

**EXPERIENCIAS Y SENTIMIENTOS DE LAS PERSONAS EN VENTILACIÓN  
MECÁNICA INVASIVA DURANTE EL PROCESO DE COMUNICACIÓN CON EL  
EQUIPO DE ENFERMERÍA: UN ESTUDIO FENOMENOLÓGICO**

EXPERIENCES AND FEELINGS OF PEOPLE WITH INVASIVE MECHANICAL  
VENTILATION DURING THE COMMUNICATION PROCESS WITH NURSE TEAM: A  
PHENOMENOLOGICAL STUDY

**Experiencias y Sentimientos de las Personas en Ventilación Mecánica Invasiva Durante  
el Proceso de Comunicación con el Equipo de Enfermería: Un Estudio Fenomenológico**

*Autores*

**Martha Yazmín Piza Gamboa**

Enfermera Esp.

**Irene Velásquez Rodríguez**

Enfermera Esp.

**Sandra Mónica Rodríguez**

Asesora

**Trabajo de grado presentado a la Facultad de Enfermería como requisito parcial para  
optar al grado de Maestría en Cuidado Crítico**

**Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá**

**Octubre, 2019**

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
3 JUSTIFICACIÓN	22
4 OBJETIVO	29
5 MARCO DE REFERENCIA	30
5.1 EXPERIENCIAS	30
5.2 SENTIMIENTOS	31
5.3 COMUNICACIÓN	32
5.3.1 COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA	35
5.3.2 COMUNICACIÓN AUMENTATIVA Y ALTERNATIVA	38
5.3.3 ESTRATEGIAS/ MÉTODOS DE COMUNICACIÓN	38
5.3.4 COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE VENTILADO	41
5.3.5 HUMANIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA COMUNICACIÓN	52
6 MARCO METODOLÓGICO	55
6.1 DISEÑO METODOLÓGICO	55
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	56
6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	57

6.3.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	57
6.3.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	58
6.4	DESARROLLO METODOLÓGICO	58
6.5	ANÁLISIS DE DATOS	60
6.6	RIGOR METODOLÓGICO.	64
7	RESULTADOS	66
8	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	87
9	CONCLUSIONES	106
10	UTILIDAD DE LOS RESULTADOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN	108
11	ASPECTOS ÉTICOS	110
12	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
13	ANEXOS	124

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)..... **¡Error! Marcador no definido.**

## LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Recolección y análisis de datos cualitativos .....	61
Ilustración 2. Experiencias y sentimientos del proceso de comunicación de las personas con VMI .....	67
Ilustración 3. Sentimientos vividos por los pacientes .....	76
Ilustración 4. Sentimientos.....	79
Ilustración 5. Experiencias del Proceso de Comunicación .....	80
Ilustración 6. Experiencias del Proceso de Comunicación - Estrategias.....	83

## RESUMEN

El uso del soporte ventilatorio artificial afecta consistentemente el habla y por consiguiente el proceso de comunicación y/o interacción de las personas. **Objetivo:**

Explorar las experiencias y sentimientos de las personas conscientes en ventilación mecánica invasiva (VMI) durante el proceso de comunicación con el equipo de enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo de una institución de tercer nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.

**Metodología:** Enfoque cualitativo de tipo fenomenológico. Muestra de tipo homogéneo (personas con soporte ventilatorio invasivo por un periodo mínimo de 72 horas y en las 24 horas siguientes de haber sido extubados). Se utilizó el principio de saturación de la muestra de la investigación cualitativa para obtener la mayor riqueza de información posible, la cual se analizó mediante el proceso propuesto por Hernández Sampieri, y

haciendo uso del software para análisis de datos cualitativos NVivo12, el cual ofrece diferentes herramientas para codificar.

**Resultados:** Surgieron 3 categorías principales: -Sentimientos experimentados por los pacientes, tanto al no poder hablar, como por la ausencia de sus familiares. -El proceso de comunicación que viven los pacientes con el personal de enfermería y con sus familiares, reconociendo las formas de comunicación empleadas en el esfuerzo de los pacientes por querer establecer un proceso de comunicación efectiva. -Y una categoría emergente, que describe experiencias negativas de los participantes con el evento propio de la VMI.

**Conclusión:** Las personas sometidas a VMI presentan dificultades para comunicarse con el equipo de enfermería, lo que los lleva a tener experiencias negativas.

**Palabras Clave:** Ventilación mecánica - Comunicación – UCI – Emociones.

## ABSTRACT

The use of artificial ventilatory support affects speech and consequently the process of communication and / or the interaction with the people. **Objective:** Explore the experiences and feelings of the people with invasive mechanical ventilation (IMV) during the communication process with the nurse team in the Intensive Care Unit of a third level complexity institution in the city of Bogotá. **Methodology:** Qualitative approach of phenomenological type. **Sample:** Homogeneous type (people with invasive ventilatory support for a minimum period of 72 hours and within 24 hours of being extubated). The saturation principle of the qualitative research sample was used to obtain the greatest amount of information, which was analyzed through the process proposed by Hernández Sampieri, and using the software for qualitative data analysis

NVivo, which offers different tools for coding. **Results:** Three main categories emerged: The feelings experienced by the patients at be unable to speak and the absence of their relatives; the communication process experienced by patients with nurses and their families, recognizing the forms of communication used in the effort of patients to want to establish an effective communication process; and an emerging category, which describes negative experiences of the participants with the IMV event itself. **Conclusion:** Patients undergoing IMV have difficulty in the process of communication with the nurse staff, which leads them to have negative experiences.

**Keywords:** Mechanical Ventilation-Communication - ICU - Emotions.



## INTRODUCCIÓN

La relevancia que ha adquirido la comunicación en el ámbito de la salud es indiscutible, ya que ha permitido que los pacientes puedan expresar sus necesidades al equipo de profesionales que están a cargo de la intervención, logrando así, orientar las actividades de cuidado a las necesidades individuales de cada persona. Sin embargo, en este mismo contexto, existen numerosas situaciones en las que los individuos pueden encontrarse imposibilitados para establecer comunicación, ya sea temporal o permanentemente (1), como sucede en el caso de la ventilación mecánica invasiva.

Se hace evidente, que el uso de un soporte ventilatorio artificial afecta el habla y por consiguiente el proceso de comunicación. En dicho sentido, la imposibilidad para comunicarse y ser entendido por los demás puede generar un impacto en la calidad de vida de la persona, en su funcionamiento psicológico y en el proceso de atención (2). Existe entonces, una relación significativa entre el no poder hablar y las reacciones emocionales graves entre los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), como un alto nivel de frustración, estrés, ansiedad y depresión (3). Así mismo, la evidencia disponible a nivel europeo y americano ha plasmado las dificultades en la comunicación entre los pacientes tratados con ventilación mecánica (VM) y los profesionales de enfermería (2).

Sin embargo, en relación con el tema abordado la literatura es escasa y la mayoría fue desarrollada hace diez o más años atrás, por lo cual, resulta relevante y prioritario en nuestro contexto local abordar el tema de la comunicación entre el equipo de enfermería y la persona ventilada mecánicamente, teniendo en cuenta la experiencia de los mismos sujetos de cuidado, pues es la vivencia de estos la que dará las pautas para la generación de estrategias viables de

mejora en el proceso de comunicación, el cual, a su vez, está directamente implicado en el eje de humanización del cuidado de la salud.

De esta manera, dado que es imposible hablar de humanización del cuidado si no se logra una comunicación efectiva con el paciente, se hace vital en la UCI el poder contar con profesionales en enfermería con cualidades especiales, cuyo significado de cuidar implique también un interés real por la condición del otro, sensibilidad para percibir, comprender los sentimientos, capacidad para actuar y humanizar su accionar basados en conocimientos científicos. De este modo, la comunicación con las personas ventiladas mecánicamente se ha convertido en un reto para el equipo de enfermería, los propios pacientes y sus allegados, en la medida que una comunicación óptima es esencial.

Así pues, fue necesario estudiar este fenómeno de interés, que ha sido escasamente abordado en el contexto local, en relación con el desconocimiento por parte del equipo de enfermería respecto al impacto de esta variable en el estado de salud de los pacientes. Ya que, en la medida en que no se reconozca el beneficio de una comunicación eficaz con la persona en ventilación mecánica, esta no será integrada consistentemente a la práctica clínica diaria; de manera que el equipo de enfermería y de salud en general, seguirá dejando de lado una atención integral y humanizada.

Por lo que el presente estudio evidenció como los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva presentan dificultades para comunicarse con el personal de enfermería, lo que los lleva a experimentar sentimientos negativos, relacionados con factores influyentes como los fisiológicos, mecánicos y psicoemocionales. Adicionalmente los pacientes resaltaron la importancia de que se les facilite alguna herramienta eficaz para poder comunicarse asertivamente y expresar claramente sus necesidades. Sin embargo, el personal de enfermería no se evidencia

correctamente capacitado para usar oportunamente las estrategias de comunicación disponibles y llevar a cabo un proceso de comunicación efectivo con los pacientes ventilados.

En este sentido, es primordial garantizar un proceso de comunicación enfermera-paciente eficaz, que permita brindar un cuidado de enfermería holístico y responda a las necesidades físicas, psicoemocionales y tecnológicas de los pacientes con soporte ventilatorio mecánico invasivo; permitiendo así, por un lado, reducir sus niveles de estrés y ansiedad, y por otro, generar mayor confianza y tranquilidad en el proceso de cuidado.

## 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El habla y la comunicación forman parte importante de la expresión del ser humano. Desde sus comienzos y a lo largo de todo el proceso de vida, estas le han permitido manifestar sus necesidades y deseos, darse a conocer y relacionarse con el mundo que lo rodea. Así pues, la comunicación, entendida como un proceso de envío y recepción de mensajes, que se basa en la utilización de herramientas de comunicación verbal y no verbal, involucra la interacción recíproca de dos interlocutores y requiere de feedback para ser efectiva (4).

Actualmente, en el ámbito sanitario se considera la comunicación como herramienta fundamental, que permite a los sujetos de cuidado expresar sus necesidades al equipo de salud (4). Sin embargo, la comunicación entendida como la atención, escucha, explicación, contención emocional, compasión, consuelo e implicación, no suele ser una prioridad para el equipo de salud en la modernidad, donde las Unidades de Cuidado Intensivo, no son una excepción (5). Cabe resaltar que, aunque en ellas se actúa eficaz y diligentemente contra la enfermedad, con frecuencia tanto pacientes como familiares se quejan de la falta de comunicación con los profesionales, a la vez que la identifican como uno de los factores principales en la calidad de la asistencia, sobre todo en los procesos al final de la vida (5).

En ese mismo orden de ideas, es a la UCI donde ingresan las personas que sufren una o varias patologías avanzadas, las cuales ponen en riesgo su vida, muchas de dichas enfermedades llevan al paciente a condiciones en las cuales están imposibilitados para comunicar sus necesidades, sea de forma temporal o permanente (4), como lo es el caso del soporte ventilatorio mecánico invasivo. Es claro, que el uso de dicho soporte ventilatorio artificial afecta el habla y por consiguiente el proceso de comunicación. La incapacidad para comunicarse y ser entendido por

los demás puede generar un impacto en la calidad de vida de la persona, en su funcionamiento psicológico y en el proceso de atención (2).

Así pues, la importancia de la comunicación radica principalmente en que es el primordial vehículo a través del cual se desarrolla y mantiene la relación entre las enfermeras y los pacientes, y es un componente esencial del rol terapéutico de la enfermera. Así, los pacientes se benefician psicológicamente de la interacción positiva con sus enfermeras y esto mejora los resultados del paciente (6).

En tal caso, la incapacidad para hablar y las dificultades de comunicación asociadas son una fuente importante de angustia para los pacientes intubados. Pues estos experimentan una serie de emociones negativas en relación con la imposibilidad de hablar, principalmente las relacionadas con la ira, la preocupación y el miedo (6). También los pacientes han informado que su incapacidad para comunicarse da como resultado sentimientos de pérdida de control, inquietud, despersonalización, ansiedad y frustración, así como desánimo, siendo este último el condicionante de la interacción con quienes les rodean (6).

Igualmente, la evidencia disponible ha plasmado las dificultades en la comunicación entre los pacientes tratados con ventilación mecánica y los profesionales de enfermería, así, el estudio de Happ et al (2, 7) encontró que el 40% de interacciones de comunicación entre enfermeras y pacientes en VM son enormemente dificultosas, pues la mayoría de estos pacientes conscientes, experimentaron altos niveles de ansiedad y frustración, miedo e ira, disminución de la autoestima, pérdida de control y trastornos del sueño al verse limitada su producción de voz y por tanto su interacción comunicativa.

De la misma manera, una reciente revisión sistemática de la literatura realizada en Ámsterdam resume la evidencia actual sobre los métodos de comunicación con pacientes ventilados

mecánicamente en la Unidad de Cuidado Intensivo, resalta que la comunicación con los pacientes hospitalizados es esencial para mejorar la calidad y la seguridad de la atención en salud (3). Sin embargo, no se ha documentado relación directa entre un mayor número de eventos adversos en salud y una comunicación ineficaz del personal con el paciente ventilado. La evidencia si describe que existe una relación significativa entre la pérdida del habla y las reacciones emocionales graves entre los pacientes de la UCI, como un alto nivel de frustración, estrés, ansiedad y depresión, lo cual representa un riesgo clínico (3). Pues como también lo describen Rabia Khalaila et al, la falta de capacidad para comunicarse con el personal de salud y la familia durante los períodos de ventilación mecánica podría desencadenar situaciones de alto riesgo, y aumenta la ansiedad y la frustración de los pacientes ya que no se pueden satisfacer las necesidades básicas de cuidado (20).

No obstante, las enfermeras de cuidados críticos reciben poca o ninguna capacitación en cuanto a evaluación de la comunicación o en el uso de técnicas de comunicación aumentativa y alternativa (CAA) con pacientes intubados (9), lo cual condiciona una comunicación ineficaz entre los implicados. La CAA se refiere a todas las formas de comunicación, distintas del habla oral, que se utilizan para expresar mensajes. Así, varios estudios han resaltado la falta de habilidades de comunicación aumentativa y alternativa por parte de las enfermeras, lo que resulta en una ruptura en la comunicación con los pacientes ventilados mecánicamente (4).

Adicionalmente, aunque se considera la importancia ya mencionada de una comunicación adecuada para la calidad del cuidado y el bienestar del paciente, en la revisión sistemática de Ámsterdam previamente mencionada, la cual se basó en una extensa búsqueda de sitios web para sociedades de medicina intensiva, se determinó que actualmente no existen protocolos o directrices sobre la comunicación con pacientes intubados en la UCI (4). En concordancia,

Dithole y colaboradores encontraron en su estudio, que la aplicación de dispositivos y estrategias de comunicación aumentativa y alternativa puede mejorar la comunicación enfermera-paciente en las unidades de cuidados intensivos. Por lo tanto, realizar capacitación en habilidades comunicativas para las enfermeras de cuidados intensivos debe ser constantemente promovido, de hecho, introducido como un elemento clave de la capacitación de cuidados de la UCI (10).

Así mismo, en la revisión estructurada de Kefalotse y colaboradores, que buscó identificar los desafíos de comunicación que existen entre las enfermeras y los pacientes ventilados mecánicamente en unidades de cuidados intensivos, se encontraron cinco influencias principales en la comunicación en la UCI: el nivel de conciencia del paciente, la naturaleza de las interacciones entre enfermera y paciente, los métodos de comunicación, las habilidades y percepciones del personal y el entorno físico de cuidados intensivos. En este trabajo, la comunicación inapropiada y la comunicación orientada a las actividades que no implicaba comunicación verbal frustró a los pacientes ventilados mecánicamente, algunos contactos con los pacientes fueron cortos (de alrededor de 2 minutos) y a menudo ocurrieron de noche cuando los pacientes estaban sedados y somnolientos. Igualmente, algunas enfermeras mantuvieron su distancia de los pacientes y simplemente realizaron tareas sin preocuparse por el bienestar del paciente (6).

Por otra parte, es importante tener presente que en la UCI el uso de sedación cooperativa o no sedación está ganando terreno. La práctica actual en la UCI es utilizar menos sedación en pacientes ventilados mecánicamente, lo que aumenta el número de pacientes potencialmente capaces de comunicarse mientras están ventilados mecánicamente y despiertos (3). Asimismo, las guías de atención clínica de países como Dinamarca aconsejan evitar el uso de sedantes siempre que sea posible, o de lo contrario, limitar la dosis y el período de duración. Esto traduce que, en la

actualidad, hay más pacientes conscientes sometidos a ventilación mecánica invasiva durante su estadía en la UCI, que, por tanto, experimentan dificultades de comunicación.

Por lo anterior, es importante evaluar objetivamente el nivel de sedación con un método estandarizado. Para ello, una herramienta muy recomendada es la escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale), validada en pacientes críticos ventilados y no ventilados, y es la que más información ofrece tanto en la fase de agitación como en la de sedación, debido a los 10 niveles que describe. Para el presente estudio se tomará la definición de paciente consciente como aquel que maneja una escala de RASS de  $-1$  a  $+1$ , que corresponden a los niveles más cercanos al paciente alerta y tranquilo; pues las Sociedades Médicas de Cuidados Intensivos recomiendan este objetivo de sedación consciente o cooperativa, la cual se define como aquella sedación que facilita que el individuo esté tranquilo y confortable, preservando respuesta apropiada e inmediata a los estímulos táctiles y verbales, que permiten valorar el estado neurológico, manteniendo intactos los reflejos defensivos de la vía aérea y la ventilación espontánea con estabilidad hemodinámica sistémica(11).

En ese mismo orden de ideas, el estudio de Menzel, menciona que investigaciones previas han documentado la dificultad en la comunicación de los pacientes intubados, sobre todo cuando no pueden hablar, y sugieren que el nivel de dificultad que experimentan los pacientes puede influir en sus respuestas emocionales. La baja autoestima, una mayor gravedad de la enfermedad y una mayor dificultad con la comunicación se asociaron de manera significativa con sentimientos de ira más intensos al no poder hablar.

Así, este estudio identificó que, dada la relación entre las emociones y la reactividad cardiovascular, es posible que la gravedad de la enfermedad de los pacientes esté parcialmente influenciada por la intensidad de su enojo al no poder hablar. La autoestima es difícil de evaluar



en pacientes intubados, por lo que es apropiado que las enfermeras establezcan medidas de apoyo, que transmitan a los pacientes que se les respeta como personas a pesar de su incapacidad para hablar, la dificultad de los pacientes con la comunicación fue la variable más fuerte que explicaba la intensidad de la ira y la preocupación/miedo al no poder hablar (8).

Es claro entonces, que varios estudios han examinado de cerca los patrones de comunicación y los comportamientos entre los pacientes y el personal de salud. Ashworth investigó los problemas de comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes con tubos orotraqueales, nasotraqueales o de traqueostomía en la UCI. Al observar la comunicación enfermera-paciente y entrevistar a enfermeras y pacientes, descubrió que la comunicación no solo era de corta duración (1 minuto) sino que también se limitaba a actividades relacionadas con tareas, además describió la comunicación enfermera-paciente como despersonalizante, al no reconocer la individualidad de cada paciente. La mayoría de las veces, la comunicación de las enfermeras no abordaba las necesidades físicas y emocionales específicas de cada paciente y era algo que "simplemente sucedió" (12).

En esa misma línea, en el estudio de Devos y colaboradores, realizado en Brasil, los participantes manifestaron que mucho más allá del intensivismo necesario para su recuperación, es mayor el deseo por un cuidado humanizado, el cual, es solamente posible cuando se es acompañado por la mirada atenta, por el tacto, por la empatía y por la presencia de los profesionales. La mayoría de los pacientes consideraron que los cuidados prestados por el equipo de enfermería de la UCI fueron satisfactorios y reconocieron la preocupación del equipo de enfermería, en el intento de comunicarse adecuadamente con ellos (13). Es por eso que cabe afirmar, que existe una relación directa y proporcional entre una comunicación efectiva con el paciente ventilado y un cuidado humanizado.

Por su parte, Dithole et al, pretendieron describir la experiencia de las enfermeras en una intervención de capacitación en habilidades de comunicación, en este estudio, las enfermeras entrevistadas apreciaron que el cuidado no está completo sin comunicación. Refirieron: “La UCI es un entorno muy desafiante. Los pacientes que recibimos en la UCI son críticos y salvar vidas es primordial y, por lo tanto, nos olvidamos de comunicarnos” (10).

De este modo, la comunicación con las personas ventiladas mecánicamente se ha convertido en un reto para el equipo de enfermería, los propios pacientes y sus allegados, dado que la importancia de mantener una comunicación óptima es esencial. Sin embargo, dicha comunicación a menudo no se produce, ya que, debido a algunas barreras ya tomadas en cuenta, y que ameritan ser estudiadas e intervenidas desde la percepción de las personas sujetos de cuidado, se hace cada vez más necesario estudiar este fenómeno escasamente abordado en el medio, sobre todo, en relación con el desconocimiento por parte del equipo de enfermería respecto al impacto de esta variable en el estado de salud de los pacientes.

De la misma manera, en un estudio llevado a cabo a nivel nacional por Rojas et al, se determinó que uno de los principales logros de la comunicación es la mejoría de los resultados clínicos. De acuerdo con los participantes del estudio, aquel paciente que logra comunicar sus necesidades mejora progresivamente su condición clínica acelerando el proceso de recuperación: “Porque vemos que el paciente avanza, hasta puede conversar y ser más autónomo cada día”. Si bien, el grupo en estudio identificó los beneficios de la comunicación para pacientes con VMI, estos se circunscriben a dos elementos: uno, favorecer la independencia y autonomía y, dos, afianzar el vínculo de confianza (4). Así, la literatura señala que, desde la perspectiva del paciente, existen un sinnúmero de beneficios secundarios a la comunicación, entre los que destaca la posibilidad

para el equipo de enfermería de acompañar al paciente a sobrellevar una experiencia que se vuelve incómoda y aterradora (4).

Finalmente, en la rigurosa revisión bibliográfica, se logró identificar un segundo estudio desarrollado a nivel nacional en la ciudad de Medellín, por Henao, en relación con el tema de interés, el cual tuvo como objetivo principal describir las diferentes formas de comunicación empleadas por pacientes cuya experiencia en una Unidad de Cuidado Intensivo ha sido la ventilación mecánica sin efectos de sedación continua, logrando en sus resultados entender cómo el ser humano, estando críticamente enfermo, con una vía aérea artificial como medio de vida, activa un sin número de formas para hacerse entender, siendo significativa la multiplicidad de herramientas no verbales empleadas que contribuyeron a una percepción positiva de la experiencia (14).

En acuerdo con lo concluido por Katja Laakso et al, el número creciente de personas que requieren soporte ventilatorio mecánico y la escasez de estudios que examinan la comunicación con el paciente soportado con ventilación mecánica, hace necesario que esta área de investigación sea desarrollada para asegurar servicios de salud adecuados para esta población (15).

Sin embargo, pese a la moderada evidencia disponible y tomando en cuenta que la mayoría fue desarrollada hace ya más de 10 años, y que en el contexto local no se ha abordado el tema de la comunicación entre el equipo de enfermería y la persona ventilada mecánicamente desde la experiencia de los propios sujetos de cuidado, pues claramente, es la vivencia de estos, la que dará las pautas necesarias para la generación de estrategias viables de mejora en el proceso de comunicación, se necesita investigación en esta área.

Lo anterior, muestra diferentes problemáticas, las cuales son posibles solucionar si se hace un abordaje fenomenológico como diseño de estudio, para responder a la pregunta de investigación

¿Cuáles son las experiencias y sentimientos vividos por las personas conscientes en ventilación mecánica invasiva durante el proceso de comunicación con el equipo de enfermería de la UCI en una institución de tercer nivel de complejidad de la Ciudad de Bogotá en el primer semestre del año 2019?, teniendo como objetivo principal: Explorar las experiencias y sentimientos vividos por las personas conscientes con ventilación mecánica invasiva durante el proceso de comunicación con el equipo de enfermería de la UCI en una institución de tercer nivel en la Ciudad de Bogotá en el primer semestre del año 2019.

## **2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las experiencias y sentimientos vividos por las personas conscientes en ventilación mecánica invasiva durante el proceso de comunicación con el equipo de enfermería de la UCI en una institución de tercer nivel de complejidad de la Ciudad de Bogotá en el primer semestre del año 2019?

### **3 JUSTIFICACIÓN**

#### **RELEVANCIA SOCIAL**

El ser humano es un ser social, por lo que se puede decir que la comunicación es un proceso innato en el hombre, una necesidad básica, para la que venimos determinados biológicamente. La comunicación es un acto de relación humana en el que dos o más participantes intercambian un mensaje mediante un lenguaje o forma de expresión. Este proceso es interactivo y social (16).

En tal caso, para comprender la importancia de la comunicación en las relaciones humanas, es necesario tener en cuenta que:

- La comunicación se da en uno o en diferentes contextos
- Es un proceso en el que se da la siguiente interacción: tiene efectos en el que comunica y en el que recibe e interpreta.
- Tiene influencia sobre la otra persona.

En dicho sentido, el sistema de comunicación específicamente humano es el lenguaje. La lengua materna es un sistema de signos adquiridos con propósitos de comunicación, a través del cual los individuos de una comunidad se interrelacionan por lo que la comunicación efectiva es un proceso bidireccional que se ve comprometido cuando la capacidad de cualquiera de las partes para comunicarse se ve afectada.

#### **RELEVANCIA TEÓRICA**

En el campo de la salud, la comunicación es considerada esencial para establecer la relación profesional de la salud-paciente, implementarla de forma eficiente y confiable; permite mejorar la calidad en la atención y más aún la seguridad para el paciente. El personal de salud debe establecer empatía con el paciente desde su primer contacto, ello le permitirá obtener más

fácilmente la información necesaria para determinar el diagnóstico y así proponerle alternativas en su tratamiento, por eso, este importante proceso se fundamenta en la experiencia, competencia y en la capacidad que el personal de salud tiene para comunicarse (17).

Ahora bien, en la persona hospitalizada, la buena comunicación es aún más importante, pero también es más compleja. La estancia hospitalaria supone que el paciente está delicado y requiere cuidados especiales, además en la atención de estos pacientes se involucra a un número mayor de personas dentro de las que encontramos enfermeras, médicos, nutricionistas, personal de áreas de diagnóstico, entre muchos otros; más aún, en la UCI, donde el paciente es prácticamente dividido en su integralidad al tener que ser intervenido por un sin número de disciplinas o especialidades con las cuales se establece de forma directa o indirecta un proceso de comunicación, el cual debiera ser personalizado y adecuado a cada una de las necesidades de estos sujetos de atención; pues el cuidado de los pacientes es la razón principal de los profesionales de la salud.

Por lo anterior, la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente es importante, ya que la continuidad de la atención puede verse seriamente comprometida cuando esta no es adecuada, en especial cuando los pacientes se encuentran bajo ventilación mecánica. El estudio de Hofhuis et al, desarrollado con pacientes ventilados dentro de dos unidades de cuidados intensivos en Botswana, informó que los pacientes tenían percepciones positivas de las enfermeras cuando les proporcionaban información y explicaban las actividades y el tratamiento que iban a realizar, esta acción de las enfermeras redujo los niveles de ansiedad y estrés de los pacientes. Además, los pacientes aprecian a las enfermeras que los involucran a ellos y a sus familiares en la toma de decisiones (18).

De tal modo, la comunicación efectiva con los pacientes ventilados mecánicamente se vuelve de suma importancia, y en este contexto, dichos pacientes señalan que los problemas de

comunicación vividos son desde moderados a extremadamente molestos. No poder hablar debido a la presencia de un dispositivo en la boca, puede convertirse en una experiencia aterradora ya que experimentan muchas barreras para comunicar sus necesidades. Los pacientes que reciben ventilación mecánica reportaron las dificultades de comunicación como su problema principal mientras se encuentran bajo esta condición (4).

Del mismo modo, Johnson y Sexton en su estudio de enfoque cualitativo entrevistaron a 14 pacientes e identificaron 19 factores que causaron angustia en ellos; la imposibilidad de hablar fue identificada por todos los participantes como agente causal de angustia e incomodidad en un grado, desde leve a extremo, además de otras actividades como la aspiración endotraqueal, la dificultad para determinar el tiempo, y el ruido; fueron factores angustiantes que pudieron ser aliviados por parte de profesionales de la salud (12, 19).

En ese mismo orden de ideas, las intervenciones de los profesionales de enfermería a menudo incluyen la interpretación de las formas no verbales de comunicación de los pacientes, como la pronunciación de la boca, la gesticulación, la inclinación de cabeza y la escritura, pero estos métodos no verbales requieren exceso de energía, causan fatiga y son emocionalmente agotadores para estos pacientes. La literatura previa respalda las intervenciones de los profesionales de la salud para facilitar la comunicación en pacientes ventilados mecánicamente.

Sin embargo, la incorporación de la comunicación con el paciente en ventilación mecánica invasiva, como parte de los cuidados habituales que debe recibir, se ve influenciada por múltiples factores, los cuales a menudo se relacionan con la falta de conocimientos que el profesional de enfermería tiene respecto al impacto negativo de un inadecuado proceso de comunicación en el estado de salud de estos pacientes (4).



Por otro lado, los estudios sobre las interacciones enfermera-paciente han demostrado que las enfermeras se comunican escasamente con los pacientes ventilados y en muchas ocasiones ni siquiera evalúan sus necesidades de comunicación (22) Este hallazgo es respaldado por Panadian et al, en su trabajo sobre la optimización de la comunicación en pacientes ventilados mecánicamente, los autores encontraron que el estrés en los pacientes ventilados está directamente relacionado con el proceso de mínima comunicación (18).

Por su parte, The Joint Commission en EE. UU, recomendó estándares de comunicación que las enfermeras deberían usar con los pacientes sometidos a ventilación mecánica. Dichos estándares de comunicación son una herramienta importante en el cuidado de los pacientes y ayudan a mejorar los resultados de los pacientes en la UCI. Sin embargo, el estudio fenomenológico de Tembo et al, indica que aún queda mucho por hacer para ayudar a las enfermeras a comunicarse de manera más efectiva con los pacientes soportados con ventilación mecánica (23), además de que existen investigaciones limitadas sobre la percepción del paciente acerca de la utilidad de estas intervenciones, y los estudios de investigación previos aún no informaron el nivel real de frustración experimentado por los pacientes ventilados mecánicamente, por lo tanto, se necesita investigación en esta área (24).

### **RELEVANCIA DISCIPLINAR**

En la evidencia disponible no son representativos los resultados de investigación de otras disciplinas en cuanto al tema, sin embargo, es notable la descripción de una relación terapéutica mucho menos efectiva entre el personal de medicina y el sujeto de cuidado; pues como se describió previamente, la comunicación es el principal vehículo a través del cual se desarrolla y mantiene la relación entre las enfermeras y los pacientes, y es un componente esencial del rol terapéutico de la enfermera (Happ et al) (25). Los pacientes se benefician psicológicamente de la

interacción positiva con sus enfermeras y esto mejora los resultados del paciente; pero dicha interacción debe caracterizarse porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos.

De ahí, la importancia de estudiar la experiencia humana de las personas con soporte ventilatorio mecánico invasivo en el proceso de comunicación con el personal de enfermería, quienes deben comprender la situación que vive cada uno de estos sujetos de cuidado y crear una relación de ayuda, pues se hace evidente que es imposible hablar de humanización del cuidado de la salud si no se logra una comunicación efectiva con el paciente, y como lo describe Vargas en su estudio (26), en las unidades de cuidados intensivos se brinda un cuidado especial y para tal fin se requiere de un profesional de enfermería con cualidades especiales cuyo significado de cuidar implica también el interés real de establecer la condición del otro, sensibilidad para percibir, comprender los sentimientos, capacidad para actuar y humanizar su accionar basado en conocimientos científicos.

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, y para el presente trabajo de investigación tomaremos como referente teórico a Jean Watson con su teoría del cuidado humano, la cual refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo (27).

Este modelo teórico es más un referente filosófico de la Humanización del Cuidado en donde se aportan conceptos como: La relación transpersonal, la fenomenología y el cuidado como esencia (eje y corazón) de la práctica de enfermería, que moviliza al paciente hacia la armonía entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería dentro de un marco de amor (28). Entonces, el “profesional cuidador” debe poseer algunas características especiales como: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana (29).

Dicha capacidad de comunicación debe sobresalir en todos los contextos, pues trabajar con un paciente que no se comunica verbalmente, como lo es el paciente crítico, no quiere decir que pierda su humanidad, es un ser en desventaja, desvalido, pero no pierde su condición de persona, es por lo que enfermería debiera trabajar en conjunto con la tecnología, pero no vivir para ella, y usar todas sus capacidades y cualidades en pro de lograr una interacción efectiva (29). Pues como lo expresa Poblete, muchos estudios indican que los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación efectiva, el afecto, y la atención que se les entrega dentro de los hospitales (27).

No obstante, a pesar de reconocer que las Unidades de Cuidado Crítico son áreas asistenciales y de conocimiento complejo, cuyo principio es el cuidado a la persona en alta vulnerabilidad, y que la recuperación de la salud en un ambiente “despersonalizado” puede comprometer el bienestar de las personas, enfrentándolas a vivir experiencias por demás aflictivas, desconcertantes y dolorosas, la fragilidad de las bases del Cuidado, puestas en las manos de profesionales con

débiles competencias éticas, afectivas y comunicativas e instituciones que no logran concentrar sus esfuerzos en cumplir con este sello de calidad, son elementos que deberían ser reconocidos e intervenidos ya que son la sustancia para la gestación de las “barreras para un verdadero cuidado”; algunas poco conocidas, otras, poco intervenidas, tienen cimiento en la tecnificación e incomunicación que ha limitado el contacto humano, allí la humanización se deja en segundo lugar (28).

Es claro entonces, como las relaciones humanas disfuncionales constituyen una barrera principal para brindar un verdadero cuidado humanizado, y se destaca que, a las dificultades en las relaciones interpersonales, se vincula como protagonista las fallas del proceso de comunicación, allí el distanciamiento entre el profesional y la persona puede ser el punto inicial que detona la deshumanización del cuidado (28).

Considerando lo anterior, y teniendo en cuenta que cuando los profesionales de enfermería presentan dificultades para entender el mensaje que el paciente ventilado quiere transmitir, sumado a los resultados de investigaciones que señalan una integración inconsistente de las estrategias de comunicación y las vivencias de personas ventiladas, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias y sentimientos vividos por las personas conscientes en ventilación mecánica invasiva durante el proceso de comunicación con el equipo de enfermería de la UCI en una institución de tercer nivel de complejidad de la Ciudad de Bogotá en el primer semestre del año 2019?

De esta forma, la presente investigación contribuye al desarrollo disciplinar e investigativo de la enfermería desde el punto de vista ontológico y epistemológico, pues el paradigma interpretativo toma a la persona como un ser holístico el cual puede mediante la fenomenología ser estudiado y/o explorado en su realidad interna logrando describir sus experiencias y sentimientos tal y como son vividas, experimentadas por el sujeto, en términos de un fenómeno particular.

#### **4 OBJETIVO**

Explorar las experiencias y sentimientos vividos por las personas conscientes en ventilación mecánica invasiva durante el proceso de comunicación con el equipo de enfermería de la UCI en una institución de tercer nivel de complejidad de la Ciudad de Bogotá en el primer semestre del año 2019.

## 5 MARCO DE REFERENCIA

Posterior a una revisión rigurosa de la literatura actual, se llevó a cabo la descripción de los siguientes conceptos y temáticas que fundamentan el presente trabajo de investigación:

### 5.1 EXPERIENCIAS

Partiendo de su definición que proviene del latín *experientia*, como hecho de haber presenciado, sentido o conocido algo. La experiencia es la forma de conocimiento que se produce a partir de estas vivencias, observaciones e interacciones constantes donde se conjugan aspectos tales como: la cultura, el lenguaje, las necesidades, la interacción humana, la percepción del tiempo, el espacio y el ambiente, entre otros (30).

Así pues, la importancia de comprender durante la práctica y planeación de los cuidados de enfermería, al ser humano en su natural conformación física y psicológica que cuenta con una realidad propia basada en sus experiencias interpretando y dando significado a la realidad de acuerdo con su jerarquía de necesidades que permitan intervenciones encaminadas a favorecer la posible minimización de eventos estresantes (14).

En dicho sentido, en medio de las necesidades objetivas de supervivencia, hay sujetos que sienten, se emocionan y reaccionan ante el riesgo inminente de muerte, la restricción de la libertad y la privacidad, la falta de autonomía y todos los posibles factores estresantes ambientales que están presentes durante una estancia en la UCI (Pregnoatto y Agostinho) (31). Estas posibles reacciones emocionales desencadenadas por el entorno, como lo destaca (32) pueden determinar el curso de la recuperación del paciente, así como en las respuestas no adaptativas a la hospitalización (33).

De tal manera, la experiencia de estar hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo crea una de las mayores crisis en la persona que pasa por este proceso generando en el paciente una

situación de miedo e incertidumbre con el entorno hospitalario. Beltrán declara que la mayoría de los pacientes no tienen la posibilidad de ser preparados al ingreso a la UCI lo que origina experiencias novedosas, inesperadas relevantes y difíciles para el paciente (34).

De igual forma, en un estudio realizado en una unidad coronaria percibió un entorno de frialdad, soledad calor humano y familiar, concluyendo que conocer la experiencia que viven las personas hospitalizadas en una UCI es un aspecto importante para la enfermería, puesto que permite mejorar la relación enfermero paciente y brindar cuidados más humanizados al comprender las expresiones de los pacientes (35).

## **5.2 SENTIMIENTOS**

Sentimiento se refiere tanto a un estado de ánimo como también a una emoción conceptualizada que determina el estado de ánimo. Por tanto, «el estado del sujeto caracterizado por la impresión afectiva que le causa determinada persona, animal, cosa, recuerdo o situación en general» (36). Los sentimientos son el resultado de las emociones y pueden ser verbalizadas (palabras). Las emociones son expresiones neurofisiológicas, del sistema nervioso y de estados mentales (36). Es decir, que los sentimientos constituyen el resultado de las emociones.

Y de este modo, los sentimientos pueden considerarse como todos aquellos nombrados como tal o cualquier llamada emoción que emerja como recuerdo de la experiencia del proceso de comunicación con el personal de enfermería durante determinado periodo de soporte ventilatorio mecánico invasivo, en el desarrollo de la recolección de la información. Y es importante saber, que dicha respuesta está mediada por neurotransmisores como la dopamina, la noradrenalina y la serotonina. Forma parte de la dinámica cerebral del ser humano y de los demás animales, capacitándolos para reaccionar a los eventos de la vida diaria; al drenarse una sustancia producida en el cerebro hay muchas emociones (36).

Desde luego, existen entonces diversos tipos de sentimientos o emociones que se clasifican en un orden que va desde las más básicas a las emociones aprendidas en diversos contextos. Las emociones primarias se consideran respuestas universales, fundamentalmente fisiológicas, evolutivamente relevantes y biológica y neurológicamente innatas. Por el contrario, las secundarias, que pueden resultar de una combinación de las primarias, están muy condicionadas social y culturalmente. Algunos autores incluyen entre las emociones primarias el miedo, la ira, la depresión o la satisfacción (Kemper), mientras que otros incluyen la satisfacción, felicidad, la aversión, miedo, la aserción, ira, la decepción, tristeza y el sobresalto-sorpresa (Turner). La culpa, la vergüenza, el amor, el resentimiento, la decepción o la nostalgia serian emociones secundarias. Emociones positivas y negativas: son las que afectan las conductas de las personas, por lo que algunas emociones pueden generar acciones o reacciones positivas como alegría o satisfacción, pero, hay otras emociones que provocan sentimientos perjudiciales para el individuo (37).

### **5.3 COMUNICACIÓN**

La comunicación tal y como lo define el diccionario de la Real Academia de la lengua española, significa "acción y efecto de comunicarse, así como hacer partícipe a otro de lo que uno tiene." Esta definición por sí sola resulta incompleta para aplicarla en el ámbito de la salud. Algunos autores como Astudillo W. se aproximan más al aspecto relacionado con la relación de ayuda con el paciente y definen este término como "el proceso que permite a las personas intercambiar información sobre sí mismas y su entorno a través del signo, sonidos, símbolos y comportamientos" (38, 40)

Para Louisla comunicación es el acto de dar y recibir información y consta de tres elementos: el remitente, el mensaje y el receptor. Es un proceso aprendido que depende de la actitud de la



persona, el trasfondo sociocultural, el contexto, las experiencias pasadas, el conocimiento del tema y la capacidad de relacionarse con otro (41).

Comunicar consiste en transmitir aquello que quiero transmitir, algo a lo que yo le doy un significado determinado, y en que el receptor capte el mensaje, lo interiorice y le dé un significado similar al mío. Adquiere auténtico sentido al provocar un determinado efecto en el receptor, y determina que son distintos los elementos básicos que conforman el acto comunicativo, pudiendo diferenciar (42):

- Mensaje: aquello que el emisor pretende hacer llegar al receptor.
- Emisor: Es quien elige el mensaje y, por tanto, lo que desea comunicar.
- Receptor: Es quien descifra, decodifica e interpreta el mensaje y da una respuesta.
- Canal: Es el medio por el cual se recibe un mensaje. Está constituido por los órganos de los sentidos, en función de la forma de transmisión.
- Transmisor: Es la forma en que se transporta el mensaje al receptor. Puede ser escrito, oral, etc.

Igualmente, Cibanal y colaboradores, en su libro Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud, se puede definir de mejor forma la comunicación, como aquel proceso continuo y dinámico entre dos personas, formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción. O, dicho de manera más clara: por una parte, como una manifestación de cómo yo, emisor, te manifiesto a ti, receptor, mi forma de captar, sentir y vivir en estos momentos mi realidad y lo que espero de ti al comunicarte esta. Y, por otra parte, tú, como receptor, me reflejas (feedback) lo que has captado de lo que yo, como emisor, acabo de decir, tanto respecto al contenido, al sentimiento y la demanda, como a lo que has captado con el lenguaje no verbal (43).

Como lo describe Rojas et al, a lo largo de todo el proceso de vida, el habla y la comunicación forman parte importante de la expresión del ser humano, al permitirle manifestar sus necesidades y deseos, darse a conocer y relacionarse con el mundo que lo rodea. Entonces, la comunicación, entendida como un proceso de envío y recepción de mensajes, se basa en la utilización de herramientas de comunicación verbal y no verbal, involucra la interacción recíproca de dos interlocutores y requiere de retroalimentación para ser efectiva (1).

Hablando desde el enfoque de interés; es preciso reafirmar lo dicho por Happ et al, de que la comunicación es el principal vehículo a través del cual se desarrolla y mantiene la relación entre las enfermeras y los pacientes, y es un componente esencial del rol terapéutico de la enfermera. Así, la comunicación efectiva es un proceso bidireccional que se ve comprometido cuando la capacidad de cualquiera de las partes para comunicarse se ve afectada. Los pacientes se benefician psicológicamente de la interacción positiva con sus enfermeras y esto mejora los resultados del paciente (6).

De tal manera, existen muchas formas de comunicar. La comunicación verbal, es la más frecuente y la que permite un feedback inmediato, pero también es importante aquello que se transmite, no solo con las palabras o la emisión de sonidos, sino también con los gestos y expresiones, y es donde la observación adquiere un papel destacado. En este caso, no consiste solo en observar signos y síntomas que pueden aparecer causados por una determinada enfermedad, sino también consiste en reconocer la respuesta a nuestras acciones (42) que efecto genera o percibe el paciente al recibir nuestra comunicación y a lo que él nos quiere comunicar o expresar.

### **5.3.1 COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA**

De este modo, la comunicación, el medio a través del cual las personas interactúan entre sí, a través del intercambio de mensajes enviados y recibidos, solo es efectiva cuando tanto el emisor como el receptor entienden el mensaje. No obstante, cuando la comunicación se produce entre los trabajadores de la salud y los pacientes y está destinada a ayudar a los pacientes a lidiar con problemas, relacionarse con otros, adaptarse a lo que no se puede cambiar y enfrentar obstáculos a la autorrealización, se llama comunicación terapéutica (44).

Así, como bien lo define Ayala et al, la comunicación terapéutica es el procedimiento mediante el cual el profesional de la salud establece una relación terapéutica o de ayuda con el paciente. Con el fin de lograr una comunicación efectiva o realmente terapéutica, hay que tener en cuenta factores tales como: edad, sexo, educación, creencias, etc. e implica compartir emociones, ofrecer seguridad y confianza (45).

Como concluye Berreiro, gracias a la comunicación terapéutica se logra una mejora de la relación entre paciente y profesional, proporcionando calidad en los cuidados enfermeros. También evita posibles situaciones conflictivas entre ambos, ya que, en todo momento, se establece una relación de confianza donde el profesional es consciente de su papel de ayuda, y de la situación de vulnerabilidad en que se puede encontrar el paciente (46).

Sin embargo, aunque se reconoce que la comunicación es esencial, estudios recientes indican que el proceso de comunicación entre pacientes, enfermeras y otros trabajadores de la salud todavía no se considera muy efectivo. Las dificultades de comunicación entre profesionales y pacientes se observan a diario en la práctica clínica (44), lo cual indica que no se está llevando a cabo una verdadera comunicación terapéutica en el desempeño profesional, logrando entorpecer el proceso de restablecimiento de la salud en los sujetos de cuidado, pues como fue descrito previamente, la

evidencia refiere el beneficio psicológico de la interacción positiva del paciente con su personal de enfermería, lo cual mejora los resultados clínicos de la persona.

De la misma manera, en acuerdo con lo concluido por Landete en su estudio (42), en la sociedad en general y en el ámbito sanitario en particular, el acto comunicativo, a pesar de ser una herramienta tan asequible, puede convertirse en algo precario si existe la tendencia a “la instrumentalización de las personas”. La actual cultura de los cuidados y la integración de la satisfacción del usuario en el sistema sanitario repercute en nuestra responsabilidad como profesionales por mejorar la calidad. Esto implica un cambio verdadero en el significado de cuidar y la calidad asistencial.

Igualmente, para conseguir una relación terapéutica eficaz hace falta esfuerzo y dedicación, hacia la profesión y hacia la persona acreedora del cuidado. Tanto la relación enfermera-paciente como la relación interdisciplinar puede convertirse en algo utópico si no valoramos la importancia del acto comunicativo aportándole su verdadero significado, el cual se basa en el poder comprender realmente la experiencia/situación/preocupación de la otra persona, y seguidamente actuar, en actitud de ayuda (42). Pues, es evidente que la buena comunicación terapéutica, que mejora y facilita las relaciones humanas, dotándolas de eficacia y calidez, no suele ser una prioridad para la moderna medicina hospitalaria.

Así, la comunicación entendida como lo que es, atención, escucha, explicación, contención emocional, compasión, consuelo, implicación, requiere un esfuerzo que a menudo nos resulta incómodo. Tal vez se deba comprender que este esfuerzo no es distinto del necesario y asumido para estudiar un procedimiento o aplicar una técnica, y que forma parte como muchas otras cosas, de la competencia exigible a un profesional de la salud (5).

Por su parte, Valverde, en su libro *Comunicación terapéutica en Enfermería* (47), afirma que la relación de ayuda que establece el profesional con el paciente a través de la comunicación terapéutica no va a significar un añadido al trabajo propio enfermero, sino que es algo subyacente a los propios cuidados, forma parte de ellos y constituye la pieza clave de lo que es la profesión enfermera. Es, por tanto, la comunicación terapéutica un elemento clave del trabajo enfermero, aporta beneficios tanto para el paciente como para el propio profesional. Por tanto, este ha de adquirir y desarrollarlos conocimientos y habilidades necesarios ya que no se trata de una cualidad innata.

Es así como la comunicación terapéutica no es simplemente un intercambio de mensajes entre la enfermera y el paciente, es una acción que debe ser planificada e individualizada, no debe realizarse por impulsos y de forma intuitiva. Así, hay varias guías y técnicas que pueden ser utilizadas para hacer terapéutica esa comunicación. Entonces, la enfermera, a partir de la comunicación desarrollada con el paciente, identifica sus necesidades, informa sobre procedimientos o situaciones que él desea saber, promueve la relación del paciente con otros pacientes, con el equipo multiprofesional o con familiares, promueve educación en salud, cambio de experiencias y cambio de comportamientos, entre otros.

Las anteriores, son algunas de las funciones de la comunicación en que la enfermera puede estar involucrada, lo que no quiere decir que el paciente no pueda ser también sujeto activo de esas acciones (48). Dentro de dichas técnicas que se pueden emplear para hacer terapéutica la comunicación, se puede citar la comunicación aumentativa y alternativa, las cuales se constituyen un elemento fundamental a la hora de pretender una comunicación efectiva entre el personal de enfermería y las personas con soporte ventilatorio mecánico invasivo.

### 5.3.2 COMUNICACIÓN AUMENTATIVA Y ALTERNATIVA

La comunicación aumentativa y alternativa (AAC) se refiere sencillamente, a todas las formas de comunicación, distintas del habla oral, que se utilizan para expresar mensajes (3). De este modo se puede decir que:

- **Comunicación Alternativa:** Es aquella que sustituye a la capacidad del habla. Utiliza mecanismos de transmisión y de representación distintos a los que utiliza el lenguaje oral. Están pensados para personas que no posean el lenguaje oral, ya sea de forma temporal o permanente. Ejemplo, la lengua de signos.
- **Comunicación Aumentativa:** No es una alternativa al habla, sino un complemento de esta. Permiten comunicarse con los demás a personas que tienen dificultades severas para hablar.

En dicho sentido, Dithole y colaboradores, encontraron en su estudio que la aplicación de dispositivos y estrategias/métodos de comunicación aumentativa y alternativa puede mejorar la comunicación enfermera-paciente en las unidades de cuidados intensivos. De ahí la importancia de conocer la mejor evidencia sobre la efectividad del uso de dichas estrategias en la comunicación con el paciente ventilado, la cual se presenta a continuación (6).

### 5.3.3 ESTRATEGIAS/ MÉTODOS DE COMUNICACIÓN

Tal y como lo describe Méndez et al, en su estudio sobre estrategias de comunicación para el personal de Enfermería que atiende personas sordas, se puede considerar las estrategias/métodos de comunicación como una serie de procesos o conjunto de acciones que facilitan la transmisión del mensaje de forma efectiva (49).

Por su parte, en la revisión sistemática de Ortega et al, se logró identificar que las estrategias e instrumentos de comunicación con el paciente consciente en ventilación mecánica invasiva, se

centran fundamentalmente en el uso de gestos, la expresión facial, el lenguaje corporal, los movimientos de cabeza, apretar las manos, el tacto, además del uso de materiales como el lápiz y papel, las letras del alfabeto y las tablas de palabras e imágenes (50). A pesar de ser las estrategias de comunicación más comúnmente utilizadas, algunos autores indican que estos métodos pueden ser poco fiables por su potencial de generar interpretaciones inadecuadas, asimismo, la mayoría de los pacientes precisan que estos métodos son inadecuados para expresar todas sus demandas (2).

De tal manera, entre la multitud de estrategias empleadas, diversos estudios avalan que el uso de material de comunicación visual ilustrado aumenta la efectividad de la comunicación entre el paciente en VMI y sus enfermeras, aunque no la resuelve completamente. Por otra parte, la revisión de Ortega et al, pone de manifiesto que el uso de estrategias de comunicación más sofisticadas, de índole más tecnológica, en las que se incluyen el método VOCA (comunicación mediante síntesis de voz), o herramientas de la comunicación alternativa o adaptativa como teclados virtuales, uso del ratón con el iris u otros dispositivos de acceso tecnológico, son recursos escasamente utilizados, debido a sus altos costos y a la gran complejidad que conlleva la necesidad de capacitación por parte de los actores implicados y un mayor consumo de tiempo para esta actividad (50).

En sentido controversial, según la revisión sistemática de Hoorn et al, se identificó que los métodos de comunicación más comúnmente utilizados con pacientes críticamente enfermos, como la lectura de labios, gestos y movimientos de cabeza, consumen tiempo, son inadecuados para satisfacer todas las necesidades de comunicación y son frustrantes tanto para los pacientes como para las enfermeras. Sin embargo, aunque existen numerosos métodos alternativos de comunicación disponibles y alrededor del 50% de los pacientes de la UCI podrían ser atendidos

con simples herramientas de comunicación asistencial, el personal de salud actualmente hace poco o ningún uso de los dispositivos para estos pacientes en estado crítico (3).

Por otro lado, en un estudio exploratorio de corte transversal, cuyo objetivo fue identificar estrategias de comunicación utilizadas por el equipo de enfermería en el cuidado de pacientes afásicos después de un accidente cerebrovascular, encontró que las estrategias más referidas fueron gestos (100%), comunicación verbal (33,3%), comunicación escrita (29,6%) y los toques (18,5%). Entre las estrategias observadas, los gestos alcanzaron el 40,7 % y el toque estaba presente en todas las situaciones dado su carácter instrumental esencial para cuidar. Los resultados indicaron un desconocimiento de la comunicación no verbal, prosémica, kinésica o háptica (51).

Si bien, la evidencia es limitada, los resultados sugieren que la mayoría de los métodos de comunicación pueden ser efectivos para mejorar la comunicación profesional de la salud con pacientes en ventilación mecánica, se recomienda una combinación de estos métodos. No obstante, varios estudios han resaltado la falta de habilidades de comunicación por parte de las enfermeras, lo que resulta en una ruptura en la comunicación con pacientes ventilados mecánicamente (15). Las enfermeras de cuidados críticos reciben poca o ninguna capacitación en evaluación de la comunicación o en el uso de técnicas de comunicación aumentativa y alternativa (CAA) con pacientes intubados (9), lo cual condiciona una comunicación ineficaz entre los implicados. De este modo, como concluye Dithole et al, la implementación de la capacitación en habilidades de comunicación para enfermeras de cuidados intensivos, incluyendo el empleo de estrategias/métodos de comunicación con el paciente ventilado mecánicamente debe ser constantemente promovida y, de hecho, introducida como un elemento clave de la capacitación en los cuidados de la UCI (10).



### 5.3.4 COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE VENTILADO

Antes de tratar el tema de la comunicación directamente con la persona en ventilación mecánica invasiva, es preciso conocer a cerca de la ventilación mecánica, y propiamente del paciente que requiere de este tipo de soporte vital.

- **Ventilación Mecánica Invasiva:** La enfermedad crítica de cualquier órgano o sistema van de la mano con alteraciones respiratorias, las cuales son más graves entre mayor sea la disfunción multiorgánica. Lo que ha sido siempre de gran preocupación para la humanidad, quien en su intento de supervivencia ha ido aumentando esfuerzos por preservar la función respiratoria. Las primeras referencias de la respiración artificial datan de la mitología egipcia y posteriormente en la Biblia. En ambas, se le atribuye propiedades curativas o favorecedoras de vida al aire. El primer reporte publicado para enseñar un método posible de lograr inflar los pulmones con aire fresco aparece en el último capítulo del libro *“De humani corporis fabrica libri septem”* bajo el concepto: “La vida puede ser restaurada al animal, efectuado una apertura en el tronco de la tráquea colocando un tubo, entonces se insuflara, de modo que los pulmones puedan tomar aire de nuevo” publicado por Vesalio en 1543, dicha descripción es lo que actualmente se conoce como ventilación mecánica invasiva (VMI) (52).

Actualmente, gracias al desarrollo de la tecnología, el mejor entendimiento de la fisiopatología respiratoria y el análisis de los desenlaces de un gran número de pacientes, que tuvieron la necesidad de someterse a VMI, el soporte ventilatorio ha tenido una gran evolución paralelamente con el surgimiento de innumerable evidencia al servicio de la ciencia, logrando un impacto positivo en la sobrevivencia de los pacientes que se encuentran en las unidades de cuidado intensivo, contando en la actualidad con sofisticados ventiladores mecánicos, diversos modos ventilatorios y con un sistema de monitoreo dinámico y de gran exactitud como lo demostró

Barbas et al, quienes posterior a revisar rigurosamente la literatura sobre soporte ventilatorio en pacientes con insuficiencia respiratoria, lograron determinarlas principales necesidades fisiológicas y de cuidado multidisciplinario en estos pacientes, así como orientar el manejo de cada una de estas necesidades, teniendo en cuenta que las innovaciones que surjan en el campo de la ventilación mecánica irán unidas a la tecnología (53).

Por lo anterior, es importante conocer el concepto de ventilación mecánica (VM) entendiéndose como uno de los principales recursos terapéuticos (54). Así, es definida por el III Congreso Brasileño de ventilación mecánica, como un método de soporte para el tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica agudizada, que envuelve un equipo capaz de mover los gases para dentro y para fuera de los pulmones, utilizando presión negativa o positiva utilizandouna máquina que suministra un soporte ventilatorio y oxigenatorio, facilita el intercambio gaseoso y el trabajo respiratorio (55).

Sin embargo, a pesar de ser una medida que salve vidas, ella no se constituye en una terapia curativa. Según el III Consenso Brasileño de Ventilación Mecánica, esta tiene por objetivos, además de la manutención del intercambio gaseoso, de la corrección de la hipoxemia y de la acidosis respiratoria asociada a la hipercapnia, aliviar el trabajo de la musculatura respiratoria que, en situaciones agudas de alta demanda metabólica está elevada, revertir o evitar la fatiga de la musculatura respiratoria, disminuir el consumo de oxígeno reduciendo la incomodidad respiratoria, y permitir aplicar terapéuticas específicas (55).

Así, su indicación más precisa, está asociada a la insuficiencia respiratoria aguda grave (tipo I y tipo II), que no responde a otras medidas de soporte no invasivo, requiriendo una evaluación objetiva del paciente y de paraclínicos específicos como el control gasométrico (53).

▪ **Insuficiencia respiratoria tipo I o hipoxemia severa:** se define por hipoxemia con PaCO<sub>2</sub> normal o bajo, gradiente alvéolo-arterial de O<sub>2</sub> incrementada (AaPO<sub>2</sub> > 20 mmHg). Indicando VM cuando se verifica una PaO<sub>2</sub> por debajo de 50mmHg con descenso de la saturación y contenido arterial de oxígeno, a pesar de administrar al paciente oxígeno suplementario a una concentración igual o mayor de 50%, ya sea por una máscara de Venturi o una máscara con reservorio. Entonces se debe buscar la causa de la insuficiencia respiratoria (IR) en el parénquima pulmonar o en el lecho pulmonar. Constituye el tipo más habitual de IR (56).

▪ **Insuficiencia respiratoria II o hipercapnia:** Producida por una falla de la ventilación alveolar que se caracteriza por hipoxemia con PaCO<sub>2</sub> elevado y gradiente alveolo-arterial de O<sub>2</sub> normal (AaPO<sub>2</sub> < 20mmHg). Teniendo en cuenta que esta elevación de la PaCO<sub>2</sub> se haya producido en forma aguda y tenga una disminución del nivel del pH por debajo de 7,25. En estos casos el pulmón está intrínsecamente sano, ya que la causa de la insuficiencia respiratoria se localiza fuera del pulmón, por lo que se debe pensar en otras enfermedades. En estos casos se debe considerar la necesidad de ventilación asistida y no limitarse tan sólo a la administración de oxígeno (56).

No obstante, la ventilación mecánica está determinada en otros escenarios como el compromiso neuromuscular de la respiración, la hipertensión endocraneana, la profilaxis frente a inestabilidad hemodinámica, el aumento del trabajo respiratorio, un tórax inestable, la sedación y/o relajación muscular y el requerimiento extremo de volumen minuto. Igualmente, se debe evaluar el estado basal del paciente, así como su pronóstico de vida, ya que en muchas oportunidades se trata de pacientes con enfermedades evolutivas o irreversibles, en quienes brindar un soporte ventilatorio implica prolongar un proceso irreversible de muerte (54).

Por lo anterior, la enfermería posee un papel fundamental en la asistencia al enfermo crítico en VM, fueron definidos veinte cuidados básicos que el equipo debe considerar, los cuales son: vigilancia constante, control de signos vitales y monitorización cardiovascular, monitorización gasométrica y del patrón respiratorio, observación de señales neurológicas, aspiración de secreciones pulmonares, observación de signos de hiperinsuflación, cuidados con el tubo oro traqueal, control de la presión del balón, monitorización del balance hidroelectrolítico y peso corporal, control nutricional, humedad y calentamiento del gas inhalado, observación del circuito del ventilador, observación de las alarmas de la ventilación, nivel de sedación del paciente y de bloqueo neuromuscular, observación del sincronismo entre paciente y máquina, orientación de ejercicios, completar los formularios de control, apoyo emocional al paciente (manejo del estrés, control del dolor , facilitar la comunicación, promover el descanso), control de infección y destete (55). Se espera que, aplicando estos cuidados primordiales por parte del profesional de enfermería, pueda lograrse un impacto positivo en el confort del paciente sometido a VM, la optimización del ambiente y la prevención de complicaciones significativas.

En tal caso, el soporte ventilatorio invasivo conlleva a una pérdida de la independencia y control sobre la actividad esencial para mantener la vida como lo es el “respirar”. A la mayoría de los pacientes les incomoda la presencia de dispositivos como el tubo en la vía aérea y pueden sentir molestias cuando pasa el aire a los pulmones. A esto se asocian otros factores estresantes como el ambiente hostil de las unidades de cuidado intensivo, la tecnificación de estas con alarmas de todo tipo, la restricción de la movilidad, la limitación para realizar las actividades cotidianas de forma independiente, la administración de medicamentos, los controles analíticos, la frecuente medición de constantes vitales, la propia actividad de una UCI que contribuye en si a aumentar el nivel de ruidos nocturnos y por consiguiente, hacen que el descanso nocturno del paciente se vea

seriamente alterado, significando experiencias difíciles y manifestando la necesidad de redes de apoyo o mecanismos de afrontamiento que les ayude a enfrentar y superar las experiencias y sentimientos frente a su situación y a la imposibilidad de comunicación lo cual incide en la aparición de desórdenes psicológicos (57).

▪ **Sedación/ Sedación Consciente:** Para prevenir el surgimiento de dichos desordenes, es importante mantener al paciente lo más despierto y consiente posible, pero sin dolor ni ansiedad, que le faciliten la adaptación al ventilador y mejoren su comodidad, para esto es necesario proveer un nivel de sedación adecuado empleando las medidas farmacológicas pertinentes. Dado esto, según Celis Rodríguez et al, se recomienda el uso rutinario de sedo-analgesia en los pacientes con ventilación mecánica invasiva, con un grado de recomendación fuerte, nivel de evidencia moderado (1B) ya que su uso trae beneficios fisiológicos al paciente, y previene numerosas complicaciones desencadenadas por el inadecuado acople del paciente con el ventilador. Así mismo la sedación consciente favorece el manejo de la angustia, ansiedad o miedo, además de controlar la agitación y mejorar los patrones de sueño, para facilitar los procedimientos invasivos. Por esta razón la sedación en el paciente crítico se indica como tratamiento básico de la ansiedad y la agitación (58). Así, es importante tener claro el concepto de sedación, que se entiende como la “depresión de la conciencia inducida por medicamentos”; y es a partir de dicho concepto que se alude a la afirmación de que “la conciencia de cada ser humano está totalmente interiorizada, conocida por la persona desde el interior e inaccesible a otro individuo cualquiera”. Se puede definir entonces la sedación consciente como la depresión mínima del nivel de conciencia, mediante la utilización de fármacos sedantes, en la que el paciente preserva una respuesta apropiada a la estimulación verbal o táctil, con mantenimiento de los reflejos de la vía aérea y ventilación espontánea adecuada (59).

En dicho sentido, los efectos de los sedantes como o son supersedación, infrasedación, náuseas, inestabilidad hemodinámica, entre otros, sumado al uso de algunos dispositivos médicos, afectan la comunicación verbal como lo expone Tejada et al, el paciente depende entonces de la interpretación que haga el enfermero de los signos endógenos y exógenos reconocidos como comunicación no verbal para identificar y satisfacer las necesidades de la persona que se encuentra dependiente de cuidado, lo que la hace estar expuesta y vulnerable. Como lo afirma D. Orem, los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionadas con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente, por lo cual queda como responsable de ello el enfermero (60).

De igual manera, de acuerdo con la Sociedad Americana de Medicina Crítica el sedante ideal debe tener las siguientes características: rápido inicio y vida media corta, mínima depresión respiratoria, ningún efecto sobre la función cardiovascular, metabolitos inactivos o carente de ellos, metabolismo y eliminación hepática y renal, ninguna interacción con otros fármacos, no producir dolor a la administración, no producir tolerancia o síndrome de abstinencia, debe producir amnesia, debe ser económico (61).

Así mismo, es necesaria la evaluación objetiva del nivel de sedación en cada paciente, que permita detectar la presencia y cambios en el estado de sedación y en todo paciente con riesgo de desarrollar agitación en UCI, mediante una escala de medición con aplicabilidad validada para pacientes ventilados: Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), la cual debe hacerse de forma sistemática y por personal entrenado en su aplicación. Esta escala fue descrita por Sessler et al, en el año 2002(62), su elaboración fue llevada a cabo por un equipo multidisciplinario en el que se incluyeron médicos, enfermeras y el resto del personal involucrado en el manejo de los pacientes en estado crítico. Posteriormente Wesley et al, realizaron un estudio de investigación consistente

en el monitoreo del estado de sedación a lo largo del tiempo en pacientes de UCI con lo cual logran demostrar la Fiabilidad y validez de la Escala de RASS, indicando una excelente interrelación entre el criterio, la construcción y la validez aparente y como el nivel de consciencia y delirium se correlaciona con la dosis administrada de medicamentos sedantes y analgésicos (63).

En ese orden de ideas, esta escala consta de 10 puntos (Tabla 1), muy intuitiva en su descripción, ya que los valores positivos indican agitación y los valores negativos son usados para analizar la sedación. Separa la estimulación física de la verbal y gradúa el nivel según la intensidad del estímulo. El nivel 0 corresponde a un paciente tranquilo y despierto, el nivel +4 a la situación de máxima agitación y el nivel -5 al de mayor depresión del nivel de conciencia. Es la escala que ofrece más información tanto en la fase de agitación como en la de sedación (64).

Tabla 1: Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

Puntuación	Denominación	Descripción	Exploración
+4	Combativo	Combativo, violento, con peligro inmediato para el personal	Observar al paciente
+3	Muy agitado	Agresivo, intenta retirarse los tubos o catéteres	
+2	Agitado	Movimientos frecuentes y sin propósito; «lucha» con el ventilador	
+1	Inquieto	Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos	
0	Alerta y calmado		Llamar al enfermo por su nombre y decirle «abra los ojos y míreme»
-1	Somnoliento	No está plenamente alerta, pero se mantiene ( $\geq 10$ s) despierto (apertura de ojos y seguimiento con la mirada) a la llamada	
-2	Sedación leve	Despierta brevemente (< 10s) a la llamada con seguimiento con la mirada	
-3	Sedación moderada	Movimiento o apertura ocular a la llamada (pero sin seguimiento con la mirada)	
-4	Sedación profunda	Sin respuesta a la llamada, pero movimiento o apertura ocular al estímulo físico	
-5	Sin respuesta	Sin respuesta a la voz ni al estímulo físico	Estimular al enfermo sacudiendo su hombro o frotando sobre la región esternal

Si el valor de la RASS es igual a -4 o -5, deténgase y revalúe al paciente posteriormente.  
 Si el valor de la RASS es superior a -4 (-3 a +4), entonces proceda, si está indicado, a la valoración del delirium.  
 Adaptada de Ely et al.<sup>17</sup>.

Fuente: Celis-Rodríguez et al. (39)

De la misma manera, en la unidad de cuidados intensivos se indica sedación consciente durante diferentes procedimientos terapéuticos, diagnósticos o quirúrgicos, cuando se necesite una evaluación neurológica frecuente, durante el acoplamiento a la VM no invasiva, para la adaptación a las modalidades espontáneas de ventilación invasiva, o durante el proceso de retirada del tubo orotraqueal (53). Así mismo, la sedación consciente favorece el manejo de la angustia, ansiedad o miedo, además de controlar la agitación y mejorar los patrones de sueño, para facilitar los procedimientos invasivos. Se recomienda el uso de Dexmedetomidina, Fentanilo, Propofol o Midazolam, en dosis titulada según la respuesta (bolos o infusión, para la sedación consciente en situaciones terapéuticas, diagnosticas o quirúrgicas menores en UCI) (61).

La Dexmedetomidina, es un agonista  $\alpha_2$  de acción corta y alta especificidad, produce analgesia, ansiolisis y sedación, que ha sido descrita como consciente. Adicionalmente, la Dexmedetomidina no produce depresión respiratoria clínicamente significativa, lo cual facilita el manejo de estos pacientes desde el punto de vista de la respiración y del mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea (58).

Por otro lado, el Fentanilo es un opioide, la analgesia inducida por este grupo de medicamentos se produce sin pérdida de la conciencia, sustituyéndolo por una sensación de euforia y bienestar, esta mediada por los receptores  $\mu_1$  con efecto de acción rápido (pico en 4 minutos), la vida media es corta de 30 a 60 segundos, este no causa alteración hemodinámica y el inicio de acción se produce a los 5-10 min y el efecto pico en 30 min. Tiene una vida media de eliminación de 2-4 horas, el principal efecto adverso es la depresión respiratoria por efecto sobre los centros respiratorios del tronco del encéfalo mediado por los receptores  $\mu_2$  (65).

Otro fármaco es el Midazolam, sedante que pertenece al grupo de las benzodiazepinas, ansiolítico y amnésico; tiene una duración de acción corta debido a su rápida redistribución. Potencia el



efecto inhibitorio del GABA en las neuronas del sistema nervioso central, ocasionando hiperpolarización de la membrana, haciendo a la neurona resistente a la excitación. El Midazolam está recomendado como sedación a corto plazo (menos de 24 horas), su vida media es de 3 a 11 horas (65).

Por su parte el Propofol, es un anestésico general de acción corta, indicado para el mantenimiento de sedación y/o anestesia general. También se utiliza en sedación consciente, inicio de acción de aproximadamente en 30 segundos (66). Todos estos fármacos, pueden proporcionar sedación consciente en dosis y tiempo variables, supeditada a las características farmacocinéticas de cada uno en particular. Al usar infusiones continuas debe tenerse en cuenta la acumulación de metabolitos. Siempre es necesario recordar que el midazolam y el Propofol no producen analgesia (61).

Así, habiendo revisado las generalidades de la ventilación mecánica, sus implicaciones y las de los pacientes que ameritan este tipo de soporte en las Unidades de Cuidado intensivo, seguidamente, es pertinente abordar el tema de la comunicación con el paciente ventilado, para lo cual es importante iniciar reafirmando que, en el contexto sanitario, la comunicación se ha convertido en una herramienta fundamental, que permite a los pacientes expresar sus necesidades al equipo de salud, pudiendo de esta manera, orientar las actividades de cuidado a los requerimientos individuales de los usuarios del sistema. Sin embargo, en este mismo ámbito, existen numerosas situaciones en las que los individuos pueden encontrarse imposibilitados de establecer comunicación, ya sea temporal o permanentemente, siendo esto frecuentemente asociado a las alteraciones del estado de salud (1). Como lo es el caso de la ventilación mecánica invasiva. Es claro, que el uso de un soporte ventilatorio artificial afecta consistentemente el habla y por consiguiente el proceso de comunicación.

En este sentido, en el estudio de Patak y colaboradores, se resalta que los pacientes que reciben ventilación mecánica han informado que las dificultades de comunicación son su principal problema mientras están intubados. En este estudio, el 62% de los pacientes informó de un alto nivel de frustración en la comunicación de sus necesidades, mientras que recibían ventilación mecánica. Los pacientes juzgaron que su percepción del nivel de frustración en la comunicación de sus necesidades habría sido significativamente menor ( $P < .001$ ) si un tablero de comunicación hubiera sido proporcionado. Un tablero de comunicación puede ser una intervención eficaz para disminuir la frustración de los pacientes y facilitar la comunicación (67).

El estudio de Beth Happ (24) desarrollado al igual que el trabajo de Patak en USA (67), también coincide en que las dificultades de comunicación son un problema común para los pacientes ventilados mecánicamente en la UCI que les causa angustia, miedo e ira; y es una fuente de frustración y estrés para el personal de la UCI (6). Es por lo que la comunicación con el paciente ventilado sigue constituyendo una problemática de vital importancia que merece ser atendida por todos, con la convicción de que, en el desempeño diario de la impactante labor de enfermería, son las cosas más sencillas las que pueden suponer una enorme diferencia en la percepción del cuidado. Una breve explicación, un apretar la mano o una mirada de complicidad pueden aliviar tanto como el oxígeno necesario que se aplique. Muy a menudo se hace "todo" por el paciente, pero sin contar con él.

El paciente en estado crítico presenta a menudo un estado de adormecimiento, ya sea por la propia enfermedad o por el tipo de medicación que recibe, como se describió previamente, y no es nada infrecuente que, además, no pueda hablar por llevar un tubo endotraqueal. Pero el hecho de no estar completamente lúcido no significa que no pueda comunicarse, por el contrario, lo que

ocurre es que lo hace de otra forma. Utiliza formas de lenguaje a las que no se están habituados y que son excepcionales en el mundo apresurado y técnico en el que se vive (5).

Es decir, que este tipo de pacientes casi siempre emplea el lenguaje no verbal: el gesto, la mirada, la expresión. En situaciones en las que el dolor, la pena, o el miedo son demasiado fuertes, la comunicación verbal, la explícita es imposible. Como se afirma en este mismo trabajo: "hay cosas que no se pueden decir, solo se pueden mostrar". El dis-confort, el miedo, la angustia o la incomodidad se expresan sin palabras. Solo es necesario estar atento para descubrirlo y entenderlo (5).

Aunque, en general, todos los profesionales que trabajan en las Unidades de Cuidados Críticos prestan a sus enfermos una gran dedicación, esfuerzo e interés, también es verdad que sin querer puede producirse un cierto "acostumbramiento" frente al dolor ajeno, y este dolor solo se aprecia de verdad cuando golpea de cerca o en primera persona. A veces se hacen comentarios intrascendentes al lado del enfermo que pueden malinterpretarse ("¿se estarán riendo de mí?"). Atender a estos pequeños detalles es fundamental y su importancia se magnifica tanto por lo que expresan como por lo que se agradece al estar en estas situaciones (5).

En el estudio de Henao, también se encontró que la comunicación no verbal fue importante en el manejo de la situación por parte de los participantes; fue así como recurrieron a señales (movimiento de las manos, la cabeza o los labios), al ruido (ej. Tocar o golpear la baranda de la cama) y la escritura (a través del papel y el lápiz) para enviar algún tipo de mensaje al equipo de salud o a sus familias. Es necesario darle un papel protagónico al vínculo comunicación-cuidado; proporcionarles al paciente los elementos para desarrollar una comunicación no verbal, facilitarles lápiz, cuaderno y motivarlo a la escritura en aquellos casos que su condición de salud se los

permite, demostrando interés en la interpretación en común de aquellas palabras que son en ese momento de suma importancia para él (14).

Finalmente, es importante tener presente, como concluye Achury et al, el proceso comunicativo entre la enfermera y el paciente en estado crítico está limitado por las políticas restrictivas institucionales y por la escasa formación académica de las enfermeras. Entonces, es necesario iniciar un proceso de cambio en relación con los modelos de práctica profesional profundamente arraigados en el cuidado físico del paciente crítico con el fin de establecer modelos que, durante el cuidado físico, estén centrados en la comunicación y relación paciente-familia-profesional (41). Todo lo anteriormente descrito, conlleva a encontrar una relación directamente proporcional entre la comunicación y la humanización del cuidado, por lo cual es imprescindible reconocer, como se plantea seguidamente, que sin una comunicación efectiva no es posible ofrecer un cuidado humanizado a la persona enferma.

### **5.3.5 HUMANIZACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA COMUNICACIÓN**

Reconociendo la importancia de la humanización, se puede ver que apesarque la evolución científica y técnica de la atención al paciente crítico ha mejorado de forma importante la práctica clínica y la supervivencia, este progreso no se ha visto acompañado de igual manera en los aspectos más humanos, pues en muchas ocasiones, las características organizativas y arquitectónicas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) hacen que se conviertan en ambientes hostiles para los pacientes y sus familias e incluso para los propios profesionales (68). Por lo anterior, las unidades de cuidado intensivo tienen el compromiso moral de liderar el cambio hacia la humanización en busca de la excelencia, desde el punto de vista multidimensional, abordando todas las facetas de un paciente y no solamente la clínica, aportando mayor cercanía y ternura, con autocrítica y capacidad de mejora.

En una organización humanizada, existe un compromiso personal y colectivo por humanizar la realidad, las relaciones, las conductas y el entorno, especialmente cuando tomamos conciencia de la vulnerabilidad ajena y de la necesidad de ayuda de los pacientes. Para brindar un cuidado humanizado es imprescindible una comunicación efectiva, en la que no solo se intercambie información sino también se garanticen procedimientos efectivos y seguros que den relevancia al proceso de comunicación, el cual influye directamente en el bienestar del paciente y la familia, esto permite minimizar el desgaste profesional e impactar de forma positiva en los resultados de la recuperación del paciente; pues la comunicación es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en la UCI (68).

En esa misma línea, la incapacidad de comunicarse que experimentan muchos pacientes críticos genera sentimientos negativos, siendo una fuente importante de estrés y frustración no solo para el paciente sino también los familiares y los mismos profesionales. El uso de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación debe incorporarse sistemáticamente como herramienta para mejorar la comunicación en estos pacientes. En las unidades de cuidados intensivos se brinda un cuidado especial, y para tal fin, se requiere de un profesional de enfermería con cualidades especiales cuyo significado de cuidar no es solo vigilar el comportamiento hemodinámico, la identificación de problemas y/o la administración de medicamentos, entre otras, implica también tener una formación basada en el interés real de establecer la condición del otro, sensibilidad para percibir, comprender los sentimientos, capacidad para actuar y humanizar su accionar basado en conocimientos científicos (26).

Igualmente, como se ha venido diciendo, la comunicación es una herramienta diaria de la acción de los profesionales de salud, siendo esta un determinante de ayuda y respeto en la evaluación de la atención. Esta competencia es necesaria en todas las acciones de enfermería, influenciando

directamente la interacción con el paciente. Durante el proceso de hospitalización, es fundamental proporcionar un nuevo modo de mirar y actuar de los profesionales con relación a la interacción con los pacientes que están bajo sus cuidados. Evidentemente existe ineficacia en la comunicación del equipo de enfermería en el ámbito hospitalario, en el cual el paciente permanece fuera de su ambiente familiar y es expuesto a un ambiente completamente extraño, donde rutinas y normas controlan y determinan sus acciones, aspecto que, no siempre es considerado por los profesionales que lo atienden. Los instrumentos básicos de la relación de ayuda, tales como la empatía, el trato ameno, el interés por las vivencias y necesidades del paciente como ser humano, pueden ayudar a disminuir los problemas presentados por el paciente bajo ventilación mecánica como consecuencia de fallas en la comunicación.

De este modo, los profesionales de enfermería deben utilizar la comunicación como instrumento para humanizar el cuidado, dialogando con el paciente para aclarar dudas en cuanto a su tratamiento, exámenes diagnósticos o procedimientos clínicos, minimizando su ansiedad causada por la condición de pasividad impuesta por la enfermedad, dispositivos invasivos y la hospitalización en sí (69).

## 6 MARCO METODOLÓGICO

### 6.1 DISEÑO METODOLÓGICO

La fenomenología es una filosofía, un enfoque y un diseño de investigación. Su origen se remonta al matemático Edmund Husserl (1859-1938) fundador de la fenomenología trascendental. Busca conceptos que puedan abarcar una parte de la realidad (70). Se trata de descubrir tantas cualidades como fuere posible, además permite conocer la perspectiva que tiene el individuo sobre la situación planteada, nos muestra lo que siente desde su consciencia aceptándola tal y como se ve, permitiendo establecer una relación con la esencia de las cosas; también estudia la relación que hay entre los hechos y el ámbito en que se hace presente la realidad.

Así mismo, para Hegel, la fenomenología “pretende mostrar la sucesión racional y lógica de las diferentes formas o fenómenos de la consciencia hasta llegar al saber absoluto”, considerando la fenomenología como la esencia de la experiencia compartida. El fenómeno puede ser tan variado como la amplia experiencia humana, y puede abarcar cuestiones excepcionales, pero también rutinarias y cotidianas (71).

De la misma manera, el enfoque cualitativo en este estudio permitió identificar, describir y analizar las experiencias y sentimientos durante el proceso de comunicación entre el binomio paciente enfermera, cuando la persona se encuentra sometida a ventilación mecánica invasiva. Tomando como población de referencia, aquellas personas adultas que se encontraban hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos de una institución de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Bogotá y que se hallaban en las 24 horas posteriores a la intubación endotraqueal.

La investigación experiencias y sentimientos vividos por las personas conscientes con ventilación mecánica invasiva durante el proceso de comunicación con el equipo de enfermería, se basó en un diseño fenomenológico, ya que tuvo como objeto estudiar un fenómeno particular, en un momento determinado, enfatizando el aspecto externo y la conciencia interna, basada en la memoria, la imagen y el significado de cada uno de los participantes del estudio frente a esa situación crítica. El cual permitió ubicar el evento en la propia perspectiva de la persona donde fue expresado por medio de palabras en conversaciones, gesticulaciones y/o actitudes a la hora del desarrollo de las entrevistas.

## **6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de estudio estuvo conformada por personas adultas hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos que estuvieron sometidas a soporte ventilatorio mecánico invasivo, bajo sedación consciente y con necesidad de comunicarse con el personal de enfermería.

La muestra fue de tipo homogéneo, la cual permitió identificar las diferencias y coincidencias del fenómeno de estudio, y se centró en aquellos individuos que tuvieron soporte ventilatorio invasivo durante su hospitalización en la unidad de cuidado intensivo de una institución de tercer nivel, por un periodo mínimo de 72 horas, y a las 24 de horas de haber estado expuestos al fenómeno, es decir a las 24 horas de haber sido extubados. Además, que aceptaron de forma voluntaria participar en la investigación (Anexo 1). Los participantes fueron cuidadosa e intencionalmente seleccionados para dar respuesta al objetivo del estudio, utilizando el principio de saturación de la muestra de la investigación cualitativa, con lo cual se logró obtener la mayor riqueza de información posible con un número total de 10 participantes entrevistados.

Cabe aclarar, que se obtuvo una muestra inicial de 7 personas, las cuales aportaron información importante, pero al llevar a cabo el proceso de codificación se identificó la necesidad de



complementar los datos relacionados con la experiencia de la comunicación durante la ventilación mecánica, realizando tres entrevistas adicionales, a fin de cumplir con el objetivo central propuesto; es decir que el tamaño de la muestra se encontró sujeto a modificaciones según la saturación de la información obtenida.

## **6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **6.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión para los participantes en esta investigación se establecieron de la siguiente manera:

- Personas hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos en una institución de tercer nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá.
- Personas mayores de 18 años
- Personas que hayan manejado una escala de RASS entre -1/+1 durante el tiempo que estuvieron con ventilación mecánica invasiva.
- Personas que hayan sido sometidos a ventilación mecánica invasiva por un periodo de 72 horas o más, independientemente de la patología o la causa que lo llevo a requerir el soporte ventilatorio.
- Personas que se encuentren como mínimo en las primeras 24 horas post extubación.
- Personas que acepten participar de manera voluntaria en la investigación.

### **6.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Las personas en las que por su condición fisiopatológica se encuentre comprometido el mecanismo de fonación, no serán tenidas en cuenta para el presente estudio.
- Las personas que, durante el tiempo de ventilación mecánica o posterior a este, se les haya diagnosticado delirium u otra alteración del estado de conciencia.

### **6.4 DESARROLLO METODOLÓGICO**

Reconociendo la problemática, con el propósito de plantear nuevas actuaciones, se aplicó una entrevista a profundidad como herramienta para recolectar la información, la cual facilitó que a medida que la conversación fuera avanzando, surgieran preguntas sobre el fenómeno de estudio.

Se usó una grabadora para asegurar la rigurosidad y exactitud en el registro de la información proporcionada por los participantes. Dicho registro fue transcrito inmediatamente después de terminada la entrevista para garantizar la veracidad de la información. La entrevista estuvo estructurada por 5 preguntas clave que guiaron el curso de esta, las cuales se nombran en seguida:

1. ¿Cuál fue su experiencia al estar hospitalizado en la UCI con todos los dispositivos que tuvo puestos en su cuerpo, especialmente el tubo endotraqueal y no poderse comunicar?, 2. ¿Cómo se sintió al no poder hablar por tener el tubo en la boca que le estaba ayudando a respirar? 3. ¿Cuáles sentimientos puede usted destacar?, 4. ¿Cree usted que fue comprendido por el personal de enfermería en todas las ocasiones que intento expresar algo o que necesito de algo?, 5. ¿Cómo fue la manera de comunicarse con el personal de enfermería y con sus familiares? ¿Le facilitaron algunos elementos?, o usted ¿cuáles medios utilizó?

Igualmente, se identificó a partir de las experiencias subjetivas los datos relacionados con el tema de interés. El lugar de abordaje para realizar la entrevista fue la unidad de cuidados intensivos de

una institución de tercer nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá. Cada sesión de entrevista duró aproximadamente 20 minutos, dependiendo de las respuestas de cada uno de los entrevistados y también del punto de saturación de la información otorgada por la persona. Se contó con dos entrevistadoras para la recolección de la información. Las entrevistadoras fueron enfermeras con especialidad en Cuidado Crítico, y estudiantes de tercer semestre de Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico. Se tuvo en cuenta toda la información valiosa que aportó cada persona entrevistada de manera tanto subjetiva como objetiva para el desarrollo del estudio, sin que el entrevistador llegase a sesgar los datos, imponiendo su propio punto de vista.

Según Taylor y Rincón, se define la entrevista a profundidad como “reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, estos reencuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a un fenómeno o situación, tal como lo expresan con sus propias palabras”. Ella permite acercar a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros (72).

Por lo tanto, se desarrollaron entrevistas a profundidad, en las que, las respuestas dadas por los participantes fueron valiosas para analizar cómo interpretan ellos sus experiencias y qué explicación le dan a lo vivido. La entrevista marca el desarrollo de la metodología fenomenológica que se quiere implementar, y en este caso particular, se basó en la indagación a la persona frente a las diversas experiencias del proceso de comunicación con el equipo de enfermería durante el periodo de ventilación mecánica invasiva.

El objetivo de aplicar este tipo de entrevista fue el de explorar las experiencias y sentimientos vividos por estas personas, puesto que dicho método de recolección de información les permitió expresar todas estas vivencias, que de una u otra manera pudieron verse influenciadas durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos; y en cuanto a las investigadoras, este método les

facilito descubrir, describir, analizar e interpretar a profundidad los datos obtenidos en la misma para así cumplir con el objetivo del estudio.

## **6.5 ANÁLISIS DE DATOS**

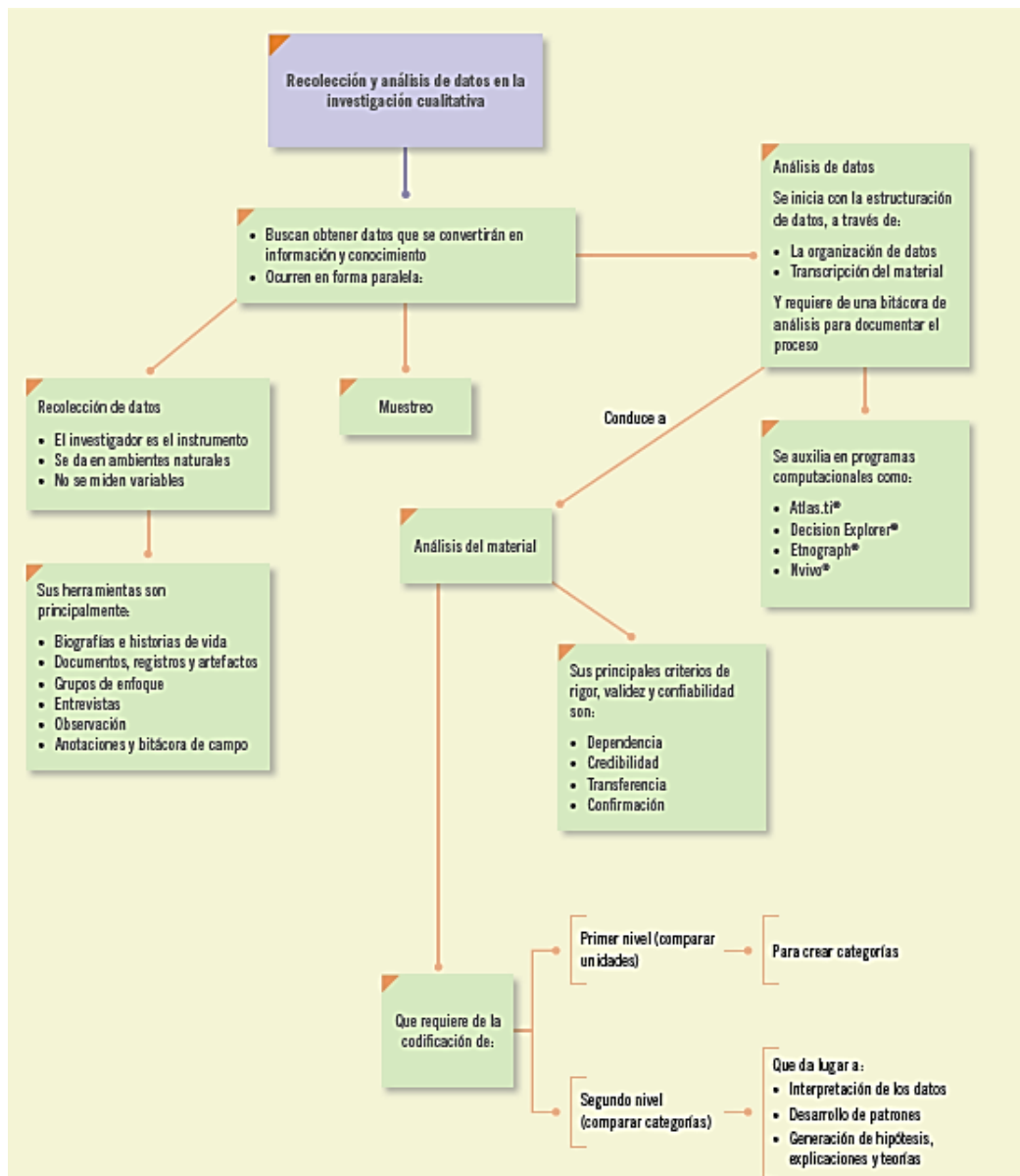
Se tuvo en cuenta el modelo de análisis cualitativo de Harry F. Wolcott, el cual consta de 3 componentes principales: La descripción, el análisis y la interpretación.

- Descripción: Es una manera de mantenerse cerca de los datos recopilados originalmente. La estrategia utilizada para esto es tratar a los datos descriptivos como hechos. Se espera que los datos “hablen por sí mismos”.
- Análisis: Es ampliar y extender la explicación más allá de una puramente descriptiva. Requiere un análisis que procede de manera cuidadosa y sistemática para identificar los factores claves y las relaciones entre éstos.
- Interpretación: La meta es darle sentido a lo que está ocurriendo en la investigación, para alcanzar un entendimiento o explicación más allá de los límites de lo que puede ser explicado con el grado usual de certeza asociado al análisis. Puede seguir al análisis o emerger de la descripción (73).

De este modo, y a partir de la información recopilada para el presente estudio, de manera práctica y de acuerdo a la metodología de investigación cualitativa propuesta por Hernández Sampieri (*Ver Diagrama 1*), se llevó a cabo un primer nivel de codificación o codificación abierta, donde se revelaron las unidades de análisis (unidades de significado) en las transcripciones de las entrevistas, se eligieron fragmentos de la transcripción para su posterior análisis y cuestionamiento de sus significados, tomando similitudes y diferencias entre uno y todos estos descriptores. Seguidamente, se llevó a cabo un segundo nivel de codificación o codificación axial y selectiva, donde las categorías evidenciaron el proceso inductivo; se describió el significado

profundo de cada una de estas, y posteriormente se realizó la comparación de las mismas, donde se identificaron similitudes y diferencias, encuentros en unidades de significado, finalmente logrando la agrupación en temas, e integrando la mayor amplitud conceptual con el fin de entender el fenómeno estudiado (74).

Ilustración 1: Recolección y análisis de datos cualitativos



Fuente: Hernández, et al. (74).

En la presente investigación, se utilizó el programa de software para el análisis de datos cualitativos NVivo12, el cual ofrece diferentes herramientas y formatos para codificar, conservando los principios del proceso analítico. A continuación, se describe cómo fue el proceso de codificación que se realizó con el software para análisis cualitativo Nvivo12, y para lo cual se tomó como referencias teóricas las orientaciones dadas en el documento Metodología de la Investigación, de Hernández Sampieri.

La primera etapa del proceso fue subir las entrevistas transcritas a la herramienta Nvivo12 y proceder con su segmentación en unidades de análisis, las que se iban agrupando en “contenedores” llamados en el software nodos y que vendrían siendo el equivalente de “conceptos” o “categorías”. En este primer paso la codificación fue abierta y exhaustiva ya que se revisaron todos los documentos línea por línea y las unidades se etiquetaron con códigos emergentes, que iban surgiendo a medida que se exploraban los recursos. Esta actividad de reducción de los datos se acompañó de reflexiones teóricas que se consignaron directamente en un documento de Word.

En el segundo paso del proceso de codificación que conforma la primera parte del segundo nivel de codificación de la metodología de Sampieri, o codificación axial, se agruparon los conceptos o códigos con características similares bajo términos explicativos más abstractos, es decir categorías, algunas de estas correspondieron con las que ya se habían planteado en el marco teórico del proyecto y otras emergieron de la codificación. Aunque en últimas todas ellas respondían a la naturaleza o contenido de los códigos que a ellas se asociaron. Algunas de estas vinculaciones código-categoría se realizaron en la primera etapa del proceso, debido a que sus relaciones fueron evidentes desde un principio.

En el tercer y último paso que conforma la segunda parte de la codificación axial, se realizó un ejercicio de refinamiento, donde se trasladaron códigos, se cambiaron algunos nombres, se fusionaron conceptos y validaron las relaciones entre ellos. También se crearon conjuntos de categorías a partir de sus elementos comunes y se integraron estas alrededor de un tema o una categoría central, lo que permitió conceptualizar, integrar aún más los datos y además visualizar de mejor manera las relaciones existentes entre los resultados. Cabe decir que, aunque se ha mostrado un proceso de codificación con tres etapas, en la práctica no están delineadas las fronteras entre ellas y hubo momentos en que se presentaron al tiempo.

En general, esta fase del proceso de análisis cualitativo fue flexible y las unidades textuales, los códigos y las categorías se modificaron, crearon, remodelaron y suprimieron siempre que fue necesario, ya fuese porque los investigadores lo decidieron para dar coherencia o porque el análisis de nuevos datos lo requería.

Una vez terminado el proceso de codificación se procedió con la recuperación de todos los reportes textuales de los códigos en documentos Word, se exportaron gráficos con palabras de interés, se construyeron matrices de codificación donde se cruzaron códigos y casos, se hicieron matrices de marco de trabajo, y modelos visuales de las relaciones entre los códigos y categorías. Todo esto sirvió como insumo para continuar con el análisis, la construcción de teorías y la redacción del documento final.

El estudio fenomenológico de las experiencias y sentimientos de los pacientes en ventilación mecánica invasiva durante el proceso de comunicación abre un espacio desde este enfoque que permite una mirada de diferentes perspectivas de dicho fenómeno, a fin de despertar la capacidad de formular preguntas sobre lo que los participantes manifiestan, esto es solo una aproximación filosófica que propone la fenomenología. El método fenomenológico así formulado genera el

interés de la persona, porque le permite recordar distintas experiencias durante el proceso de comunicación en una situación específica y tratar de explicar esas experiencias.

## **6.6 RIGOR METODOLÓGICO.**

Para efectuar una buena investigación cualitativa también se requiere de un rigor metodológico, es decir, incluir todos los pasos del proceso. Para valorar el rigor metodológico y fomentar la calidad de los datos del estudio, se aplicaron los criterios de Credibilidad, Transferibilidad, Fiabilidad y Confirmabilidad.

- **Credibilidad:** Se proporcionó a cada uno de los entrevistados conocimientos acerca de la información recolectada, como una aproximación a lo que ellos sienten y piensan, lo cual se logró mediante los siguientes aspectos:

- ✓ Se utilizó como método de recolección de información la entrevista a profundidad, que determino la congruencia de los datos
- ✓ Una vez terminada la entrevista se realizó la transcripción textual de la misma.
- ✓ En seguida se hizo el análisis de las entrevistas, se interpretó lo que los informantes refirieron.

- **Fiabilidad/Confirmabilidad:**

- ✓ Para esto se grabaron cada una de las entrevistas y se realizó posteriormente la transcripción y análisis de cada una de las mismas. Dejando registro y documentación completa y detallada de las decisiones, ideas y reflexiones sobre el estudio.
- ✓ Se describieron las características de los informantes y su proceso de selección.
- ✓ Se mantuvo la neutralidad de los investigadores en la interpretación de la información.

- **Transferibilidad:** El presente estudio puede ser transferible, dado que los resultados podrán ser utilizados en otras investigaciones que se realicen en cuanto a las experiencias y sentimientos de



los pacientes en ventilación mecánica, durante su proceso de comunicación con el equipo de Enfermería, buscando la comparación de los resultados con la presente investigación. También se describen el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado, así mismo, se muestra lo típico de las respuestas informadas y la representatividad de los datos.

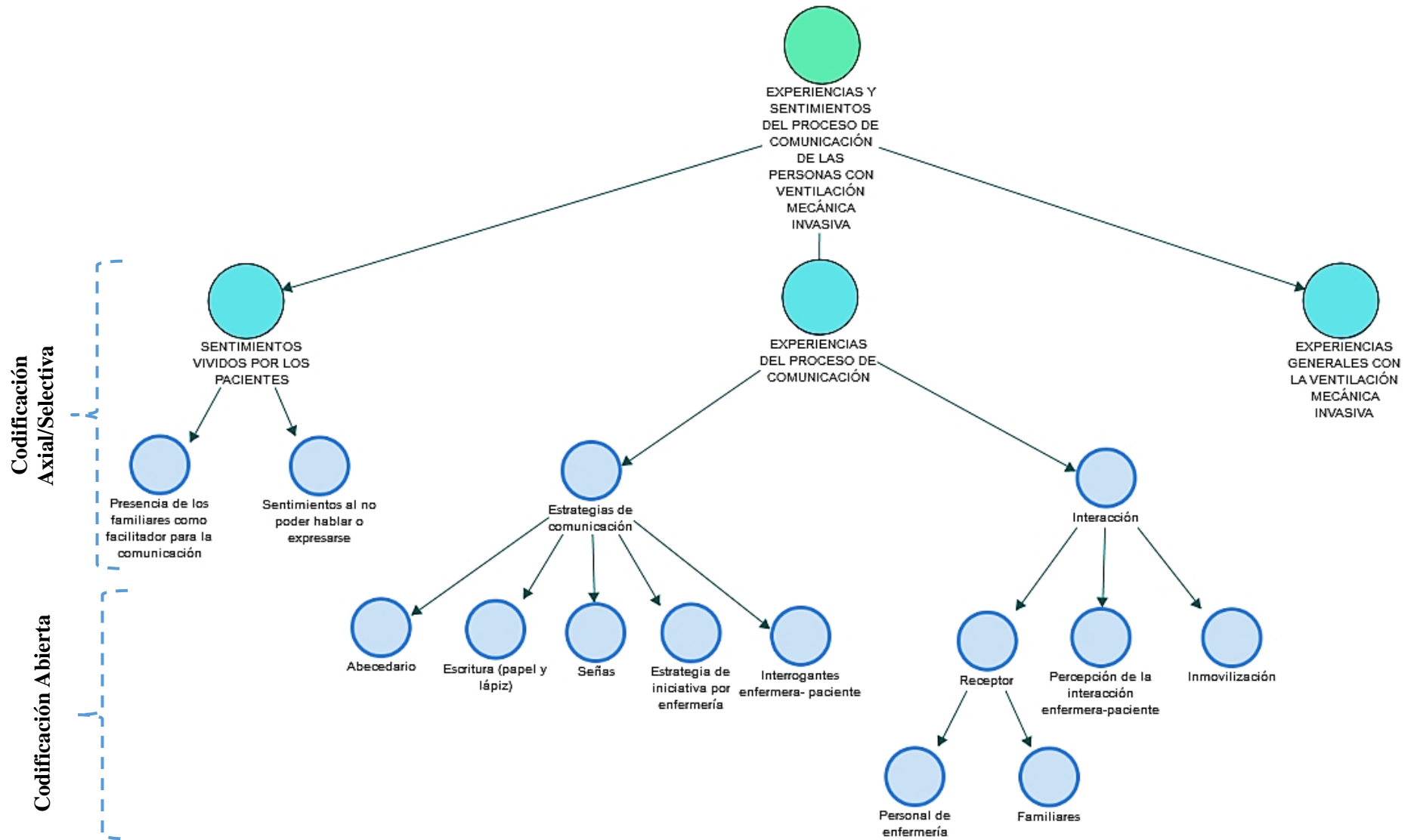
## 7 RESULTADOS

El objetivo de esta investigación fue el de explorar las experiencias y sentimientos vividos por las personas conscientes con ventilación mecánica invasiva, durante el proceso de comunicación con el equipo de enfermería de la UCI, en una institución de tercer nivel en la Ciudad de Bogotá en el primer semestre del año 2019, empleando para tal fin la entrevista a profundidad, la cual se realizó a diez [10] informantes, 6 pacientes hombres y 4 pacientes mujeres, con edades entre 25 a 60 años, hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de una institución de tercer nivel de complejidad, en la ciudad de Bogotá (área urbana), quienes cumplieron a cabalidad con los criterios de inclusión establecidos, y aceptaron de manera voluntaria participar en las entrevistas realizadas por los investigadores, con una previa explicación y firma del consentimiento informado, en el cual se les explicó las condiciones y el propósito del estudio.

En el desarrollo de la investigación, se llevaron a cabo diez entrevistas a profundidad; resaltando que posterior al desarrollo y codificación de las primeras siete entrevistas, se decidió realizar 3 entrevistas más con el fin de obtener mayor información acerca de los sentimientos de las personas cuando están con soporte ventilatorio mecánico invasivo e intentan comunicarse; para un total de diez entrevistas, logrando con estas, la saturación de la información requerida para la creación y consolidación de las categorías.

Como se mencionó en el apartado de metodología, la información obtenida se procesó con base en el programa Nvivo12, un software para análisis de datos cualitativos, tomando como referencia las orientaciones dadas por Hernández Sampieri en su metodología de la investigación, el cual habla de un primer nivel de codificación o codificación abierta, y un segundo nivel de codificación o codificación axial/selectiva; niveles que para fines prácticos se ven reflejados en la ilustración 2, la cual resume los resultados del presente estudio.

Ilustración 2. Experiencias y sentimientos del proceso de comunicación de las personas con VMI



Fuente: Elaboración propia

Entonces, al interpretar y codificar los datos obtenidos de los participantes, surge la primera etapa del proceso, o la codificación abierta, para lo cual se inició con ingresar las entrevistas transcritas a la herramienta Nvivo12 y se procedió con su segmentación en unidades de significado, las que se fueron agrupando en “contenedores” llamados en el software nodos.

## **CODIFICACIÓN ABIERTA**

La codificación en esta etapa fue abierta y rigurosa, pues, se revisaron todos los documentos línea por línea y las unidades se etiquetaron con códigos emergentes, que surgieron a medida que se exploraron los recursos. Como se evidencia en la ilustración 2, en esta etapa se evidencio en lo dicho por los participantes, que estos tienen un proceso de interacción o de comunicación mucho más marcado con el personal de enfermería y con sus familiares, es decir que estos se convierten en los principales receptores de las necesidades comunicativas de estos pacientes, de esta manera surgen los conceptos de receptor: personal de enfermería y receptor: familiares.

Dentro de dicho proceso de interacción, algunos de los participantes expresaron la importancia que tuvo para ellos el haber sido entendidos cuando se comunicaron con el personal de enfermería, **E4** “Uhum, me habló y ella me dijo que cómo me sentía, y yo le hacía señas, ella me entendió, eso me gustó sí...”. Mientras que otros pacientes refieren no haber sido entendidos por parte del personal de enfermería cuando estuvieron ventilados e hicieron el esfuerzo por comunicar sus necesidades, Entrevistadora: “cuando usted intento por ejemplo hablarles a las enfermeras teniendo el tubo en la boca; ¿usted cree que ellas le entendían lo que usted quería decirles?” **E5** “Nada...”.

Este hecho de no haber sido entendidos cuando intentaron comunicarse estando ventilados, genero fuertes sentimientos negativos como la impotencia, la frustración, la angustia, el desespero, la tristeza, la incomodidad, ganas de morir, el miedo, entre otros. **E1**: “Desde el

principio una angustia, un desespero, unas ganas de morirse, no quería saber de estar ya” **E1:** “Te sientes obviamente incomodo, te sientes triste, deprimida, no, no sé cómo impotente ante la situación”, **E6:** “Me sentía triste...”.

Así mismo, el sentirse incomprendidos por parte del personal generó un fuerte sentimiento de impotencia, el cual refiere uno de los participantes como el mayor de todas las emociones que le impactaron a partir de su experiencia:

**E10** “Todos, todos me marcaron, pero yo creo que fundamentalmente la impotencia que te comentaba, creo que es como el más fuerte de todos porque tu quisieras que te entendieran simplemente con mover tus ojos y lamentablemente pues no pasa, entonces debes esperar cómo te digo, a que sea la tercera persona que te pregunte cómo estas, qué sientes, qué te duele, eh.. no sé... eso es lo que de pronto nos marca un poquito más”

De este modo, algunos de los participantes manifestaron que el personal de enfermería no les facilitó ninguna herramienta para que se pudieran comunicar efectivamente y ser entendidos, sino que por el contrario se centraron en otras acciones, como tratar de tranquilizarlos durante los periodos de agitación y en reforzar las medidas de contención física, sin atender con ninguna estrategia a las necesidades de comunicación que el paciente estaba viviendo en el momento.

Entrevistadora: ¿el personal de enfermería el facilito algo para que usted se pudiera comunicar, por ejemplo, un esfero con una hoja, un tablero, algo? -

**E8**“No no no, ellos no hicieron nada de eso, lo que hicieron fue como tranquilizarme porque yo al sentirme amarrada, lo que yo sentía era como hacer el esfuerzo para soltarme las manos”.

Es así como surge el concepto de inmovilización, dado que, dentro de los hallazgos obtenidos, es evidente cómo el personal de salud encuentra una solución o medida de prevención rápida al riesgo inminente de autoextubación en los pacientes que requieren soporte ventilatorio mecánico invasivo estando conscientes, en la restricción de la movilidad física o contención mecánica

**E8**“...pero los médicos le decían a uno no te podemos soltar porque te haces daño, era lo único que le decían a uno”, **E8**“...pues el miedo de los doctores es eso, que de pronto uno se haga daño”, **E8**“Mientras estuve intubada, no, cuando ya me quitaron el tubo si me soltaron las manos”.

Así, los participantes resaltaron la importancia de que se les facilite alguna herramienta para poder comunicarse asertivamente y expresar claramente sus necesidades, **E8**“... pero pues dieran, de pronto... pudiera uno poder escribir, escribir. Comunicarse uno por escrito”.

En este sentido, en el proceso de codificación abierta se fueron identificando diferentes estrategias de comunicación emergentes del proceso de interacción de los participantes con el personal de enfermería y con sus familiares, las cuales surgieron en los intentos de los participantes y receptores por querer establecer un proceso de comunicación efectiva. Como lo evidencia la ilustración 2 se lograron identificar como métodos de comunicación en el presente estudio: *la estrategia de iniciativa por enfermería*, la cual hace referencia a aquellos métodos que fueron facilitados al paciente por parte de la enfermera (o) quien tuvo la iniciativa de establecer un proceso de comunicación efectiva. En este sentido, uno de los participantes refirió:

**E1**“para hablar me decían con la mano, o sea dígame sí con la mano, con la mano apriéteme, trate de moverme los pies...”, es decir que una de las estrategias de iniciativa por enfermería fue el *asentimiento con señas corporales*, la cual está documentada como uno de los métodos naturales

comúnmente usados. El mismo participante expreso: **E1** “Había una que me cogía la mano y me decía voy a decir el abecedario y usted me aprieta y yo paro, a... b...c... cuando llegaba a la “f” yo apretaba”, Entrevistadora: ¿Y funcionaba? **E1**“Funcionaba. Entonces ya al final, tengo frío. Ah es que tiene frío... y me traían cobijas”.

Es decir, que otra de las estrategias en las que tuvo iniciativa el personal de enfermería fue la *técnica del abecedario*, y fue considerada por el paciente como una estrategia funcional.

Otro participante hizo la siguiente referencia:

**E10** “Básicamente ellas eran las que acudían a mí a preguntarme: ¿cómo está?, ¿cómo se siente...le duele algo?, le molesta algo?, porque como te comento para mí no era fácil poderlo expresar, pero si a través de un sí o un no podíamos llegar a un acuerdo con la persona”,

Esto evidencia que el personal de enfermería también tuvo como iniciativa propia la *estrategia de los interrogantes enfermera-paciente*, la cual consiste en realizar constantemente al paciente preguntas que competen a las necesidades más frecuentes del enfermo crítico en este caso, ante las cuales el paciente puede responder solo con un sí o un no expresado con los movimientos de la cabeza o con la opción de respuesta que el interrogador quiera establecer como referencia explicándosela claramente al paciente. Este último participante también relaciono: **E10**“...me facilitaron en su momento un lápiz y un papel que fue la forma escrita, la más viable que encontramos para una comunicación inicial...”, es decir que la *estrategia de escritura (papel y lápiz)*, también se le facilito por iniciativa de enfermería a este participante, y fue considerada la más efectiva para lograr una comunicación asertiva estando ventilado; pues fue a través de esta

estrategia que el participante logro mantener un medio de comunicación constante tanto con el personal como con su familia y le permitió expresarse, tal como se demuestra:

**E10** “Quieres de pronto expresar algo en el momento y pues realmente no es tan fácil como tú estás acostumbrado a hacerlo, entonces tienes que recurrir o acudir a otros métodos, como en mi caso en su momento fue con...a través de la escritura; gracias a Dios conté con el apoyo de mi esposa que estaba ahí, quien me entendió que quería comunicarme con ella y me acerco un lápiz, un papel y de alguna manera me pudo entender lo que yo quería”

Adicionalmente, al indagar en los participantes sobre los métodos de comunicación empleados, es claro que muchos hicieron referencia a haber empleado *las señas* como estrategia para expresarse, como se evidencia en seguida:

**E2** “Sí, sólo por señas...”; **E3** “...es un poco raro que uno no pueda hablar ni decir... nada más hacer señas”; **E4** “Yo trababa era de decirle a la enfermera, de transmitirle que yo me sentía ahogada, que yo quería hablar y no podía, yo trataba de hacerle señas a ella”, **E4** “...tratando de hacerlo con señas para que más o menos lo puedan entender a uno y uno querer hablar y no poder hablar”; **E6** “Si con la familia si con la familia si hablamos, hablaba y yo les hacía señas”; **E9** “Pues yo hacía como las señas, como las manos que vean, que la manguera, que me sacaran eso, que me sentía como fatigado, fastidiado”.

Es manifiesto entonces, como solo 2 de los 10 participantes de nuestro estudio, recibieron de parte de enfermería unas herramientas que les facilitaron el proceso de comunicación, y, no obstante, de las cuatro estrategias de iniciativa por enfermería, únicamente dos de ellas fueron consideradas efectivas por parte de los pacientes.



Se identificó que a pesar de que la mayoría de los participantes percibieron la atención de enfermería como buena y de calidad, una parte de los pacientes percibieron un trato deshumanizado por parte del personal enfermero, por lo que surge el concepto de percepción de la interacción enfermera-paciente, es decir, cómo ven los pacientes ventilados la atención y la interacción de enfermería desde una perspectiva humanizada o no, y facilitan sugerencias para mejorar el proceso de cuidado y de comunicación del personal de enfermería con los pacientes ventilados. Así, la mayoría de los participantes del presente estudio refirieron:

**E10** “...si, una muy buena atención en todo el sentido de la palabra, siempre han estado muy pendientes y pues realmente, eso me satisface bastante”. **E4** “excelente, muy buena la atención”. **E9** “Las enfermeras, no eso si una belleza, una calidad, para que...después de ellas, los enfermeros pienso yo...son los que más se esmeran por uno”.

Sin embargo, hay participantes que expresaron haber percibido un trato duro por parte del personal, **E7**“...que de pronto tengan que tratarlo duro siempre a uno para aplicarle la droga”.

Al finalizar las entrevistas, los pacientes manifestaron algunas sugerencias de gran utilidad para la mejora del proceso de cuidado y comunicación del personal de enfermería con los pacientes; inicialmente destacaron la importancia de contar con alguna estrategia de comunicación con los pacientes ventilados que permita una interacción efectiva, y destacan:

**E10** “sería muy bueno mirar una alternativa diferente que nos permitiera ehh tener una comunicación, algo más asertiva, donde pudiéramos no se recibir un apoyo de pronto algo más inmediato en el evento que se requiriera alguna, o se tuviera alguna necesidad como tal...”. **E3** “pero si sería bueno inventar un tema didáctico en el cual, por medio de algunas señas, por medio de algún dibujo, de alguna

manera, pues sea más fácil de pronto acceder a la información o al o sentimiento que tenga el paciente en ese momento”. **E8** “...que te dieran de pronto, pudiera uno poder escribir, escribir. Comunicarse uno por escrito”.

También hicieron referencia a la falta de compasión, paciencia, solidaridad y humanización en general, como experiencia a la cual se enfrentaron en algunas ocasiones de su proceso de enfermedad, y de la que resultan las siguientes sugerencias provechosas para reformar el actuar de enfermería:

**E4** “De pronto tenerle un poco de paciencia al paciente ¿sí? ...Porque siempre es uno el que está viviendo, no el que está ahí al lado, sino es uno el que está sintiendo, uno el que está sufriendo ¿sí? uno es el que lo está viviendo en carne propia”. **E7** “Pues el consejo, que de pronto se pongan un poquito la mano en el corazón si y piensen este pobre es humano como soy yo, no sé si mañana me toque a mí, ¿sí?”.

Además, dentro de dichas recomendaciones, fue importante para los pacientes hablar de la necesidad de poder contar con el apoyo de sus familiares durante todo el periodo crítico, por lo que invitan al personal de enfermería a no olvidarse de esta petición a pesar de las políticas institucionales que establecen la restricción de las visitas en las unidades de cuidado intensivo:

**E4**“...y siempre tener en cuenta que uno necesita la familia de uno, siempre uno necesita... yo sé que aquí es muy diferente, en la ciudad ¿sí? es más exigente y todo, pero siempre necesita la familia de uno ahí al lado para uno saber que está contando con ellos”.

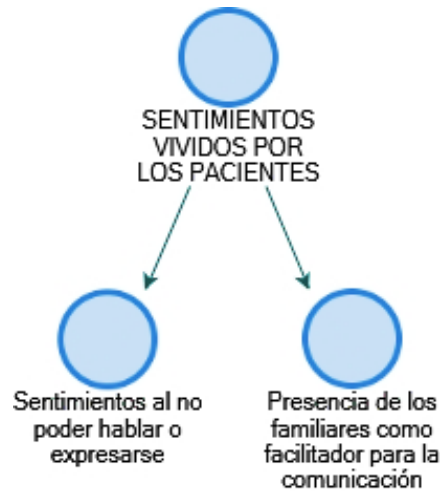
## **CODIFICACIÓN AXIAL/ SELECTIVA**

En la segunda y tercera etapa del proceso de codificación que conforman el segundo nivel de codificación de la metodología propuesta por Sampieri, o codificación axial y selectiva, se realizó la agrupación de los conceptos o códigos creados en la primera etapa, mirando características similares y bajo términos explicativos más abstractos, es decir categorías, algunas de estas correspondieron con las que ya se habían planteado en el marco teórico del proyecto y otras emergieron de la codificación. Finalmente, se realizó un ejercicio de refinamiento, donde se trasladaron códigos, se cambiaron algunos nombres, se fusionaron conceptos y validaron las relaciones entre ellos. También se crearon conjuntos de categorías a partir de sus elementos comunes y se integraron estas alrededor de un tema o una categoría central, lo que permitió conceptualizar, integrar aún más los datos y además visualizar de mejor manera las relaciones existentes entre los resultados.

Es a partir de estas últimas etapas que surgen los tres temas o categorías centrales que se presentan a continuación:

- **Sentimientos vividos por los pacientes:** la cual integra diferentes respuestas psicológicas y emocionales en común entre los participantes, las cuales pueden darse por la incapacidad de la persona para hablar o expresarse, o por falta de la presencia de los familiares quienes facilitan el proceso de comunicación de los pacientes estando ventilados. (*Ver ilustración 3*)

Ilustración 3.Sentimientos vividos por los pacientes



Fuente: Elaboración propia

Es decir que esta categoría central, destaca como las situaciones que más generan sentimientos negativos en los pacientes con ventilación mecánica invasiva, en primer lugar, la incapacidad para comunicarse o no poder hablar, y, en segundo lugar, la ausencia de sus familiares, por lo que, como se evidenciara más adelante, es clave que la presencia de los familiares representa un facilitador para la comunicación y mitiga una serie de emociones negativas vivenciadas por los pacientes durante su proceso de interacción cuando están ventilados; de ahí que se hicieran relaciones entre conceptos y se asignaran estos nombres a los nodos que integran el tema de los *sentimientos vividos por los pacientes*, pues claramente tuvieron que ver con sentimientos de los participantes durante el proceso de comunicación/interacción con el personal de enfermería, y dan respuesta al objetivo principal del estudio.

En este sentido los informantes manifestaron diferentes sentimientos negativos como: la impotencia, frustración, la angustia, el desespero, la tristeza, la incomodidad, ganas de morir, miedo, rabia, soledad y desamparo. **E1:** “Desde el principio una angustia, un desespero, unas ganas de morirse, no quería saber de estar ya” **E1:** “Te sientes obviamente incomodo, te sientes

triste, deprimida, no, no sé cómo impotente ante la situación”, **E6**: “Me sentía triste, abandonado, es terrible”.

Los hallazgos relacionados con dificultades de comunicación se asociaron a pánico, frustración y enojo como fue evidente en los resultados de este estudio. **E1**: “No pues me dio fue malgenio porque uno tratar de comunicarse y que no le entiendan uno como que uno se desesperaba”. **E2**: “No nada, como rabia”.

*Al no poder hablar ni expresarse*: La ventilación mecánica invasiva supone por sí misma una significativa fuente de estrés, en cuanto que reduce la movilidad, dificulta la comunicación, disminuye dramáticamente la independencia y aumenta la percepción de amenaza a la propia vida ya que presume una pérdida de control sobre su función básica y vital.

La impotencia, la angustia, el desespero, la tristeza, la incomodidad, las ganas de morir, el miedo y la rabia son considerados como los principales sentimientos manifestados por los entrevistados al no poder hablar ni expresarse con el personal de enfermería.

**E4**: “Feo (...) porque como vuelvo y te digo uno quiere comunicarse y no puede hablar, tratando de hacerlo con señas para que más o menos lo puedan entender a uno y uno querer hablar y no poder hablar”. **E4**: “La impotencia que te comentaba creo que es como el más fuerte de todos porque tu quisieras que te entendieran simplemente con mover tus ojos y lamentablemente pues no pasa, entonces debes esperar cómo te digo, a que sea la tercera persona que te pregunte como estas, que sientes, que te duele, eh. no sé, tienes ganas de ir al baño, eso es lo que de pronto nos marca un poquito más”. **E4**: “Yo pensé que no podría volver a hablar.”

Los participantes en general refirieron frustración y mal genio al intentar expresar sus necesidades por medio de gestos, señas o movimientos en repetidas ocasiones, sin conseguir que la enfermera en la mayoría de los casos lograra entender lo que realmente se deseaba decir.

Durante las entrevistas dicha angustia también fue manifestada y relacionada por los participantes con la impotencia de hacerse entender por el personal de enfermería que les atendía con lenguaje no verbal. **E1:** “Desde el principio una angustia, un desespero”.

*Presencia de los familiares como facilitador para la comunicación:* Por otro lado, sobresale la importancia que dieron los participantes al soporte familiar como red de apoyo. La ausencia de familiares no solo física sino por alteración en la interacción y comunicación entre ellos debido a la ventilación mecánica invasiva, afloro sentimientos en los participantes según lo expresado en las entrevistas como angustia, sensación de desamparo (favorecida por las limitaciones en la movilidad y comunicación) y soledad. Los participantes manifestaron una comunicación verbal nula con sus familiares debido a que la vía aérea artificial no se los permitía, sumado al corto tiempo de interacción (horarios de visita), esto manifestado en unidades de análisis como:

**E2:** “no puedes hablar, que no puedes moverte y decirle a alguien o ver a un familiar tuyo que esté al lado tuyo al menos dándote ánimo, de decir, está bien, usted está bien, o esto es para tu bien, o sea yo me sentí sola”, **E4:** “yo me siento sola, ¿dónde está mi familia?, y ellas no me decían nada, ¿dónde está mi bebé? No me decían nada”

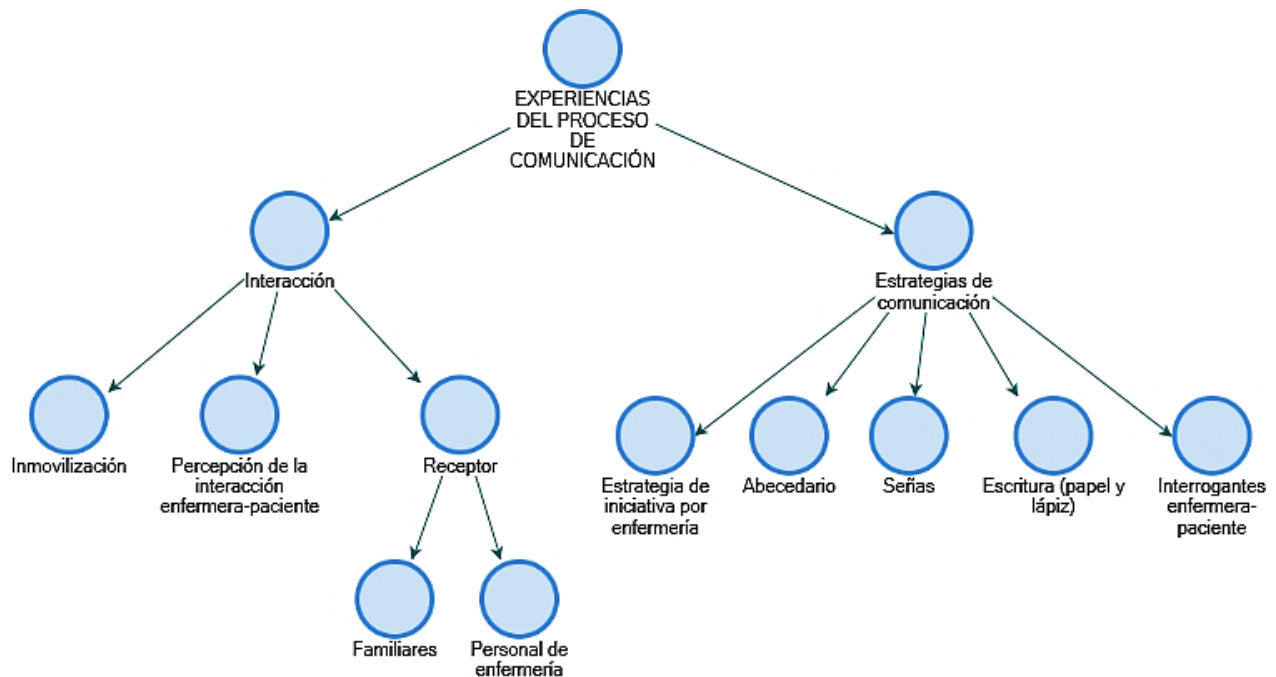
Por todo esto, se hace evidente la importancia de la presencia de la familia, la cual contribuye a tranquilizar y calmar el paciente, proporcionando un ambiente más confiable, esperanzador y confortable. Adicionalmente y de manera muy importante en la última etapa de la codificación y



Como se observa, también se identificaron otros sentimientos como el dolor, la incomodidad, ganas de morir, miedo, rabia, ahogo, soledad y desamparo como se evidencia en la anterior ilustración.

- **Experiencias del proceso de comunicación:** constituye el segundo tema o categoría central que surge como resultado de hacer relaciones y comparaciones entre los conceptos que conformaron los nodos de interacción y estrategias de comunicación como se evidencia en la ilustración 5.

Ilustración 5. Experiencias del Proceso de Comunicación



Fuente: Elaboración propia

Hace referencia a todas las experiencias del proceso de comunicación que viven los pacientes en relación a la interacción que tienen estas personas al comunicarse estando ventilados mecánicamente con el personal de enfermería y con sus familiares como principales receptores del proceso, y cómo perciben los pacientes la interacción enfermera-paciente en el contexto de la



humanización; adicionalmente la relación del uso de la inmovilización con la experiencia de la interacción enfermera-paciente estando ventilados, y la descripción de las estrategias de comunicación que surgieron en el intento de querer establecer un proceso de comunicación efectiva enfermera-paciente.

La inmovilización, es considerada un hallazgo del proceso de análisis en la codificación axial que integra el nodo de *interacción*; y para los participantes de este estudio, hace referencia al hecho de sentirse restringidos físicamente, y cómo este interfiere en la interacción con su entorno dado un estado de mayor vulnerabilidad e incapacidad. Pues, dentro de los resultados obtenidos, es evidente como el personal de salud encuentra una solución o medida de prevención rápida al riesgo inminente de autoextubación en los pacientes que requieren soporte ventilatorio mecánico invasivo estando conscientes, en la restricción de la movilidad o contención mecánica:

**E8**“...pero los médicos le decían a uno no te podemos soltar porque te haces daño, era lo único que le decían a uno”, **E8**“...pues el miedo de los doctores es eso, que de pronto uno se haga daño”, **E8** “Mientras estuve intubada, no, cuando ya me quitaron el tubo si me soltaron las manos”.

Igualmente, es claro que, para los pacientes de este estudio, el hecho de sentirse inmovilizados físicamente significó restringirles aún más la capacidad de suplir sus necesidades de comunicación o interacción con el medio, pues como dice el entrevistado:

**E8** “No, no me entendían, sinceramente no me entendían porque uno pues como le iba a explicar, ni siguiera con los ojos porque con los ojos uno tampoco expresaba, me pica un ojo, me pica la cabeza, me pica...porque no, no se podía, lo que yo quería de las manos; o sea uno lo que expresa es con las manos”.

**E2**“...Pues ganas de decirle que me diera agua, pero ¿qué hacía si no me podía mover?”.

De este modo, al retirarse la restricción de la movilidad los participantes percibieron una mayor oportunidad de comunicarse efectivamente, como lo mencionan:

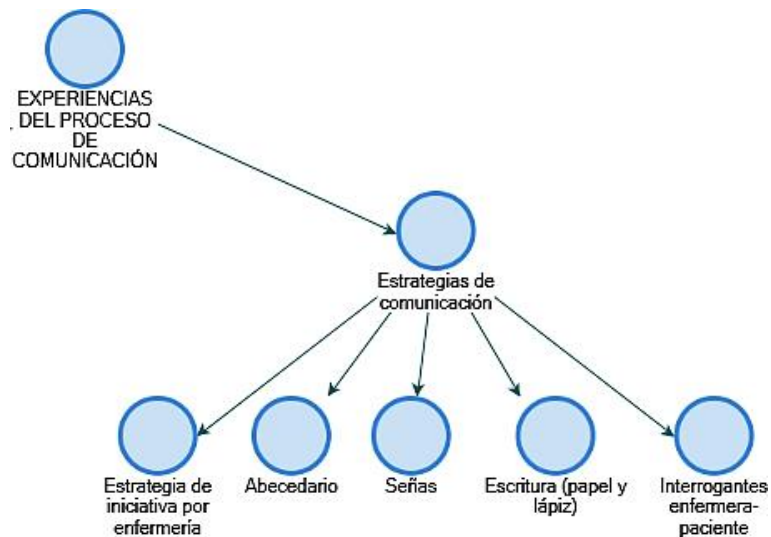
**E8** “me quitaron la sonda y me dijeron que no podía hablar entonces ahí ya me desamarraron las manos y ya me comunicaba, ahí ya dejaron entrar al pariente, y yo lo que le trataba de decir era de hacer mímica de que me cuidara a mis bebés, que era pues lo único que yo tenía”.

Entonces como se describió, este segundo nivel de codificación dio lugar a la integración y relación de los conceptos creados en la primera etapa del proceso, lo cual resulto en la consolidación del nodo de *interacción*, donde se incluyeron las experiencias del proceso de interacción desde dos receptores principales de las necesidades comunicativas como lo son los familiares y el personal de enfermería; se incluyeron también los hallazgos relacionados con la experiencia de la inmovilización que se mencionó anteriormente. Y adicionalmente se integró en este nodo el concepto también desarrollado en el nivel de codificación abierta acerca de la percepción de la interacción enfermera-paciente, es decir, cómo ven los pacientes la atención y la interacción de enfermería desde una perspectiva humanizada o no.

Y el otro de los nodos que se consolidó en este segundo nivel de análisis fue el de las *estrategias de comunicación*, el cual integra todas las estrategias que surgieron en el intento de los participantes y receptores por querer establecer un proceso de interacción/comunicación efectiva, las cuales se especificaron y conceptualizaron en la primera etapa de codificación abierta, por lo que no son abordadas individualmente en este nivel. De este modo, como lo evidencia la ilustración 6 se lograron identificar y agrupar en este nodo los siguientes métodos de

comunicación: la estrategia de iniciativa por enfermería, la técnica del abecedario, las señas, la técnica de escritura (papel y lápiz) y los interrogantes enfermera- paciente.

Ilustración 6. Experiencias del Proceso de Comunicación - Estrategias



Fuente: Elaboración propia

Las anteriores relaciones se llevaron a cabo dado que, todos los conceptos mencionados sin lugar a duda tuvieron que ver con experiencias de los participantes durante el proceso de comunicación/interacción con el personal de enfermería y con sus familiares; de ahí el nombre del tema o categoría de central de las experiencias del proceso de comunicación, el cual da respuesta al objetivo principal del estudio.

**-Experiencias generales con la ventilación mecánica invasiva:** tema o categoría central, que surge de las comparaciones, del fusionamiento de conceptos y de la validación de las relaciones entre ellos durante el segundo nivel de codificación de la información como un hallazgo emergente del proceso, y está constituido por todas aquellas experiencias que en general los participantes atribuyen al evento propio de la ventilación mecánica invasiva y no al proceso de comunicación cuando están ventilados. Por lo que, siendo un resultado emergente, si seguimos

los métodos de la investigación cualitativa propuesta, no se puede dejar de lado y se debe abordar con el fin de explorar eventos que contribuyan en los avances de la practica clínica.

Los principales resultados de esta categoría emergente muestran que el ahogo, la dificultad o imposibilidad para respirar, el dolor por la presencia del tubo en la boca (por lo que constituye un dolor físico, es decir un síntoma), el cansancio, la sensación de muerte y la rabia, son sentimientos y sensaciones identificadas como principales generadores de estrés/dis-confort en los pacientes. Lo cual se puso de manifiesto con las siguientes frases obtenidas de los participantes:

**E1:** “Horrible, horrible, muy horrible, porque uno ahogarse con un poquito de saliva, un poquitico de viento que le entre, un poquitico de viento que te entre en el tubito mientras lo están limpiando y gluck ya se te va el mundo otra vez y vuelve” **E3:** “...la experiencia inicialmente yo creo que es pues muy desagradable por qué estar sabiendo que en ese momento estas dependiendo de una máquina para poder vivir, ¿sí?” “lleno de tubos hasta en la boca en este caso y tener que llegar a preguntar lo mismo que pasa, saber que no me estoy sintiendo bien, saber que estoy con una vida artificial en ese momento no es fácil”. “ya cuando desperté ya estaba intubada igualmente con el catéter, y ya cuando me levanté, ya, si vi que la molestia era en la garganta, que me dolía, que ya también se me quitó mucho el dolor, al momento de retirarlo fue excelente porque no sentí tanto dolor” **E4:** “Para mí una cosa muy horrible, porque en vez de mejorarme me estaba era ahogando, me sentía era morir con ese tubo” **E5:** “ummm, dolor Porque no quería tenerlo en la boca, ahogo, feo. Yo pensé que no podría volver a hablar”. **E6:** “con el tubo pues no con lo que tenía en los cachetes, acá, con todo, por aquí y por acá,

todo eso me incomodaba, me sentía como un poco incómodo”. “... y el cansancio de estar acostado, la espalda todo el día acostado y toda la noche, el cansancio”.

**E2:** “el cansancio, esa vaina atragantada ahí, ahí en la garganta, las mangueras, todo, todo empieza a uno ya a fastidiarle”

De allí la importancia de brindar al paciente un adecuado nivel de analgesia y confort que le permitan disminuir las sensaciones de dolor e incomodidad, y de esta manera mejorar los resultados y reducir el estrés de la UCI y el tiempo de estancia hospitalaria como lo indica Merchán et al; quienes en su reciente revisión de la literatura identificaron que persiste lamarcada presencia de sentimientos negativos tanto fisiológicos como psicoemocionales (85), los cuales reiteradamente se manifiestan en este estudio en frases dichas por los participantes como:

**E1:** “Estaba inmovilizado todo, estaba tullido, estaba en pañales, tullido, vuelto nada y esas señoras cámbieme pañales, límpieme, pelee conmigo y respire, y hágale y hágale”, “lo que yo viví fue muy horrible, casi no respirar sino con un aparato **E1:** “mejor dicho con decirle que nunca pude superar la etapa de que pase la saliva y bótela por el tubo de respirar, no, yo no pude”.

Los participantes de este estudio también señalaron el dolor físico como uno de los síntomas que más marcaron su experiencia durante el tiempo de intubación: **E3:** “Sí. El único más doloroso es ese. Eso duele.”.

La presente investigación ratifica el grado de angustia y miedo de los pacientes críticos, que sin duda alguna conduce a alteraciones hemodinámicas significativas las cuales precisan ser controladas con otras medidas farmacológicas como pueden ser vasoactivos, un mayor nivel de sedación produciendo mayor depresión respiratoria y con esto respuestas fisiológicas como: hipotensión arterial, mayor dependencia del soporte ventilatorio, progresión al

desacondicionamiento diafragmático y físico, y como resultados más días de ventilación mecánica, mayor riesgo de infección y en síntesis mayores días de estancia hospitalaria y aumento del riesgo de morbimortalidad.

En general, la variedad de experiencias y sentimientos que afectan a los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva varían de paciente a paciente, y por tanto, se hace imprescindible que el profesional de enfermería que tiene un gran potencial de actuación en el cuidado directo y holístico, tenga un enfoque más amplio que le permita identificar y suplir de manera oportuna las necesidades físicas, psicológicas, sociales y tecnológicas de cada persona, a fin de minimizar las experiencias desagradables y negativas durante este proceso crítico.

## 8 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Al interpretar y codificar los datos obtenidos a través de las entrevistas, surgieron como se evidencio en la sesión de resultados, tres categorías centrales, las cuales precisan de una respectivadiscusiónque se presenta: la primera son los sentimientos vividos por los pacientes tanto al no poder hablar como por ausencia desus familiares y como estos facilitan la comunicación; la segunda son las experiencias del proceso de comunicación que viven los pacientes, dentro de la cual se desarrolla la interacción que tienen estas personas al comunicarse estando ventilados mecánicamente con el personal de enfermería y con sus familiares, y adicionalmente la se describen las estrategias de comunicación que surgieron en el intento de querer establecer un proceso de comunicación efectivo. Y la tercera categoría central o tema, surge como hallazgo emergente en el proceso de investigación, constituyendo las experiencias generales de los participantes con el evento propio de la ventilación mecánica invasiva.

### SENTIMIENTOS VIVIDOS POR LOS PACIENTES

Sumado al hecho de nopoder hablar ni expresarse, se encuentra la ausencia de los familiares durante el periodo de ventilación mecánica invasiva, y el ambiente estresante de la unidad de cuidado crítico, lo cual favorece la aparición de desórdenes psicológicosmanifestados por los informantes en diferentes sentimientos negativos vivenciados como la impotencia, frustración, la angustia, el desespero, la tristeza, la incomodidad, ganas de morir, miedo, rabia, soledad y desamparo.Lo anterior está relacionado con sentimentossimilares detectados en diferentes estudios realizados en torno al tema.

Entre los trabajos que respaldan estos hallazgos, está el estudio de seguimiento realizado por Samuelson et al (75), donde los pacientes también experimentaron sentimientos como frustración, ansiedad, impotencia, pérdida de control y libertad con el solo hecho de estar sometidos a la ventilación mecánica invasiva. De la misma manera el estudio fenomenológico de la comunicación enfermera-paciente dentro del contexto de la ventilación mecánica realizado por Holm et al, reafirma los resultados obtenidos, puesto que este aseveró que los pacientes sometidos a ventilación mecánica experimentan incompreensión y frustración durante el proceso de comunicación con el personal de enfermería (24) (76).

Así, como también concluye Stacey M. Carroll en su estudio, que la experiencia no vocal se constituye como frustrante, angustiante e incluso que conduce a la ira, destacando que dichas emociones negativas fueron disminuidas o eliminadas cuando los participantes podían hablar. Sin embargo, Stacey M, resalta dentro de los resultados más relevantes de su estudio el sentimiento de aburrimiento relacionado con el lento paso del tiempo que declararon los pacientes y que aumentaban su angustia y sus pensamientos negativos (77), sentimiento que no fue referido por ninguno de los participantes del presente estudio.

En otros estudios, como el estudio *People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study* realizado por Engstrom et al. (78), y el estudio *Communication Difficulties and Psychoemotional Distress in Patients Receiving Mechanical Ventilation* elaborado por Khalaila et al, los hallazgos relacionados con dificultades de comunicación se asociaron a pánico, frustración y enojo (20), como también fue evidente en los resultados de este estudio. **E1:** “No pues me dio fue malgenio porque uno tratar de comunicarse y que no el entiendan uno como que uno se desesperaba”. **E2:** “No nada, como rabia”. Los participantes frecuentemente se sintieron molestos al no ser comprendidos o al no poder



manifestar sus necesidades, como sucedió también en estudio de Jill L. Guttormson et al, en el que los participantes no pudieron comunicar con éxito las necesidades, resaltando la importancia de aumentar y enfatizar la capacidad de comunicarse en el personal de salud (79).

Los pacientes valoran negativamente la experiencia de estar sometidos a la ventilación mecánica invasiva y no poderse comunicar, pues no se les facilita la comunicación de sus necesidades ni la relación con sus familiares, así, los participantes expresaron que fueron pocas las herramientas que se les proveyeron y corto el tiempo de interacción con la familia lo que perpetuó sus experiencias negativas.

**E3:** “Impotencia que comentaba creo que es como el más fuerte de todos porque tu quisieras que te entendieran simplemente con mover tus ojos y lamentablemente pues no pasa, entonces debes esperar cómo te digo, a que sea la tercera persona que te pregunte como estas, que sientes, que te duele.” **E2:** “Pues ganas de decirle que me diera agua, pero ¿qué hacía si no me podía mover?” **E2:** “Es un poco raro que uno no pueda hablar ni decir... nada más hacer señas” **E2:** “Es algo muy feo porque tú sentir que no puedes respirar, que no puedes hablar, que no puedes moverte y “Decirle a alguien o ver a un familiar tuyo que esté al lado tuyo al menos dándote ánimo” **E4:** “Feo (...) porque como vuelvo y te digo uno quiere comunicarse y no puede hablar, tratando de hacerlo con señas para que más o menos lo puedan entender a uno”

Diversos autores han llegado a la conclusión que favorecer un escenario de comunicación/familia en los pacientes sometidos ventilación mecánica invasiva, puede mejorar su estado de ánimo y además reducir los síntomas relacionados con la indefensión, ansiedad, depresión e impactar favorablemente en el proceso de recuperación (24) (80) (81).

Para el presente estudio, la privación sensorial, en este caso dada por el uso de la ventilación mecánica y en la mayoría de las situaciones asociada a la restricción de la movilidad de los participantes de esta investigación, supuso una mayor limitación para comunicarse, lo que favoreció la sensación de impotencia y descontrol.

La impotencia, la angustia, el desespero, la tristeza, la incomodidad, las ganas de morir, el miedo y la rabia fueron considerados como los sentimientos manifestados por las personas al no poder hablar ni expresarse con el personal de enfermería.

Los participantes en general refirieron frustración y mal genio al intentar expresar sus necesidades por medio de gestos, señas o movimientos, en repetidas ocasiones sin conseguir que la enfermera en la mayoría de los casos lograra entender lo que realmente se deseaba decir. Lo cual corresponde con los resultados obtenidos en varios estudios previos, como el de Salem y Ahmad en el cual se desarrolló una revisión integrativa sobre la comunicación alternativa en los pacientes con soporte ventilatorio, y llegó a la conclusión de que los pacientes que se someten a Ventilación Mecánica invasiva indican algún nivel de angustia psicoemocional, esto relacionado con la dificultad para hablar o comunicar sus necesidades al personal sanitario principalmente al profesional de enfermería (24) (82).

Es así como en el estudio de caso de Pattinson et al, resaltan la importancia de la relación enferma- paciente para alentar al paciente que se encuentra con ventilación mecánica invasiva, y ayudar como parte del cuidado a la comprensión e interacción con el paciente durante su intento por comunicarse disminuyendo en este sus niveles de ansiedad (83).

Dicha angustia también fue manifestada y relacionada por los participantes del presente estudio con la impotencia de hacerse entender por el personal de enfermería que les atendía con lenguaje no verbal. **E1:** “Desde el principio una angustia, un desespero”.

La ausencia de familiares no solo física sino por alteración en la interacción y comunicación entre ellos debido a la ventilación mecánica invasiva, afloran sentimientos en los participantes como angustia, sensación de desamparo (favorecida por las limitaciones en la movilidad y comunicación) y soledad. Los participantes refirieron una comunicación verbal nula con sus familiares debido a que la vía artificial no se los permitía, sumado al corto tiempo de interacción (horario de visita),

Resultado que es comparable, con el estudio desarrollado a partir de la experiencia de tres pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva, donde también afirman que los sentimientos que más perciben las personas son de tristeza, depresión, angustia, dolor e incomodidad, así mismo expresaron la dificultad para comunicarse satisfactoriamente con su familia señalando esto necesario para afrontar y superar la situación (80).

Los hallazgos identificados en cuanto a los sentimientos que experimentaron los participantes con relación a la ausencia de la familia corresponden con lo afirmado en el estudio de Pérez de Ciriza sobre los factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes que participaron, donde se encontró como uno de los factores estresantes la ausencia del familiar más allegado (esposo/esposa, hijo etc.) (84).

Así mismo, según otros autores como lo muestra la literatura en la revisión realizada por Mercha en 2016 con relación a la experiencia del paciente durante el retiro de la ventilación mecánica, el soporte familiar permite a la persona sometida a esta terapia, que la experiencia sea vivida con menos sufrimiento físico y emocional favoreciendo así la sensación de control (85). Así, se hace evidente la importancia de la presencia del familiar, quien contribuye a tranquilizar y calmar al paciente, proporcionando un ambiente más confiable, esperanzador y confortable.

la evidencia actual, incluyendo el presente estudio, sugiere entonces que la comunicación paciente-familia durante la ventilación mecánica invasiva es importante pero insatisfactorio para las dos partes, por lo tanto, los pacientes experimentan necesidades insatisfechas, malentendidos que les obligan a simplificar sus mensajes como resultado de barreras de comunicación (80) (81) (84).

## EXPERIENCIAS DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN

Como se describe previamente, el proceso de comunicación, es el medio a través del cual las personas interactúan entre sí, intercambiando mensajes que solo son efectivos cuando el emisor y el receptor entienden el mensaje (42), en el presente trabajo se identificó dicha interacción como nodo de estudio, dentro del cual los participantes dieron mayor relevancia a tres aspectos, como lo son la inmovilización o restricción de la movilidad, la percepción de la interacción enfermera-paciente, y los dos receptores principales de este proceso de interacción como los son los familiares y el personal de enfermería.

La inmovilización, dado que es evidente como el personal de salud encuentra una solución o medida de prevención rápida al riesgo de autoextubación en los pacientes que requieren soporte ventilatorio mecánico invasivo estando conscientes, en la restricción de la movilidad o contención mecánica. Lo cual no está en concordancia con la evidencia disponible, pues la contención mecánica, debido a sus implicaciones éticas y legales, debe estar plenamente justificada y ser considerada como el último recurso terapéutico. El uso de medidas de restricción debe estar en consonancia con el objetivo de mantener tanto la excelencia clínica como la dignidad y el confort del paciente (86).

Adicionalmente, como concluyen Pérez y colaboradores en su revisión integradora, la efectividad de las restricciones físicas en la prevención de la autoextubación es cuestionable, y existen

defectos obvios dentro de esta práctica, incluyendo inconsistencias en torno a los protocolos sobre el tema y la escasez de educación y capacitación brindada al personal de enfermería (87). Igualmente, es claro que, para los pacientes de este estudio, el hecho de sentirse inmovilizados físicamente significó restringirles aún más la capacidad de suplir sus necesidades de comunicación o interacción con el medio. Esto, es confirmado en el estudio de Rodríguez cuando concluye que, el uso de restricción física se asoció con la incapacidad de comunicarse (86).

De este modo, al retirarse la restricción de la movilidad los participantes percibieron una mayor oportunidad de comunicarse efectivamente. Sin lugar a duda, como fue hallado por Bohórquez y colaboradores en su trabajo, la restricción de la movilidad constituye uno de los principales factores estresantes que inciden en actitud del paciente y por ende en la aparición de desórdenes psicológicos (80). De ahí la importancia de la educación y capacitación a los profesionales de la salud y la creación de protocolos que contribuyan a encontrar alternativas o incluso llegar a reducir el uso de las contenciones mecánicas en las unidades de cuidados intensivos.

Lo relacionado con la percepción de los pacientes, de la atención y la interacción de enfermería desde una perspectiva humanizada o no, resalta que a pesar de que la mayoría de los participantes percibieron la atención de enfermería como buena y de calidad, una parte de los pacientes percibieron un trato deshumanizado por parte del personal enfermero. Entonces, es importante reafirmar que, en la actualidad las unidades de cuidado intensivo tienen el compromiso de tomar la bandera del cambio hacia la humanización en busca de la excelencia, abordando todas las facetas de un paciente y no solamente la clínica, aportando mayor cercanía y ternura, con autocrítica y capacidad de mejora.

Así pues, a pesar de que el hecho de estar en la unidad de cuidado intensivo con soporte ventilatorio mecánico invasivo constituyó una experiencia difícil, la cual los pacientes desearían

no repetir, algunos resaltaron la calidad de la atención del personal como mitigadora del impacto de dicha experiencia, E3“...no me gustaría volver a pasar por esta experiencia, pero sobre todo el personal perfecto, de verdad que sí, aquí en UCI sí”. Lo anterior, tiene que ver entonces, con lo que afirma Bautista en su trabajo sobre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería, específicamente en los hallazgos de la categoría: "establece una relación de confianza", pues el hecho de cuidar de una persona con trato humano es lo percibido con mayor importancia. Desde la orientación humanista sólo tiene sentido cuidar si este cuidado se integra a un proceso de relación. De este modo, "cuidar" se convierte en un acto de reciprocidad cuando, temporal o definitivamente, se tiene que recibir ayuda de otra persona para poder llevar a cabo las necesidades más básicas. En el caso de los pacientes, los cuidados ayudan y confortan en la medida en que se tiene a alguien que se preocupa por ellos (88).

Por otro lado, hay participantes que expresaron haber percibido un trato duro por parte del personal, E7“...que de pronto tengan que tratarlo duro siempre a uno para aplicarle la droga”. Lo cual concuerda con lo dicho por Parra, de que cada día se observa con mayor preocupación el distanciamiento que tienen las enfermeras (os), en los procesos concernientes al cuidado directo de los pacientes críticos y especialmente en lo relacionado directamente con la preparación, administración y seguimiento de los medicamentos y las soluciones intravenosas, asumiendo esta responsabilidad el personal auxiliar de enfermería, especialmente en aquellas unidades de cuidado intensivo donde la relación enfermera paciente es superior a 3 pacientes por una enfermera (89).

No obstante, es de no olvidar que como lo afirma Watson “...tanto la formación de enfermería como el sistema de suministro de cuidado de salud deben basarse en los valores humanos y deben preocuparse por el bienestar de los demás”; pues, es el cuidado la base fundamental del quehacer

del profesional de enfermería, y su planeación debe ser individualizada y orientada a buscar la satisfacción de las necesidades de los pacientes mediante un trato digno (90).

La evidencia actual, apoya el uso de niveles mínimos de sedación siempre que sea factible para pacientes con VMI (Barr et al., 2013). Cuidar a pacientes con VMI despiertos puede aumentar la incertidumbre entre las enfermeras de la UCI, ya que es menos predecible que cuidar a pacientes sedados. Además, no siempre es posible que las enfermeras de la UCI calmen y tranquilicen a los pacientes con VMI inquietos y agitados (82). De este modo, en el presente trabajo, algunos de los participantes manifestaron que el personal de enfermería no les facilitó ninguna herramienta para que se pudieran comunicar efectivamente, sino que por el contrario se centraron en otras acciones, como tratar de tranquilizarlos durante los periodos de agitación y en reforzar las medidas de contención física, sin atender con ninguna estrategia a las necesidades de comunicación que el paciente estaba vivenciando en el momento.

Esto se ratifica con lo descrito por Salem en su trabajo, donde se afirma que, aunque existen numerosos métodos alternativos de comunicación disponibles, los cuidadores actualmente utilizan poco o nada de estos métodos para los pacientes en la UCI (82). Así, en la presente investigación, los participantes resaltaron la importancia de que se les facilite alguna herramienta para poder comunicarse asertivamente y expresar claramente sus necesidades, **E8**“... pero pues dieran, de pronto... pudiera uno poder escribir, escribir. Comunicarse uno por escrito”. Lo cual hace evidente que realmente la mayoría de los pacientes con VMI han experimentado niveles de frustración moderados a altos cuando intentan comunicar sus necesidades (82). Un estudio que examinó la relación entre las características de la comunicación y la angustia psicomotora en los pacientes con VMI, indicó que la comunicación (calificada por los pacientes como "bastante

difícil" a "extremadamente difícil") y la falta de capacidad para hablar son los predictores más fuertes de angustia psicoemocional (82).

Las enfermeras de cuidados críticos pueden afectar el estado psicológico de los pacientes de la UCI porque están en una posición que les permite identificar los primeros signos de angustia psicológica en sus pacientes. Además de su presencia constante como parte del entorno de la UCI, las enfermeras desempeñan un papel importante en la producción de un entorno terapéutico que satisfaga las expectativas de los pacientes de la UCI, así como las expectativas de sus familias (Alasad et al). Asimismo, en nuestro estudio, al preguntar a los participantes a cerca del personal de salud tratante con el que pudieron comunicarse y/o interactuar de mejor forma estando ventilados mecánicamente, algunos refirieron en primer lugar al personal de enfermería, dejando ver que se dedicó tiempo al proceso de interacción y se preocuparon por conocer las necesidades de los pacientes.

Estos hallazgos no corresponden totalmente con la evidencia actual, dado que los estudios que abordan las interacciones entre enfermeras y pacientes de la UCI informaron menos de 1 minuto de duración por interacción típica en la UCI. El tiempo de interacción entre enfermera y paciente indica la necesidad imperiosa de que las enfermeras se comuniquen efectivamente con los pacientes para obtener una atención óptima y resultados positivos para los pacientes (82).

Los pacientes destacaron la importancia de contar con alguna estrategia de comunicación con los pacientes ventilados que permita una interacción efectiva. Al igual que en el estudio de Guttormsona et al, donde los participantes expresaron la necesidad y el deseo de un sistema de comunicación bien establecido (79). Esto es posible de alcanzar, dado que como lo afirma la literatura, son muchas las estrategias que se podrían utilizar para ayudar a las enfermeras a comunicarse de manera efectiva con los pacientes de la UCI. La evidencia respalda el uso de



intervenciones de comunicación aumentativa y alternativa, el desarrollo de dispositivos o materiales de comunicación con el paciente, la capacitación del personal en comunicación y la colaboración con otros profesionales de la salud para mejorar la comunicación de los miembros del equipo de salud del paciente (82).

Igualmente, los participantes también hicieron referencia a la falta de compasión, paciencia, solidaridad y humanización en general, como experiencia a la cual se enfrentaron en algunas ocasiones de su proceso de enfermedad, y de la que resultan las siguientes sugerencias provechosas para reformar el actuar de enfermería:

**E4**“De pronto tenerle un poco de paciencia al paciente ¿sí? ...Porque siempre es uno el que está viviendo, no el que está ahí al lado, sino es uno el que está sintiendo, uno el que está sufriendo ¿sí? uno es el que lo está viviendo en carne propia”. **E7**“Pues el consejo, que de pronto se pongan un poquito la mano en el corazón si y piensen este pobre es humano como soy yo, no sé si mañana me toque a mí, ¿sí?”.

En este sentido, también es claro que como en los estudios previos, los pacientes con VMI reportan altos niveles de ansiedad, ira y miedo. Y la gran mayoría de los pacientes con VMI han experimentado dolor y sufrimiento; se desafía al personal de enfermería de la UCI a responder con prontitud y consideración, con paciencia y humanidad, logrando satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar la comodidad durante su estadía en la UCI, lo cual puede mejorar sus resultados de salud en el entorno de la UCI (82).

Además, dentro de dichas recomendaciones, fue importante para los pacientes hablar de la necesidad de poder contar con el apoyo de sus familiares durante todo el periodo crítico, por lo

que invitan al personal de enfermería a no olvidarse de esta petición a pesar de las políticas institucionales que establecen la restricción de las visitas en las unidades de cuidado intensivo.

Lo cual tiene relación con los hallazgos de Leung et al, donde los pacientes también deseaban discutir la perspectiva sobre su condición con sus familias. Además, anhelaban conectarse o comunicarse con sus familiares y amigos en son de ser transmitidos consejos, apoyo y sentimientos como el amor, la gratitud y el arrepentimiento; es decir que los pacientes querían comunicarse con su familia para proporcionar y recibir apoyo, así como para compartir su propia experiencia psicoemocional (91).

Los participantes describieron experiencias del proceso de interacción desde dos receptores principales de sus necesidades comunicativas como lo son los familiares y el personal de enfermería. En el estudio de Guttormson et al, los intentos de comunicación mencionados por los participantes incluyeron: tableros del alfabeto, tableros de imágenes, escritura, gestos, señalamientos, señas con las manos y la ayuda de los familiares; lo cual induce el papel fundamental de la familia en el proceso de interacción del paciente ventilado, pues como lo expresan los participantes también en nuestro estudio, muchas veces es a través de la ayuda de los familiares que estando ventilados logran comunicarse efectivamente.

Otro de los receptores principales de dicho proceso de interacción, es sin lugar a duda el personal de enfermería, quienes comparten mayor cercanía con los pacientes dada su labor. Es así que como lo evidencia el estudio de Ramírez y Parra, la percepción de los comportamientos de cuidado de enfermería permitió identificar la importancia de los comportamientos de cuidado que tienen que ver principalmente con las relaciones interpersonales, el cuidado humano, la necesidad de comunicación, y que evidencian cómo las interacciones personales entre enfermería y los usuarios hospitalizados en la UCI le dan prioridad al componente humano (92).

Pues como se reafirmó anteriormente, la comunicación es el principal vehículo a través del cual se desarrolla y mantiene la relación entre las enfermeras y los pacientes, y es un componente esencial del rol terapéutico de la enfermería. Los pacientes se benefician psicológicamente de la interacción positiva con sus enfermeras y esto mejora los resultados del paciente. Esta interacción debe caracterizarse porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos (6).

Las estrategias de comunicación que surgieron en el intento de los participantes y receptores por querer establecer un proceso de interacción/comunicación efectiva en el presente estudio, se relacionan con los enfoques de comunicación comúnmente empleados, los cuales incluyen métodos naturales como la presentación de palabras, asentir, expresión facial, lenguaje corporal, así como herramientas de comunicación aumentativa y alternativa como escritura, mecanografía, tablero de alfabeto, tablero de comunicación o aplicaciones electrónicas avanzadas (91).

Es de resaltar, que la comunicación, entendida como un proceso de envío y recepción de mensajes, se basa en la utilización de herramientas de comunicación verbal y no verbal, involucra la interacción recíproca de dos interlocutores y requiere de retroalimentación para ser efectiva (1). Como es conocido, existen muchas formas de comunicar, dado que también es importante aquello que se transmite, no solo con las palabras o la emisión de sonidos, sino también con los gestos y expresiones; y es donde la observación adquiere un papel destacado. En nuestro caso no consiste solo en observar signos y síntomas que pueden aparecer causados por una determinada enfermedad, sino también consiste en reconocer la respuesta a nuestras acciones (42), que efecto genera o percibe el paciente al recibir nuestra comunicación y a lo que él nos quiere comunicar o expresar.

Los resultados del estudio de Holm y Dreyer muestran que la mejor manera para facilitar la comunicación es a través de la indicación de una estrategia de comunicación sistemática iniciada

por la enfermera (93). Sin embargo, como se describió en los resultados del presente trabajo, solo 2 de los 10 participantes, recibieron de parte de enfermería unas herramientas que les facilitaron el proceso de comunicación, y, no obstante, de las cuatro estrategias de iniciativa por enfermería, únicamente dos de ellas fueron consideradas efectivas por parte de los pacientes. Lo cual puede estar en relación con la evidencia disponible, dado que como lo determino Leung et al, en su estudio sobre el tema con profesionales de la salud, la mitad de estos profesionales indicaron estar insatisfechos con sus habilidades de comunicación con pacientes con VMI; la mayoría de los encuestados (82%) no recibió capacitación en comunicación con pacientes con VM durante sus estudios, mientras que al 75% le gustaría recibir capacitación en el futuro (91).

Adicionalmente, aunque esta descrito que se podrían utilizar muchas estrategias para ayudar a las enfermeras a comunicarse de manera efectiva con los pacientes de la UCI, y la literatura respalda el uso de intervenciones de comunicación aumentativa y alternativa, el desarrollo de dispositivos o materiales de comunicación con el paciente, la capacitación del personal en comunicación y la colaboración con otros profesionales de la salud para mejorar la comunicación de los miembros del equipo de salud del paciente, todavía se tienen un conjunto de barreras que pueden influir en la implementación de dichas estrategias dentro de la UCI, como la actitud negativa de los proveedores de atención médica (especialmente el personal de enfermería) hacia los dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (CAA), la alta carga de trabajo, el sin número de tareas que deben cumplir las enfermeras en un tiempo limitado, y las condiciones críticas que sufren los pacientes, podría limitar el uso de la CAA, adicional a ello, la incertidumbre sobre el papel de las enfermeras en la provisión del sistema de CAA, la falta de acceso a las herramientas de comunicación y una serie de otros factores pueden dificultar el proceso de implementación (82).

En el presente estudio, es claro que muchos participantes hicieron referencia a haber empleado *las señas* como estrategia para expresarse; esta estrategia, hace parte como lo muestra la literatura de los sistemas de CAA sin ayuda de la tecnología, en los cuales el funcionamiento físico del cuerpo se utiliza como un medio para comunicarse. Algunos de estos incluyen gestos, señas u otros movimientos del lenguaje corporal. Sin embargo, se encuentra en nuestro estudio que este tipo de estrategia no es percibida como efectiva por la mayoría de los pacientes, pues supone un esfuerzo mayor y muchas veces fallido en sus intentos por comunicarse o expresar sus necesidades.

Entonces, es notorio como se pueden emplear múltiples sistemas de comunicación en las UCI, dependiendo del estado físico y cognitivo del paciente, pero es necesario protocolizar, y que la implementación de la capacitación en habilidades de comunicación para el personal de enfermería de cuidados intensivos sea constantemente alentada y, de hecho, introducida como un elemento clave de la capacitación en cuidados de la UCI como lo propone Dithole et al, en los resultados de su estudio (10); pues la aplicación de la comunicación aumentativa y alternativa, los dispositivos y las estrategias pueden mejorar la comunicación enfermera-paciente en las unidades de cuidados intensivos.

#### EXPERIENCIAS GENERALES CON LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Como se mencionó anteriormente, durante la codificación de la información surgió una tercera categoría principal como hallazgo emergente del proceso de investigación, constituida por todas aquellas experiencias generales de los participantes, relacionadas con el evento específico de la ventilación mecánica invasiva.

Como ya es sabido, la ventilación mecánica invasiva, proporciona a los pacientes en las unidades de cuidado intensivo un apoyo terapéutico ventilatorio vital en caso de algún tipo de falla

respiratoria, sin embargo, esta condición conlleva a una pérdida de la independencia y control sobre una de las funciones vitales como lo es la respiración, delegando esta función a una vía artificial por medio de un dispositivo conocido como tubo endotraqueal, el cual a menudo producen traumas. Esto, influenciado además por otros factores estresantes como lo son el ambiente físico de las unidades críticas, la inmovilización, la dependencia para las actividades básicas, los cambios fisiológicos, entre otros que afectan el estado funcional, lo cual se manifiesta en los pacientes como una experiencia desagradable y por ende desencadenante de una serie de sentimientos negativos como lo fue en el caso de la mayoría de los participantes de este estudio.

Los principales resultados de este tema evidencian que el ahogo, la dificultad o imposibilidad para respirar, el dolor por la presencia del tubo en la boca, la sensación de muerte y la rabia, son sentimientos identificados por los pacientes como principales generadores de estrés. De este modo, la literatura evidencia que la agitación, la ansiedad y el dolor interfieren con las medidas para aliviar la insuficiencia respiratoria y mejorar el intercambio gaseoso del paciente bajo ventilación mecánica invasiva produciendo en algunos casos empeoramiento de los signos de dificultad respiratoria y por ende fallo en el objetivo benéfico de esta medida terapéutica (85).

Es así como situaciones como el dolor, la ansiedad y la dificultad para respirar que expresan los pacientes que han requerido de ser sometidos a ventilación mecánica invasiva, pueden activar el sistema nervioso simpático, con liberación de hormonas adrenérgicas como adrenalina y noradrenalina entre otras tantas de y como consecuencia efectos en las variables hemodinámicas como hipertensión, náuseas, taquicardia lo cual contribuye a una evolución menos favorable (81).

En este sentido diversos autores desde años atrás se han dedicado a explorar las vivencias tanto fisiológicas como emocionales que experimentan los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva y desafortunadamente desde entonces, afirman que los pacientes perciben sensación de

dolor, agitación y dificultad para respirar, cuando se enfrentan al proceso de la ventilación mecánica, es así como desde 1992 Bouley (94), desarrolla un estudio de disnea en ventilación mecánica, afirmando que los pacientes experimentan disnea durante el proceso de ventilación mecánica, lo que favoreció la aparición de ansiedad y dificultad en el destete; experiencias que influyen en el éxito o fracaso del paciente.

Engstrom et al, realizaron un estudio descriptivo acerca de las experiencias de los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva en una unidad de cuidados intensivos, encontrando como resultados, que los participantes experimentaron al igual que en el presente estudio sentimientos y sensaciones como ansiedad, vulnerabilidad, sensación de ahogamiento y de no poder respirar relacionado con el dispositivo (tubo orotraqueal).

De allí la importancia de brindar al paciente un adecuado nivel de analgesia y confort que le permita disminuir las sensaciones de dolor e incomodidad, y de esta manera mejorar los resultados y reducir el estrés de la UCI y el tiempo de estancia hospitalaria como lo indica Merchán et al; quienes en su reciente revisión de la literatura identifican al igual que años atrás, que persiste la marcada presencia de sentimientos negativos tanto fisiológicos como psicoemocionales (85), los cuales reiteradamente se manifiestan en el presente estudio.

Sumado a lo anterior, según el estudio de Wang et al (95), los pacientes que habían sido sometidos a ventilación mecánica invasiva presentaban sufrimiento físico traducido en dolor y dis-confort, lo que resultaba influir de manera poco favorable en la recuperación del paciente.

Contrario a los resultados de la presente investigación, el estudio desarrollado por Navais et al (81), que buscaba medir la efectividad de la musicoterapia para alivio del dolor en el paciente ventilado de manera invasiva, mostro que al aplicar la escala análoga EVA se obtuvieron valores < 3 referidos por los participantes, los cuales no fueron considerados como presencia de dolor y

resalto más el grado alto de ansiedad que refirieron los pacientes (81). Resultados que contrastan con el nivel de dolor evaluado en el estudio publicado por Chanques et al (96), en el que el 63% de los pacientes del grupo control y el 42% del grupo intervención mostraban una EVA > 3, y con lo referido por los participantes de este estudio quienes también señalaron el dolor como una de las sensaciones que más marcaron su experiencia durante el tiempo de intubación: **E3**: “Sí. El único más doloroso es ese. Eso duele.”.

Por otro lado, el estudio experimental de musicoterapia (81), enfatizó en los niveles moderados/altos de ansiedad que presentaban los participantes basados en la aplicación de la escala STAI, incluso después de la audición. Dichos hallazgos conjugado con los resultados de esta investigación ratifica el grado de angustia y miedos de los pacientes críticos que sin duda alguna conducen a alteraciones hemodinámicas significativas las cuales precisan ser controladas con otras medidas farmacológicas como puede ser vasoactivos, un mayor nivel de sedación produciendo mayor depresión respiratoria y con esto respuestas fisiológicas como: hipotensión arterial, mayor dependencia al soporte ventilatorio, progresión al desacondicionamiento diafragmático y físico, y como resultados más días de ventilación mecánica, mayor riesgo de infección y en síntesis mayores días de ventilación mecánica, de estancia hospitalaria y aumento del riesgo de morbimortalidad.

Finalmente, es importante destacar que en todo lo referenciado anteriormente en el desarrollo del presente trabajo, al revisar la literatura existente, es evidente como se presentan dificultades en el proceso de comunicación con los pacientes ventilados, las cuales se ven influenciadas por diferentes factores detonantes descritos, que han persistido a lo largo del tiempo a pesar de contar con estudios sobre el tema de interés de hace más de 10 años atrás, siendo estos casi en totalidad desarrollados en otros países; por lo que, de manera acentuada en nuestro contexto Colombiano,



siguen sucediendo en la práctica clínica diaria los problemas relacionados con la comunicación ineficaz entre el personal de salud y los pacientes críticos con soporte ventilatorio mecánico invasivo.

## 9 CONCLUSIONES

- El presente estudio muestra como los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva presentan dificultades para comunicarse con el personal de enfermería, lo que los lleva a experimentar sentimientos negativos como la angustia, tristeza, frustración, rabia, impotencia, miedo, ira, pérdida de control, aislamiento social entre otros, relacionados con factores influyentes como los fisiológicos, mecánicos y psicoemocionales.

- Relacionado a las experiencias del proceso de comunicación, para los pacientes es de gran importancia sentirse entendidos cuando hacen el esfuerzo de comunicarse con el personal de enfermería, pues el hecho de no sentirse comprendidos genera un fuerte sentimiento de impotencia, el cual es referido por uno de los participantes como el mayor de todas las emociones que le impactaron a partir de su experiencia.

Los pacientes resaltan la importancia de que se les facilite alguna herramienta eficaz para poder comunicarse asertivamente y expresar claramente sus necesidades. Sin embargo, el personal de enfermería no se evidencia correctamente capacitado para usar oportunamente las estrategias de comunicación disponibles y llevar a cabo un proceso de comunicación efectivo con los pacientes ventilados.

Es prioritario entonces, garantizar un proceso de comunicación enfermera-paciente eficaz, que permita brindar un cuidado de enfermería holístico y responda a las necesidades físicas, psicoemocionales y tecnológicas de los pacientes con soporte ventilatorio mecánico invasivo; permitiendo así, por un lado, reducir sus niveles de estrés y ansiedad, y por otro, generar mayor confianza y tranquilidad en el proceso de cuidado impidiendo las experiencias negativas.

El personal de salud encuentra una solución o medida de prevención rápida al riesgo de autoextubación, en la restricción de la movilidad o contención mecánica; sin embargo, en el

presente estudio, para los pacientes, el hecho de sentirse inmovilizados físicamente significó restringirles aún más su capacidad de comunicarse o interactuar con el medio estando ventilados.

La estrategia de *Señas* no es percibida como efectiva por la mayoría de los pacientes, pues supone un esfuerzo mayor y muchas veces fallido en sus intentos por comunicarse o expresar sus necesidades. De este modo, solo 2 de los 10 participantes de este estudio, recibieron de parte de enfermería unas herramientas que les facilitaron el proceso de comunicación, y, sin embargo, de las cuatro estrategias de iniciativa por enfermería, únicamente dos de ellas fueron consideradas efectivas por parte de los pacientes.

El apoyo familiar se destaca como un pilar fundamental, ya que los pacientes experimentan miedo al abandono con la ausencia de sus familiares. El acompañamiento por parte de la familia favorece en el paciente la tranquilidad y seguridad durante el proceso de ventilación mecánica, siendo manifestado por los participantes como una motivación para afrontar y superar la situación crítica, y como una oportunidad para dar y recibir apoyo. Adicionalmente, los pacientes invitan a los profesionales de la salud a tener presente la necesidad que vivencian de poder contar con la compañía de sus familias, pues como lo expresan ellos, muchas veces es a través de la ayuda de estos que estando ventilados logran comunicarse efectivamente.

- Es preciso incluir intervenciones de enfermería dirigidas a aumentar el confort de los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva, y garantizar que el paciente no experimente sufrimiento físico ni psicológico, ya que, dentro de los hallazgos más relevantes relacionados con el evento particular de la ventilación mecánica invasiva, se encontraron sentimientos y afecciones tales como la ansiedad, el dolor, la sensación de ahogamiento, el no poder respirar y el miedo, entre otros.

## **10 UTILIDAD DE LOS RESULTADOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN**

- Existe la necesidad imperiosa de implementar estrategias y/o herramientas para lograr que el paciente con soporte ventilatorio mecánico invasivo se comunique eficazmente, y es así como la capacitación y los protocolos podrían proporcionar orientación en la implementación exitosa de las estrategias de comunicación disponibles.
- Hace falta en nuestro contexto, ampliar y posteriormente condensar los resultados de los estudios de investigación en temas relacionados con la metodología de comunicación que aplican los profesionales de la salud con los pacientes que tienen algún tipo de limitación para la comunicación verbal, con el fin de generar herramientas prácticas de valoración, planeación e intervención del proceso de comunicación con esta población.
- Es notorio como se pueden emplear múltiples sistemas de comunicación en las UCI, dependiendo del estado físico y cognitivo del paciente, pero es necesario protocolizar, y que la implementación de la capacitación en habilidades de comunicación para el personal de enfermería de cuidados intensivos sea constantemente alentada e introducida como un elemento clave de la formación en cuidados del paciente crítico.
- La mayoría de los participantes del presente estudio, apreció la atención de enfermería como buena y de calidad, no obstante, parte de los pacientes ventilados percibieron un trato duro o deshumanizado por parte del personal enfermero durante su proceso de cuidado y comunicación; lo cual representa un llamado de atención a la disciplina, pues claramente es la vivencia de los pacientes, la que nos da las pautas para la generación de estrategias viables de mejora en el proceso de interacción, el cual está directamente implicado en el eje de humanización del cuidado

de la salud, dado que es imposible hablar de humanización del cuidado si no se logra una comunicación efectiva con el paciente.

- El hecho de que algunos participantes resalten y aprecien los actos de atención, cuidado, escucha y consideración de parte del personal de enfermería; puede ser visto como una oportunidad de mejora en el proceso de interacción/comunicación enfermera-paciente humanizado.

## 11 ASPECTOS ÉTICOS

En su marco ético, la presente investigación se respaldó por leyes y resoluciones que se encaminan al cumplimiento de normas éticas del ejercicio de la profesión de enfermería. La investigación no empleó técnicas o métodos, que ejecuten alguna intervención o alteración intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes que participaron en el estudio. Por tanto, con fundamentación en el Artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993, el presente estudio, se establece como una investigación sin riesgo, se utilizaron instrumentos en los que no se identifican ni se tratan aspectos sensitivos de la conducta de los participantes, como lo son las entrevistas a profundidad y grabadora para la recopilación de los datos, cumpliendo así los objetivos propuestos en el estudio.

El proyecto investigativo se llevó a cabo tomando en cuenta todos los aspectos éticos que rijan el desarrollo del proceso de investigación, con el fin de alcanzar un beneficio para los participantes y la comunidad en general, mediante los intereses investigativos, respetando y contribuyendo al desarrollo integral de la persona humana y su ambiente. Por lo cual se tomó como referencia tal como se plantea en la Ley 911 de 2004, Artículo 29 (97), que:

“En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, se conocerán y aplicarán las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Código de Núremberg), así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales (ACOFAN) e internacionales”.

Del mismo modo, en todo el proceso investigativo el profesional de enfermería tendrá en cuenta los principios éticos que la orientan, entre estos se consideran fundamentales los siguientes: Respeto por la persona, Totalidad e Integridad, Beneficencia, Justicia, Confidencialidad y Precaución. Los principios de Autonomía, Beneficencia, Confidencialidad y Veracidad serán la base fundamental para el desarrollo del presente estudio cualitativo.

El principio de Autonomía, el cual hace referencia al derecho que tienen los participantes de conocer cuál es la situación a la que se enfrentan, asegurándoles la autonomía para que actúen y tomen decisiones por sí mismos, es decir, que cada persona sea dueño de sus propias decisiones, aun cuando se tratará de personas disminuidas o enfermas. Este principio lo aplicamos a través del consentimiento informado (Anexo1), garantizando el cumplimiento de dicho principio a los participantes del estudio, en el cual es indispensable la claridad y explicación del proceso de la investigación y cualquier inquietud relacionada con el propósito, razones y beneficios de la investigación en donde el informante pudo elegir y tomar la decisión de formar parte o no del presente estudio investigativo, lo cual muestra que es autónoma y voluntaria su reclusión o permanencia en la investigación, fue importante que los pacientes informantes después del consentimiento informado verbal dejaran certificado de una evidencia final, con la firma del consentimiento informado.

El principio de Beneficencia, el cual se adecua para la investigación, dado que el concepto de tratar a las personas de una manera ética implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar, y los resultantes del presente estudio preverán beneficios para este tipo de población estudio. El principio de Confidencialidad, el cual fue garantizado mediante el uso y la utilización de los datos obtenidos exclusivos del estudio,

empleando la información para el uso dado en investigaciones, que se rigen con un rigor científico y marco legal vigente.

Por otra parte, dentro de los principios básicos de bioética cabe citar el principio de Veracidad que rige el actuar de enfermería. Este principio ha estado más vinculado con el ejercicio responsable de la profesión. El presente estudio garantizó que los datos obtenidos sean entregados sin modificaciones ni manipulación de la información. Estos principios y normas éticas no solo evitaron complicaciones legales inmediatas, sino que protegerán a los pacientes informantes y a los investigadores, y ayudarán al fortalecimiento de un marco ético en los procesos investigativos, que se basa en brindar respeto, establecer un beneficio mutuo y velar por la justicia.



## 12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Rojas SN, Amthauer M, Bustamante TC. Comunicación con el paciente en ventilación mecánica invasiva: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Medicina Intensiva* 2014;29(2):115-119.
- (2) Carrillo ER. Ventilación mecánica. Editorial Alfil, S.A. de C.V. 2013.
- (3) Ten Hoorn S, Elbers PW, Girbes AR, Tuinman PR. Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care* 2016;20(1):333.
- (4) Rojas NP, Bustamante-Troncoso CR, Dois-Castellón A. Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. *Aquichan* 2014;14(2):184-195.
- (5) Llubiá C. Cuidados críticos: La comunicación como terapia imprescindible. *Psicooncología* 2008;5.
- (6) Dithole K, Sibanda S, Moleki MM, Thupayagale-Tshweneagae G. Exploring communication challenges between nurses and mechanically ventilated patients in the intensive care unit: a structured review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2016;13(3):197-206.
- (7) Happ MB, Tuite P, Dobbin K, DiVirgilio-Thomas D, Kitutu J. Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 2004;13(3):210-218.
- (8) Menzel LK. Factors related to the emotional responses of intubated patients to being unable to speak. *Heart & Lung* 1998;27(4):245-252.
- (9) Happ MB, Garrett KL, Tate JA, DiVirgilio D, Houze MP, Demirci JR, et al. Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2014;43(2):89-98.

- (10) Dithole KS, Thupayagale-Tshweneagae G, Akpor OA, Moleki MM. Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC nursing* 2017;16(1):74.
- (11) Godoy DA, Tolosa K, Montenegro SL, Cabezas FM. Sedación cooperativa: opción para el manejo de la agitación en el traumatismo craneoencefálico moderado. *Medicina intensiva* 2017;41(3):193-196.
- (12) Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J. Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart & Lung* 2004;33(5):308-320.
- (13) Barlem ELD, Rosenhein, Daniele Portella do Nascimento, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2008 Dec 1;10(4):1041-1049.
- (14) Castaño ÁMH. Para hacerse entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación. *Investigación y educación en enfermería* 2008;26(2):236-242.
- (15) Laakso K, Markström A, Idvall M, Havstam C, Hartelius L. Communication experience of individuals treated with home mechanical ventilation. *International journal of language & communication disorders* 2011;46(6):686-699.
- (16) Vera LRR, Copello EA. Comunicación humana y cultura de paz: Una aproximación teórica. *Lógoi* 2009(14).
- (17) Arias JR, Lujano RO, Páez IP, Trinidad DV, Solórzano MY. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2011;9(3):167-174.

- (18) Dithole KS, Sibanda S, Moleki MM, Thupayagale-Tshweneagae G. Nurses' communication with patients who are mechanically ventilated in intensive care: the Botswana experience. *Int Nurs Rev* 2016;63(3):415-421.
- (19) Johnson MM, Sexton DL. Distress during mechanical ventilation: patients' perceptions. *Crit Care Nurse* 1990;10(7):48-57.
- (20) Khalaila R, Zbidat W, Anwar K, Bayya A, Linton DM, Sviri S. Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care* 2011;20(6):470-479.
- (21) Bergbom-Engberg I, Haljamäe H. Assessment of patients' experience of discomforts during respirator therapy. *Crit Care Med* 1989;17(10):1068-1072.
- (22) Pullen LM, Green LA. Identification, intervention and education: Essential curriculum components for chemical dependency in nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 1997;28(5):211-216.
- (23) Laerkner E, Egerod I, Hansen HP. Nurses' experiences of caring for critically ill, non-sedated, mechanically ventilated patients in the intensive care unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2015;31(4):196-204.
- (24) Holm A, Dreyer P. Nurse-patient communication within the context of non-sedated mechanical ventilation: A hermeneutic-phenomenological study. *Nurs Crit Care* 2018;23(2):88-94.
- (25) Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, et al. Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 2011;20(2): e28-e40.
- (26) Toloza REV. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: enfermería, pieza clave en la atención. *Revista Ciencia y Cuidado* 2007;4(4):21-27.

- (27) Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta paul enferm* 2007;20(4):499-503.
- (28) Valencia CRC, Giraldo MJO, Mancera GPR. “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en unidades de cuidado crítico. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 2015;20(1):13-34.
- (29) Ceballos Vasquez PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y enfermería* 2010;16(1):31-35.
- (30) Ledesma, María de Jesús Lilia Nieto. Aproximación cualitativa a la experiencia vivida por cuidadores en el domicilio de personas adultas mayores con discapacidad en Cd.Victoria, Tamaulipas, México 2016.
- (31) Pregnotatto APF, Agostinho VBM. O Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva–Adulto. *Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos*.Rio de Janeiro: Guanabara 2003.
- (32) Romano BW. Princípios Para a Pratica da Psicologia Clínica. Casa do psicólogo; 1999.
- (33) Gomes AGA, Carvalho, Maria Fernanda de Oliveira. A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura. *Revista da SBPH* 2018;21(2):167-185.
- (34) Beltrán-Salazar ÓA. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan* 2009;9(1):23-37.
- (35) Santiago de Castro E. Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Avances en Enfermería* 2015;33(3):381-390.
- (36) Asale R. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. Diccionario de la lengua española 2016.
- (37) Bericat Alastuey E. Emociones. *Sociopedia.isa*, 1-13. 2012.

- (38) Astudillo W, Mendinueta C. ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? *ARS Médica Revista de Ciencias Médicas* 2016;34(2):46-68.
- (39) Celis-Rodríguez E, Birchenall C, De la Cal, M A, Arellano GC, Hernández A, Ceraso D, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina intensiva* 2013;37(8):519-574.
- (40) Melero-Lacasia A, García-Orellán R. La comunicación en la relación terapéutica entre las competencias de enfermería: análisis en el contexto de oncopediatria. *Ene* 2016;10(1):0.
- (41) Achury Saldaña DM, Pinilla Alarcón M, Alvarado Romero H. Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Investigación y educación en enfermería* 2015;33(1):102-111.
- (42) Landete Belda L. La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería dermatológica* 2012;6(16):16-19.
- (43) Moñux YRL, Juan LC, Marcos AP, Soler MLM. Las relaciones interpersonales de los enfermeros en asistencia hospitalaria y el uso de habilidades comunicativas. *Texto & Contexto Enfermagem* 2014;23(3):555-562.
- (44) Damasceno MMC, Zanetti ML, Carvalho ECd, Teixeira, Carla Regina de Souza, Araújo, Márcio Flávio Moura de, Alencar, Ana Maria Parente Garcia. Therapeutic communication between health workers and patients concerning diabetes mellitus care. *Rev Lat Am* 2012;20(4):685-692.
- (45) Moreno KA, Arnez DC, Liñares LF, Puigdemont BM. La Comunicación Terapéutica en Enfermería al final de la Vida.: Revisión Bibliográfica. *Ágora de enfermería* 2018;22(3):133-136.
- (46) Alcoba SB. Transición del significado inicial del concepto “comunicación terapéutica”. *Ágora de enfermería* 2017;21(4):188-189.
- (47) Valverde C. Comunicación terapéutica en enfermería. *Norte de Salud mental* 2007;7(29).

- (48) Pontes AC, Leitão, Ilse Maria Tigre Arruda, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Rev Bras Enferm 2008;61(3):312-318.
- (49) Méndez Blanco M, Ortíz López E, Venegas Vindas A. Estrategias de comunicación para el personal de Enfermería que atiende personas sordas. 2011.
- (50) Ortega-Chacón V, Díaz DM. Estrategias e instrumentos de comunicación con pacientes en ventilación mecánica invasiva. Revisión de la literatura= Strategies and Tools for communicating with patients undergoing invasive mechanical ventilation. Literature review. Revista Espanola de Comunicacion en Salud 2017;8(1):92-100.
- (51) Souza RCS, Arcuri EAM. Communication Strategies of the nursing team in the aphasia after cerebrovascular accident. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2014;48(2):292-298.
- (52) Baker AB. Artificial respiration, the history of an idea. Med Hist 1971;15(4):336-351.
- (53) Barbas CSV, Ísola AM, Farias, Augusto Manoel de Carvalho, Cavalcanti AB, Gama AMC, Duarte ACM, et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte 2. Revista Brasileira de Terapia Intensiva 2014.
- (54) Schettino GP, Reis MAS, Galas F, Park M, Franca S, Okamoto V. Consenso Jornal brasileiro de pneumologia 2007;33:92-105.
- (55) Schwonke, Camila Rose Guadalupe Barcelos, Lunardi Filho WD, Silva, José Richard de Sosa. Ambiente y Ventilación Mecánica: una reflexión posible. Enfermería Global 2014;13(35):254-262.
- (56) Muñoz FRG. Ventilación mecánica. Acta Médica Peruana 2011;28(2):87-104.
- (57) Morano Torrescusa MJ, Fernández Vázquez M, Conteras Pereira I, Cumbreira Díaz EM, Camero Evangelista M, García Navarro S. Plan de cuidados: Paciente en ventilación mecánica invasiva y destete. Huelva: Biblioteca Las casas 2007.

- (58) Celis-Rodríguez E, Besso J, Birchenall C, De la Cal, M A, Carrillo R, Castorena G, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgésia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina intensiva* 2007;31(8):428-471.
- (59) Ugarte S, Muñoz M. Agitación y sedación consciente en cuidados intensivos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva* 2007;22(2):97-104.
- (60) Tejada-Pérez II. “No es fácil estar 24 horas en una cama”: confort del paciente con sedación en una unidad de cuidado intensivo 2. *Aquichan* 2017;17(4):380-389.
- (61) Hernández-de la Vega L. Sedación consciente e inconsciente. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2004;27(S1):95-97.
- (62) Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation–Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2002;166(10):1338-1344.
- (63) Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JW, Wheeler AP, Gordon S, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA* 2003;289(22):2983-2991.
- (64) Sánchez SS, Vivas AM, Obregón JS, Ortega MR, Jambrina CC, Marco ILT, et al. Monitorización de la sedación profunda. El monitor BIS®. *Enfermería intensiva* 2009;20(4):159-166.
- (65) Liceaga E. Guía para el manejo de la sedoanalgesia en el Hospital General de México. 2015.
- (66) Delgado IR, Sabé ES. Analgesia y sedación del paciente crítico en ventilación mecánica. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2007; 54:302-312.
- (67) Patak L, Gawlinski A, Fung NI, Doering L, Berg J, Henneman EA. Communication boards in critical care: patients' views. *Applied Nursing Research* 2006;19(4):182-190.

- (68) Calle GHL, Martin MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. *Revista Brasileira de terapia intensiva* 2017;29(1):9-13.
- (69) De Lemos Negreiros P, de Oliveira Fernandes M, de Freitas Macedo-Costa, Kátia Nêyla, da Silva, Grazielle Roberta Freitas. Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2010;12(1).
- (70) Bolio AP. Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. *REencuentro.Análisis de Problemas Universitarios* 2012(65):20-29.
- (71) Martínez FT. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica* 2012;11(2):98-101.
- (72) Talyon S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. 1992.
- (73) Wolcott HF. Transforming qualitative data: Description, analysis, and interpretation. : Sage; 1994.
- (74) Sampieri RH. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.: McGraw Hill México; 2018.
- (75) Samuelson KA, Lundberg D, Fridlund B. Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nurs Crit Care* 2007;12(2):93-104.
- (76) Karlsson V, Forsberg A, Bergbom I. Communication when patients are conscious during respirator treatment—A hermeneutic observation study. *Intensive and critical care nursing* 2012;28(4):197-207.
- (77) Carroll SM. Silent, slow lifeworld: the communication experience of nonvocal ventilated patients. *Qual Health Res* 2007;17(9):1165-1177.



- (78) Engström Å, Nyström N, Sundelin G, Rattray J. People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative study. *Intensive and critical care nursing* 2013;29(2):88-95.
- (79) Guttormson JL, Bremer KL, Jones RM. "Not being able to talk was horrid": a descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing* 2015;31(3):179-186.
- (80) Figueroa AB, Suárez ACR, Polentino CV, Rodríguez EE, Medina MC, Aceros MZ. Suspiro de vida: vivencias de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos sometidos a soporte ventilatorio. *Revista Ciencia y Cuidado* 2011;8(1):61-69.
- (81) Naváis MS, Clavero GV, Guillamet BV, Duran AM, Estalella GM. Efecto de la música sobre la ansiedad y el dolor en pacientes con ventilación mecánica. *Enfermería intensiva* 2013;24(2):63-71.
- (82) Salem A, Ahmad MM. Communication with invasive mechanically ventilated patients and the use of alternative devices: integrative review. *Journal of Research in Nursing* 2018;23(7):614-630.
- (83) Pattison N, Watson J. Ventilatory weaning: a case study of protracted weaning. *Nurs Crit Care* 2009;14(2):75-85.
- (84) Ciriza Amatriain, AI Pérez, Otamendi S, Muruamendiaraz AE, Erro, María del Carmen Asiaín. Factores desencadenantes de estrés en pacientes ingresados en cuidados intensivos. *Enfermería intensiva* 1996;7(3):95-103.
- (85) Merchán-Tahvanainen ME, Romero-Belmonte C, Cundín-Laguna M, Basterra-Brun P, San Miguel-Aguirre A, Regaira-Martínez E. Experiencias del paciente durante la retirada de la ventilación mecánica invasiva: una revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva* 2017;28(2):64-79.

- (86) Rodríguez Castro I. Impacto de las contenciones mecánicas en los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos y sus familias. 2019.
- (87) Perez D, Peters K, Wilkes L, Murphy G. Physical restraints in intensive care—An integrative review. *Australian critical care* 2019;32(2):165-174.
- (88) Rodríguez LMB. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan* 2008;8(1):74-84.
- (89) Parra M. Problemas más frecuentes de los pacientes hospitalizados en las UCI. *Enfermería cardiovascular*. Bogotá: Distribuna 2008:251-259.
- (90) Alligood MR, Tomey AM. *Modelos y teorías en enfermería*: Elsevier Health Sciences; 2018.
- (91) Leung CC, Pun J, Lock G, Slade D, Gomersall CD, Wong WT, et al. Exploring the scope of communication content of mechanically ventilated patients. *J Crit Care* 2018; 44:136-141.
- (92) Perdomo CAR, Vargas MP. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Avances en enfermería* 2011;29(1):97-108.
- (93) Holm A, Dreyer P. Use of communication tools for mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 2018;36(8):398-405.
- (94) Bouley GH, Froman R, Shah H. The experience of dyspnea during weaning. *Heart & lung: the journal of critical care* 1992;21(5):471-476.
- (95) Wang K, Zhang B, Li C, Wang C. Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. *J Clin Nurs* 2009;18(2):183-190.
- (96) Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Violet S, Sebbane M, Perrigault P, et al. Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Crit Care Med* 2006;34(6):1691-1699.

(97) República de Colombia Gobierno Nacional. Ley 911 de 2004 (octubre 5) “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”. Artículo 29, página 25.

## 13 ANEXOS

### ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Enfermería

#### **Consentimiento Informado para Participantes del Proyecto de Investigación**

#### **Maestría de Enfermería en cuidado intensivo**

#### **GRUPO RESONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN:**

*Martha Yazmín Piza Gamboa*

*Irene Velásquez Rodríguez*

#### **TÍTULO DEL PROYECTO:**

*Experiencias Y Sentimientos De Las Personas En Ventilación Mecánica Invasiva Durante El Proceso De Comunicación Con El Equipo De Enfermería: Un Estudio Fenomenológico*

#### **FECHA: DD/MM/AAAA**

Usted ha sido invitado a participar en este estudio de investigación, y el siguiente documento le explicara en que consiste. Es importante que usted lea totalmente el documento para así pueda decidir si acepta o no participar como voluntario.

#### **PROPÓSITO:**

Identificar cuáles fueron las experiencias y sentimientos que usted experimento durante el periodo de tiempo en el cual estuvo sometido a la ventilación mecánica invasiva (Intubado) para así aportar estrategias futuras que orienten al mejoramiento de la comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes.

#### **DURACIÓN:**

24 horas posteriores a su extubación (retirar el tubo de la boca), su participación en este proyecto será por un periodo aproximado de 40 minutos, en el cual se aplicarán una serie de preguntas; cabe resaltar que, si no es su voluntad responder alguna de las preguntas, puede manifestarlo al investigador y sencillamente no responderla.

**CONSIDERACIONES:**

El presente consentimiento deberá ser firmado personalmente y bajo su completa libertad y autonomía a las 24 horas de ser extubado.

**PROCEDIMIENTOS:**

Su Participación en este proyecto será por medio de una entrevista la cual será realizada por uno de los investigadores quien le pregunte preguntas abiertas. Durante la entrevista usted será grabado por parte del investigador ya que por medio de este método se recolectarán los datos para finalmente poder analizar cada una de sus respuestas.

**POSIBLES RIESGOS:**

Según la resolución 08430 de 1993 por la cual se establece normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 11, el cual reglamenta las clasificaciones de las investigaciones en categorías esta es una “*investigación sin riesgo*” ya que este estudio emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realizara ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

**BENEFICIOS:**

**Para el paciente:**

- Reducción de la ansiedad ocasionada por la dificultad en la comunicación en el periodo de ventilación mecánica invasiva.

- Formulación de estrategias de comunicación con Enfermeras y personal de salud en el periodo de ventilación mecánica invasiva.
- Disminuir el riesgo de complicaciones relacionadas con la limitación en la comunicación en las unidades de cuidado intensivo con pacientes sometidos a la ventilación mecánica invasiva.

**Para la institución:**

- Para el Hospital Universitario San Ignacio fortalecerá el desarrollo académico asistencial y el carácter científico docente en uno de los servicios de mayor complejidad de la institución.

**Para el sistema de salud:**

- Generar cambios en los modelos de cuidado en la atención a los pacientes sometidos a ventilación mecánica.

**CONFIDENCIALIDAD:**

Se realizará todo esfuerzo para asegurar que los hallazgos de esta investigación sean confidenciales. Copias de los documentos de este estudio serán conservados en el archivo del comité de investigación del Hospital Universitario San Ignacio y de la facultad de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana por un periodo mínimo de tres años. Los hallazgos de este estudio podrán ser publicados o presentados en reuniones, ponencias y congresos sin ser revelado su nombre. Se protegerá sus derechos de privacidad; no obstante, los investigadores asociados con este estudio tendrán acceso a los documentos y a la información relacionada con este estudio. Su expediente será completamente confidencial según lo indica la ley. Este no será compartido con otras personas a Menos que sea exigido por la ley o de acuerdo con las especificaciones mencionadas anteriormente.

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:**

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria, por tanto, no habrá remuneración económica ni compensación alguna. Usted puede rehusarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento que desee después de haber ingresado en este comunicándose telefónicamente con alguno de los investigadores.

La aplicación de la entrevista será realizada por estudiantes de la Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico bajo la supervisión y apoyo constante de los profesores idóneos quienes le brindaran a usted la libertad y confianza para expresar sus sentimientos e inquietudes.

Agradecemos de ante mano su participación la cual es muy valiosa para nosotros cabe anotar que usted podrá tener acceso a los resultados de esta investigación.

YO \_\_\_\_\_, Identificado con DI \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, acepto de manera voluntaria participar en esta investigación de la cual he sido informado previamente en cuanto a sus objetivos y finalidad.

Estoy en disposición de participar en las entrevistas y responder en lo posible las respuestas que sean pertinentes.

\_\_\_\_\_

Nombre del Participante

\_\_\_\_\_

Firma del Participante

\_\_\_\_\_

Nombre del Entrevistador

\_\_\_\_\_

Firma del Entrevistador