

CAPÍTULO 5

SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA DE VIDA DE PACIENTES RESPIRATORIOS QUE HAN ESTADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UNA CLÍNICA DE TERCER NIVEL

**EN BOGOTÁ DESDE LA PERSPECTIVA DEL BIENESTAR
FÍSICO Y EMOCIONAL**

**MEANING OF THE LIFE EXPERIENCE OF RESPIRATORY
PATIENTS WHO HAVE BEEN IN AN INTENSIVE CARE UNIT
OF A THIRD-LEVEL CLINIC IN BOGOTA FROM THE PERSPECTIVE
OF PHYSICAL AND EMOTIONAL WELL-BEING**

DOI: <https://doi.org/10.24267/9789585120389.5>

Diana Carolina Albarracín Bernal (1).

Correo electrónico: carolinehim2010@hotmail.com

Lina Marcela Arenas Luna (2).

Correo electrónico: linam2345@gmail.com

Vanessa Duarte Rodríguez (3).

Correo electrónico: vane.41020@gmail.com

Diana Carolina Zona Rubio (4).

diana.zona@docentes.umb.edu.co

Sandra Elvira Villareal (5).

Correo electrónico: sandra.elvira01@gmail.com

(1) Terapia Cardiorrespiratoria. Universidad Manuela Beltrán.
Grupo de investigación Cuidado Cardiorrespiratorio. Facultad de Salud.

(2) Terapia Cardiorrespiratoria. Universidad Manuela Beltrán.
Grupo de investigación Cuidado Cardiorrespiratorio. Facultad de Salud.

(3) Terapia Cardiorrespiratoria. Universidad Manuela Beltrán.
Grupo de investigación Cuidado Cardiorrespiratorio.

(4) Terapeuta Respiratoria. Universidad Manuela Beltrán.
Grupo de investigación Cuidado Cardiorrespiratorio.

(5) Terapeuta Respiratoria. Universidad Manuela Beltrán.
Grupo de investigación Cuidado Cardiorrespiratorio.



Introducción

La causa más frecuente de ingreso a unidades de cuidado intensivo en pacientes adultos son las enfermedades respiratorias agudas, generalmente por etiología infecciosa, estas son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad por patología infecciosa; según la OMS, alrededor de cuatro millones de personas mueren por enfermedades respiratorias agudas en el mundo, el 98% de esta población fallece por progresión de la enfermedad que lleva a infección del tracto respiratorio inferior. Los reportes con datos más significativos se dan con mayor predominancia en bebés, niños y ancianos, especialmente en países de recursos bajos y medios, además de ser uno de los motivos de consulta más frecuentes en los centros de salud; cuando no se brinda una adecuada atención sobre el curso inicial de esta enfermedad, esta se complica comprometiendo de manera importante la vía aérea inferior y por consiguiente el parénquima pulmonar.

La experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), crea en los pacientes sentimientos de impotencia, temor, angustia, estrés y frustración, especialmente cuando requieren ser intervenidos con métodos invasivos y/o soporte ventilatorio. Por otra parte, la UCI representa un lugar de aislamiento que impide la cercanía de los pacientes con sus familiares, de manera que estos perciben el deterioro de su calidad de vida durante su estancia en

el ambiente hospitalario y, por consiguiente, asocian el lugar con sentimientos negativos.

De hecho, el curso de la enfermedad es un factor limitante cuando no es posible corregirlo en su totalidad, de manera que puede repercutir significativamente en el desarrollo de actividades de la vida diaria, una vez el paciente retome sus labores.

Sin embargo, pese a la importancia de esta temática, no ha sido suficientemente abordada y las escasas investigaciones realizadas incluyen la participación de miembros del equipo de salud, como médicos, fisioterapeutas, psicólogos y enfermeros, pero no por parte de profesionales en terapia respiratoria, quienes juegan un rol importante en el abordaje del paciente en UCI, especialmente del paciente con patología respiratoria.

Objetivo general

Describir el significado de la experiencia de vida de pacientes respiratorios que han estado en una unidad de cuidados intensivos de una clínica de tercer nivel en Bogotá, desde las perspectivas de bienestar emocional y físico.

Materiales y métodos

Estudio cualitativo que buscó identificar e interpretar la afectación de la calidad de vida desde las dimensiones del bienestar físico y emocional, en pacientes respiratorios mayores de 18 años con antecedente de hospitalización en la UCI de la Clínica de Occidente de Bogotá, entre octubre y diciembre de 2017. Se reclutaron 17 pacientes, de los cuales 3 cumplieron con los criterios de inclusión propuestos para esta investigación.

Inicialmente se usó el tamizaje la escala GENCAT, como instrumento de evaluación objetiva, diseñada a partir del modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalok y Verdugo (2002 - 2003), la cual cuenta con ocho dimensiones: bienestar emocional, físico, material, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Posterior a la aplicación de la escala que permitió conocer el porcentaje de afectación en la calidad de vida de los usuarios, se realizaron entrevistas semiestructuradas desde la perspectiva de bienestar físico y emocional para indagar sobre sentimientos y emociones que fueron asociados a las experiencias vividas dentro de la UCI. Finalmente, el análisis de los datos cualitativos obtenidos se llevó a cabo en el software Atlas Ti versión 8.3.0.

Resultados

En esta investigación se incluyeron 3 pacientes entre los 30 y los 64 años con diagnóstico de alguna patología respiratoria. Se analizaron las dimensiones de bienestar emocional con sus respectivos indicadores (autoconcepto y satisfacción

con la vida) y bienestar físico con los indicadores (actividades de la vida diaria, atención sanitaria, estado de salud y ocio) versus emociones y sentimientos, asociados a las experiencias vividas tales como: agradecimiento, enojo, miedo, por una parte, y por la otra, alegría, angustia, confianza, impotencia, soledad, tranquilidad y tristeza. El software arrojó una nube de palabras de acuerdo al número de veces que se repetía una expresión; para este caso, las palabras más frecuentes fueron "NO" y "YO", con 104 citas cada una. La emoción con mayor número de citas asociada a satisfacción con la vida es la alegría, correspondiente al 33% de las citas totales. En el indicador de autoconcepto, las emociones más predominantes son la impotencia y el miedo con 17% de citas.

En las variables de bienestar físico predominan los sentimientos positivos como el agradecimiento, con 8 citas correspondientes al 29% en el indicador de atención sanitaria; en el indicador de actividades de la vida diaria predominan los sentimientos de agradecimiento, alegría y confianza, con 2 citas cada uno, correspondientes al 22%; por otro lado, los sentimientos negativos más frecuentes fueron impotencia con 4 citas, seguida de enojo con 3 citas y, por último, miedo y tristeza con 1 cita cada una.

Sin embargo, se establece la relación entre los sentimientos positivos versus los sentimientos negativos, en comparación con el número de citas encontradas en las entrevistas. Los sentimientos positivos muestran un balance mayor con respecto a los negativos, con porcentajes de 62% y 38% respectivamente; lo cual demuestra que, pese a que la muestra tomada para la investigación fue pequeña, son estadísticas favorables en cuanto a la experiencia vivida por los pacientes hospitalizados en una UCI de Bogotá.

Conclusiones

La experiencia vivida de los pacientes durante la estancia hospitalaria en la UCI puede influir sobre su bienestar físico y emocional posterior al egreso. En este estudio se encontró la relación existente entre las experiencias vividas y el significado que tienen ciertos factores como la atención sanitaria y los sentimientos experimentados, sobre la percepción actual que tienen los pacientes de su calidad de vida.

Palabras claves: calidad de vida, unidad de cuidados intensivos, experiencias de vida, bienestar físico y bienestar emocional.

