora V, muchísimas gracias', porque hay una cachaquita muy querida, eso llegaba cada ratico y me decía 'qué se siente?" (Participante 2 V. F)

"Pero mi Dios es grande, él sabe que yo tengo que seguirle sirviéndole a la comunidad." (Participante 2 V. F)

"Tenemos que tener fe y tener una creencia única porque el salvavidas esta en cualquier rincón del mundo." (Participante 4 C. P.)

"¡Con la fe en Dios que es lo más grande que uno tiene!, hay un sentimiento de esperanza que le da a uno mucha fuerza." (Participante 7 H. G)

"¡Ya gracias a Dios todo pasó!, todo salió bien, gracias al Señor muy Bien." (Llora) (Participante 6 E. D)

"Me encomendé a Jesucristo, porque para mí, para mí fue el primer innovador social que hubo, ese tipo existió, Jesucristo y me encomendé a él, mentiría si no, ¡sí me encomendé a Dios me encomendé a Jesucristo! quien me dio una segunda oportunidad." (Participante 5 H R)

"Bueno, yo siempre le he pedido a Dios, sí señora, siempre estoy en contacto con Él y a través de experiencias anteriores sé que está él allí a mi lado y en esta oportunidad igualmente he visto su mano… su mano proceder, gracias a Él creo que estoy en las condiciones en que estoy en estos momentos. Sí." (Participante 3 R.S)

"Le estoy siempre agradecido a Dios y que me haya dado esta segunda oportunidad, yo he vuelto a nacer el 29 de septiembre del 2012 nací otra vez." (Participante 4 C. P.)

"En Dios es la primera persona que yo siempre pienso aunque suene absurdo que le diga una persona pero él es el hacedor del universo y yo lo único que le pido diariamente

que me deje llegar a la edad que llego mi padre o de no la edad de mi abuelo… que fueron: mi papa vivió 94 años y mi abuelo 120." (Participante 4 C. P.)

Categoría 4: Pérdida de la percepción del tiempo "*Uno pierde ese tiempo que no sabe si es de mañana si es de noche si es de medio día, yo preguntaba mucho la hora*"

Código Descriptor: Perdida de la percepción del tiempo

Enunciados significativos:

"La noche otra vez, uno sabe porque es que le traen el poquito de comida a uno ahí y sabe porque es que es de tarde ya, o es de mañana por el desayuno, pero pa uno el día y la noche es igual allá, estar metido en una cosa de esa ahí, menos mal que nada más dure seis días metido ahí." (Participante 1 L. G.)

"En las noches pasaba, pasaba.. pasaba como todo el día ahí acostado, una inquietud en esa cama, deseando ya que pa, pa…, porque el día y la noche es igual lo único que ve uno ahí porque como los que hacen es los cambios de turno, pero… pa uno que este acostado en la cama con ese poco de aparatos puesto ahí." (Participante 1 L. G.)

"Había veces que yo me quedaba, me quedaba…me dormida, porque a mí me estaban dando una pastillita que me dormía, como para tranquilizarme, entonces yo me dormía, y cuando me recordaba decía, que hora será, será de noche o será de día, y miraba pa' allá y miraba pa' acá, entonces ¿Qué horas serán? entonces venia alguien de las enfermeras y yo les decía: Señora dígame una cosa ¿Es de noche ya?" (Participante 2 V. F)

"El día de la noche, bueno ya cuando…, después que lo bañan a uno, le hacen el aseo general, que viene el cambio de…, de ropa y el cambio de…, de…, de cuestiones personales ya uno sabe que viene el proceso del día, la entrada de nueva…" (Participante 3 R.)

"Me subieron a la UCI, a partir de ahí, yo no sabía nada del día ni de la noche hasta que me trasladaron a piso, ya después del pos –operatorio." (Participante 4 C. P.)

"Uno pierde la noción del tiempo y del sueño porque a cada momento están levantando a uno para aplicarle los medicamentos y entonces que es otra de las cosas que es angustiante porque estar en una unidad de cuidados intensivos es tranquilo aparentemente." (Participante 4 C. P.)

"Leyendo mi librito yo calculaba lo que podía leer dos horas, decía yo tengo como dos horas de estar leyendo deben ser las nueve, suficiente voy a dormir y recordaba y… llamaba a unas de las enfermeras y le preguntaba la hora, me decían son las tres de la mañana y decía todavía tengo tiempo de dormir dos horitas más y dormía dos horitas más." (Participante 5 H)

"Es un encierro que uno no ve nada no oye nada no siente nada es algo que uno las horas uno pierde ese tiempo que no sabe si es de mañana si es de noche si es de medio día, yo preguntaba mucho la hora." (participante 7 H. G)

"Yo pensaba que era de día y vamos a ver que era de madrugada pensaba que era de tarde y vamos a ver que era de noche entonces nunca tuve un horario cierto." (Participante 7 H. G)

4.2.2 Definición códigos descriptores

Según el método de Colaizzi una vez detallado los enunciados significativos y haberlos agrupados por temas (códigos descriptores) se lleva a cabo la definición de estos, siguiendo la ruta trazada por los enunciados significativos, dicha definición fue construida de acuerdo a cada una de las experiencias manifestadas por los participantes

Se describen a continuación los códigos identificados en esta categoría y se presentan algunas expresiones manifestadas por los informantes clave.

Cuadro 4-3. Categoría 1: El primer contacto con la UCC "Llegué muy angustiado, pero fui muy bien recibido por todas las enfermeras"

Código Descriptor	Significado	Enunciados Significativos
Atención con calidad humana	Al paciente e le debe demostrar desde su ingreso a la UCC un trato apropiado, llamarlo por su nombre, entablando una buena relación enfermera paciente, brindar confianza, preguntarle de su estado, se le debe saber hablar y escuchar, el personal de enfermería que lo recibe le debe aportar seguridad y con ello, tranquilidad, dándole a conocer su nombre, proporcionándole una explicación breve y adecuada acerca de los procedimientos que se le van a realizar, ofrece información del servicio; apoyándolo y colaborándole con estímulos positivos, porque ello le da un voto de confianza que les anima a seguir adelante, cuidando de los comentarios delante de ellos pues no solo les aumenta su angustia, sino que también son fuente de gran inseguridad	*En general todas fueron muy amables desde mi llegada muy, muy, muy amables, en momentos especiales…, en momentos de crisis eh…., se, sentí una, un alivio cuando me habló una muchacha suavemente sin conocerme." (Llora).* (Participante 3 R S.) *"Yo llegué angustiado pero fui bien recibido por todas las enfermeras que estaban en la sala corrieron a recibirme, me gustó mucho su calidad humana. Una de ellas me dijo el nombre."* (participante 6 E. D)

		"Todas las enfermeras, para que, todas son muy especial, ojala que la dirección de esta Clínica sepa conservar los seres humanos que tienen como empleados en esta Clínica porque todas fueron muy especiales desde mi llegada." (participante 8 A. P)

Fuente: Construcción de la investigadora. 2012

Cuadro 4-4. Categoría 2: Lo malo de estar hospitalizado en la UCC. Código descriptor Experiencia traumática "¡Doctor ya no resisto!"

Código Descriptor	Significado del Código Descriptor	Enunciados Significativos
Experiencia traumática *"¡Doctor, ya no resisto!"*	El paciente con IAM se ve enfrentado a procedimientos diagnóstico-terapéuticos cuya aplicación, además de dolorosa, suele ser repetitiva, generando en los pacientes ansiedad, miedo, dolor y rechazo de los mismos. Su realización es más traumática, al no utilizarse analgésicos y/o sedantes. La necesidad de monitorización y la prevención de posibles complicaciones conllevan la ocupación de este servicio para ofrecer una asistencia de calidad durante la realización de estos procedimientos invasivos lo cual produce en el paciente una experiencia traumática de no resistir lo que se le está realizando.	*"Yo si sentía que eso me iba cortando por dentro del brazo eso ahí hasta dentro" y yo no podía más y yo le decía doctor ya no puedo resistir."* (Participante 1 L. G.) *"Donde me hicieron el estudio veía que me metieron un líquido de contraste hay seño…. ¡Yo sentí que el mundo se me fue! y me corrió pa acá hasta que… y así se me reboso pa todo el corazón y yo decía, ay… no si yo me estoy acabando."* (Participante 2 V. F)

Código Descriptor	Significado del Código Descriptor	Enunciados Significativos
Sensación de aislamiento *"¡Ay, esa soledad!" "El problema de los enfermos es la soledad es la que los mata".*	El ingresar en la UCC produce soledad depresión por quedarse solo sin el acompañamiento de sus familiares, les falta comunicación con el exterior, produce sensación de impotencia por ser separados bruscamente de sus seres queridos, dolor de no poder hacer nada, la soledad los mata. El aislamiento de su familia se considera como un factor estresante para ellos	*"¡Ay! Esa soledad, una soledad que nosotros no quisiéramos porque uno llega ahí y ya."* (Participante 2 V. F) *"Por la soledad no quería que fuera noche, porque entonces ya la soledad siempre…, en el día uno ve caminando a los médicos, enfermeras y las del aseo, se entretiene uno viéndola pa ya."* (Participante 6 E. D)
Experiencia desagradable con el momento del baño *"Ese baño fue desastroso"*	Experiencia incómoda sobre todo por tener que aceptar que le realicen el baño en cama, invadiendo su privacidad, el baño los hace ser vulnerables, reduciendo su autonomía y libertad, llevándolo a perder su rutina diaria y tener que enfrentarse a una situación incómoda. El solo hecho de permitir el baño los llevo a una sensación de desnudez e invasión de las zonas más íntimas de su cuerpo, ellos se sienten cohibidos y no se sienten bien a que los estén bañando	*"Ay.. Dios mío, eso fue otra cosa cuando me hicieron el primer baño en la cama, imagínese uno no, está acostumbrado si no a echarse uno su agua y miércoles!:la vamos a bañar señora V…. Bueno me cogieron todo echaban para allá…. Y me bañaron con jabón."* (Participante 2 V. F) *"El baño ese es mi calvario porque, porque lo levantan a uno a bañarse a las cuatro de la mañana con ese frió que hace y el agua helase a quien se le ocurrió ese método de hacerlo en los hospitales que deben de cambiarlo."* (Participante 4 C. P.)
"Uno se siente muy mal con ese alejamiento de los familiares"	La familia es uno de los aspectos más importantes para el paciente de UCC, la cual representa el principal apoyo y fortaleza. El horario de las visitas al estar sujeto al protocolo es muy corto para que ellos puedan compartir con sus familias lo cual genera en el paciente sentimientos de aislamiento, dolor, soledad y tristeza. Durante esta experiencia el paciente aprende a darse cuenta de lo importante que es tener a su familia, lo cual se transforma en una motivación la hora de visita y la compañía que le brinda su familia, le disminuye muchas veces su angustia. Es importante tenerla como recurso de protección con su apoyo y presencia.	*"La visita para mi debe ser más tiempo apenas dan unos 15 minutos y vea ese tiempo pasa rapidito, rapidito…"* (Participante 6 E. D) *"Usted sabe que el apoyo más grande del mundo se llaman los familiares, los familiares, entonces, este... uno se siente como muy mal sin, así sin / con ese alejamiento de los familiares."* (Participante 2 V. F)

Fuente: Construcción de la investigadora. 2012

Cuadro 4-5. Categoría 3: Fe y Confianza en Dios "Yo me entregue en manos del médico y de Dios"

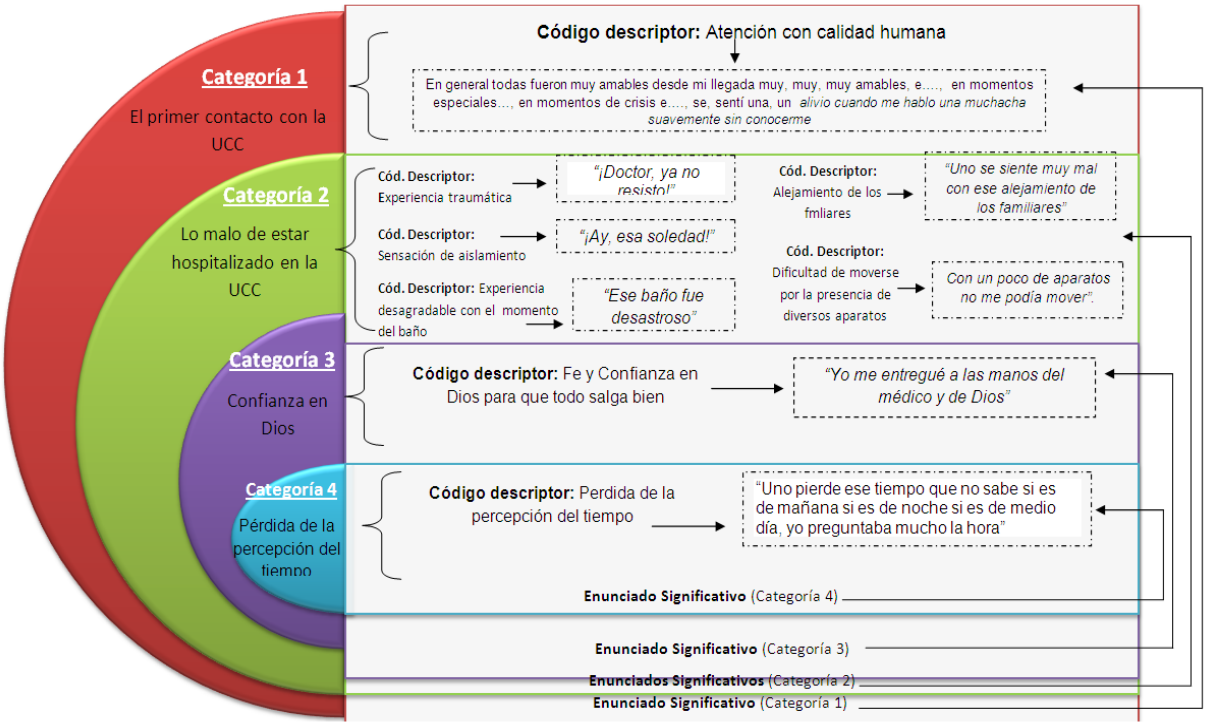
Código Descriptor	Significado del Código Descriptor	Enunciados Significativos
"Confianza en Dios"	Las personas que padecen una enfermedad grave como el IAM donde la vida se ve seriamente comprometida, expresan temores, miedo a la muerte lo que los lleva a un estado de aferrarse a un Ser Supremo, depositando toda su confianza y un sentimiento de esperanza que les proporciona mucha fuerza, esta conexión con esa fuerza poderosa se logra a través de la oración y del afianzamiento de la creencia en Dios, en una creencia única.	*"¡Con la fe en Dios que es lo más grande que uno tiene!, hay un sentimiento de esperanza que le da a uno mucha fuerza."* (Participante 7 H. G) *"Tenemos que tener fe y tener una creencia única porque el salvavidas esta en cualquier rincón del mundo."* (Participante 4 C. P.) *"Yo me entregue a las manos del médico y de Dios que ellos son los que saben y confió en ellos, sí, prácticamente, uno se abandona, se abandona, a sus manos, a su proceder, rogando a Dios que todo salga bien."* (Participante 3 R.S) *"Ya me puedan decir que pronto me van a bajar para piso esa era mi ansiedad de que aja yo oír esas palabras de aliento… esas palabras que lo llenan a uno y de estar con mi familia yo decía mis hijos mi esposo mis nietos que tengo unos nietos lindos que me quieren así como los quiero yo a ellos."* (Participante 9 M.S)

Fuente: Construcción de la investigadora. 2012

Cuadro 4-6: Categoría Perdida de la percepción del tiempo. Código "Uno pierde ese tiempo que no sabe si es de mañana, si es de noche, si es de medio día, yo preguntaba mucho la hora"

Código Descriptor	Significado del Código Descriptor	Enunciados Significativos
Perdida de la percepción del tiempo	Para los participantes, la experiencia de estar hospitalizado en la UCC les ocasionó desorientación al no saber si era de día o si era de noche, por ende hay pérdida de la noción del tiempo. Desde su propia experiencia, el estar todo el tiempo en la UCC y la pérdida de contacto que se vive no les permite tener la oportunidad de mirar e interactuar en el entorno generando vacío, soledad, temor e incertidumbre a lo que vendrá. Por medio de algunas actividades se logra ubicar en el tiempo y son las relacionadas con el baño, el horario de las comidas, en los cambios de turno de enfermería.	*"Me subieron a la UCI, a partir de ahí, yo no sabía nada del día ni de la noche hasta que me trasladaron a piso, ya después del posoperatorio."* (Participante 4 C. P.) *"Las noches pasaban como todo el día ahí acostado, una inquietud en esa cama, deseando ya que pasara…, porque el día y la noche es igual lo único que ve uno ahí son los que hacen los cambios de turno."* (Participante 1 L. G.) *"La noche otra vez, uno sabe porque es que le traen el poquito de comida a uno ahí y sabe porque es que es de tarde ya, o es de mañana por el desayuno, pero pa uno el día y la noche es igual allá, estar metido en una cosa de esa ahí, menos mal que nada más dure seis días metido ahí."* (Participante 1 L. G.) *"Había veces que yo me quedaba/me quedaba…me dormida, porque a mí me estaban dando una pastillita que me dormía, como para tranquilizarme, entonces yo me dormía, y cuando me recordaba decía, que hora será, será de noche o será de día, y miraba pa ya y miraba pa acá, entonces ¿Qué horas serán? entonces venia alguien de las enfermeras y yo les decía: Señora dígame una cosa ¿es de noche ya?* (Participante 2 V. F)

Figura 4-1. Categorías, códigos descriptores y enunciados significativos



4.2.3 Definición de categorías

Cada categoría resultante se contrastó con los testimonios originales para su validación.

Con la descripción de la experiencia del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario se volvió a 6 informantes claves de los 9 participantes entrevistados, a quienes se les presento, los informantes reconocieron que la descripción contemplaba su vivencia, coincidieron en afirmar que todo lo que habían vivido se encontraba en el texto.

Algunos de los participantes expresaron que escuchar esa descripción lo hacían recordar lo vivido el estar en la UCC, otro expreso agradecimiento a todo el personal que los atendió con gran cariño y dedicación y daban gracias a Dios que les había dado una segunda oportunidad, ya podían decir que estaban bien

Como no se encontraron nuevos datos, se procedió a la construcción teórica de la experiencia de estar en una unidad de cuidados Intensivos Coronario con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio.

4.2.4 Descripción de la experiencia del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario

Teniendo en cuenta las categorías y los códigos descriptores obtenidos y haciendo uso de las definiciones de los mismos se procedió a describir el fenómeno de la experiencia de estar hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos coronarios, usando las propias palabras de los participantes.

La experiencia del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronario se describe como una vivencia que genero variedad de momentos afectivos tales como: tranquilidad por el recibimiento de las enfermeras al ingreso al servicio e intranquilidad por los diferentes procedimientos a los que se vieron sometidos ocasionándoles sentimientos de angustia, depresión, dolor, sufrimiento, esperanza, impotencia, preocupación, y frustración, pérdida de la percepción del tiempo, enmarcados dentro de una ambivalencia permanente.

El participante describe la importancia del equipo de salud, especialmente enfermería, al ingresar a la UCC, les proporcionaron apoyo emocional, reconociéndoles sus sentimientos y percepciones, manifestadas como una buena empatía y cercanía en la atención y trato en el momento de su llegada.

El paciente experimentó sentimientos de angustia y preocupación por el entorno donde se encontraba, el encierro donde no diferenciaba el día de la noche por la luz encendida día y noche, sumado a la complejidad de los equipos que le son instalados impidiéndoles moverse durante la hospitalización; el aislamiento y la falta de contacto o separación de sus seres queridos y la falta de información detallada sobre algunos procedimientos realizados.

El dolor y sufrimiento son derivados de las restricciones en el horario de visita y los protocolos de la UCC como el corto tiempo que dan a la visita, sumado a que solo pueden entrar un número limitado de familiares, dificultando la satisfacción de las necesidades de compañía del familiar relacionada con las restricciones de la visita.

Estos sentimientos se presentan de forma momentánea, y pueden convivir emociones opuestas dentro de la misma vivencia, que generan mayor crisis e impacto emocional, y varían durante la hospitalización en la UCC. El paciente siente tranquilidad porque se encuentra en una unidad de cuidado intensivo de alta tecnología, con un equipo de salud competente, sin embargo, a la vez experimenta intranquilidad y sufrimiento por la crisis de la enfermedad.

Pero todos los sentimientos que experimenta no evitan que el paciente tenga la esperanza en un Ser supremo que les daba fortaleza en todo momento, fortaleciéndolos y recuperándolos para su pronto reintegro a su familia.

Durante el tiempo de la hospitalización en la UCC, el paciente se ve sometido a procedimientos relevantes de sus hábitos, los cuales generaron sensaciones de pena e invasión a la privacidad, al realizarles el baño en cama una persona desconocida para ellos.

La experiencia le implica al paciente asumir cambios en los hábitos de descanso y sueño, por la cantidad de procedimientos a los que se ven sometidos en cualquier momento del día, sumado la pérdida de percepción del tiempo en donde no identifican el día de la noche, orientándose por el cambio de turnos, por la hora en que les llevan las dietas, la hora de la visita.

Se experimentó carga emocional por la percepción de sufrimiento por el entorno y preocupaciones relacionadas con riesgos que genera una unidad de cuidados intensivos; y por escuchar el personal de enfermería sobre el estado de otros pacientes.

Esta vivencia de estar hospitalizado en la UCC le implica al paciente un proceso de afrontamiento, que se caracteriza por una crisis dada por una situación para la que no se está preparado. La crisis que experimenta el paciente es tanto física, emocional y espiritual, que describe como una vivencia difícil y compleja que se presenta de forma inesperada y no se sabe cómo desenvolverse.

Esta crisis se da por múltiples aspectos como: El impacto cuando le informaron que iba para la UCC. La separación de sus seres queridos sin previa preparación. El impacto que le generó la colocación a tantos equipos y dispositivos. El baño por personas desconocidas. El poco tiempo del horario de la visita y la partida de sus familiares hasta el otro día.

El paciente hospitalizado en la UCC utilizó diferentes estrategias para soportar la crisis, tales como: aferrarse a sus creencias religiosas, aceptar todo los procedimientos que le realizaban, confiar en el equipo de salud que lo atendía.

La experiencia de estar hospitalizado en la UCC para el participante fue una experiencia dura y dolorosa al realizarle procedimientos invasivos que le ocasionaron no resistirlo ocasionándole sensación de muerte.

El soporte espiritual del paciente está basado en sus creencias propias y religiosas como forma de disminuir y afrontar la situación de crisis que se está experimentando. Así mismo, expreso la necesidad de mayor cercanía con el ser querido y ampliación en el horario de visita.

Otra parte de la experiencia fue la perdida de percepción del tiempo, la experiencia de estar hospitalizado en la UCC, les ocasiona desorientación, no saben identificar el día, ni

la hora, si es por la mañana o por la tarde, por ende hay perdida de la noción del tiempo. Desde su propia experiencia, el estar todo el tiempo en la UCC y la pérdida de contacto que se vive no les permite tener la oportunidad de mirar e interactuar en el entorno generando vacío, soledad, temor e incertidumbre a lo que vendrá.

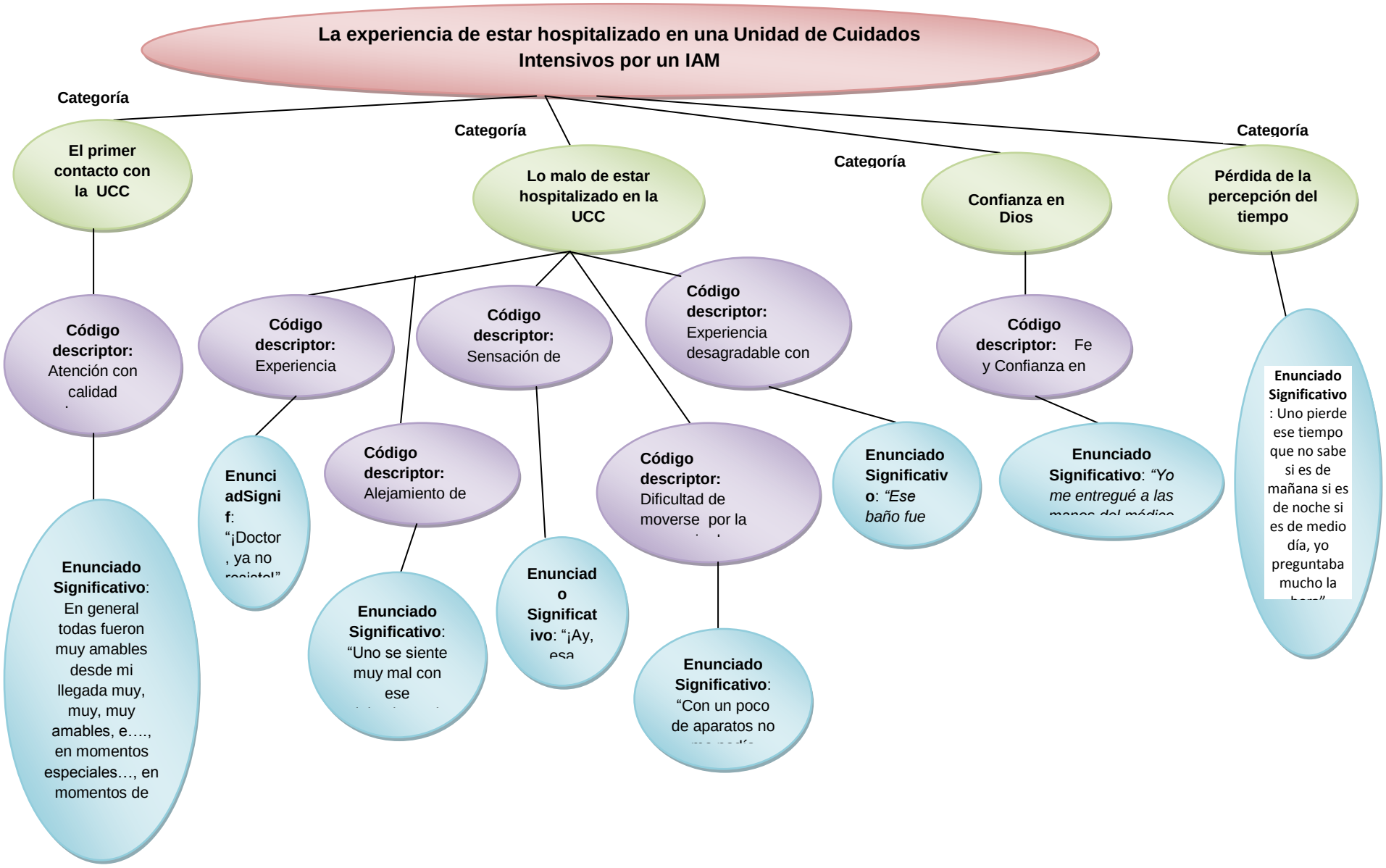
La Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios por sus características en su infraestructura hace que el ambiente que rodea a los pacientes sea diferente a los demás servicios de hospitalización, por los procedimientos que se le realizan desde su ingreso como el electrocardiograma, la toma de muestra de sangre para los diferentes laboratorios entre ellos las enzimas cardiacas, toda la tecnología que se le instala al paciente: el monitoreo continuo de los signos vitales, la variedad de equipos que se le instalan como la oxigenoterapia, la canalización de vena para pasar las infusiones continuas de medicamentos, controladas por las bombas de infusión, todo esto se suma la separación de los cubículos que los lleva al aislamiento y la ausencia de la luz natural, separación de los familiares y de su vida laboral, todo esto genera en la persona sensaciones de soledad, abandono e incertidumbre, del no saber cuándo saldrá de allí, que procedimientos se le practicará y los posibles que sucederán.

La experiencia de los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio hospitalizados en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario se describe como una vivencia que genero muchos sentimientos, en la que exteriorizaron diversidad de emociones como: angustia, depresión, dolor, aislamiento, separación de sus familiares, impotencia cuando le realizaban el baño en cama, incomodidad por los procedimientos realizados con frecuencia, todo esto superado con el apoyo en la Fe colocada en un Ser Supremo, el cual lo tenían presente en todo momento.

Esta vivencia le implica al paciente con un Infarto Agudo del Miocardio un proceso de afrontamiento, que se caracteriza por una crisis dada por una situación para la que no se está preparado; por la adaptación a un espacio tan complejo y desconocido como lo es la Unidad de Cuidados Intensivo Coronario y finalmente, a la aceptación de la situación.

En la Figura 4-2 se resumen las categorías que componen la experiencia de estar hospitalizado en la UCC de una clínica de tercer nivel del Distrito de Barranquilla.

Figura 4-. Resumen las categorías que componen la experiencia de estar hospitalizado en la UCC de una clínica de tercer nivel del Distrito de Barranquilla



4.3 Análisis frente a la literatura

A continuación se realiza un contraste entre los hallazgos de la investigación, y el reporte de estudios relacionados con la experiencia, para enriquecer el análisis de la investigación.

Cuadro 4-7 Análisis frente a la literatura *"llegué muy angustiado, pero fui muy bien recibido por todas las enfermeras"*

COGIDO DESCRIPTOR: Atención con calidad humana**.**		
DESCRIPCIÓN	**ENUNCIADOS SIGNIFICATIVOS**	**ANÁLISIS FRENTE A LA LITERATURA**
Cuando las personas ingresan a la UCC llegan muy angustiadas Pero Su nivel de ansiedad cuando se sienten bien recibidos por el personal de enfermería que les atiende, se sienten acogidos, respetados, que reciben un cuidado diligente, con calidad humana.	*"En general todas fueron muy amables desde mi llegada muy, muy, muy amables, eh…., en momentos especiales…, en momentos de crisis eh…., se, sentí una, un alivio cuando me hablo una muchacha suavemente sin conocerme." (Llora).* (Participante 3 R S.) *"Yo llegué angustiado pero fui bien recibido… por todas las enfermeras que estaban en la sala corrieron a recibirme, me gustó mucho su calidad humana. Una de ellas me dijo el nombre."* (participante 6 E. D)	Confrontando la revisión de literatura, según Vargas (2007), para el personal de enfermería que labora es claro que la experiencia vivida por estos pacientes en situación crítica depende de la ansiedad y la angustia albergada, la cual está influenciada por las experiencias previas hospitalarias, sus creencias culturales como el temor a la muerte y a la necesidad de sus seres queridos, sumado a esto la sensación de impotencia frente a una situación amenazante sobre la cual no se tiene el control y depende de otros para salir triunfante.[65] Vargas, citando a Furegato (1999) manifiesta que los pacientes describen a las enfermeras como personas competentes, bondadosas entregadas y cariñosas que luchan a cada instante por el bienestar de quien cuidan, además están constantemente próximas para aliviar el dolor, el sufrimiento y propiciar alternativos de mejoría y distracción actual.[66]

[65] VARGAS, T Ruby E. Cuidado Humanizado al paciente críticamente enfermo: Enfermería pieza clave en la atención. En ciencia y cuidado. Vol. 4.N° 4. p.21-27. Cúcuta- Colombia, 2007. (Consultado el 13 de septiembre de 2013).Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=71509&id_seccion=4224&id_ejemplar=7143&id_revista=260

[66] FUREGATO, A.O. Que a população sabe e espera do enfermeiro.Gaucha Enf. Vol. 20, p.80-90. 1999. Citado por: [66] VARGAS, T Ruby E. Cuidado Humanizado al paciente críticamente enfermo: Enfermería pieza clave en la atención. En ciencia y cuidado. Vol. 4.N° 4. p.21-27. Cúcuta- Colombia, 2007. (Consultado el 13 de septiembre de 2013).Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=71509&id_seccion=4224&id_ejemplar=7143&id_revista=260

		En concordancia con lo anterior, el cuidado humanizado debe ser proporcionado por un profesional de enfermería con características especiales como son: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias de la otra persona, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana. [67] El reconocimiento de los sentimientos lleva a la actualización a través de la auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás. (Watson, 1979). [68] El desarrollo de una relación de ayuda – confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y autentico, La empatía es la capacidad para la experiencia y por lo tanto sirve para comprender las percepciones y sensaciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales (Watson, 1979). [69]

[67] Ibíd. Pág.24.

[68] MARRINER TOMEY Ann – RAILE ALLIGOOD Martha, Modelos y Teorías en enfermería, séptima edición, pág. 91- 104.

[69] Ibíd., pág. 95.

Cuadro 4-8. Análisis frente a la literatura: Experiencia traumática "¡Doctor, ya no resisto!"

CATEGORIA 2: Lo malo de estar hospitalizado en la UCC *"¡Doctor, ya no resisto!"*		
Código Descriptor: Experiencia traumática *"¡Doctor, ya no resisto!"*		
DESCRIPCIÓN	**ENUNCIADOS SIGNIFICATIVOS**	**ANÁLISIS FRENTE A LA LITERATURA**
La realización de un procedimiento invasivo sin previa explicación ocasiona en el paciente temor a lo desconocido, que se convierte en ansiedad y desesperación cuando observan, escuchan y sienten todo lo que se le está practicando. Para los participantes de estudio, todas estas series de procedimientos generaron temor y se convirtió en una experiencia traumática y dolorosa, al no explicarle previamente sobre los procedimientos que se les iban a realizar lo cual hacia que se sintieran angustiados, con temor, dolor intenso, sensación de no resistir más.	*"Yo si sentía que eso me iba cortando por dentro del brazo" eso ahí hasta dentro" y yo no podía más y yo le decía doctor ya no puedo resistir*." (Participante 1 L. G.) *Donde me hicieron el estudio veía que me metieron un líquido de contraste hay seño…. ¡Yo sentí que el mundo se me fue! y me corrió pa acá hasta que… y así se me reboso pa todo el corazón y yo decía, ay… no si yo me estoy acabando."* (Participante 2 V. F)	Contrastando los resultados de ésta investigación con la literatura consultada Beltrán (2007) dice que: la utilización de elementos tecnológicos de diagnóstico e intervención, la administración de ciertos medicamentos, tales como sedantes y anestésicos, la realización de procedimientos y controles frecuentes de constantes vitales hacen parte de los cuidados que se brindan a los pacientes que presentan una enfermedad crítica y están hospitalizados en una UCI. Y todos ellos tienen una especial importancia en los significados que los pacientes otorgan a la experiencia de estar enfermo.[70]

[70] BELTRÁN Op Cit. p.

Cuadro 4-9 Análisis frente a la literatura: Sensación de aislamiento *"¡Ay, esa soledad!" "El problema de los enfermos la soledad es la que los mata"*

CATEGORIA 2: Lo malo de estar hospitalizado en la UCC "¡Doctor, ya no resisto!"		
Código Descriptor: Sensación de aislamiento "¡Ay, esa soledad!" "El problema de los enfermos la soledad es la que los mata".		
DESCRIPCIÓN	**ENUNCIADOS SIGNIFICATIVOS**	**ANÁLISIS FRENTE A LA LITERATURA**
Las personas que se encuentran en una UCC tienen sensaciones de soledad debido a la pérdida del contacto físico con el medio externo, se sienten abandonados. Hay una sensación de tristeza y llanto muchas veces durante las noches porque no es usual separarse de la familia. Hay una sensación de que no hay nada que supla la soledad que vive.	*"¡Ay! Esa soledad, una soledad que uno, nosotros no quisiéramos porque uno llega ahí y ya!"* (Participante 2 V. F) "*Por la soledad no quería que fuera noche, porque entonces ya la soledad siempre…, en el día uno ve caminando a los médicos, enfermeras y las del aseo, se entretiene uno viéndola pa ya"* (Participante 6 E. D)	La literatura arroja que el ingreso se vivencia como una ruptura, el paciente es "arrancado" de su casa, de su familia y de su vida[71] [72] Los pacientes manifiestan sensación de desamparo físico y mental[73] y aislamiento.[74] Los pacientes engloban dentro de la palabra estrés a las situaciones que producen ansiedad, frustración, desaliento…, situaciones que además identifican como factor de riesgo de su enfermedad.[75]

[71] JAPÓN R D. Sobre una cama de UCI: una experiencia personal. Tempus Vitalis. Vol. 2.n°1. Año 20 Citado por: Gutiérrez, Blanca. Experiencias, Percepciones Y Necesidades En La UCI: Revisión Sistemática De Estudios Cualitativos. En: Revista Electrónica Cuatrimestral de enfermería. Vol. 7.N°12.Febrero de 2008. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822.

[72] RUBIO Rico, L. AGUARÓN García, M J. FERRATER C, M. TODA S, D. Vivir la UCI: Diferentes perspectivas. Cul Cuid 2002. Vol.6.N°. 12. Pág. 55-66. Citado por: Gutiérrez, Blanca. Experiencias, Percepciones Y Necesidades En La UCI: Revisión Sistemática De Estudios Cualitativos.En:Revista Electrónica Cuatrimestral de enfermería. Vol. 7.N°12.Febrero de 2008. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822.

[73] PIERA Orts, A M. La percepción de solitud en la UCI. Cul Cuid 2002 ene-jun Año.Vol.11.N°12.p.12-17 Citado por: Gutiérrez, Blanca. Experiencias, Percepciones Y Necesidades En La UCI: Revisión Sistemática De Estudios Cualitativos. En: Revista Electrónica Cuatrimestral de enfermería. Vol. 7.N°12.Febrero de 2008. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822.

[74] SOLANO Ruiz, M C. SILES González, J. Op Cit; p.5.

[75] GRANERO M, J. Muñoz R, F J. FERNÁNDEZ S, C. MARTÍNEZ P Y Cols. Mitos. Creencias y temores en la cardiopatía isquémica. En: Tempus Vitalis. Vol.2.Año 2002p. 36-50. Citado por: Gutiérrez, Blanca.

Categoría 2: Lo malo de estar hospitalizado en la UCC "¡Doctor, ya no resisto!"		
Código Descriptor: Experiencia desagradable con el momento del baño "Ese baño fue desastroso"		
DESCRIPCIÓN	**ENUNCIADOS SIGNIFICATIVOS**	**ANALISIS FRENTE A LA LITERATURA**
Para el paciente hospitalizado en la UCC que requiere reposo absoluto y es necesario realizarle el baño en cama, para él no es "apropiado" desvestirse delante de los otros. Los participantes del estudio desde su experiencia, el momento del baño generó en ellos invasión del espacio privado por el personal de enfermería por el solo hecho de permitir que realizaran el baño los lleva a una sensación de desnudez e invasión de las zonas más íntimas de su cuerpo, ellos se sienten cohibidos y no se sienten acostumbrados a que los estén bañando.	*"Ay, Dios mío, eso fue otra cosa cuando me hicieron el primer baño en la cama, imagínese uno no, está acostumbrado si no a echarse uno su agua y miércoles!:la vamos a bañar señora V…. Bueno me cogieron todo echaban para allá…. Y me bañaron con jabón."* (Participante 2 V. F) *"El baño ese es mi calvario porque, porque lo levantan a uno a bañarse a las cuatro de la mañana con ese frió que hace y el agua helase a quien se le ocurrió ese método de hacerlo en los hospitales que deben de cambiarlo."* (Participante 4 C. P.)	Confrontando los resultados con la revisión de literatura, estudios muestran que los pacientes quedan más ansiosos cuando realizan su baño en la cama que cuando realizan el baño de ducha.[76] En la literatura existen diversos estudios que evalúan la percepción de los pacientes frente al baño en la cama, siendo que los pacientes lo consideran como desagradable, vergonzoso, difícil, desconfortable, seco, frío, incompleto, deshumano, demorado, e insatisfactorio.[77]

Experiencias, Percepciones Y Necesidades En La UCI: Revisión Sistemática De Estudios Cualitativos.En: Revista Electrónica Cuatrimestral de enfermería. Vol. 7.N°12.Febrero de 2008. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822.

[76] DE LIMA, L Juliana y Cols. Comparación del nivel de ansiedad entre el baño de ducha y el realizado en la cama en pacientes con infarto agudo del miocardio. En: Rev. Latino-Am. Enfermagem. Vol. 10.N° 2. Marzo, 2010. (Consultado el día 16 de septiembre de 2013). Disponible en : www.eerp.usp.br/rlae

[77] Ibíd., pág. 3.

Cuadro 4-10. Análisis frente a la literatura: Experiencia desagradable con el momento del baño *"Ese baño fue desastroso"*

CATEGORIA 2: Lo malo de estar hospitalizado en la UCC "¡Doctor, ya no resisto!"		
Código Descriptor: "Uno se siente muy mal con ese alejamiento de los familiares"		
DESCRIPCIÓN	**ENUNCIADOS SIGNIFICATIVOS**	**ANALISIS FRENTE A LA LITERATURA**
La experiencia de estar hospitalizado en una UCC para los pacientes es una situación difícil y dolorosa para quienes la viven, en donde el horario de las visitas al estar sujeto al protocolo es muy corto para que ellos puedan compartir con sus familias lo cual genera en el paciente sentimientos de aislamiento, dolor, soledad y tristeza. El no poder estar con su familia hace más doloroso su estancia en la UCC, muchas veces las visitas son suspendidas por el estado crítico de otro paciente, no permitiéndoles la entrada y haciendo doloroso el no ver a sus familiares.	*"La visita para mi debe ser más tiempo apenas dan unos 15 minutos y vea ese tiempo pasa rapidito, rapidito."* (Participante 6 E. D) *"Usted sabe que el apoyo más grande del mundo se llaman los familiares, los familiares, entonces, este... uno se siente como muy mal sin, así sin / con ese alejamiento de los familiares."* (Participante 2 V. F)	La familia es el recurso de apoyo por excelencia con que cuentan los adultos dependientes. Por eso sus habilidades en el cuidado deben ser potencializadas. La presencia de la familia del adulto en muchas ocasiones son un soporte emocional continuo para los enfermos hospitalizados[78] Los pacientes necesitan estar todo el tiempo posible con su familia, con su esposo o esposa, y saber cómo se encuentran y cómo les está afectando el proceso. Necesitan relacionarse con otras personas para combatir la sensación de soledad que está viviendo en la UCI. Critican duramente las políticas restrictivas de visitas y la situación de aislamiento que para ellos caracteriza a estas unidades.[79] Cuando la mejoría es evidente, el paciente expresa su necesidad de distraerse.

[78] Zea MC, Torres BP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. Invest Educ Enferm. 2007; (25)1: 40-49.

[79] Fernández Molina, N. Necesidades de las personas ingresadas en UCI. Metas Enferm. Vol.9.No. 5. AÑO 2006. Pág. 19-26.

Cuadro 4-11. Análisis frente a la literatura: "Uno se siente muy mal con ese alejamiento de los familiares"

Categoría 2: Lo malo de estar hospitalizado en la UCC "¡Doctor, ya no resisto!"		
Código Descriptor: Dificultad de moverse por la presencia de aparatos		
DESCRIPCIÓN	**ENUNCIADOS SIGNIFICATIVOS**	**ANALISIS FRENTE A LA LITERATURA**
Según lo expresado por los participantes, la instalación de los equipos les ocasionaba incomodidad para moverse, algunos procedimientos les producían dolor, sensación de cortar por dentro el brazo, electrocardiograma y tomarle las muestras de laboratorio lo expresaban como fatal para ellos	*"Si un poco incómodo! los equipos puestos esos, un poco incómodo es más yo me quitaba el oxígeno porque parecía e para mi yo no lo necesitaba porque nunca me sentí ahogado así nada, pero lógico que eso es necesario pero en las noches me lo quitaba porque era como muy incómodo para dormir y el resto me fastidiaba mucho."* (Participante 5 H. R.) *"Yo empecé arrancarme todo lo que tenía puesto en el cuerpo y se dieron cuenta de todo eso también porque cuando me arranque la canalización comencé a botar sangre me estaba desangrando, entonces eso fue una experiencia muy fea."* (Participante 4 C. P.)	Contrastando los resultados de ésta investigación con la literatura consultada Beltrán (2007) dice que: la utilización de elementos tecnológicos de diagnóstico e intervención, la administración de ciertos medicamentos, tales como sedantes y anestésicos, la realización de procedimientos y controles frecuentes de constantes vitales hacen parte de los cuidados que se brindan a los pacientes que presentan una enfermedad crítica y están hospitalizados en una UCI. Y todos ellos tienen una especial importancia en los significados que los pacientes otorgan a la experiencia de estar enfermo.[80] Haciendo la confrontación de literatura, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ya sean Coronario o medico quirúrgicas son consideradas tradicionalmente como áreas generadoras de estrés: la amenaza vital que implica el ingreso en ella, la separación de seres queridos, el lenguaje incomprensible el miedo a las técnicas y procedimientos invasivos, diagnósticos o de tratamiento, algunos dolorosos; las situaciones bastantes desagradables como la pérdida de su independencia y autonomía a la hora de tomar sus propias decisiones tales como: el limitarle a realizar sus actividades en la cama, igualmente el baño, limitar la entrada de sus seres queridos, escuchar comentarios incomprensibles del equipo de salud los cuales son interpretados por el paciente como una realidad difícil que se avecina, entre otros; son algunas de las causas que favorecen este tipo de sentimiento y contrasta con aquellas pocas situaciones que se convierten en experiencias positivas[81].

[80] BELTRÁN Op. Cit. Pág.

[81] Ibíd.

Cuadro 4-12. Análisis frente a la literatura: Dificultad de moverse por la presencia de aparatos y Análisis frente a la literatura: "Confianza en Dios"

Categoría 3. Fe y confianza en Dios "Yo me entregué a las manos del médico y de Dios"		
Código Descriptor: "Confianza en Dios"		
DESCRIPCIÓN	**ENUNCIADOS SIGNIFICATIVOS**	**ANALISIS FRENTE A LA LITERATURA**
Las personas que padecen una enfermedad súbita como el IAM donde la vida se ve seriamente comprometida, expresan temores, miedo a la muerte lo que los lleva a un estado de aferrarse a un Ser Supremo, depositando toda su confianza y un sentimiento de esperanza que les proporciona mucha fuerza, esta conexión con esa fuerza poderosa se logra a través de la oración y del afianzamiento de la creencia en Dios, en una creencia única.	*"Con la fe en Dios que es lo más grande que uno tiene, hay un sentimiento de esperanza que le da a uno mucha fuerza."* (Participante 7 H. G)	En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el profesional de enfermería debe ser uno con un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte.[82] Los seres humanos fuimos creados por Dios a su imagen y semejanza, nuestro ser está compuesto por un cuerpo, alma y espíritu[83]. Esta importante dimensión del hombre es comprendida como un encuentro de auto conocimiento del ser con su dimensión más fiel y bella - la espiritual - que posibilita una conexión consigo mismo y con Dios, donde se alcanzan recursos inigualables que influyen en la vida humana y en sus relaciones con el Todo[84].Es la esencia, el centro de nuestro ser que envuelve todos los aspectos de la vida de manera unificadora[85]. Las personas religiosas, necesitan de sus creencias como una fuente de confort y una ayuda para transitar este proceso. Pero más que un sentimiento religioso, se trata de un componente espiritual, común a todos los seres humanos, independientemente de que sean religiosos o no[86]

[82] COLLADO MARTINEZ, Ruth. Cuidado espiritual labor del personal de enfermería. En Revista 360 / No 5/2010.Uniersidad Interamericana de Puerto Rico-Recinto de Ponce.
Disponible en: http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf

[83] 1ra T0esalonicenses 5-23, la santa biblia versión reina Valera 1960.

[84] DEZORZI LW. Diálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

[85] MCSHERRY W, CASH K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. Int J Nurs Stud 2003; 1(3):1-11.

[86] FERNÁNDEZ M, Op cit, p.5.

Cuadro 4-13. Análisis frente a la literatura: Perdida de la percepción del tiempo

CATEGORIA 4: Pérdida de la percepción del tiempo "uno pierde ese tiempo que no sabe si es de mañana si es de noche si es de medio día, yo preguntaba mucho la hora"		
Código Descriptor: Perdida de la percepción del tiempo		
DESCRIPCIÓN	**ENUNCIADOS SIGNIFICATIVOS**	**ANALISIS FRENTE A LA LITERATURA**
Para los participantes, la experiencia de estar hospitalizado en la UCC les ocasionó desorientación al no saber si era de día o si era de noche, por ende hay pérdida de la noción del tiempo. Desde su propia experiencia, el estar todo el tiempo en la UCC y la pérdida de contacto que se vive no les permite tener la oportunidad de mirar e interactuar en el entorno generando vacío, soledad, temor e incertidumbre a lo que vendrá. Por medio de algunas actividades se logra ubicar en el tiempo y son las relacionadas con el baño, el horario de las comidas, en los cambios de turno de enfermería.	*"Me subieron a la UCI, a partir de ahí, yo no sabía nada del día ni de la noche hasta que me trasladaron a piso, ya después del pos – operatorio."* (Participante 4 C. P.) *"Las noches pasaban como todo el día ahí acostado, una inquietud en esa cama, deseando ya que pasara…, porque el día y la noche es igual lo único que ve uno ahí son los que hacen los cambios de turno."* (Participante 1 L. G.)	El trabajo del equipo de salud favorece que las lámparas usualmente adheridas al techo y que iluminan la cara y cuerpo del paciente permanezcan encendidas las 24 horas; de manera adicional, generalmente los pacientes críticos son sometidos a una gran cantidad de procedimientos invasivos, como paso de catéteres e intubación orotraqueal, lo cual requiere adecuada iluminación, pero, genera la pérdida de la sensación de día y noche en el individuo, al igual que de la noción del tiempo, del ciclo del sueño y de la rutina de las comidas. *Achury y Achury, 2010.*

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

La experiencia del haber estado en una Unidad de Cuidado Intensivo se describe a través de cuatro categorías:

La categoría: El primer contacto con la UCC “Llegué muy angustiado, pero fui muy bien recibido por todas las enfermeras”, de esta categoría surgió un solo código descriptor**:** Atención con calidad humana.

La categoría: Lo malo de estar hospitalizado en la UCC, de esta categoría surgieron 5 códigos descriptores: Experiencia traumática “¡Doctor, ya no resisto!”. Sensación de aislamiento “¡Ay, esa soledad!” “El problema de los enfermos la soledad es la que los mata”. Experiencia desagradable con el momento del baño “Ese baño fue desastroso”. “Uno se siente muy mal con ese alejamiento de los familiares”. “Con un poco de aparatos no me podía mover”.

La categoría: Fe y Confianza en Dios de esta categoría surgió un solo código descriptor: Confianza en Dios para que todo salga bien “Yo me entregué a las manos del médico y de Dios”

La categoría: Pérdida de la percepción del tiempo “uno pierde ese tiempo que no sabe si es de mañana si es de noche si es de medio día, yo preguntaba mucho la hora” de esta categoría surgió un solo código Descriptor: Perdida de la percepción del tiempo

Para los participantes fue positivo el recibimiento que le brindó el personal de enfermería disminuyendo la angustia y el temor por la que pasaban en esos momentos, para ellos fue importante encontrar personas que sin conocerlos le dieron un trato con calidad humana. Al igual pasaron por situaciones negativas dolorosas, traumáticas cuando le realizaron procedimientos invasivos, sumado el ambiente frío de la unidad, el aislamiento por la separación de sus seres queridos, la no identificación del día y la noche, la realización frecuente de procedimientos, además el horario de visita restringido por el poco tiempo que se le asigna, para ellos fue importante aferrarse a un Ser Supremo en

los momentos de soledad, tristeza, separación de la familia, reconociendo que sin Dios no podían salir adelante y que gracias a él lograron salir de ese encierro y volver a estar con sus familiares

Cabe resaltar que dentro de esta investigación una base fundamental es la teoría del cuidado humanizado de la Doctora Jean Watson[87] quien sostiene que ante el riesgo del cuidado en el mundo, se hace necesario, el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en los diferentes ámbitos tales como el clínico, administrativo y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Si se parte de esta teoría podemos darnos cuenta que el cuidado humano brindado a los pacientes de la UCI dependerá del compromiso ético y legal que posee cada enfermera (o) al realizar y proteger la dignidad del ser humano. De modo que es viable que los resultados de esta investigación contribuirán hacia el mejoramiento en la atención que brinda el personal de enfermería a los pacientes que ingresan al servicio de UCC, haciendo énfasis en el cuidado humanizado.

5.2 Recomendaciones

Los resultados de este estudio permiten indicar algunas recomendaciones tanto para la asistencia, como para la docencia, la investigación y la generación de políticas.
A continuación se enuncian las recomendaciones en cada área derivadas de los hallazgos.

Recomendaciones para la práctica. La enfermera que labora en estos servicios debe reconocer la necesidad de los pacientes que ingresan a estas Unidades, deben estar preparados para asumir cada uno de los sentimientos de los pacientes, dedicar más tiempo con ellos identificar que sienten de manera individualizada cada paciente.

La enfermera que labora en la UCC manejando pacientes con Infarto Agudo del Miocardio, para poder brindar una atención asertiva con calidad humana debe implementar programas que permitan una sensibilización sobre la parte humana desde el estudio de esta experiencia de estar hospitalizado en una UCC.

Generar estrategias que minimicen el impacto generado por los procedimientos a que son sometidos estos pacientes, a través de una buena comunicación, explicándoles en que consiste el procedimiento.

Disminuir las incomodidades ocasionadas por la cantidad de equipos y dispositivos que se le instalan, proporcionándoles información de la necesidad de tenerlos instalados.

[87] WATSON. Op. cit., p. 320.

El protocolo restringido del tiempo y el número de personas que deben ingresar en las horas de visita se debe tener en cuenta para poder satisfacer las necesidades de las personas que se encuentran hospitalizadas en las UCC. Ampliar el horario de las visitas varias veces durante el día.

Es importante tener en cuenta ciertas precauciones que se deben tomar a la hora de realizar el baño y los procedimientos. Este no puede constituirse como una camisa de fuerza a temprana horas de la mañana teniendo en cuenta el estado del paciente y la temperatura del agua fría que utilizan y las condiciones climáticas del ambiente frió en la UCC

Para la institución: Desarrollar políticas flexibles en el horario de visita que tengan en cuenta las necesidades de los pacientes, su familia y enfermeras, con el objetivo de garantizar un equilibrio entre el paciente y los miembros de la familia y sus necesidades de estar con sus seres queridos.

Crear espacios para el fortalecimiento del cuidado humanizado, dirigido a todo el personal que labora en el servicio de Cuidado Intensivo Coronario.

Mecanismos de divulgación y socialización de la investigación. Socializar estos resultados con el personal que labora en servicio de Cuidado intensivos Coronarios (UCC) de la Clínica de tercer nivel del Distrito de Barranquilla y los estudiantes de enfermería de la Universidad Simón Bolívar. Que les permita conocer las experiencias vividas por los pacientes hospitalizados en este servicio.

Socializar los resultados en seminarios o ponencias con enfoque investigativo en el cuidado de enfermería de los paciente con Infarto Agudo del Miocardio.

Publicar los resultados en una revista científica y se propondrán estrategias para el avance en el conocimiento y el empleo de los resultados.

Para la Investigación. Continuar con las investigaciones de estudios cualitativos fenomenológicos por su gran utilidad en la práctica de enfermería teniendo en cuenta que los resultados nacen de las experiencias vividas por los pacientes al estar hospitalizados y muchas veces enfermería no alcanza a dimensionar estos acontecimientos, pero que al conocer estas experiencias y vivencias enfermería puede fortalecer la atención a estos pacientes brindado un cuidado congruente con la realidad.

Anexo A. Consentimiento informado

Apreciado (a) Participante:

El presente estudio se realizará con el objetivo de: Describir la experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos por un Síndrome Coronario Agudo.

La importancia de hacer éste estudio radica en que se hace necesario seguir profundizando en la experiencia vivida de los pacientes que son sometidos a una Unidad de Cuidados Coronarios. Desde la propia experiencia se hará un aporte a las intervenciones de cuidado.

Esta entrevista será realizada por la enfermera, ERNESTINA SANTIAGO DE CASTRO en calidad de investigador, natural del Municipio de Puerto Colombia, Departamento del Atlántico, con cc No. 22´578.663 de Puerto Colombia.

Se protegerá la información obtenida a partir de las entrevistas y en el momento que usted lo desee se podrá retirar del estudio, respetando el derecho de Autonomía y el derecho a la confidencialidad de la información.

Finalmente, con fines de resolver dudar en relación al estudio puede existir comunicación con el investigador al siguiente teléfono: 3013257887.

PARTICIPANTE

Nombre y Apellidos: _____
Documento de identificación: _____de _____
Ciudad: _____Fecha: _____
Dirección: _____Teléfono: _____

Por medio del presente escrito manifiesto que la investigadora me ha explicado correctamente en qué consiste el estudio y la entrevista; razón por la cual expreso voluntariamente que comprendo los alcances de la investigación y acepto la participación en el mismo, el cual refrendo con mi firma.

Firma: _____

INVESTIGADORA QUE SOLICITA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y apellidos: _____
Cédula de Ciudadanía: _____ de _____
Ciudad: _____Fecha: _____
Dirección: _____Teléfono: _____

Firma: _____

Anexo B: Cartas de aval

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE GESTION E INVESTIGACIÓN

UGI-0249-2011
Bogotá D.C., 24 de noviembre de 2011

Profesora
MAGDA LUCIA FLOREZ
Coordinadora Posgrados de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de Maestría en Enfermería "LA EXPERIENCIA DE ESTAR HOSPITALIZADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS EN UNA CLÍNICA DE TERCER NIVEL DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA" de la estudiante Ernestina Santiago de Castro, directora profesora Elizabeth Vargas Rosero.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)

SANDRA GUERRERO GAMBOA
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Copia: Profesora Elizabeth Vargas Rosero.

ciencia, tecnología e innovación para el país
Carrera 30 # 45.03 Torre de enfermería, Edificio 101, Piso 8 Oficina 805
Conmutador: 57 (1) 3165000 Extensión 17020
Telefax: 57 (1) 3165000 Extensión 17021
Correo ugi_febog@unal.edu.co
Bogotá Colombia, Sur América

Anexo C. Carta de Solicitud a la Clínica Objeto de estudio

Barranquilla, Mayo 4 del 2011

Dra. LOURDES BASSA
DIRECTORA MÉDICA
CLINICA REINA CATALINA

E. S. D.

Cordial saludo:

Soy enfermera, docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, actualmente, realizando el anteproyecto de la tesis titulada: "Significado de las experiencias de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos coronaria de la Clínica Reina Catalina en el distrito de Barranquilla 2011". Para optar el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la salud cardiovascular en la Universidad Nacional de Colombia, en convenio con la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla.

El objetivo general de la investigación es: Describir el significado de las experiencias de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos coronaria de la Clínica Reina Catalina del Distrito de Barranquilla durante el periodo comprendido en el primer semestre del 2011.

Corresponde a una investigación cualitativa de tipo fenomenológico, con el enfoque de Colliazzi, *ya* que este tipo de diseño permite identificar el significado de las experiencias de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo coronario, para orientar intervenciones de enfermería y contribuir a disminuir complicaciones generadas por la angustia y el estrés teniendo en cuenta las practicas de cuidado y su significado, que permitirá ofrecer un cuidado de enfermería oportuno humanizado a los pacientes con síndrome coronario.

Por lo anterior, muy comedidamente le solicito la autorización para poder ejecutar la investigación y publicar los resultados con fines académicos en revistas indexadas y en

eventos científicos, ya que los resultados permitirán fortalecer la práctica del cuidado de enfermería en el área cardiovascular. Así mismo, tendrá un impacto social, porque al identificar el significado de las experiencias de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos coronarios, servirá para que las enfermeras y demás profesionales del equipo de salud intervengan efectivamente, disminuyendo la brecha entre el cuidado genérico y el cuidado profesional, lo que permitirá reducir la angustia, el estrés, el temor que genera estar hospitalizado en estos servicio.

Me comprometo a socializar ante la institución que Ud. representa, los resultados de la investigación una vez finalice.

Agradezco de antemano todo el apoyo que me pueda brindar en este importante aporte del cuidado de enfermería.

Anexo un ejemplar del proyecto de investigación.

Atentamente,

ERNESTINA SANTIAGO DE CASTRO
Estudiante Maestría en Enfermería
En Convenio Universidad Nacional de
Colombia Y Universidad Simón Bolívar

ELIZABETH VARGAS ROSERO
Profesora U. Nacional de Colombia
Directora de Tesis

CLINICA REINA CATALINA
& Cia. Ltda.
HORA
11 MAYO 2011
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
SUJETO A VERIFICACION
NO IMPLICA ACEPTACION

Anexo D. Carta de autorización del Comité de Ética de la Clínica

CLINICA REINA CATALINA

Barranquilla 11 de Mayo 2012

Enfermera:

ERNESTINA SANTIAGO DE CASTRO
Candidata a magíster en Enfermería con Énfasis en Cardiovascular
Universidad Nacional de Colombia

Cordial Saludo

El comité de ética de investigación de la Clínica Reina Catalina, autoriza la realización del estudio “La experiencia de estar hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos coronaria de la Clínica Reina Catalina 2012”.

Esperamos haber dado respuesta a su solicitud y la retroalimentación de la información obtenida

Atentamente

SANDRA NADER

COORDINADORA DE ENFERMERA
MIEMBRO DE COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION

Bibliografía

ÁLVAREZ Y. Unidad de cuidados intensivos: Un campo inexplorado por el psicólogo en Chile. Disponible en:

ALVIS C., Tania. et al. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá Unibiblos, 2002.

ALZATE Martha Gerencia del cuidado de enfermería en dimensiones del cuidado. Facultad de enfermería. Santa Fe de Bogotá: Unibiblos, 1998.

AMORÓS-CERDA Y Cols. Percepción de la intimidad de pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados intensivos Coronarios. En: Enferm Intensiva. 2008; Vol. 19 Nº 4. Pag.193-203.(Citado el día 9 de marzo de 2011).Disponible en Internet en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2783407

BAYER, Gloria Lucía. LOS COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN. Objetivos, funcionamiento y principios que buscan proteger. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [en línea] 2008, vol. 10 [citado 22 de marzo de 2011]. Disponible en Internet:

ARIZA NAVARRO María Concepción, LABORDE CARDENAS Carmen, LARROTA VELASCO María Patricia, ORTÍZ AGÜERO Belinda, ROMERO MASSA Elizabeth. Calidad de atención de enfermería en pacientes con síndrome coronario agudo en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Barranquilla 2004

ARIZA OLARTE, Claudia. La excelencia del cuidado, un reto para la enfermería.
BALANZA, Graciela Noemí. El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado. Concepción: Universidad de Concepción, 1997.

BARNUM, BJS. Teoría de enfermería, análisis, aplicación, evaluación. Filadelfia: Lippincott, 1994.

BARRANQUILLA ES NOTICIA. La salud en la ciudad [en línea], Barranquilla, Barranquilla es noticia, 2010, [citado 28-08-2010]. Disponible en Internet: http://www.barranquillaesnoticia.com/Documentos/Articulo.php?id=199

BEAUCHAMPT, L y CHILDRENS, Principios de ética biomédica, Barcelona: Massón, 1999.

BELTRÁN SALAZAR, Oscar Alberto. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI. Medellin: Universidad de Antioquia, 2007. Pág. 1.

BETTENCOURT, N y Cols. Impact of cardiac rehabilitation on quality of life and depression after acute coronary syndrome. Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Vila Nova de Gaia, Portugal. PMID: 16041965 [PubMed - indexed for MEDLINE]Free Article.(Citado el dia 9 de marzo de 2011) Disponible en Internet en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16041965

BENNER, Práctica progresiva en Enfermerìa.Barcelona.Grijalbo.1987.p.77 109-78.

BELTRÁN SALAZAR, Oscar Alberto. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. En: Investigación y Educación en Enfermería. Enero-junio, 2009, vol. 27, no. 1, p. 102. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI. Medellín: Universidad de Antioquia, 2007.

BELTRÁN SALAZAR, Oscar Alberto. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI. Medellín: Universidad de Antioquia, 2007. Pág. 1.

BELTRÁN BOHÓRQUEZ Javier R, BELTRÁN PINEDA Ricardo, CAICEDO AYERBE Víctor M, Guías colombianas de cardiología Síndrome coronario agudo sin elevación del ST, Vol. 15 . Nº 3, Año 20o8 Revista colombiana de cardiología. Consultado el día 12 de septiembre de 2013. Disponible en: scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/8-guia-enf-coronaria-2008.pdf

BERMEJO, J. Salir de la noche por una enfermería humanizada. España: Salterrae, 1999.

BERMUDEZ, B. BERNARDO CHICA. Integración de la gestión hospitalaria: una experiencia positiva. Medellín: Corporaciones para Investigaciones Biológicas, 1998.

BELTRÁN BOHÓRQUEZ Javier R, BELTRÁN PINEDA Ricardo, CAICEDO AYERBE Víctor M, Guías Colombianas de cardiología Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST, Vol. 15. Nº 3, p. 147 Año 2008 Revista Colombiana de Cardiología. Consultado el

día 12 de septiembre de 2013. Disponible en: scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/8-guia-enf-coronaria-2008.pdf

BRUSCO. Humanización de la asistencia al enfermo, centro de humanización de la salud. España: Salterrae, 1998.

CABEZUDO Torres, Martina Mirtha y CANTUARIAS Noriega, Nélida. Vivencias de los familiares de pacientes con ventilador mecánico en la Unidad De Cuidados Intensivos. Estudio fenomenológico. *In Crescendo*, ene.-jun. 2011, vol.2, no.1, p.79-95. ISSN 2222-3061.Disponible en:
http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S2222-30612011000100008&script=sci_arttext

CARABALLO, A Jimmy. La Cardiopatía Isquémica.(Consultado el día 1 de marzo de 2011).Disponible en Internet en: http://www.monografias.com/trabajos65/cardiopatia-isquemica/cardiopatia-isquemica 2.shtml
http://www.monografias.com/trabajos65/cardiopatia-isquemica/cardiopatia-isquemica 2.shtml

CARU, Antonella y COVA, Bernard. Revisando el concepto de experiencia. Una completa vista del concepto. En: Marketing Theory [online] 2003, 3.267. Disponible en línea en: <http://mtq.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/2/267>

COLOMBIA**.** MINISTERIO DE SALUD**.** RESOLUCIÓN Nº 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993)

COLLADO MARTINEZ, Ruth. Cuidado espiritual labor del personal de enfermeria. En Revista 360 / No 5/2010.Universidad Interamericana de Puerto Rico-Recinto de Ponce. Disponible en:
http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf

CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS. Pautas éticas internacionales para investigación biomédica en seres humanos, preparadas por el consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas CIOMS, en colaboración con la organización mundial de la salud, Chile 2003, Pág. 21-87.

CORAL IBARRA, Rosa. MORENO PRIETO, Dayana. MUÑOZ HERNÁNDEZ, Yolanda. PINILLA PINTO, Diana; SUÁREZ RODRÍGUEZ, Yaneth. Significado del cuidado humanizado en las egresadas de la Facultad de Enfermería. En: Enfermería Intensiva. Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. 18 Nº 4. 2009. Pág. 247

CALERO MARTÍN DE VILLODRES, Paloma. La enfermería y la humanización [en línea], Granada, Índex de enfermería, 2004. Disponible en Internet: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200015

CARU, Antonella y COVA, Bernard. Revisando el concepto de experiencia. Una completa vista del concepto. En: Marketing Theory [online] 2003, 3.267. Disponible en línea en: <http://mtq.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/2/267>

CASTILLO, Edelmira y VASQUEZ, Martha Lucia. El rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa, Colomb med 2003; 34: Universidad del Valle, Facultad de Enfermería. Citado el 21de marzo de 2011. Disponible en: http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No3/cm34n3a10.htm

CIBANAL, L y ARCE, M. La relación enfermera paciente. España: Universidad de Alicante, 1991. Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Barcelona: Doyma, 1992.

COHEN JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. Journal of Advanced Nursing 1991.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 266. (25 enero, 1996). Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C.: 1996. No. 42710.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 911. (5 octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C.: 2004. No. 45693.

CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS. Pautas éticas internacionales para investigación biomédica en seres humanos, preparadas por el consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas CIOMS, en colaboración con la organización mundial de la salud, Chile 2003.

DEL BARRIO, Miriam et al. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidado intensivo. Estudio fenomenológico. En:, 2001, vol. 12, no. 3, Pág., 133-145

DE LIMA, L Juliana y Cols. Comparación del nivel de ansiedad entre el baño de ducha y el realizado en la cama en pacientes con infarto agudo del miocardio. En: Rev. Latino-

Am. Enfermagem. Vol. 10.N° 2. Marzo, 2010.(Consultado el día 16 de septiembre de 2013). Disponible en : www.eerp.usp.br/rlae

DEWEY, John. Experience and Nature. 1 ed. New York: Dover Publication Inc. 1958, p. 42. ISBN: 0-486- 20471-5.citado por: SOTO LESMES, Virginia Inés. Experiencias de las adolescentes embarazadas en la localidad de Kennedy, en la ciudad de Bogotá; Las adolescentes desean ser madres pero…; Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Colombia; Facultad de Enfermería; 2009. pág. 43.

DEZORZI LW. Diálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da Universida de Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
Fernández Molina, N. Necesidades de las personas ingresadas en UCI. Metas Enferm. Vol.9.nº 5.AÑO 2006.P.19-26.

Fernández Molina, N. Necesidades de las personas ingresadas en UCI. Metas Enferm. Vol.9.Nº 5. AÑO 2006. Pág. 19-26.

FICHTE, Johann Gottlieb, *Grundlage der gesamten Wissenschaftslehre* (1794, 17982), en: *Werke*, ed. por I.H. Fichte, Berlín 1845-1846. Reimpresión W. de Gruyter, Berlin, 1971, vol. I, pp. 27-328, cita pág. 222.Citado por: AMENGUAL, Gabriel. El concepto de experiencia de Kant a Hegel.Topicos N°15, 2007.En: Revistas Científicas de América Latina, el Caribe España y Portugal.p.5-30. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/288/28811907001.pdf

FOUCAULT, “La vie, La experience et la ciencie”. p. 773. Citado por: AMENGUAL, Gabriel. El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. Tópicos [online]. 2007, n.15 [citado 2013-08-13], pp. 1-20. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1666-485X.

FUREGATO, A.O. Que a população sabe e espera do enfermeiro.Gaucha Enf. Vol. 20, p.80-90. 1999. Citado por: VARGAS,T Ruby E. Cuidado Humanizado al paciente críticamente enfermo : Enfermería pieza clave en la atención. En ciencia y cuidado. Vol. 4.N° 4. Pág. 21-27. Cúcuta- Colombia, 2007. (Consultado el 13 de septiembre de 2013).Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=71509&id_seccion=4224&id_ejemplar=7143&id_revista=260

GALENDE, Inés Problemas éticos de la utilización de seres humanos en investigación biomédica. Consecuencias sobre la prescripción de medicamentos. Med Clin (Barc) 1993; 101: 20-23. España.

GARCIA, TR, NOBREGA, NML. Contribución a las teorías de enfermería para el crecimiento del área profesional. En: Revista Brasilera de Enfermería. Marzo-abril, 2004, Vol. 57, No. 2.

GEYMONAT, Ludovico. Historia de la Filosofía y de la Ciencia. 3 reimpresiones Barcelona. Grijalbo Monddori. 2000. p. 28. ISBN: 84-7423-893-5. Citado por: SOTO LESMES, Virginia Inés. Experiencias de las adolescentes embarazadas en la localidad de Kennedy, en la ciudad de Bogotá; Las adolescentes desean ser madres pero…; Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Colombia; Facultad de Enfermería; 2009. p 41.

GOBERNACIÓN DEL ATLANTICO. Secretaria de salud. Plan de Desarrollo del Departamento del Atlántico. (2008 – 2011). Pág. 21. [Consultado septiembre 5 del 2013]. Disponible en: http://www.atlantico.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=114

GUIRAO G, Joseph. La espiritualidad como concepción holistica de salud. En: Revista de enfermería. Vol.7.Nº 1. Año. 2013.

GUÍAS COLOMBIANAS DE CARDIOLOGÍA. SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST (ANGINA INESTABLE E INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL ST) Revista Colombiana de Cardiología. Diciembre de 2008. Vol. 15 Suplemento 3 ISSN 0120-5633

GUILLEN SALAZAR, Leda María, CANTUARIAS NORIEGA, Nélida. Vivencias del paciente adulto hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barron

GRANERO M, J. Muñoz R, F J. FERNÁNDEZ S, C. MARTÍNEZ P Y Cols. Mitos. Creencias y temores en la cardiopatía isquémica. En: Tempus Vitalis. Vol.2.Año 2002 pág. 36-50. Citado por: Gutiérrez, Blanca. Experiencias, Percepciones Y Necesidades En La UCI: Revisión Sistemática De Estudios Cualitativos. En: Revista Electrónica Cuatrimestral de enfermería. Vol. 7.N°12.Febrero de 2008. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822.

HENDERSON, Virginia. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: CIE, 1961.

HERNÁNDEZ Zoila, Vásquez José y Alejandra Ramos. Depresión en adultos mayores hospitalizados. En Revista electrónica Salud y Sociedad.Vol3 No1.2012.Disponible en: http://www.medicinasaludysociedad.com/site/images/stories/3_1/3_1Depresion_Adultos_Mayores.pdf

HERNÁNDEZ GARCIA, A M. Relaciones interpersonales en la interacción enfermo-paciente. España: Enfermería clínica, 2007.

HERNÁNDEZ MÉNDEZ. Solanger. Planteamientos sobre enfermería desde una concepción filosófica. Murcia: Universidad de Murcia, 2003.

HICKMAN, JS. GEORGE, JB. Introducción a la teoría de enfermería y fundamentos a la práctica profesional. Editorial ates médicas 2000
http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/unidadcuidadosintensivos.pdf
http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=145212853002.
http://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewFile/1602/1999
ISSN 0124-2059.

JANICE M, MORCE, Joan L. Asuntos criticó en los métodos de investigación cualitativa.

JAPÓN R D. Sobre una cama de UCI: una experiencia personal. Tempus Vitalis. Vol. 2.n°1. Año 20 Citado por: Gutiérrez, Blanca. Experiencias, Percepciones Y Necesidades En La UCI: Revisión Sistemática De Estudios Cualitativos. En: Revista Electrónica Cuatrimestral de enfermería. Vol. 7.N°12.Febrero de 2008. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822.

JARAMILLO, N. Enfermedad Coronaria. Enfermería Cardiovascular. Bogotá: Distribuna; 2008, p.544.Citado por: MILLAN EILLEN Y DIAZ. H Luz p. Experiencia del dolor torácico en la mujer con Infarto del Miocardio.

LAGARES Melvis. Experiencia del paciente coronario frente a la terapia de rehabilitación cardiaca en una institución de cuarto nivel en Cartagena. Trabajo de grado Enfermería. Bogotá D C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2011, Pág. 126.

LEININGER, M. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. Qualitative research methods. Beverly Hills: Sage Publications, 1994. Citado por: CASTILLO, Edelmira y VASQUEZ, Martha Lucia. El rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa, En: Colombmed [online] 2003, no 34, [Citado el 12 de Abril de 2010] pp. 164-167. Universidad del Valle.

LINCOLN YS, GUBA EG. Naturalistic inquiri. Beverly Hills: Sage Publications; 1985. Citado por: CASTILLO, Edelmira y VASQUEZ, Martha Lucia. El rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa, Colomb med 2003. Universidad del Valle, Facultad de Enfermería. (Citado el 22 de marzo de 2011). Disponible en: http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No3/cm34n3a10.htm

LOPEZ, E Raúl. DESLAURIERS, Jean-Pierre. La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. En: Revista Margen. Vol. 61. Universidad Autónoma de Nuevo León, México, Junio de 2011.

MARCHESI, Pier Luigi, Por un hospital más humano. Madrid: Paulinas, 1986.

MARDONES, José María. Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Barcelona: Antrophos, 2001.

MARQUEZ, Susana. Cuidar con cuidado. En Enfermería Clínica. Vol. 5. No. 6.

MARRINER TOMEY Ann –RAILE ALLIGOOD Martha, Modelos y Teorías en enfermería, séptima edición, pág. 91- 104.

MARTÍNEZ, Qués A y Cols . Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. Rev Enferm Cardiol -Esp- 2005. Primer cuatrimestre Año XII: (34):15-21. Citado por: Gutiérrez, Blanca. Experiencias, Percepciones Y Necesidades En La Uci: Revisión Sistemática De Estudios Cualitativos. En: Revista Electrónica Cuatrimestral de enfermería. Vol. 7.N°12.Febrero de 2008. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822

MCSHERRY W, CASH K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. Int J Nurs Stud 2003; 1(3):1-11.

MERCADO, Carmen A. Cuidado humano, el corazón de la enfermera. En: Revista Impulso, 1998, Vol. 23, No 2.

MINISTERIO DE SALUD REPUBLICA DE COLOMBIA. Resolución 004830, 4 de octubre de 1993. Santafé de Bogotá. 1993.

MINNER D.Puuting a puzzle together: Maquing spirituality meaningful for nursing using an envolving theoretical framework.Jurnal of clínica Nursing 2006; 15: 811-821.Citado por: GALVIS Alexandra y Pérez Beatriz. pespectiva spiritual de la mujer con cancer. En Aquichan vol. 11.No3.2011 .Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657 59972011000300003&script=sci_arttext&tlng=es

MOHSEN SHAHRIARI y Cols. Patients experiences of cardiac Rehabilitation Effect. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Autumn 2007; Vol 12, No 4. (Citado el día 9 de marzo de 2011).

MOSER DK, DRACUP K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? En: Psychosom Med. Vol.58.N° 5.p. 395-401. Año,1996. Citado por: DE LIMA, L Juliana y Cols. Comparación del nivel de ansiedad entre el baño de ducha y el realizado en la cama en pacientes con infarto agudo del miocardio. En: Rev. Latino-Am. Enfermagem. Vol. 10.N° 2. Marzo, 2010.(Consultado el día 16 de septiembre de 2013). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

MUÑOZ MALDONADO, Paz y SORIANO MÁRQUEZ, Erika. Relaciones interpersonales del personal de enfermería y su influencia en la calidad de la atención del paciente coronario. En: Revista de Ciencias de la Salud. 2007, Vol. 2, No. 1.

NAVARRO, LECHUGA. Edgard y Cols. Análisis de la Situación de salud del Atlántico. Gobernación del Atlántico Universidad Del Norte.2004-2005.Barranquilla- Colombia. Ediciones Uní norte. ISBN958-8252-40.

NÚÑEZ, Maritza. El cuidado un poco de historia [en línea], República Dominicana, Cuidados Enfermeros, 2006, [citado 29-08-2010]. Disponible en Internet: http://cuidadosenfermeros.blogspot.com/2006/07/el-cuidado-un-poco-de-historia.html

ORTEGA, Benítez. Humanización en la atención urgente. En: Emergencias, 2004.

PARRADO, L Yaneth M. CARO, CASTILLO Clara V. Significado, Un conocimiento para la práctica de enfermería. En: Avances en enfermería. Vol. 26. P. 116. 125. Bogotá-Colombia, 2008. Disponible en:
http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/XXVI2_13.pdf

PATERSON, Josephine G y ZDERAD, Loretta T, Enfermería humanística. Nueva York: Ane, 1988. Pág. 30

PATXI AYERA, Mari: Humanizar la salud "querido Dios, cartas de esperanzas". 9 ed. Madrid: Saltérrea, 2004.

PEITCHINIS H A. La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes Versión española de S Díaz- Sepúlveda. Madrid: Alambra, 1982. En: Nursing, 1986, Vol. 9, No. 2.

PÉREZ de Ciriza A, Otanmmendi S, Ezenarro A, Asiain M.C Factores desencadenantes de estrés en cuidados intensivos. Enfermería Intensiva, 1996; 7 (3): 95-103.Citado por: SOLANO RUIZ, Mª del Carmen y SILES GONZALEZ, José. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. Index Enferm [online]. 2005, vol.14, n.51 [citado 2011-03-16], pp. 29-33. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296. doi: 10.4321/S1132-12962005000300006.

PIERA Orts, A M. La percepción de solitud en la UCI. En: Cul Cuid 2002 ene-jun Año.Vol.11.N°12.p.12-17. Citado por: Gutiérrez, Blanca. Experiencias, Percepciones Y Necesidades En La UCI: Revisión Sistemática De Estudios Cualitativos. En: Revista Electrónica Cuatrimestral de enfermería. Vol. 7.N°12.Febrero de 2008. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822.

PLATA RUEDA, Ernesto y LEAL QUEVEDO, Francisco J. Hacia una medicina más humana. Bogotá: Medica panamericana, 1997.

POBLETE TRONCOSO, Margarita y VALENZUELA SUAZO, Sandra. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. En: Acata Paúl Enfermería. Abril, 2007, Vol. 20.

QUINTERO, M.GOMEZ, M. El cuidado de enfermería significa ayuda. En: Revista Aquichan. VOL. 10 Nº 1 -ABRIL 2010 Pág. 8-18. Citado el 9 de marzo de 2011).Disponible en Internet en:
http://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewFile/1602/1999

RADA, Dora. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y Confirmabilidad, Subdirección de Investigación y Postgrado UPEL-IMPM Pág. 7

RAMIREZ PERDOMO, Claudia Andrea. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva 2009. Pág. 103 [en línea], Neiva, Slideshare, 2009, [citado 06-09-2010]. Disponible en Internet:
http://www.slideshare.net/guestdac35b/sustentacin-reformada4.

RAMOS VERGARA Lina Ximena, Bogotá 2008
Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española [Internet]. 22ª ed. Madrid: rae2.es; 2005 Miedo [Acceso el 20 de marzo de 2011]. Disponible en: http://rae2.es/miedo

REVISTA TRIBUNA MÉDICA. Programa de Actualización basada en la evidencia. Guía de atención primaria. Nuevos Factores de riesgo en guías de Atención Primaria. Vol. .104, Nº 5.Año 2004. Consultado el día 1 de marzo de 2011).Disponible en Internet en:
http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/T/TM104vol5-COL-Guias1/guias1.htm

RIVERA ÁLVAREZ Luz Nelly y TRIANA, Álvaro. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country (Bogotá). Actual. Enferm. 2007; Vol. 10 Nº 4: Pág. 15-21

ROBLEDO MARTINEZ, Rocío. ESCOBAR DIAZ Fabio A. Las enfermedades crónicas no transmisibles Boletín del Observatorio en Salud.Vol.3.N°4. Año 2010. Pág. 3. .Revista actualidad en Salud. Consultado el día 5 de septiembre de 2013. Disponible en: http://www.google.com.co/#q=estadisticas+del+DANE+sobre+mortalidad+en+cuanto+a+enfermedades+cardiovasculares+en+Colombia

RUBIO, R Lourdes y Cols. Relaciones Interdisciplinarias y Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. En Enferm Intensiva 2006; Vol. 17 Nº 4: p.141-53. (Citado el 9 de marzo de 2011).Disponible en Internet en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2189261

RUBIO Rico, L. AGUARÓN García, M J. FERRATER C, M. TODA S, D. Vivir la UCI: Diferentes perspectivas. Cul Cuid 2002. Vol.6.N°. 12. p.55-66. Citado por: Gutiérrez, Blanca. Experiencias, Percepciones Y Necesidades En La UCI: Revisión Sistemática De Estudios Cualitativos. En: Revista Electrónica Cuatrimestral de enfermería. Vol. 7.N°12. Febrero de 2008. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822.

RUIZ OLABUÉNAGA, J.I. (1996) Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Ediciones de la Universidad de Deusto. Citado por: CISTERNA, C Francisco. Categorización y triangulación Como Procesos De Validación Del Conocimiento En Investigación Cualitativa. En: Teoría, Vol. 14 Nº 1: Pág. 61-71, 2005. Citado el 10 de septiembre de 2013.Disponible en: http://fespinoz.mayo.uson.mx/categorizacion%20y%20trinagulacio%C3%B3n.pdf

SANCHEZ Beatriz. Fenomenología: un método de indagación para el cuidado de enfermería. En: Cuidado y práctica de Enfermería. Grupo de Cuidado. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2006. p.24 - 36.

SECRETARÍA DE SALUD. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México: Secretaría de Salud, 2001.

SOLANO Ruiz, M C. SILES González, J. Análisis de las vivencias de un paciente en cuidados intensivos desde la perspectiva de la complejidad. Cul Cuid. Vol.7. N°14.p.83-91.segundo semestre. Año 2003. Citado por: Gutiérrez, Blanca. Experiencias, Percepciones Y Necesidades En La UCI: Revisión Sistemática De Estudios Cualitativos.En:Revista Electrónica Cuatrimestral de enfermería. Vol. 7.N°12.Febrero de 2008. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822.

SOTO-LESMES, Virginia. DURAN DE VILLALOBOS, MM. El trabajo de campo: Clave en la Investigación Cualitativa. En: Revista Aquíchan, año 10.Vol 10 Nº 3.Chia, Colombia. Diciembre de 2010. Grupo de Comunicación y Salud. (1998) Protocolo del Grupo Comunicación y salud para la grabación de entrevistas clínicas. Declaración de Zaragoza. Mayo 1998

STEPKE, L Fernando. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2002. p.26. Thygesen K, Alpert J.S, Jaffe A.S., Simons M. L., Chaitman B. R., White. Tercera definición universal del infarto de miocardio.2012. Agosto. Pág. 4 Disponible en Internet: http://www.nature.com/nrcardio/journal/vaop/ncurrent/full/nrcardio.2012.122.html

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Ley 911 de 2004. Diario oficial No. 45.693. Octubre 6 de 2004. Bogotá, 2004. Articulo 34 Pág. 26

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería, 2002.

URIBE ESCALANTE, María Teresa; MUÑOZ TORREZ, Carolina y RESTREPO RUIZ Juliana. Percepción familiar del paciente critico cardiovascular. Invest Educ Enferm. 2004. 22 (2). p. 50 - 61. Citado el 9 de marzo de 2011) .Disponible en: http://www.slideshare.net/guestdac35b/sustentacin-reformada4

VARGAS,T Ruby E. Cuidado Humanizado al paciente críticamente enfermo : Enfermería pieza clave en la atención. En ciencia y cuidado. Vol. 4.N° 4. pág. -27. Cúcuta-Colombia, 2007. (Consultado el 13 de septiembre de 2013).Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=71509&id_seccion=4224&id_ejemplar=7143&id_revista=260

VÁSQUEZ TRUISSI, Marta. El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural. En: Investigación y educación de enfermería. 2006, Vol. 19, No. 1.

VÁZQUEZ LOBEIRAS, María Jesús, "Immanuel Kant: el giro copernicano como ontología de la experiencia", en: Endoxa núm. 18 (2004) 69-93, cita p. 70. Citado por: AMENGUAL, Gabriel. El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. Tópicos [online]. 2007, n.15 [citado 2011-03-15], pp. 1-20. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1666-485X.

VELASCO BUENO, José Manuel. Un paseo por la UCI. Aspectos Importantes del Paciente Coronario en su Paso por la Unidad de Cuidados Intensivos. Buenos Aires: Centifac, 2007.

VIELVA, Julio. Ética profesional de la enfermería. Madrid: Desclée de Brouwer, 2002.
WALKER CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. Journal of Advanced Nursing, 1996.

WATSON J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.

WATSON, Jean. Filosofía y ciencia de la asistencia. Citado por: TRACEY J.F., et al. Modelos y teorías de enfermería. Madrid: Hacourt Brace, 1999.

Watson J. Filosofía y teoría de los cuidados humanos. 3 ed. California: Universidad de Colorado; 1999.

WATSON, Jean. Teoría del cuidado humano. [en línea], México, Universidad Autónoma de Chihuahua, 2010, [citado 28-08-2010]. Disponible en Internet:
http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson
Watson. Metas de Enfermería 2005.

YOUNG, Wendy. Que tan ancha es la brecha para definir el cuidado de calidad. En: Jona. Mayo, 1986, Vol. 26, No. 5.

Zea MC, Torres BP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. Invest Educ Enferm. 2007; (25)1: 40-49.