



**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**“EXPERIENCIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS NO CRÍTICOS QUE  
COHABITAN EN SALA CON PACIENTES CRÍTICOS, EN EL HOSPITAL BASE  
VALDIVIA DURANTE EL PERIODO AGOSTO - OCTUBRE 2015”**

Tesis presentada como parte de los  
Requisitos para optar al grado de  
Licenciado en Enfermería.

**Paulina Belmar Estrada  
Edma Sandoval Irureta  
Bárbara Álvarez Clarot**

VALDIVIA – CHILE  
2015

**Profesor Patrocinante:**

**Nombre** : Vinka Yusef Contreras

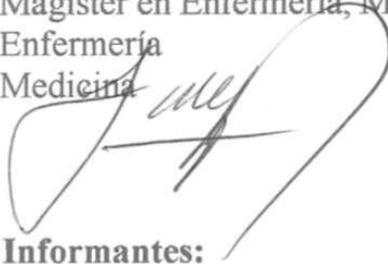
**Profesión**: Enfermera

**Grado** : Magíster en Enfermería, Mención Gestión del Cuidado

**Instituto** : Enfermería

**Facultad** : Medicina

**Firma** :



**Profesores Informantes:**

**Nombre** : Rayen Llanquilef Andaur

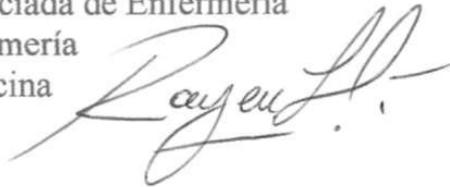
**Profesión**: Enfermera

**Grado** : Licenciada de Enfermería

**Instituto** : Enfermería

**Facultad** : Medicina

**Firma** :



**Nombre** : Claudia Paredes Cárcamo

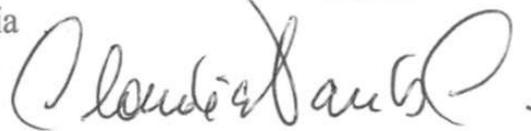
**Profesión**: Enfermera

**Grado** : Licenciada en enfermería

**Instituto** : Enfermería

**Facultad** : Medicina

**Firma** :



## DEDICATORIA

A Dios por habernos permitido llegar hasta este momento, dándonos salud, fortaleza y su infinito amor...

A nuestras familias por su apoyo incondicional, sus consejos y valores, por no dejar que no rindiéramos jamás...

A nuestros amigos que nos harán recordar que la universidad no solo nos formó de manera académica si no también nos preparó para enfrentar y disfrutar la vida...

A nuestra institución por permitirnos vivir una de las mejores y recordadas etapas de nuestras vidas...

A nuestros docentes quienes nos guiaron, educaron con paciencia y dedicación, demostrándonos que ésta profesión es la más hermosa de todas...

Y por último a todos nuestros pacientes por confiar en nuestros cuidados, por su alegría y motivación que nos permitió llegar a un precioso final...

## **AGRADECIMIENTOS**

Al personal de enfermería del servicio de Cirugía y Medicina adulto del HBV, quienes nos permitieron y facilitaron la realización de nuestra investigación.

A nuestra querida profesora Vinka por sus conocimientos, experiencia y apoyo constante durante todo el proceso.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. PSICOLOGÍA SOCIAL.....	12
2.2. ESTRÉS Y SINDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN.....	13
2.3. TEORÍA DEL SER, ESTAR Y SENTIRSE ENFERMO.....	15
2.3.1. DIMENSIONES DEL ENFERMO.....	16
2.3.2. CONDUCTA DE ENFERMEDAD.....	17
2.4. PACIENTE CRÍTICO.....	17
2.5. MODELO DE SALUD INTEGRAL.....	18
2.6. GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	21
3. OBJETIVOS.....	22
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22
4. TRAYECTORIA.....	23
4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	24
4.2. DESCRIPCIÓN DEL MUESTREO.....	24
4.3. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
4.4. ANÁLISIS DE DATOS.....	25
4.5. RIGOR METODOLÓGICO.....	26
4.5.1. CREDIBILIDAD.....	26
4.5.2. AUDITABILIDAD O CONFIRMABILIDAD:.....	26
4.5.3. TRANFERIBILIDAD O APLICABILIDAD:.....	26
4.6. RIGOR ÉTICO.....	27

4.6.1. VALOR SOCIAL .....	27
4.6.2. VALIDEZ CIENTIFICA .....	27
4.6.3. SELECCIÓN EQUITATIVA DEL SUJETO .....	28
4.6.4. PROPORCIÓN FAVORABLE DE RIESGO – BENEFICIO.....	28
4.6.5. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE .....	29
4.6.6. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	29
4.6.7. RESPETO A LOS SUJETOS INSCRITOS .....	29
5. RESULTADOS .....	30
5.1. MAPA CONCEPTUAL 1: REPERCUSIONES BIOPSIKOSOCIALES EN PACIENTES NO CRÍTICOS AL COHABITAR CON PACIENTES CRITICOS EN UNA MISMA SALA HOSPITALARIA: .....	31
5.1.1. REPERCUSIONES BIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA CONVIVENCIA CON PACIENTES CRÍTICOS: .....	32
5.1.2. REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A LA CONVIVENCIA CON PACIENTES CRÍTICOS:.....	33
5.1.3. REPERCUSIONES SOCIALES ASOCIADAS A LA CONVIVENCIA CON PACIENTE CRÍTICOS:.....	35
5.2. MAPA CONCEPTUAL 2: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES POSITIVOS Y/O NEGATIVOS PERCIBIDOS POR PACIENTES NO CRITICOS AL COHABITAR CON PACIENTES CRITICOS EN UNA MISMA SALA HOSPITALARIA .....	37
5.2.1. FACTORES POSITIVOS PERCIBIDOS POR PACIENTES NO CRÍTICOS DURANTE LA CONVIVENCIA CON PACIENTES CRÍTICOS: .....	38
5.2.2. FACTORES NEGATIVOS PERCIBIDOS POR PACIENTES NO CRÍTICOS DURANTE LA CONVIVENCIA CON PACIENTES CRÍTICOS: .....	39
5.3. MAPA CONCEPTUAL 3: PERCEPCIÓN DE PACIENTES NO CRÍTICOS SOBRE ATENCIÓN RECIBIDA POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD.....	42
6. DISCUSIÓN.....	45
7. CONCLUSIÓN .....	48
8. REFERENCIAS .....	50

9. ANEXOS.....	56
9.1. ANEXO 1: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	56
9.2. ANEXO 2: PAUTA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA .....	58

## RESUMEN

**Introducción:** La experiencia de pacientes con distintos grados de complejidad que cohabitan en una sala hospitalaria, provoca consecuencias biopsicosociales en los pacientes no críticos. Esto refuerza la importancia de la distribución de pacientes de acuerdo a su gravedad y no según su patología, permitiendo al equipo de salud organizar los cuidados de acuerdo a las necesidades de cada paciente y eventualmente favorece una recuperación temprana y de calidad.

**Objetivo:** Analizar las experiencias de los pacientes no críticos que cohabitan con pacientes críticos en una sala común, en el Hospital Base Valdivia durante el año 2015.

**Material y métodos:** Se realizó una investigación cualitativa con trayectoria fenomenológica. Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas a 15 pacientes no críticos hospitalizados en servicios de Medicina y Cirugía adulto del Hospital Base Valdivia, durante los meses de Agosto – Octubre del 2015. Cada una de las entrevistas realizadas se llevó a cabo con previo consentimiento informado de los participantes, las cuales fueron grabadas y posteriormente transcritas. Luego se desarrolló el análisis según los contenidos e interpretación de las unidades de significado, para posteriormente realizar el análisis ideográfico.

**Resultados y Discusión:** Entre los principales resultados referidos por los sujetos en estudio, surge el reconocimiento de alteraciones anímicas, sentimientos de pena, frustración, impotencia y desagrado, dificultades para conciliar el sueño y la necesidad de buscar apoyo emocional entre sus compañeros de sala, creencias religiosas y/o núcleo familiar. Además, señalaron su disconformidad en relación a la distribución de camas hospitalarias por patología, indicando que debiesen ser agrupadas según complejidad, apoyando el nuevo modelo de atención integral de salud.

**Conclusiones:** de los resultados obtenidos, se percibió que las diversas situaciones a las que se deben enfrentar los pacientes no críticos al cohabitar con pacientes críticos, genera consecuencias en el ámbito biopsicosocial, lo que afecta su bienestar durante la hospitalización y perjudica directamente su recuperación. Además, destaca una percepción positiva sobre los cuidados entregados a los pacientes por parte del equipo de salud.

**Palabras Claves:** Acontecimientos que cambian la vida - Enfermedad crítica- Interacción social- Consecuencias para la salud- Actividades de distribución.

## ABSTRACT

**Introduction:** The experience of having patients with different medical conditions that coexist in a same hospital room creates psychosocial consequences in the non-critical patients. This enhances the idea that patients arrangement according to their gravity not for pathology. This patient-arrangement allows the health care team organize the care according to needs of each patient. This eventually promotes an early and high-quality recovery.

**Objective:** To analyze the experiences of non-critical patients that coexist with critical patients in the same hospital rool during their medical care stay in the Hospital Base Valdivia during 2015.

**Materials and methods:** A qualitative investigation was carried out using a phenomenological trayectory. A semi-structured interview was done to 15 non-critical patients who were hospitalized in the Medicine and Surgery adult services at Hospital Base Valdivia during the months of August-October 2015. Each interview was carried out with the consent of the patient, being recorded and subsequently transcribed. Then, the analysis of the content and meaning units interpretation was done in order to perform the ideographic analysis.

**Results and discussion:** Regarding the biopshychosocial repercussions addressed by the studied subjects, they identified emotional alterations, sadness feelings, frustration, impotence and displeasure, difficulties to fall asleep and a need to find emotional support among their hospital room mates, religious beliefs and from their family.

**Conclusions:** from the results, it was evident that the diverse situations, which non-critical patients must face when coexisting with critical patients, generate psychosocial consequences that affect their well-being over their medical care stay and directly harm their recovery. In addition, a positive perception about the care of the patients by the medical staff is observed.

**Key words:** Life Change Events - Critical Illness - Interpersonal Relations - Impacts on Health - Delivery of Health Care.

## 1. INTRODUCCIÓN

Dentro de los cambios sociales, culturales, demográficos y epidemiológicos que ha experimentado la población Chilena en el sector de Salud durante los últimos años, destacan el envejecimiento de la población con el consecuente aumento de la complejidad en las consultas de las unidades de emergencia. En un número significativo de casos, se produce una situación de sobredemanda de pacientes críticos, la que se ve potenciada por las brechas de recursos humanos, falta de camas agudas e instalaciones antiguas en algunos hospitales del país (Ministerio de Salud, 2009).

En Chile el año 2002 se implementó la reforma de Salud Pública que trajo consigo el nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria, fundamentado en el Modelo de Atención Integral en Salud, el cual tiene como fin satisfacer los requerimientos y demandas de la población. Este modelo se caracteriza por presentar camas indiferenciadas para los pacientes, siendo divididas en al menos tres niveles de complejidad: alta o camas críticas, mediana o de pacientes agudos y las de baja complejidad (Canales, S. y Murillo, T., 2010). También con el nuevo modelo se logra proporcionar resolución de problemas desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia red le ha definido, en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencias (Ministerio de Salud, 2005).

Los problemas estructurales antes señalados, como el aumento de la población adulto mayor y la complejidad de las patologías, junto a la falta de recursos humanos dentro del sector intra hospitalario son problemáticas que se han mantenido a pesar del crecimiento de la inversión en salud del país. El aumento de la disponibilidad de camas para pacientes críticos sigue siendo insuficiente en relación a la demanda de éstos, lo que dificulta la implementación del Modelo Integral de Salud a nivel Nacional.

Como consecuencia, pacientes de diferentes niveles de complejidad cohabitan una misma sala hospitalaria. Según la Real Academia Española (2014), define cohabitar como “habitar juntamente con otra u otras personas”. Incluso señala sinónimos como convivir y coexistir, definidos como “vivir en compañía de otro u otros”. De esta forma, los pacientes de menor complejidad se ven expuestos a presenciar situaciones estresantes de aquellos que se encuentran en estado crítico y que por ende, requieren mayor demanda profesional, procedimental e instrumental. Es así como todos estos factores generan una atmósfera desconocida para aquellos pacientes que se encuentran más estables, provocando un sin número de emociones, percepciones y/o sensaciones que muchas veces pasan desapercibidas

por el equipo de salud y que generan diversas alteraciones en el ámbito biopsicosocial de éstos durante su hospitalización.

Por otra parte, resulta significativo mencionar la importancia de los profesionales de Enfermería en éste modelo de atención, ya que participan directamente por ser los precursores de la Gestión del Cuidado, corroborando que “la práctica de Enfermería es mucho más que el cumplimiento de diversas tareas rutinarias, requiriendo recursos intelectuales en la toma de decisiones y en el actuar, para responder satisfactoriamente a las necesidades individuales de cada paciente” (Ministerio de Salud de Chile, 2007). Además, es importante destacar dentro de la Gestión del Cuidado, el papel que cumple el profesional de Enfermería en lo que respecta a la distribución de camas en los diversos servicios, su visión en lo que concierne a la evolución del paciente en términos de complejidad y la organización de camas que realiza según el estado de dichos pacientes (Canales, S. y Murillo, T., 2010).

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. PSICOLOGÍA SOCIAL

Myers (2005), define a la Psicología Social como “una ciencia que estudia la influencia de nuestras situaciones, en la manera de cómo nos percibimos y afectamos unos a otros”. Es el estudio científico de la forma en que las personas piensan, influyen y se relacionan con los demás dentro de un mismo entorno, siendo la interacción con otros, un intercambio de estímulos y respuestas que están en contacto directo con el contexto interaccional (Pozzoli, 1999).

Así, Myers (2005) afirma que como criaturas sociales, respondemos a nuestros contextos inmediatos. En ocasiones, el poder de una situación social nos conduce a actuar en formas que difieren de nuestras actitudes adoptadas. Una de los factores que influyen frente a cómo reaccionamos frente a diversas situaciones es la personalidad. La disposición de la personalidad también afecta el comportamiento. Al enfrentar la misma situación, distintas personas pueden reaccionar de manera diferente (p.41). Así mismo, Snyder (1983), refiere que una situación social afecta de forma diversa a diferentes personas. Como nuestra mente no ve la realidad de forma idéntica, respondemos a una situación al tiempo que la construimos; algunos individuos son más sensibles y reaccionan más a las situaciones sociales que otros (p. 53).

De ésta forma, las diferentes reacciones de los individuos frente a una situación, dependerán de sus actitudes, las cuales son aprendidas mediante la experiencia e interacción con los demás. Estas actitudes son manifestaciones del comportamiento, que guarda la predisposición a desenvolverse de cierta forma cuando la persona está frente a una situación específica (Antonak y Livneth, 1988).

Esquivias, M., (como lo cita Estrada, A., 2012) ha distinguido cuatro componentes de la actitud:

1. *Cognitivo*: representaciones mentales que tienen los objetos o situaciones, involucra procesos perceptuales, neuronales, hasta cognitivos más complejos. Es decir, es el conocimiento y el pensar de la actitud.

2. *Afectivo*: Consiste en los aspectos emocionales ligados a un objeto o pensamiento, como positiva o negativa, placer o dolor, bienestar o malestar, etcétera. Es decir, es el sentir de la actitud.

3. *Conductual*: tendencia a reaccionar hacia las situaciones, personas o ideales de determinada forma. Es decir, es el accionar de la actitud.

4. *Normativo*: manera en que se espera y se comporte una persona, considerando los parámetros o normas establecidas ante una situación. Es decir, es el deber ser de la actitud.

Desde luego, las situaciones sociales influyen profundamente en los individuos. Los principios del pensamiento, la influencia y las relaciones sociales tienen implicancias para la salud y el bienestar de los seres humanos. Es por ello, que el control social y el personal no compiten más que las explicaciones biológicas y culturales. Tanto las aclaraciones sociales como personales de nuestro comportamiento social son válidas, porque en todo momento somos criaturas y creadores de nuestro mundo social (Myers, 2005).

Es por ello, que dentro de una sala hospitalaria se genera una situación social ajena a la realidad del individuo, con situaciones y personas desconocidas que van reconstruyendo el escenario actual de éste, donde debe adaptarse de forma social y personal a la situación, interactuando diariamente con los demás individuos de la sala y sus familiares, con el personal de Salud y con estudiantes, entre otros. El individuo puede generar un sinnúmero de reacciones frente a éste nuevo escenario que debe enfrentar, más aun siendo compañero de sala de un paciente que se encuentra en condiciones críticas.

Entonces surge la interrogante: ¿Nos afecta la presencia de otro individuo? ¿Cómo nos influye? Según Myers (2005), “las personas que simplemente están en presencia unas de otras llegan a influirse” (p.135).

## **2.2. ESTRÉS Y SINDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN**

El concepto de estrés, también conocido como “stress”, según la Real Academia Española (RAE, 2014) es “toda tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.” Mientras que Selye (1955) lo definió como un “síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química”.

El estrés es parte de nuestra vida cotidiana, siendo una respuesta natural del organismo frente a estímulos físicos o psicológicos, incluyendo todos aquellos estímulos estresantes diarios o circunstancias ocasionales, inesperadas, que representan serias amenazas para el equilibrio de nuestro organismo (Ocaña, 1998).

Selye (1955) refiere que "algo de estrés es esencial y saludable; la cantidad óptima de estrés es ideal, pero demasiado estrés es dañino" (p.54). Considera que existen dos tipos de estrés:

1. *Eutrés*: se considera como el buen estrés, el cual es necesario, es la cantidad óptima, no es dañino y es una cantidad de estrés esencial para la vida, el crecimiento y la sobrevivencia. Este tipo de estrés, permite enfrentarnos a los retos, nos incentiva para tratar de obtener buenos resultados y adaptarnos a los cambios.

2. *Distrés*: se considera un mal estrés, pues es dañino, patológico, destruye al organismo, es acumulable, contribuye a producir patologías mentales, acelera el proceso de envejecimiento, etc.

Posterior a un evento estresante (*distrés*), el organismo actúa para intentar mantener la homeostasis, mediante el "Síndrome General de adaptación" (SGA), definido por Selye como "la suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas a la exposición continuada a una reacción sistemática del estrés"(Gonzales de Rivera, 1994).

Según el modelo de Selye (1955), el SGA o estrés consta de tres fases:

1. *Fase de alarma (Shock)*: es inmediata a la percepción del estímulo estresante. Las investigaciones basadas en la fisiopatología (Duval; González & Rabia, 2013) plantean que el estímulo estresante es captado por el hipotálamo el cual, estimula las suprarrenales para secretar la adrenalina, cuyo objetivo es suministrar la energía en caso de urgencia. Habrá entonces una serie de respuestas del organismo como aumento de la frecuencia cardíaca, vasodilatación, dilatación pupilar (midriasis), vasoconstricción, aumento de sudoración en manos, pies y frente un aumento de la vigilancia (puesta en juego también por la noradrenalina).

2. *Fase de Resistencia o defensa*: Nuestro organismo mantiene una activación fisiológica máxima tratando de superar la amenaza o adaptarse a ella, mediante la secreción de cortisol, refieren Duval, González, Rabia (2013). La función del cortisol es mantener constante el nivel de glucosa sanguínea para nutrir los músculos, el corazón, el cerebro. La adrenalina suministra la energía de urgencia; el cortisol asegura la renovación de las reservas. Es una fase de resistencia, el organismo debe " aguantar". Melgosa (1997) señala que "esta fase puede durar meses o años, si es muy larga puede volverse un estrés crónico."

3. *Fase de Agotamiento o relajamiento*: se produce sólo si el estímulo estresante es continuo o se repite frecuentemente. El organismo agota sus recursos y pierde su capacidad de activación o adaptación. Según Duval, González & Rabia (2013), ésta fase se acompaña de una alteración hormonal crónica (con consecuencias orgánicas y psiquiátricas). Poco a poco las hormonas secretadas son menos eficaces y comienzan a acumularse en la circulación. Resultado: el organismo está invadido de hormonas que tendrán un impacto negativo sobre la salud.

Así, Melgosa (como lo cita en S. de Camargo, 2004) refiere que surgen las enfermedades relacionadas con el estrés como: insomnio, falta de concentración, abatimiento, fatiga, extenuación, patologías inmunológicas, patologías cardiovasculares, patologías metabólicas y endocrinas, depresión, problemas gastrointestinales, infartos cardiacos, infartos cerebrales, etc. (p.81). Cuando la exposición al estrés es continua, se produce un debilitamiento en la eficacia general del organismo y en su capacidad defensiva que lo hace más propenso a enfermedades (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1986).

Inlander (como lo cita en S. de Camargo, 2004) señala que la secreción constante de cortisol puede generar síntomas de estrés que indican que el organismo no está manejando el estrés debidamente, entre ellos destacan:

- *Síntomas de comportamiento y emocionales*: aprehensión, cambios de estado anímico, depresión, desconfianza, falta de satisfacción con las experiencias gratas, inquietud, ira y hostilidad, irritabilidad, negación, retraimiento, tendencia a comerse las uñas, comportarse siempre a la defensiva, entre otras.
- *Síntomas intelectuales*: falta de atención a los detalles, falta de concentración, falta de conciencia de los estímulos externos, olvido, preocupación, reducción de la creatividad, tendencia a enfocar el pasado en vez del futuro.
- *Síntomas físicos*: boca seca, alteración de la capacidad motriz, contracciones musculares atípicas, diarrea o estreñimiento, dolor de cabeza, dolor de estómago, picazón del cuero cabelludo, fatiga crónica, insomnio, náusea, palmas de mano sudorosas, palpitaciones del corazón, pérdida del apetito, piel húmeda y pegajosa, pupilas dilatadas. (p.84)

### **2.3. TEORÍA DEL SER, ESTAR Y SENTIRSE ENFERMO**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), salud es definida como “estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad”, por consiguiente es también importante definir lo que significa enfermedad según (OMS, 2014), la cual es “una alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar”. En relación a este último concepto Dorothea Orem (como lo cita Lolas, 1997) hace alusión a enfermedad cuando se ven afectados el desarrollo del individuo, ya sea su integridad estructural y/o funcional de la persona.

Dentro de los conceptos de enfermedad, según Lolas (1997) surgen dos dimensiones:

- *“Illness”*: se podría traducir como Dolencia o Malestar en español. Es totalmente subjetiva, en esta existe la sensación de sentirse enfermo pero no se acompaña del diagnóstico de un experto, existe una construcción

fenomenológica de los síntomas y otras formas de expresión. El afectado magnifica o minimiza su padecimiento. Otra situación que puede ocurrir es que alguien que se siente bien tenga una grave enfermedad asintomática.

- “*Disease*”: traducido en español como Enfermedad. Es un proceso que reconoce un agente patógeno, una fisiopatología, una historia natural y una terapéutica. Esta perspectiva nos coloca en el ámbito de lo objetivo. En esta dimensión existe un juicio clínico, una opinión médica de por medio.
- “*Sicknes*”: equivalente en español al término Afección. Aquí la enfermedad es valorada por otros, ya sea parientes, amigos o la sociedad. La manera en que una sociedad le atribuye a un individuo una enfermedad, a la manera en que una sociedad reconoce a ciertas condiciones como enfermedad y a ciertos individuos como enfermos.

### 2.3.1. DIMENSIONES DEL ENFERMO

Estas diferentes dimensiones de enfermedad, son las que pacientes críticos y no críticos hospitalizados pueden desarrollar durante el proceso de la enfermedad.

Cazenave y Ferrer (como lo cita en Lolas, 1997), indican que existen dimensiones que son inherentes a las personas enfermas, que abarca al individuo en sus aspectos biopsicosocial y espiritual:

- *Dimensión Física*: En esta dimensión, el cuerpo se manifiesta presentando síntomas los cuales requieren tratamiento y muchas veces se acompaña de sufrimiento.
- *Dimensión Social*: En la cual las redes y características sociales del individuo condicionaran recibir, seguir o no querer mantener un tratamiento.
- *Dimensión Intelectual*: Es la falta de conocimientos que genera incertidumbre y por consiguiente temores. Esta también puede verse afectada por desequilibrios psíquicos de la persona.
- *Dimensión Afectiva*: El sufrimiento está dado por crisis normativas como no normativas.
- *Dimensión Espiritual*: Se refiere al descontento consigo mismo y tiene relación con la dificultad de encontrar un sentido a la vida y a la propia enfermedad.

### **2.3.2. CONDUCTA DE ENFERMEDAD**

El concepto de conducta de enfermedad, fue acuñado por Mechanic (1962), cuando el modelo biomédico comienza a ser criticado, especialmente por ser un concepto que solo abarca el área biológica. Es así, como define conducta de enfermedad como “el modo en que las personas perciben, evalúan e interpretan las sensaciones que provienen de sus cuerpos”, dando a entender así que el paciente es un ser activo, en el cual hay que considerar las tres áreas: biológica, psicológica y social.

Éste concepto tiene completamente relación con el motivo de investigación, que permitirá ahondar en el modo en que las personas perciben su enfermedad en relación a todo el proceso social, psicológico y biológico que se produce al convivir con pacientes críticos dentro de un mismo espacio físico.

### **2.4. PACIENTE CRÍTICO**

El término “paciente crítico”, será uno de los conceptos claves para una apropiada comprensión y desarrollo de la investigación científica, el cual permitirá diferenciar al paciente crítico del no crítico dentro de un mismo espacio físico, logrando así una correcta selección de individuos al momento de la recolección de datos. De esta forma, la comprensión de este concepto permitirá realizar una correcta categorización usuaria, facilitando la organización de los cuidados por parte del equipo de salud, aumentando la satisfacción usuaria y mejorando el manejo de los recursos.

Se define como paciente crítico a “aquel individuo que, por padecer una enfermedad aguda o una reagudización de una enfermedad crónica, manifiesta signos y síntomas que, en su conjunto, expresan la máxima respuesta posible de su organismo ante la agresión sufrida” (Turchetto, 2005, p.52). Otros autores postulan que “el paciente crítico es aquel paciente, cuyo estado de salud se encuentra gravemente comprometido, por una alteración de la fisiología normal del organismo que condiciona al paciente un riesgo elevado de muerte, pero que al no ser un paciente en estado terminal tiene probabilidad de recuperar la homeostasia del organismo y preservar la vida” (Díaz, 2005).

En cambio, según Saez (2005), el paciente crítico es aquel enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital (p.1).

Finalmente Quirós (2011) afirma que “existe un compromiso severo de sus funciones vitales, un peligro inminente de muerte, requiere de vigilancia y tratamiento intensivo para restablecer el funcionamiento del sistema orgánico afectado y así dar tiempo para el tratamiento de la enfermedad de fondo causal”.

## 2.5. MODELO DE SALUD INTEGRAL

Por una parte, el nuevo modelo de Salud Integral en Chile, intenta dejar atrás la unión de pacientes de diferentes complejidades en una misma sala hospitalaria, puesto que, por mucho tiempo y actualmente se sigue observando en diversos recintos hospitalarios cómo pacientes no críticos cohabitan con pacientes críticos, muchas veces con cuidados por el equipo de salud muy similares, aún teniendo requerimientos y necesidades diferentes. Es por ello, que éste modelo intenta dar una nueva perspectiva acerca del manejo de pacientes, agrupándolos según su grado de complejidad y/o riesgo/dependencia y no al azar o por patologías.

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), se define como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a un medio ambiente físico, social y cultural” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2012).

Éste nuevo modelo, contempla un cambio en la manera de cómo considerar a las personas, de objetos a sujetos, centrándose en las necesidades de los usuarios y no de los profesionales de salud, apuntando hacia la prevención y promoción de estilos de vida saludables, imponiendo un cambio desde un enfoque biomédico al biopsicosocial y adopta un énfasis especial en la atención primaria, comunitaria, en la ambulatorización hospitalaria, en la atención progresiva y en las redes asistenciales (Servicio de Salud Linares, 2012).

MAIS afecta a todo el sistema sanitario, donde la Atención Primaria de Salud (APS), donde permite organizar globalmente el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales y desde la promoción hasta la rehabilitación, abordando objetivos como: mejorar el grado de satisfacción de los usuarios con la atención, aumentar la capacidad resolutiva frente a la demanda, disminuir la frecuencia de derivaciones y lograr mejores resultados en los indicadores de salud relacionados, detectar precozmente y evitar el progreso de enfermedades crónicas, lo que significa influir efectivamente en los cambios de conducta y adherencia a tratamiento, promover estilos de vida saludable, que permita evitar la aparición de factores de riesgo, detectar y atender los problemas psicosociales emergentes, entre otros puntos (Servicio de salud San Felipe, 2006). También incluye el asumir un rol protagónico en la articulación de la Red Asistencial y la mejora de la capacidad resolutiva del Sistema de Salud y realización de una gestión eficiente.

Dentro del nuevo modelo, se encuentra la gestión hospitalaria, fundamentada en la atención progresiva y ambulatoria de la atención; desarrollar una cultura institucional orientada hacia un mejoramiento continuo de los niveles de satisfacción usuaria; propender al desarrollo integral del recurso humano, orientado al logro de los objetivos institucionales, basados en la gestión por competencias, propiciar la sustentabilidad financiera del

establecimiento a través de una gestión equilibrada y participativa, fortalecer las instancias de participación ciudadana comunitaria e intersectorial en el establecimiento, disponer de los recursos necesarios para entregar una atención de calidad a los usuarios de acuerdo a las exigencias de acreditación de Prestador Público, utilizando al máximo las fuentes de recursos disponibles (Servicio de salud de Linares, 2012).

En resumen, “El modelo de gestión comprende tres ejes con el fin de instalar el modelo de atención integral 1.-Fortalecimiento de la Atención 2.-Transformación hospitalaria, 3.-Rearticulación de la red asistencial” (Asela, 2000). Es primordial la transformación de la gestión hospitalaria, a través de la gestión de camas indiferenciadas de acuerdo al riesgo y dependencia de cada paciente (Atención progresiva), favorecer la participación familiar en el cuidado del paciente, asegurar la atención de un profesional que coordine la información al paciente, familiares y equipo de APS, incorporar innovaciones y potenciar la hospitalización domiciliaria.

La atención Progresiva intenta ordenar y ayudar a la organización de pacientes de acuerdo a sus necesidades, incluyendo el concepto de “Gestión del Cuidado” y como idea principal el uso de la gestión centralizada de camas. En Chile, este proceso comienza con la idea de unificar unidades intensivas e intermedias y la eliminación progresiva de camas en los servicios de urgencia (Servicio de Salud de Coquimbo, 2009). Esperando eliminar del sistema la agrupación de usuarios por especialidad y evitar que en un servicio clínico sea vinculado a la patología, dejando al equipo médico responsable del manejo de pacientes; donde los cuidados del paciente dependerán de la complejidad, independiente de la naturaleza de su patología y potenciar la atención por similar grado de necesidades de prestaciones o cuidados, dividiéndose así el sistema en tres sectores: Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios y Cuidados Mínimos; con el objetivo de desempeñarse con alta eficiencia al incorporar la gestión por procesos, según la necesidad de atención (Rodríguez y Monserrat, 2002) (Subsecretaría de redes asistenciales, 2014).

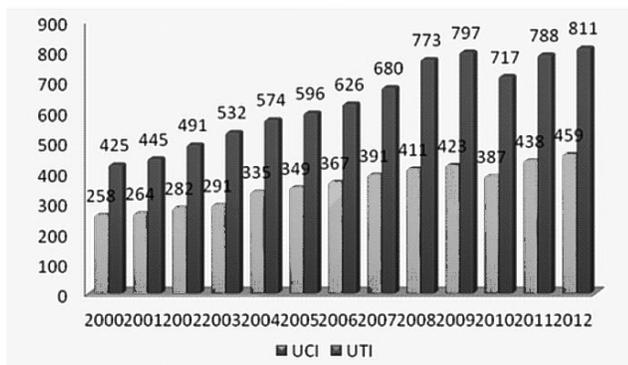
Un instrumento clave para llevar a cabo el modelo progresivo es la categorización usuaria, la cual clasifica a los pacientes de acuerdo al riesgo/dependencia o dicho de otra manera según los cuidados que requieran los pacientes. Por ello, la categorización usuaria favorece el proceso al momento de definir el grado de complejidad del paciente y por consiguiente definir dónde será más adecuado hospitalizarlo. Por otra parte, la gestión de camas es una herramienta que ofrece una evaluación objetiva de las demandas de cuidados de la persona hospitalizada e identifica su perfil, para así mejorar la distribución de recursos humanos y materiales de cada servicio asistencial, identificar la carga de trabajo del personal de enfermería y a la vez facilita la estandarización de planes de cuidados para cada categoría del usuario (Unidad de emergencias y atención pre hospitalaria, 2011) (Servicio de Salud Arica y Parinacota, 2012).

El objetivo para los profesionales de Enfermería en cuanto a la Atención progresiva, es brindar una atención de calidad, a través de una utilización eficiente de las camas y una mejor distribución de recursos, infraestructura, monetario y humano.

Según Murillo y Canales (2010) en su estudio refieren que existe un vacío en la implementación del modelo de Atención progresivo en Chile como, por ejemplo, en el hospital de Castro, diversos profesionales de Enfermería señalaron que no hubo una capacitación previa al respecto, lo cual conllevó en general a un mayor estrés laboral, concluyendo que ello fue implementado sólo en algunos aspectos, siendo actualmente un proceso que está en desarrollo. Por otra parte, en el Hospital de Talca no existen protocolos y normas de hospitalización, ya que el paciente de urgencia es considerado como responsabilidad sólo de la unidad y no del hospital; falta apoyo de especialistas de los servicios clínicos, habiendo alta escasez de camas para hospitalizar a los pacientes, en especial en las unidades críticas.

En cuanto a la Organización de la gestión clínica a lo largo del tiempo, se sigue realizando en base a servicios clínicos, agrupando por especialidades y grupos etarios en base a las normas contenidas en el derogado Decreto 42 de 1979, sin embargo, desde el año 2007 se ha iniciado el proceso de gestión centralizada de camas y la Atención progresiva en los servicios de medicina, emergencia y unidades de pacientes críticos de adulto, requiriéndose previamente realizar la categorización de los pacientes (Servicio de salud de Talca, 2007).

Por último, cabe destacar que en Chile según el artículo de la revista médica de Chile en uno de sus estudios publicados menciona que (ilustración 1)“Los problemas estructurales señalados contrastan con el crecimiento de inversión en salud en Chile, desde 1,9% del PIB en 1987 hasta 6,7% en 2012 y el área de críticos desde \$717.795 millones hasta \$4.016.977 millones, o sea cinco veces más, creando con ello un aumento significativo de camas críticas (UCI y UTI) desde 773 camas hasta 1.270 camas en los últimos 10 años, aún insuficiente para el aumento de la población y su complejidad. La disponibilidad de éstas camas debiera seguir incrementándose para lograr el estándar de 6 camas x 100.000 habitantes” (Gálvez, González, Labarca, Cornejo, Bruhn, Ugarte, Canteros, Tobar, Soto y Castillo, 2013).



*Ilustración 1: Número de camas críticas adulto (UCI- UTI) 2000 al 2012. Fuente: Información DEIS. (Revista médica de Chile, 2013).*

## **2.6. GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

La Gestión del Cuidado de Enfermería es entendida como “el ejercicio profesional de la Enfermera sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar; se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución” (Ministerio de salud de Chile, 2007), siendo fundamentales las competencias profesionales de enfermería que comprenden además los aspectos cognoscitivos de la clínica y otros necesarios para el adecuado desempeño de la profesión, entre ellos se encuentran, la relación profesional-paciente y la estrecha relación que debe existir entre asistencia-investigación-docencia y administración (Urbina, Torres, Otero y Martínez, 2008).

“La práctica profesional de Enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas” (Zarate, 2003). El profesional de enfermería debe desarrollar competencias que requieren aplicar conocimientos tanto del ámbito clínico como gerencial, conociendo a su cabalidad la gestión médica “de curar” y la gestión de enfermería “de cuidar”, dichos ejes o pilares de la atención sanitaria son además enriquecidos con la participación de otras disciplinas que ofrecen respuestas a los problemas de salud de la población, dándoles el carácter multidisciplinario al proceso de atención de salud de acuerdo a las necesidades del individuo, familia y/o comunidad. Se hace referencia a que los enfermeros y enfermeras cuentan con las suficientes atribuciones de organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería, todo con el fin de otorgar una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia cultural y en concordancia con las políticas y normas establecidas por el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2007).

Es así como también en el artículo 113 del código sanitario se establece que “Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente” (Departamento de asesoría jurídica, Ministerio de Salud, 1997).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar las experiencias de los pacientes no críticos hospitalizados que cohabitan con pacientes críticos en una sala común, en los sub departamentos de Medicina adulto y Cirugía adulto del Hospital Base Valdivia, entre Agosto – Octubre del año 2015.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Indagar cuáles son las posibles repercusiones en los pacientes que cohabitan con paciente críticos en una sala común.
2. Identificar factores negativos y/o positivos que los pacientes perciben al convivir durante su estadía hospitalaria con un paciente crítico.
3. Determinar los cuidados de enfermería que requieren los pacientes no críticos por parte del equipo de Salud, según la perspectiva del sujeto de estudio.

#### 4. TRAYECTORIA

En el presente tema investigativo se empleó metodología cualitativa, con enfoque fenomenológico y diseño de estudio de casos, que permitió abarcar de forma completa cada una de las variables en estudio.

La elección de la metodología cualitativa se fundamenta principalmente por la riqueza de información y la relevancia que adquieren los datos entregados por los sujetos de estudio sobre su experiencia individual y única a la que se ven enfrentados, lo que permitió una recolección de datos de manera integral, descriptiva y específica de cada individuo. Además, la metodología cualitativa favorece el estudio de la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, permitiendo interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales: entrevistas, experiencias personales, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos, que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas (Rodríguez G., Gil J. & García E., 1996, p.32).

En contraste, la investigación de tipo cuantitativa no es idónea para abarcar de forma completa éste estudio, ya que arroja resultados escuetos, poco descriptivos y muy generalizables, contraponiéndose a los objetivos de éste estudio investigativo.

En cuanto al enfoque fenomenológico, como afirman Rodríguez, Gil y García (1996) permite entregar la descripción de los significados vividos y existenciales procurando explicar los resultados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos (p.40), siendo de gran interés conocer la experiencia de los pacientes no críticos que cohabitan con pacientes críticos durante su estadía hospitalaria. Debido a que el fin es obtener una visión amplia e ir en la búsqueda de comprender lo complejo del escenario social hospitalario de forma singular, descriptiva e inductiva.

Por último, se empleó el diseño de estudio de casos, la cual es una metodología de análisis grupal o individual, cuyo aspecto cualitativo “nos permite extraer conclusiones de fenómenos reales o simulados en una línea formativa-experimental, de investigación y/o desarrollo de la personalidad humana o de cualquier otra realidad individualizada y única” (Pérez P., 1998). Afirma Stake (1992) que “el estudio de casos colectivo, se realiza cuando el

interés se centra en la indagación de un fenómeno, población, o condición general. El interés se centra, no en un caso concreto, sino en un determinado número de casos conjuntamente. No se trata del estudio de un colectivo, sino del estudio intensivo de varios casos” (p. 182).

Este método constituye un diseño de investigación particularmente apropiado para el estudio de un caso o situación con cierta intensidad en un período de tiempo corto y se caracteriza porque presta especial atención a cuestiones que específicamente pueden ser reconocidas a través de casos. El caso puede ser simple o complejo y puede ser un niño, una clase, un colegio (Álvarez, 1997). Además en el estudio de casos se encuentra una amplia descripción del objeto de estudio, permitiéndonos inclusive analizar las situaciones para poder adoptar hipótesis e integrar nuevos conocimientos acerca del tema en estudio.

#### **4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

El tamaño de la muestra es de 15 individuos, con saturación de los datos. Los sujetos de estudio, fueron pacientes de sexo masculino y/o femenino, mayores de 30 y menores de 85 años hospitalizados más de 2 días en sala común con un paciente crítico en los sub departamentos de Medicina Adulto y Cirugía Adulto del HBV durante Agosto – Octubre 2015, que se encontraban sin compromiso del estado de conciencia, presentando una comunicación verbal efectiva y aceptaron previamente ser partícipe del estudio investigativo por medio de la firma del consentimiento informado (ANEXO 1).

#### **4.2. DESCRIPCIÓN DEL MUESTREO**

La técnica para abordar a los sujetos de estudio, fue por medio de informantes claves (profesionales de Enfermería) que se encontraban en los servicios ya señalados, los cuales fueron previamente contactados e informados sobre el tema investigativo y su rol dentro de él. Éstos entregaron la información necesaria acerca de los individuos de estudio y posteriormente se realizó el contacto directo con ellos, informándoles sobre el tema de investigación y solicitando su consentimiento informado para la participación en el estudio.

En el caso particular que no se logró realizar contacto con algún informante clave, se recurrió a asistir de forma personal a los servicios hospitalarios mencionados en busca de los sujetos de estudio, con previa autorización de la Enfermera Jefe y/o Enfermera/o de turno.

### **4.3. RECOLECCIÓN DE DATOS**

Por medio de entrevistas en profundidad de tipo semiestructurada (ANEXO 2) se llevó a cabo la recolección de datos en lo posible, y de acuerdo a las condiciones del paciente, en una sala apartada para poder generar un ambiente de confianza y evitar agentes distractores u estresores; en el caso de los pacientes que por su condición médica fue imposible que acuda a una sala apartada, se realizó la entrevista en la propia sala pero acompañado de un biombo (Munarriz, 1992).

El fin de esta entrevista fue poder tener datos veraces y lo más fieles a lo vivido por los sujetos de estudio, por lo que los entrevistadores debieron estar preparados previamente a situaciones como labilidad emocional de los pacientes, contención emocional, apoyo psicológico dentro de lo posible, manteniendo la objetividad del estudio y sin alterar el resultado de ello. Además cada entrevista debió ser autorizada previo consentimiento informado y aclaración de los motivos de estudio, se explicó la importancia de ser grabadas con fines investigativos y lograr la mayor fidelidad de lo expresado por el usuario (Pineda y Alvarado, 2008).

### **4.4. ANÁLISIS DE DATOS**

Como refiere Álvarez- Gayou (2005) “una de las características de la investigación cualitativa es la paradoja de que aunque muchas veces se estudia a pocas personas, la cantidad de información obtenida es muy grande”. Además que el análisis de la información recolectada es un proceso que también requiere tiempo, no se hace rápido, incluso algunos autores consideran que comienza antes que los análisis de datos cuantitativos y que suele durar mucho más tiempo.

Al analizar la información cualitativa entregada por los sujetos de estudio, en primera instancia, se procedió a transcribir las grabaciones de los audios de cada una de las entrevistas. Luego se realizaron periodos de lectura y relectura de la transcripción de éstas con la finalidad de identificar las unidades de significado. Posteriormente se agruparon según categorías para conseguir las convergencias entre éstas. De este modo, se logró la interpretación de las unidades de significado, para entonces finalizar con el análisis ideográfico en donde se simplificaron las interpretaciones (Pineda y Alvarado, 2008).

Para el análisis de las entrevistas, se elaboraron mapas conceptuales mediante el desarrollo de un mapa mental, en el cual se encuentra el nombre de la categoría y sus principales relaciones y subdivisiones. Después, se desarrolló la narración descriptiva del fenómeno, avalándose en registros legítimos de las entrevistas realizadas.

## **4.5. RIGOR METODOLÓGICO**

El rigor metodológico permite evaluar la calidad científica del estudio cualitativo por medio de los criterios que se señalan a continuación.

### **4.5.1. CREDIBILIDAD**

Se logró a través de observaciones y conversaciones por medio de entrevistas en profundidad con los participantes de estudio, recolectar información sobre su experiencia en cuanto a lo que piensan y sienten sobre el cohabitar con pacientes críticos dentro de una misma sala hospitalaria. De este modo, se pudo captar lo empírico de la información que entrega el paciente, involucrándose en los contextos o en la situación social que viven, pero sin alterar los datos que éstos entregaron (Castillo y Vásquez, 2003); el lograr escuchar de manera activa, reflexionar y tener una relación de empatía con éste, permitió obtener la información más verídica y precisa de los participantes, la cual puede ser confirmada tanto por los participantes de la investigación como por otros investigadores, mediante una base de datos que contiene toda la información necesaria en relación a las entrevistas y al posterior desarrollo del análisis de datos (Rodríguez, 2000).

Así entonces, los resultados son fidedignos para todas las personas que fueron parte del estudio como para otras personas que hayan experimentado o estado en contacto directo con el fenómeno investigado (Salgado, 2007).

### **4.5.2. AUDITABILIDAD O CONFIRMABILIDAD:**

Debido a que el tema a investigar no presentaba estudios previos, para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio (Salgado, 2007). Para lo cual se encuentran registros y documentación completa de la información, desde el modo de selección de los participantes, la transcripción total de las entrevistas, las decisiones, ideas y hasta los resultados que surgieron dentro de la investigación. Permitiendo de este modo, que otros investigadores puedan examinar exhaustivamente todos los datos, para así llegar a conclusiones iguales o similares a la original (Sandin, 2000).

### **4.5.3. TRANFERIBILIDAD O APLICABILIDAD:**

Éste tema de investigación es pionero en su desarrollo y puede ser explotado a cabalidad para lograr una adecuada implementación en el área de la Salud, tanto en nuestra

región como en todo Chile. Para ello, se describieron detalladamente las características del sujeto en estudio, las transcripciones de las entrevistas realizadas y el posterior análisis de datos con sus resultados (Castillo y Vásquez, 2003), con el fin de evaluar las repercusiones y los factores positivos o negativos que se producen al generar una vinculación entre pacientes de diferente complejidad, lo cual, accede al análisis integral de la reforma de salud en Chile y su progreso.

## **4.6. RIGOR ÉTICO**

### **4.6.1. VALOR SOCIAL**

Esta investigación tiene valor social, ya que como refieren Ojeda, López y Salas (2012) “de la responsabilidad social en la comunidad científica, debe asumirse como el compromiso u obligación que tienen los investigadores, de generar beneficios para la sociedad”, puesto que a través del conocimiento de la experiencia de los pacientes en estudio se puede rescatar beneficios para éstos y sus familias.

En cuanto a los resultados, proporciona herramientas útiles para el equipo de salud, que les permitirá entregar cuidados oportunos, personalizados y eficientes para los pacientes durante su hospitalización, permitiendo así, aplicar de forma adecuada el modelo de atención de salud integral en cada uno de los servicios hospitalarios del HBV (Rodríguez y Monserrat, 2002).

De esta forma, la población en estudio fueron pacientes en estado no crítico, estables, y en condiciones de participar de la investigación, los cuales no obtuvieron beneficios inmediatos, pero si a través de su aporte al conocimiento beneficiarán a otras personas en el futuro (Gonzales, 2002).

### **4.6.2. VALIDEZ CIENTÍFICA**

Éste estudio, posee una metodología válida como menciona Moral (2006) “la validez científica proporciona criterios para evaluar la calidad y rigor de los trabajos de investigación cualitativa, apoyándose en una validación que supera la mera triangulación y opta por procesos de cristalización, procesos que se suponen más coherentes a la realidad social que pretende captar la investigación cualitativa”.

Es una investigación cualitativa de tipo fenomenológica realizada a través de la recolección de datos por medio del diseño estudio de casos. Con un objetivo claro, el cual es “analizar las experiencias de los pacientes no críticos que cohabitan con paciente críticos en una sala común durante su hospitalización en el Hospital Base Valdivia Agosto – Octubre del

2015”. Por lo que tuvo un método y estructura que lograron ser llevados a cabo. Teniendo en cuenta que la población de estudio no se vio expuesta a riesgos. Aun así el uso de recursos se mantuvo limitado (Moral, 2006).

#### **4.6.3. SELECCIÓN EQUITATIVA DEL SUJETO**

En toda investigación que se desee realizar con seres humanos deben existir principios éticos básicos, para justificar la correcta aplicación del estudio. Según la Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento (1979) “se encuentran dos exigencias morales separadas: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida. Una persona autónoma es una persona capaz de deliberar acerca de sus metas personales y de actuar en el sentido de tales deliberaciones”.

Es así, como se seleccionaron a los sujetos para que pudieran responder a las interrogantes de la investigación, en este caso, fueron pacientes no críticos que se encontraban hospitalizados en los sub departamentos de Medicina adulto y Cirugía adulto del HBV y que compartían sala con pacientes críticos, cumpliendo con una condición mental adecuada y con la capacidad de protegerse, teniendo en cuenta la elección del sujeto de estudio en base a la ciencia y no a la vulnerabilidad. Todo sujeto que presentó las características anteriormente mencionadas, se le ofreció participar de la investigación, excluyendo a las personas que se veían en riesgo de ser dañadas y/o donde el riesgo era mayor al beneficio al participar en la investigación (Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento, 1979).

#### **4.6.4. PROPORCIÓN FAVORABLE DE RIESGO – BENEFICIO**

En el caso de la investigación en general, los miembros de la sociedad están obligados a reconocer los beneficios y riesgos a largo plazo que puedan resultar del desarrollo del conocimiento y del desarrollo de nuevos procedimientos médicos, psicoterapéuticos y sociales (Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento, 1979).

De esta forma, el principio de beneficencia se cumplió a cabalidad en este estudio, ya que los riesgos potenciales a los que se vieron expuestos los sujetos de estudio durante el desarrollo de la investigación fueron mínimos y/o nulos, donde destacó la expresión de sentimientos y/o emociones por parte de los entrevistados. En comparación con los beneficios potenciales para los sujetos individuales en el futuro y/o para la sociedad, que son muchos, principalmente una atención humanizada y personalizada para el paciente no crítico y conocimiento para el personal de salud. Todos los posibles riesgos fueron sobrellevados por

los individuos, si bien pueden resultar en algún beneficio potencial, el beneficio principal es para la sociedad.

#### **4.6.5. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE**

La revisión de la investigación fue realizada por informantes claves, los que corresponden a aquellas personas que por sus vivencias, capacidad de empatizar y relaciones que tienen en el campo pueden apadrinar al investigador convirtiéndose en una fuente importante de información a la vez que le va abriendo el acceso a otras personas y a nuevos escenarios (Robledo, 2009). Éstos, a lo largo de la investigación no se encontraron afiliados directamente al estudio, por lo que no existió conflicto de intereses que haya distorsionado el diseño, el análisis de datos o la protección con ciertos sujetos.

Además de la responsabilidad social, donde los informantes claves garantizaron a la sociedad que las personas que participaron de la investigación fueron tratadas éticamente y no sólo como meros medios (Gonzales, 2002).

#### **4.6.6. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se le hizo entrega de un consentimiento informado a los sujetos de estudio, donde se encontraba la información sobre la finalidad de la investigación científica, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación, las que fueron explicadas de forma detallada, posteriormente se resolvieron todas las dudas de los sujetos de estudio, lo que permitió la decisión libre de ser partícipe de la investigación (Figueroa, 2012).

#### **4.6.7. RESPETO A LOS SUJETOS INSCRITOS**

Junto con el consentimiento informado, donde se explicó el derecho a poder retirarse de la investigación en cualquier momento, sin recibir amonestación y la forma en la que se utilizaría la información otorgada por el sujeto. También se le informó si existieran cambios durante el desarrollo de la investigación (Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento 1979).

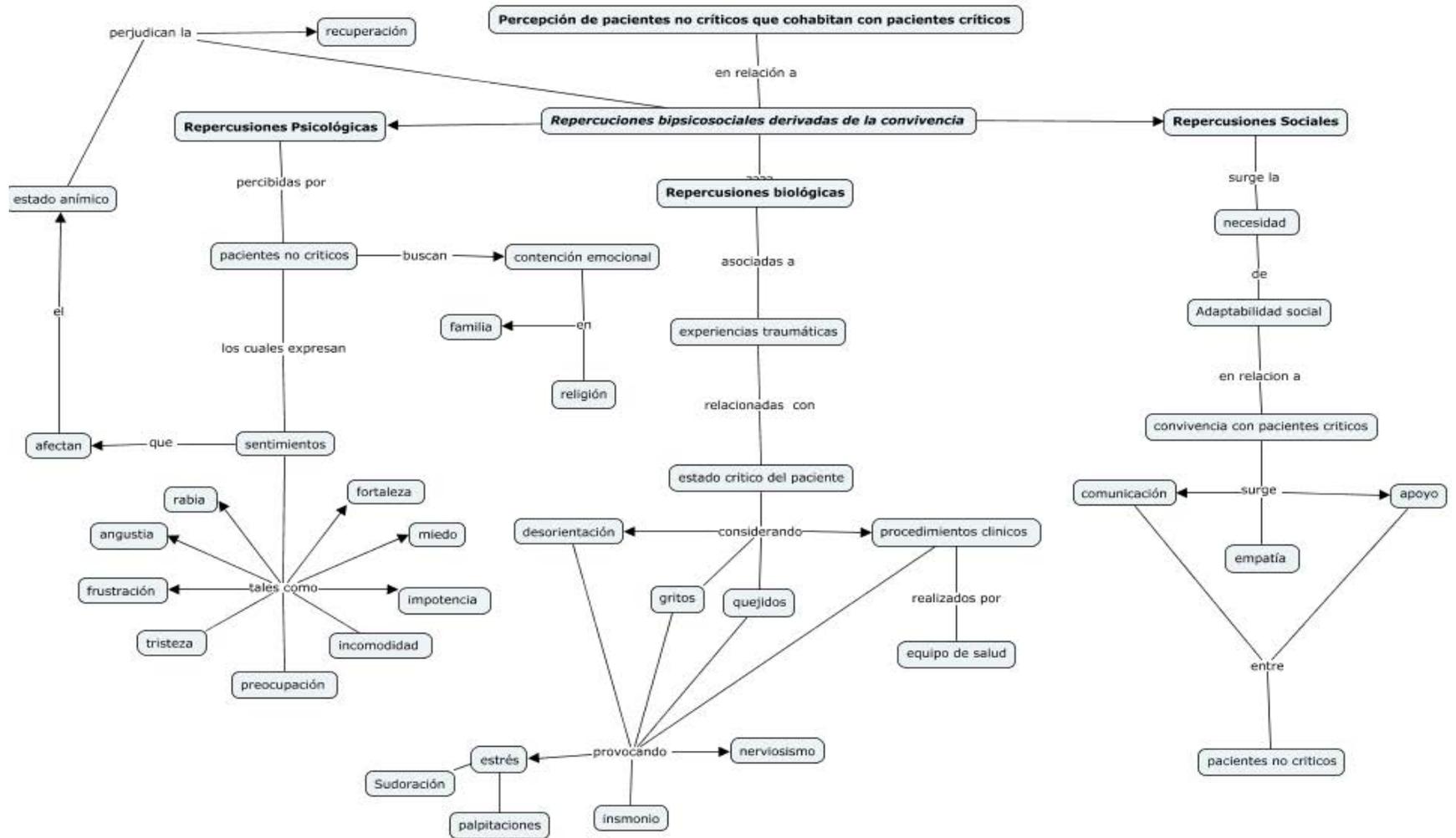
## 5. RESULTADOS

Tras lograr la saturación de datos al desarrollar el análisis de 15 entrevistas de tipo semiestructurada, a sujetos de sexo masculino y femenino, mayores de 30 y menores de 85 años, orientados temporoespacialmente y hospitalizados más de 2 días en sala común con un paciente crítico, en los sub departamentos de Medicina Adulto y Cirugía Adulto del HBV, entre Agosto – Octubre del año 2015, se lograron obtener los siguientes resultados, los cuales fueron agrupados en tres macro categorías y se encuentra relacionadas directamente con los objetivos específicos planteados en la realización del estudio.

- Repercusiones biopsicosociales en pacientes no críticos que cohabitan con paciente críticos en una sala común.
- Identificación de factores negativos y/o positivos que perciben los pacientes no críticos al convivir con un paciente crítico
- Percepción de pacientes no críticos sobre la atención recibida por parte del equipo de Salud.

De cada una de las categorías mencionadas emergen sub categorías y códigos que se detallan a continuación.

**5.1. MAPA CONCEPTUAL 1: REPERCUSIONES BIOPSIOSOCIALES EN PACIENTES NO CRÍTICOS AL COHABITAR CON PACIENTES CRÍTICOS EN UNA MISMA SALA HOSPITALARIA:**



### 5.1.1. REPERCUSIONES BIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA CONVIVENCIA CON PACIENTES CRÍTICOS:

Dentro de las principales **repercusiones biológicas** percibidas por los pacientes no críticos, se encuentran especialmente las relacionadas con **problemas para lograr conciliar el sueño**, producto por ejemplo de gritos, quejidos y/o desorientación de los pacientes críticos durante la noche. Cabe destacar, que muchas veces éste **insomnio** se debía a la preocupación constante que les producía ésta convivencia.

**E2.** *“...bueno la verdad es que me ha perjudicado un poco el ver a los pacientes como están, uno no duerme muy bien que digamos”.*

**E11.** *“...durante las noches en las que el paciente se desorientaba, me sentía muy intranquila y preocupada, no sabía qué hacer...”.*

**E5.** *“...anoche como a las tres y media de la mañana yo me levanté a ver a don Héctor, a don Augusto pasarle agüita, las cuatro de la mañana y yo todavía despierto y ellos moviéndose en su cama, y si necesitaban algo, yo me levantaba”.*

**E7.** *“...Ella empieza en la noche a hacer sus cosas se tira las cosas y yo le digo no se tire eso,.. Yo la estoy mirando de aquí así que cuando la veo que está haciendo le digo no haga eso abuelita le digo yo porque o si no se va a enfermar más y ahí se queda un ratito tranquila...”.*

**E4.** *“...Si veo a la persona que grita y que en la noche no deja dormir”.*

**E2.** *“...En las noches pienso en la recuperación de los pacientes críticos, en todos los procedimientos que le realizan...”.*

**E11.** *“...Cuando la señora en la noche empezaba a gritar y venían a verla la enfermera nos despertábamos y quedábamos intranquilas después de eso, igual preocupadas po, al final no descansábamos mucho...”.*

**E5.** *“...en la noche trata de dormir uno y los pacientes están despiertos, se mueven, golpean las barandas, y uno está siempre ahí viendo que necesitan, pendiente, porque uno está más lúcido que ellos...”.*

Por otro lado, señalan el **nerviosismo y estrés** que les genera la realización de diversos procedimientos clínicos, por ejemplo la “reanimación cardiopulmonar”, efectuados por el equipo de salud al paciente crítico, identificando situaciones de **sudoración y palpitations**, siendo una **experiencia traumática** según refiere el sujeto en estudio.

**E3.** "...Me sentí mal, me sentí nervioso, me alteré completamente, sudé, estaba intranquilo, se me aceleró hasta el corazón, me costó para dormir, lo pensé toda la noche...".

**E9.** "...me sentí súper nervioso, y hoy día antes todavía lo pienso y cierro los ojos y es como si lo estuviera viendo, porque nunca lo había visto...".

**E6.** "...a ese tipo le pusieron mangueras por todos lados: tenía una manguera rectal, otra sonda que se yo en el miembro, le colocaron algo para sacarle los esputos, le colocaron oxígeno... duró una noche gritando, al día siguiente trataron de estabilizarlo, pero no se podía hacer nada...".

**E3.** "...no me gusto el procedimiento que vi...si yo fuera un paciente crítico, como hay gente, y que si Dios no quiera a mí me pasara, no me gustaría que otros lo vieran, porque no le ayudaría en nada...".

### **5.1.2. REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A LA CONVIVENCIA CON PACIENTES CRÍTICOS:**

Las **repercusiones psicológicas** señaladas por los sujetos en estudio, en su mayoría son negativas, afectando principalmente el **estado anímico** del paciente, desarrollando sentimientos de **tristeza, preocupación, frustración, impotencia, incomodidad, rabia, miedo, angustia y fortaleza.**

**E1.** "*A veces también me afectaba anímicamente el convivir con un paciente más crítico. El ver mucho tiempo sola a ella... Que a lo mejor quiere pedir cosas o necesitan algo, como entre su gente de confianza, un hijo, una hermana, me genera como cierta frustración y preocupación también y un poco de impotencia*".

**E5.** "*...trato de ser fuerte, que no me afecte, porque he estado en estas condiciones otras veces hospitalizado y uno sabe lo que viene, y ver a esos pacientes que están más crítico que uno, da pena po... da pena, y en algunos momentos como que me bajoneo...*".

**E2.** "*...Yo le movía la cama para que despertara, le sacaba sus manos o le iba a dar su comida a veces, entonces cuando él se fue.. Fue triste.. (solloza), uno también se bajonea...*".

**E3.** "*...un poco incómodo estar con un paciente crítico en la misma sala...*".

**E5.** "*...el convivir con pacientes críticos afecta anímicamente, aunque intente ser fuerte, igual duele...*".

**E9.** “...*Rabia, impotencia a veces porque uno quiere moverse a veces y no hay nadie que lo ayude en el momento, no puede, sobretodo en la noche cuando las personas están cansadas y uno empieza a meter bulla...*”.

**E7.** “...*a veces me dan ganas de llorar en la noche al verla sufrir, pero tengo que ser fuerte...*”.

**E2.** “...*veo tanta cosa aquí, que de repente uno está bien y hay gente peor que yo, entonces trato de hacerme el ánimo nomas, seguir adelante...*”.

**E10.** “...*Me causa preocupación, me da pena también, de hecho me puse a llorar con ella, porque es una señora tan joven y bonita y está sola y con hijos, pucha no se lo deseo a nadie...*”.

**E11.** “...*Así que esos días que estuvo ella igual estuve un poco intranquila y como con angustia porque que va a hacer uno...era una viejita, después se la llevaron a otro lado por lo que escuche... y venía su hija a verla y ella no sabía qué hacer tampoco, le hacía cariño nomas, que pena...*”.

**E15.** “...*la sensación que le queda a uno de frustración porque no podemos hacer nada para ayudarla po...*”.

**E12.** “...*es impotencia más que nada de no saber qué hacer, bueno como hombre uno no es muy bueno para estas cosas, uno es un poco bruto, pero da pena...*”.

**E7.** “...*da susto porque ni se mueve, si fuera yo de verdad le pediría a diosito que me lleve porque es puro sufrimiento...*”.

Como se señala anteriormente, la convivencia entre pacientes críticos y no críticos es **complicada**, ya que afecta anímica y emocionalmente al sujeto en estudio. De este modo, surge la conducta por parte de éste, de **brindar ayuda y protección** al paciente crítico de forma voluntaria, acciones ligadas directamente al acto humano de cuidar al otro de forma solidaria, lo cual desencadena el desarrollo de fuertes lazos afectivos entre éstos pacientes durante su convivencia.

**E2.** “...*tratar de animar la cosa, avisarle a las señoritas cuando él hace alguna seña, hablar como le decía, pero no sé qué más...*”.

**E5.** “...*Al convivir con un paciente critico, que conoces aquí en el hospital y que ayudas diariamente, le tomas aprecio...*”.

**E1.** “...*si se trata de una persona mayor, me veo como una condición de madre, como de protegerla o cuidarla...hay sentimiento afectivos...*”.

**E2.** “...*Trato de ayudarlos y de hacer lo que más pueda por ellos...*”.

**E10.** “... yo ayudaré en lo que pueda para que ésta persona se sienta mejor...”.

**E14.** “...me preocupo de ella, estoy pendiente a ver si mejora la señora y ayudarla en lo que se pueda...”.

De esta forma, los individuos en estudio intentan buscar algún tipo de apoyo personal que les permita sobrellevar sus días de hospitalización y convivencia con pacientes críticos, refugiándose y/o buscando contención emocional en sus **creencias religiosas** y en su **núcleo familiar**.

**E5.** “...Al final uno dice que bueno, Dios así lo quiso nomás, estaba sufriendo mucho él ya...”.

**E3.** “...sólo quiero salir bien de aquí, porque detrás de mí hay una familia todavía... depende de mí...”.

**E7.** “...le pido a Dios que me guíe y me de paz en mi corazón pa’ poder aguantar a la otra persona y así voy rogándole a Dios y decirle que me ayude más que nada a tener más paz y estar tranquila y no poder enrabiarme si veo a la persona que grita y que en la noche no deja dormir...”.

### **5.1.3. REPERCUSIONES SOCIALES ASOCIADAS A LA CONVIVENCIA CON PACIENTE CRÍTICOS:**

Con respecto a las repercusiones sociales señaladas por los pacientes no críticos, se encuentra el mecanismo de **adaptabilidad social** que deben desarrollar éstos al convivir tanto con pacientes de su misma complejidad, como con aquellos críticos, dentro de una sala hospitalaria, desplegando herramientas sociales como la **empatía**, la **comunicación** y el **apoyo** para con sus compañeros de sala.

**E1.** “...he ayudado a darle comida, a incorporarla, a taparla, a verla en la noche, eso, a mi me hace bien...me siento más útil...me siento más viva, claro, es la empatía...”.

**E2.** “...De primera como que no me hallaba, pero me adapté. Y ahora la intento ayudar, porque me pongo en su lugar, hago lo que puedo en ayudarlos a ellos...”.

**E5.** “...Menos mal hay otros pacientes en la sala y uno puede conversar con ellos, eso ayuda a no sentirse solo, porque ellos conversan sus problemas, los que les pasa y así como que ellos se abren con uno...”.

**E10.** “...también es bueno que nos ayudemos entre todas, conversamos, y tratamos de darle ánimo...”.

**E12.** “... me di cuenta que el hablar con los demás pacientes, nos sirve a ambos para subir el ánimo y sentirnos mejor durante nuestra estadía...”.

**E1.** “...El estado de adaptabilidad del ser humano no más po, que permite que se desarrolle ésta convivencia...”.

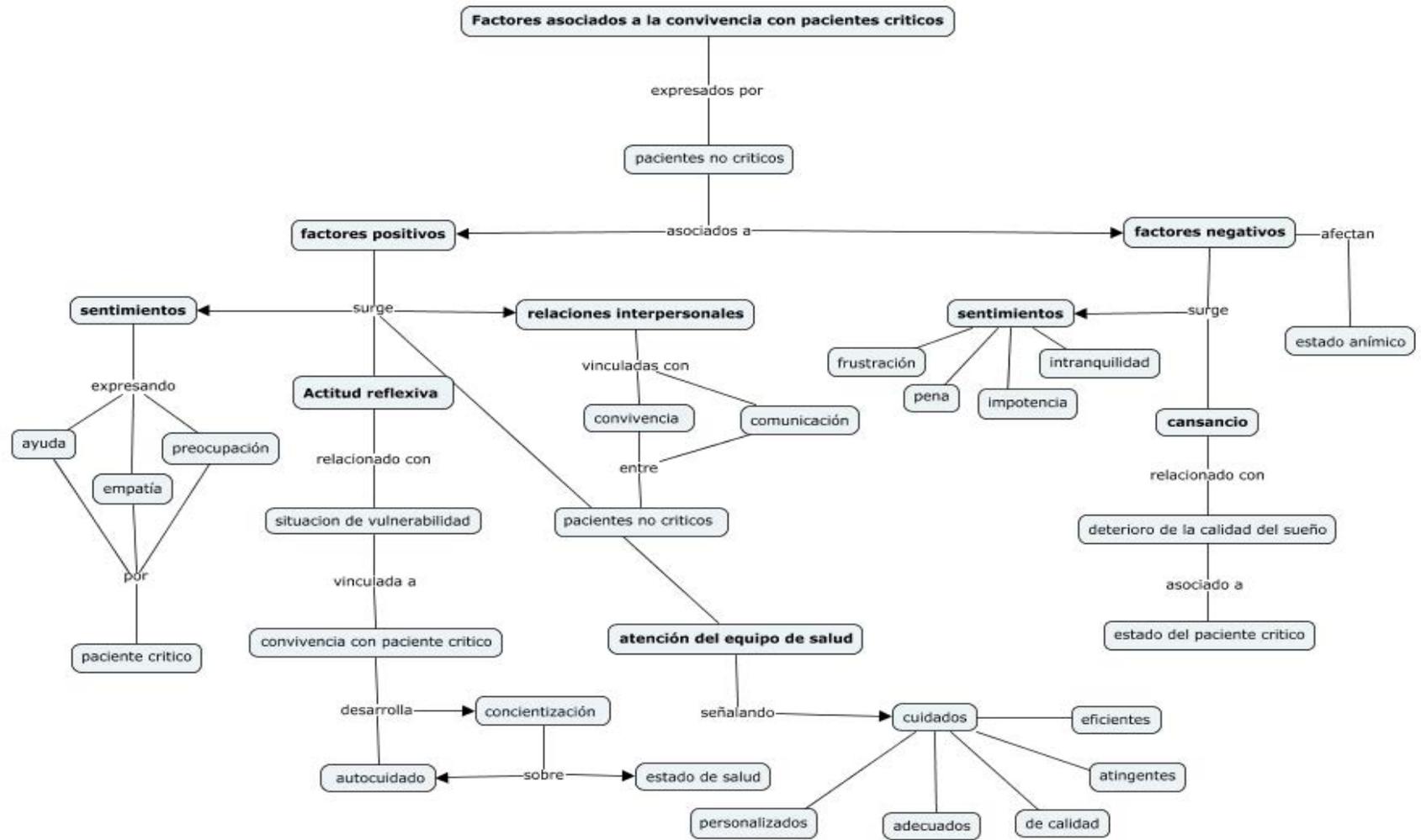
**E10.** “...Me di cuenta que el hablar con los demás pacientes, nos sirve a ambos para subir el ánimo, y sentirnos mejor durante nuestra estadía...”.

**E14:** “...porque yo también sé que se siente no poder conversar o hacerse uno sus cosas... Un día le puede tocar uno, uno nunca sabe...”.

**E15.** “...uno se acostumbra a ver los pacientes todos los días, nada que me impacte día a día. Ahora es una rutina normal...”.

**E10:** “...yo también podría estar así alguna vez y no me gustaría que la gente me vea como un estorbo son cosas que pasan...”.

**5.2. MAPA CONCEPTUAL 2: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES POSITIVOS Y/O NEGATIVOS PERCIBIDOS POR PACIENTES NO CRITICOS AL COHABITAR CON PACIENTES CRITICOS EN UNA MISMA SALA HOSPITALARIA**



### 5.2.1. FACTORES POSITIVOS PERCIBIDOS POR PACIENTES NO CRÍTICOS DURANTE LA CONVIVENCIA CON PACIENTES CRÍTICOS:

Dentro de los **factores positivos** percibidos por los pacientes no críticos, destaca la capacidad de **reflexión** que desarrollan éstos frente a situaciones de vulnerabilidad y/o estrés generadas en la convivencia diaria con pacientes críticos, señalando el aporte en cuanto a **enseñanzas de vida** y que les permiten además tomar conciencia sobre su salud y autocuidado.

**E10.** “...Bueno, me ha servido mucho para darme cuenta de lo que tengo, que a pesar de estar acá, la saque barata, por así decirlo...”.

**E7.** “...Emm bueno aprendí más de la vida, teni que ser más humilde en este mundo, de repente las personas son demasiado orgullosas o se está perdiendo esa parte de humanidad, la miro y digo bucha hay gente que es tan orgullosa y si estuviera en esta situación a lo mejor pensarían de otra manera, no pensarían en ser tan materialistas y todas esas cosas, entonces yo les digo uno tiene que mirar esas cosas ahora y no tanto material...”.

**E3.** “..Me sirve de experiencia y me sirve para cuidarme, aunque me haya pasado dos veces. Poner un poco de mi parte, porque así como te digo, uno no es solo, hay una familia detrás.”.

**E12.** “...Me ha servido para no ser tan alaraco (risas) mi señora me molesta porque dice que le pongo mucho color (risas) donde estoy hospitalizado, pero hay personas que están peor que yo, así que me sirvió para darme cuenta también...”.

**E6.** “...Lo que podría sacar por conclusión yo, sería de que los errores que el cometió no los pudiese cometer yo. En primer lugar, hay que aprender de los errores ajenos porque cuando uno los comete, aparte que llegan tarde cuestan caros...”.

Relacionado con lo antes expuesto, surgen **sentimientos positivos** señalados por los sujetos de estudio, destacando la **empatía, protección y ayuda** que nacen desde ellos hacia el paciente crítico durante la convivencia.

**E2.** “...poder ayudarlos aunque sea en observarlos, estar pendientes de ellos si necesitan algo o se desorientan y llamar al personal...”.

**E14.** “...me preocupo a veces más de ella que de mí, estoy pendiente de lo que le pase...”.

**E9.** “...ayudaré en lo que pueda para que ésta persona se sienta mejor...”.

En otro punto, entre la información que entregan los sujetos en estudio, destaca que la coexistencia con pacientes críticos les permite desarrollar nuevas **relaciones interpersonales**, siendo un apoyo fundamental para sentirse acompañados durante su recuperación.

**E10.** “...El conversar con otros pacientes en la sala ayuda a no sentirse solo, porque el paciente crítico no puede conversar, no puede hacer nada...”.

**E10.** “... También es bueno que nos ayudemos entre todas, conversamos, y tratamos de darnos ánimo...”.

**E11.** “...En el caso de las que están más malitas es bueno ver que tienen a alguien, porque imagínese estar así y sola más encima, que terrible...”.

**E12.** “...El otro día otro caballero que estaba bien, conversaba en la sala y tiraba la talla y se hacía el ánimo, yo recién estaba operado, no me sentía muy bien, me dolía mucho, pero él me conversaba y me sentí mejor...”.

Así mismo, dentro de los factores positivos resalta la **atención del personal de salud** en cuanto al apoyo que reciben y los cuidados otorgados, tanto para ellos como hacia los demás pacientes de la sala, refiriéndolos como **adecuados, personalizados y atingentes** de acuerdo a la condición de cada paciente, no sintiéndose desplazados ni menoscabados por encontrarse junto a un paciente más grave en la misma sala.

**E11.** “...Yo creo que la atención que dan acá, siempre nos preguntan cómo estamos y se pasan a dar una vuelta seguido, porque nosotros no podemos hacer mucho po porque no todas podemos levantarnos a estar con ella por ejemplo...”.

**E7.** “...Cuando yo estuve mal estuvieron toda la noche pendiente de mí, toda la noche las señoritas estaban aquí estaban mirando... toca el timbre y ellas corren, aquí súper buena la atención. Acá por lo menos ha sido uno de los mejores hospitales que he estado. Lo lavan, se preocupan, les dan su remedio todo, no he visto ninguna diferencia desde que estaba hospitalizada, de eso no tengo nada que decir del hospital...”.

**E2.** “...La experiencia que tienen los profesionales aquí y pucha me gustaría ser como ustedes...”.

**E1.** “...También veo los cuidados tanto para mí como para ella, muy buenos, con equipos trabajando muy bien coordinados, yo lo vengo viviendo desde la UCI, yo ingresé por paro respiratorio, muy mal, y he tenido una atención de calidad...”.

**E1.** “...Ver la mano del profesional , la espontaneidad en lo que tú necesitas, la rapidez, la atención, la calidad de atención, el acercamiento, muy bueno...”.

### **5.2.2. FACTORES NEGATIVOS PERCIBIDOS POR PACIENTES NO CRÍTICOS DURANTE LA CONVIVENCIA CON PACIENTES CRÍTICOS:**

Por otra parte, para los sujetos en estudio, el convivir diariamente con un paciente en estado crítico involucra la afluencia de **sentimientos negativos** generando cierto grado de

**frustración, pena, intranquilidad e impotencia**, afectando el estado anímico de los pacientes más estables.

**E12.** “...No sé, da para pensar, es un hombre joven, que tiene familia ni dios lo quiera podría yo estar así, me da pena más la familia que lo viene a ver, no me gustaría que me vean así, aparte que uno no sabe cómo reaccionar si reírse o no, conversar en voz alta con los otros que están acá porque quizás no se tome bien, caiga mal...”.

**E12.** “...Miedo a estar así obvio, espero no volver a estar acá, no por la atención (risas) sino porque mis cabros se preocupan tanto y uno ve tanta cosa no hay como la tranquilidad de la casita...”.

**E 13.** “...Por ejemplo yo sé que la abuelita está mal pero quizá sería bueno tenerla sola , porque igual todos escuchamos lo que dicen los doctores cuando pasan y como que la miran y siguen entonces da pena porque es como que no hay nada más que hacer...”.

**E11.** “...La sensación que le queda a uno de frustración porque no podemos hacer nada para ayudarla...el miedo de llegar a estar así...”.

**E1.** “...Que a lo mejor quieres pedir cosas o necesitan algo, como entre su gente de confianza, un hijo, una hermana, me genera como cierta frustración y preocupación también y un poco de impotencia...”.

**E10.** “...Me causa pena, yo también podría estar así alguna vez y no me gustaría que la gente me vea como un estorbo son cosas que pasan...”.

Esta dinámica de convivencia, según refieren los sujetos en estudio, repercute directamente en el **descanso** y **calidad del sueño**, los cuales, en la mayoría de los casos, no podían lograr un sueño reparador durante las noches, expresando sentirse **cansados** y **desanimados**, lo cual sin duda genera consecuencias en el estado anímico de los pacientes no críticos, incluso en algunos casos influye en su recuperación, según refieren.

**E2.** “...Bueno la verdad es que me ha perjudicado un poco el ver a los pacientes como están, uno no duerme muy bien que digamos, pero hay que ponerse en su lugar suyo...”.

**E1.** “...A veces también me afectaba anímicamente el convivir con un paciente más crítico...”.

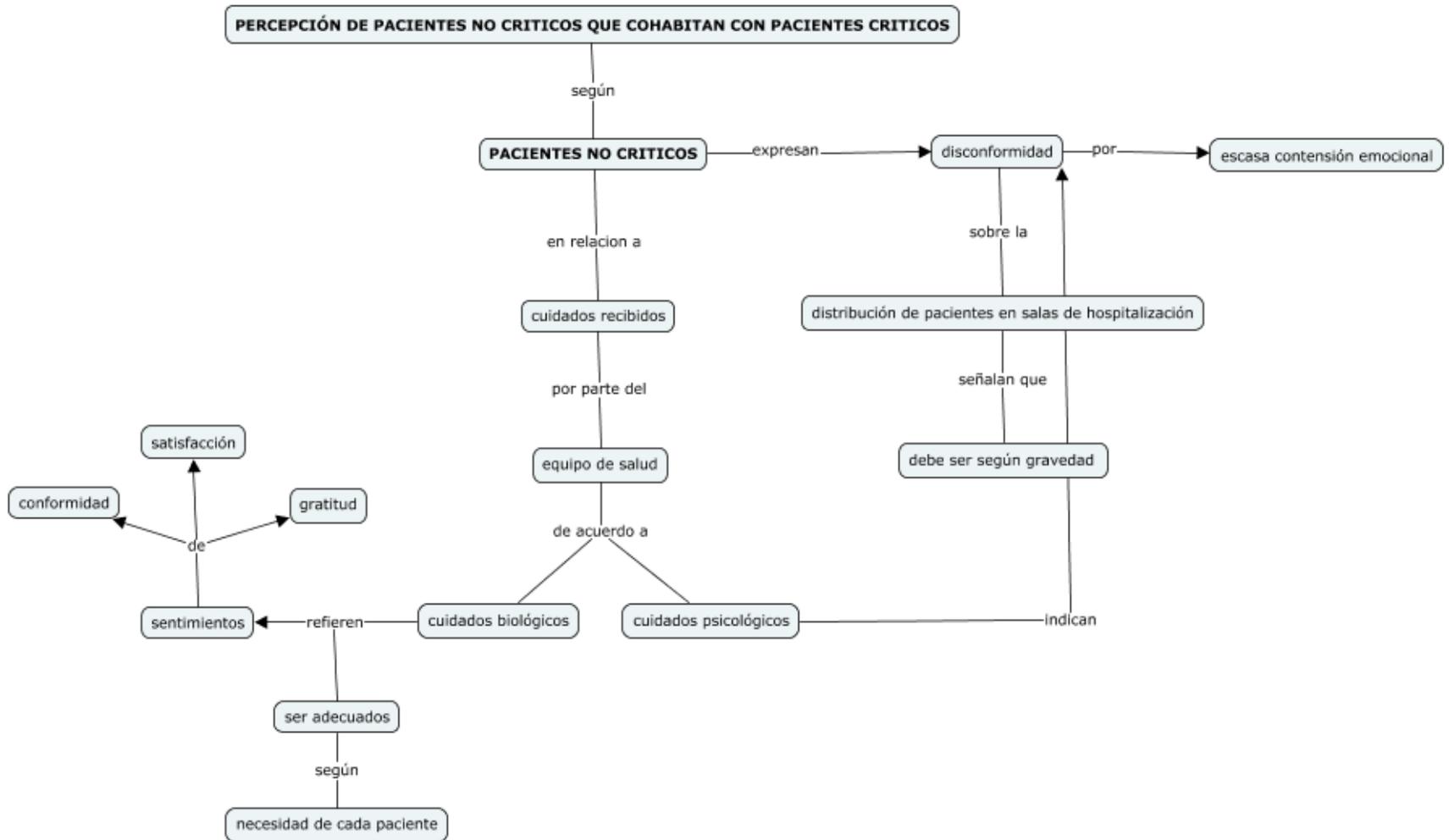
**E10.** “...Estoy más lúcido que los pacientes críticos, e intento ayudarlos en las noches que están despiertos y golpean las barandas, no puedo dormir...”.

**E3.** “...Pero verlo a él, así como está, pongámosle el caballero ahí, y verlo todos los días, es como que también te va afectando (suspira) y va bajando en vez de recuperarte... entonces afecta anímicamente y moralmente...”.

**E4.** “...Me afecta en todo, porque yo ya estoy recuperado y la persona que viene mal, sobre todo yo que estoy enfermo del pulmón po. Por ejemplo, no puedo dormir. No dormí en toda la noche. Y eso afecta, anímicamente también...”.

**E5.** “... En el día vienen a verme y me distraigo, pero en la noche no puedo dormir bien casi nada...yo creo que está en las ultimas porque ni se mueve, me da susto...”.

### 5.3. MAPA CONCEPTUAL 3: PERCEPCIÓN DE PACIENTES NO CRÍTICOS SOBRE ATENCIÓN RECIBIDA POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD.



Los sujetos de estudio, han concluido que los cuidados proporcionados por el equipo de salud son **adecuados** según las necesidades de cada paciente, y entendiendo que los pacientes críticos requieren de mayores cuidados que ellos, la mayoría de los entrevistados refieren sentirse **agradecidos** y **conformes** con la atención que se les brinda, principalmente en relación a sus necesidades biológicas.

**E1.** “...recibimos cuidados distintos según la necesidad. Son diferentes. Los pacientes críticos requieren de más cuidados y más atención. Yo tengo todos los cuidados que necesito, eso favorece la autoestima, es gratificante...”.

**E6.** “...no puedo desconocer que una persona critica necesita muchos más cuidados que yo, por lo mismo se les debe prestar mayores cuidados...”.

**E9.** “...Me voy agradecida y doy gracias al personal, a los médicos, enfermeras, paramédicos por los cuidados...”.

**E3.** “... Para todos los pacientes los cuidados son similares y varían según su estado. La ronda médica es completa para cada paciente. Los cuidados son buenos...”.

**E4.** “... los cuidados del equipo de salud son igualitarios para todos los pacientes según su necesidad, siempre están pendientes de todo...”.

**E2.** “...me siento agradecido y me alegra saber que existen personas buenas en el personal de salud; que al llegar al hospital van a atender y hacer lo mejor por los pacientes críticos...”.

**E10.** “...Acá nos atienden a todos de igual forma, de acuerdo a lo que necesitamos...”.

**E11.** “...Acá nos atienden bien a todas, de acuerdo a nuestra necesidad, hay personas que demandan más que otras...”.

**E14.** “...No tengo ni un problema, estoy conforme con la atención, son todos muy preocupados...”.

**E7.** “... Muy buena la atención, ha sido uno de los mejores hospitales en que he estado...”.

Por otra parte, algunos pacientes entrevistados destacan la **escasa contención emocional** que reciben por parte del equipo de salud, luego de un procedimiento de alta complejidad realizado un paciente crítico que habita la misma sala, como por ejemplo, una reanimación cardiopulmonar, situación que les afecta de manera **psicológica**, principalmente en aquellos pacientes que experimentan la hospitalización por primera vez.

**E3.** *“...La reanimación al paciente crítico debería haber sido en otro lugar, porque estoy enfermo del corazón y al sentirme nervioso podría haberme alterado...”*

**E4.** *“...los cuidados son buenos. No hay diferencias entre los cuidados del paciente crítico y los míos. Siempre están preocupados de uno, pero no preguntan como estoy o me siento...”*

**E9.** *“...En cuanto a los cuidados no recibo todos los que requiero, ya que el personal debe dedicarse a todos, no solo a uno...”*

Además la mayoría de los sujetos en estudio refieren que los pacientes deberían **distribuirse de acuerdo a su gravedad**, ya que si pudiesen estar junto a personas que se encuentren en un estado de salud similar les favorecería en una mejor recuperación. Sin embargo, señalan que las decisiones en cuanto a la distribución de pacientes recaen en los profesionales de salud presentes en el servicio.

**E9.** *“...Deberían existir camas diferencias por gravedad...”*

**E4.** *“...ayer hablé con los médicos para que me cambiaran de sala o a él y que ojalá no ocurriera más, porque afecta, y mucho...”*

**E10.** *“...Me parece bien, el personal de salud tendrá sus motivos para ubicar a los pacientes de esta forma...”*

**E11.** *“...Yo creo que la distribución de las camas depende del personal de salud, quizás me hubiera sentido más cómoda con personas en una condición similar a la mía...”*

**E13.** *“...Me parece más adecuado agrupar a las personas por su condición de salud y/o por su estado de conciencia...”*

**E14.** *“...Desconozco la razón de la distribución de los pacientes, supongo que la razón es el colapso del sistema de salud, pero me parece bien, la atención que nos otorga el personal es adecuada para ella y para nosotras...”*

**E15.** *“...Lo ideal sería que los pacientes se separen por gravedad...”*

**E2.** *“...Está mal que un paciente crítico conviva con un paciente no crítico, porque uno está mejor el otro...”*

**E4.** *“... no se puede po, porque mire si ni habla...a uno le gustaría tener a una persona en recuperación con quien pueda conversar, y una persona que está crítica no puede po, me siento solo...”*

## 6. DISCUSIÓN

La convivencia de pacientes no críticos con pacientes críticos refleja una “situación social, relacionada directamente con la interacción con otros, en contacto directo con un nuevo contexto”, según Myers (2005). Esto permite reconocer que el paciente no crítico, como ser humano social, es capaz de enfrentar nuevas situaciones y contextos tales como la hospitalización y cohabitar diariamente con un paciente de mayor complejidad, lo cual como lo cita Estrada (2012), distingue diversas reacciones asociadas a una actitud social relacionada a éstas situaciones: en lo afectivo, los pacientes no críticos refieren desarrollar sentimientos ligados a ésta convivencia, tales como pena, frustración, impotencia, entre otros. En cuanto a lo conductual, se concluye que los sujetos en estudio tienden a intentar proteger al paciente crítico, preocupándose de sus cuidados y estado de salud, empatizando y buscando como ayudarlo. En relación a lo cognitivo, destaca el estado reflexivo que desarrolla el paciente no crítico frente a ésta nueva experiencia social, asociado a una retrospectiva de su vida y a un autocuidado personal. Por último, Estrada (2012) señala la actitud normativa que se relaciona directamente con lo que se espera que realicen los pacientes no críticos ante ésta situación, como señalan, deben adaptarse a este contexto y soportar ésta situación ya que se encuentran hospitalizados y deben recuperarse.

Es así, como nace el concepto de “Síndrome General de Adaptación” según el modelo de Selye, señalado por Gonzales de Rivera, (1994). El cual se ve completamente reflejado durante la hospitalización de los sujetos en estudio, los cuales experimentan diversas situaciones que desencadenan cuadros de estrés con sensaciones de palpitaciones, sudoración, nerviosismo e incluso insomnio, indicándolos Inlander y Morán (1999), como síntomas emocionales, intelectuales y físicos. Estas reacciones inespecíficas del organismo, se relacionan con una exposición continua a eventos agobiantes. De esta forma, se asocia a un “Distres” indicado por Selye (1955) como el “mal estrés”, afectando directamente el estado, tanto anímico como físico del paciente no crítico, inclusive se puede apoyar la idea de Glaser y Kiecolt-Glaser (1986), quienes refieren que “la exposición al estrés continua produce un debilitamiento en la eficacia general del organismo y en su capacidad defensiva que lo hace más propenso a enfermedades”, ya que la mayoría de los pacientes entrevistados indican que la convivencia con pacientes críticos afecta en su recuperación.

Por otro lado, los sujetos en estudio identifican aspectos positivos durante su hospitalización, entre los cuales destaca la atención del equipo de salud, principalmente por el personal de Enfermería, señalándolos como cuidados personalizados, atinentes y adecuados a

la necesidad de cada paciente, esto concuerda con el objetivo que propone el Modelo de Salud Integral del Sistema de Salud Chileno, a través de “acciones que promuevan y faciliten la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2012).

Así mismo, dentro de los factores positivos, destaca el surgimiento de la empatía, la comunicación y el compañerismo que se genera dentro de una sala hospitalaria con los demás pacientes de una similar condición de salud, siendo ésta, un apoyo emocional fundamental para su estadía. Lo cual, corrobora la teoría de Myers (2005), en relación a que el ser humano es un ser social y afectivo, que desarrolla nuevas herramientas para lograr adaptarse al medio en el cual se encuentra inserto, permitiéndole mantener un equilibrio u homeostasis.

En cuanto a los factores negativos, se encuentran el cansancio y sueño poco reparador que repercuten directamente en la recuperación y estado anímico de los pacientes no críticos, aflorando sentimientos de angustia, incomodidad y pena en relación a ésta convivencia, lo que se asocia francamente a la teoría de Cazenave y Ferrer, como lo cita en Lolas (1997) “Dimensiones del Enfermo”, ya en el proceso de enfermedad que se encuentra viviendo el sujeto en estudio, se desarrollan diversos aspectos dentro de su esfera biopsicosocial, asociadas a la interacción permanente con un paciente crítico.

Además, algunos sujetos de estudio destacaron como un factor negativo la falta de contención emocional y de escucha activa por parte del equipo de Salud durante su hospitalización, como por ejemplo, posterior a un procedimiento de alta complejidad realizado a un paciente crítico dentro de la misma sala, lo cual genera diversas situaciones tanto emocionales como físicas en los pacientes que se encuentran observando éste tipo de situaciones, lo que es contradictorio, en relación al objetivo que sostiene el modelo integral de salud, el cual contempla un cambio en la manera de cómo considerar y atender a las personas, de objetos a sujetos, centrándose en las necesidades de los usuarios y no de los profesionales de salud, apuntando hacia la prevención y promoción de estilos de vida (Servicio de salud Linares, 2012).

Finalmente, dentro de las entrevistas realizadas a pacientes no críticos, destaca en su totalidad la disconformidad que existe sobre la convivencia con pacientes críticos, concordando en que los pacientes deberían ser distribuidos de acuerdo a su gravedad y no según su patología, ya que, según indican los sujetos en estudio, el compartir sala con pacientes de similares condiciones aportaría en su recuperación, siendo la situación de convivencia con pacientes críticos todo lo contrario. Esto refuerza la importancia y apremio de una adecuada implementación del modelo de atención integral en salud en el recinto hospitalario de la ciudad de Valdivia, comenzando mediante una apropiada y rigurosa categorización usuaria, clasificando a los pacientes de acuerdo al riesgo/dependencia, y de esta forma, como señala Rodríguez y Monserrat (2002), se espera eliminar del sistema la agrupación de usuarios por especialidad y evitar que el servicio clínico sea vinculado a la

patología, dejando al equipo médico responsable del manejo de pacientes; donde los cuidados del paciente dependerán de la complejidad, independiente de la naturaleza de su patología y potenciar la atención por similar grado de necesidades de prestaciones o cuidados, dividiéndose así el sistema en tres sectores: Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios y Cuidados Mínimos; con el objetivo de desempeñarse con alta eficiencia al incorporar la gestión por procesos según la necesidad de atención.

Según lo antes mencionado, la necesidad de mejorar la distribución de pacientes en cuanto a su complejidad, como lo señala el Servicio de Salud de Arica y Parinacota (2012), beneficiará la distribución de recursos humanos y materiales de cada servicio asistencial, identificando la carga de trabajo del personal de enfermería y a la vez facilitando la estandarización de planes de cuidados para cada categoría de usuario.

## 7. CONCLUSIÓN

Al analizar la experiencia de pacientes no críticos que cohabitan en una misma sala con pacientes críticos, donde deben presenciar la situación compleja en la cual se encuentra su compañero de sala y observar diversos procedimientos clínicos reiterados realizados por el equipo de salud; se concluye que ésta experiencia suele ser traumática e impactante para los pacientes, existiendo una variada gama de repercusiones biopsicosociales, dentro de las cuales destacan en el ámbito biológico la dificultad para conciliar el sueño asociado a una situación de estrés permanente, sobre todo en pacientes no críticos que experimentan por primera vez esta dinámica, generando incluso sensaciones de palpitaciones, sudoración y nerviosismo.

En el ámbito psicológico de los pacientes entrevistados se recalcan los sentimientos de pena, frustración, rabia e incomodidad frente a ésta convivencia, alterando su estado anímico basal. Sin embargo, surge el mecanismo adaptativo del ser humano el cual se asocia a la necesidad de empatizar y ayudar a las personas que se encuentran en un estado de salud más complejo, es así como, los pacientes no críticos intentan buscar apoyo emocional de acuerdo a creencias religiosas, al núcleo familiar y/o compañeros de sala, siendo un factor fundamental para su recuperación.

Por otra parte, se han descrito situaciones positivas que se generan dentro de ésta convivencia, siendo una de ellas la reflexión introspectiva y retrospectiva asociada al contexto, fomentando la capacidad de autocuidado y concientización sobre su propia salud.

También se potencia la formación de relaciones interpersonales con los demás compañeros que se encuentran dentro de la misma sala, siendo un medio de distracción y apoyo mutuo que de alguna forma permiten que su estadía hospitalaria sea más llevadera.

Además, los sujetos en estudio, reconocieron los cuidados del equipo de salud como adecuados, atingentes y personalizados de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Por lo cual, enfatizan sentirse agradecidos y conformes con los cuidados recibidos durante su hospitalización, a pesar de la diferencia en la demanda de los cuidados entre pacientes críticos y no críticos.

En otro punto, los pacientes entrevistados refieren factores negativos asociados a la escasa contención emocional por parte del equipo de salud durante su estadía hospitalaria, destacándose principalmente en las situaciones posteriores a procedimientos de alta complejidad realizados a pacientes críticos.

De esta forma, en el Sistema de Salud en Chile aún prevalece la distribución de pacientes de distintos grados de complejidad conviviendo en una misma sala hospitalaria, debido a la falta de recursos y retrasos en la implementación de los nuevos modelos organizativos y administrativos en salud, por lo cual, los usuarios entrevistados de éste sistema, expresan disconformidad frente a la distribución de los pacientes, ya que deben experimentar diversas situaciones de incomodidad como las señaladas anteriormente. Sin embargo, se consideran agentes pasivos frente a las decisiones y/o responsabilidades sobre ésta distribución, siendo una necesidad sentida por los usuarios el implementar salas diferenciadas según la complejidad de los pacientes y no por la patología de éstos.

En resumen, las diversas situaciones a las que se deben enfrentar los pacientes no críticos al cohabitar con pacientes críticos, genera consecuencias en el ámbito biopsicosocial, afectando en su bienestar durante la hospitalización y perjudicando directamente su recuperación.

## 8. REFERENCIAS

Álvarez, I. (1997). *Investigación Cualitativa. Diseños Humanísticos Interpretativos*. Santa Clara, Cuba: Espacio.

Álvarez-Gayou, J. (2005). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Editorial Paidós.

Asela, M. (2000). *Reforma de salud y gestión hospitalaria: historias y desafío*. Recuperado de [http://www.hjnc.cl/docs/Hospital\\_Chile\\_autogestionado.pdf](http://www.hjnc.cl/docs/Hospital_Chile_autogestionado.pdf)

Antonak, R. y Livneth, H. (1988). *The measurement of attitudes toward people with disabilities*. Springfield. Estados Unidos: Editorial Charles C. Thomas.

Bruhn, A., Canteros, J., Castillo, L., Cornejo, R., Gálvez, S., González, H., Labarca, E., Soto, R., Tobar, E. & Ugarte, H. (2013). Medicina intensiva en Chile: desafíos para su desarrollo. Documento de la Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Ministerio de Salud. *Revista médica de Chile*, 141(1), 90-94. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000100012&script=sci_arttext)

Casas, M. (2000). *Vivir bajo presión. El estrés*. Barcelona, España: Editorial Océano.

Castillo, E. y Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Revista Colombia Médica*, 34 (3), 164 – 167. Recuperado de <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/3460/1/rc03025.pdf>

Canales, S. y Murillo, T. (2010). *Experiencia y percepción del equipo de enfermería en la implementación del modelo de atención progresiva en el Hospital Augusto Riffart, Castro 2010*. (Tesis de pregrado). Recuperado de cybertesis Universidad Austral de Chile.

Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento (1979). *Informe Belmont: principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Recuperado de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

Departamento de asesoría jurídica, Ministerio de Salud (1997). *Código sanitario D.F. L. n° 725/67*. Recuperado de [http://www.ispch.cl/ley20285/t\\_activa/marco\\_normativo/7c/dfl\\_725\\_67.pdf](http://www.ispch.cl/ley20285/t_activa/marco_normativo/7c/dfl_725_67.pdf)

Díaz, H. (2005). *Instructivo de trabajo unidad terapia intensiva*. Recuperado de [http://transparencia.edomex.gob.mx/issemym/informacion/manualprocedimientos/2do\\_nivel/I-T-ISSEMYM-UM-16.pdf](http://transparencia.edomex.gob.mx/issemym/informacion/manualprocedimientos/2do_nivel/I-T-ISSEMYM-UM-16.pdf)

Duval, F., González, F. & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 48 (4), 307-318. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272010000500006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500006)

Dahab, J., Minici, A. & Rivadeneira, C. (2013). Algunas puntualizaciones sobre el estrés. *Revista de terapia cognitivo conductual CETECIC*. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/algunas-puntualizaciones-sobre-el-estres/>

Estrada, A. (2012). La actitud del individuo y su interacción con la sociedad. *Revista digital Universitaria*, 13(7). Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art75/>

Figuerola, R. (2012). Consentimiento informado en la nueva ley de derechos de los pacientes. *Revista médica de Chile*, 140 (10), 1347-1351. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012001000017](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001000017)

García, E., Gil, J. & Rodríguez, G. (1996). *En metodología de la investigación cualitativa*. Granada, España: Ediciones Aljibe.

García, M. (2013). Estrés laboral en el equipo de Enfermería. *Salud a diario*. Recuperado de <http://www.saludadiario.es/Opinion/2044/estres-laboral-equipo-enfermeria>

Gálvez, S., González, H., Labarca, E., Cornejo, R., Bruhn, A., Ugarte, H., Canteros, J., Tobar, E., Soto, R. & Castillo, L. (2013). Medicina intensiva en Chile: desafíos para su desarrollo. Documento de la Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Ministerio de Salud. *Revista médica de Chile*, 141 (1). Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000100012&script=sci_arttext)

González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de educación*, (29). Recuperado de <http://www.rieoei.org/rie29a04.htm>

González de Rivera, J. (1991). *Factores de estrés y enfermedad médica*. Barcelona, España: actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría. Recuperado de [http://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/91\\_A093\\_15.pdf](http://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/91_A093_15.pdf)

Gonzales de Rivera, J. (1994). Estrés, Homeostasis y Enfermedad. *Psicología medica*. Recuperado de [http://www.psicoter.es/component/option,com\\_docman/Itemid,73/gid,49/task,doc\\_view/](http://www.psicoter.es/component/option,com_docman/Itemid,73/gid,49/task,doc_view/).

Glaser, R., Rice, J., Speicher, C.E., Stout, J. & Kiecolt-Glaser, J. (1986). Stress depresses interferon production by leucocytes concomitant with a decrease in natural killer cell activity. *Behavioral Neuroscience*, 100, 675-678.

Inlander, C. y Morán, C. (1999). *Estrés. 63 maneras de aliviar el estrés y mantenerse saludable*. Bogotá, Colombia: Editorial Norma SA.

Lolas, F. (1997). *Más allá del cuerpo*. Santiago, Chile: Editorial Andrés Bello.

Mechanic, D. (1962). "The Concept of Illness Behavior" *Journal of Chronic Diseases*, 15, 189-194. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0021968162900681>

Melgosa, J. (1997). *¡Sin estrés!*. Madrid, España: Editorial Saleliz S.A.

Miller, G. y Whicker, M. (1998). *Handbook of research methods in public administration*. New York, United States: CRC

Ministerio de Salud de Chile (2005). *Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios*. Recuperado de [http://www.hjnc.cl/docs/Modelo\\_de\\_gestion\\_de\\_Establecimientos\\_Hosp.pdf](http://www.hjnc.cl/docs/Modelo_de_gestion_de_Establecimientos_Hosp.pdf)

Ministerio de Salud de Chile (2007). *Compromisos de gestión, orientaciones técnicas, metodología de evaluación*. Recuperado de [www.ssmaule.cl/Pagina/informacionGestion/CG2007.doc](http://www.ssmaule.cl/Pagina/informacionGestion/CG2007.doc)

Ministerio de Salud de Chile (2007). Resolución 1127. *Norma general administrativa n°19 Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada*.

Ministerio de Salud de Chile (2012). *Informe de comisión de urgencia. "situación de los sistemas de atención de urgencia en Chile"*. Recuperado de <http://www.mdu.cl/wp-content/uploads/2014/08/INFORME-FINAL-URGENCIA.pdf>

Moral, C. (2006). *Criterios de validez en la investigación cualitativa actual*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2833/283321886008.pdf>

Munarriz, B. (1992). *Técnicas y métodos en investigación cualitativa*. Recuperado de <http://ruc.udc.es/bitstream/2183/8533/1/CC-02art8ocr.pdf>

Myers, D. (2005). *Psicología Social*. (8va edición). México: Editorial Mc Graw Hill

Ojeda, J., López, J. & Salas, E. (2012). *El valor ético de la responsabilidad social en la investigación*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31025437009>

Organización Mundial de la Salud (2014). *¿Cómo define la OMS la salud?*. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Ocaña, M. (1998). Síndrome de adaptación general. *Escuela abierta* 2, 41-50

Hospital de Linares (2013). *Plan estratégico hospital de Linares General Carlos Ibáñez Septiembre 2012 – 2017*. Recuperado de <http://www.hospitaldelinares.cl/hoslina/wp-content/uploads/2013/03/PLAN-ESTRATEGICO-2012-2017-HOSPITAL-DE-LINARES.pdf>

Otero, M., Martínez, N., Urbina & Torres, J. (2008). Competencias laborales del profesional de enfermería en el servicio de neonatología. *Educación Médica Superior*, 22 (4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412008000400006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412008000400006&script=sci_arttext)

Parsons, C. y Wakeley, P. (1991). Idioms of distress: Somatic responses to distress in everyday life. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(1), 111-132. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00050830>

Pérez, G. (1998). *Investigación cualitativa; retos e interrogantes II. Técnicas y análisis de datos*. Granada. España: editorial La Muralla

Pineda, E. y Alvarado, E. (2008). *Metodología de la investigación*. 3ra ed. Washington: Organización Panamericana de Salud, p.139.

Pozzoli, M. (1999). La interacción social. Una nueva epistemología para el cambio social. *Revista Cistalia*, 1(1), 47-57

Quiróz, J. (2011) *Cátedra de Semiología: signos y síntomas del paciente crítico*. Recuperado de <http://slideplayer.es/slide/163352/>

Real Academia Española (2014). Definición de estrés. Recuperado de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=estr%E9s>

Real Academia Española (2014). Definición de cohabitar. Recuperado de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=cohabita>

Robledo, J. (2009). *Observación Participante: informantes claves y rol del investigador*. Recuperado de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/461/450>

Rodríguez, G. y Monserrat, J. (2002). *Modelos de atención socio sanitaria: una aproximación a los cortes de dependencia*. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/monserrat-modelos-01.pdf>

Salgado, A. (2007). *Investigación Cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. Recuperado de [http://www.revistaliberabit.com/es/revistas/liberabit13/8\\_ana\\_cecilia.pdf](http://www.revistaliberabit.com/es/revistas/liberabit13/8_ana_cecilia.pdf)

S. de Camargo, B. (2004). Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista médico científica*, 17(2), 78-86. Recuperado de <http://www.revistamedicocientifica.org/uploads/journals/1/articles/103/public/103-370-1-PB.pdf>

Sáez, E. (2005). Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos”. *Revista chilena de medicina intensiva*, 19(4), 209-223. Recuperado de [http://www.enfermeriajw.cl/pdf/guias\\_ministeriales.pdf](http://www.enfermeriajw.cl/pdf/guias_ministeriales.pdf)

Sandin, M. (2000). Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de investigación educativa*, 18 (1), 223-242.

Servicio de Salud de Coquimbo (2009). *Compromisos de gestión 2009 orientaciones técnicas*. Recuperado de [http://noharm.org/lib/downloads/espanol/Chile\\_Compromiso\\_Gestion15.pdf](http://noharm.org/lib/downloads/espanol/Chile_Compromiso_Gestion15.pdf)

Servicio de Salud de San Felipe (2006). *Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención en salud*. Recuperado desde <http://www.sanfelipesalud.cl/2.5/Web/Doc/Biblioteca/Cuadernillos/18.pdf>

Servicio de Salud de Linares (2012). *Plan estratégico hospital de Linares General Carlos Ibañez septiembre 2012 – 2017*. Recuperado desde <http://www.hospitaldelinares.cl/hoslina/wp-content/uploads/2013/03/PLAN-ESTRATEGICO-2012-2017-HOSPITAL-DE-LINARES.pdf>

Servicio de salud de Arica y Parinacota (2012). *Procedimiento categorización de pacientes CR urgencias (TRIADE)*. Recuperado desde [http://www.hjnc.cl/calidad/DOCS/1.ACREDITACION/4.%20AMBITO%20ACCESO,%20OPORTUNIDAD%20Y%20CONTINUIDAD%20DE%20LA%20ATENCIÓN%20\(AOC\)/02.%20AOC%201.2%20SISTEMA%20DE%20CATEGORIZACIÓN%20DE%20PACIENTES%20EN%20URGENCIA/Procedimiento%20categorización%20de%20pacientes%20\(CR%20Urgencia\).pdf](http://www.hjnc.cl/calidad/DOCS/1.ACREDITACION/4.%20AMBITO%20ACCESO,%20OPORTUNIDAD%20Y%20CONTINUIDAD%20DE%20LA%20ATENCIÓN%20(AOC)/02.%20AOC%201.2%20SISTEMA%20DE%20CATEGORIZACIÓN%20DE%20PACIENTES%20EN%20URGENCIA/Procedimiento%20categorización%20de%20pacientes%20(CR%20Urgencia).pdf)

Servicio de salud de Talca (2007). *Modelo de gestión para la normalización. Hospital Regional de Talca*. Recuperado de [http://www.hospitaldetalca.cl/adicional/documentos/MODELO\\_DE\\_GESTION.pdf](http://www.hospitaldetalca.cl/adicional/documentos/MODELO_DE_GESTION.pdf)

Silvestre, C. (1998). *Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad*. Hamilton Ontario, Canadá. Editorial Cinta moebio, 4, 181-189. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/04/silvestre.htm>

Selye, H. (1955). Stress and disease. *Science*, 122, 625-31. Montreal, Canadá

Skinner, B. (1971). *Más allá de la libertad y la dignidad*. Barcelona. España. Editorial Martínez Roca S.A

Snyder, M. (1984). *When belief creates reality. Advances in experimental social psychology*. New York. Estados Unidos. Editorial Berkowitzy

Subsecretaría de Redes Asistenciales (2012) .*Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Recuperado de [http://buenaspracticaps.cl/wp-content/uploads/2013/11/Orientaciones-para-la-implementacion-del-Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Integral-de-Salud-Familiar-y-Comunitaria\\_DIVAP\\_2013.pdf](http://buenaspracticaps.cl/wp-content/uploads/2013/11/Orientaciones-para-la-implementacion-del-Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Integral-de-Salud-Familiar-y-Comunitaria_DIVAP_2013.pdf)

Subsecretaría de redes asistenciales (2014). *Orientaciones para la planificación y programación en red*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e6485ed1642ee853e040010164011633.pdf>

Turchetto, E. (2005). A que llamamos paciente críticamente enfermo y como lo reconocemos. *Revista del Hospital Privado de Comunidad*, 8, 52-53. Recuperado de <http://hpc.org.ar/images/revista/451-v8n2p52.pdf>

Unidad de Emergencia y Atención Prehospitalaria (2011). *Protocolo de categorización de demanda de la red de urgencia local (RLU) del servicio de salud O'higgins (SSO)*. Recuperado de [http://www.saludohiggins.cl/attachments/1080\\_P.%20de%20Categorizacion%20\(C1%20a%20C5\).pdf](http://www.saludohiggins.cl/attachments/1080_P.%20de%20Categorizacion%20(C1%20a%20C5).pdf)

Zarate, R. (2003). La gestión del cuidado en enfermería. *Revista Index de enfermería*, 13,44- 45. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962004000100009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962004000100009&script=sci_arttext)



## 9. ANEXOS

### 9.1. ANEXO 1: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Estudio: Experiencia de pacientes hospitalizados no críticos que cohabitan en sala con pacientes críticos en el Hospital Base Valdivia durante el periodo Agosto – Octubre 2015.”**

**Responsables de la Investigación:** Paulina Belmar Estrada, Edma Sandoval, Bárbara Álvarez Clarot.  
**Profesor Patrocinante:** Vinka Yusef Contreras  
**Dirección:** Edificio Ciencias del Cuidado en Salud, 3° piso. Universidad Austral de Chile, Valdivia  
**Fono de contacto:** (63) 221132 – Fax: (63) 213352; e – mail: [vinkayusef@uach.cl](mailto:vinkayusef@uach.cl)

Se me ha informado que se está ejecutando un estudio cuyo objetivo es develar las experiencias de los pacientes no críticos que cohabitan con paciente críticos en una sala común durante su hospitalización en el Hospital Base Valdivia en el periodo del año 2015.

Se me ha explicado que el propósito de este trabajo es incrementar el conocimiento en pro del equipo de Salud, fomentar la toma de decisiones y autonomía del personal de Enfermería, además de velar por el bienestar de los pacientes.

Dado que cumplo con las características y requisitos de incorporación al estudio, se me ha solicitado aprobación y consentimiento para participar, dejándome en claro que se mantendrá anonimato y confidencialidad pertinente frente a mi participación en el estudio.

Mi participación consistirá en contar mi experiencia de hospitalización mientras cohabito con un paciente de mayor complejidad, por medio de una entrevista en profundidad la cual será grabada. Para ello se ha estimado que mi participación requiere de un tiempo de aproximado de 30 minutos.

Se me ha explicado que la incorporación al estudio no implica costos, además se me ha informado que mi participación, es absolutamente libre y voluntaria, de manera que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones, sin derivar esto en ninguna sanción ni menos aún, provocar un menoscabo en la atención que recibo o que necesite a futuro.

Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda información obtenida de datos y resultados de las evaluaciones será manejada con reserva y sólo para los fines de esta investigación, por las personas involucradas en el estudio.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Si requiriera efectuar consultas adicionales sobre el proyecto y sus procedimientos podré contactar al investigador responsable cuyo teléfono y dirección se especifican al comienzo de este formulario.

Yo, \_\_\_\_\_ he sido informada/o

(Nombre de la informante)

por .....respecto al estudio, quien ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes.

He decidido, Aceptar  No Aceptar , mi participación en el estudio.

\_\_\_\_\_

Firma de la informante

\_\_\_\_\_

Firma persona que aplica el consentimiento

\_\_\_\_\_

Firma del Representante del director

Fecha:

## 9.2. ANEXO 2: PAUTA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

### ENTREVISTA

*“EXPERIENCIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS NO CRITICOS QUE COHABITAN EN SALA CON PACIENTES CRITICOS EN EL HOSPITAL BASE VALDIVIA DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO- OCTUBRE DEL 2015”*

Esta entrevista se realiza en forma personalizada posterior a la firma del consentimiento informado, son preguntas abiertas las cuales tiene que responder de forma clara y que será gravada conservando su anonimato y confidencialidad.

Definición de paciente crítico: “Es aquel paciente, cuyo estado de salud se encuentra gravemente comprometido, por una alteración de la fisiología normal del organismo que condiciona al paciente un riesgo elevado de muerte, pero que al no ser un paciente en estado terminal tiene probabilidad de recuperar la normalidad del organismo y preservar la vida. Por lo mismo, se hace necesario la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo invasivo y soporte vital.”

1) Nos podría contar ¿cómo ha sido su experiencia al convivir con un paciente crítico dentro de una misma sala?

2) ¿Cómo se ha sentido y/o que sentimientos a experimentado durante su convivencia con pacientes críticos?

3) ¿Cuales considera Ud. que han sido factores positivos dentro de su estadía hospitalaria junto a un paciente crítico?

4) ¿Qué factores negativos a presenciado o sentido en su estadía hospitalaria junto a un paciente crítico?

5) De acuerdo a la situación de cohabitar con un paciente crítico ¿Ud. percibe que recibe cuidados adecuados y/o distintos y/o necesarios según la circunstancia?

6) ¿Qué cuidados usted espera o esperaba recibir según esta situación de convivencia?

7) ¿Cual es su opinión acerca de la convivencia de pacientes de estado crítico con pacientes de menor estado de gravedad en una sala hospitalaria?