

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSGRADO



**DOLOR Y SUFRIMIENTO DE LOS ADULTOS QUE
SOBRELLEVARON UNA ENFERMEDAD CRÍTICA EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS - HRDLM**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

CAROLINA NORMA MILAGROS HUERTAS LANDA

ASESOR

MIRTHA FLOR CERVERA VALLEJOS

<https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>

Chiclayo, 2019

**DOLOR Y SUFRIMIENTO DE LOS ADULTOS QUE
SOBRELLEVARON UNA ENFERMEDAD CRÍTICA EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - HRDLM**

PRESENTADA POR:

CAROLINA NORMA MILAGROS HUERTAS LANDA

A la Escuela de Posgrado de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el grado académico de

MAESTRO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

Mercedes López Díaz

PRESIDENTE

Blanca Ramos Kong

SECRETARIO

Mirtha Flor Cervera Vallejos

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, mi Padre Creador, El Ser Absoluto en todo el universo.

A mi querida madre, mi tía y mis abuelos, por brindarme siempre su amor y cuidado incondicional, además de ser y haber sido grandes ejemplos de seres humanos para mi crecimiento personal.

AGRADECIMIENTO

A Dios, y a la Virgen María que siempre me cuidan y protegen en mi diario caminar.

A mi familia: mi madre, mi tía y mi abuela, porque son ejemplo de fortaleza y perseverancia; y a ti mi querido abuelito, porque me amaste y cuidaste, y ahora lo haces desde la eternidad.

*A las personas que me apoyaron en la realización de mi tesis:
A mi asesora Mirtha Cervera Vallejos, por brindarme su excelente asesoría; y a todas aquellas personas que generosamente colaboraron con sus entrevistas para la realización de la tesis.*

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	15
1.1. Antecedentes del problema	15
1.2. Base teórico – Conceptual	16
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	26
2.1. Tipo de investigación	26
2.2. Abordaje metodológico	27
2.3. Sujetos de investigación	30
2.4. Escenario	31
2.5. Instrumento o técnica de recolección de datos	31
2.6. Procedimiento	32
2.7. Análisis de datos	33
2.8. Criterios éticos	34
2.9. Criterios de rigor científico	36
CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	38
CONSIDERACIONES FINALES	90
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	102

RESUMEN

La presente investigación titulada “Dolor y Sufrimiento de los Adultos que sobrellevaron una enfermedad crítica en la Unidad de Cuidados Intensivos–H.R.D.L.M.CH.”, tuvo por objetivo develar y comprender el dolor y sufrimiento de las personas adultas que sobrellevaron una enfermedad crítica en la Unidad de Cuidados Intensivos. La base conceptual acerca del dolor y el sufrimiento estuvo sustentada en: Juan Pablo II, Frankl, Fuster y Yepes; el estado crítico de una persona fue definida por la Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios (MINSA- Perú, 2005). El tipo de investigación fue cualitativa con enfoque fenomenológico. Los sujetos de estudio fueron diez pacientes adultos que estuvieron hospitalizados en UCI, muestra obtenida por saturación. El escenario de investigación lo conformó la Unidad de Cuidados de Intensivos- Hospital Regional Docente Las Mercedes; para la recolección de datos se utilizó la entrevista abierta a profundidad; el tratamiento de datos se hizo mediante el análisis ideográfico y nomotético sustentado en Martins y Bicudo según el método fenomenológico. La investigación fue avalada por principios éticos y de rigor científico. Entre las proposiciones develadas están: La enfermedad acompañada de soledad, tristeza, incertidumbre y ausencia de libertad. La corporalidad sufriente, invadida y expuesta ante la criticidad de la enfermedad. Frente al debate de la vida y la muerte emerge el temor, la resignación y esperanza. La religiosidad en busca del Absoluto y el sentido de la vida ante el dolor y el sufrimiento. El amor familiar para el logro del bienestar físico, emocional y espiritual. La comprensión y comunicación en el cuidado humano de paciente de UCI y la familia. Se tuvo como consideración final que el dolor y el sufrimiento que vivieron los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, muchas veces les conllevó al vacío existencial y la falta de sentido de vida; sin embargo, la mayoría de ellos lograron encontrar el sentido a sus vidas cuando en medio de tanto dolor lograron acercarse a Dios.

Palabras Claves: Dolor, Sufrimiento, Adultos, Enfermedad Crítica, Unidad de Cuidados Intensivos y Fenomenología.

ABSTRACT

The present investigation entitled "Pain and Suffering of the Adults that endured a critical illness in the Intensive Care Unit - HRDLMCH.", Aimed to unveil and understand the pain and suffering of the adults who endured a critical illness in the Unit of Intensive Care. The conceptual basis about pain and suffering was supported by: John Paul II, Frankl, Fuster and Yepes; The critical condition of a person was defined by the Technical Standard of Intensive and Intermediate Care Services (MINSA-Peru, 2005). The type of research was qualitative with a phenomenological approach. The study subjects were ten adult patients who were hospitalized in ICU, sample obtained by saturation. The research scenario was set up by the Intensive Care Unit – Hospital Regional Docente Las Mercedes; for the data collection the in-depth open interview was used; Data processing was done through ideographic and nomothetic analysis supported by Martins and Bicudo according to the phenomenological method. The research was supported by ethical principles and scientific rigor. Among the proposals unveiled are: The disease accompanied by loneliness, sadness, uncertainty and lack of freedom. The suffering corporality, invaded and exposed to the criticality of the disease. Facing the debate of life and death emerges fear, resignation and hope. The religiosity in search of the Absolute and the meaning of life before pain and suffering. Family love for the achievement of physical, emotional and spiritual well-being. The understanding and communication in the human care of the UCI patient and the family. The final consideration was that the pain and suffering experienced by the patients hospitalized in the Intensive Care Unit, often led them to the existential void and the lack of a sense of life; However, most of them managed to find meaning in their lives when in the midst of so much pain they managed to get close to God.

Keywords: Pain, Suffering, Adults, Critical Illness, Intensive Care Unit and Phenomenology.

INTRODUCCIÓN

La realidad del dolor y sufrimiento son inevitables en la vida de la persona, quien es un ser integral e indivisible de sus dimensiones bio- psico- social, y espiritual, además posee un cuerpo que le permite moverse, desarrollarse y expresarse.

El dolor y sufrimiento acompañan a la persona desde su nacimiento influyendo profundamente en su desarrollo y conformación, que sólo concluyen con la muerte (1).

El sufrimiento, puede aparecer asociado al dolor o sin él. El dolor podría entenderse en sí mismo como sufrimiento físico que, en mayor o menor medida, se asocia a un sufrimiento psíquico o emocional, (2) y ambos se presentan en la enfermedad. Y, el enfermar deteriora gravemente la vitalidad, la energía del cuerpo de la persona, hasta inclusive llegar a paralizarla, emerge la disfuncionalidad de uno o más órganos, repercutiendo en toda su corporalidad por ser sistémico (3).

Repercusiones que de acuerdo a la situación crítica de salud que afronta, requiere hospitalizarse en un servicio que le proporcione los equipos, insumos y personal de salud que contribuyan a restablecer su salud, como son las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Entonces, el dolor de aquellas personas puede ser mayor si son conscientes de su situación, pues en determinados casos los pacientes críticos en UCI, están despiertos, sin sedación, conectados con el medio, por lo tanto piensan, sienten el dolor y la incertidumbre frente a la gravedad de su enfermedad, desencadenando sentimientos negativos como la tristeza, desesperanza, temor, miedo, angustia, preocupación haciendo retrasar el proceso curativo del tratamiento, prolongando su estancia hospitalaria. Asimismo, son conscientes de la disfuncionalidad del núcleo familiar a causa de la enfermedad. Sumado todo ello, genera sufrimiento (4).

Al respecto, el estudio realizado en Estados Unidos, por investigadores de la Washington University School of Public Health and Service of Medicine in Washington, encontró que los pacientes esperan 5 horas en Emergencia antes de ser ingresados a UCI, ello significa que la demanda de pacientes en este servicio ha aumentado y la

población más vulnerable son las personas de mayor edad (adultos maduros y mayores) (5)

Un estudio de los servicios de urgencias de los Estados Unidos basados en el Hospital Nacional durante un periodo de 7 años, se encontró que los ingresos en UCI aumentaron casi un 59% de 2,79 millones en 2002 hasta 4, 140,000 en el 2008. (5)

A nivel local, la UCI del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, tuvieron un total de ingreso de 188 pacientes en el periodo de Agosto a Diciembre del 2014 (5), lo cual indica que la demanda en Perú también es alta. Se hace mención que este hospital cuenta con la Unidad de Cuidados Intermedios (6)

Así mismo, el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM), cuenta solo con el servicio de Unidad Cuidados Intensivos (UCI); siendo una unidad polivalente se recibe a personas de diferentes edades desde lactantes hasta adultos mayores, referidas de las provincias de Lambayeque, Ferreñafe y Chiclayo, y otras regiones. Los diagnósticos frecuentes son: Insuficiencia respiratoria aguda, Sepsis severa, Síndrome de Hellp, Shock Séptico, Neumonías, ACV Hemorrágico, Falla Multiorgánica, Miastenia Gravis. En el año 2014 hubo un total de 127 pacientes hospitalizados, y de enero a agosto del año 2015, hubo 98 ingresos, de los cuales 88 son del Seguro Integral de Salud y 10 particulares. (7)

Por tanto, se evidencia que la demanda de pacientes en UCI es muy alta debido al grado de complejidad.

Así mismo, es necesario saber que en la Unidad de Cuidados Intensivos se encuentran pacientes con alteración de la consciencia, y hay quienes están bajo efecto de sedación. Eso significa que si el médico indica ir disminuyendo la dosis del sedante, el paciente poco a poco irá despertando hasta conectarse con el medio. También hay personas que logran salir del grado de alteración de conciencia, permaneciendo con el tubo orotraqueal hasta mejorarse del problema respiratorio, por tanto, estarían más despiertos, solo con analgesia o en determinados casos sin ella. (8)

Y, cuando al paciente se le realiza destete ventilatorio, ellos deben estar más conectados con el medio, siendo capaces de poder pensar y sentir, lo cual significa que éstos pacientes pueden tener más probabilidades de superar su estado crítico y al estar más conectados con el medio sienten mayor vulnerabilidad por su situación de salud y esto se refleja en muchos casos indistintamente del tipo de patología que sufran; por ejemplo cuando una persona tiene un tubo oro-traqueal (T.O.T) o le han realizado traqueostomía, al momento de la aspiración de secreciones por T.O.T sienten el trauma de aquel procedimiento, en sus gestos se percibe el dolor, la incomodidad, el temor, la ansiedad cuando se produce el reflejo de expectoración, y cuando se les aspira secreciones acumuladas en boca, en varios casos les produce dolor e incomodidad más aún tienen laceraciones (9)

También, hay casos de pacientes con Miastenia Gravis, enfermedad caracterizada por debilidad muscular, que puede llegar a ser grave, cuando esto ocurre hay problemas en la deglución, respiración y movilización, sin embargo no afecta su actividad cerebral; si estas personas se descuidan, la enfermedad puede complicarse hasta el punto de depender de un respirador mecánico y por tanto tener temporalmente un T.O.T, o posteriormente una traqueostomía, ser alimentados a través de sonda nasogástrica, tener monitorización hemodinámica y urinaria, etc., evidenciándose en éstas personas, mucha ansiedad, temor y preocupación debido a todos los procedimientos que son sometidos (10)

Otro ejemplo, son las personas con problemas cardíacos. Sin bien es cierto en la UCI del Hospital Regional Docente Las Mercedes, no se realizan cirugías cardíacas, pero ingresan generalmente pacientes con Infarto Agudo de Miocardio, que en determinados casos están despiertos. Según la extensión del infarto, a los pacientes se les administra oxígeno porque tienen sensación de falta de aire, cuando esto sucede, ellos por lo general sienten ansiedad, temor, preocupación, sentimientos que se reflejan en el rostro, y que muchas veces lo expresan verbalmente, más aún cuando presentan el dolor característico del infarto. Y si el caso se complica deben recibir soporte ventilatorio (10)

Parecida situación vive las personas con problemas respiratorios, como: crisis asmática severa, neumonía, enfermedad obstructiva crónica, que, en grado severo, termina en insuficiencia respiratoria, claro que al inicio definitivamente, reciben apoyo de un ventilador mecánico y son sedados. Una vez tratado el período crítico de esta enfermedad, el médico prescribe disminuir la sedación para despertar poco a poco al paciente, se conecte más con el medio, y se proceda al destete ventilatorio. (10) En esta etapa es donde aquellos adultos sienten todos los procedimientos que las enfermeras realizan: aspiración de secreciones por tubo traqueal y boca, punción arterial y venosa, cambios posturales, etc.

Por esa razón, todos los pacientes adultos jóvenes, maduros y mayores que son hospitalizados en UCI y están despiertos, somnolientos, con sedación moderada o ligera conectados con el medio, son capaces de pensar, de sentir dolor debido a diversos procedimientos de enfermería tales como: Aspiración de secreciones por boca causando dolor cuando hay lesiones, la aspiración por el tubo oro-traqueal, la colocación de una sonda nasogástrica, de un catéter urinario, la punción venosa y arterial, los cambios posturales, además cuando las personas tienen sobre peso o están con edema les resulta incómodo y doloroso las movilizaciones más aún cuando se les bañan y se les cambia el pañal sucio. (11)

Para ellos también es doloroso las curaciones de heridas o úlceras por presión en sus diferentes estadios, es doloroso también la canalización de una vía periférica más aún si el acceso venoso es difícil, las inyecciones. A las personas con traqueostomía, les duele cuando se les cura el ostoma.

Además, los pacientes sienten pudor y vergüenza cuando se les hace el baño de esponja, pues su cuerpo queda descubierto conforme se va realizando el baño.

Asimismo, los pacientes despiertos que tienen T.O.T sienten dolor e incomodidad de portar un cuerpo extraño dentro de su cuerpo (boca hasta llegar a tráquea), en algunos momentos les desespera; a quienes están en destete ventilatorio les es incómodo esta experiencia, y se evidencia en su rostro, mediante la comunicación gestual, por ejemplo: Ellos con el ceño fruncido señalan su garganta y la enfermera les pregunta:

¿Le duele? Ellos mueven la cabeza de manera afirmativa, entonces la enfermera les explica que ese tubo deberá permanecer hasta que respiren por si solos. Ellos vuelven a mover su cabeza afirmativamente, con una mirada y un rostro que abstractamente reflejan resignación, preocupación e incertidumbre (11)

Cuando están ya en destete ventilatorio, la enfermera les dice que respiren, como si fuera un ejercicio, y se ha evidenciado que algunas personas comienzan hacerlo con un poco más de esfuerzo, porque se les dice que eso ayudará a que pronto les quiten ese “tubito” y puedan estar más tranquilos. Esa conducta del paciente da a entender su esperanza de que pronto saldrán del estado crítico.

Y, respecto a su situación social, muchas veces ellos al ser conscientes de su realidad, extrañan ver a sus familiares, algunos lo pueden expresar mediante gestos. Se ha visto que cuando llega el pariente más cercano sea hijo, madre, padre, tía o hermano a visitarlos, ellos derraman lágrimas; también se observa más gestos propios de la comunicación no verbal (porque la gran mayoría de pacientes no pueden hablar), como un apretón de manos, el contacto con las miradas, y aquellos pacientes ansiosos se tranquilizan al ver a sus familiares (11)

Así mismo, es importante saber que en UCI hay aparatos tecnológicos tales como: bombas de infusión, ventiladores o respiradores mecánicos, aspirador de secreciones, monitores hemodinámicos invasivos y no invasivos que emiten sonidos de alarma indicando que algo sucede. Estos sonidos de leve y regular intensidad incomoda al paciente, pudiendo generarle estrés, expresándolo mediante gestos.

Por lo tanto, todas aquellas vivencias de los adultos internados en UCI, les genera dolor, pero no sólo físico, sino también dolor emocional y espiritual, llamado sufrimiento (11)

También es necesario mencionar que el servicio de UCI, se caracteriza por ser un ambiente tenso, debido a la complejidad de casos clínicos, entonces el trabajo del personal de salud es muy arduo, el cuidado es mucho más minucioso en general, y además se realizan diversos procedimientos.

Por consiguiente, las enfermeras intensivistas deben tener buena madurez e inteligencia emocional, un buen estado de salud física y espiritual para brindar un cuidado humano y de calidad. (11)

Sin embargo, en todo servicio se evidencia que algunas enfermeras con el pasar del tiempo caen en la rutina, el estrés, que si no lo saben manejar no rinden, no brindan un buen cuidado. Y es necesario aclarar que la calidad va acompañada de lo humanitario, si el cuidado no es humano tampoco es de calidad, y viceversa. (12)

Otros de los factores que influyen en la “mecanización” del cuidado en el paciente crítico es el avance tecnológico que en realidad es muy bueno si esta tecnología es bien utilizada, pero aún se evidencia enfermeras que centran su trabajo en el aspecto físico y el manejo de aparatos, olvidándose de cuidar a la persona a nivel físico, emocional y espiritual, en conjunto. (12)

En conclusión, toda esta problemática afecta a las personas con enfermedad crítica en su dimensiones físico, emocional y espiritual, provocando sufrimiento en ellos.

En base a ello se formuló la pregunta ¿Cómo es el dolor y el sufrimiento de los adultos que sobrellevaron una enfermedad crítica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes?

Teniendo como objeto de la investigación el dolor y sufrimiento de las personas con enfermedad crítica, con el objetivo de develar y comprender el dolor y sufrimiento de aquellas personas.

La investigación resulta importante, porque el cuidar a una persona consciente de su sufrimiento a causa de la enfermedad crítica, requiere de mucha sensibilidad, caridad, paciencia, empatía, responsabilidad e inteligencia emocional etc.; por ello, ésta investigación ayudará a sensibilizar a las enfermeras, pues se hará tangible y comprensible el dolor y sufrimiento de los adultos que han sido hospitalizados en una unidad crítica, como es el miedo, temor, tristeza, ansiedad, desesperanza, que es difícil de percibir; y sobre todo ayudar a que los pacientes puedan encontrar sentido a su dolor y sufrimiento en medio de la enfermedad.

Así mismo, se tratará de acompañar al enfermo que sufre y aliviarle su dolor espiritual mediante el toque terapéutico, así como hablarles mientras se les realicen los procedimientos, mejorar la comunicación no verbal con el paciente, irradiarles buen ánimo, respetando sus creencias religiosas. Todo ello le ayudará al paciente más aún si su estado de consciencia le permite percibir y conectarse un poco más con el medio.

Además, ésta investigación busca que la enfermera intensivista no sea solo aquella persona hábil, experta en el manejo de aparatos tecnológicos, sino que también se caracterice por ser una enfermera humana, capaz de brindar un cuidado de calidad y humanizado a las personas en estado crítico conscientes e inconscientes; logrando que los cuidados intensivos reflejen en el conocimiento científico, experiencia, destreza, habilidad, inteligencia emocional, calidad humana y ética profesional de la enfermera para logran el bienestar de las personas.

Por otro lado, son pocas las investigaciones relacionadas con las personas en estado crítico en UCI, pues los antecedentes encontrados han sido a nivel mundial, más no a nivel local, por lo tanto, la investigación resultaría novedosa.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Referente a los antecedentes del problema se encontraron 4 a nivel internacional de los países de Chile y Colombia.

Leiva, Viviana en su investigación cualitativa con abordaje fenomenológico, titulada “Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos”, tuvo como resultados que los pacientes en UCI viven alteraciones emocionales como temor, tristeza, ira, estrés, dolor, desesperación por estar intubados. Hay limitaciones a nivel personal, familiar y laboral. Las percepciones y cercanía a la muerte los hace sentir vulnerables. (8)

Zambrano, Gloria; Ferreira Carolina; y colb., en su tesis llamada “Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos”, investigación cualitativa fenomenológica, tuvo como resultado que los pacientes desconocen el verdadero significado de la UCI haciendo que no afronten adecuadamente su hospitalización (13).

Otra investigación de tipo cualitativa con diseño fenomenológico, de Bohorquez, Alix; Ramírez Astrid, y colb., titulada “Suspiro de vida: Vivencias de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos sometidos a soporte ventilatorio” dio como resultado que los pacientes experimentaron situaciones difíciles estresantes que les generaba tristeza, depresión, angustia, dolor e incomodidad, los pacientes expresaban la resignación como una manera de aceptación y superación frente a su situación. También expresaron su dificultad de comunicarse con los demás y gracias al apoyo de su familia y fe en Dios pudieron superar la situación. (9)

Asimismo, Beltrán, Oscar en su tesis llamada “Estar críticamente enfermo significa no ser capaz y no poder decidir” investigación de tipo cualitativa con abordaje fenomenológico, tuvo los siguientes resultados: Para la persona críticamente enferma que depende de otras personas para actuar y decidir, el sufrimiento y el dolor influye en la dureza de la experiencia de padecer una enfermedad grave. No ser capaz de autosatisfacer las necesidades propias contribuye para que la experiencia de padecer una enfermedad grave sea dura y difícil. (14)

1.2. BASE TEÓRICO – CONCEPTUAL

La persona que padece una enfermedad crítica, en el ámbito laboral es llamado paciente en estado crítico. Las personas que necesitan asistencia en terapias específicas como ventilación mecánica, asistencia hemodinámica, cardiovascular, renal, entre otras son denominados pacientes en estado crítico que requieren para su cuidado especificidad tecnológica y de recursos, tanto materiales como de personal. (15)

Para la “American Association of Critical Care Nurses” (AACCN) (16), especifica que los pacientes en estado crítico son quienes están en alto riesgo de sufrir problemas de salud que amenazan de forma potencial o real su vida y la persona con un estado de salud crítico es un paciente muy vulnerable, inestable y con un estado funcional muy complejo, requiriendo no solo terapia médica sino unos cuidados de enfermería intensiva.

Igualmente, la última Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios aprobada por el MINSA – Perú, 2005, define lo siguiente: El Estado Crítico, es la situación en la cual la persona está en riesgo momentáneo o continuo de perder la vida o deterioro importante de la calidad de vida por una condición específica, configurando un estado de gravedad persistente que requiere monitorización y tratamiento continuado. (17)

Y según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el estado crítico es aquel cuya supervivencia está en peligro o puede llegar a estarlo, debido a cualquier proceso patológico que haya incidido sobre su nivel o estado de salud y para cuyo tratamiento se precisa un nivel de asistencia que no puede conseguirse en una unidad convencional de hospitalización. (17)

Asimismo, la Norma Técnica de los Cuidados Intensivos de los Hospitales del Sector Salud, aprobada por el MINSA – Perú, 2004, clasifica a los pacientes según su complejidad:

Grado 0: Pacientes que por su condición son factibles el manejo en una sala general.

Grado 1: Pacientes que por su condición ameritan manejo en una sala general con apoyo de especialistas en Medicina Intensiva.

Grado 2: Pacientes que presentan disfunción aguda de una órgano y/o requieren apoyo tecnológico de gran medio, tales como ventilación mecánica prolongada o por corto tiempo en fase crónica de recuperación de la disfunción multiorgánica.

Grado 3: Pacientes que presentan disfunción de más de un órgano y/o requieren ventilación mecánica y monitoreo complejo. (18)

De esta manera, los pacientes categorizados con grado 2 son tributarios de cuidados intensivos en los ambientes de la Unidad de Cuidados Intermedios.

Y, los pacientes categorizados con grado 3 son tributarios de cuidados intensivos en los ambientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (18).

Con lo cual se abstrae que la persona en estado crítico, es el paciente gravemente enfermo que sufre la falla de la función de uno o más órganos vitales que pone en peligro su vida, pero que, con una atención altamente especializada, vigilancia continua, apoyado por equipos de monitoreo y soporte constante por el tiempo que sea necesario, es capaz de recuperar sus funciones vitales y la homeostasia orgánica. Y aún en estado crítico es un ser unitotal con

una corporalidad frágil que posee un alma con sus potencias de entendimiento, voluntad y libertad (19) (20)

El cuidado de un paciente crítico, requiere de Cuidados Intensivos, la cual es una unidad orgánica (Servicio o Unidad – UCI-) que brinda atención de salud especializada en Medicina Intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de inestabilidad y gravedad persistente (17).

Al respecto, el servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes es una unidad de tipo polivalente, donde se brinda atención a pacientes de diversas especialidades y en estado crítico.

También se destaca que la labor realizada por la enfermera intensivista en la UCI es brindar cuidados intensivos basados en el monitoreo hemodinámico, la observación continua y el tratamiento especializado, aplicados en forma simultánea por personal especializado (19)

La hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos trae al paciente cambios a nivel físico, ya que produce abandono de su rol habitual y se es dependiente de toda actividad cotidiana, se define a la vez como una experiencia incómoda por tener todo su cuerpo invadido (8), todo ello provoca malestar, dolor y sufrimiento en aquellas personas.

El dolor y el sufrimiento tienen diferente conceptualización y significado.

La confluencia entre las funciones vitales y la fuerza de la materia corporal y de la fuerza de la vida exterior a nosotros puede ser armónica donde se origina el placer o disarmonía que causa el dolor (21).

El dolor hace referencia al orden somático, de lo fisiológico: se define como la sensación desagradable producida por la acción de estímulos de carácter perjudicial; esos estímulos pueden proceder del exterior u originarse en el propio organismo. El dolor también tiene una función terapéutica, pues por un lado facilita la reacción psíquica del hombre para atacar al mal que le aqueja, y por otro lado estimula la función curativa de la medicina (22).

Este dolor, sobre todo del enfermo moribundo, o en este caso las personas con enfermedad crítica, es con frecuencia un dolor total, es decir, va más allá de la dimensión física, y por eso es importante saber manejarlo a nivel pandimensional (emocional, social y espiritual), pues el dolor puede afectar las funciones físicas, al humor y la interacción social (23)

La enfermedad representa una situación en la que la persona puede experimentar el dolor en las dimensiones esenciales del sufrimiento, pues dolor físico puede ser causado por una enfermedad. Y cuando esto ocurre hay pérdida de la independencia y libre movilidad, la persona necesita de los servicios de otras personas (24). En caso de los pacientes críticos, las enfermeras cuidan y satisfacen sus necesidades básicas de hidratación, alimentación, higiene, soporte ventilatorio y hemodinámico para tratar de compensar el organismo.

En fin, “el dolor viene a recordar al hombre lo limitado de su ser, proyectándole hacia sí mismo, mientras se hincan la atención en la carne dolorida” (25). Es decir, el hombre interioriza su dolor, afectando su dimensión emocional y espiritual.

Antes de tratar el tema del sufrimiento, es necesario conocer el significado de la dimensión espiritual porque es allí donde se origina el sufrimiento.

La dimensión espiritual es propia y exclusiva del ser humano, lo que lo constituye específicamente como ser humano. La palabra “espiritual” se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales.

El ámbito espiritual consiste y se expresa en las dos cualidades y capacidades trascendentes: la búsqueda de su realización y el sentido de su propia vida (26). Es decir, la persona se plantea preguntas existenciales sobre el sentido de su vida, haciendo referencia a sus valores, creencias y actitudes frente a la vida.

Según el modelo desarrollado por Farran, explica que, en base a su enfoque unificado, la dimensión espiritual representa al hombre en su totalidad, uniendo aspectos variados del individuo (dimensión biológica, emocional, social y espiritual), y de acuerdo al enfoque integrado, todas estas dimensiones se relacionan juntas entre sí (27). Por lo tanto, la dimensión espiritual agrupa las ideas filosóficas acerca de la vida, es considerada como un potencial propio, pues tiene el poder de dar forma y significado al ser, saber y hacer de la persona, de manera que busca lo más valioso del ser humano.

Asimismo, la espiritualidad no siempre es inherente a la creencia religiosa, pues está presente en toda persona indistintamente de sus creencias o religión (28). Por ello, es importante cuidar la dimensión espiritual del paciente críticamente enfermo, pues su grave situación de salud, le hace estar vulnerable frente al pronóstico de la enfermedad.

Entonces, la persona al estar críticamente enferma, se ve afectada todas sus dimensiones: física, emocional, social y espiritual, en ésta última dimensión se origina el sufrimiento.

De acuerdo a la filosofía de San Juan Pablo II, el sufrimiento va más allá de la enfermedad, pues existe el sufrimiento físico y el espiritual (29). Asimismo, el Papa Juan Pablo II, en su carta “*Salvifici Doloris*” refiere que el sufrimiento espiritual es más amplio y complejo que la enfermedad, más complejo y a la vez más profundamente enraizado en la humanidad misma; difiere del sufrimiento físico porque éste se da cuando alguna parte del cuerpo duele causando malestar, en cambio, el sufrimiento espiritual es el dolor del alma, del espíritu, que sin embargo tiene un sentido extraordinario (30).

El Sufrimiento Espiritual es la alteración del principio vital y esencial del ser humano que engloba trascendentalmente su naturaleza y dimensiones biopsicosocial. Es conocido también como el dolor del alma, evidenciado por la preocupación del sentido de la vida, la muerte o de las creencias, la persona suele cuestionarse el significado del sufrimiento, experimenta conflictos

internos y busca el sentido de la propia existencia, éste causa un desequilibrio emocional y espiritual perdiendo así la armonía de todo el ser (31).

El sufrimiento del enfermo es definido como la carencia de bienestar, donde el dolor físico sobresale a la experiencia humana sino se le da un sentido.

El sufrimiento es una situación límite; hay situaciones que el hombre puede esforzarse en cambiar, pero en este caso, el sufrimiento es algo que no se puede superar ni transformar, lo único que cabe hacer es tomar conciencia de la misma, y dotarlo de sentido; más no ignorarlo, ni rechazarlo absolutamente; porque forma parte de la existencia; es un modo fundamental de la condición humana. Por eso, la persona es un ser doliente, y si nos hacemos conscientes de ello, dejaremos de sufrir, “pues el sufrimiento nos llama, desde el interior de nosotros mismos, a descubrir su sentido en la existencia humana” (32).

También, el Sufrimiento Espiritual se define como una reacción psicológica producida por un hecho doloroso (físico o no), cuya duración varía dependiendo del significado o sentido que el sujeto tiene sobre el dolor y su origen. Se hace referencia que el dolor es de causa física, mientras que el sufrimiento es de causa psicológica. (33)

La división del dolor es evidente y universalmente conocida, siendo necesario hacer la distinción del tipo de dolor, pues según la causa de su padecimiento puede ser de orden físico o de orden moral. El dolor físico, se refiere al cuerpo, por ende pertenece a plano de las sensaciones; su origen es algo externo a la conciencia del yo, y cuando ésta lo acusa, lo hace confiriéndole una localización determinada, en el área somática. El dolor espiritual, se engendra en la conciencia del yo, a la que llena totalmente; pues afecta al ser humano de modo global y penetra en la intimidad de la persona. Es llamado también dolor anímico o pena porque arraiga en la interioridad del ser (32).

El dolor ya sea físico o espiritual tiene una razón de ser, y es un signo de algo que no está bien, muchas veces se asocia a alteraciones físicas o psicológicas,

pues en caso de enfermedad, el espíritu actúa como mediador en la persona, para ganar fortaleza y superar la desdicha o desarmonía, luego éste ayuda a la resolución del sufrimiento, transmitiéndole bienestar, unificándolo con sus demás semejantes. Pero, cuando el espíritu del hombre no está bien, comienzan las necesidades espirituales, manifestadas en la desorganización, tristeza, ira, culpa, ansiedad, desesperación o desesperanza (34).

Pero sin embargo, la respuesta correcta al sufrimiento es la aceptación de éste y la presentan los individuos que entienden o ven al dolor interior, como un cambio radical o una experiencia de la cual pueden obtener aprendizajes significativos, dándole un sentido al sufrimiento humano; para ello existen factores contribuyentes a la aceptación, tales como las creencias religiosas, el apoyo familiar y de demás seres queridos, amistades, el cuidado de las enfermeras y una filosofía de vida del ser humano (35).

Además, para la persona es muy necesaria la etapa del sufrimiento, pues cuando se afronta se llega alcanzar la madurez plena.

Es cierto que toda persona busca su realización personal, pero el sufrimiento pleno de la enfermedad se lo niega, produciendo la ruptura interior.

No obstante, a ello V. Frankl, psiquiatra humanista menciona lo siguiente: “En realidad ni el sufrimiento, ni la culpa, ni la muerte, pueden privar a la vida su verdadero sentido” (36).

Esto significa que el sufrimiento físico y espiritual puede dejar de existir si afronta, con alegría, para lo cual es esencial encontrarle un sentido pleno a la vida, siendo necesario comprender que el aceptar de forma libre el sufrimiento, no significa literalmente el asumirlo con voluntad, jamás debe interpretarse así, pues al sufrimiento se le puede dotar de sentido.

Lo que se debe hacer es afrontar eficazmente el dolor interior, sobrellevándolo de forma natural, para luego asumirlo y nunca verlo como un acontecimiento destructivo, desesperanzador y de tristeza; por el contrario, deberá ser una vía de purificación para el alma (37).

Por otro lado, es importante saber que en un individuo sano, el cuerpo y el yo son uno solo, pero para una persona enferma el cuerpo se distancia de ese yo, convirtiéndose en algo extraño y de control limitado. Esto causa un sufrimiento espiritual, que es provocado por la enfermedad, haciendo que las personas se pregunten sobre la existencialidad, el aspecto religioso o por las relaciones humanas no resueltas (38).

El dolor físico y espiritual unifica al hombre, por medio de un dinamismo llamado movimiento antropológico, situándose en la dimensión espiritual. “Por tanto, el movimiento extensivo del dolor se caracteriza por un movimiento intensivo que trasciende del ámbito “exterior” de lo físico, al ámbito “interior” de lo espiritual” (35). Por eso, el sufrimiento es la vivencia del dolor, pues verdaderamente implica la dimensión subjetiva que lo constituye como experiencia, conciencia y vivencia. Por lo tanto, el sufrimiento son experiencias únicas e irrepetibles aunque para los demás pueden ser muy conocidas.

Por ello es conveniente mencionar que, desde el punto de vista de Husserl, las vivencias son inherentes a toda experiencia vivida; también pueden dirigirse de forma directa al ser consciente a través de una interrogante, y al obtener una respuesta se vivencia en forma de reflexión y están constituidas por las experiencias, emociones y sentimientos de la persona (39).

En el caso de los adultos hospitalizados en UCI, o que padecen alguna enfermedad crítica, pueden tener sentimientos de tristeza, temor, desesperanza, soledad, etc.; lo cual significa una vivencia para ellos.

Es importante recalcar que en el sufrimiento interviene la memoria, la imaginación y la inteligencia, incluye el pasado y el futuro. Existen muchas especies de sufrimiento, como la tristeza, congoja, ansiedad, angustia, temor, desesperación, etc. Las más comunes son la tristeza y el miedo o temor. La tristeza es producida por un mal presente, la carencia de lo que se ama, o la pérdida de un ser o algún bien que amamos. En cambio, el temor hace referencia a un mal futuro, el miedo es un sentimiento de impotencia, de verse

amenazado por un mal aparentemente más fuerte que nosotros (21), como es la enfermedad o una situación crítica de salud que atraviesan las personas hospitalizadas en UCI.

Por otro lado, se debe recordar siempre la diferencia de la dimensión espiritual o el dolor moral del aspecto religioso, pues están relacionadas entre sí, más no son coincidentes; la dimensión religiosa comprende las vivencias de fe de la persona con Dios, como creyente en cambio la dimensión espiritual es más amplia, abarca los valores y su práctica, la pregunta por sentido último de las cosas, de las experiencias, de lo resuelto o no en el corazón de cada persona (38).

Para poder estudiar, tratar y comprender a fondo la vida espiritual del enfermo, es necesario conocer y basarse en cinco principios (40):

El primero, llamado “Totalidad de la Persona del Enfermo”, significa que éste un ser pandimensional, conformado por cuerpo- psiquis-espíritu. No se es solo espíritu sino un compuesto corpóreo – espiritual, tomado como un todo y no se puede olvidar ninguna de sus dimensiones existenciales, porque tienen influencia en el hombre.

El segundo principio se llama: “La gracia se adapta a la condición del enfermo”; esto refiere a la personalidad que verdaderamente ha alcanzado su madurez, ha superado la referencia preponderante a sí misma, llegando a la humildad, comprendiendo a los demás, participando activamente en su vida, con una relación armónica y afectiva de intimidad y respeto. (40)

El tercer principio; “Cada enfermo se comporta según su ser”; significa que la manera de comportarse, es de acuerdo a la naturaleza de la persona, ambas se relacionan y están interconectadas entre sí. El hombre actuará según los niveles de su ser: humano- cristiano- religioso- sacerdotal; desarrollará talentos propios de acuerdo a su edad, temperamento, carácter, ambiente y educación. (40)

El cuarto, “La gracia no destruye sino perfecciona al enfermo”; refiere que el hombre está llamado a desarrollar la vocación divina, sobre todo cuando se trata de afrontar la enfermedad. La gracia derramada por Dios a las personas, permite la purificación del alma, la perfección, engrandeciéndola, y produciendo un nuevo modo de ser. Así mismo, el hombre está llamado a realizarse en Dios, a encontrarse en Él, también en el tiempo de enfermedad. Por ello es importante que el enfermo busque consuelo y apoyo en su fe a Cristo, optando por un camino de espiritualidad viva, dirigiéndose hacia la santidad, dedicándose a amar a Dios y al prójimo como a sí mismo (40).

Y el último principio “Necesidad de una antropología cristiana”; hace referencia que el hombre jamás puede realizarse solo, sin la ayuda de nadie. El hombre crece y se posee así mismo cuando se da a los demás, por tanto es parte de la esencia espiritual estar con los demás, comunicarse interrelacionarse. Para la realización de la existencia propia es necesario salirse de sí mismo e ir hacia los demás. (40)

Finalmente, se concluye señalando que la vida, es vida hasta el último momento, esté o no consciente la persona de su estado crítico de salud, pues el enfermo sigue siendo el mismo ser humano que era antes, y por tal razón se merece respeto, consideración y los mejores cuidados que están al alcance del personal de salud.

Así mismo, a la persona se le debe ver como un ser indivisible de todas sus dimensiones; porque la enfermedad se puede dar biológicamente, sin embargo ésta también afecta a todo el ser humano, incluyendo su nivel emocional, social, y espiritual, más aún en la Unidad de Cuidados Intensivos, pues las personas hospitalizadas allí necesitan de un cuidado caritativo, humano y de calidad, donde esté presente siempre el conocimiento científico, la experiencia y destreza, la madurez emocional y la ética profesional. (15)

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó en base al enfoque cualitativo, tratando de estudiar la complejidad humana, explorándola más directa y profundamente; haciendo énfasis en la comprensión de las experiencias vividas de los adultos que fueron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, a través de las entrevistas y su cuidadoso análisis exhaustivo.

También se estudió de manera profunda y holística los fenómenos, que son aspectos dinámicos, individuales y subjetivos de la experiencia y vivencia humana, que intentará captarlos totalmente en el contexto de la persona. Dichas experiencias pueden ser el sentir del dolor y el sufrimiento, como en este caso. Además, el estudio cualitativo brinda mucha información, la cual es analizada profundamente, aclarando múltiples dimensiones de un fenómeno; aquí hay una participación activa del sujeto (41).

Así mismo, da respuesta a cuestionamientos de casos muy particulares, estudiando un nivel de realidad incuantificable; pues se trabaja con significados, creencias, sentimientos, valores y actitudes, correspondientes a un espacio abstracto y profundo de relaciones que no pueden analizarse mediante la operacionalización de variables (42).

Por tanto, no existe una realidad única, ésta se basa en percepciones diferentes para cada persona, lo que se conoce tiene significado en una situación dada. (43)

2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO

Esta investigación se realizó bajo el abordaje fenomenológico, arraigada en la tradición de Husserl, a quien se le tomará como base, su paradigma filosófico para la metodología del presente estudio.

La fenomenología tiene sus raíces en la filosofía como en la psicología, y sirve para pensar en cómo son las experiencias y vivencias de cada persona. El investigador se pregunta: ¿Cuál es la esencia del fenómeno según lo experimentan las personas?, esta esencia, afirma que puede ser comprendida(41).

Según Husserl, el fenomenologista investiga los fenómenos subjetivos, creyendo que son verdades esenciales de la realidad arraigadas en las vivencias de las personas. El centro de interés de la fenomenología es el estudio de las experiencias personales acerca de un fenómeno; las cuales otorgan significado a la forma en como cada individuo percibe un fenómeno específico (41) (44). Para ellos, cada experiencia tiene cuatro aspectos a interés: espacio vivido o espacialidad, cuerpo vivido o corporalidad, tiempo vivido o temporalidad y relación humana vivida (41).

Esta investigación se realizó con el enfoque fenomenológico, porque el dolor y el sufrimiento es una vivencia propia y única de todo ser humano, evidenciándose de muchas maneras, las cuales depende de la subjetividad de cada persona, y para poder develar aquel sufrimiento, es necesario abordarlo más profundamente, permitiendo entender y comprender cada significado del fenómeno, percibido por la persona. El objetivo de la investigación fenomenológica fue develar plenamente la experiencia vivida, en este caso el dolor y sufrimiento de los adultos que han sido hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos.

La trayectoria metodológica de la fenomenología se realizó en 3 fases o etapas siguientes:

1) Descripción Fenomenológica:

Es el primer momento de la trayectoria fenomenológica, la cual constituirá el resultado de una relación dialógica que se da entre un sujeto y otro mediante el discurso de los participantes que representaran las percepciones de la persona que definen la vivencia del fenómeno. (45)

Las percepciones de los sujetos están contenidas en los discursos y constituyen los elementos estructurales del fenómeno a develar (46). Luego los discursos fueron transcritos tal y como los adultos lo narrarán de manera espontánea, con los cuales se realizarán la selección de expresiones o frases referentes al fenómeno constituyendo luego los elementos estructurales del mismo esperando que revelen la inteligibilidad sobre dicho fenómeno (47).

2) Reducción Fenomenológica:

Es el segundo momento de la trayectoria fenomenológica, cuyo objetivo o propósito de esta etapa es aislar el objeto de la conciencia, las cosas o personas, las emociones u otros aspectos que constituyen la experiencia que tenemos (47).

En otras palabras, la reducción permite determinar y seleccionar las partes de la descripción que son consideradas esenciales de las que no lo son. Por lo tanto, la reducción fenomenológica no consiste en suprimir las percepciones presentes de los discursos, sino rescatar la esencia de las afirmaciones espontáneas sin cambiar el sentido de lo expresado referente al fenómeno interrogado para lograr comprenderlo (45).

3) Interpretación y Comprensión Fenomenológica:

Es el tercer momento de la trayectoria fenomenológica, la comprensión surge siempre en conjunto con la interpretación. Última etapa donde se

piensa y analiza de manera profunda los significados, dando una explicación sobre lo que se comprenderá en los discursos, está ligado a la descripción y reducción fenomenológica (47).

Cuando las descripciones convergen o hay repeticiones en los discursos al interrogar, se puede decir que el fenómeno se muestra y se procede a interpretar la esencia de los significados, logrando que el discurso sea esclarecedor (46).

Esta fase de la trayectoria fenomenológica, se consiguió mediante el análisis de los datos de acuerdo a dos siguientes criterios:

a) Análisis Ideográfico:

Es un análisis psicológico individual donde la investigadora representó las ideas mediante símbolos (46); para ello se empleó los ideogramas que tornan visible la ideología que permanecía en las descripciones ingenuas de los sujetos de estudio.

Es un análisis de ideología que permite rescatar las unidades de significado y las descripciones ingenuas del sujeto estudiado.

Las descripciones individuales ingenuas poseen sus límites, no siempre expresan en forma clara el fenómeno que está siendo interrogado. La finalidad de esta fase es producir la inteligibilidad que envuelve a la articulación y la expresión de las unidades estructurales de cada caso y las interrelaciones de los significados del sujeto en sí (46).

b) Análisis Nomotético:

Consiste en la búsqueda de la estructura de la esencia final del fenómeno, y en esta investigación se obtuvo como resultado la comprensión, traducción de los símbolos en convergencias, divergencias e idiosincrasias de todos los discursos.

En el análisis Nomotético se dan cuatro momentos: Sentido del todo, Discriminación de las unidades de significados, Transformación de expresiones del sujeto a su lengua psicológica y Síntesis de unidades de significados transformados en proposiciones (46).

En el primer momento, llamado: Sentido del todo; se refiere a la capacidad de entender el lenguaje del sujeto.

En el segundo momento, titulado: Discriminando las unidades de significado; los discursos se dividieron en unidades de significados.

El tercer momento, es llamado: Transformaciones de las expresiones cotidianas del sujeto en un lenguaje psicológico; cuando se determine las unidades de significado, se procedió a la transformación de las mismas, a través de un procedimiento deductivo, transfiriendo las expresiones del lenguaje *emic* (interno), al lenguaje *etic* (externo), sin modificar la esencia del fenómeno a estudiar. Esto permitirá un análisis exhaustivo y profundo de dicho fenómeno.

Y, por último, en el cuarto momento titulado: Síntesis de las unidades de significados transformadas en proposiciones; se integran las unidades de significado, que permitió construir la estructura del fenómeno a investigar: el dolor y sufrimiento de las personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos. (46)

2.3. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Para la realización de la presente investigación cualitativa - fenomenológica, se trabajó con los adultos que estuvieron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Hospital Regional Docente Las Mercedes.

Los criterios de inclusión fueron: Adultos jóvenes, maduros y mayores que padecieron una enfermedad crítica, y estuvieron internados en la Unidad de

Cuidados Intensivos. Asimismo, son personas que durante su estancia hospitalaria en UCI, presentaron un mejor estado de conciencia y por tanto percibieron sensorialmente los procedimientos de enfermería. Además, fueron pacientes que tuvieron probabilidades de salir del estado crítico.

Como criterio de exclusión, estuvieron los niños y adolescentes, así como también las personas con secuelas neurológicas, y los pacientes críticos con evolución desfavorable.

En la investigación, a los participantes se les denominó por un seudónimo que ellos escogieron.

2.4. ESCENARIO

El lugar donde se captó a los pacientes fue en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo. Posteriormente, cuando ellos fueron dados de alta de UCI y llevados a otros servicios tales como Medicina, Cirugía y Unidad de Quemados, se les hizo un seguimiento sobre su estado de salud y luego, se programó una visita en su domicilio respectivo para ser entrevistados siempre y cuando estén de acuerdo, respetando siempre su privacidad, firmando a su vez el consentimiento informado previo a la entrevista.

2.5. INSTRUMENTO O TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento o técnica de recolección de datos que se utilizó en la presente investigación fue la *entrevista abierta a profundidad*, la cual se fundamenta en una guía general de contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla pues es quien maneja el ritmo, la estructura y el contenido de las preguntas ⁴¹. Además, es importante que los entrevistados estén motivados para expresar espontáneamente sus impresiones, emociones y sentimientos importantes, sin ser dirigidos por el entrevistador (43).

Para la validación de la entrevista se realizó un estudio piloto a una persona lo que contribuirá a mejorar las preguntas norteadoras para develar más profundamente el objeto de estudio.

2.6. PROCEDIMIENTO

En primer lugar se inscribió el proyecto de investigación en el catálogo de tesis de la escuela de enfermería y con el visto de la docente de la asignatura de tesis I, se presentó al comité metodológico de dicha escuela para las sugerencias del caso; luego se presentó un ejemplar al comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina para su aprobación.

Una vez aprobado el proyecto se procedió a solicitar el permiso respectivo a la Dirección del Hospital Las Mercedes – Chiclayo, para ello se cumplió con todos los requisitos que solicitaron a fin de garantizar el normal desarrollo de la investigación.

Luego se procedió a contactarse con la enfermera jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos para informarle acerca de la investigación y luego proceder a la selección de los pacientes que fueron dados de alta y cumplan con los criterios de inclusión, estableciendo con ellos la fecha y hora para la entrevista en su domicilio; previamente se les presentó una hoja informativa, luego se hizo firmar el consentimiento informado (anexo N°01). Se regresó al escenario cuantas veces sea necesario hasta completar la muestra, las misma que se estableció teniendo en cuenta los criterios de saturación y redundancia. La transcripción de las entrevistas se hizo después de realizada cada una de ellas, a fin de mejorar el proceso de recolección de datos de manera inmediata.

Finalmente se procedió analizar los discursos a la luz del marco teórico para concluir con la formulación de nuevos conocimientos.

2.7. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se tendrá en cuenta dos fases:

Análisis Ideográfico: Es un análisis psicológico individual donde la investigadora representó las ideas mediante símbolos; para ello se empleó los ideogramas que tornan visible la ideología que permanecía en las descripciones ingenuas de los sujetos de estudio. Es un análisis de ideología que permitió rescatar las unidades de significado y las descripciones ingenuas del sujeto estudiado. (46)

Las descripciones individuales ingenuas poseen sus límites, no siempre expresan en forma clara el fenómeno que está siendo interrogado. La finalidad de esta fase es producir la inteligibilidad que envuelve a la articulación y la expresión de las unidades estructurales de cada caso y las interrelaciones de los significados del sujeto en sí (47).

Análisis Nomotético: Consiste en la búsqueda de la estructura de la esencia final del fenómeno, y en esta investigación se obtuvo como resultado la comprensión, traducción de los símbolos en convergencias, divergencias e idiosincrasias de todos los discursos.

En el análisis Nomotético se dan cuatro momentos: Sentido del todo, Discriminación de las unidades de significados, Transformación de expresiones del sujeto a su lengua psicológica y Síntesis de unidades de significados transformados en proposiciones (47) (48).

En el primer momento: Sentido del todo; se refiere a la capacidad de entender el lenguaje del sujeto.

En el segundo momento: Discriminando las unidades de significado.

El tercer momento: Transformaciones de las expresiones cotidianas del sujeto en un lenguaje psicológico; cuando se determine las unidades de significado, se procederá a la transformación de las mismas, a través de un procedimiento

deductivo, transfiriendo las expresiones del lenguaje *emic* (interno), al lenguaje *etic* (externo), sin modificar la esencia del fenómeno a estudiar.

Y el cuarto momento: Síntesis de las unidades de significados transformadas en proposiciones; se integrarán las unidades de significado, que permitirá construir la estructura del fenómeno a investigar: el dolor y sufrimiento los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. (47) (48)

2.8. CRITERIOS ÉTICOS

Los principios éticos de la investigación se basaron en una ontología personalista, basada en los aportes de Elio Sgreccia. Para la cual se tomaron en cuenta cuatro principios fundamentales: El Valor Fundamental de la Vida y Respeto a su Dignidad, El Principio de Libertad y Responsabilidad, El Principio Totalidad o Terapéutico, Principio de Sociabilización y Subsidiaridad (49) (50).

- ✓ ***El Valor Fundamental de la Vida Humana y el Respeto a su Dignidad:***
Según Sgreccia, la vida corpórea y física del hombre es lo más intrínseco a la persona, representa el valor fundamental de la persona porque, aunque la persona no se agota en su cuerpo, éste es esencial a la misma en cuanto se constituye en el fundamento único por el cual persona se realiza y entra en el tiempo y el espacio (50).

En todo momento se respetó el valor esencial de la persona. Partiendo de este principio se aseguró que los sujetos participantes de esta investigación no sean utilizados como un medio para lograr los objetivos, sino que son considerados como persona en su totalidad de valor, cuidando que no sean dañados en ninguna dimensión (físico, psicológico, espiritual), tampoco se les expuso a situaciones que no hayan sido informados previamente; y como muestra de respeto a su persona y su condición, la investigadora respetó si algún participante una vez aceptada su participación en el estudio, decida retirarse.

- ✓ ***Principio de Libertad y Responsabilidad:*** El derecho a la vida es anterior al derecho a la libertad, porque para ser libre se requiere estar vivo, pues la vida es condición indispensable del ejercicio de la libertad. Ésta no coincide con la autonomía y la autodeterminación; pues ser libre no significa ejercitar de modo absoluto el libre albedrío. Todo acto de libertad es realizable correctamente sólo en el horizonte de la responsabilidad, entendida como el responder del propio obrar ante sí y ante los demás (50).

Todo acto de libertad, permite adquirir información sin coaccionar para obtener. Incluso prevenir cualquier tipo de daño. Este principio menciona como deber moral salvaguardar la propia vida y la de los demás, por tanto; el uso de la libertad implica que, la investigadora utilizó su yo libre de manera responsable, no viendo a los pacientes como simples muestras de estudio (50). Por lo tanto se fomentó la participación voluntaria de expresarse con libertad, respetando sus opiniones, informándoles sobre el objetivo de la investigación y los que accedieron a participar firmaron el consentimiento informado, teniendo plena libertad para abandonarla cuando así lo creyeran conveniente.

- ✓ ***Principio de Totalidad o Terapéutico:*** Se fundamenta en el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de la conjunción de partes distintas que están unificadas orgánica y jerárquicamente en la existencia única y personal. De esta forma, al aplicar el principio terapéutico no se contradice, sino que se refuerza el principio de salvaguarda de la vida humana (50).

En la presente investigación, el principio de totalidad se respetó al ver y tratar a los pacientes como personas o seres humanos únicos, indivisibles de cada una de sus dimensiones: físico, emocional, social y espiritual; y sobre todo se tuvo en cuenta la repercusión somática al momento de la entrevista, teniendo que suspender la entrevista para no causar ningún tipo de daño, o darle la oportunidad de sobreponerse a ese momento difícil.

✓ ***Principio de Sociabilidad, Socialización y Subsidiariedad:***

Significa que la propia vida y la de los demás es como un bien, no solo personal, sino también social y exige a la comunidad promover el bien común de los demás. El principio de sociabilidad está integrado en el de subsidiariedad que prescribe la obligación del cuidado a los más necesitados. Sociabilidad y subsidiariedad derivan del deber de respeto recíproco interpersonal fundado en el reconocimiento de la dignidad de los demás. La persona es la fuente y el fin de la sociedad, y se realiza participando en el bien de los semejantes (49).

A través de este principio se mueve a todas las personas a realizarse a sí misma en la participación de la realización de sus semejantes. En el caso de la salud se considera la propia vida y la de los demás como un bien que no es solo personal sino también social. A través de este principio la investigadora se vio comprometida a definir y explicar los resultados y beneficios de dicha investigación a la institución con similitud de contexto para que reflexionen sobre el tema investigado.

2.9. CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Cuando hablamos de calidad de investigación aludimos al rigor metodológico como se diseñará y desarrollará la investigación, y a la confianza que, en consecuencia de ello, podemos tener en la veracidad de los resultados conseguidos. Esta investigación estuvo regida por los siguientes criterios éticos basados en Lincoln y Guba (51) (52) (53):

- ***La Credibilidad o Validez:*** Se refiere cuando el investigador ha captado el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes, particularmente de aquellas vinculadas con el planteamiento del problema. Responde a la pregunta: ¿se ha recogido, comprendido y transmitido en profundidad y amplitud los significados, vivencias y conceptos de los participantes? (51)

La credibilidad se logró mediante los hallazgos, como hechos reales sobre el dolor y sufrimientos de los pacientes ingresados en UCI. Para ello, la investigadora buscó describir, analizar y comprender todas las vivencias sobre esta temática a profundidad para luego de realizar el estudio y por medio de la verificación de los resultados obtenidos, se presentó a los participantes los resultados encontrados, se verificarán y darán conformidad a las mismas.

- ***Fiabilidad, Auditabilidad o Confirmabilidad:*** Es el grado en que las respuestas son independientes de las circunstancias accidentales de la investigación y la validez, en la medida en que se interpreta de forma correcta. La fiabilidad hace referencia a la posibilidad de replicar los estudios, es decir que otro investigador que utilice el mismo abordaje puede llegar a los mismos resultados. (53)

Para la auditabilidad o confirmabilidad de la investigación se estableció estándares, encontrando resultados confiables y creíbles, para lo cual al emplear la metodología de fenomenología, se aplicó a los sujetos de estudio una entrevista abierta a profundidad, con lo que se pudo contrastar la información mediante el procedimiento de los datos, dando validez y credibilidad a la investigación planteada.

- ***Transferibilidad o Aplicabilidad:*** Hace referencia a la posibilidad de generalizar los datos o el grado en que los resultados pueden transferirse a otros ámbitos, poblaciones o grupos (52). Los datos o resultados pueden relacionarse con otras situaciones similares al problema formulado de la investigación. La transferibilidad trata de examinar que tanto se ajustan los resultados con otros contextos o grupos. El grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos (52) (53). Debido a lo mencionado, al finalizar el estudio, la investigadora, continuó profundizando en el tema y con otras metodologías o determinando alguna línea de investigación sobre la temática estudiada.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La presente investigación develó el dolor y sufrimiento de las personas que sobrellevaron una enfermedad crítica estando hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, a raíz de ello, surgen las siguientes proposiciones:

- I)** La enfermedad acompañada de soledad, tristeza, incertidumbre y ausencia de libertad.
- II)** La corporalidad sufriente, invadida y expuesta ante la criticidad de la enfermedad.
- III)** Frente al debate de la vida y la muerte emerge el temor, la resignación y esperanza.
- IV)** La religiosidad en busca del Absoluto y el sentido de la vida ante el dolor y el sufrimiento.
- V)** El amor familiar para el logro del bienestar físico, emocional y espiritual del enfermo.
- VI)** La comprensión y comunicación en el cuidado humano del paciente de UCI y la familia.

En la vida muchas veces estamos frente a diversas situaciones, algunas inesperadas como la enfermedad, donde el ser humano siendo tan complejo se ve afectado no solo física, sino emocional y espiritualmente, más aún cuando se trata de sobrellevar una enfermedad que pone en peligro su vida. (22)

Viéndose gravemente afectado el cuerpo de la persona, surge una ruptura en la armonía de sus dimensiones física, social, emocional y espiritual, es allí donde emerge el sufrimiento. (22)

El sufrimiento es una realidad que acompaña a todo ser humano ¿Quién no sufre? Todos alguna vez hemos pasado por experiencias dolorosas, que nos ha servido para crecer emocional y espiritualmente; en efecto, con el tiempo nos damos cuenta que la felicidad está en las vicisitudes más sencillas de la vida, y debemos ser felices aún en nuestras dolencias y carencias, es por ello, que muchas situaciones entre ellas, la enfermedad confronta al ser humano y le hace saber de qué está hecho, que a veces es vulnerable, por eso el hombre siente, ríe, y también sufre.(23)

Y ante el padecimiento de una enfermedad que pone en peligro la vida ¿Cómo reacciona el hombre? ¿Qué piensa? ¿Qué siente? ¿Cómo se siente? Pues, es obvio que sufre. Y ¿Cómo vive aquel dolor? ¿Por qué sufre? ¿Qué sentido tiene el dolor y el sufrimiento para la persona en estado crítico?

Estos cuestionamientos existenciales sólo tienen respuesta cuando se trata de hacer tangible el sufrimiento humano, a fin de entender y comprender la complejidad del hombre doliente, para nuestro desarrollo personal - espiritual. (32).

Por ello, la investigadora formuló diversas preguntas a personas que vivenciaron la gravedad de la enfermedad estando hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos, lográndose develar su dolor y sufrimiento a través del surgimiento de las siguientes proposiciones.

**LA ENFERMEDAD ACOMPAÑADA DE SOLEDAD, TRISTEZA,
INCERTIDUMBRE Y AUSENCIA DE LIBERDAD**

La persona que padece una grave enfermedad, generalmente se encuentra hospitalizada en unidades críticas, una de ellas es la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el cual es un servicio donde se brinda una atención y cuidado especializado e integral, que incluye el soporte ventilatorio, hemodinámico, nutricional y demás cuidados respectivos al paciente crítico - denominándose así a la persona que es admitida en UCI - quien es aquel que se encuentra en estado crítico o de gravedad, sufriendo la disfunción de uno o más órganos vitales, alterando la homeostasia orgánica y poniendo en peligro su vida, pero con una atención estrictamente especializada es capaz de recuperar la función de sus órganos vitales. (19)

Ante esta realidad, el ser humano es afectado en todas sus dimensiones, pues no solo sufre el cuerpo, sino también el alma y el espíritu.

Según la Carta Apostólica Salvifici Doloris, el sufrimiento humano es variado y pluridimensional, pues el hombre sufre de modos diversos. El sufrimiento es más amplio que la enfermedad misma, más complejo y se encuentra muy profundamente enraizado en la humanidad. Se dice que “el hombre sufre a causa del mal, que es una cierta falta, limitación o distorsión del bien” (30); es decir el hombre sufre por un bien que no tiene, o del que no participa. En este caso, la persona sufre por no gozar de salud, o más aún, por encontrarse en un estado crítico que conlleva su vida al peligro de muerte, siendo la persona consciente de ello en determinadas situaciones. Lo cual se puede ver reflejado en los siguientes discursos:

“...Estar hospitalizada en Cuidados Intensivos significó los días más difíciles de mi vida, es una experiencia que jamás imaginé pasar, de mucho sufrimiento y desafío porque tenía incertidumbre, no sabía si iba a mejorar mi situación física de no poder respirar, ni hablar. No sabía lo que iba a pasar con mi vida, ese era mi sufrimiento. La enfermedad de Miastenia no duele, se tiene dificultad para respirar, no podía comunicarme, ni comer, no podía hacer tantas cosas, tenía debilidad en el cuerpo. Cuando ya tuve conciencia estando hospitalizada, no podía creer lo que me había pasado, quería salir corriendo, recuerdo mi desesperación por salir de allí...”
(LUNA)

“...Nunca pensé estar en UCI, fue algo feo, inesperado, sorprendente para mí, porque no pensé caer de improviso por una enfermedad, estar hospitalizada y llegar a ese extremo tan grave. Cuando desperté lloraba de impotencia, me sentía sola, triste, me afectó mucho, dejé mi trabajo, es frustrante, limitante. El transcurrir del tiempo era rutinario, amanecer y esperar que pasen los días, ver como evolucionaba, no sabía la hora, ni el día en que estaba, solo escuchaba los ruidos de las personas que trabajaban allí...” (SOL)

Como se puede apreciar en ambos discursos, a los pacientes en UCI, no solo les aqueja el dolor corporal producto de la enfermedad y el estado crítico que se encuentran, es también el sufrimiento que surge de vivir aquella situación, manifestándose en la tristeza, soledad, frustración, limitación, miedo e incertidumbre, entre otros sentimientos propios de un dolor que va más allá del cuerpo, pues se enraíza en el alma y el espíritu.

En el sufrimiento intervienen la memoria, la imaginación, y la inteligencia, por ello existen muchas especies de sufrimiento: tristeza, congoja, ansiedad, angustia, temor, desesperación, etc., ante esta realidad, lo más común en el hombre es “la reacción de huida”, querer “escapar” de aquel escenario que le provoca tanto dolor es su mayor deseo, por eso cae en la tristeza, desesperación, impotencia, miedo, entre otros. (21)

“La forma más común del sufrimiento es la tristeza, provocada por un mal presente” (21) y procede de “la carencia de lo que se ama, causada por la pérdida de algún bien amado por la presencia de algún mal contrario” (54), pues el daño de la tristeza es la carencia de lo que anhelamos, amamos o deseamos.

En este caso, ambos sujetos de estudio experimentan el fuerte deseo de “huir”- por decirlo así- de aquella realidad que les causa tanto dolor, y un medio de escapar es la desesperación y al no poder hacerlo, caen en la tristeza. El verse enfermos les genera sufrimiento, jamás pensaron ni imaginaron pasar por un estado crítico, es entonces la falta de salud, el mal que les origina tristeza, ante ello, surge el deseo de salir de ese estado, pero como no se puede, el hombre sufre. Asimismo, el llanto es necesario porque remedia o alivia la tristeza, por eso ambos pacientes expresan su dolor mediante lágrimas o el llanto (21).

Son varios los sentimientos del espíritu: el gozo, la tristeza, la misericordia, la alegría, la esperanza y la desesperación, el odio, el pavor, la angustia, la pereza, etc. Como se

aprecia, hay sentimientos positivos y negativos. Dentro de los positivos están el amor, la misericordia, la alegría, la esperanza, etc. Y los negativos son llamados también vicios espirituales como son: la tristeza, la desesperación, el odio, el aburrimiento, el pavor y la angustia; siendo la tristeza uno de los peores sentimientos espirituales pues es señal de aislamiento, seguido a ello puede desencadenarse la depresión. (55)

Como se puede observar, los sujetos de estudio al hallarse en estado crítico, su espíritu se ve afectado y mientras están conscientes vivencian muchos sentimientos negativos del propio espíritu. Por ejemplo, ambos entrevistados manifiestan su desesperanza, tristeza, impotencia, soledad, frustración, todo ello en conjunto se puede expresar como sufrimiento espiritual.

Dentro de los sentimientos negativos que adolece el paciente en UCI, la frustración surge a raíz de las limitaciones que ocasiona la enfermedad, lo cual también es parte del sufrimiento que ellos vivencian, tal como se ha evidenciado en los discursos anteriores y en el que a continuación se presenta:

“...Cuando entré a UCI, me sentía inhabilitado, encerrado, encarcelado, privado de mi libertad, no podía salir, no podía hacer nada, fue una limitación para realizar todos mis proyectos, es muy difícil, amargo, muy doloroso, no lo volvería a soportar. También, el dolor más grande era la angustia, la desesperación de no saber si mejoraría o no, a veces estaba consciente y otras veces no, tengo hijas que esperaban por mí, de mi ayuda; ya no sentía dolores físicos, me acostumbré al dolor de las agujas, inyecciones, las sondas, las fiebres altas; más era el dolor espiritual. Las personas fuera del hospital no saben cómo se siente uno adentro hospitalizado. Hasta ahora siento un poco de angustia cuando veo un hospital, no quiero volver, lo que he vivido no lo deseo a nadie, no tendría palabras para explicar el sufrimiento que he pasado. Le pido siempre a Dios que no vuelva a vivir esa experiencia...”
(FORTUNATO)

En cuanto a los sentimientos originados por la limitación física, V. Frankl, le llama frustración existencial, lo que significa un sentimiento de falta de sentido de la vida, de la existencia. Actualmente, el hombre sufre no bajo el sentimiento de que su vida tenga menos valor que otras personas, sino porque cree que su existencia no tiene sentido (56). Asimismo, V. Frankl, señala que aquellos que no trabajan o dejan de trabajar se dejan vencer por la apatía, el aburrimiento, la abulia; además, el estar sin ocupación, le da la sensación de inutilidad, terminando por creer que su vida no tiene sentido (57).

En el caso de los sujetos de estudio, el estado crítico no les permite continuar con su trabajo y sus ocupaciones cotidianas, el cambio brusco de salud a enfermedad (grave), le ocasiona sufrimiento, manifestándose en el fuerte sentimiento de frustración, tristeza, soledad y aburrimiento.

El aburrimiento, es un sentimiento seguido al mal uso de la inteligencia, la persona no razona según su fe al no darle sentido al sufrimiento (55), por eso, es que el paciente en UCI, postrado en cama se aburre y sufre.

Asimismo, la incertidumbre también es parte del sufrimiento que experimentan los pacientes hospitalizados en UCI, en el discurso anterior el entrevistado lo expresa como un dolor espiritual.

La incertidumbre es la incapacidad de determinar el significado de los hechos o acontecimientos referentes a la enfermedad o estado en que se encuentra la persona, y no puede predecir el futuro de su enfermedad o los resultados que se esperan posterior al tratamiento (58).

En el presente caso, el sujeto de estudio manifiesta la incertidumbre de no saber lo que va a pasar con su vida y eso le ocasionaba sufrimiento. Y es que ante un estado crítico, es posible que el paciente responda satisfactoriamente al tratamiento, así como existe la probabilidad que no. (11)

Por ejemplo, el siguiente entrevistado relata:

“...Estaba preocupada, ansiosa, a veces me dolía el pecho, pensaba que algo iba a pasarme, no sabía que iban realizarme un cateterismo, primera vez en mi vida que he pasado por esto...” (FLORCITA)

En este discurso, se esclarece el temor ante un futuro incierto, pues el entrevistado no sabía lo que iba a pasar con su vida, además expresa su desconocimiento de un posible procedimiento médico, y además refiere ser la primera vez que acontece dicha situación; por lo tanto, el contexto de su enfermedad le genera incertidumbre, manifestado por la preocupación, la ansiedad y podría sumarse el dolor de pecho – como el sujeto mismo refiere - pues no sabe con exactitud su causa, pudiendo ser de origen psicosomático en dicho momento.

Ahora, en base a los discursos anteriormente analizados, se afirma que el común denominador de todos los pacientes en UCI, es que el dolor y el sufrimiento se efectúan juntos; demostrándose en los siguientes discursos:

“...Estar hospitalizada en UCI es una experiencia desagradable, por los dolores y el sufrimiento que se vive allí. El sufrimiento no es lo mismo que el dolor, por ejemplo, cuando colocan una ampolla el dolor se va, pero el sufrimiento está constante, el sufrimiento que a veces no te puedan entender se lleva dentro. El dolor de ver a mi familia preocupados por mí, el dolor físico que tenía por todas las inyecciones, por las movilizaciones a la hora de bañarnos...” (MAR)

“...He vivido una experiencia que jamás olvidaré, he tenido tantos instrumentos en mi cuerpo, resistir tres sondas: una en la nariz, otra en la boca y aparte el tubo por donde respiraba, me sentía incómodo, acomplejado; vivir en cuatro paredes, era un malestar, sufría. Mi operación fue muy complicada, mi situación era grave. Después, cuando estaba con la mascarilla de oxígeno, no me acostumbraba, a veces la quitaba. También me ardía esos “agujeros” (drenajes, colostomía), la bolsita de los drenes se llenaba y me preguntaba ¿por qué me habrán dejado eso? ...” (ARIES)

El alma es intrínseca al ser vivo, como lo es el cuerpo, pues el alma y el cuerpo se relacionan entre sí. El alma es la forma, la esencia del cuerpo, el cual le otorga la característica de ser vivo y es de carácter inmaterial, pero no es lo mismo que espíritu. El espíritu, le proporciona el grado intelectual al alma del ser humano: la inteligencia, voluntad y libertad. La unión de cuerpo – alma y espíritu hace al hombre un ser pensante, sensible y racional. Por ello, todo lo que pasa en el cuerpo de la persona sea bueno o malo, al hombre no le es indiferente, sino que, por su unicidad, le afecta (59).

Esa es la explicación del por qué el paciente – específicamente en estado crítico – sufre, pues su cuerpo adolece la enfermedad crítica, a ello se suma los procedimientos médicos, quirúrgicos y de enfermería necesarios para su curación, pero que también causan dolor, por su misma naturaleza.

Por eso, en los discursos anteriormente descritos, se puede apreciar que los sujetos de estudios, sufren, pero su sufrimiento no es originado por un mero estado de preocupación, angustia, o complejo, correspondientes al carácter psíquico o emocional, sino que sufren porque hallan su cuerpo muy enfermo e invadido por los procedimientos propios de UCI (intubación orotraqueal, cateterismo, punciones arteriales, venosas, etc.) e invadido también por procedimientos netamente quirúrgicos. Si a ello se suma las consecuencias que acarrea una enfermedad crítica,

como problemas económicos, separación física con la familia, aspecto de su corporalidad, entre otros, se puede afirmar que todo en conjunto genera sufrimiento en el paciente.

Juan Pablo II en su carta apostólica *Salvifici Doloris*, hace la diferencia entre el dolor y el sufrimiento, “el sufrimiento físico se da cuando de cualquier manera “duele el cuerpo”, mientras que el sufrimiento moral es el “dolor del alma”. Es decir, se trata, en efecto, del dolor de tipo espiritual, y no sólo de la dimensión “psíquica” del dolor que acompaña el sufrimiento moral como el físico” (30).

Es importante resaltar que el sufrimiento moral o dolor espiritual es menos tratable o curable por la medicina terapéutica (30). Por tal motivo, para el personal que labora en UCI y en distinta áreas críticas o demás servicios, es necesario saber esto, porque ayuda a sensibilizarse con el ser humano, desarrolla empatía con quienes sufren y permite brindar un cuidado mucho más humano, donde además de paliar el dolor, se alivia el sufrimiento.

Así mismo, la experiencia del dolor es más compleja que la sensación del dolor; en ésta última, el dolor es causado por un mal exterior, percibido por los órganos del cuerpo, mientras que la experiencia misma del dolor produce una quiebra en lo más íntimo del ser, el alma se “desgarra” y el espíritu sufre. Esto es llamado comúnmente como el dolor interior (21).

También, se hace hincapié que el dolor corporal es perceptible por los demás, a través de la semiología (para el personal de salud) y la comunicación, pues el paciente expresa su dolor por medio verbal o gestual. Sin embargo, el sufrimiento, no. Es difícil percibirlo, porque es menos comunicable, a ello se suma la complejidad del ser humano y su vulnerabilidad ante cualquier situación que le produzca dolor y sufrimiento, pues en muchas personas puede desencadenarse una depresión, desesperanza, frustración, miedo, etc., (11), como es el caso de los pacientes hospitalizados en UCI, en ellos les duele el cuerpo y sufre el alma.

Por eso, se reafirma que el sufrimiento hace más daño que el dolor en sí mismo. Dicha premisa se puede ilustrar en los discursos siguientes:

“...En UCI, me sentía muy aburrida de estar acostada, quería pararme; no estoy acostumbrada a descansar tanto, me sentía inútil, como si me hubieran quitado libertad, autonomía. Estaba muy preocupada, sentimental, fastidiosa, pensaba en mis hijas, quería salir. De noche sentía mucha incomodidad, miedo y soledad...” (CIELO)

“...Cuando estaba hospitalizado, a veces me sentía inútil porque no podía realizar las funciones que acostumbraba, es natural, extrañaba mi familia, mi cuarto, mi cama, mis libros, extrañaba la vida que llevaba en casa. Me sentía raro estando desocupado, sin poder hacer nada debido a que estaba enfermo...” (ANGEL)

El bienestar y malestar son estados designados en cuanto a la salud y enfermedad respectivamente. El malestar (enfermedad) en el hombre lo expresa como un estado de incomodidad, mientras que el bienestar refiere haberse desarrollado satisfactoriamente en las necesidades humanas, entre ellas la salud (59).

Cuando el hombre está enfermo, generalmente su característica principal es no valerse por sí mismo – físicamente hablando - y sufre por ello. Es decir, no sólo padece por el malestar de la enfermedad, pues se convierte en un ser doliente cuyo malestar no le es indiferente y por tanto sufre. Asimismo, se despierta en él un sentimiento fuerte por salir de ello (59).

Dicha afirmación se puede constatar cuando los sujetos de estudio expresan que han sido privados de su autonomía y libertad.

L. Polo, en su libro menciona que “la categoría de enfermedad también tiene un valor sociológico: progresar en curarse de una grave enfermedad. ¿Qué enfermedad? La falta de libertad, la enfermedad de ser poco audaz en el uso de las propias capacidades, o de haber sufrido la esclavitud” (60).

En el caso de las personas internadas en UCI, sufren – según sus discursos – por una “falta de libertad”, ellos se sentían inútiles, como si la enfermedad les había arrebatado su autonomía, porque no podían realizar sus ocupaciones de casa, trabajo, etc., sin embargo, ello se puede calificar como limitaciones, más no como ausencia de libertad, pues la libertad trasciende a ello.

Lo que pasa realmente es que al enfermero le preocupa la interrupción de sus actividades cotidianas y le afecta más aún cuando la enfermedad es repentina e inesperada, es el paso brusco y rápido de estar saludable a estar enfermo, surgiendo más en las personas que aún poseen sus facultades físicas (61).

Otro claro ejemplo, es el siguiente discurso:

“...Todo lo que he vivido ha sido muy doloroso para mí, me parecía mentira, increíble, no podía entender por qué me pasó esto, cómo he llegado hasta ese momento. Fue muy duro ver que no he cumplido lo que me había propuesto, ha sido un obstáculo, me sentía inútil. Soy una persona que no tengo dinero y lo que más me dolió es ir hasta Chiclayo, mi esposo a veces sin comer, estuvo pendiente de mí, nunca me abandonó, ni dejó que faltara alguna medicina, él y mis hijos dormían en el hospital, cuidándome, nunca estuve preparada para eso, fue como una pesadilla...” (LILA)

Aquí, el sujeto de estudio menciona que su enfermedad fue como obstáculo para cumplir todo aquello que se había propuesto y además se sentía inútil estando internada y no poder hacer nada para aliviar el dolor de sus familiares, quienes sufrían también por aquella situación, ella señala además que nunca estuvo preparada para afrontar esa realidad.

Por ello, la incapacidad para continuar con el ritmo de vida que uno acostumbra, puede influir negativamente causando manifestaciones de sufrimiento como son la tristeza, desesperación, rebeldía, preocupación, angustia, aburrimiento, estrés e incluso profundas crisis espirituales (61); como señalan los sujetos en estudio.

Sin embargo, dicha limitación puede ser el primer peldaño hacia el camino de una vida espiritual, lo cual se debe intentar. Por eso, una vida limitada en realizaciones y posibilidades, también es grata para Dios, pues no se trata de vivir exitosamente y ser reconocido ante los demás, sino vivir bajo un juicio aprobatorio de Dios, donde lo que verdaderamente importa no son la calidad de nuestras acciones, sino el amor que se ponga en cada una de ellas. (61)

A todo ello, se determina que el sufrir una limitación por una enfermedad – en este caso, un estado crítico – no significa que el hombre carece de libertad.

El hombre nace con una libertad llamada: libertad fundamental o trascendental, la cual es otorgada al hombre por su condición de ser persona y se caracteriza por la capacidad de entender y querer. Es una libertad natural y es siempre interior, pues en ella están nuestros conocimientos adquiridos, creencias religiosas, anhelos, sentimientos, emociones, etc., de dicha libertad emana la dignidad humana y es la base de los derechos humanos y jurídicos (62).

Por tanto, se puede definir que: “La libertad trascendental es la apertura a todo lo real con una amplitud enorme de posibilidades. Esta apertura se deriva de la infinitud de nuestro pensamiento y de la voluntad. Y al tratarse de una libertad humana hay que tener en cuenta que es una libertad finita, situada en el tiempo, no absoluta. La libertad del ser humano tiene límites, porque las cosas que elegimos son bienes finitos y además porque somos personas finitas.” (62)

Pero, es en la libertad trascendental donde la persona se autorrealiza, pues dicha libertad le sirve para tomar conciencia sobre su vida y encaminarla hacia su propia perfección espiritual, a partir de su naturaleza humana. Por tanto, el hombre tiene toda la capacidad de autodeterminarse y dirigirse hacia el bien. (63)

A partir de ello, se puede decir que toda persona enferma, hospitalizada en UCI o no, posee toda capacidad de autorrealización personal, a pesar de sus limitaciones, claro está que no pueden cumplir con sus objetivos actuales debido a la criticidad de su estado, pero el hecho de estar vivos, ser personas, les otorga dicha facultad, aún desde su postración. “El hombre está llamado a la libertad, cuyos fines son la verdad y el amor” (63). Si no fuéramos libres, no podríamos hacer ni el bien ni el mal y por tanto se habría dejado de ser persona. (64)

Por lo tanto, de acuerdo a la literatura anterior, se puede entender que el paciente en UCI, aunque esté sedado o inconsciente, no se encuentra dentro de sus facultades de elegir, pero por el hecho de ser persona sigue siendo libre, pues posee la facultad para amar, amarse a él mismo, a sus seres queridos, y a Dios, si es creyente.

Tomando la libertad desde el punto de vista trascendental, el ser humano se encuentre enfermo, consciente o inconsciente, nunca deja de amar, y eso ya es un simple y profundo acto de libertad.

Continuando con el análisis de los discursos de cada sujeto de estudio, es importante señalar que además del dolor de la enfermedad y su afectación pluridimensional en el ser humano, el dolor de sus familiares, también genera sufrimiento en el enfermo hospitalizado en UCI; y se puede demostrar en los discursos anteriormente descritos, ellos relatan sentir culpa por muchos motivos, sean por falta de recursos económicos, porque sus familiares han dormido en el hospital por estar al pendiente, etc. Y es que, una de las reacciones emotivas, común en todas las personas que adolecen una enfermedad, es la culpa. (23)

La culpa aparece de diferentes maneras, generalmente los pacientes se sienten culpables por ser una carga para sus familias, y a veces los mismos familiares sienten culpa porque no son capaces de hacer lo suficiente, o ambos sienten culpabilidad por no haber buscado remedio a tiempo. (23)

Dicha situación también se puede ejemplificar con el siguiente discurso:

“...Estar hospitalizada significó tristeza, estaba aburrida, me sentía incómoda, solita, triste, preocupada sin estar con mis hijos, más porque ellos dormían afuera del servicio; eso me alteraba, de repente por eso mi presión arterial subía y bajaba, estaba con la incertidumbre. También me preocupaba el gasto de mi enfermedad...” (ROSA)

En este relato, se ve de manera conjunta el sufrimiento del paciente en UCI. Para el sujeto de estudio, la hospitalización significó tristeza, estaba aburrida, sentía incomodidad, soledad, preocupación no sólo por su estado crítico, sino también por la separación física con la familia, el problema económico, y el estado de salud físico – emocional de sus hijos porque dormían afuera del servicio, esa situación repercutía en su salud, porque su presión arterial aumentaba y disminuía, había inestabilidad hemodinámica leve o moderada no sólo por el origen de su enfermedad, sino también debido a su estado anímico; ello le generaba incertidumbre y por ende, sufrimiento.

En base a lo analizado, se afirma que el sufrimiento es profundamente humano, no existe sufrimiento sin hombre; la tesis del sufrimiento es hacerlo tangible, aunque por su naturaleza es intangible. La intangibilidad del sufrimiento radica en la complejidad del ser humano, por eso, lo importante es comprender en mal del sufrimiento desde el ser humano, a través de su experiencia (32). Por tanto, “el sufrimiento no hay que

explicarlo, es experiencia; y se presenta en forma de dolor, enfermedad, pérdida, carencia, esclavitud, etc.” (65)

Asimismo, el sufrimiento en sí mismo es un mal que aflige al hombre, y muchas veces no se llega a comprender su por qué, sólo se acepta y se dota de sentido. Pero el sufrimiento está más allá de los límites humanos, por tal razón, el enfermo se ve limitado, y llega a la frustración – como se ha evidenciado en los discursos de los sujetos de estudio – el sufrimiento trasciende las posibilidades del ser humano; por eso, el sufrimiento es un enigma “*mysterium doloris*” para el hombre (32).

Existen tres áreas o dimensiones del sufrimiento: Físico, donde se encuentran las enfermedades, deficiencias del cuerpo (sensación molesta de una parte del cuerpo) es llamado dolor físico; psíquico, es el desequilibrio en las facultades del alma: inteligencia, voluntad y libertad, así como también la disarmonía de los sentimientos y emociones (sentimiento de pena) es llamado dolor moral; y la ruptura con Dios por la presencia del pecado (sufrimiento del espíritu) es llamado dolor espiritual (65).

En la presente tesis, se afirma que los enfermos hospitalizados en distintas unidades críticas, entre ellas la UCI, padecen de un sufrimiento, en sus distintas áreas o las tres anteriormente estudiadas. En algunos casos, los pacientes están sedados o inconscientes, sin embargo, nada garantiza que no sientan un mínimo dolor, pues muchas veces éste se puede reflejar en las variaciones de las funciones vitales, claro está que el dolor puede ser abolido por sedantes o por su propio estado de inconsciencia; sin embargo, ello no significa que el paciente deje de sufrir. Y con ello, se reafirma la tesis mencionada al inicio: “No existe sufrimiento sin hombre” (32).

Ahora, en caso de los pacientes, que salieron de inconsciencia, pero siguen en la Unidad de Cuidados Intensivos debido a su estado crítico, se puede afirmar que sufren aún más porque son conscientes de su dolor, y dada la unicidad de sus dimensiones, su sufrimiento es físico, psíquico e incluso espiritual; pues la corporalidad de la persona hospitalizada en dicha unidad crítica se ve muy expuesta y amenazada ante el dolor de la enfermedad.

Por ello, se llega a la siguiente preposición:

***LA CORPORALIDAD DOLIENTE, INVADIDA Y EXPUESTA ANTE LA
GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD***

Para analizar la presente preposición se ha tomado en cuenta la teoría de J. Burgos, quien refiere que la persona está conformada por tres dimensiones horizontales y tres verticales, dentro las horizontales se encuentra: la corporalidad (incluye la biología, pero es más que pura biología, el cuerpo tiene una dimensión personal); el psiquismo (incluye vivencias, sentimientos y deseos); y el espíritu (dimensión más elevada de la persona, nos diferencia de los animales). Estas dimensiones se entrecruzan a su vez con tres dimensiones verticales: el conocimiento, el deseo y la afectividad; las cuales recorren a la persona desde los estratos básicos hasta el nivel espiritual. Todo ello significa que hay estructuras cognoscitivas a nivel somático, como la sensación, hasta llegar a su más alto nivel que es la inteligencia. (66)

Por tanto, el cuerpo es la dimensión somática de la persona, y en ese sentido resulta inseparable de ella. No existe cuerpo sin persona. Además, su unidad corpóreo-psíquico- espiritual permite al ser humano, manifestarse como persona a través de su cuerpo, ello hace que su corporalidad trascienda al plano biológico (67).

Así mismo, Karol Wojtyła señala que la corporalidad, es entendida como una dimensión personal. “El cuerpo manifiesta y muestra a la persona, y es parte esencial de ella, en una continuidad y unidad que sólo se disuelve, misteriosa y trágicamente, con la muerte” (68).

Basándose en dicha teoría, se afirma que la persona es un ser cuyo cuerpo está muy unido a su alma y espíritu, ello hace que el cuerpo esté afectado en su totalidad ante el hecho funesto de la enfermedad, no es sólo la materia, es la corporalidad del hombre que es afectada.

Ello se puede ejemplificar en el siguiente discurso:

“...Me administraron sedación al inicio, después estuve despierta, pero una vez me inyectaron un sedante, tuve alucinaciones feas, veía sombras, quería levantarme y no podía, estaba amarrada, con el T.O.T, me sentí mal, no era normal. Me dolía la garganta de tener el T.O.T, sentía como una pastilla, me raspaba, cuando me extubaron me sentí mejor. También me hicieron una traqueostomía, me puse nerviosa, me bajo la presión arterial y el pulso. Luego me molestaba el corrugado, pensaba que al dormir se saldría y moriría, tenía temor, no podía dormir, solo por ratos, me sentía nerviosa. Después sufría mucho estando en cama, duele el cuerpo, no tienes tanta movilidad, ni fuerza, te sientes muy incapacitada, débil, quieres hacer cosas y no puedes, eso me inquietaba, incluso no podía comer, ni saborear los alimentos, por sonda me alimentaban, tenía hambre porque la pastilla para la miastenia se recibe con estómago lleno, sino me dolía. Después hay procedimientos como las punciones arteriales ¡eso duele bastante! tenía el brazo morado, cuando hincan la arteria se siente como extraen la sangre; luego cuando me movilizaban y limpiaban el ostoma de la traqueostomía, me dolía, y con ese corrugado sentía un peso. Yo rezaba a Dios para que me dé fuerza y soportar, es difícil...” (LUNA)

En aquel discurso, se puede ver claramente el sufrimiento de la corporalidad del hombre, y también de su mente, pues el sujeto de estudio refiere que al administrarle un sedante tuvo alucinaciones desagradables, perturbando su tranquilidad y bienestar emocional, quería levantarse y no podía porque tenía sujeción en las manos.

A ello, se suma el malestar del cuerpo, invadido por aparatos tales como: tubo endotraqueal (inicialmente), traqueostomía (posteriormente), sonda nasogástrica, catéter urinario, catéter venoso central), además la persona estaba sometida a procedimientos invasivos como las punciones venosas y arteriales, tal como lo describe el sujeto de estudio. Además, se sentía nerviosa porque pensaba que se podría desconectar el corrugado de traqueostomía y sentía miedo de morir, por eso no podía dormir. Asimismo, el sujeto también sufre al ver su cuerpo débil, frágil, limitado en movilidad, y en acciones propias: comer, caminar, vestirse, etc., causando sentimientos de incapacidad, inquietud. En conjunto, todo era una experiencia dolorosa.

El dolor es un síntoma frecuente en las personas hospitalizadas en UCI. Se puede considerar tres componentes esenciales que intervienen en la experiencia del dolor: Sensorial, relacionado con la transmisión de impulso, el cual comunica la intensidad, localización, y cualidad. Motivacional – afectivo, hace referencia a las emociones manifestadas frente al impulso doloroso, ello caracteriza al dolor como una experiencia

desagradable. Y el componente evaluador, que analiza la repercusión del dolor en la vida del paciente (11). Por tal razón, cuando se habla del dolor, no se puede tratar sólo el problema físico, porque el dolor no afecta solo al cuerpo, sino a toda la persona (69).

Así mismo, en los pacientes críticos, el dolor se puede originar por múltiples causas: la propia enfermedad, los procedimientos invasivos que se realizan como parte del tratamiento (intervenciones quirúrgicas, colocación de drenajes, etc.), los procedimientos necesarios para el tratamiento o manejo del paciente crítico como parte de su terapia (intubación orotraqueal, ventilación mecánica invasiva o no invasiva, colocación de sonda nasogástrica, catéter venoso central, catéter urinario, línea arterial, movilizaciones, curaciones, fisioterapia, etc.), y la inmovilidad del paciente debido a su estado crítico (11).

Ello se puede apreciar en el relato anterior cuando el entrevistado manifiesta que le dolía la garganta debido a la colocación del tubo orotraqueal, más aún cuando la movilizaban, además sentía debilidad corporal, y expresaba sentimientos de inutilidad, tristeza, incomodidad e incapacidad.

Ese dolor produce en el paciente descompensaciones de origen hemodinámico, metabólico y psicológico. Las respuestas somáticas se manejan farmacológicamente, pero las consecuencias emocionales desencadenan agitación psicomotriz, ansiedad, desorientación, delirio, etc. (11). Por eso, en algunas personas se realiza la sujeción de miembros superiores. Dicha fundamentación se puede ejemplificar en los siguientes discursos:

“...Pasé una noche con mucho calor, me sentía muy incómodo, no podía dormir, entonces recuerdo que alguien sujetó y amarró mis manos a los costados de la cama, yo me sentía mal porque jamás me había pasado esto...” (ANGEL)

“...Tenía mi pierna derecha inmovilizada porque me habían hecho un cateterismo por la ingle, me dolía, no podía mover mi pierna, no lo soportaba, me sentía inquieta de estar en la misma posición. Después, cuando venían a sacarme sangre de mis venas para los análisis, me dolía mi brazo de tanto que me hincaban...” (FLORCITA)

“...Las punciones arteriales y venosas me dolían bastante, al buscarme la vena, parecía que me arrancaban algo. También, cuando estaba intubada, y me aspiraban me dolía mucho la garganta, la sentía inflamada, después todos los días me cambiaban la cinta del T.O.T, y al movilizarme de un lado para otro, me dolía mucho, tenía que esperar, tener paciencia para que me limpien, y cuando me aseaba

un varón me daba vergüenza. Estar intubada me molestaba mucho, quería mover mi cabeza, pero no podía, si me movía sentía dolor en la garganta y el resto del cuerpo. Después, cuando me calmaba, me sentía mejor, pero si estaba triste, influía en mi recuperación, me sentía débil...” (SOL)

Como se puede apreciar en los discursos anteriormente descritos, existen varios factores físicos, emocionales y sociales que pueden afectar más la experiencia dolorosa del paciente crítico. Los aspectos físicos son: Las enfermedades preexistentes, como por ejemplo la Miastenia, además están los procedimientos invasivos, (punciones arteriales y venosas, entre otros), dispositivos utilizados para la monitorización y el tratamiento (intubación orotraqueal, aspiración de secreciones, etc), inmovilización permanente, tal es el caso de un entrevistado quien no podía mover su pierna derecha debido a un cateterismo en la arteria femoral, asimismo las actividades de rutina tales como los cambios posturales y las curaciones; todo ello genera en el paciente incomodidad y se manifiesta cuando presenta insomnio, agitación psicomotriz, agotamiento, desorientación, etc. (11)

Un ejemplo más de ello, es el siguiente discurso:

“...Fue muy doloroso, yo ingresé con 90kg y salí con 42kg., estuve 40 días sin probar agua, ni comida, soportando el dolor de las agujas, inyecciones, la sonda nasogástrica, el catéter urinario que duele mucho cuando lo colocan. Después, en UCI debía hacer mis necesidades fisiológicas en pañal y me sentía avergonzado, incomodo, no tenía privacidad. Además, no podía moverme, recuerdo que jalé catéter venoso central y se salió de su sitio, me asusté; tenía que dormir en una sola postura sino se desconectaban esos aparatos, me sentía incómodo...” (FORTUNATO)

En el presente discurso, el sujeto de estudio cuenta como le causó asombro la pérdida de su peso corporal a raíz del estado crítico que padeció. Asimismo, él manifiesta el dolor por algunos procedimientos propios de enfermería tales como la colocación de la sonda nasogástrica y el catéter o sonda urinaria; también expresa su incomodidad y vergüenza al ver su cuerpo limitado.

Por ello, la enfermedad es un modo doloroso y anormal de la vida del hombre, y se produce cuando hay una reacción frente a la alteración del cuerpo a nivel psico - orgánico, deteniendo las funciones y acciones de la persona. El dolor recuerda a la persona lo limitado de su ser (21).

Asimismo, es necesario mencionar que la salud no equivale a la ausencia de enfermedad, la salud es la armonía que existe entre cuerpo – alma y espíritu. La armonía entre el yo y el cuerpo. En Medicina la salud es definida como el “silencio de los órganos”, este silencio de “sonidos de los órganos corporales” significa un equilibrio en el organismo, haciendo sentir a la corporalidad más ligera (21).

“La salud es un trabajo constante. Salud consiste en la defensa victoriosa, pero sin pausa, de las posibilidades constructivas de la vida frente a su limitación” (70). Por ello, el buen estado de salud es una condición propia no solo del cuerpo, sino de la persona.

Cuando la salud está quebrantada, y hay una enfermedad existente o un hecho funesto que amenace la corporalidad humana, no sólo afecta a la materia, sino a toda la persona. Por ello, “el hombre, al hacer suyo el dolor físico, lo interioriza y lo convierte en sufrimiento” (21). Dicha premisa la podemos ejemplificar en los discursos anteriormente descritos, donde algunos sujetos de estudio relatan que los sentimientos negativos de tristeza, ansiedad, etc., influían en su estado de salud, así como también, el sentir tranquilidad, bienestar o calma, influía positivamente en su recuperación.

Bajo dichos relatos, se puede comprender que el cuerpo del hombre está muy unido a su alma y espíritu.

Otro claro ejemplo sobre la interioridad del sufrimiento a raíz de un problema físico, son los siguientes discursos:

“...Quería comer, tenía sed, me fastidiaba la boca seca, cuando mojaban mis labios y me bañaban sentía bienestar porque me gusta la limpieza, me sentía tranquila, despejada, sin embargo, tenía pudor, quería que me atiendan una mujer. También tenía mucho temor y preocupación por cómo iban a quedar mis cicatrices, cuando me alzarón para poner la chata me dolían las heridas de mis piernas, me fastidiaba, pedía que no me amarren porque sentía ansiedad; pero cuando tocaban mi mano sentía tranquilidad, seguridad, relax, ánimo, es como si me dieran aliento; es más, el ruido de las máquinas no me molestaba, si estaba conectada con esos aparatos era para que me dé vida...” (CIELO)

“...Estaba consciente de todo desde que me intubaron, la propia intubación fue la experiencia más desagradable, además el movilizarme a la hora de bañarme, el voltearme, acomodarme, las punciones arteriales que siempre me tomaban, también

me causaba dolor el T.O.T sentía la garganta en “carne viva”. Sentía vergüenza cuando me bañaban, pero les agradezco, si no hubiera sido por ellos, no hubiera tenido una recuperación rápida. También, de noche a veces, no podía dormir tranquila por el ruido, además tenía miedo...” (MAR)

Por consiguiente, el enfermo no es sólo espíritu, sino un compuesto corpóreo – espiritual, y no se puede olvidar de las demás dimensiones existenciales porque éstas influyen constantemente sobre él (40).

Existen relaciones positivas y negativas entre lo corpóreo y lo espiritual. Dentro de las relaciones positivas: el cuerpo es el instrumento de expresión de la personalidad, mediante el cuerpo, el hombre se abre al mundo, se comunica con los demás. El cuerpo es la expresión viva de la persona. Y el aspecto negativo, es que el cuerpo se comporta como un velo que cubre la vida espiritual, íntima de la persona. Por ello, es que a la persona le cuesta hablar de su sufrimiento. (40)

Así mismo, el cuerpo también es frágil y débil ante la enfermedad, la afectividad y demás fuerzas exteriores al él. Por tal razón, el hombre no tiene un cuerpo, es un cuerpo, por eso se habla de corporalidad, puesto que el cuerpo humano expresa y significa el espíritu (40).

Por eso, uno de los sujetos de estudio, sentía incertidumbre por cómo quedarían sus cicatrices después del tratamiento, pues la estética natural del cuerpo es parte de la espiritualidad de cada persona, además sentía mucha incomodidad cuando veía su cuerpo sucio y luego manifestaba tranquilidad después que le realizaban su higiene, así también le dolían sus piernas cuando le colocaban la “chata” para que pueda hacer deposición porque el pañal le incomodaba demasiado. También refiere que cada vez que le sujetaban su mano le producía ansiedad, en cambio, cuando le tocaban su mano, para darle ánimo, le embargaba sentimientos de seguridad y tranquilidad.

“El dolor es un daño sentido, primero en la sensibilidad, como un intruso punzante que se presenta repentinamente y desorganiza la relación con el hombre y con su cuerpo” (21). Asimismo, Polaino - Lorente dice: “En el dolor, la corporalidad se percibe como impuesta, como un pesado fastidio atenazante, frente al que uno ya no es dueño de sí, y que casi nos obliga a capitular” (71). Por eso, cuando hay dolor, el cuerpo

experimenta una situación límite y el mismo cuerpo puede acabar siendo algo desagradable para el hombre.

Aquí, otro ejemplo:

“...Me preocupaba porque me dolía un poco el pecho, me agitaba, no estaba bien, no más estaba derecha, me fastidiaba, mi cuerpo estaba cansado y tenía que aguantar. Todos los hospitales son iguales, la misma cama que es muy distinta a la de uno. Por eso, es bueno que nos movilicen, nos den masajes y nos sienten, aunque sea un rato...” (ROSA)

A veces, la señal de la corporalidad doliente, nos obliga a resistir experiencias desagradables de sufrimiento.

Así mismo, aún existen conceptos erróneos respecto a la relación entre la sedación y la intubación orotraqueal, manifestando que todo paciente intubado en UCI, está sedado y no es posible que sienta dolor, pues todo estímulo doloroso desencadena respuestas fisiológicas, emocionales y sociales (11). Claro que existen fármacos como la morfina, o petidina, que bloquea el estímulo doloroso, a nivel del sistema límbico, atenuando su resonancia en la afectividad. O también, cuando hay alguna lesión en los lóbulos frontales y parietales, la conciencia de la sensación dolorosa, se encuentra aparentemente bloqueada. En la intimidad de estos pacientes, la experiencia dolorosa resuena muy levemente (72).

Ahora, durante la valoración del dolor en el paciente intubado y sedado o no sedado, se debe evaluar indicadores de tipo fisiológicos: taquicardia, hipertensión arterial, diaforesis; conductuales: expresión facial, movimientos corporales, postura, tono muscular; e información de los familiares durante la hora de visita (11).

A partir de ello, se resume que todo paciente en UCI sufre por la presencia de la enfermedad, lo cual repercute en todo su ser, llegando al plano más amplio, abstracto e interior que es la espiritualidad. El paciente crítico sufre no sólo en lo físico, sino también a nivel emocional, social y por supuesto, espiritual. Aún, en su estado de inconciencia, el paciente es un ser doliente, su cuerpo sufre, se ve expuesto ante cualquier amenaza de la enfermedad e invadido por la misma terapia intensiva.

Otro factor importante en análisis de la corporalidad del hombre doliente, es el pudor. El pudor es un sentimiento positivo del espíritu, forma parte de la intimidad de la persona. Según Karol Wojtyła, “El pudor es la tendencia, del todo particular del ser humano a esconder sus valores sexuales en la medida en que serían capaces de encubrir el valor de la persona. Es un movimiento de defensa de la persona que no quiere ser objeto de placer, ni en el acto, ni siquiera en la intención, sino que quiere, por el contrario, ser objeto de amor” (73). Así mismo, “la vergüenza es una manifestación de la tendencia a encubrir los valores sexuales, para que estos no oculten el valor de la persona. Pues, en el ser persona, resalta el valor de su perfección y dignidad” (74).

Es decir, el pudor pertenece al carácter personal del hombre; el pudor es como la salvaguarda de la intimidad, pues el hombre posee una intimidad física – emocional y espiritual y no una existencia pública.

El cuerpo de la persona tiene un valor muy especial e infinito, nuestra intimidad merece ser protegida, respetada porque somos seres humanos dignos de amor y respeto; el pudor protege la intimidad física y espiritual, por tanto, es deber de todos respetar la corporalidad propia y la de los demás. (73)

En los presentes discursos, se puede identificar la presencia del pudor y vergüenza ante la exposición de su corporalidad durante algunos procedimientos de enfermería:

“...Me sentía avergonzado de utilizar pañales desechables, me cohibía con las enfermeras, que una dama me hiciera la higiene, había un varón y a él le pedía el favor de cambiarme. Me incomodaba no poder caminar a una ducha, depender de otras personas. Mi cuerpo tenía varios instrumentos médicos, aparte no quería que nadie tocara mis brazos, me dolían por los hincos de las agujas, ya no me encontraban vena para los análisis. Y en la actualidad, mi cuerpo ya no se ve como antes de la operación, ya no me siento igual, ya no tengo mucha fuerza...” (ARIES)

En el primer discurso, el sujeto de estudio, muestra vergüenza por la exposición de su cuerpo cuando le realizaban su higiene, más aún si el aseo era dado por una enfermera, pues es normal que, ante un género distinto, la persona sienta mayor vergüenza.

La vergüenza se produce ante el miedo que otras personas sepan lo que debería permanecer oculto. Y el pudor, es más que la vergüenza, es el pudor “solo puede

aprehenderse advirtiendo que la persona posee una interioridad que es propia sólo de ella, y sienten la necesidad de ocultar ciertos valores o hechos” (75).

Por eso, es necesario cubrir siempre al paciente cuando se realice algún procedimiento o cuidado de enfermería, para proteger la intimidad de su corporalidad.

Y es que, “el cuerpo expresa a la persona en su ser concreto ontológico y existencial, expresa el “yo” humano personal, que construye desde dentro su percepción exterior” (76) Ello, se puede ejemplificar en el siguiente discurso:

“...La fiebre y los procedimientos hacían doler mi cuerpo, las punciones arteriales y venosas, ese aparato para medir la presión arterial, ¡huy!, era doloroso, apretaba mucho mi brazo, lloraba, me despertaba de tanto dolor. Después, una vez toqué mi herida del abdomen y sentí dolor, era porque me habían suturado, estaban las gasas. Respecto al aseo, dos jóvenes me bañaron, a mí me parecía mentira que personas extrañas me bañen, pero tuve que dejarme, no había otra forma de asearme, me daba vergüenza que un hombre no familiar me asee...” (LILA)

En este discurso, se puede ver claramente el sentimiento de pudor y vergüenza del paciente, ella no podía creer que su cuerpo, en alguna vez de la vida, se iba a ver expuesto ante un cuidado básico de enfermería. Sin embargo, como ella expresa: Tuvo que dejarse porque no había otra forma.

Así como aquel sujeto, todos los participantes han expresado su pudor y vergüenza que sintieron cuando su corporalidad se vio expuesta ante un procedimiento terapéutico. Y muchas veces, las personas, al no poder expresarse de manera verbal, no pueden transmitir ni compartir dicho sentimiento.

En conclusión, se puede evidenciar en todos los discursos anteriormente leídos, que la vivencia de la enfermedad puede resultar en una experiencia traumática amenazante para la integridad física, psíquica y espiritual de la persona. Se percibe una paralización brusca de las vivencias cotidianas, el hombre encuentra su fragilidad, determinando una imagen diferente de sí mismo y de su contexto, experimentado sentimientos de temor, dependencia y desánimo (23).

Por lo tanto, la enfermedad interrumpe el ritmo habitual de la vida, poniendo en crisis la relación de la persona con su propio cuerpo y su contexto social, cambia su situación familiar y laboral. La persona vive una “desorientación de su identidad” por eso, muchos de los entrevistados no podían creer lo que estaban viviendo, o les causaba

una sorpresa negativa; dicha crisis de desorientación resulta difícil de resolver y superar.

Así mismo, la persona hospitalizada, pierde temporalmente su independencia, además se separa de su familia, entrando a un mundo desconocido. La enfermedad deja a la persona en una crisis interior, y con el ambiente exterior de su presente y futuro contexto. Ante ello le invade sentimientos de impotencia, soledad, tristeza, incertidumbre, etc. (77). Estos sentimientos negativos del espíritu, los han vivenciado todos los sujetos de estudios, y han sido manifestados en los diferentes discursos escritos en anterioridad.

Por tanto, durante la crisis de la enfermedad, puede surgir una serie de sentimientos, negativos como positivos también, lo cual dependerá de la madurez emocional y espiritual de cada persona.

Ante esta situación, emerge la siguiente proposición:

***FRENTE AL DEBATE DE LA VIDA Y LA MUERTE, EMERGE EL TEMOR,
RESIGNACIÓN Y ESPERANZA***

Cuando se sufre por el mal de alguna injusticia o enfermedad, el hombre se confronta consigo mismo, su seguridad entra crisis, por ello, surge la necesidad de reflexionar profundamente sobre su vida (78), más aún, si la persona atraviesa un estado crítico producto de una grave enfermedad, pues, la vulnerabilidad se ve a luz, el hombre se muestra en su lado más débil, no sólo física, sino también emocional y espiritualmente, es allí donde encara su realidad, le invade el temor, la incertidumbre; el no saber lo que pasará con su vida, le angustia, y al tomar conciencia de ello, se resignan, y muchos siembran una semilla de esperanza en medio del dolor.

A continuación, los siguientes discursos:

“...No puedo creer que estuve entre la vida y la muerte, a UCI van los que estamos en las últimas, tenía esperanza de salir, creía que iba a ser rápido, pero, no. Era esperar la voluntad de Dios, me puse en manos del Señor y le pedí fuerzas para

seguir adelante. Cuando me dieron de alta me sentía aliviada, como que volví a la vida...” (LILA)

“...Me sentía intranquila porque no sabía cómo iba a ser mi evolución, en realidad no sabía lo que podría pasarme. Pero tenía que tratar de tranquilizarme y asimilar este proceso de la enfermedad...” (FLORCITA)

“...Tenía mucho miedo, temor porque pensaba que iba a morir, pero me aferraba a la vida, decía: “Dios no quiero morirme”, sentía tristeza pensando en mis hijos, mi mamita, sufría mucho por mí, ¡ay Dios mío!, pensaba: “Señor, si Tú me llevas, mis hijas y mi madre ¿con quién se quedan?; yo oraba estando internada, me había resignado, decía: “Señor, si es tu voluntad, llévame, Tú sabrás porque estoy así...” (CIELO)

Como se puede apreciar en los tres presentes discursos, las personas manifiestan el temor de morir y la incertidumbre que sintieron durante su hospitalización, a ello se suma la tristeza de vislumbrar un desenlace irremediable.

La enfermedad representa en la persona una situación de sufrimiento en todas dimensiones, y cuando se habla de ello, hace referencia a la desdicha, lo cual no es un dolor pasajero. El sufrimiento de la desdicha sitúa la vida del hombre doliente entre lo absurdo y el misterio, exigiéndole una respuesta que le permita mantener la esperanza y el sentido. Ante ese dolor el hombre se pregunta: ¿Quién soy yo? ¿Qué puedo hacer? ¿Qué me cabe esperar? (24). Surge entonces, la reflexión sobre lo que realmente somos y cuan vulnerables podemos ser ante el fáctico de la enfermedad.

Por eso, “El dolor es también señal de que la muerte sobrevendrá tarde o temprano...Cada dolor induce la pregunta: ¿Voy a morir? La posibilidad de aniquilación es entonces por necesidad un componente de los procesos psicológicos enlazados con la experiencia del dolor” (79).

Un claro ejemplo de ello, es la manifestación de los sujetos de estudio cuando hacen referencia del temor y la incertidumbre de estar en medio de la vida y la muerte; al inicio no pueden creerlo.

La primera reacción puede ser de sorpresa y negación. El enfermo quisiera escapar de aquella situación que le produce tanto dolor. La negación la usa para defenderse de aquel mal que le abate, de la angustia de muerte. Se trata de un mecanismo de defensa y afecta a quienes padecen enfermedades graves o crónicas, en personas incapaces o

que no están preparadas para modificar su propia imagen (24) (77); como es el caso de los pacientes hospitalizados en UCI. Aquí un ejemplo:

“...Lloraba, pensé que iba a morir, no sabía si mejoraría o no, fue desesperante. Traté de afrontar ese momento pensando en mi familia, en que todo ese proceso pasaría rápido...” (SOL)

“Es natural sentir miedo a la muerte y no hay que avergonzarse de padecerlo. Cristo mismo lo sintió mientras oraba en Getsemaní, y luego en la Cruz dijo: “Dios mío, Dios mío, ¿Por qué me has desamparado?, Él tuvo experiencia de ese temor.

En el caso del cristiano, ese temor está templado porque hay un más allá, y por tanto espera y busca la vida “que está por venir”: sólo desde la perspectiva que da la fe se puede afirmar que la vida es el prólogo de la muerte y la muerte prólogo del amor. Vivimos para la muerte y moriremos en la vida eterna” (80).

Los pacientes sienten miedo de morir porque saben que atraviesan un estado crítico, en donde el peligro de muerte es posible; muchos no se encuentran emocional ni espiritualmente preparados para experimentar tal realidad, por eso al inicio caen en la angustia y desesperación, para luego resignarse, hasta que nazca en ellos una esperanza.

Así lo manifiestan los siguientes entrevistados:

“...Tenía que resignarme, pensar que por mi bien estaba allí hospitalizada, pensaba en mis hijos y tranquilamente tenía que afrontar todo lo que me pasaba. Sentía miedo de recaer, pero a Dios gracias salí curada con bien...” (ROSA)

“...Cuando vine a UCI, no tenía esperanza de vida; dije si Dios me lleva, ha de ser así, y si Dios me deja, continuaré viviendo y recordaré mis tiempos, veré a mis hermanos que ayudé y enseñé...” (ANGEL)

“... Los pacientes hospitalizados en UCI salen de allí por dos motivos: curarse o morir. Yo tuve temor de morir, vi como falleció un paciente, y sentí miedo que de repente también tocaba irme de esta tierra. Pero me encomendé a Dios, y viví allí una experiencia, fue una visión, vi a Cristo crucificado...” (ARIES)

Desde el punto de vista religioso, la situación dolorosa nos llama a dominar nuestra rebeldía contra el sufrimiento a través de la resignación que acepta de Dios los bienes y los males. Durante el dolor el hombre demuestra su impotencia, entonces se abre al

camino de Dios, dejando todo en manos de Él. Por ello, el dolor resulta un instrumento de Dios para que el ser humano descarriado y pecador, vuelva hacia Él. (24)

En los discursos anteriores, se ve claramente el sentimiento de miedo e incertidumbre ante una posible muerte, incluso ante el desenlace fatal de otro paciente, sienten miedo que obviamente es natural; sin embargo, en medio de su desesperación buscan a Dios, se abren camino hacia Él, independientemente de su credo o religión, y tan sólo así encuentran paz, serenidad que les permite reflexionar sobre su vida, su situación crítica, aceptando así su dolor y resignándose ante el sufrimiento.

Así mismo, en medio del dolor y sufrimiento, hay personas que luego de aceptar y resignarse ante su inevitable realidad, mantienen una luz de esperanza, que les ayuda a ver con claridad el sentido de su sufrimiento, basado en la fe cristiana, a raíz de la existencia de Dios.

Aquí, dos ejemplos de ello:

“...Estaba consciente, pendiente de lo que decía el doctor y las enfermeras, yo entendía, escuchaba, observaba cuando escribían los datos del monitor. Era como un mecanismo de defensa. Tenía miedo, veía a los pacientes acostados, relajados, yo estaba sentada, pensaba me iba ahogar y morir. Me preocupaba el momento, saber si iba pasar ese día. Pensé que no saldría de aquel cuadro, flaqueaba al ver morir otros pacientes, y decía: la muerte está tan cerca, y era cuando sentía necesidad de Dios para estar tranquila, sea lo que pasara, sin tanta angustia. Yo creo en Dios, confío en Él, tenía fe, cuando estás en esa situación es lo único que queda, no puedes abandonarte, porque la fe ayuda a luchar contra la enfermedad o lo que deba venir. Primero se siente desesperación, después solamente conformarse con lo que viene, confiar en Dios porque no hay más a qué aferrarte...” (LUNA)

“...Creía que los médicos por darme ánimo, me decían que iba recuperarme, eso me inspiraba a seguir luchando, pero a veces me daba fiebre y me descontrolaba, me preguntaba por qué recaía, me desmoralizaba, sentía que la muerte llegaba, veía morir a personas, y decía ¿a qué hora me toca a mí? Era mucha frustración, tenía miedo. Yo era una persona luchadora, así nomás no me derrumbaba, pero aquella experiencia fue lo peor, incluso, dije a mi hermana que no gaste tanto en mí, porque iba a morir. Pero, al ver a mi familia derrumbarse, tomé fuerzas para luchar por vivir, mis amigos hicieron cadenas de oración, y sentí que no estaba solo. Recé mucho a Dios, entonces sentí que no era mi tiempo aún, tenía por quienes vivir. Hasta que salí con bien, como se dice: “después de la tormenta viene la calma” ...” (FORTUNATO)

En los presentes discursos, se puede apreciar claramente la existencia de una fe viva en Dios, un Dios que no abandona, sino que nos acoge, y protege como hijos adoptivos

de Él, cuya misericordia es infinita para nuestra redención. La fe, es la esperanza cristiana.

“La certeza propia de la esperanza es una certeza de confianza y espera, que forman la unidad viviente de un solo acto; confianza en Dios y espera de Dios, confianza en su amor revelado en Cristo y espera de su salvación que es Cristo mismo” (81).

Y a pesar que, los pacientes en UCI sienten miedo ante la posibilidad de morir, muchos de ellos – como el caso de los sujetos de estudio – deciden refugiarse en Dios, confiar en Él, y orar, lo cual les ayuda a seguir luchando. También, el pensar en su familia les hace reflexionar sobre su vida, sintiendo fortaleza espiritual.

Así mismo, el término esperanza, es sinónimo de la felicidad alcanzada o de un gozo que nos hace desear la posesión completa y perfecta de un bien. Ahora, “respecto a la esperanza cristiana es preciso hablar de un gozo que no puede ser otro sino la misma posesión de Dios causando en nosotros la dicha plena” (82).

Los discursos anteriores, nos expresa la entrega total de la confianza puesta en Dios. Al inicio tenían miedo, como es natural en todo ser humano, sin embargo, la presencia de Dios fue decisiva para afrontar el proceso de su estado crítico. Su fe y esperanza en Dios salvador y redentor, les ayudaron a mantener su espíritu vivo para no decaer en el desánimo, más allá de resignarse, se esperanzaron en un mañana mejor, sea cual fuera su desenlace. Y como fruto de esa esperanza cristiana, Dios les dio fortaleza y paciencia para afrontar la enfermedad.

Esto se fundamenta cuando “el ejercicio de la esperanza teologal está en relación a la existencia del conocimiento que se tiene de la bondad de Dios, de su omnipotencia y misericordia en favor de nosotros. Y esto se daba en una plenitud peculiarísima en la vida espiritual de la Virgen María Santísima dado el desarrollo eximio en que se encontraba su fe teologal, bajo la acción de los dones del Espíritu Santo” (82).

Por ello, “la esperanza teologal, hace que el hombre entre en comunión con Dios, que se eleven sus anhelos, que descansa en Dios esa vehemencia de verse colmadas algún día todas las aspiraciones, y ansias de perfección. La esperanza teologal hace pregonar el gozo que se poseerá en forma indefectible, inacabable, en consumación perfecta en el Reino de los cielos” (82).

Es así, como la esperanza nos ayuda a mantener viva la fe puesta en un Dios que no abandona, más bien nos protege, y da la fortaleza necesaria para continuar adelante.

Un ejemplo más sobre ello, se refleja a continuación:

“...Hay personas que reniegan de la vida, y otros como mi caso, que debemos aprovechar los momentos y no estar tristes, al contrario, vivir la vida y estar siempre agradecida de Dios. Para mí, vivir un día más con Miastenia es un milagro, cuando hay mucho cansancio se acelera el corazón y no se puede estar tranquila, trato de hacer lo que puedo. Me acerqué mucho a Dios, Él me dio fortaleza para salir de todo esto, y sigue dándomela, siempre le pido a Dios no volver a recaer y si es así, me ayude pronto. Además, pido no solo por mí, sino por todos los enfermos...”
(MAR)

Todas las personas necesitamos tener esperanza para seguir caminando en la vida, pero dicha esperanza debe ser la más grande de todas, y solo puede ser de Dios, Él es el fundamento de aquella esperanza que nos ayuda alcanzar lo que no nosotros por sí solos no podemos lograr, sino con la ayuda de Dios, pues es Él quien nos da sosiego, consuelo y fortaleza en tiempos de crisis y adversidades. (83)

Más allá de cualquier religión, es Dios quien nos ama, y su reino existe donde Él es amado y su amor nos alcanza a todos nosotros. No debemos vivir sin esperanza al ver tanto mal, tanto sufrimiento en la tierra, pues el dolor nos purifica, nos hace ver que somos vulnerables, débiles, y al acercarnos a Dios encontramos paz, calma, consuelo, felicidad, gozo, todos los dones que necesitamos para vivir. “Solo el amor de Dios nos da la posibilidad de perseverar día a día con toda sobriedad, sin perder el impulso de la esperanza, en un mundo que por su naturaleza es imperfecta”. (83)

Es cierto que el esfuerzo cotidiano por continuar la vida nos cansa, agota, y a veces fastidia, o también se convierte en fanatismo, pero si mantenemos una esperanza cristiana viva a través de la fe en Dios, a pesar toda frustración de cualquier índole, adversidades, fracasos, etc., podremos seguir adelante, siempre dando un sentido a nuestro dolor y sufrimiento, pero un sentido unido a Cristo, eso nos mantiene en esperanza, porque es Cristo quien nos redime y nos salva. “El reino de Dios es un don, y precisamente por eso es grande y hermoso, y constituye la respuesta a la esperanza” (83). Pues, Dios es el camino, la verdad y la vida.

Así mismo, como se dijo anteriormente, es preciso darle un sentido al dolor y al sufrimiento, así encontraremos un sentido a nuestra existencia para continuar siempre adelante en unión con Dios. A partir de ello, emerge la siguiente proposición:

***LA RELIGIOSIDAD EN BUSCA DEL ABSOLUTO Y EL SENTIDO DE LA
VIDA ANTE EL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO***

El hombre constantemente se ha preguntado por la existencia de aquel ser que gobierna el universo, de ahí surgen diversas creencias religiosas, cuyo común denominador es la presencia de un Absoluto, independientemente de la religiosidad de cada persona. A partir de ello, muchos han encontrado el sentido a su vida, más aún cuando han vivenciado momentos de dolor y sufrimiento.

Se debe destacar que la religiosidad hace referencia al conjunto de prácticas realizadas por quienes profesan una religión, como por ejemplo: la oración, actos de piedad, sacramentos, lectura de la Sagrada escritura, etc. Y dista de la espiritualidad, porque ésta última busca el significado de lo existencial. Por tal sentido, todas las personas tienen una dimensión espiritual, que a veces no guarda una relación con lo religioso, aunque esto sea lo más común (84). Ahora, la búsqueda del Absoluto es dada por la religiosidad de la persona, y se puede decir que también por su naturaleza espiritual, pues el Absoluto es alguien existencial.

Así mismo, Víctor Frankl, en el ámbito psicológico, destaca que el sentido de la vida se basa en la presencia del Absoluto, una realidad sencilla y perfecta, no relativa. Él se basa en las experiencias de aquellos pacientes y personas mentalmente sanas, pues, en momentos de crisis sólo sienten seguridad cuando mantienen su fe cristiana, más no en vivencias, situaciones o sentimientos, puestos éstos terminan por crear inseguridad en las personas (85).

Se trata pues, de algo que va más allá, Frankl, sin pretender alejarse del ámbito de la Logoterapia, hace referencia a éste Absoluto, más que una Persona, es Dios. “En tanto que existo, existo de cara a un sentido y a unos valores; en tanto que existo de cara a un sentido y a unos valores, existo de cara a algo que me rebasa necesariamente en

valor, que es de un rango esencialmente superior a mi propio ser; en suma: yo existo de cara a algo, que no puede ser algo, sino que debe ser un alguien, una persona o – por exceder totalmente de mi persona – una superpersona. Es decir: en tanto que existo, existo de cara a Dios”. (86)

Cabe destacar que Frankl, no intenta imponer su teoría, sino más bien propone la importancia de la religiosidad y los valores del amor, responsabilidad en la toma de decisiones para la salud psíquica (85)

Así mismo, el sentido de la vida se basa en la presencia del Absoluto, y “no solo confiere sentido al vivir en sus manifestaciones externas, sino también internas. Por eso, las dimensiones esenciales del vivir cotidiano, como el amor, el trabajo y el sufrimiento, participan de tal sentido; más aún, en ellas se encarna este día tras día” (86) Ello se puede ejemplificar en los siguientes discursos:

“...Afronté mi dolor siguiendo a Cristo, esta enfermedad ayudó acercarme a Dios, Él sabe por qué hace las cosas, quizá mi familia y yo estuvimos alejados de Él, no renegué, ni pensé que era un castigo; siempre estaré agradecida con Dios porque me ayudó a recuperarme pronto, y acercarme más a Él...” (MAR)

“...Yo rezaba mi Rosario, mis hijos no creían que estaba sin rezar, aún hospitalizada rezaba, me acordaba que los domingos voy a Misa, y ese domingo no he ido pensaba (sonríe), soy muy católica...” (ROSA)

“...Cuando se está enferma, se preocupa, pero hay que encomendarse al Señor, tatar de estar tranquila, porque si no, peor nos afecta más...” (FLORCITA)

En el primer discurso, el entrevistado nos muestra que el proceso de su enfermedad, le ayudó acercarse a Dios, incluso a su familia también. Y es que, en medio del dolor, Dios sale al encuentro del hombre, para que éste se acerque a Él.

Por eso, la enfermedad es un modo del sufrimiento, en donde Dios pasa cerca del hombre y espera por él. Es uno de los momentos más importantes, porque le ayuda a cambiar el rumbo de vida para bien, pues le permite acercarse a un Dios Absoluto (81).

Igualmente, en el segundo y tercer discurso, los sujetos de estudio dan muestra de su fe en Dios, indistintamente de sus creencias religiosas, ellos elevan sus oraciones al Señor, pues creen en un solo Absoluto. Dicho acto de oración y/o alabanza les ayudaba

espiritualmente a sentir tranquilidad, y de esa manera les aliviaba su dolor y sufrimiento.

Así mismo, es importante mencionar que en el primer discurso, el sujeto de estudio refiere que su enfermedad no lo tomó como un castigo de Dios, ni tampoco renegó de situación, sino que en cambio, trató de aceptar y afrontar su dolor acercándose a Dios, orando y agradeciéndole por permitirle la vida; además dicha experiencia fomentó la unión de su familia. Se hincapié, que ésta enfermedad era crónica en ella, lo cual, le permitía saber aceptar su sufrimiento.

Así también, existen personas hospitalizadas en UCI, que aceptan su enfermedad creyendo que no es un castigo de Dios, sin embargo, hay quienes en un inicio pensaron así, empezando a cuestionarse, es allí donde el alma se siente abatida y sufren más espiritualmente. Aquí, un ejemplo en el siguiente discurso:

“...Pensaba era un castigo de Dios, pero luego me preguntaba: ¿Por qué Dios va a castigarme? Dios no castiga. Sin embargo, yo le falté, le desobedecí. Y ahora, reconozco que Dios ha estado en los momentos más dolorosos, y entonces empezaba a orar mucho. Primero quería morirme, aquel dolor no era algo simple. Sentía como si el doctor fuera a desahuciarme, pero animándome dijo: “sólo has venido por tu problema respiratorio y tus quemaduras hijita, tú vas a vivir más.” Y doy gracias a Dios por darme vida, así tenga muchas cicatrices no me importa, solo quiero vida, porque todavía les hago falta a mis hijas...” (CIELO)

En este discurso, el entrevistado manifiesta que aquella experiencia de sufrimiento fue castigo de Dios, luego se interrogaba así misma, y se respondía diciendo: “Dios no castiga”.

“Cuando el alma duele, el ser humano interroga a Dios con consternación” (80). El hombre cuando sufre, sabe que sufre y se pregunta: ¿por qué? (26). Es normal que el ser humano se consterne ante alguna desdicha, pues como personas, pensamos y sentimos. Sin embargo, todo sufrimiento, Dios lo permite por algún sentido para nuestra salvación. Pues, el que es creyente, independiente de su religión, mantiene ese conocimiento.

Así mismo, la Sagrada Escritura nos muestra las siguientes palabras de Jesús antes de expirar en la Cruz: “Dios mío, Dios mío, ¿por qué me has abandonado?” (Marcos 15, 43). Del mismo modo, en Romanos 11, 33, está escrito lo siguiente: “¡Qué profunda

es la riqueza, la sabiduría y la ciencia de Dios! No se pueden penetrar sus designios ni se pueden comprender sus caminos” (87)

Como se puede apreciar el texto bíblico, hasta Dios hijo, hecho hombre antes de su muerte sufrió el peor y el más intenso de todos los sufrimientos..., sufrió la traición de Judas, la negación de su amigo Pedro, los insultos, la humillación y la injusticia de los hombres, el intenso dolor de los azotes, látigos, y las tres caídas, el cansancio del peso de la cruz tras el camino al monte calvario, tuvo sed, sintió frío; incluso, espiritualmente, en medio de tanto dolor y en su condición humana, cuestionó a Dios cuando dijo: “*Dios mío, Dios mío ¿por qué me has abandonado?*”, y aceptando la voluntad de Dios Padre, sufrió el dolor y los malestares corporales propios de la crucifixión, hasta su último suspiro de vida, hasta su muerte.

Sin embargo, su sufrimiento y muerte no fueron en vano, Él murió por la salvación del mundo, nos redimió de nuestros pecados, y todos absolutamente todos estamos llamados a vivir en gracia de Dios, pues a Él volveremos. (87)

Es entonces, que todo dolor y sufrimiento humano tiene sentido si lo vemos desde fe. Por tal razón, todo nuestro sufrimiento, debemos unirlo al de Cristo, pues así le damos un valor añadido: el valor unificador y santificador. (88)

Por ello, los sujetos de estudio afirman que tuvieron miedo, pensaron que podían morir, incluso algunos quisieron la muerte porque no soportaron tanto dolor, sintieron dolor, y aun así confiaron en el Señor, esa confianza les dio fortaleza para seguir adelante.

Nadie sabe los designios de Dios, muchos no lo entendemos, y algunos no llegamos a comprenderlo sino hasta nuestra muerte. Sin embargo, la religiosidad siempre va en busca del Absoluto, aquel gran Dios que a pesar de todas nuestras flaquezas y quebrantos nunca nos abandona. Es más, hasta el espíritu del más ateo busca a Dios en algún momento de su vida; pues Él es el principio y el final en esta vida.

Más ejemplos sobre ello, son los siguientes discursos:

“...Tomé mi enfermedad como una prueba más de Dios porque a veces cometemos pecado, Él me dio una lección más. Y doy gracias a Dios por quedarme en la tierra. Depende de la vida que uno lleva, para estar aquí, o en la eternidad...” (ARIES)

“...Oraba, le pedía a Dios fortaleza para seguir adelante. Él no castiga, es por la imperfección del hombre que sufrimos enfermedades, Dios me ayudó mucho,

aprendí bastante. No pensaba lo peor, sino que iba a mejorar, tenía mente positiva y ahora estoy tranquila gracias a Dios...” (SOL)

“...Estoy agradecido con Dios, siempre está conmigo, Él está atento para ayudarnos a todos, en ese sentido Dios está a nuestro lado. Pero en este mundo hay mucha confusión, maldad, pecado, pobreza, gente que no tiene esperanza, y quisiera que todos tuvieran esa esperanza. Dios me permitió seguir aquí, con mi esposa y mis hijos, Él me da fuerzas, haré todo lo que Dios quiera, por ejemplo, pronto recibiré una Iglesia para pastorear, hacer seminarios, es mi gran deseo, hay gente que necesita ser ayudada...” (ANGEL)

Los tres discursos reflejan el mismo mensaje, que el hombre al verse en una situación límite, dolorosa, de sufrimiento, siempre en algún momento busca a Dios, porque el hombre en sí mismo no tiene el poder suficiente para superar el dolor, siempre hay una “superpersona” - como lo dijo Frankl en su libro – siempre existe y existirá un ser extraordinario, un ser Absoluto y es Dios. (85)

Algunas personas que experimentaron el estado de crítico de una enfermedad, lo toman como una prueba de fe. Y es que Dios muchas veces permite el sufrimiento en los justos como un sentido de prueba, disciplina y santificación. Como prueba, porque Dios ve cuán grande y verdadera es nuestra fe en Él; como disciplina, porque nuestra naturaleza humana es rebelde, por lo tanto, necesitamos entrenar nuestro espíritu, guiado por el Espíritu Santo de Dios; y como medio de santificación, pues sólo Dios es santo, perfecto, entonces para llegar a Él al final de nuestros tiempos, debemos estar libre de toda impureza (65).

Ahora, todos los discursos relatados convergen cuando mencionan que el sufrimiento también viene a consecuencia de nuestros pecados, pues muchas veces los hombres siguen un camino en desobediencia a Dios, lo que uno siembre, cosecha. Así también, el sufrimiento significa un llamado a la conversión⁵⁸, como dice las Sagradas Escrituras (Oseas 5, 15) “Por ahora me vuelvo a mi casa hasta que se reconozcan culpables y vengan a verme, pues en su angustia tratarán de encontrarme”. (87)

Un ejemplo más que sustenta el análisis de esta proposición, es el presente discurso:

“...El dinero se consigue, la vida no; eso me consuela, volver a trabajar, agradecer y darle esa confianza a la gente que rezó y se preocupó por mí. Pienso que Dios nunca me abandono, al contrario, me ha dado una experiencia, que debo obedecer y cuidarme. No fue un castigo, fue mi propio descuido, uno debe cuidar su cuerpo, sus alimentos. Tengo que tomar conciencia de lo que he vivido, pido a Cristo y a la Virgen de Guadalupe me ayuden...” (LILA)

Por otro lado, en el último discurso anteriormente descrito, menciona el sujeto de estudio que después de aquella experiencia dolorosa de su enfermedad, Dios le dio una oportunidad más para seguir viviendo, en agradecimiento, el trabajará por su prójimo según sus creencias y costumbres religiosas. Pero, muy al margen de ello, lo que la investigadora trata destacar es la ayuda por los demás, como un acto de caridad y sentido de su vida, frente aquella experiencia de sufrimiento.

Las dimensiones esenciales del vivir cotidiano como el amor, el trabajo y el sufrimiento participan del sentido de la vida. “El amor es un acto de donación, ello implica la integración de la interioridad (para darse, es preciso autopoerse) con que se dota a la persona de una mayor amplitud y riqueza. En el amor con que uno quiere ser digo de otro se produce un proceso de mejora continua”. (85)

Es decir, para que una persona pueda brindar amor a otro, como acto de caridad, es necesario autoconocerse uno mismo, saberse quien es en su interioridad para tratar de conocer la realidad del otro, a través de la empatía. Para ello es preciso haber vivido diversas experiencias, entre ellas el sufrimiento. Como dijo uno de los entrevistados, “en el mundo hay mucha maldad, pecado, pobreza, confusión” ello es prueba de que el ser humano sufre, y no solo en la enfermedad. Por eso, el sujeto de estudio encuentra sentido a su vida en su dolor y decide ayudar al prójimo según sus creencias religiosas.

Así mismo, algunos de los sujetos de estudio manifiestan el agradecimiento y la confianza en retribución a todas las personas que rezaron por ellos y estuvieron pendiente de su situación, incluso más de uno, habla de volver al trabajo. Y es que, el sentido de la vida, también se muestra en el trabajo diario, no sólo por demostrar nuestras capacidades, habilidades y hábitos, sino también porque el mismo trabajo integra los diversos niveles de la personalidad en relación con el mundo y los otros. Por tanto, ello demuestra nuestro equilibrio psíquico y madurez espiritual. (85)

Es así como el sentido de la vida, abarca también darle un sentido al sufrimiento, con ello, crecemos como persona y nos abrimos al mundo en actos de caridad.

Un ejemplo más sobre ello, es el siguiente discurso:

“...El sentido de mi vida es mi familia y Dios porque Él me da paz. Estar en UCI, te confronta con la vida, porque tienes tiempo para pensar y darte cuenta que eres

tan frágil, estás expuesta a todo, y no tenemos el control de nada, te sientes vulnerable. Yo creo que estar allí, te pone a prueba de lo que en verdad eres y crees, que no somos autosuficientes, y necesitamos de Dios y de la familia. Toda mi fortaleza ha sido Dios, la oración me sostenía, yo no estaba sola, si no hubiera estado con Dios, me hubiese abandonado; sin esperanza, sin fe no hubiera tenido la fuerza y paciencia para seguir, es una lucha contra el dolor y la incapacidad. Todo ha sido conforme a un propósito, aún ésta enfermedad, lo que nos pasa es por algo, para formarnos, ayudarnos, para no quedarnos y seguir hasta el último día, no podemos desanimarnos, no se puede tirar la toalla. Veo que muchos dicen ¿por qué a mí? Pero yo dije: “Señor Tú sabes, Tú todo lo haces bien, te pido no me dejes sola con mi temor, en mi debilidad y dificultad que Tú estés conmigo”, y así ha sido...” (LUNA)

En el presente discurso, se puede apreciar claramente la visión humana y cristiana del dolor y el sufrimiento, así como el sentido de la vida frente a ello.

El sufrimiento puede ser consecuencia de un dolor físico, pero hace referencia a otros aspectos relacionados con el interior de la persona (psicología y espiritualidad), personalidad, actitudes frente a la vida, etc. Ahora, es sabido que la enfermedad y el sufrimiento son los males que mayormente aquejan al hombre, pues en la enfermedad la persona experimenta su impotencia, sus límites y su finitud (22); además “el dolor y la enfermedad puede paralizar al hombre, descomponerlo no solo físicamente, sino también espiritualmente. Más también puede destruir la vanidad, el embotamiento del espíritu y llevar al hombre hasta el descubrimiento de sí mismo” (89)

Por tal razón, el sufrimiento tiene un sentido en la vida del hombre. “En el modo de aceptar en uno el dolor impuesto, en cómo se sufre, está la respuesta al porqué del sufrimiento. Todo depende de la posición, de la actitud hacia el dolor – naturalmente, hacia el dolor necesario, y por esto inundable de significado – y de la realización de los valores de actitud, hecha posible por el dolor. El crecimiento, la maduración, van ligados al dolor y a la respuesta de la pregunta ¿por qué sufrir?”. (57)

Como se aprecia en el discurso, el sujeto de estudio se confronta con su enfermedad, el estar internada en UCI le hizo reflexionar, pensar, meditar sobre su vida y el sentido que tiene frente al estado crítico. Todos los participantes de esta investigación convergieron en una realidad: saberse personas limitadas, dolientes, que tratan de aceptar su dolor, darle un sentido a sufrimiento y, por ende, a su vida.

A continuación, un ejemplo último sobre ello:

“...Mi meta era curarme para seguir viviendo, siempre tuve por quienes luchar, mis hijas pequeñas y mi familia. Al principio pensaba que era un castigo de Dios, pero

no. Fui yo quien no me cuidé. Estando en UCI, le pedí con tanto clamor de corazón a Dios que me sanara, porque sabía que estaba mal. Mis familiares me apoyaron económica y moralmente, tenía que lucharla, darme valor, aunque había días que me derrumbaba, pero agradezco a Dios porque me dio la oportunidad de vivir. En casa, cuando tomaba desayuno, a veces no me gustaba, sin embargo, en UCI no puedes comer, y allí, como deseaba ese desayuno que un día desprecié. Cuando estás bien puedes respirar, pero estando en el hospital, ese oxígeno tiene un costo. Cuando tenemos el aire gratis no agradecemos a Dios. Entonces, estar en UCI te ayuda a reflexionar, ver la vida diferente, a veces nos desesperamos por lo material, pero nuestro corazón está vacío. Ahora siento como si una carga hubiera soltado de mi espalda, estoy tranquilo en la presencia de Dios...” (FORTUNATO)

Es probable que todos se preguntaron el ¿por qué? del dolor de su enfermedad, de su sufrimiento o el ¿para qué? Es allí, el punto de partida para iniciar el proceso de maduración y crecimiento espiritual.

Algunos psicólogos señalan que el dolor ayuda al hombre a desapegarse de las cosas, de su entorno social, laboral, etc., para trascender a sí mismo. Sin embargo, el sufrimiento, dependiendo de cómo el hombre lo tome, puede conllevar al egoísmo o a la generosidad (22). Como se aprecia en el último discurso, el sujeto de estudio encontró el sentido de su vida en el amor de su familia. Y aquí, se abre un paréntesis para ampliar brevemente el tema sobre la caridad, o donación de sí mismo, que se trató anteriormente.

El don de sí, es el acto en el cual nos desprendemos de nosotros mismos, para darnos a los demás. Es en aquel acto donde nos encontramos sí mismos y crecemos como personas. Por lo tanto, “la persona tiene la capacidad de darse a los demás, y no solo dar lo que tiene, sino darse ella misma” (90). Ese amor caritativo, es entendido como *caritas* que significa en latín: caridad.

El amor fortaleció interiormente a muchas de las personas que estuvieron en estado crítico, el amor a Dios en primer lugar, el amor a su familia, hijos, cónyuges, padres, etc., pues la mayoría de discursos convergen que dicho amor les ayudó dándoles fortaleza para afrontar su dolor y sufrimiento, de esa manera reconocieron el sentido de su vida, mientras se encontraban internados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Así también, para hallar el sentido al sufrimiento, no significa que aunque éste sea malo, no tenga sentido, pues de una mala experiencia siempre se puede vivir algo positivo. “El sufrimiento puede engendrar hondura del alma, plenitud de la condición

humana, nuevos caminos para descubrir más luz, para acercarse a Dios. No hay que tenerle miedo al dolor... Dios no desaparece cuando sufrimos. Está ahí de otro modo, como está el sol cuando se ha ido de nuestros ojos” (91)

En cambio, existen otras personas que no encuentran sentido a su dolor, o les irrita tanto el sufrimiento de otros, que terminan por negar la existencia de Dios (22).

Sin embargo, en la presente investigación, los sujetos de estudio afirman que tras encontrarse en una situación límite, de profundo dolor, buscan a Dios.

Según la Carta Encíclica: *Fides et Ratio*, escrita por Juan Pablo II, dice que “la realidad que experimentamos no es el absoluto; no es increada ni se autoengendrado. Solo Dios es el Absoluto” (92). Así mismo, toda autonomía del hombre que ignore el poder de Dios, conlleva a situaciones dramáticas que destruyen la armonía y el sentido de la existencia. “La palabra de Dios plantea el sentido de la existencia y ofrece respuesta orientando al hombre hacia Jesucristo, el verbo de Dios, que realiza en plenitud la existencia humana” (92). Es entonces, que toda existencia es llamada a realizarse en Dios según la fe.

Por otro lado, se encuentra el tema del sentido del sufrimiento para el hombre. Para encontrarle el sentido, hay que aceptarlo. Sin embargo, muchos nos cuestionamos sobre el porqué de ello. Tal es el caso de Job – personaje bíblico - , quien padece muchas adversidades y sufre porque no alcanza a comprender su situación. Es que, el dolor es un misterio, y los misterios no se pueden explicar. Por ello, es necesario aumentar nuestra fe, pero “el precio de la fe no viene tasado por el grado en que esa fe demuestra ser documentada, sino por el grado y medida en que se mantiene firme, porfiada, paciente”. La fe, da la paz en cierto nivel del alma, al dejar de afanarnos por nuestros saberes, al dejar de querer entenderlo todo, la aceptar los límites de nuestro conocimiento, “es mejor creer, que creer que sabemos”. (93)

También es importante resaltar la aceptación del sufrimiento y no tratar de huir o rebelarse contra cualquier situación que nos provoque dolor. Es más fuerte y doloroso el daño de no aceptar el sufrimiento, pues tal oposición genera angustia, desesperación, inquietud, ira, etc.

En cambio, si aceptamos el dolor, mostramos una actitud serena, más no pasiva, sino firme y confiando en Dios, el sufrimiento es menos doloroso. Si acogemos el dolor, éste nos ayuda, nos enseña a crecer, educa nuestro carácter, purifica nuestra alma haciéndonos humildes, tranquilos, nos enseña amarnos, aceptarnos a nosotros mismos y también al prójimo, le sabemos comprender. Por eso, es mejor vencer el miedo al dolor, no encerrarnos en nosotros mismos. El dolor y el sufrimiento nos ayudan a reconocernos como seres humanos limitados, por tanto, buscamos a Dios y nos acercamos a Él. (94)

En el caso de los sujetos de estudio, todos ellos manifestaron creer y tener fe en Dios, esperar y confiar en Él, a pesar que al principio se cuestionaron, algunos se desanimaron y se inquietaron. Pero también les ayudó a saberse pecadores, a entender que el padecimiento de aquel estado crítico – en algunos casos – fue a consecuencia de sus descuidos; asimismo, aquella experiencia les sirvió para unir la familia.

Es así que, en la enfermedad, el hombre experimenta su finitud, su limitación, pero también permite madurar a la persona, pues le enseña a discernir lo que es y no esencial en la vida, por ello, la enfermedad lleva a la búsqueda de Dios, y el retorno a Él. (84)

También, no debemos olvidar jamás que se puede encontrar el sentido a la vida incluso cuando vivimos una situación dolorosa, desesperada, o con un destino que ya no puede ser cambiado. Lo importante es vivir y dar testimonio de nuestra potencialidad humana: transformar la tragedia en triunfo, la desgracia en un logro humano. “Jamás falta el sentido a la vida, existe un sentido potencial a descubrir, incluso más allá del trabajo y del amor”. (95)

En base a la literatura anteriormente analizada, se concluye resumiendo que todas las personas experimentamos el dolor y sufrimiento en algún momento de nuestra vida, sea durante la enfermedad o en alguna contrariedad. Ahora bien, huir del aquel trágico y/o dramático hecho no es la solución. Independientemente de las creencias religiosas de cada quien, es justo y necesario afrontar el dolor, encararlo, aceptarlo y vivirlo, no pasivamente, pero si tratar de hacerlo serenamente, con la firmeza de una esperanza puesta en Dios, llamada fe; pero no basada en ideales, sino una fe creyente en que todo suceso, es por nuestro bien, para sanar nuestras heridas emocionales y espirituales,

muchas veces, a consecuencia del pecado; así mismo, el sufrimiento llevado bajo el sentido cristiano, purifica el alma y fortalece el espíritu a luz de Dios, Él Absoluto.

Por otro lado, es importante mencionar que en medio del sufrimiento se encuentra inmersa la familia o los seres queridos del enfermo, y cuán importante es el apoyo de dichos familiares.

Así es como emerge la siguiente proposición:

***EL AMOR FAMILIAR PARA EL LOGRO DEL BIENESTAR FÍSICO,
EMOCIONAL Y ESPIRITUAL DEL ENFERMO***

El vivir en sociedad, es un rasgo esencial del ser humano, pues el hombre siempre se dirige al grupo social, el más cercano: La familia (96), porque es una sociedad estable, donde el ser humano es formado desde pequeño, además todos sus miembros afrontan las necesidades materiales, morales y espirituales de la vida cotidiana, por medio de la comunicación y del amor. (97)

Por dicha razón, la familia cumple un papel importante en la vida del enfermo, porque de alguna manera influye en su bienestar físico, emocional y espiritual. Cuando la persona sufre una dolencia, necesita ser atendido, escuchado, comprendido, aconsejado en sus temores, angustias, tristezas, y quienes son los más próximos a realizar este acto de bondad son los familiares cercanos del ser humano doliente. (97)

Este texto se puede ejemplificar con los siguientes discursos:

“...Estaba solita sin mis hijos, pensando en ellos, preocupada, ya cuando llegaban a visitarme, me sentía tranquila y contenta...” (ROSA)

“...Me daba tranquilidad el hecho que mis seres queridos estuvieran al pendiente de mí persona...” (FLORCITA)

“...Mi familia me daba mucho ánimo, me hablaban, me acompañaban y me sentía tranquila...” (SOL)

Como se puede apreciar, los sujetos de estudio manifiestan sentirse mejor anímicamente cuando se encuentran junto a sus familiares, pues ellos les transmiten amor, seguridad, confianza, tranquilidad y motivación para salir adelante pese al

estado crítico que padecen. También, es cierto que algunos pacientes están inconscientes, pero, aun así, es importante la cercanía y el acompañamiento del ser querido; siempre es preciso y necesario una palabra, una caricia por parte del familiar o de alguna persona muy querida e importante para el enfermo.

Es así, como el paciente críticamente enfermo, siente el apoyo del familiar; lo cual se fundamenta porque la persona, como ser abierto a los demás, es naturalmente social, por eso necesita de otros para comportarse conforme a lo que es y alcanzar su plenitud: “no hay yo, sin tú”. (21)

Incluso, algunos entrevistados refieren sentir alivio del dolor físico cuando ven a sus familiares, ejemplo en los siguientes discursos:

“...Siempre esperaba la visita, calculaba o preguntaba a las enfermeras la hora (sonríe) ¡Me alegraba ver a mi mamá, mi hija!, estaban allí todos los días, me acuerdo y me da tristeza (llora), la familia es lo que te sostiene. Mi papá me daba fuerzas, ánimo (llora, se hace una pausa). Mi familia se unió más, allí pude ver el amor de mis seres queridos...” (LUNA)

“...Cuando llegaba mi madre y mis hijas me sentía contenta, segura, tranquila y feliz. Ellas influían mucho en mi recuperación, estaban al pendiente de mí. A veces, me preocupaba mi mamá, ella sufría al verme, me daba pena, también me sentía una carga porque le ocasionaba gastos, algunas medicinas no las cubría el seguro...” (CIELO)

En ambos discursos, los sujetos de estudio refieren que, para ellos, su familia es lo más importante, les daba alegría ver a su madre e hijos, sus padres les daban ánimo para seguir adelante e incluso aquella situación ayudó a fortalecer la unión familiar. Como se evidencia, el apoyo de la familia o de los seres queridos es pieza fundamental para sentirse en compañía, de esa manera se evita la soledad y tristeza.

Ello se fundamenta porque “la ayuda y la compañía es siempre conveniente en la vida, con cuánta más razón, entonces, ¿no será necesaria ante el drama del dolor y la enfermedad?” (98). Por tal razón, es importante promover siempre el apoyo del ser querido para el paciente críticamente enfermo. Pues, no sólo es acompañar, sino también estar en el lugar del otro, tratar de sentir lo que siente, compadecerse, ayudarlo a darle un sentido a su sufrimiento y a su vida.

En efecto, la familia es uno de los cimientos donde más se aferra la persona enferma en todo momento, siempre que esté lúcido en su intento por rescatar de ese profundo dolor, aquellos valores, virtudes y lecciones de vida que aprendió en el seno familiar.

Así mismo, el rol de la familia es muy importante porque además de la fe, que orienta el rumbo y el transcurrir del sufrimiento, toda persona enferma necesita el apoyo de quienes lo rodean. (98)

Por otro lado, algunos entrevistados manifiestan sentirse una “carga” para su familia, tal como se relata en el último discurso, eso también les preocupa, influyendo a veces en su recuperación.

A continuación, se describe más ejemplos:

“...Me sentí una carga para mi familia y me preguntaba ¿Por qué gastan tanto en medicinas? ¿Habrá dinero? Me preocupaba. Pero mi familia me daba ánimo y me decían que no me preocupara, querían verme bien y sano...” (ARIES)

“...Era un alivio cuando veía a mis padres porque podía estar tranquila, decía entre mí que debía recuperarme, colaborar para salir pronto de allí. Me preocupaba la parte económica, cada día era un dolor más para mis papás, eso influía en mi recuperación, era frustrante por ejemplo saber si ayer me hicieron destete ventilatorio por 30 minutos y hoy no podía tolerarlo, era un retroceso para mí...” (MAR)

“...Siempre estaba durmiendo, me levantaba por ratos, volteaba y veía las máquinas, sólo esperaba la hora de visita y una buena noticia, pensaba en ver a mi esposo, mis hijos. Una vez les dije: ¡Ay Dios mío!, han gastado su plata en mí, ¡¿cómo?! Como para devolverles, pero mi familia me dice: “mamá, no te preocupes, trabajando se consigue todo, lo importante es que tú estás sana y salva, estás viva, Dios te ha traído de nuevo” ...” (LILA)

Durante el estado crítico de una enfermedad, se pierde la independencia, la movilidad física, entonces se recurre a los servicios de otras personas. En este caso, el personal de salud les ayuda en los cuidados, incluso los más íntimos, esté o no despierto el paciente. En determinadas ocasiones, la familia también forma parte del cuidado. Por eso, muchas veces los enfermos suelen manifestar sentimientos de inferioridad, debilidad, o de ser una carga para los demás, haciéndole sentir extraño (24).

También, el enfermo se preocupa por los proyectos o sueños truncados a raíz de la enfermedad, y se pregunta por las personas implicadas en ello, y quien le sustituirá en el futuro. (24) En estos casos, los sujetos de estudio se preocupan por la salud de su

familia, y por los gastos que demanda la enfermedad que padecen. La parte económica es muy importante para el paciente, y sienten que son una carga familiar. Así también, le preocupa los proyectos que se habían planificado antes de caer enfermo.

Sin embargo, para los familiares, lo más importante es que su pariente enfermo recupere la salud, sin escatimar los gastos que esto pueda demandar. Entonces, el paciente al saber eso, se siente más reconfortado, tranquilo, y eso influye también en la recuperación de su salud. (4)

Sin embargo, existió divergencia en relación a los discursos anteriores. Hubo un sujeto de estudio que relató no sentirse una carga porque tenía la plena confianza en su familia y sabía que lo apoyaban por ser un miembro familiar muy importante en la vida de sus seres queridos, pues demostraban su afecto en muchas oportunidades antes y durante de su enfermedad.

A continuación, el ejemplo:

“...No me sentí como una carga para mi familia, ellos se preocuparon por mí porque soy su padre, me estiman mucho, mis hijos no me dejan solo, se preocupan por mi salud, no estuve solo, también me visitaron gente de la iglesia, que me estiman...” (ANGEL)

Como se puede observar en este discurso, hay personas que sienten mucha seguridad en su familia y eso es muy importante porque en situaciones cruciales y adversas como la enfermedad, el amor familiar es fundamental para la persona que sufre, más aún si se encuentra en una Unidad de Cuidados Intensivos, donde el paciente se siente frustrado, temeroso, vulnerable y dependiente del cuidado de los demás. No sólo le da seguridad, sino también serenidad y confianza para poder afrontar dicha situación.

Aparte, como lo menciona el sujeto de estudio, que importante son los amigos, pues el sentir el cariño de ellos, también le ayuda sentirse amado por los demás. Lo cual es vital para su bienestar emocional, espiritual, e incluso puede ayudar en el restablecimiento de su salud.

Es así, cómo la persona enferma rescata el valioso apoyo familiar, sea moral, emocional, espiritual y/o económico, así como también la comprensión de sus familiares, en los momentos más difíciles de su enfermedad. (97)

Aquí, un último ejemplo sobre la importancia de la unión familiar para el enfermo:

“...Agradezco a Dios porque nos enseñó la unión familiar a raíz de mi enfermedad, y nos ha servido en los momentos difíciles. Mi familia me dio fuerza emocional para salir adelante, yo me preocupaba por el dinero, pero ellos querían que sanara. Todo apoyo, fue recíproco, leal, y mis amigos también me ayudaron, eso me dio alegría...” (FORTUNATO)

En las situaciones de adversidad, de crisis, cuando el mundo afectivo de la persona parece ser una especie de torbellino, o de un volcán en erupción, cuyo sufrimiento es aquella lava ardiente y dolorosa, lo que más necesita la persona, aparte de buenos consejos, es sentirse comprendido. La comprensión, hace que el enfermo pueda sentirse digno de consideración, sin ningún juicio moralizante, además le permite avanzar en la búsqueda de sus propios recursos para superar las adversidades que la enfermedad trae consigo, ayudándolo a controlar sanamente sus emociones. (99)

Entonces, si se quiere provocar cambios de conducta en la persona para que afronte su situación dolorosa y aprenda a vivir con serenidad sus dificultades, se le debe ayudar a buscar las razones para que se produzca dicho cambio, lo cual se consigue mediante la comprensión. (99)

Para comprender verdaderamente a las personas que sufren, se necesita una actitud fundamental, capaz de abrir camino a muchas luces, sobre todo para aquellos que atraviesan una experiencia dolorosa: Se trata de la empatía, que consiste en ponerse en la situación existencial del otro, en este caso de quien sufre, captar su estado emocional, sus sentimientos, sus emociones, adentrarse en su experiencia y comprenderlo desde su punto de vista. Es decir, va más allá del afecto, que viene a ser la simpatía, la cual solo receptiona y comprende los estados emotivos. La empatía es la capacidad de captar las vivencias de otro ser humano, de penetrar en su afectividad y de conmovirse con él. (99)

Eso sucede con la familia y los seres queridos de los enfermos, ellos tratan de situarse en el lugar del que sufre, por eso, muchos comprenden y hacen lo posible por ayudar al enfermo. Incluso, algunos textos afirman que la familia del paciente en UCI, es un factor social para la identificación y manejo del dolor, porque puede contribuir en su valoración conductual, a través del reconocimiento de respuestas expresadas en gestos, movimientos o ruidos. (11)

Es necesario resaltar que, muchas veces la unidad familiar se ve afectada por diversos aspectos concernientes a la enfermedad sobre todo cuando es de larga estancia hospitalaria, donde los familiares sienten la impotencia de no poder hacer nada por salvar a su familiar, y el paciente a veces capta esto, e influye en el enfermo.

En efecto, el personal de salud debe saber brindar apoyo moral a la familia también. Y asimismo, recalcar que la enfermedad ayuda a fomentar la unión familiar, reconcilia a cada uno de sus miembros en caso la convivencia estuviese resquebrajada. Ante el padecimiento de la enfermedad, las personas se sensibilizan y muestran gestos de perdón. Es allí, donde nacen los sentimientos de caridad y generosidad. (98) Así lo manifestaron los sujetos de estudio en algunos discursos. Cuán importante es la familia, los seres queridos, en la vida del enfermo; y cuán remediador es el amor, la caridad, la comprensión y la generosidad para el que sufre.

Todo lo que hacemos por nuestro prójimo, se lo hacemos a Dios. Por eso, no importa títulos, ni estatuto social, lo que verdaderamente le interesa al enfermo es sentirse amado y comprendido por quienes están a su alrededor.

Es así, como nace la siguiente y última proposición:

***LA COMPRENSIÓN Y COMUNICACIÓN EN EL CUIDADO HUMANO DEL
PACIENTE DE UCI Y SU FAMILIA***

La persona que sufre una enfermedad cuyo estado es crítico se siente vulnerable emocionalmente, además puede atravesar una crisis espiritual. Asimismo, su corporalidad se encuentra expuesta e invadida tanto por el tratamiento como el cuidado

mismo. Por ello, es importante que el personal de salud pueda brindarle un buen cuidado al paciente, basado en la humanidad, comprensión, ayuda, y comunicación, a fin de mejorar su calidad de vida, así como también, apoyarle emocional y espiritualmente. (26)

En la Unidad de Cuidados Intensivos, los pacientes conscientes de su situación o que al menos pueden sentir el exterior, se dan cuenta del trato que el personal de enfermería les brinda y cómo este influye en el estado emocional de la persona enferma, porque para ellos, es importante sentirse comprendido, protegido y cuidado. (8)

En la presente investigación, algunos de los sujetos de estudio manifestaron lo siguiente, acerca del cuidado que se les brinda:

“...Las enfermeras tenían mucha delicadeza a la hora de acomodarme o levantarme, y eso es bueno, si nos tratan con cuidado, sentirán nuestro dolor, no vivirlo, sino saber que tenemos dolor. Por eso, me gustaría que las enfermeras vean al paciente como un familiar, un ser querido, que puedan entender y comprender nuestro dolor, y a nuestros familiares que los traten con cuidado, brindándoles seguridad, ánimo y apoyo moral...” (MAR)

“...Llamaba a las enfermeras señalando con el dedo, no podía hablar, estaba intubada, quería un lapicero para escribir porque ellas no me entendían muy bien. Por eso, les aconsejaría a las enfermeras que tengan mucha paciencia y amabilidad porque al servicio de UCI entramos con tanto dolor y queremos que las enfermeras nos tengan paciencia, sean cariñosas, responsables y humanas en su trato...” (CIELO)

En ambos discursos se puede apreciar que los sujetos de estudio sufren mucho durante su hospitalización en UCI, y las personas próximas a ellos que tratan de aliviar el sufrimiento, son el personal de enfermería. Como se observa, además de la administración correcta de medicamentos, es justo y necesario comprender el sufrimiento de aquellos pacientes, tan solo así se puede paliar el dolor, así como también brindarles apoyo emocional y espiritual; muchas veces una palabra de ánimo o esperanza, un gesto de cariño puede aliviar el sufrimiento.

“Lo que hace falta es que sepamos hablar y responder a nuestros enfermos, que aprendamos a entrar en la discusión, a afrontar la lucha con los medios adecuados, es decir con armas espirituales”. (100)

El cuidado humano nos permite acercarnos a la persona, comprenderla, escucharla y brindarle apoyo, de esa manera podremos responder a las necesidades básicas y afectivas que nuestros enfermos reclaman. Sin un poco de humanidad, sería imposible.

Según Bermejo, humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona, con sus propios valores. La humanización es definida como una actitud mental, afectiva y moral que hace repensar al personal de salud acerca del modo que brinda sus cuidados al enfermo, teniendo en cuenta que el cuidado debe ir siempre orientado al bien del otro, quien se encuentra en una situación difícil y vulnerable. Así también, para poder humanizar nuestro entorno, se debe mejorar la calidad de nuestras vidas, siendo felices al cuidar a los demás, cuando ellos lo necesitan. (12)

Por ello, importante que el personal de enfermería cuide humanamente al enfermo. Una persona en estado crítico necesita ser comprendida, porque son pacientes – en su mayoría - totalmente dependientes, por tanto, es normal que en algunos casos manifiesten estados de preocupación, miedo, ansiedad o intranquilidad. Incluso a veces quieren hablar, y como no pueden, se comunican mediante gestos o señales. Entonces, como lo expresan los sujetos de estudio, lo mínimo que pide un paciente en UCI, es que lo cuiden humanamente, esto significa, ser tratado con afecto, empatía, caridad, comprensión y responsabilidad.

La persona ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos, o a cualquier unidad crítica se enfrenta a múltiples factores estresantes, entre ellos, la enfermedad misma y lo que implica la hospitalización, por tanto, no solo sufre el paciente, sino también la familia. Asimismo, las situaciones más estresantes en la unidad de cuidados intensivos constituyen el componente fisiológico y psicológico de paciente, así como también los factores ambientales. (26)

Entre los elementos principales que desencadenan estrés y ansiedad son los siguientes: El riesgo vital, pues la persona tiene mucha incertidumbre sobre la continuidad de su vida; la falta del control del medio, es decir, el alto grado de dependencia que le produce la enfermedad, también se hace mención que el paciente tiene miedo sobre algún posible fallo tecnológico o humano; la despersonalización o falta de sensibilidad por parte del personal asistencial; el aislamiento, puesto que es un servicio con poca

accesibilidad al familiar; el espacio físico, es decir la limitación de cada unidad de paciente, la falta intimidad, ruido de máquinas, etc.; el disconfort, es decir la falta de bienestar que experimenta el paciente, la limitación de movilidad física, el dolor, etc., y por el último, el entorno emocional del mismo personal sanitario. (26)

Todos estos elementos mencionados producen una fuerte carga de estrés y ansiedad en muchas personas que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos, y se puede ejemplificar con los discursos narrados por los sujetos de estudio.

A continuación, se describe un ejemplo más, sobre cómo se siente la persona hospitalizada en UCI:

“...El paciente en UCI tiene muchas necesidades, por ejemplo: el cambio de pañal porque no lo soportas, te escaldas, duele, quema, quería que me cambien y algunas no me entendían, aparte tienes hambre. Cuando me bañaban temblaba de frío, no podía evitarlo y no podían comprenderme. Una vez tuve sed, y una enfermera me mojó los labios ¡qué alivio se sentí! Por eso, les pediría a las enfermeras, traten de entendernos porque la pasamos tan mal, y lo único que esperamos son personas que nos traten con amor y dedicación. Por ejemplo, el preguntar es una buena forma para que el paciente pueda comunicarse, porque allí no pueden hablar, entonces nos pueden preguntar: ¿Está bien así? ¿Le gusta esto?, cuando las enfermeras son dedicadas uno siente seguridad...” (LUNA)

Como se puede observar, este relato ilustra claramente todos los elementos estresantes en UCI descritos anteriormente, los cuales produce sentimientos de ansiedad, miedo, aburrimiento, etc., así como el dolor producido por la enfermedad misma y los procedimientos que son parte del tratamiento médico y cuidado de enfermería.

A veces, parece poco importante pensar que un simple pañal pueda irritar la piel del paciente; sin embargo, no es así. Para el sujeto de cuidado, nuestras acciones, nuestro quehacer más sencillo, realizado correctamente, resulta muy necesario para brindarle bienestar. ¡Qué reconfortante es para el paciente mojar sus labios, cuando estos están reseco! ¡Cuán relevante resulta preguntarles: ¿todo está bien?! ¡Qué necesario es tratar de entender los gestos del paciente...!, pues como menciona el entrevistado en su discurso, las personas hospitalizadas en UCI, la pasan tan mal, que solo esperan ser tratados con amor y dedicación.

El personal sanitario durante su labor con el paciente, no solo debe centrarse en sus actitudes y habilidades técnicas y/o profesionales, también deben ayudar a favorecer el bienestar emocional y espiritual de la persona enferma. (26)

Así mismo, es importante la comunicación con el paciente en UCI, muchos no pueden hablar debido a que se encuentran conectados en máquinas que les permite respirar, no obstante, esto es un obstáculo para entenderlos y comprenderlos.

A continuación, un ejemplo más sobre la necesidad de comunicación con el paciente.

“...Algunas enfermeras me entendían sólo mediante gestos, y tenían paciencia, yo sentía impotencia de no poder hablarles, expresarme. Algunas se comunicaban conmigo, me preguntaban si quería algo, me daban ánimo y eso me ayudaba bastante. Yo les aconsejo a las enfermeras, que nos deben tener paciencia porque no es fácil estar hospitalizada, sentimos dolor, y es feo que no nos entiendan...”
(SOL)

La falta de comunicación puede crear un aislamiento en el paciente, lo cual conlleva a sentir desesperanza, hostilidad, ira, impotencia, soledad, etc. Asimismo, la comunicación puede verse alterada por motivos de incapacidad o limitación física del paciente debido a procedimientos (orotraqueales, traqueostomía), o por causas psicológicas (retraimiento, negación del paciente, etc.) Dichos aspectos son importantes tenerlos en cuenta para brindar el cuidado humano a través de la relación terapéutica; como se mencionó anteriormente, es importante, justo y necesario brindarle bienestar físico, apoyo emocional y espiritual a la persona enferma. (26)

En los siguientes discursos, se puede evidenciar la importancia del buen trato, cuidado humano y la comunicación con el paciente:

“...Las enfermeras han sido amables conmigo, me han atendido bien, tenían paciencia, estoy muy agradecida con ellas. Me pasaba un poco mi intranquilidad, conversando con ellas...” (ROSA)

“...Estoy muy agradecida con las enfermeras, los médicos y los técnicos, en ningún momento me dejaron sola, han sido muy buenos conmigo, me han atendido bien, veo que se esfuerzan por tener vivo al paciente, escuchaba que estaban pendiente de mí, y deseo que siempre sean amables, cuidadosas y humanas...” (LILA)

Como se puede apreciar en los relatos, el cuidado humano y la comunicación con el paciente, ayuda a restablecer su bienestar físico, emocional y espiritual, tanto así, que

ellos mismos aconsejan que el personal sanitario sea siempre amable, cuidadoso y humano.

Así mismo, es importante brindar el apoyo a los familiares del paciente críticamente enfermo, eso implica ayudar a la familia a poder adaptarse a situaciones de crisis para afrontar la realidad de manera correcta, pues muchas veces tienen miedo a las consecuencias de la enfermedad y buscan alternativas de solución. Por ello, es necesario proporcionarle apoyo, escuchándolos, favoreciendo la expresión de sus pensamientos y sentimientos, reforzando comportamientos positivos para que afronten la situación. Así también, es necesario enseñar a la familia, las formas de comunicación con el paciente, mediante gestos, palabras, tacto, miradas, o a través de un escrito, favoreciendo la comunicación entre la persona enferma y su familia. (26)

Todo lo anteriormente descrito, forma parte de la caridad que se debe brindar al prójimo, en este caso, los enfermos, en especial aquellos que atraviesan una enfermedad crítica.

La literatura nos muestra que el paciente sufre cuando hay una ausencia en la asistencia caritativa del personal sanitario, lo cual implica una violación de su dignidad, eso incluye: no tomar seriamente al paciente, no acogerle o culparle. Hay que tener en cuenta que el paciente es un ser humano que sufre y soporta su sufrimiento. Por ello, es importante tomar en cuenta que el cuidado es una misión en la que interviene la fe, la esperanza y el amor (58). Asimismo, el cuidado en las personas que padecen enfermedades crónicas y/o críticas, se debe priorizar los aspectos espirituales, donde pueda haber espacios que ayude a la reconciliación con Dios, se fomente la unión familiar, y se ayude al paciente a la reflexión de la propia vida. (28).

Por lo tanto, los sujetos de estudio aconsejan a las enfermeras que siempre sean un instrumento de Dios a través del acto de cuidar, asimismo, brinden muestra de cariño y paciencia a las personas que están sufriendo. Así lo describen en los siguientes discursos:

“...El personal de salud debe tener en mente con quienes está tratando, somos personas y deben ponerse en el lugar de nosotros. Un enfermo no se enferma porque quiere, sino porque así es la naturaleza, pero Dios les ha mandado a ustedes para que vean por ellos y por esa labor puedan estar bendecidos, son instrumentos de Dios...” (ANGEL)

“...Cuando me cambiaban de posición y me daban masajes, me relajaba, sentía tranquilidad. Me atendieron muy bien las enfermeras, yo les aconsejaría que les den cariño a los pacientes y paciencia en atenderlos...” (FLORCITA)

Una frase muy impactante y atractiva que se encontró en medio de tanta literatura fue la siguiente: “Que en el amor de quienes te cuidan descubras el rostro amoroso de Dios. Él pone su mano sobre tu frente para darte un poco de alivio” (101).

Estas palabras no pueden pasar desapercibidas, aquí se aprecia claramente que todas las personas que brindamos cuidado, somos instrumentos de Dios, tal como lo manifiesta uno de los entrevistados, y es nuestro deber responder a ello.

Por eso, los sujetos de estudio aconsejan al personal sanitario que trabaja en unidades críticas, como la Unidad de Cuidados Intensivos, se le trate al paciente con mucho amor, caridad, compasión, comprensión. Ello forma parte del cuidado humano, tratar de aliviar el dolor y el sufrimiento también es cuidar; cuidar el alma y el espíritu. (26)

Incluso, las acciones de enfermería que corresponden al cuidado del estado físico o del cuerpo, también son captadas por el paciente, quien lo ve como un acto humanitario, más que centrado en la tecnología. Y es que, por muy complejo que sea el cuidado en las áreas críticas, mientras se dé un toque de humanidad, el paciente lo recibe como tal, sintiéndose tranquilo, seguro.

Así se manifiesta en el siguiente y último discurso:

“...Agradezco al grupo de enfermeras de UCI, ha sido un trato muy bueno, eficaz, ustedes ven cuando a nosotros nos falta la respiración, están al día con nuestro tratamiento, de inmediato solucionan problemas, e informan cómo pasan las horas cada paciente...” (ARIES)

Por consiguiente, es importante para la persona sentirse segura. Los pacientes se dan cuenta de todo mientras su condición se lo permita, y aun así, en caso no puedan, es deber moral asistirle correctamente y acompañarle humanamente. Es parte de nuestra formación tanto personal como profesional.

Así, mismo, es de vital importancia el apoyo espiritual para el paciente, sobre todo cuando se encuentra hospitalizado en una unidad crítica, tal como se manifiesta en el siguiente y último discurso:

“...Todas las personas tienen su personalidad, algunas son amigables, otras no y en todo sitio es así. Algunas enfermeras me daban confianza, paz, y otras no, quizá sea por la rutina del trabajo, los técnicos también me ayudaron cuando lo necesitaba. Dios sabía a quién poner en mi camino, cuando conversaban conmigo, me hacían sentir que no estaba enfermo, ya cuando se iban, volvía a mi realidad de estar postrado en una cama, y me sentía triste. Yo les aconsejaría a las enfermeras que nos deben hablar de Dios, Él es todo. Asimismo, que nos acojan como si fuéramos un familiar, necesitamos apoyo físico porque no podemos valerlos por nosotros mismos; y que no nos transmitan su estrés, nosotros sufrimos por no saber si continuaremos con vida, y sentir el estrés de alguna enfermera nos pone mal. Pero, en primer lugar, quisiera que nos hablen de Dios y nos den valor...”
(FORTUNATO)

Este último discurso encierra todo lo anteriormente analizado, la importancia de la comprensión y comunicación con el paciente hospitalizado en alguna unidad crítica y su familia, ello forma parte del cuidado humano. Asimismo, resulta relevante también la inteligencia emocional en el personal sanitario, el control de sentimientos y emociones influye también en aquellos que están a nuestro alrededor, en este caso, los pacientes, quienes se encuentran vulnerables debido a su estado de salud. También el apoyo espiritual es básico, respetar la religiosidad, hablar de Dios con la persona creyente es muy comfortable.

En conclusión, todo ello, forma parte del amor al prójimo, la caridad debe estar presente en todos los ámbitos de nuestra vida, más aún para quienes tratamos con personas que padecen alguna enfermedad, o cuyo estado de salud en general es frágil.

La Madre Teresa de Calcuta decía: “Cuando una persona muere de hambre o de pena, no es porque Dios la haya descuidado, sino porque nosotros no hicimos nada para ayudarla. No fuimos instrumentos de su amor, no supimos reconocer a Cristo bajo la apariencia de ese hombre desamparado, de ese niño abandonado” (102)

Lo mismo ocurre con los enfermos, es Cristo, bajo la apariencia de una persona enferma, y aquellos que los tratan, deben hacerlo con amor. Son los mismos sujetos de estudio quienes claman amor en el cuidado, y son ellos quienes lo agradecen cuando lo reciben.

En definitiva, vivir es destinarse a los demás. Las personas se realizan como tal cuando se destinan a otras personas. El donarse a sí mismo, es buscar el bien del otro a través de la solidaridad, tolerancia y justicia con el otro (90). Ello, es parte del cuidado humano, basado en la caridad, en el amor al prójimo.

Cada encuentro con la persona que sufre es una oportunidad para comunicar a Dios al que sufre y para encontrar a Dios en el que sufre. Una persona puede acompañar a través de una mirada, una sonrisa, tocando las manos de quien sufre, escuchando lo que emite el paciente y su familia, dando confianza y guiando hacia Dios. Es de ésta manera, como Cristo dio el ejemplo cuando acompañaba al prójimo. San Camilo de Lelis decía: “los enfermos son la pupila y el corazón de Dios”; por ello se les debe servir con más corazón. (29)

Todos los enfermos del cuerpo, alma y el espíritu necesitan de Dios, y de alguien también, Dios no actúa solo, somos nosotros sus instrumentos de caridad, estamos llamados a ello, es parte de nuestro fin último en esta vida. (103)

Por ello, cuando una persona se encuentra en estado crítico es necesario atenderle y asistirle, es parte de nuestro cuidado, de nuestra humanidad, acompañar al enfermo que sufre no es fácil, pero tampoco es imposible, y depende de nuestra actitud que sea posible, pues, es Dios quien nos manda dicha tarea...cuidar.

Como dice Víctor Frankl: “Una última palabra, no para el hombre que sufre, sino para el hombre que se acerca al que sufre y sufre con él: ante el dolor, es significativo vivir juntos. También es significativo en el silencio: el consuelo tiene límites; donde todas las palabras sobran, allí cada palabra es mucho” (57).

Basado en todo lo anteriormente escrito, se concluye afirmando que el cuidado se manifiesta en actos, palabras y silencios. Nuestra vida tiene sentido cuando nos damos en caridad a los demás; asimismo debemos recordar que: en la persona que sufre y en el ser humano que ayuda a quien sufre, se encuentra el rostro de Dios.

CONSIDERACIONES FINALES

La presente investigación titulada “*Dolor y Sufrimiento de los Adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos*” – HRDLM, permitió a la investigadora, acercarse y adentrarse sutilmente al misterio del dolor y sufrimiento de aquellas personas que vivieron la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos, logrando así, develar el objeto de estudio: el dolor y sufrimiento, con la finalidad de hacerlo tangible para el entendimiento; pues se tiene una percepción equivocada de éste, motivo por el cual, frecuentemente se rehúsan aceptarlo, quizás porque desconocen que la única manera de hacerle frente, es dándole un sentido, a través de la perspectiva de Dios.

De allí, se considera que:

- ❖ El dolor es una situación límite que confronta al hombre con su realidad y verdad. Durante la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos el paciente, en determinados casos se encuentra conectado con el medio, y experimenta el dolor de algunos procedimientos invasivos, pese al tratamiento analgésico. Además, emocionalmente, se preocupa por su situación crítica. Tras este dolor, la persona sufre, su espíritu se retrae y se interioriza, manifestando diversos sentimientos tales como: tristeza, depresión, cólera, incomodidad, miedo, desesperación, incertidumbre y angustia por el devenir.
- ❖ La hospitalización en UCI, se caracteriza porque el ambiente es diferente a otros servicios, el cuidado se basa en la humanidad y dominio de aparatos tecnológicos, y el acceso a la familia es generalmente restringido en la mayor parte del tiempo. Asimismo, la corporalidad del paciente se ve expuesta a varios procedimientos médicos y de enfermería, que son parte del tratamiento. Sin embargo, cuando la persona es consciente de ello, sufre porque siente temor, vergüenza e incomodidad, lo cual es natural debido a la situación que atraviesa. Por tanto, el cuidado de enfermería debe ser integral y humano, brindando comodidad y privacidad al paciente, a fin de aliviar su dolor y sufrimiento.

- ❖ El sufrimiento que vivieron los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, muchas veces les conllevó al vacío existencial y la falta de sentido. Sin embargo, la mayoría de ellos lograron encontrar el sentido a sus vidas cuando en medio de tanto dolor buscaron y se acercaron a Dios. Este acercamiento a Dios, les ayudó a aceptar su dolor, muchos se resignaron a su situación, pero luego desde una perspectiva religiosa, nació en ellos la esperanza de poder sanarse y salir de aquel cuadro crítico. Así mismo, el hecho de estar hospitalizado en UCI, les confrontó con su vida, su realidad, dándose cuenta que el hombre es un ser limitado, y necesita siempre la ayuda de Dios, El Absoluto.

- ❖ Para salud de los adultos que estuvieron en estado crítico, influye mucho la familia, pues ellos refirieron sentir el amor, apoyo y comprensión por parte de sus seres queridos, siendo ello, un estímulo de fortaleza espiritual para afrontar su dolor. Sin embargo, existe una divergencia entre los mismos sujetos de estudio porque, así como la familia es fuente de apoyo, también los problemas familiares causaron estrés y desarmonía espiritual en el enfermo. Pese a ello, el amor de sus seres queridos les dio mayor seguridad, comprensión y fortaleza para afrontar su dolor y sufrimiento.

- ❖ El paciente críticamente enfermo, se ve muy vulnerable, y necesita del cuidado humano por parte del personal sanitario. Asimismo, el estado crítico causa limitaciones físicas en el paciente, por tanto, el cuidado brindado debe ser de manera integral, en sus dimensiones física, emocional y espiritual; teniendo como base la comprensión y comunicación tanto con el paciente y su familia.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCAS

La investigadora, después haber analizado los discursos de los adultos que estuvieron hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, bajo el considerable apoyo de una fuente bibliográfica, se plantea las siguientes recomendaciones:

- ✓ A las personas que se encuentran internadas en una unidad crítica como es la Unidad de Cuidados Intensivos, se les debe brindar un cuidado humano, en todas sus dimensiones: física, emocional y espiritual, porque debido a su estado crítico de salud, son personas con un alto grado de dependencia. Asimismo, necesitan mucho apoyo emocional y espiritual, más aún, quienes están conectados con el medio, entonces así podrán acrecentar su fe en Dios, fortalecer su espíritu y reencontrarle el sentido a su vida.
- ✓ La familia y los seres queridos cercanos a los adultos hospitalizados en UCI, deben tratar de aceptar y comprender el sufrimiento causado por la enfermedad que adolecen. Por tanto, es necesario el apoyo emocional y espiritual en ellos para que puedan afrontar su dolor. También, la familia debe recordar que no solo está unida a su pariente enfermo, por la consanguinidad, pues es más fuerte aún el lazo del amor, es por ello, que tienen el deber y la vocación de cuidar a sus padres, hijos, cónyuges, abuelos, (dependiendo del grado de parentesco) hasta el último momento de su existencia, debiendo responder a ese llamado vocacional.
- ✓ Los profesionales de la salud sea el médico, la enfermera y los técnicos de enfermería, deben ayudar moralmente al paciente hospitalizado en alguna unidad crítica, porque la persona no es sólo un ente hecho de materia, donde solo se valora la parte biológica, sino que además posee un alma racional y un espíritu, por tanto, cuando una de sus dimensiones es afectada, sufre todo el ser. Por dicha razón, debe tratarlo como un ser digno, capaz de entender, sentir y vivenciar toda experiencia. Por tanto, se debe considerar la necesidad de capacitar al personal de salud sobre el apoyo emocional y espiritual que se debe brindar al paciente hospitalizado en UCI, para ayudarles moralmente a reencontrarle un sentido cristiano a su vida.

- ✓ Las enfermeras deben ver a la persona como un ser indivisible de cada una de sus dimensiones biológica, emocional, social y espiritual, por tanto, son llamadas a cuidarlos de manera digna, ética e integral. Para ello, resulta importante y necesario realizar capacitaciones o cursos - talleres, donde se trate temas sobre el cuidado humano y caritativo, el sentido del dolor y sufrimiento en el ser humano, la comunicación y comprensión en el paciente de UCI, etc., a fin de aliviar su dolor y sufrimiento, así como también escucharle y/o comprender sus temores que asechan a todo enfermo, para ayudarle en reflexionar sobre el sentido cristiano del sufrimiento.

Recordar siempre, que una excelente enfermera es aquella que, con sus conocimientos científicos, su formación y experiencia, cuidan con humanidad y caridad a las personas.

- ✓ Para las instituciones universitarias, formadoras de enfermeras especialistas en Cuidados Intensivos y demás especialidades de área crítica, no olvidar que la excelencia del cuidado radica en conocimientos científicos bien cimentados, necesaria experiencia de prácticas hospitalarias, pero sobre todo en reafirmar y fortalecer la vocación del cuidado. El paciente hospitalizado en UCI necesita mucho apoyo en sus necesidades biológica, emocional y espiritual. Parte del perfil de la enfermera especialista en UCI es la solidez de un amplio conocimiento científico, tecnológico basado en el estudio y la experiencia, así como también habilidades, destrezas manuales, pero sobre todo una excelente formación ética, y vocación de sumo servicio y caridad con las personas críticamente enfermas para aliviar su dolor y sufrimiento.
- ✓ Todas aquellas personas que puedan sentirse identificadas con el sufrimiento de alguna enfermedad, o la vivencia de alguna situación dolorosa sea de origen emocional o espiritual, deben reflexionar sobre su vida y tratar de darle un sentido al sufrimiento; si es posible buscar ayuda espiritual y/o de la familia o un ser querido cercano, para que puedan aceptar su dolor, fortalecer su fe y reencontrarle el sentido a su vida.

- ✓ Se considera importante y necesario poder difundir la presente investigación, para dar a conocer como es el dolor y sufrimiento de las personas que se encuentran hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos, con la finalidad de sensibilizar al personal sanitario; y además producir más investigaciones cercanas a dicho tema, para contribuir con la salud física, emocional y espiritual del paciente críticamente enfermo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Gamboa, G. El ser humano y su dimensión bioética. Bogotá: Xpress estudio Gráfico. 2014
- 2) Tomàs G. Respuestas a la Bioética contemporánea. Madrid: Gráficas Libecrom; 2012
- 3) Torralba F. Ética del cuidar. Madrid: Mapre, S.A.; 2006
- 4) Brevis I., Silva P. Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. Disponible en: <https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2011-1/5.pdf>. Acceso el 14.12.2108
- 5) Fuerte Incremento en ingresos en UCI de US Sala de Emergencias. Estudio publicado en la edición de Mayo de la Revista Academic Emergency Medicine. Disponible en: <http://www.ratser.com/fuerte-incremento-en-ingresos-en-uci-de-us-salas-de-emergencia/>
- 6) Perfil Epidemiológico del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos104/perfil-epidemiologico-del-hospital-almanzor-aguinaga-asenjo/perfil-epidemiologico-del-hospital-almanzor-aguinaga-asenjo.shtml>.
- 7) Base de Datos de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo – Perú.
- 8) Leiva, Viviana. “Aspectos Vivenciales del Paciente durante su Estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos”. Revista Chilena de Medicina Intensiva 2010; Vol. 25; (4): 199-203.
- 9) Bohorquez, Alix; Ramírez Astrid, y colb. “Suspiro de vida: Vivencias de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos sometidos a soporte ventilatorio”. Revista: Ciencia y Cuidado. Vol. 8. N° 1; 2011.
- 10) Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol. II. 16 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2006.
- 11) Achury, Diana. Dolor: La verdadera realidad. Revista Aquichan. Vol. 8 N°2: 146 – 158. Colombia; 2008.

- 12) Bermejo, C. ¿Qué es humanizar la salud? Por una asistencia sanitaria más humana. 1º edic. Madrid: San Pablo.
- 13) Zambrano, Gloria; Ferreira, G; Lindarte, A. y colb. “Entre la Incertidumbre y la Esperanza: Percepciones y Motivaciones de los Pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)”. Revista: Ciencia y Cuidado. Vol. 7. N° 1; 2010.
- 14) Beltrán, Oscar. “Estar críticamente enfermo significa no ser capaz y no poder decidir”. Index Enferm. Vol.17. N°2. Granada. Abril – Junio 2008.
- 15) Avilés L., Soto Cl. Modelos de Enfermería en Unidades de Paciente Crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. Enferm. glob. [Internet]. 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412014000200015&lng=es.
- 16) American Association of Critical Care Nurses” (AACCN). Disponible en: <https://www.aacn.org/wd/publishing/content/pressroom/aboutcriticalcarenursing.pcms?menu=publications>.
- 17) Norma Técnica de los Cuidados Intensivos e Intermedios. Lima – MINSA, Junio, 2005.
- 18) Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos de los Hospitales del Sector Salud. MINSA, 2004.
- 19) Moscoso, Carmen. Enfermería en Cuidados Intensivos. Enfermera Asistencial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; Perú; 1998.
- 20) Rodríguez, A. Ética General. 1º, Eunsa: Madrid; 2004.
- 21) Yepes, R y Aranguren J. “Fundamentos de Antropología: Un ideal de la Excelencia Humana”; 6º edición; Navarra: Edit. Universidad de Navarra; 2003.
- 22) Monge, M. Una luz sobre el sobre el sufrimiento y la muerte. 1ºEdic. España: Eunsa; 2012.
- 23) Sandrin, L. ¿Cómo afrontar el dolor? Aceptar y Comprender el Sufrimiento; 1995.
- 24) Vico, J. Dolor y Muerte Humana Digna: Bioética Teológica. 1º Edic. Madrid: San Paolo; 1995.
- 25) P. Angel Peña O.A.R. Más allá del sufrimiento. 1ºEdic. Lima – Perú; 2004.
- 26) Bermejo, J. Salir de la Noche, Por una Enfermería Humanizada, 1º edición, España: Sal Terrae; 1999.

- 27) Potter P, Griffin A. Fundamentos de la Enfermería. 5º ed. España: Océano; 2002.
- 28) Sánchez, B. Dimensión Espiritual del Cuidado en Situaciones de Cronicidad y Muerte. Aquichan. 2004; (4): 6-9.
- 29) Card. Lozano, Javier; Mons. Alarcon Richard; Dr. Delgado, César y colb. La enfermedad y la vida cristiana. El misterio del sufrimiento humano. 1º Edic. Lima – Perú: Vida y Espiritualidad; 2005.
- 30) Carta Apostólica “Salvificis Doloris” del Sumo Pontífice Juan Pablo II a los Obispos, Sacerdotes, Familias, Religiosos y Fieles de la Iglesia Católica sobre el Sentido Cristiano del Sufrimiento Humano.
- 31) Carpenito, L. Diagnósticos de Enfermería, aplicaciones a la Práctica Clínica. 9º ed. Madrid: Edit. Mc Graw – Hill Interamericana; 2002.
- 32) Fuster i Camp Ignasi X. Sufrimiento Humano: Verdad y Sentido. Una aproximación filosófica según el Espíritu Tomasiano. 1º Edic. Barcelona- España: Edit. Balmes; 2004.
- 33) Cabrera, M; Lluch, A; Casas I. Reflexiones sobre el Dolor No Físico y Sufrimiento desde la Perspectiva de Enfermería. Revista Cubana de Salud Pública. 2008; 24 (3-4): 1 – 15.
- 34) Sánchez B. Abordajes Teóricos para comprender el Dolor Humano. Nursing. 2009; 27 (4): 12 – 41.
- 35) La práctica de Enfermería en Cuidado Intensivo. Aquichan. 2008; 8 (1): 51-63.
- 36) Frankl, V. El Hombre en Busca de Sentido. 12º Edic. Barcelona: Edit Herder; 1991.
- 37) Zamora, R. La Enfermedad y el Sentido del Sufrimiento. Revista Cubana de Salud Pública. 2009; 35 (1): 1-5.
- 38) Gallastegui, M. La Espiritualidad en la Fase Terminal. Disponible en: <http://www.sovpal.org/capitulos/12-M.GALLASTEGUI.pdf>
- 39) Pérez, L; Angel, A. y Forero, C. Cambio de actitudes frente a los aspectos cuidado-curación y prevención en un grupo de estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia, 1986.
- 40) Rivera, C. La Humanización de la Vida: Una Utopía Posible. La Espiritualidad en el Tiempo de la Enfermedad. 1º Edic. Perú: Edit. V&S; 2008.

- 41) Polit, D; Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud, 6° ed. México: Mc Graw – Hill Interamericana, 2000.
- 42) Minayo de Souza, M. Investigación social. Teoría, método y creatividad. 1° ed. Buenos Aires: Lugar Editorial S. A.; 2003.
- 43) Burns, N; Grove, S. Investigación en Enfermería. 3° edic. Madrid: Elsevier; 2004.
- 44) Husserl, E. Problemas Fundamentales de la Fenomenología. 1° edic. Madrid: Alianza; 1994.
- 45) Merleau-Ponty, M. Fenomenología de percepcáo. 1° edic. Brasil: Freitas Bastos; 1971.
- 46) Martins. J, Bicudo. M. A pesquisa qualitativa em psicologia: Fundamentos e recursos básicos. 1° edic. Brasil: Moraes; 1989.
- 47) Barboza K. Separata Resumen: “Mi Niña va a Ser Madre”: Estudio fenomenológico de la Vivencia de los Padres de una Adolescente Sin Pareja”, Universidad Nacional de Trujillo; Pág.41.
- 48) Hernández, R; et al. Metodología de la Investigación, 4° edic. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
- 49) Sgreccia E. Manual de Bioética. Ed. Diana. México.1996.
- 50) Serrano, J. Los Principios de la Bioética. Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com>.
- 51) Ludke, Menga e Andrés, Marli Pesquisa em educacao: abordagens qualitativos. 3ra ed. Sao Paulo; 2000
- 52) Delgado J. Métodos y Técnicas Cualitativas de la Investigación en Ciencias Sociales. Editorial Sontesis S.A; 2007
- 53) Pérez, G. Investigación Cualitativa: Retos e interrogantes II. Técnicas y Análisis de datos.
- 54) Tomás de Aquino. Suma Teológica. I – II. 1° edición. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos. Documentos; 2001.
- 55) Sellés, J. Antropología para Inconformes: Una Antropología Abierta al Futuro. 1° edic. Madrid: Rialp; 2006.
- 56) Frankl, V. Ante el Vacío Existencial. Hacia una Humanización de la Psicoterapia. 1° Edic. Barcelona: Herder; 2001.

- 57) Fizzotti, E. De Freud a Frankl: Interrogantes sobre el Vacío Existencial. (S.I): Ediciones Universidad de Navarra; 1977.
- 58) Raile, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. 8° edic. España
- 59) Aranguren, E. Antropología Filosófica. Una Reflexión sobre el Carácter Excéntrico de lo Humano. 1° edic. España: Mc Graw Hill; 2003.
- 60) Polo, L. ¿Quién es el Hombre?: Un Espíritu en el Tiempo. 2° edición. Madrid: Rialp; 2003.
- 61) Monge, M. Ética, Salud y Enfermedad. 1° edición. España: Edit. Libros mc; 1991.
- 62) García, J. Antropología Filosófica. Una Introducción a la Filosofía del Hombre. 2° edición. España: Eunsa; 2003.
- 63) Rojas, E. El Hombre Ligh: Una vida Sin Valores. 1° edic. Madrid: Temas de hoy; 1999.
- 64) Barco, J. Felicidad ¿Mito o realidad? 1° edición. Universidad de Piura - Perú; 2000.
- 65) Calvo, M. Paciencia en el Sufrimiento. 2° edic. Madrid: Editorial CCS; 2000.
- 66) Mollinedo de Boy, Karla. Reflexiones sobre la persona en Juan Manuel Burgos. Persona. Revista Iberoamericana del Personalismo Comunitario. N°11. Año 4; 2009.
- 67) Burgos, Juan. Introducción al Personalismo. 1° edic. Ediciones: Biblioteca Palabra; España; 2012.
- 68) Burgos, M. Karol Wojtyla: Una Antropología para el Tercer Milenio. Disponible en: www.personalismo.org.
- 69) Pastor, L. Manual de Ética y Legislación en Enfermería, 2° edición, Madrid: Mosby; 1997.
- 70) V.F.Von Gestattel. Antropología Médica. 1° edic. Madrid: Rialp; 1996.
- 71) A. Polaino – Lorente. Más allá del sufrimiento., en Atlántida, 15, 1993, P302. Citado en Yepes. R. Fundamentos de Antropología. Un ideal de la Excelencia Humana”; 6° edición; Navarra: Edit. Universidad de Navarra; 2003.
- 72) A. Polaino – Lorente. Más allá del dolor y sufrimiento: La cuestión acerca del sentido.
- 73) Wojtyla, K. Amor y Responsabilidad. 6° edición. España: Ediciones Palabra; 2016.
- 74) Balsameda. C. El pudor de la persona. Santo Tomás y Karol Wojtyla. Disponible en: www.bibliotecadigital.uca.edu.ar.

- 75) Castillo, B. Pudor: Defiende la Intimidad Personal. Disponible en: www.catholic.net.
- 76) Juan Pablo II. Audiencia General 12 – XII-79, n°4; en Varón y Mujer, p, 92. Disponible en www.catholic.net.
- 77) Sandrin L, Brusco A, Policante G. Comprender y ayudar al enfermo. Elementos de psicología y relación de ayuda. 1°edic. San Pablo, Madrid; 1992.
- 78) Martínez, J. Las Caras de la Vida: Encuentro con el Dolor. 1° edición. (S.I): Palabra; 1999.
- 79) Bakan, D. Enfermedad, dolor y sacrificio. Hacia una psicología del sufrimiento. 1°edic. FCE, Mexico; 1979.
- 80) Sánchez de Alva, J. El Más allá: Iniciación a la Escatología. 1° Edic. Madrid: Rialp; 2000.
- 81) Constitución Pastoral Gaudium Et Spes. Sobre la Iglesia en el Mundo Actual. Proemio. Disponible en: www.vatican.va
- 82) López, R. La Virgen María y las Virtudes Teologales. 1° Edic. México: Editorial La Cruz; 1980.
- 83) Benedicto XVI. Carta Encíclica. “Spe Salvi. Sobre la Esperanza Cristiana”. Documento Pontificio. 1° Edic. Perú: Paulinas, Epiconsas; 2007.
- 84) Monge. M. El Sentido Humano del Sufrimiento. 1° Edic. España: Palabra; 1997.
- 85) Malo Pé, A. Introducción a la Psicología. 1° Edic. España: Iniciación Filosófica Eunsa; 2007.
- 86) Frankl. V. El Hombre Doliente: Fundamentos Antropológicos de la Psicoterapia. 3° Edic. España: Herder. 1987.
- 87) Textos de la Sagrada Escritura. La Biblia. Latinoamericana. LVI edición. Madrid: Ediciones Paulinas del Verbo Divino.
- 88) Moya, J. El Sentido de la Vida. 1 Edic. Barcelona: Ediciones Internacionales Universitarias; 1993.
- 89) Ratzinger, J. Cooperadores de la verdad. 1°Edic. Madrid: Rialp; 1991.
- 90) Munive, E. La Lógica Donal: Un Estudio desde San Agustín y Leonardo Polo. Revista. Mercurio Peruano. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Perú.
- 91) Descalzo, M. Cuadernos de apuntes. IV, Razones para vivir. Madrid: Ed. Atenas; 1991.

- 92)** Juan Pablo II. Fides Et Ratio. Sobre las relaciones entre la fe y la razón. Carta Encíclica. Perú: Paulinas; 2003.
- 93)** Carbodevilla, J. La Impaciencia de Job: Estudio sobre el Sufrimiento Humano. 1° edición. (S.I): Biblioteca de Autores Cristianos. Documentos; 1970.
- 94)** Jacques, P. La Libertad Interior: La Fuerza de la Fe y el Amor. 1°edic., Buenos Aires- Argentina: San Pablo; 2007.
- 95)** Frankl, V. Psicoterapia y Humanismo: ¿Tiene un Sentido la Vida? 1° Edic. México: Fondo de Cultura Económica; 2002.
- 96)** Salazar, A. y Miró, F. Introducción a la Filosofía y a la Lógica. 4 Edic. Perú: Universo; 1978.
- 97)** Duval, A. El Niño que Jugaba con la Luna. 1° Edic. España: Sal Térrea, Santander; 1984.
- 98)** Orellana, I. Pedagogía del Dolor. 1° Edic. Madrid: Palabra; 1999.
- 99)** Bermejo, J. Relación de Ayuda: En el Misterio del Dolor. 2° Edic. Madrid: San Pablo; 1996.
- 100)** Frankl, V. Psicoanálisis y Existencialismo: De la Psicoterapia a la Logoterapia. 1° Edic. México: Fondo de Cultura Económica; 1978.
- 101)** Sobrado, C. Cómo Vencer el Dolor. Palabras para el Camino. Tomo N° 3. Edic 1°. Perú: Santillana; 2002.
- 102)** P. Peña, A. O.A.R. La Providencia de Dios. 1°edic., Perú: Imprimatur; 2005.
- 103)** P. Villa, G. Un Enfermo para los Enfermos: San Camilo. 1°edic., Perú: Convento de la Buena Muerte. Religiosos Camilos. Vice Provincia del Perú; 2008.

ANEXOS

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN - ENFERMERÍA

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
 Investigadora : Huertas Landa Carolina Norma Milagros.
 Título : Dolor y Sufrimiento de los Adultos que sobrellevaron una Enfermedad Crítica en la Unidad de Cuidados Intensivos - HRDLM

Propósito del Estudio: Se está realizando este estudio para develar y comprender el dolor y sufrimiento de las personas que sobrellevaron una enfermedad crítica, con ello ofrecer información útil para mejorar la comprensión del dolor y sufrimiento que padecen estas personas y mejorar el cuidado en la dimensión emocional y espiritual del ser humano.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

- 1) Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizarán algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, las cuales serán grabadas en un grabador de voz, asignándole un pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 30 minutos. La entrevista se realizará en el hospital o en su casa si lo prefiere.
- 2) En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados a la institución donde usted estuvo hospitalizado y a la universidad.
- 3) Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos: No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios: Usted no tendrá ningún beneficio directo hacia su persona.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que lo identifique. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida: Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 5 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, tiene la posibilidad de poder retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Carolina Huertas Landa al # 948153836 (investigador principal).

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que me va a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno a mi persona.

Participante

Nombre:
 DNI:

 Fecha:

Investigador

Nombre:

 Fecha:

ANEXO N° 02**GUIA DE ENTREVISTA ABIERTA A PROFUNDIDAD DIRIGIDA A LOS
ADULTOS QUE SOBRELLEVARON UNA ENFERMEDAD CRÍTICA EN
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - HRDLMCH**

A continuación, se le hará algunas preguntas, las cuales se le pide responder con sinceridad. Le garantizamos que será anónima y para ello se le solicita la asignación de un pseudónimo

DATOS PERSONALES:**Pseudónimo:** _____**Edad:** _____**Nivel de Instrucción:** _____**Ocupación:** _____**Sexo:** _____**N° de días de Hospitalización:** _____**PREGUNTA NORTEADORA:**

1. ¿Qué significó para usted estar hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos?

ANEXO N° 03
AUTORIZACIÓN DE EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS



GOBIERNO REGIONAL - LAMBAYEQUE
 Gerencia Regional de Salud
 HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO



N° 259 /16

AUTORIZACIÓN

El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente "Las Mercedes", autoriza a:

CAROLINA NORMA MILAGROS HUERTAS LANDA

Para realizar ejecución de Proyecto de Investigación titulado: "DOLOR Y SUFRIMIENTO DE LOS ADULTOS QUE SOBRELLEVARON UNA ENFERMEDAD CRITICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - HRDLM" en el:

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA -UCI

Durante los meses de Junio - Julio 2016.

Chiclayo, Junio del 2016.

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 HOSP. LAS MERCEDES - CHICLAYO

 Mg. RICHARDO C. ANDRÉS CÁMARA
 C.A.P. 3772
 JEFE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ANEXO N° 04
PROCESAMIENTO DE DATOS

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

1° DISCURSO: CIELO

Cielo se sentía aburrida, inútil, triste, preocupada, temerosa, sola, y privada de su libertad mientras estaba hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos; además sufría por el dolor de sus quemaduras, sobre todo cuando la movilizaban, también tenía sed, hambre porque no podía tomar agua ni comer, todos sus alimentos se les daba por sonda nasogástrica. Pero cuando le realizaban su higiene se sentía tranquila, limpia; no obstante, tenía pudor.

Cuando estaba internada en UCI, pensó que podía morir debido a la gravedad de su estado, estaba preocupada por su madre y sus hijas, se había resignado. Al inicio pensó que era un castigo de Dios, pues ella refiere que era desobediente, incluso era tanto su dolor que prefería morir. Sin embargo, oró mucho a Dios, se aferró a Él, y dejó todo a voluntad de Dios.

También, refiere que cuando llegaban a visitarla su madre e hijas, ella se sentía contenta, segura y tranquila. Se preocupaba por los gastos de su enfermedad, pero su familia influyó en su recuperación y afrontamiento de su sufrimiento.

Por otro lado, manifiesta que el buen trato de las enfermeras es importante. Ella sentía que no la entendían, porque estaba intubada y quería comunicarse, pero no podía, entonces lo hacía mediante gestos. Ella aconseja a las enfermeras que sean más pacientes, responsables, cariñosas y brinden un buen trato al paciente.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

2° DISCURSO: LUNA

Luna, durante su hospitalización en Cuidados Intensivos, le significó los días más difíciles de su vida, fue una experiencia de mucho dolor y sufrimiento, por la incertidumbre de su estado de su estado crítico, no podía hablar, ni moverse, ni respirar, estaba conectada a un ventilador mecánico. Se sentía desesperada, quería huir de aquella situación.

Le dolía mucho la garganta debido a la intubación oro traqueal y posteriormente también sentía dolor en el ostoma de la traqueostomía. Tuvieron que sedarla al inicio y tuvo alucinaciones. Tenía sed, hambre, no podía masticar, sus alimentos los recibía por sonda nasogástrica. También le dolía mucho el cuerpo cada vez que le realizaban los cambios posturales, y cuando le hacían las punciones arteriales y venosas. Sentía mucho miedo de morir, oraba a Dios para que le dé fortaleza.

Ella estaba consciente todo, la mayor parte del tiempo, flaqueaba cuando veía morir a otros pacientes, sentía angustia y desesperación, pero después se resignó; confió mucho en Dios, y tuvo fe en Él para afrontar su enfermedad.

El estar internada en UCI, la confrontó con la vida y se dio cuenta que era frágil y vulnerable, por lo tanto, se abandonó en Dios, y fue Cristo su fortaleza para salir adelante; ella manifiesta que el sentido de su vida es Dios y su familia.

Así mismo, ella siempre esperaba con ansias la visita de su familia, se alegraba al ver a su madre y su hija, sus padres le dieron mucho ánimo, allí pudo ver siempre el amor de sus seres queridos.

También, manifiesta que el paciente en UCI tiene muchas necesidades físicas, emocionales y espirituales, por eso ella pide al personal de enfermería que trate de entender al paciente, lo único que los pacientes esperan es que los traten con amor y dedicación y mejoren siempre la comunicación, porque el paciente muchas veces no puede hablar. Ella refiere que cuando la enfermera (o) es responsable siente seguridad.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

3° DISCURSO: MAR

Mar, cuenta que la hospitalización en Cuidados Intensivos es una experiencia desagradable debido a los dolores y el sufrimiento que allí se vive. El dolor de las movilizaciones, las punciones arteriales y venosas, el dolor de garganta debido al tubo oro traqueal, el pudor cuando le realizaban su higiene, la falta de conciliar el sueño por las noches, el ruido de las máquinas. Y el sufrimiento de ver a sus padres preocupados.

También, manifiesta que el dolor de su enfermedad le acercó más a Dios, porque antes ella y su familia estaban alejados de Él, pero ahora, ella tiene la fortaleza para seguir adelante, además dice que no debemos estar tristes, sino vivir la vida agradecida con Dios. Así logró afrontar el estado crítico de su enfermedad.

Así mismo, para ella, era un alivio ver a sus padres durante el horario de visita, eso le daba tranquilidad y ánimo para seguir adelante, a pesar que le preocupaba los gastos de su enfermedad, sin embargo, era consciente que debía estar tranquila para recuperarse pronto.

Por otro lado, ella aconseja al personal de enfermería que vean al paciente como un ser querido, que puedan entender y comprender el dolor tanto del enfermo, como de la familia, brindando seguridad, ánimo y apoyo moral.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

4° DISCURSO: ARIES

Aries, manifiesta que jamás olvidará la experiencia de haber estado internado en Cuidados Intensivos, se sentía incómodo, acomplejado, con malestar. Su cuerpo fue invadido por drenajes, catéteres, sondas., se sentía avergonzado por usar pañales y que el personal de salud le hiciera su higiene, sus brazos le dolían por los hincos de las punciones arteriales y venosas, sentía mucho dolor.

También refiere que tuvo miedo de morir, más aún cuando veía que algún paciente fallecía, pero se encomendó mucho a Dios y le dio fortaleza.

Tomó su enfermedad como una prueba más que Dios le mandó porque los pecados cometidos.

Se sentía como una carga para su familia, le preocupaba los gastos de su enfermedad, pero su familia le daba ánimo y le decían que lo más importante era verlo bien y sano.

Él agradece al grupo de enfermeras que le dieron un trato muy bueno, y un cuidado eficiente.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

5° DISCURSO: ROSA

Rosa, manifiesta que estar hospitalizada en Cuidados Intensivos significó tristeza, aburrimiento, incomodidad, soledad, estaba preocupada por sus hijos, por los gastos de su enfermedad, eso influían en su recuperación. Ella sentía su cuerpo cansado y tenía que soportar estar en una misma posición, a veces se sentía agitada.

Ella tuvo que resignarse a estar hospitalizada debía tranquilizarse para afrontar su estado crítico. Agradece a Dios por haber salido con bien. Ella rezaba El Rosario estando hospitalizada, es muy católica.

Se sentía sola pensando en sus hijos, pero cuando recibía la visita de su familia se sentía tranquila y contenta.

Ella, también refiere que las enfermeras han sido amables, pacientes y se siente agradecida con el personal.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

6° DISCURSO: ANGEL

Ángel, refiere que estando hospitalizado extrañaba a su familia, su casa, sus quehaceres, se sentía preocupado, inútil porque no podía realizar sus funciones que acostumbraba.

Sentía incomodidad, no podía dormir, se sintió mal porque una vez el personal de salud le sujetaron las manos para que se tranquilizara.

Así mismo, sintió desesperanza porque pensó que podía morir debido a su estado de salud, pero dejó todo en manos de Dios. Se siente muy agradecido con Dios porque le permitió seguir viviendo y continuar con su proyecto de vida.

El refiere no haberse sentido una carga para su familia porque saben que su esposa y sus hijos lo aman mucho y no estaba solo, en todo momento sintió la unión de sus seres queridos, incluso sus amigos.

También manifiesta que el personal de salud debe tener en mente que tratan con seres humanos y deben ponerse en el lugar del paciente, pues son instrumentos de Dios, que están al servicio de los enfermos, y por esa labor somos bendecidos.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

7° DISCURSO: LILA

Lila, manifiesta que ha sido muy doloroso, increíble entender por qué estuvo internada en la Unidad de Cuidados Intensivos, parecía una pesadilla, para ella fue muy duro saber que no pudo concretar sus proyectos, se sintió inútil, además no tenía dinero, le dolió saber que sus hijos dormían en el hospital porque vivían lejos, lo único que le consuela es que su familia no la abandonó y siempre estuvieron cuidándola.

Le dolía su cuerpo por la fiebre y todos los procedimientos que le realizaban, le dolía la toma de presión con el esfigmomanómetro del monitor le hacía dolor su brazo, y la toma de muestras sanguíneas arteriales y venosas. Refiere que una vez tocó su herida quirúrgica y tuvo dolor. También sintió pudor cuando el personal de salud le realizaba su higiene, le daba vergüenza.

No pudo creer que se encontraba entre la vida y la muerte, dejó todo en manos de Dios y oro mucho para tener fortaleza y afrontar su enfermedad, solo esperaba la voluntad del Señor. Ella piensa que no fue un castigo de Dios, sino que su enfermedad se desencadenó por descuidar su salud. Ahora, toma consciencia de lo vivido, le pide a Dios y la Virgen María que le ayuden siempre. Agradece a su familia y a las personas que estuvieron con ella. Esta experiencia le ha servido para ser más obediente y cuidar su salud.

También, refiere que siempre esperaba la hora de la visita, para ver a su esposo y sus hijos.

Ella, agradece mucho a las enfermeras porque no la dejaron sola, siempre estuvieron pendiente de su recuperación, fueron amables, cuidadosas y humanas.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

8° DISCURSO: FLORCITA

Florcita, manifiesta que mientras estuvo internada en la Unidad de Cuidados Intensivos, se encontraba preocupada, ansiosa, con la incertidumbre por la evolución de su enfermedad. No podía movilizar su pierna derecha debido a la realización de un cateterismo, sentía inquietud y dolor por estar en la misma posición. También, sus brazos le dolían a causa de las punciones arteriales y venosas.

Sentía mucha intranquilidad, pero era consciente que debía asimilar aquel proceso para poder afrontar su enfermedad. Por ello, se encomendó a Dios, y poco a poco logró tranquilizarse.

Así mismo, sentía más calma y serenidad cuando llegaban sus seres queridos a visitarla.

También, refiere que cuando le cambiaban de posición y le daban masajes corporales se sentía relajada. Ella comenta que las enfermeras le atendieron bien, y les aconseja que siempre cuiden a las personas enfermas con cariño y paciencia.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

9° DISCURSO: SOL

Sol, manifiesta que estar hospitalizada en Cuidados Intensivos fue algo feo, inesperado y sorprendente porque nunca pensó caer gravemente enferma. Lloraba de impotencia, sentía tristeza, soledad, frustración, limitación, le afectó mucho; además dejó su trabajo. El tiempo que pasó en UCI fue rutinario, aburrido, no tenía noción del día y la hora.

Su corporalidad estaba invadida por aparatos: sondas, catéter venoso central, tubo orotraqueal, le dolía la garganta debido a la intubación, no podía mover su cabeza porque sentía dolor, también le causaba malestar las punciones arteriales y venosas, los cambios de posición, además le daba vergüenza cuando le realizaban su higiene. Se sentía triste e intranquilidad porque no sabía cómo iba a ser su evolución, pero trataba de estar calmada para asimilar el proceso de su enfermedad, porque eso influía en su recuperación.

Ella, oraba mucho a Dios para que le dé fortaleza, refiere que Él, le ayudó mucho y aprendió bastante, ella comenta que por la imperfección del hombre es que sufrimos enfermedades. Ahora, cuando ya pasó lo peor, está más tranquila y da gracias a Dios.

También, le daba tranquilidad el saber que sus seres queridos estaban pendiente de su persona.

Ella refiere que solo se comunicaba mediante gestos, y solo algunas enfermeras le entendía y tenían paciencia, sentía impotencia de no poder hablar y expresarse. Algunas enfermeras se comunicaban con ella, le preguntaban como estaba, eso le reconfortaba mucho. Así mismo, ella aconseja a las enfermeras (os) que deben tener paciencia porque en el paciente en UCI sufre, siente dolor y necesita ser entendido y comprendido.

ANÁLISIS IDEOGRÁFICO

10° DISCURSO: FORTUNATO

Fortunato, manifiesta que cuando entró hospitalizado a la Unidad de Cuidados Intensivos se sentía inhabilitado, encerrado, encarcelado, privado de su libertad, porque no podía salir, ni hacer nada, fue limitante, difícil, amargo y doloroso para él, haber soportado esa experiencia. Su dolor más grande era la angustia, la desesperación de no saber si iba a mejorar, era mucho sufrimiento.

Se acostumbró al dolor de portar sondas: nasogástrica, vesical y naso yeyunal, al dolor de las inyecciones, las punciones arteriales, venosas, y las fiebres muy elevadas. No podía tomar agua, ni saborear los alimentos, se sentía avergonzado e incómodo de usar pañal, además no podía moverse solo.

El sentía mucha frustración y desconsuelo, pensó que podía morir, incluso le dijo a su hermana que no gastara tanto en su recuperación, pero su familia le dio mucho ánimo. Siempre que pensaba en su familia, tenía ánimo de seguir luchando, primero pensó que era un castigo de Dios, pero luego reflexionó y dice que todo fue por descuidar su salud. Estando internado en UCI, pidió con mucho clamor a Dios y se acercó más Él, ahora le agradece por la oportunidad que le dio para seguir con vida.

Estar en UCI, le ayudó a reflexionar, y ver la vida de diferente manera, no aferrarse a lo material porque el corazón se torna vacío. Ahora se siente más tranquilo en la presencia de Dios. Asimismo, el proceso de enfermedad unió más a su familia quien le dio fortaleza para seguir adelante, al igual que sus amigos, siempre estuvieron con él.

El, manifiesta que solo algunas enfermeras le brindaban confianza, paz; y otras no, quizá por la rutina del trabajo. El aconseja al personal de enfermería que acojan a la persona enferma como si fuera un familiar, porque el paciente en UCI necesita mucho apoyo físico, moral y espiritual, por lo tanto, no deben transmitir estrés, sino paz. Así mismo, deben hablarle al paciente de Dios, porque Él, lo es todo.

ANÁLISIS NOMOTÉTICO

UNIDADES DE SIGNIFICADO	*	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
<p>A) La enfermedad crítica acompañada de soledad, tristeza, incertidumbre y ausencia de libertad</p> <p>1. En UCI, me sentía muy aburrida de estar acostada, quería pararme; no estoy acostumbrada a descansar tanto, me sentía inútil, como si me hubieran quitado libertad, autonomía. Estaba muy preocupada, sentimental, fastidiosa, pensaba en mis hijas, quería salir. De noche sentía mucha incomodidad, miedo y soledad.</p> <p>2. Estar hospitalizada en Cuidados Intensivos significó los días más difíciles de mi vida, es una experiencia que jamás imaginé pasar, de mucho sufrimiento y desafío porque tenía incertidumbre, no sabía si iba a mejorar mi situación física de no poder respirar, ni hablar. No sabía lo que iba a pasar con mi vida, ese era mi sufrimiento. La enfermedad de Miastenia no duele, se tiene dificultad para respirar, no podía comunicarme, ni comer, no podía hacer tantas cosas, tenía debilidad en el cuerpo. Cuando ya tuve conciencia estando hospitalizada, no podía creer lo que me había pasado, quería salir corriendo, recuerdo mi desesperación por salir de allí.</p> <p>3. Estar hospitalizada en UCI es una experiencia desagradable, por los dolores y el sufrimiento que se vive allí. El sufrimiento no es lo mismo que el dolor, por ejemplo cuando colocan una ampolla el dolor se va, pero el sufrimiento está constante, el sufrimiento que a veces no te puedes entender se lleva dentro. El dolor de ver a mi familia preocupados por mí, el dolor físico que tenía por todas las inyecciones, por la movilizaciones a la hora de bañarnos.</p>	I A		C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
	II A	C1		C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
	III A	C1	C2		C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10

<p>4. He vivido una experiencia que jamás olvidaré, he tenido tantos instrumentos en mi cuerpo, resistir tres sondas: una en la nariz, otra en la boca y aparte el tubo por donde respiraba, me sentía incómodo, acomplejado; vivir en cuatro paredes, era un malestar, sufría. Mi operación fue muy complicada, mi situación era grave. Después, cuando estaba con la mascarilla de oxígeno, no me acostumbraba, a veces la quitaba. También me arñía esos "agujeros" (drenajes, colostomía), la bolsita de los drenes se llenaba y me preguntaba ¿por qué me habrán dejado eso?</p>	IVA	C1	C2	C3	C5	C6	C7	C8	C9	C10
<p>5. Estar hospitalizada significó tristeza, estaba aburrida, me sentía incómoda, solita, triste, preocupada sin estar con mis hijos, más porque ellos dormían afuera del servicio; eso me alteraba, de repente por eso mi presión arterial subía y bajaba, estaba con la incertidumbre. También me preocupaba el gasto de mi enfermedad.</p>	VA	C1	C2	C3	C4	C6	C7	C8	C9	C10
<p>6. Cuando estaba hospitalizado, a veces me sentía inútil porque no podía realizar las funciones que acostumbraba, es natural, extrañaba mi familia, mi cuarto, mi cama, mis libros, extrañaba la vida que llevaba en casa. Me sentía raro estando desocupado, sin poder hacer nada debido a que estaba enfermo.</p>	VIA	C1	C2	C3	C4	C5	C7	C8	C9	C10
<p>7. Todo lo que he vivido ha sido muy doloroso para mí, me parecía mentira, increíble, no podía entender por qué me pasó esto, cómo he llegado hasta ese momento. Fue muy duro ver que no he cumplido lo que me había propuesto, ha sido un obstáculo, me sentía inútil. Soy una persona que no tengo dinero y lo que más me dolió es ir hasta Chiclayo, mi esposo a veces sin comer, estuvo pendiente de mí, nunca me abandonó, ni dejó que faltara alguna medicina, él y mis hijos dormían en el hospital, cuidándome, nunca estuve preparada para eso, fue como una pesadilla.</p>	VIIA	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C8	C9	C10
<p>8. Estaba preocupada, ansiosa, a veces me dolía el pecho, pensaba que algo iba a pasarme, no sabía que iban realizarme un cateterismo, primera vez en mi vida que he pasado por esto.</p>	VIIIA	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C9	C10

<p>9. Nunca pensé estar en UCI, fue algo fofo, inesperado, sorprendente para mí, porque no pensé caer de improviso por una enfermedad, estar hospitalizada y llegar a ese extremo tan grave. Cuando desperté lloraba de impotencia, me sentía sola, triste, me afectó mucho, dejé mi trabajo, es frustrante, limitante. El transcurrir del tiempo era rutinario, amanecer y esperar que pasen los días, ver como evolucionaba, no sabía la hora, ni el día en que estaba, solo escuchaba los ruidos de las personas que trabajaban allí.</p>	IXA	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C10
<p>10. Cuando entré a UCI, me sentía inhabilitado, encerrado, encarcelado, privado de mi libertad, no podía salir, no podía hacer nada, fue una limitación para realizar todos mis proyectos, es muy difícil, amargo, muy doloroso, no lo volvería a soportar. El dolor más grande era la angustia, la desesperación de no saber si mejoraría o no, a veces estaba consciente y otras veces no, tengo hijas que esperaban por mí, de mi ayuda; ya no sentía dolores físicos, me acostumbré al dolor de las agujas, inyecciones, las sondas, las fiebres altas; más era el dolor espiritual. Las personas fuera del hospital no saben cómo se siente uno adentro hospitalizado. Hasta ahora siento un poco de angustia cuando veo un hospital, no quiero volver, lo que he vivido no lo deseo a nadie, no tendría palabras para explicar el sufrimiento que he pasado. Le pido siempre a Dios que no vuelva a vivir esa experiencia.</p>	XA	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
<p>B) La corporalidad sufriente, invadida y expuesta ante la criticidad de la enfermedad</p>										
<p>1. Quería comer, tenía sed, me fastidiaba la boca seca, cuando mojaban mis labios y me bañaban sentía bienestar porque me gusta la limpieza, me sentía tranquila, despejada, sin embargo, tenía pudor, quería que me atienda una mujer. También tenía mucho temor y preocupación por cómo iban a quedar mis cicatrices, cuando me alzaron para poner la chata me dolían las heridas de mis piernas, me fastidiaba, podía que no me amarran porque sentía ansiedad; pero cuando tocaban mi mano sentía tranquilidad, seguridad, relajo, ánimo, es como si me dieran aliento; es más, el ruido de las máquinas no me molestaba, si estaba conectada con esos aparatos era para que me dé vida.</p>	IB		C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9 C10

<p>2. Me administraron sedación al inicio, después estuve despierta, pero una vez me inyectaron un sedante, tuve alucinaciones feas, veía sombras, quería levantarme y no podía, estaba amarrada, con el T.O.T, me sentí mal, no era normal. Me dolía la garganta de tener el T.O.T, sentía como una pastilla, me raspaba, cuando me estubaron me sentí mejor. También me hicieron una traqueostomía, me puse nerviosa, me bajo la presión arterial y el pulso. Luego me molestaba el corrugado, pensaba que al dormir se saldría y moriría, tenía temor, no podía dormir, solo por ratos, me sentía nerviosa. Después sufría mucho estando en cama, duele el cuerpo, no tienes tanta movilidad, ni fuerza, te sientes muy incapacitada, débil, quieres hacer cosas y no puedes, eso me inquietaba, incluso no podía comer, ni saborear los alimentos, por sonda me alimentaban, tenía hambre porque la pastilla para la miastenia se recibe con estómago lleno sino me dolía. Después hay procedimientos como las punciones arteriales ¡eso duele bastante! tenía el brazo morado, cuando hincan la arteria se siente como extraen la sangre; luego cuando me movilizaban y limpiaban el estoma de la traqueostomía, me dolía, y con ese corrugado sentía un peso. Yo rezaba a Dios para que me dé fuerza y soportar, es difícil.</p>	II B	C1		C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
<p>3. Estaba consciente de todo desde que me intubaron, la propia intubación fue la experiencia más desagradable, además el movilizarme a la hora de bañarme, el voltearme, acomodarme, las punciones arteriales que siempre me tomaban, también me causaba dolor el T.O.T sentía la garganta en "carne viva". Sentía vergüenza cuando me bañaban, pero les agradezco, si no hubiera sido por ellos, no hubiera tenido una recuperación rápida. También, de noche a veces, no podía dormir tranquila por el ruido, además tenía miedo.</p>	III B	C1	C2		C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
<p>4. Me sentía avergonzado de utilizar pañales desechables, me cubía con las enfermeras, que una dama me hiciera la higiene, había un varón y a él le pedía el favor de cambiarme. Me incomodaba no poder caminar a una ducha, depender de otras personas. Mi cuerpo tenía varios instrumentos médicos, aparte no quería que nadie tocara mis brazos, me dolían por los hincos de las agujas, ya no me encontraban vena para los análisis. Y en la actualidad, mi cuerpo ya no se ve como antes de la operación, ya no me siento igual, ya no tengo mucha fuerza.</p>	IV B	C1	C2	C3		C5	C6	C7	C8	C9	C10

<p>5. Me preocupaba porque me dolía un poco el pecho, me agitaba, no estaba bien, no más estaba derecha, me fastidiaba, mi cuerpo estaba cansado y tenía que aguantar. Todos los hospitales son iguales, la misma cama que es muy distinta a la de uno. Por eso, es bueno que nos movilicen, nos den masajes y nos sienten, aunque sea un rato.</p>	V B	C1	C2	C3	C4		C6	C7	C8	C9	C10
<p>6. Pasé una noche con mucho calor, me sentía muy incómodo, no podía dormir, entonces recuerdo que alguien sujetó y amarró mis manos a los costados de la cama, yo me sentía mal porque jamás me había pasado esto.</p>	V I B	C1	C2	C3	C4	C5		C7	C8	C9	C10
<p>7. La fiebre y los procedimientos hacían doler mi cuerpo, las punciones arteriales y venosas, ese aparato para medir la presión arterial, ¡huy!, era doloroso, apretaba mucho mi brazo, horaba, me despertaba de tanto dolor. Después, una vez toqué mi herida del abdomen y sentí dolor, era porque me habían suturado, estaban las gasas. Respecto al aseo, dos jóvenes me bañaron, a mí me parecía mentira que personas extrañas me bañen, pero tuve que dejarme, no había otra forma de asarme, me daba vergüenza que un hombre no familiar me aseo.</p>	V I I B	C1	C2	C3	C4	C5	C6		C8	C9	C10
<p>8. Tenía mi pierna derecha inmovilizada porque me habían hecho un cateterismo por la ingle, me dolía, no podía mover mi pierna, no lo soportaba, me sentía inquieta de estar en la misma posición. Después, cuando venían a sacarme sangre de mis venas para los análisis, me dolía mi brazo de tanto que me hincaban.</p>	V I I I B	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7		C9	C10
<p>9. Las punciones arteriales y venosas me dolían bastante, al buscarme la vena, parecía que me arrancaban algo. También, cuando estaba intubada, y me aspiraban me dolía mucho la garganta, la sentía inflamada, después todos los días me cambiaban la cinta del T.O.T, y al movilizarme de un lado para otro, me dolía mucho, tenía que esperar, tener paciencia para que me limpien, y cuando me aseaba un varón me daba vergüenza. Estar intubada me molestaba mucho, quería mover mi cabeza, pero no podía, si me movía sentía dolor en la garganta y el resto del cuerpo. Después, cuando me calmaba, me sentía mejor, pero si estaba triste, influyó en mi recuperación, me sentía débil.</p>	I X B	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8		C10

<p>10. Fue muy doloroso, yo ingresé con 90kg y salí con 42kg, estuve 40 días sin probar agua, ni comida, soportando el dolor de las agujas, inyecciones, la sonda nasogástrica, el catéter urinario que duele mucho cuando lo colocan. Después, en UCI debía hacer mis necesidades fisiológicas en pañal y me sentía avergonzado, incomodo, no tenía privacidad. Además, no podía moverme, recuerdo que jalé catéter venoso central y se salió de su sitio, me asusté; tenía que dormir en una sola postura sino se desconectaban esos aparatos, me sentía incómodo.</p>	XB	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	
<p>C) Frente al debate entre la vida y la muerte emerge el temor, la resignación y esperanza</p>											
<p>1. Tenía mucho miedo, temor porque pensaba que iba a morir, pero me aferraba a la vida, decía: "Dios no quiero morir", sentía tristeza pensando en mis hijos, mi mamita, sufría mucho por mí, ¡ay Dios mío!, pensaba: "Señor, si Tú me llevas, mis hijas y mi madre ¿con quién se quedan?"; yo oraba estando internada, me había resignado, decía: "Señor, si es tu voluntad, llévame, Tú sabrás porque estoy así"</p>	IC		C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
<p>2. Estaba consciente, pendiente de lo que decía el doctor y las enfermeras, yo entendía, escuchaba, observaba cuando escribían los datos del monitor. Era como un mecanismo de defensa. Tenía miedo, veía a los pacientes acostados, relajados, yo estaba sentada, pensaba me iba ahogar y morir. Me preocupaba el momento, saber si iba pasar ese día. Pensé que no saldría de aquel cuadro, flaqueaba al ver morir otros pacientes, y decía: la muerte está tan cerca, y era cuando sentía necesidad de Dios para estar tranquila, sea lo que pasara, sin tanta angustia. Yo creo en Dios, confío en Él, tenía fe, cuando estás en esa situación es lo único que queda, no puedes abandonarte, porque la fe ayuda a luchar contra la enfermedad o lo que deba venir. Primero se siente desesperación, después solamente conformarse con lo que viene, confiar en Dios porque no hay más a qué aferrarte.</p>	HC	C1		C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10

<p>3. Hay personas que reniegan de la vida, y otros como mi caso, que debemos aprovechar los momentos y no estar tristes, al contrario, vivir la vida y estar siempre agradecida de Dios. Para mí, vivir un día más con Miastenia es un milagro, cuando hay mucho cansancio se acelera el corazón y no se puede estar tranquila, trato de hacer lo que puedo. Me acerqué mucho a Dios, Él me dio fortaleza para salir de todo esto, y sigue dándomela, siempre le pido a Dios no volver a recaer y si es así, me ayude pronto. Además, pido no solo por mí, sino por todos los enfermos.</p>	III C	C1	C2	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
<p>4. Los pacientes hospitalizados en UCI salen de allí por dos motivos: curarse o morir. Yo tuve temor de morir, vi como falleció un paciente, y sentí miedo que de repente también tocaba irme de esta tierra. Pero me encomendé a Dios, y viví allí una experiencia, fue una visión, vi a Cristo crucificado.</p>	IV C	C1	C2	C3	C5	C6	C7	C8	C9	C10
<p>5. Tenía que resignarme, pensar que por mí bien estaba allí hospitalizada, pensaba en mis hijos y tranquilamente tenía que afrontar todo lo que me pasaba. Sentía miedo de recaer, pero a Dios gracias salí curada con bien.</p>	V C	C1	C2	C3	C4	C6	C7	C8	C9	C10
<p>6. Cuando vine a UCI, no tenía esperanza de vida; dije si Dios me lleva, ha de ser así, y si Dios me deja, continuaré viviendo y recordaré mis tiempos, veré a mis hermanos que ayudé y enseñé.</p>	VIC	C1	C2	C3	C4	C5	C7	C8	C9	C10
<p>7. No puedo creer que estuve entre la vida y la muerte, a UCI van los que estamos en las últimas, tenía esperanza de salir, creía que iba a ser rápido, pero, no. Era esperar la voluntad de Dios, me puse en manos del Señor y le pedí fuerzas para seguir adelante. Cuando me dieron de alta me sentía aliviada, como que volví a la vida.</p>	VIII C	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C8	C9	C10
<p>8. Me sentía intranquila porque no sabía cómo iba a ser mi evolución, en realidad no sabía lo que podría pasarme. Pero tenía que tratar de tranquilizarme y asimilar este proceso de la enfermedad.</p>	VIII C	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C9	C10
<p>9. Lloraba, pensé que iba a morir, no sabía si mejoraría o no, fue desesperante. Traté de afrontar ese momento pensando en mi familia, en que todo ese proceso pasaría rápido.</p>	IX C	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C10

<p>10. Creía que los médicos por darme ánimo, me decían que iba recuperarme, eso me inspiraba a seguir luchando, pero a veces me daba fiebre y me descontrolaba, me preguntaba por qué recaía, me desmoralizaba, sentía que la muerte llegaba, veía morir a personas, y decía ¿a qué hora me toca a mí? Era mucha frustración, tenía miedo. Yo era una persona luchadora, así nomás no me derrumbaba, pero aquella experiencia fue lo peor, incluso, dije a mi hermana que no gaste tanto en mí, porque iba a morir. Pero, al ver a mi familia derrumbarse, tomé fuerzas para luchar por vivir, mis amigos hicieron cadenas de oración, y sentí que no estaba solo. Recé mucho a Dios, entonces sentí que no era mi tiempo aún, tenía por quienes vivir. Hasta que salí con bien, como se dice: "después de la tormenta viene la calma".</p>	X C	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	
<p>D) La religiosidad en busca del Absoluto y el sentido de la vida ante el dolor y el sufrimiento.</p>											
<p>1. Pensaba era un castigo de Dios, pero luego me preguntaba: ¿Por qué Dios va a castigarme? Dios no castiga. Sin embargo, yo le falté, le desobedecí. Y ahora, reconozco que Dios ha estado en los momentos más dolorosos, y entonces empezaba a orar mucho. Primero quería morir, aquel dolor no era algo simple. Sentía como si el doctor fuera a desahuciarme, pero animándome dijo: "sólo has venido por tu problema respiratorio y tus quemaduras hijita, tú vas a vivir más." Y doy gracias a Dios por darme vida, así tenga muchas cicatrices no me importa, solo quiero vida, porque todavía les hago falta a mis hijas.</p>	I D		C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
<p>2. El sentido de mi vida es mi familia y Dios porque Él me da paz. Estar en UCI, te confronta con la vida, porque tienes tiempo para pensar y darte cuenta que eres tan frágil, estás expuesta a todo, y no tenemos el control de nada, te sientes vulnerable. Yo creo que estar allí, te pone a prueba de lo que en verdad eres y crees, que no somos autosuficientes, y necesitamos de Dios y de la familia. Toda mi fortaleza ha sido Dios, la oración me sostenía, yo no estaba sola, si no hubiera estado con Dios, me hubiese abandonado; sin esperanza, sin fe no hubiera tenido la fuerza y paciencia para seguir, es una lucha contra el dolor y la incapacidad. Todo ha sido conforme a un propósito, aún esta enfermedad, lo que nos</p>	II D	C1		C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10

pasa es por algo, para formarnos, ayudarnos, para no quedarnos y seguir hasta el último día, no podemos desanimarnos, no se puede tirar la toalla. Veo que muchos dicen ¿por qué a mí? Pero yo dije: "Señor Tú sabes, Tú todo lo haces bien, te pido no me dejes sola con mi temor, en mi debilidad y dificultad que Tú estés conmigo", y así ha sido.											
3. Afronté mi dolor siguiendo a Cristo, esta enfermedad ayudó acercarme a Dios, Él sabe por qué hace las cosas, quizá mi familia y yo estuvimos alejados de Él, no renequé, ni pensé que era un castigo; siempre estaré agradecida con Dios porque me ayudó a recuperarme pronto, y acercarme más a Él.	III D	C1	C2		C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
4. Tomé mi enfermedad como una prueba más de Dios porque a veces cometemos pecado, Él me dio una lección más. Y doy gracias a Dios por quedarme en la tierra. Depende de la vida que uno lleva, para estar aquí, o en la eternidad.	IV D	C1	C2	C3		C5	C6	C7	C8	C9	C10
5. Yo rezaba mi Rosario, mis hijos no creían que estaba sin rezar, aún hospitalizada rezaba, me acordaba que los domingos voy a Misa, y ese domingo no he ido pensaba (sonríe), soy muy católica.	V D	C1	C2	C3	C4		C6	C7	C8	C9	C10
6. Estoy agradecido con Dios, siempre está conmigo, Él está atento para ayudarnos a todos, en ese sentido Dios está a nuestro lado. Pero en este mundo hay mucha confusión, maldad, pecado, pobreza, gente que no tiene esperanza, y quisiera que todos tuvieran esa esperanza. Dios me permitió seguir aquí, con mi esposa y mis hijos, Él me da fuerzas, haré todo lo que Dios quiera, por ejemplo, pronto recibiré una Iglesia para pastorear, hacer seminarios, es mi gran deseo, hay gente que necesita ser ayudada.	VI D	C1	C2	C3	C4	C5		C7	C8	C9	C10
7. El dinero se consigue, la vida no; eso me consuela, volver a trabajar, agradecer y darle esa confianza a la gente que rezó y se preocupó por mí. Pienso que Dios nunca me abandono, al contrario, me ha dado una experiencia, que debo obedecer y cuidarme. No fue un castigo, fue mi propio descuido, uno debe cuidar su cuerpo, sus alimentos. Tengo que tomar conciencia de lo que he vivido, pido a Cristo y a la Virgen de Guadalupe me ayuden.	VII D	C1	C2	C3	C4	C5	C6		C8	C9	C10

8. Cuando uno está enferma, se preocupa, pero hay que encomendarse al Señor, tatar de estar tranquila, porque si no, peor nos afecta más.	VIII D	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7		C9	C10
9. Oraba, le pedía a Dios fortaleza para seguir adelante. Él no castiga, es por la imperfección del hombre que sufrimos enfermedades, Dios me ayudó mucho, aprendí bastante. No pensaba lo peor, sino que iba a mejorar, tenía mente positiva y ahora estoy tranquila gracias a Dios.	IX D	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8		C10
10. Mi meta era curarme para seguir viviendo, siempre tuve por quienes luchar, mis hijas pequeñas y mi familia. Al principio pensaba que era un castigo de Dios, pero no. Fui yo quien no me cuidé. Estando en UCI, le pedí con tanto clamor de corazón a Dios que me sanara, porque sabía que estaba mal. Mis familiares me apoyaron económica y moralmente, tenía que lucharla, darme valor, aunque había días que me derrumbaba, pero agradezco a Dios porque me dio la oportunidad de vivir. En casa, cuando tomaba desayuno, a veces no me gustaba, sin embargo, en UCI no puedes comer, y allí, como deseaba ese desayuno que un día desprecié. Cuando estás bien puedes respirar, pero estando en el hospital, ese oxígeno tiene un costo. Cuando tenemos el aire gratis no agradecemos a Dios. Entonces, estar en UCI te ayuda a reflexionar, ver la vida diferente, a veces nos desesperamos por lo material, pero nuestro corazón está vacío. Ahora siento como si una carga hubiera saltado de mi espalda, estoy tranquilo en la presencia de Dios.	X D	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	
E) El amor familiar para el logro del bienestar físico, emocional y espiritual del enfermo											
1. Cuando llegaba mi madre y mis hijas me sentía contenta, segura, tranquila y feliz. Ellas influían mucho en mi recuperación, estaban al pendiente de mí. A veces, me preocupaba mi mamá, ella sufría al verme, me daba pena, también me sentía una carga porque le ocasionaba gastos, algunas medicinas no las cubría el seguro.	I E		C2	C3	C4	C5		C7	C8	C9	C10
2. Siempre esperaba la visita, calculaba o preguntaba a las enfermeras la hora (sonríe) ¡Me alegraba ver a mi mamá, mi hija!, estaban allí todos los días, me acuerdo y me da tristeza (lora), la familia es lo que te sostiene. Mi papá me daba fuerzas, ánimo (lora, se hace una pausa). Mi familia se unió más, allí pude ver el amor de mis seres queridos.	II E	C1		C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10

3. Era un alivio cuando veía a mis padres porque podía estar tranquila, decía entre mí que debía recuperarme, colaborar para salir pronto de allí. Me preocupaba la parte económica, cada día era un dolor más para mis papás, eso influía en mi recuperación, era frustrante, por ejemplo, si ayer me hicieron destete ventilatorio por 30 minutos y hoy no podía tolerarlo, era un retroceso para mí.	III E	C1	C2		C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
4. Me sentí una carga para mi familia y me preguntaba ¿Por qué gastan tanto en medicinas? ¿Habrá dinero? Me preocupaba. Pero mi familia me daba ánimo y me decían que no me preocupara, querían verme bien y sano.	IV E	C1	C2	C3		C5		C7	C8	C9	C10
5. Estaba solita sin mis hijos, pensando en ellos, preocupada, ya cuando llegaban a visitarme, me sentía tranquila y contenta.	V E	C1	C2	C3	C4		C6	C7	C8	C9	C10
6. No me sentí como una carga para mi familia, ellos se preocuparon por mí porque soy su padre, me estiman mucho, mis hijos no me dejan solo, se preocupan por mi salud, no estuve solo, también me visitaron gente de la iglesia, que me estiman.	VIE		C2	C3		C5			C8	C9	C10
7. Siempre estaba durmiendo, me levantaba por ratos, volteaba y veía las máquinas, sólo esperaba la hora de visita y una buena noticia, pensaba en ver a mi esposo, mis hijos. Una vez les dije: ¡Ay Dios mío!, han gastado su plata en mí, ¿cómo?! Como para devolverles, pero mi familia me dice: "mamá, no te preocupes, trabajando se consigue todo, lo importante es que tú estás sana y salva, estás viva, Dios te ha traído de nuevo".	VII E	C1	C2	C3	C4	C5			C8	C9	C10
8. Me daba tranquilidad el hecho que mis seres queridos estuvieran al pendiente de mí persona.	VIII E	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7		C9	C10
9. Mi familia me daba mucho ánimo, me hablaban, me acompañaban y me sentía tranquila.	IX E	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8		C10
10. Agradezco a Dios porque nos enseñó la unión familiar a raíz de mi enfermedad, y nos ha servido en los momentos difíciles. Mi familia me dio fuerza emocional para salir adelante, yo me preocupaba por el dinero, pero ellos querían que sanara. Todo apoyo, fue recíproco, leal, y mis amigos también me ayudaron, eso me dio alegría.	X E	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	

F) La comprensión y comunicación en el cuidado humano del paciente de UCI y la familia.										
1. Llamaba a las enfermeras señalando con el dedo, no podía hablar, estaba intubada, quería un lapicero para escribir porque ellas no me entendían muy bien. Por eso, les aconsejaría a las enfermeras que tengan mucha paciencia y amabilidad porque al servicio de UCI entramos con tanto dolor y queremos que las enfermeras nos tengan paciencia, sean cariñosas, responsables y humanas en su trato.	IF	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
2. El paciente en UCI tiene muchas necesidades, por ejemplo, el cambio de pañal porque no lo soportas, te escalda, duele, quema, quería que me cambien y algunas no me entendían, aparte tienes hambre. Cuando me bañaban temblaba de frío, no podía evitarlo y no podían comprenderme. Una vez tuve sed, y una enfermera me mojó los labios ¿qué alivio se sentí! Por eso, les pediría a las enfermeras, traten de entendernos porque la pasamos tan mal, y lo único que esperamos son personas que nos traten con amor y dedicación. Por ejemplo, el preguntar es una buena forma para que el paciente pueda comunicarse, porque allí no pueden hablar, entonces nos pueden preguntar: ¿Está bien así? ¿Le gusta esto?, cuando las enfermeras son dedicadas uno siente seguridad.	IIF	C1	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
3. Las enfermeras tenían mucha delicadeza a la hora de acomodarme o levantarme, y eso es bueno, si nos tratan con cuidado, sentirán nuestro dolor, no vivirlo, sino saber que tenemos dolor. Por eso, me gustaría que las enfermeras vean al paciente como un familiar, un ser querido, que puedan entender y comprender nuestro dolor, y a nuestros familiares que los traten con cuidado, brindándoles seguridad, ánimo y apoyo moral.	IIIF	C1	C2	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
4. Agradezco al grupo de enfermeras de UCI, ha sido un trato muy bueno, eficaz. Ustedes ven cuando a nosotros nos falta la respiración, están al día con nuestro tratamiento, de inmediato solucionan problemas, e informan cómo pasan las horas cada paciente.	IVF	C1	C2	C3	C5	C6	C7	C8	C9	C10
5. Las enfermeras han sido amables conmigo, me han atendido bien, tenían paciencia, estoy muy agradecida con ellas. Me pasaba un poco mi intranquilidad, conversando con ellas.	VF	C1	C2	C3	C4	C6	C7	C8	C9	C10

<p>6. El personal de salud debe tener en mente con quienes está tratando, somos personas y deben ponerse en el lugar de nosotros. Un enfermo no se enferma porque quiere, sino porque así es la naturaleza, pero Dios les ha mandado a ustedes para que vean por ellos y por esa labor puedan estar bendecidos, son instrumentos de Dios.</p>	VIF	C1	C2	C3	C4	C5			C7	C8	C9	C10
<p>7. Estoy muy agradecida con las enfermeras, los médicos y los técnicos, en ningún momento me dejaron sola, han sido muy buenos conmigo, me han atendido bien, veo que se esfuerzan por tener vivo al paciente, escuchaba que estaban pendiente de mí, y deseo que siempre sean amables, cuidadosas y humanas.</p>	VIIF	C1	C2	C3	C4	C5	C6			C8	C9	C10
<p>8. Cuando me cambiaban de posición y me daban masajes, me relajaba, sentía tranquilidad. Me atendieron muy bien las enfermeras, yo les aconsejaría que les den cariño a los pacientes y paciencia en atenderlos.</p>	VIIIIF	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7			C9	C10
<p>9. Algunas enfermeras me entendían sólo mediante gestos, y tenían paciencia, yo sentía impotencia de no poder hablarles, expresarme. Algunas se comunicaban conmigo, me preguntaban si quería algo, me daban ánimo y eso me ayudaba bastante. Yo les aconsejo a las enfermeras, que nos deben tener paciencia porque no es fácil estar hospitalizada, sentimos dolor, y es feo que no nos entiendan.</p>	IXF	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8			C10
<p>10. Todas las personas tienen su personalidad, algunas son amigables, otras no y en todo sitio es así. Algunas enfermeras me daban confianza, paz, y otras no, quizá sea por la rutina del trabajo, los técnicos también me ayudaron cuando lo necesitaba. Dios sabía a quién poner en mi camino, cuando conversaban conmigo, me hacían sentir que no estaba enfermo, ya cuando se iban, volvía a mi realidad de estar postrado en una cama, y me sentía triste. Yo les aconsejaría a las enfermeras que nos deben hablar de Dios, Él es todo. Asimismo, que nos acojan como si fuéramos un familiar, necesitamos apoyo físico porque no podemos valerlos por nosotros mismos; y que no nos transmitan su estrés, nosotros sufrimos por no saber si continuaremos con vida, y sentir el estrés de alguna enfermera nos pone mal. Pero, en primer lugar, quisiera que nos hablen de Dios y nos den valor.</p>	XIF	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9		