

Hacerse entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación^a

Ángela María Henao Castaño^b

RESUMEN

La ventilación mecánica es un método de soporte de la vida de personas en estado crítico. Tradicionalmente se ha empleado en pacientes bajo el efecto de sedación continua lo que significa para ellos una total abstracción de su situación actual. Tal práctica depara un traumático despertar, ampliamente informado en la literatura, tanto por los efectos adversos de los medicamentos sedantes, como por las implicaciones psicológicas de haber sido objeto y no sujeto de cuidado. Este trabajo, por el contrario, está enfocado en pacientes con ventilación mecánica, sin sedación. **Objetivo:** describir las diferentes formas de comunicación empleadas por pacientes cuya experiencia en una Unidad de Cuidado Intensivo ha sido la ventilación mecánica sin efectos de sedación continua. **Metodología:** se realizó una investigación con enfoque fenomenológico, durante el 2006, que contó con la participación de siete hombres y dos mujeres con edades entre 24 y 75 años de edad. La técnica de recolección de la información fue la entrevista en profundidad. **Resultados:** la descripción de cada experiencia permitió entender cómo el ser humano, estando críticamente enfermo, con una vía aérea artificial como medio de vida, activa un importante número de formas para hacerse entender. **Conclusión:** se demostró la importancia que tiene para el paciente ser tratado como sujeto activo en su experiencia de comunicación con el personal de salud y sus familiares, dado que fue significativa la multiplicidad de herramientas no verbales empleadas que contribuyeron a una percepción positiva de la experiencia.

Palabras clave: *comunicación, cuidado intensivo, ventilación mecánica.*

INTRODUCCIÓN

Los cuidados existen desde el comienzo de la vida. Los seres humanos, como todos los seres vivos, han tenido siempre la necesidad de cuidado porque cuidar es un acto de vida. A este fin sirve la enfermería mediante la relación enfermero-paciente basada en la práctica de un cuidado fundamentado en el paradigma holístico. Como dice Waldow (1), el cuidado es la esencia humana del ser. Es parte de su naturaleza, del llegar a ser humano.

La enfermera debe conocer qué es lo mejor para el paciente, responder a sus necesidades, ser técnicamente competente, científicamente conocedora y emocionalmente capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud; además debe desarrollar habilidades comunicativas, emocionales e interrelacionales (2). El cuidado debe ser un proceso interactivo que responda a las necesidades humanas básicas, de las que se pueden destacar la protección, la subsistencia, la comprensión, el entendimiento y el respeto por la dignidad humana (3).

a *Aparte de los resultados de la investigación sobre el significado de la experiencia de ser sometido a ventilación mecánica sin efectos de sedación, realizada durante los meses de julio a septiembre del 2006, en Rionegro- Antioquia, Colombia. Estudio autofinanciado.*

b *Enfermera, Especialista en cuidado de enfermería al adulto en estado crítico de salud. Candidata a Magister en Educación. Catedrática programa de enfermería Universidad de Tolima. E-mail: grupocuidar@hotmail.com*

Cómo citar este artículo:

Henao Castaño A. Hacerse entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación. Invest Educ Enferm. 2008;26(2):236-242.

Recibido: Febrero 6 de 2008. Envío para correcciones: Octubre 17 de 2008. Aprobado: Octubre 27 de 2008

Make yourself clear: experience for submitted patients to mechanical ventilation without sedation side effects

Ángela María Henao Castaño

La función de la enfermera es totalmente dependiente de las condiciones del paciente; ella es transitoriamente “la conciencia del inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del recién cegado, el medio de locomoción del recién nacido, el conocimiento y la confianza de la joven madre, la voz de los demasiado débiles para hablar” (4).

Comprender al ser humano en su natural conformación física y psicológica (mente-cuerpo y la condición de dependencia entre ambos aspectos) es un reto para la práctica de enfermería en cuanto a la planeación de los cuidados se refiere, y más aún cuando los pacientes se encuentran bajo el efecto de medicamentos que alteran su nivel de conciencia. Es necesario reconocer que cada persona tiene una realidad propia basada en sus experiencias. Cada uno interpreta y le da significado a la realidad de acuerdo con su jerarquía de necesidades (2). La experiencia de un individuo en su multidimensionalidad, no puede ser relegada a lo percibido por los sentidos, al contrario, demanda observación e interacción constantes donde se conjugan aspectos tales como: la cultura, el lenguaje, las necesidades, la interacción humana, la percepción del tiempo, el espacio y el ambiente, entre otros.

La comunicación no sólo es el intercambio verbal, sino también aquellos recursos no verbales que se utilizan para poder enviar un mensaje (5). Dentro de la comunicación no verbal observada en la unidad de cuidados intensivos se encuentran los sonidos, principalmente el toque del pulsioxímetro con la baranda de la cama; las llamadas a cualquier persona del equipo de salud que se encuentra cerca. Todos estos mensajes transmiten en su mayoría necesidades inmediatas y son tan valiosos como los verbales.

Si como profesionales de enfermería se desarrollan procesos de comunicación que permitan conocer las necesidades de los pacientes, se podrán llevar a cabo inter-

Abstract

The mechanical ventilation mechanism is a support method used to safeguard the life of people in a critical state. Traditionally, it has been used in patients under the effects of continuous sedation, which implies a total abstraction of their current situation for the patients; such scenarios afford the patients a traumatic one to wake up, broadly informed in the literature, for the adverse effects of the sedative medications, like the psychological implications that it can cause independent of quality of care. **Objective:** to describe the different communication forms used for patients whose experience in an intensive critical care unit has involved the mechanical ventilation without continuous sedation effects. **Methodology:** the investigation was carried out with phenomenological focus during 2006 and had the participation of seven men and two women with ages between 24 and 75 years of age. The technique of information gathering was the in-depth interview. **Results:** The description of each experience allowed understanding of the human being critically sick with an artificial air way as living medium, requesting active ways to be made understood. **Conclusion:** it demonstrated the importance for the patient to be treated as an active subject by means of the communication with the health personnel and relatives. Many non verbal tools were employed and their contribution brought upon a positive perception of the experience.

Key Words: *communication, intensive care, mechanic ventilation.*

venciones de cuidado con un abordaje concreto, positivo, que lograrán un mejor acople terapéutico y la vivencia de una experiencia de cuidado positiva en un medio poco agradable como es la unidad de cuidado intensivo.

Tal complejidad requiere ser entendida por el profesional de Enfermería, quien a partir de las experiencias transmitidas por el paciente debe guiarse para la aplicación del conocimiento científico y la planeación de las intervenciones de manera integral, reedificando la calidad del cuidado.

El presente artículo describe las diferentes formas de comunicación empleadas por pacientes que han sido sometidos en una Unidad de Cuidados Intensivos a ventilación mecánica sin efectos de sedación continua.

METODOLOGÍA

Se utilizó la metodología cualitativa planteada por Coffey y Atkinson (6) como herramienta por excelencia para la construcción de la enfermería como disciplina y profesión social, con el cuidado como objeto de estudio, de trabajo, y el ser humano en sus dimensiones individuales y colectivas como sujeto de este cuidado. Lincoln (7), por su parte, pone de manifiesto que la metodología cualitativa intenta capturar el fenómeno de manera holística, comprenderlo en su contexto.

Una de las corrientes de la investigación cualitativa es el abordaje de tipo fenomenológico, definido por Morse (8) como la comprensión o el conocimiento en profundidad de un fenómeno. Se pretende explorar la experiencia humana subjetiva para describir los significados que otorgan los pacientes en estado crítico sin efectos de sedación al hecho de estar conectados a un ventilador mecánico como tratamiento para suplir sus necesidades de oxigenación. La información ofrecida por los participantes se transmite en el contexto cultural y el lenguaje propios (8).

La selección de los participantes se realizó con la colaboración del grupo de enfermeras de la unidad de cuidados intensivos. Se les explicaron los objetivos y la metodología del estudio para que, posteriormente, fuera firmado el consentimiento informado o lo expresaran verbalmente.

El criterio para elegir el número de participantes se relaciona con la saturación de cada una de las categorías encontradas. Para este estudio fueron en total nueve personas adultas, seis hombres y tres mujeres, con edades comprendidas entre los 23 y los 48 años. Todos estuvieron durante algún tiempo con vía aérea artificial conectada a ventilador mecánico, el promedio de conexión fue de seis días sin efecto de sedantes, sólo con administración de morfina según orden médica; para uno de ellos era la segunda experiencia de ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

El abordaje de cada uno de los entrevistados se logró entre dos y ocho días post extubación, es decir, después de haberse retirado la vía aérea artificial. Cinco de ellos se encontraban en el servicio de hospitalización y cuatro en la unidad de cuidados intensivos.

La recolección de la información se llevó a cabo mediante la entrevista en profundidad; se pretendía esclarecer una experiencia humana subjetiva por medio de la interacción directa con el paciente. Se escogió la entrevista como técnica de recolección de la información porque ésta va más allá de la recolección e intenta construir significados e interpretaciones en el contexto de la conversación (9). La entrevista partió de una pregunta central por medio de la cual se estructuraron el orden y la pertinencia de la información, la cual obedeció a unos objetivos específicos previamente formulados. Se respetó la libertad del participante para dar por terminada la entrevista en cualquier momento.

Antes de realizar las entrevistas se le explicaron a cada uno de los participantes, y a los familiares que se encontraban presentes en ese momento, los objetivos del estudio; tuvieron la oportunidad de firmar un consentimiento informado escrito, o algunos dieron la autorización verbal quedando constancia de este hecho en la entrevista. El investigador dio a conocer que la entrevista se terminaría en el momento que ellos lo decidieran; todas las entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de junio y septiembre del 2006, se realizaron en la unidad de cuidados intensivos o en el servicio de hospitalización sin ningún contratiempo y con una duración de 40 a 60 minutos. En todos los casos los pacientes mostraron buena disposición, sólo uno de ellos expresó que no tenía nada más que agregar a la entrevista, la cual se dio por terminada.

El análisis de la información se realizó según el esquema planteado por Cohen, Kahn y Steeves (10). Su objetivo fue obtener una descripción de los significados que los participantes le otorgan a la experiencia de ser ventilados mecánicamente sin sedación continua.

El primer paso del análisis fue hacer una transcripción fiel de la entrevista inmediatamente está se terminó, sin omitir frases o expresiones del participante dentro de su contexto y compararlas con la grabación, lo que permitió guardarlas en papel y en medio magnético (10).

Posteriormente se hizo la inmersión en los datos y se leyó línea por línea cada una de las entrevistas. La interpretación inicial arrojó aspectos generales, se siguió con la codificación y análisis de cada uno de esos datos, lo cual equivale a transformarlos en datos significativos.

Se etiquetaron los temas aparte, en una hoja con el número de la entrevista y de la página de la cual fueron tomados, al igual que el número de consecutivo, para así ubicar de manera precisa los apartes de la entrevista.

La reducción de los datos condujo a determinar cuáles eran relevantes para el investigador y se desarrollaron dentro de un marco conceptual que explica el fenómeno en el cual se encontraba inmerso el participante (10).

Para asegurar la validez y confiabilidad del estudio se realizó una prueba piloto para ver la capacidad de comunicación e interacción del investigador con el paciente; también se evaluó si el tipo de pregunta generaba comodidad al participante, le traía recuerdos y ocasionaba respuestas que enriquecieran posteriormente el análisis.

En la entrevista siempre se tuvo en cuenta el punto de vista de los participantes quienes pudieron expresar lo que significó para ellos la experiencia; la transcripción de las entrevistas se realizó inmediatamente para no perder de vista ningún aspecto importante; en la interpretación también puede apreciarse la profundidad que el investigador le dió a cada uno de los hallazgos, buscando tener un reflejo de la realidad, de acuerdo con lo expresado por los participantes.

Todas las fases de la investigación han sido revisadas por el asesor de la investigación quien ha estimado en qué medida los procedimientos utilizados se ajustan a la realidad del objeto de estudio, con la finalidad de favorecer la replicabilidad del mismo.

Cada participante pudo decidir libremente si aceptaba participar en el estudio. Fue un acto voluntario y no se ofrecieron remuneraciones económicas ni de otro tipo. Tampoco se ejerció ningún tipo de presión por parte del investigador.

Se protegió la privacidad de los participantes y la confidencialidad de la información evitando el uso de nombres propios, para lo cual se diseñó un sistema de numeración que identificara cada una de las entrevistas.

Como la investigación partió de la comprensión, no requirió procedimientos de intervención ni experimentales, tampoco implicó riesgos para los participantes; el único momento de interactuar con el paciente fue durante la entrevista.

El análisis de los datos fue evaluado por enfermeras de la unidad de cuidados intensivos donde los participantes vivieron la experiencia y se tuvieron en cuenta sus opiniones.

RESULTADOS

Uno de los lugares donde el cuidado de enfermería debe ser oportuno e integral es la unidad de cuidados intensivos, en la cual la condición de estar críticamente enfermo depara un presente lleno de limitaciones, no sólo por las incapacidades físicas propias del proceso de enfermedad, sino principalmente por el cúmulo de dispositivos sobre él utilizados; en este sentido, una vía aérea artificial, la sonda orogástrica para la nutrición, la sonda vesical para eliminación, el catéter central para la administración de medicamentos, entre otros, obligan al paciente a depender de un “sistema de enfermería totalmente compensatorio” (3); más aún si nos situamos en el contexto del paciente críticamente enfermo conectado a ventilación mecánica sin efectos de sedación continua.

Los resultados obtenidos permitieron describir los aspectos significativos para los participantes. Para ello se trató en primer lugar de una experiencia inolvidable, única, nueva. Las dificultades que se presentaron por la situación de enfermedad crítica, como el sufrimiento psicológico y físico, el dolor y el estrés, fueron condiciones que hicieron de ésta una experiencia “dura”.

El segundo aspecto se relaciona con el hecho que por estar sin sedación, los participantes pudieron darse cuenta por sí mismos de todo el contexto, lo que la hizo inolvidable. Un tercer aspecto se refiere a los recursos no verbales que utilizaron para conseguir comunicarse con el equipo de salud. En el cuarto se describe el cuidado dado por el personal de enfermería y el ambiente en la UCI; reconocer en las enfermeras, la habilidad para buscar las condiciones favorables que hacen de la unidad un sitio tranquilo en el cual se pueda descansar y se sientan seguros por la compañía que ellas les brindan. El quinto define los mecanismos de afrontamiento que utilizaron los participantes. Por último, los participantes describen su aprendizaje.

A continuación se presentarán los resultados relacionados con la comunicación y los recursos que desarrollaron los participantes para ello.

Hacerse entender

El hecho de no estar sedados permite a los participantes desplegar cierto grado de funciones cognitivas con las cuales podrían llevar a cabo una buena comunicación verbal; sin embargo, no pueden hacerlo porque la vía aérea artificial no lo permite.

Los participantes encuentran esta situación “muy difícil”, porque el hecho de no poder comunicarse restringe la autonomía para la toma de decisiones y para determinadas actividades de la vida diaria. Hay que tener en cuenta que los pacientes en estado crítico se enfrentan a situaciones en las que no pueden tomar decisiones, incluso aquellas en las cuales se ve comprometida su integridad física, y no pueden dar un punto de vista acerca de algo que puede ser conveniente o no para ellos.

[...] La parte de la comunicación me dió duro, fue muy difícil... recibiendo oxígeno permanentemente. Yo por eso no me sentía preocupado, sólo que no podía hablar. E 1.

Ellas a veces no me entendían y lo que hacían era cambiarme... Eso fue muy horrible. E 5.

Todo eso, no poder hablar, no poder decirle nada a nadie, lo que uno siente por dentro y qué no siente. E 9.

En ocasiones el llanto pretendía comunicar la impotencia de no poder hablar; para ellos su situación era similar a la de quien ve por la ventana pasar al vida, pues restaba tan sólo esperar que pasara el tiempo y la vía aérea artificial fuera retirada.

(...) Yo, amarrado, con tubos en la boca, no podía hablar. E 8.

(...) De las ganas de comunicarme con ellos me ponía a llorar, y más me decía mi mamá: hijo estése quieto, no hable. E 3.

Algunos recurrieron a la escritura como medio de comunicación. Así expresaban necesidades y sentimientos, lo que les ayudó a hacerle frente a la situación, creando un nuevo y fuerte vínculo con el medio.

(...) Sí, les escribía... muchas veces pedí papel, como no podía expresarme, entonces les hacía señas de lápiz y me lo pasaban... Después me dí cuenta de todo y me pude comunicar escribiendo, expresaba lo que sentía a todos. E 1.

(...) Yo, por ahí, escribía, pedía papel y anotaba el nombre de algún familiar y le preguntaba a la auxiliar por él. E 9

(...) Lo que más les escribía era que me aspiraran para que me sacaran las secreciones... Allá dejé un poco de escritura y hasta una nota para que la leyeran. E 6.

En contraste, algunos pacientes no pudieron hacer uso de la escritura como herramienta de comunicación, dado que sus condiciones de enfermedad no lo permitían, así que surgen nuevas formas de “hacerse entender”: las señas, descritas como un potencial de comunicación. En general, recurrieron a tocar la baranda o a patear el colchón con el pulsoxímetro, elemento que por lo general se

encuentra en uno de los dedos de la mano o de los pies, de tal forma producían un ruido para llamar la atención. En ese momento los pacientes realizaban algún gesto con los labios o lanzaban miradas expresivas en busca de ayuda. Estas señas-ruídos poco a poco fueron adquiriendo carácter de comunicativos al ser interpretados por quien les brinda el cuidado como un código que se establece, mejora con el paso del tiempo y perdura.

Fue con manotazos o patadas; no podía escribir porque no me sirven las manos, era para que me mojaran los labios. E 5.

(...) Uno, ahí, utiliza la mente, lo que me hablaban los familiares yo lo escuchaba muy bien, los saludaba con la mano y con la mirada demostraba cómo me sentía, les apretaba la mano y les hacía señas... Con las enfermeras me comunicaba tocando una cosita que tenía en el dedo, la golpeaba con la baranda de la cama y sonaba. Ellas estaban ocupadas con otros pacientes pero ahí mismo venían donde mí... También con un cable que tenía en el hombro: eso tenía un pito que inmediatamente sonaba cuando se soltaba, y ahí mismo las enfermeras estaban ahí. E 4.

Me comunicaba con las auxiliares por señitas; yo escuchaba todo lo que hablaban, pero como cuando a uno no le conviene una cosa, no pone cuidado...E 8.

(...) Con las de enfermería les tocaba la baranda de la cama, lo que más pedía por señas era agua. E 7

(...) No, porque yo desde un principio, si necesitaba alguna cosa no me quedaba callado... Ya ella sí me entendía por señas, entonces me daba con una jeringa o algo. E 9.

Pero no sólo los pacientes estuvieron en proceso de descubrir nuevas alternativas de comunicación. En este punto, el trabajo de la enfermera es arduo y continuo, puesto que cada paciente es único desde el punto de vista biosicosocial y, por ende, sus necesidades y forma de reclamarlas también lo son. Se puede entonces observar cómo el personal de enfermería busca las condiciones para entablar un proceso de comunicación con él. Con los días se empiezan a identificar una a una las necesidades y las formas que los pacientes usan para hacerse entender. En la unidad de cuidados intensivos en la cual los participantes vivieron esta experiencia, es asignada una enfermera por cada paciente que se encuentre en ventilación mecánica.

(...) Porque ellas eran muy amables y me preguntaban si yo tenía familia; y yo les decía que sí... Me preguntaban cómo amaneció en el día, y en la noche: vea que pronto se va a recuperar; me preguntaban ¿usted escucha lo que le hablan?, ¿usted sabe qué fecha es hoy? y yo decía que sí; también todo me lo explicaban, me decían la fecha, el día y el año... Con hacer una seña están al pie de uno. E 4.

Una enfermera dijo: yo ya le entiendo el lenguaje a usted... porque si yo me movía, ahí mismo me entendían, me miraban; si yo necesitaba algo, ahí mismo me lo daban. E 6

Las enfermeras lo que hacen es captar los idiomas de cada persona. A algunas uno les hace así [señas] y ellas ya saben y llegan con la jeringada de agua, o les mueve uno la mano hacia algún lado y saben que lo que uno necesita es que lo muevan para algún lado E 1

Los participantes identificaron rápidamente el personal de enfermería cuya comunicación no verbal era eficiente, como también a aquellas que no interpretaban ningún tipo de comunicación, ocasionándoles desesperación. Lo anterior está acorde con lo planteado por Benner (11), para quien una enfermera experta es la que ha hecho acopio de experiencias, capta por vía intuitiva todas las situaciones y se centra en el núcleo correcto del problema, sin malgastar el tiempo en soluciones improcedentes.

Cuando eso, no estaba todavía extubado, no hablaba, y ya cuando hablaba, ya sí entendían las cosas. Con ella y con todas me la llevé muy bien. E 3.

Vemos cómo el apoyo de la enfermera, basado en el reconocimiento del otro como un ser único que necesita ayuda y cariño, procuró un ambiente de confianza y tranquilidad, lo que se tradujo en libertad de los pacientes para comunicar lo que realmente sentían y necesitaban y, por ende, para recibir un cuidado de alta calidad, eficaz, puesto que respondió en tiempo real a las necesidades sentidas y no sólo a las objetivas. Esta disposición continua de las enfermeras en la comunicación aprendida con cada paciente, es pues una condición *sine qua non* para que la expe-

riencia de cuidado sea, desde la perspectiva del paciente, productiva, menos traumática y sobre todo educativa.

DISCUSIÓN

La experiencia del paciente sin sedación, con una vía aérea artificial, que busca promover algún tipo de comunicación con el equipo de salud es “Hacerse entender”. Desarrollar algún tipo de comunicación exige tanto al paciente como a la enfermera habilidades que antes no habían sido exploradas. Al respecto Beltrán plantea que en la interacción enfermero – paciente “el enfermero debe hacer uso tanto de su experiencia clínica como de su preparación académica; pero además, debe exhibir una gran dosis de sentido común, intuición, sensibilidad y habilidades comunicativas” (12).

En este estudio se encontró que la comunicación no verbal fue importante en el manejo de la situación por parte de los participantes. Fue así como recurrieron a señales, al ruido y la escritura para enviar algún tipo de mensaje al equipo de salud o a sus familias.

Algunos estudios se han desarrollado en torno a las prácticas de enfermería y la comunicación con el paciente sedado en la unidad de cuidado intensivo; uno de ellos es el realizado por Rodríguez y otros (13), donde se encontró que el cuidado, y especialmente la comunicación, dependen del estado de sedación en que se encuentre el paciente. Hay posibilidad de comunicación cuando el estado de sedación es superficial, aunque el personal de enfermería reportó como difícil esta situación por la falta de tiempo y por las exigencias que estos pacientes presentan en el cuidado.



Vacios ausentes Nocturno 6, Acrílico lienzo, 120 x 85 cm, 20

El cuidado de enfermería fue uno de los aspectos identificados en este estudio como más relevantes. Los participantes lo consideran un acto de “ayuda”, y lo relacionan con las actividades de cuidado de sí mismo que, por su condición de enfermos críticos, no podían realizar autónomamente. Al respecto, Torralba (14) se refiere al cuidado de enfermería como la esencia misma de la profesión, dirigido a sujetos vulnerables que sufren o padecen.

Para lograr un conocimiento adecuado del cuidado, el profesional de enfermería debe tener una experiencia de interrelación con los pacientes; Travelbee (15) define esta relación como la experiencia que tiene lugar entre el enfermero y el paciente, en la cual el profesional logra reconocer las verdaderas necesidades de cuidado del individuo que demanda su atención.

Con el fin de que el cuidado sea el que cada paciente requiere, se busca reconocer en el otro una singularidad; en términos de Travelbee “el paciente ve al enfermero como enfermero y el enfermero ve al paciente como paciente” (15). Cuando se presenta la interrelación resulta prioritario que el profesional conciba al paciente como un ser humano y reconozca en él su dignidad, unicidad y singularidad; la acción de reconocerlo puede ayudar a que el paciente, de igual forma, reconozca al enfermero y sus cuidados como valiosos para su salud.

Es necesario darle un papel protagónico al vínculo comunicación-cuidado; proporcionarle al paciente los elementos para desarrollar una comunicación no verbal, facilitarle lápiz, cuaderno y motivarlo a la escritura en aquellos casos que su condición de salud se los permite, demostrando interés en la interpretación en común de aquellas palabras que son en ese momento de suma importancia para él, en la mayoría de los casos interrogantes relacionados con el estado de salud y la familia. Es por esto importante vincular a los familiares en el momento de la visita para desarrollar el mismo ejercicio de escritura creando de esta manera una atmósfera de tranquilidad e involucrándolos en la respuesta a los interrogantes que el paciente guarda y que sólo ellos, como integrantes del núcleo familiar pueden resolver.

CONCLUSIÓN

Para poder comunicarse hay que “hacerse entender”. La comunicación no verbal es uno de los recursos más utilizados por los pacientes que cuentan con una vía aérea artificial sin sedación continua. La escritura, las señales y el ruido fueron los medios a los cuales recurrieron cuando sus condiciones lo requerían. La eficacia de la comunicación dependía en gran parte de la enfermera que se encontrara en ese momento, porque mientras más experticia tuviera,

mejor sería su interpretación de lo que el paciente expresaba. En este aspecto hay que destacar la asignación de una enfermera por cada paciente que se hace en la unidad donde los participantes vivieron la experiencia, lo cual facilita ofrecer un cuidado individual y humanizado para la suplencia de las necesidades propias de cada uno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Waldow V, Borges R. El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2008 [acceso 26 de Julio de 2008];16(4). Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>
2. Zabalegui A. El rol del profesional de enfermería. *Aquichan*. 2003;3(3):16-20.
3. Sánchez G, Orem D. Aproximación a su teoría. *Rev ROL Enferm*. 1999;22(4):309-311.
4. Henderson V. Discurso de recepción. *Invest Educ Enferm*. 2000;18(2):83-27.
5. Kozier B, Erb G. Conceptos y temas en la práctica de la enfermería. México: McGrawHill. 1995. p. 369-393.
6. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Barcelona: Universidad de Alicante; 2003. p. 15.
7. Lincoln I. Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. *Invest Educ Enferm*. 1997;5(2): 57-69.
8. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 29-53.
9. Cisneros Puebla CA, Faux R, Mey G. Investigadores cualitativos – historias dichas, historias compartidas: narración de la investigación cualitativa. Introducción al volumen especial. *FQS* [Internet] 2004 Septiembre [acceso el 12 de julio de 2007];5(3). Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-04/04-3-37-s.pdf>
10. Cohen M, Kahn D, Steeves R. Hermeneutic phenomenological research. A practical guide for nurse research. Londres: Sage; 2000. p. 71, 83, 75-76.
11. Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. Barcelona: Grijalbo; 1987. p. 58, 78.
12. Beltrán OA. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de enfermería. *Invest Educ Enferm*. 2006;24(2): 144-150.
13. Rodríguez Zinn G, Paes da Silva MJ, Riveiro Telles SC. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2003 [acceso 11 de mayo de 2007];11(3):[326-32]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16542.pdf>
14. Torralba F. Antropología del cuidar: esencia y sentido del cuidar. Barcelona: Fundación Mapfre Medicina, Instituto Borja de Bioética; 1998. p. 360,374.
15. Travelbee J. Intersocial aspects of nursing. Philadelphia: F. A. Davis; 1966. p. 134, 125, 89.