Investigación y Educación en Enfermería
ISSN: 0120-5307
revistaiee@gmail.com
Universidad de Antioquia
Colombia

Beltrán Salazar, Óscar Alberto
La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo
Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXVII, núm. 1, marzo, 2009, pp. 34-45
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198003

Cómo citar el artículo
Número completo
Más información del artículo
Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo[a]

Óscar Alberto Beltrán Salazar[b]

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que padecen una enfermedad grave tienen experiencias negativas y positivas durante la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI): las negativas se relacionan con la enfermedad y sus implicaciones físicas y sicológicas, la utilización de medios terapéuticos y de diagnóstico, "los problemas cognitivos y de comunicación, la ansiedad, el temor, la soledad y el aislamiento" y "el contacto con las personas que se involucran en el cuidado, como los enfermeros, la familia y los amigos, porque brindan apoyo y seguridad" (1), es descrito como las experiencias positivas.

Según Torralba (2), las personas enfermas presentan situaciones que las llevan al sufrimiento intrapersonal o interpersonal; el primero se refiere a aquellas situaciones en las que el individuo percibe inseguridad en su interior, acompañada de culpa, miedo y ansiedad; y el segundo, interpersonal, es debido a las relaciones afectivas con el medio que le rodea.

El conocimiento de la vivencia de los pacientes gravemente enfermos en una UCI, le permite a los enfermeros comprender las características de la experiencia y los significados otorgados por los pacientes, y tener bases para la toma de decisiones relacionadas con formas más humanizadas del cuidado de enfermería. Este tipo de experiencias ha despertado el interés de las diferentes disciplinas que participan en el cuidado de estas personas. Son frecuentes las publicaciones de enfermeros, médicos y otros profesionales sobre la evaluación de la efectividad de tratamientos y

Cómo citar este artículo:

Beltrán Salazar OA. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. Invest Educ Enferm. 2009;27(1):34-45.

RESUMEN

Objetivo: describir el significado que tiene la experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo. **Metodología**: estudio con enfoque fenomenológico, realizado en Medellín, Colombia, entre los meses de abril y octubre de 2006. Incluyó 9 personas adultas entre 24 y 80 años de edad que estuvieron críticamente enfermas y hospitalizadas. La entrevista en profundidad y la observación no participante fueron las técnicas de recolección de la información. Los datos se analizaron según el esquema propuesto por Cohen, Kahan y Steeves. **Resultados y discusión**: la Unidad de Cuidados Intensivos es un lugar de soledad, frialdad, olores especiales y silencio, donde las palabras eran "ausentes", "no entendidos", "no deben oírse", "no pronunciadas" y "agradables". La comunicación no siempre era adecuada y la compañía la brindaban otras personas enfermas; además, los pacientes tenían un papel secundario frente a la tecnología y era necesario ser "buen paciente". **Conclusión:** la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos significa estar solo, aislado de la familia y rodeado de otros pacientes y del equipo de salud, cuya compañía, a veces, no es suficiente y en ocasiones contribuye al sufrimiento.

Palabras clave: *Unidad de Cuidados Intensivos, instituciones de salud, soledad, negativa al tratamiento, fenomenología.*

a Artículo derivado de la investigación sobre el Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en la unidad de Cuidado Intensivo. Estudio autofinanciado, realizado en Medellín, Colombia, entre abril y octubre de 2006.

b Enfermero, Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria, Magister en Enfermería, profesor de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Miembro del grupo de investigación en Emergencias y Desastres. Correo electrónico: oscar4242@tone.udea.edu.co

Recibido: Noviembre 23 de 2006. Envío para correciones: Mayo 22 de 2008. Aprobado: Febrero 23 de 2009.

The Intensive Care Unit, a place to be alone

Óscar Alberto Beltrán Salazar

ABSTRACT

Objective: to describe the patients meaning of the experience of being hospitalized in an ICU. **Methodology:** research study with phenomenological focus of nine mature people between 24 and 80 years of age who were critically sick and hospitalized in an ICU. The in- depth interview and non participant observation were the techniques for gathering information. The data were analyzed according to the outline proposed by Cohen, Kahan and Steeves. The study was carried out in Medellín, Colombia from April to October, 2006. **Results and discussion:** the ICU is a place for loneliness, cold, special odor and silence where words were "absent", "incomprehensible", "not for hearing", "not pronounced" and "agreeable". The communication was not always adequate and the company was offered by other sick people; besides, patient played a secondary role in front of technology and was necessary to be "good patient". **Conclusions:** the hospitalization meant to be alone, isolated of the family, surrounded by other patients and the team of health members whose company sometimes was not enough. Staying in an ICU adds to the suffering during a serious illness

Key words: *intensive care units, health facility environment, loneliness, refusal to treatment, phenomenology.*

medidas de intervención, sobre la determinación de nuevas rutinas y procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Así mismo, las investigaciones centradas en los pacientes, en su forma de pensar y de vivir las experiencias, aquello que determina sus respuestas e indicadores de satisfacción son cada vez más frecuentes. El objetivo de este estudio fue describir el significado que tiene para los pacientes la experiencia de estar hospitalizados en una UCI.

METODOLOGÍA

Estudio con enfoque fenomenológico, incluyó 9 personas adultas, entre 24 y 80 años de edad, que estuvieron críticamente enfermas y hospitalizadas en una UCI, con disposición y capacidad para relatar su experiencia, y que aceptaran la participación en el estudio. Este número de participantes es adecuado a los planteamientos de algunos autores (3-4); su selección se hizo por muestreo teórico (5) y con propósito, esto es "seleccionar el mejor informante para los requerimientos del estudio" (4). Se consideró la saturación de la información cuando "los datos aportados se repitieron sin producir elementos nuevos que contribuyeran a la comprensión del fenómeno" (3).

Los participantes fueron un abogado, una odontóloga, una estudiante de enfermería, dos amas de casa, un agricultor, un jubilado, una secretaria y una magíster en ciencias sociales (seis mujeres y tres hombres). Uno de ellos estaba hospitalizado en la UCI, dos permanecían en el servicio quirúrgico después del traslado de la unidad. Con ellos el contacto inicial fue una enfermera del hospital, quien informó de la disposición de los pacientes para dar la entrevista al investigador; y en los demás, el tiempo transcurrido entre el egreso de la hospitalización en la UCI y el momento en que fueron entrevistados osciló entre uno y 12 años.

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Medellín, Colombia, entre los meses de abril y octubre de 2006. Siete de los participantes vivieron su experiencia de enfermedad crítica en unidades de cuidado intensivo de esa ciudad, uno en un hospital de Nueva York, USA, y el otro en Sincelejo, Colombia. Cinco estuvieron en hospitales privados y 4 en hospitales públicos.

La entrevista en profundidad fue la técnica utilizada por el investigador para la recolección de la información (6). La duración de las entrevistas fue entre cuarenta minutos y una hora. Con cada paciente se realizó un encuentro que terminó cuando expresaron no tener nada

más que decir acerca de la experiencia. En ningún caso los participantes expresaron el deseo de suspender la entrevista antes de llegar a su fin; por el contrario, su deseo de concederlas fue evidente. Las entrevistas fueron grabadas en condiciones de privacidad en la unidad de los pacientes hospitalizados, en la casa o en la oficina (7).

Además de la entrevista, se realizó observación no participante durante 6 horas en dos Unidades diferentes, con el fin de obtener información sobre la forma como se lleva a cabo el trabajo en la UCI; esto fue importante para comprender las expresiones de los participantes, en especial lo que hacía referencia al silencio y la falta de palabras para los pacientes durante las intervenciones de enfermería.

El análisis de la información se efectuó según el esquema propuesto por Cohen, Kahn y Steeves (8), quienes plantean que se inicia durante la realización de la primera entrevista, seguido de una inmersión en los datos mediante la lectura de las transcripciones y del análisis línea por línea, con el fin de realizar una selección de temas y ejemplares; a continuación se separaron los temas que fueron significativos en las descripciones de los participantes, se redactaron memos y se realizaron diagramas sobre cada tema. El paso siguiente consistió en una búsqueda bibliográfica y la narrativa de la experiencia para describir lo que reflejaban los temas en relación con la experiencia de los participantes (8). La interpretación fue validada permitiendo a dos de los participantes leer la descripción para determinar su correspondencia con lo que ellos querían decir (3-8).

Para asegurar el rigor metodológico, el investigador se encargó de la recolección y la transcripción de la información; la trascripción se hizo inmediatamente después de realizadas las entrevistas para conservar la mayor fidelidad en los datos; se tuvo en cuenta el punto de vista de los participantes a quienes se les permitió "expresar su experiencia en su propio lenguaje para hacerla visible" (3-9). En la interpretación se muestra el punto de vista de los pacientes y las conjeturas del investigador, con la constante preocupación porque los hallazgos sean un reflejo de la realidad y la interpretación de los datos tenga concordancia con lo expresado por los participantes; no se realizaron generalizaciones a partir de los datos y todas la entrevistas se consideraron de igual importancia, sin dar preponderancia a los datos por razones de poder social, riqueza, nivel educativo o importancia política de quien los expresaba (10), los casos negativos se tuvieron en cuenta para contrastar las informaciones, para intentar obtener mayor información en el mismo sentido de dichos datos y para dilucidar la presencia de nuevos patrones en la información (11).

En forma periódica, los procedimientos para el procesamiento y análisis de los datos, memos, diagramas y los frutos del análisis fueron revisados por la asesora del estudio, una investigadora experimentada, con título de doctorado, con una amplia trayectoria en estudios cualitativos, quien hacía recomendaciones, sugería correcciones y opinaba acerca de las categorías descriptivas derivadas del análisis. Además, el texto escrito a partir del análisis de los datos fue revisado por una investigadora de la Universidad Nacional de Colombia, con título de magíster, y por una investigadora fenomenóloga con título de doctora de la Universidad del Valle, quienes hicieron sugerencias para mantener la validez interna. Una enfermera intensivista, con grado de especialista, que estuvo de turno durante los días que se llevó a cabo la observación, también leyó el texto y a manera de evaluación, expresó, "al leer el texto, a uno le parece que le estuvieran hablando de lo que sucede en un turno, o de lo que sucede con un paciente. Es una experiencia real, y conocerla te permite entender muchas cosas. Normalmente uno se preocupa por llenarse de cosas y no centra la atención en lo que el paciente tiene para decir". También, se realizaron cinco presentaciones en público sobre los resultados de este estudio, para permitir que los pares enfermeros e investigadores hicieran críticas y sugerencias para enriquecer el análisis, lo que además ayudó a replicar la experiencia y su confiabilidad externa, así como también lo permitió la compatibilidad encontrada con otros estudios que se reportan en la discusión. En el análisis se agregan apartes de la entrevista como evidencia de los aspectos planteados en la interpretación por parte del investigador.

RESULTADOS

Los participantes describen la UCI como un lugar de soledad, tristeza, frío, y olores propios, en donde se recibe un cuidado especial; un lugar en donde la palabra y el diálogo tienen fuerza sanadora, que motivan, emocionan y ubican en la realidad, pero también molestan y causan angustia, y en donde se debe ser buen paciente para recibir el cuidado de enfermería y merecer el elogio de los miembros del equipo de salud.

La soledad y el silencio

El ingreso a la UCI significó ser dejado solo, quedarse solo, en los términos expresados por la secretaria: "Me dejaron

allí… yo sentí que me iba a quedar sola". E. 2

La sensación de soledad se debió al alejamiento del contacto físico, de las palabras y demostraciones de afecto, que resaltaba el hecho de sentirse solo en la UCI, lugar con altos porcentajes de ocupación como es el caso de la experiencia de todos los participantes, donde las visitas de los miembros del equipo de salud a las unidades de los pacientes eran frecuentes y la permanencia al lado de la cama era prolongada para la realización de procedimientos, terapias, controles frecuentes para la administración de líquidos y medicamentos y para la detección y corrección de causas de complicación o de alarmas. Los pacientes perciben el abandono porque las personas que los rodean la mayor parte del tiempo de su estancia en UCI no son las mismas a cuya compañía y afecto están acostumbrados.

Según Travelbee "la sensación de soledad se debe al hecho de darse cuenta que se está enfermo, que se puede morir…a la vulnerabilidad, la intranquilidad humana, la incapacidad y la dependencia" (12). La soledad se debe a la ausencia de aquellas personas cuya compañía se desea, de las palabras que los pacientes quieren oír, pero que no pueden escuchar, de las personas que son importantes y significativas para cada uno. Pero no es solamente una cuestión de soledad, sino que quedarse solo también significó estar triste y en silencio: *Yo sentía mucha soledad…pero esa soledad, como todo, lo hace sentir a uno triste*. E. 2

El silencio y la soledad, debidos al aislamiento de los seres queridos, son más relevantes que el ruido del ambiente, que está lleno con sonidos que no son los que se desean escuchar en un lugar como la UCI que se caracteriza por el ruido permanente de las alarmas, los monitores y las personas que hablan. La odontóloga expresa:

La soledad y el silencio. Un silencio tan abrumador, silencio del monitor, de la tos del otro, del sonido del otro, horrible. E.6

Las manifestaciones de los pacientes en relación con sentirse solos en la compañía de enfermeros podrían significar que no se está ofreciendo el apoyo y la compañía que los pacientes requieren, o que los pacientes no tienen la compañía que en realidad desean, como la de sus familiares y amigos. De otro lado, las personas que en la UCI ofrecían compañía eran los otros pacientes, que por estar también en estado crítico de salud eran una fuente de angustia, más que de agradable compañía:

Pero uno siente la soledad de cuidados intensivos. La única compañía que siente es la de otros que están peores que uno... ¡que pereza con otros enfermos peores que uno! La vida es muy buena para estar con otros peores que uno. E. 6

Una contribución al ambiente de soledad percibida por los pacientes en la UCI, es el hecho de que la compañía familiar estaba sometida a un esquema restrictivo y a algunas medidas de control al ingreso de personas impuestas por la administración hospitalaria o por el equipo de salud de la UCI.

Según las descripciones de los participantes, a causa de estas medidas de control de la visita, se permitía la entrada a la familia por cortos periodos de tiempo, una o dos veces por día, y se restringía el número de visitantes que podían ingresar a la unidad de los pacientes:

La visita era permitida una vez al día, solamente dos personas, y generalmente entraban mi esposo o mis hermanas. E. 6

A este respecto Berwick expresa que "la restricción de la visita familiar no es cuidado, no demuestra compasión y no es necesaria" (13); esta medida fue impuesta en los hospitales desde hace varios años con la pretensión de reducir en el paciente el estrés fisiológico atribuido a la presencia de la familia al lado de la cama, para controlar las interferencias en el cuidado, reportadas especialmente por el personal de enfermería, y para prevenir el cansancio físico y mental en el paciente y la familia. Sin embargo, en contra de estos argumentos, el mismo autor afirma que la visita familiar aligera la angustia del paciente, de los familiares y amigos, contribuye a aliviar al paciente, apoyada en la estimulación sensorial, le permite al paciente familiarizarse con el ambiente y consigue nuevos datos para la historia clínica cuando el paciente no puede hacerlo.

Estar en la UCI también significó estar en "una sala muy fría…Yo recuerdo que me impresionaba que hacía mucho frío, muchísimo frío y yo sentía que por más cobijas que tenía, no se me quitaba" E.1; en un lugar que de "todas maneras es muy frío" E.2, como lo expresan la magister y la secretaria.

Al frío que perciben los pacientes de la UCI contribuyen varios factores; por un lado, la temperatura es baja por la acción de los acondicionadores de aire y por la falta de abrigo. Por otro lado, la falla circulatoria, que se presenta con frecuencia: condiciones de bajo gasto cardíaco por hipovolemia, falla de la bomba cardiaca o cambios en la resistencia vascular periférica con la consiguiente hipoperfusión de los tejidos y descenso de la temperatura corporal; la administración de soluciones frías por vía in-

travenosa también puede contribuir a la sensación de frío, lo mismo que la falta del calor humano que la familia y las amistades brindan y que los pacientes no encontraron en los miembros del equipo de salud.

La UCI también fue descrita por los participantes como un lugar que tiene olores característicos que permanecen en la memoria:

Me hace acordar de cuidados intensivos, sobre todo cuando en la clínica paso por ciertos lugares, siento un olor horrible… y yo como que ahí mismo relaciono ese olor con la UCI, no sé si sería que lo sentí allá. E. 2

En contraste con lo anterior, el ambiente de la UCI también fue descrito como un lugar cómodo, por una de las amas de casa:

Me sentía cómoda en medio de la situación, tranquila en un ambiente de temperatura ambiental agradable; yo no estaba ni con calor ni con frío. E.8.

El contraste pudo apreciarse también en las narraciones de los pacientes cuya estancia en la UCI, la describieron como un lugar para la soledad, el silencio y los olores, significó recibir un trato muy especial. A causa de la gravedad de la enfermedad, la frecuencia de controles o visitas a los pacientes, por parte del personal que allí labora, se incrementa y se pone tecnología avanzada a disposición de los pacientes para la resolución de sus problemas; así lo expresa un participante abogado:

El tratamiento en la sala de cuidados intensivos era muy especial porque era como un hotel, era un hospital que parece un hotel cinco estrellas. E. 7

La palabra

Debido a la sensación de desamparo y soledad que acompaña la enfermedad, la comunicación se convierte para los pacientes en un factor importante de motivación y de contacto con la realidad. En la UCI, la comunicación verbal y los actos comunicativos, enmarcados en las relaciones de cuidado que se llevan a cabo entre el personal de salud, los visitantes y los pacientes, fueron descritos por los participantes como "la palabra", en varios sentidos. La palabra es una de las formas como los enfermeros comunican a los pacientes sus instrucciones, su conocimiento, pero principalmente el afecto. Por su parte, los pacientes utilizan la palabra, cuando es posible, como una de las formas de comunicar sus necesidades, emociones y sentimientos. Cuando esto no es posible recurren a otras formas de comunicación como los gestos, la postura, el llanto y los movimientos, entre otros. La palabra, para los participantes en este estudio, tuvo varios significados de acuerdo con la forma y la intención con la cual fue utilizada en la comunicación. En primer lugar, tuvo el significado de "ausente", cuando se refería a la ausencia de comunicación verbal y de diálogo, al predominio del silencio; la palabra ausente no favorece la expresión de las necesidades del paciente; además, no acompaña en la soledad, ni ayuda en la angustia:

Todos los lugares en donde estuve, en ninguno existía la palabra, la comunicación es como si fuera telepática. E. 1

Algo similar expresa otra participante en relación con el médico, en cuyo trato se observa la despersonificación de la atención:

Pero él venía a ver cómo estaban los signos y no cómo estaba yo, pero jamás me habló, simplemente me preguntaba "como está", no más, le interesaban los signos vitales y no la persona que tenía esos signos. E. 6

Como ya se anotó en la metodología, la aparición de la palabra ausente en la descripción de la primera participante en el estudio motivó una variación en la técnica de recolección de la información propuesta inicialmente. Por este motivo, se realizaron seis horas de observación no participante en dos UCI diferentes, en las que se pudo corroborar la información en tanto las frecuentes visitas de los enfermeros y médicos a la cama del paciente no siempre eran acompañadas de la palabra o el diálogo. Múltiples procedimientos tuvieron efecto, fueron administrados medicamentos, situaciones de urgencia fueron resueltas, pero no hubo explicación alguna o palabras dirigidas a los pacientes. Durante la observación, se entrevistó una enfermera que trabajaba en la UCI. En sus respuestas hizo referencia a un aspecto que puede contribuir para que la palabra sea "ausente":

Antes creía que no era posible hablar con pacientes en estado crítico, que estuvieran sedados… me aterraba ver a otras personas hablándoles…pero ahora me parece muy importante hablar con ellos.

En segundo lugar, la palabra también tuvo el significado de "no entendida" para los pacientes cuando consistía en un lenguaje incomprensible al expresarse en un idioma diferente o en términos técnicos y científicos que no estaban a su alcance:

Con los enfermeros en cuidados intensivos me fue genial, son gente muy amable a pesar de la barrera del idioma, porque yo me hacía entender pero a ellos no les entendía nada. E. 7

La palabra no entendida requiere la participación de un traductor, que facilite el acceso al mensaje, como la familia, o el enfermero para traducir el lenguaje técnico de otros profesionales. No en vano a los enfermeros les está asignada la tarea de servir como traductores a los pacientes, de manera que hagan posible la comprensión de las explicaciones y descripciones que los pacientes no entienden fácilmente:

Muchas veces tenía que llamar a empleados del aseo o llamaba por teléfono a mi hermana y así hacíamos la traducción. E.7

En tercer lugar, cuando las palabras se dicen porque se tiene por función hacerlo, tiene el significado de "las palabras de siempre":

Las enfermeras muy solícitas, muy queridas, con las palabras de siempre: "tranquilita", pero uno ahí no está tranquila. Pero esa es una función de ellas, tranquilizarlo a uno y decirle que está bien, pero uno no está tranquilito. E. 6

Las "palabras de siempre" son palabras estereotipadas que obedecen a un formalismo, pero que no consultan o responden a las necesidades reales de los pacientes. Este tipo de palabras, según lo plantea Travelbee, le "restan importancia a la situación del paciente, generan confusión, entorpecen la valoración y la comunicación, llevan a falsas inferencias y a decisiones erróneas" (12). Los pacientes y familiares perciben las "palabras de siempre" como "falta de interés, deficiencias en la comunicación, falta de experiencia relacional con los pacientes por parte de los enfermeros y se asocian con interacciones no centradas en los problemas de los pacientes" (12).

Expresiones como "todo está bien", "no se preocupe", "eso no vale la pena", "hay otros en peor situación que usted" se ubican dentro de esta clase de palabras. También se recurre en la comunicación al uso de expresiones que cortan o suspenden el diálogo, que inducen al paciente a pensar que debe estar de acuerdo con lo que se dice o con lo que va a ocurrir. Entre estas expresiones se encuentran "¿bueno?", "¿listo?", "¿okay?", "¿está bien?".

"El consejo y la sugestión" hacen parte de las palabras de siempre, que según Peplau "no son útiles ni aconsejables, debido a que el paciente debe optar por comportarse o pensar por sí mismo y no por influencia de otros" (14).

Otros factores, además de la utilización de palabras estereotipadas que entorpecen la comunicación entre enfermeros y pacientes, se relacionan con "no escuchar o no prestar atención a lo que los pacientes dicen y con los problemas de interpretación de los mensajes no verbales debido a que no permiten conocer las necesidades reales expresadas por los pacientes" (12), y pueden inducir a error en el diagnóstico y el tratamiento:

Cuando las enfermeras llegaban y sonaba el monitor porque me movía: -¿cómo se siente?- pero no esperaban siquiera que contestaras-¡tranquilita, estás bien! ¿cierto?- Y no habías alcanzado a contestar y ellas ya habían respondido que uno está bien: entonces para que preguntaban, uno podía estar incómodo y no tenía tiempo ni de decir. E. 6

En cuarto lugar, la palabra que "no debe oírse" es la palabra inconveniente o no deseada, porque los pacientes no sienten agrado al escucharla y por lo tanto debería evitarse; este tipo de palabras es frecuente y los pacientes pueden percibirlas con efectos, en ocasiones, adversos:

Yo escuchaba sobre los compañeros que había en otros cubículos al lado mío y todo el mundo estaba como muy mal y eso lo hacía más lúgubre. E.1

Las palabras que "no deben oírse" son aquellas mediante las cuales los miembros del equipo de salud, los visitantes y otras personas ponen en conocimiento de un paciente la situación o las experiencias que otras personas viven, ya sea otros pacientes, familiares o miembros del equipo de salud. Comentarios hechos frente a los pacientes durante la ronda o la realización de procedimientos, sobre el sufrimiento y los problemas que otras personas deben enfrentar, fueron una fuente de angustia y preocupación:

El médico y otras personas que estaban pasando la ronda cerca de mi unidad comentaban sobre un muchacho que se había accidentado en una moto ¡y eso me parecía tan horrible! E. 6.

La familia también utilizó las palabras que "no deben oírse", cuando realizaron preguntas en forma insistente y relataron los problemas a los que se enfrentaban otros miembros de la familia a los pacientes; en este caso, esas palabras también contribuyeron a su angustia:

Yo quería estar más bien, como más tranquila, además, porque la gente es como muy imprudente y todavía viéndome en ese estado, que no podía hablar, me hacían las mismas preguntas; pues sí, me incomodó eso. E. 1

También, la palabra tuvo el significado de "la palabra que gusta", la que "explica todo", la palabra que agrada cuando se trataba de una comunicación verbal clara y amable, que ponía al paciente y a la familia en conocimiento de la situación.

Eran como muy realistas para contarme las cosas. A mí, en ningún momento me ocultaron la gravedad del asunto o algo así. No, me explicaban todo como era y a mí me parece así mucho mejor, saber que era lo que sucedía conmigo y que me lo decían a mi directamente… me gustó bastante. E.1

Este tipo de palabras ofrecen consuelo, dan tranquilidad y ayudan a controlar la angustia, a la vez se perciben como manifestación de compañía e interés por la situación que vive la persona.

Por último, la palabra que "no se puede expresar" se dio cuando los pacientes no estaban en capacidad de utilizar el lenguaje verbal por elementos terapéuticos o efectos de la enfermedad y obligó a recurrir a variaciones en la comunicación como mensajes no verbales mediante la expresión facial, movimientos, olores, silencios y por la apariencia, el comportamiento, la postura y el llanto, que corresponden también a una forma de expresión de las necesidades, deseos y sentimientos de los pacientes:

Ellos habían decidido que me quitaran todos los equipos y que si yo quería y podía hacer esfuerzos para vivir, que les diera una señal. Y él me dice que yo ahí mismo lloré y el dijo "¡No, no me la desconecten! E.1.

En la UCI, la comunicación entre enfermeros y pacientes es un componente esencial de las interacciones propias del cuidado porque permite ubicar los pacientes en la realidad, conocer sus necesidades y sentimientos y transmitir el afecto y el cariño que deben acompañar el cuidado enfermero; a este respecto hay planteamientos disciplinares que orientan hacia la realización de interacciones de calidad con los pacientes, para que den los mejores resultados.

La persona invisible

En el contacto con la tecnología, en la UCI, el paciente puede pasar a un papel secundario, a ser un ciudadano de segunda clase (15), invisible frente a la hegemonía de los aparatos y la alta tecnología:

La parte tecnológica me parece a mí que es muy avanzada. Me parece que está lo necesario para soportar la vida, pero en la parte humana no... La tecnología es muy avanzada pero me parece que es deshumanizada, porque a la hora de la verdad uno es como el de menos. E. 6

La deshumanización es percibida por los pacientes y hace perder de vista otras situaciones que son importantes para ellos, entorpece la identificación de los problemas reales, favorece la presencia de malestar e incomodidad. La tecnología puede monitorear el funcionamiento del cuerpo, pero no el funcionamiento de la persona, ni sus respuestas, ni su espíritu:

Recuerdo el monitoreo constante de los signos vitales. Recuerdo que las enfermeras vivían pendientes de eso. Si alguna cosa estaba mal, pitaba y venían a toda carrera a ver qué sentía; pero muchas veces esa tecnología los traicionaba, porque cualquier movimiento puede dar un pito, y uno tiene que moverse, y uno se mueve cuando está incómodo, y a ellas, a las de enfermería, no les importa que uno esté incómodo, les importa que uno esté bien monitoreado y ya, así no esté cómodo. E. 6

El hecho de padecer una enfermedad grave y estar conectado a un sinnúmero de aparatos de monitoria e intervención conlleva a controles frecuentes y valoraciones por parte del equipo de salud. En estas condiciones el paciente puede percibir molestias y tener sentimientos ambivalentes respecto al cuidado que se le brinda. Por un lado lo consideran necesario, y de otro lado, una causa de malestar:

La atención era permanente, tenía el monitoreo, el televisor, tenía todos los equipos. La tecnología y la atención eran inmediatas, cualquier cosa que uno necesitara… cada hora y media más o menos, o dos horas, pasaban las enfermeras haciendo ronda, control de temperatura, control de presión y chequeo general… ese control me daba malestar a veces, porque cuando lograba conciliar el sueño, porque el dolor era permanente y entonces llegaban, lo despertaban a uno y póngale la vaina y métale la vaina esa y le medían a uno todo. E.7.

Los catéteres, sondas y equipos utilizados en la UCI para ser instalados en el cuerpo de los pacientes, son elementos extraños que deben ser aceptados, integrarse al cuerpo y hay que aprender a tolerar las molestias que causan; sin embargo, a pesar de que se utilizan para ayudar al individuo, no siempre es posible reprimir la queja como expresión de que se ha llegado al límite de la tolerancia:

Desde el momento en que empiezan a ponerle a uno todos esos aparatitos para controlar el organismo, va viendo uno la impotencia, esa incapacidad en que queda tan difícil; simplemente la conciencia de que era algo que me estaba beneficiando a mí en mi salud, que lo tenía que asimilar y que lo debía aceptar con tranquilidad E.8.

El manejo de los elementos tecnológicos es complicado y dispendioso y acapara la atención del equipo de salud. En estas condiciones, el paciente se pierde entre la tecnología, cede su papel protagónico en la práctica del

cuidado de enfermería a los aparatos y deja de ser un fin para convertirse en el medio que solo hace funcionar los elementos tecnológicos. Este camino conduce a la deshumanización del cuidado

Ser buen paciente

En el contexto de las instituciones de salud está vigente un aspecto que ejerce una influencia importante en la forma como se recibe el cuidado de enfermería y que se relaciona con ser "buen paciente": *Las enfermeras me admiraban porque yo era una buena paciente*. E. 3, expresó una ama de casa.

Ser buen paciente plantea exigencias a las personas en el sentido de tener comportamientos aceptables para el equipo de salud y para los pacientes mismos. No está claro cómo llegan a percibir que ser buen paciente es lo que se espera de ellos; no se encontró en los relatos de los participantes ni en las observaciones realizadas en las unidades de cuidado intensivo que los enfermeros plantearan específicamente cierto tipo de cualidades que definan al buen paciente en la UCI. Pero lo que sí es cierto es que ser buen paciente es una vía para ganar recompensas y reconocimiento de parte de las personas que lo rodean.

Según se entiende en la sociedad y entre el equipo de salud, el buen paciente debe poseer un conjunto de características implícitamente definidas por el mismo equipo de salud, a las cuales se hace referencia a diario cuando son clasificados como colaboradores o, por el contrario, como poco colaboradores y difíciles. Sea cual fuere el contexto para definir al buen paciente, ellos han aceptado que es una condición necesaria para disfrutar del cuidado de enfermería, para ser admirado, aceptado y elogiado por los enfermeros.

En las descripciones hechas por los participantes se puede ver que ser un "buen paciente" significa no retirarse los aparatos y elementos terapéuticos y de diagnóstico que se hayan instalado en su cuerpo: *Yo nunca intenté quitarme los aparatos, yo fui muy buena paciente*. E. 3

También significó aguantar lo que se siente, la molestia manifiesta, y la necesidad de obtener "el perdón" cuando no se logró aguantar y fue necesario solicitar la intervención de algún miembro de equipo de salud. Ser buen paciente significó no llamar, no tocar el timbre para avisar que algo estaba pasando y reprimir la queja y, por lo tanto, no molestar. Téngase en cuenta que no molestar hace referencia a no solicitar la intervención de los miembros del equipo de salud. En este marco de ideas se entiende que el paciente "desaparece" como receptor del cuidado y el papel protagónico se otorga a los enfermeros; que es el paciente quien debe adaptarse a los requerimientos de los enfermeros y no éstos a las necesidades del paciente; un agricultor y una odontóloga expresan al respecto:

Me manejaba bien… ¿qué mucho dolor?… perdone pero tengo dolor y no me aguanto más. E. 4

¿Un buen paciente?…el que no se queja, el que no dice nada. No, yo no me mantenía llamando ni tocando el pito, pero me sentía incómoda cuando tocaba el pito y "¡tranquilita que está muy bien!" y yo con dolor de espalda. ¿Un buen paciente? El que no molesta para nada. E. 6

Ser "buen paciente" exige adaptarse a las necesidades de los enfermeros, ser simpático y agradable:

Un buen paciente, pues yo supongo que un buen paciente es, primero, que no esté molestando por molestar, y segundo que… y muy importante, que tenga un grado de empatía especial con el médico, con las personas de enfermería. E.8.

En este sentido, Madjar (16) plantea que los pacientes restringían el cuerpo y la voz durante el dolor y el sufrimiento; restringían la queja para demostrar tener control sobre el cuerpo y la comunicación, que es lo único que les es posible controlar durante la enfermedad. Trataban de mantener el control sobre lo que el cuerpo y la mente sentían para no impedir el trabajo de los enfermeros. Sin embargo, también plantea la autora, que no se debe perder de vista que la queja es la forma como las personas comparten con otros y les permiten darse cuenta de lo que sienten.

Ser buen paciente también significó hacer caso a lo que dicen los miembros del equipo de salud y ser obediente, tranquilo y colaborador. Además, el buen paciente presta su ayuda a las enfermeras cuando están ocupadas:

Como paciente, he tenido fama de ser tranquilo y colaborador… Yo soy muy buen paciente porque las enfermeras siempre lo decían, porque yo vivía pendiente de todo. A veces tenía que tomar la medicina cada dos horas y a ellas, como había tanta gente, se les olvidaba y yo miraba el reloj y timbraba diciendo ¡ya es hora de mi medicina!. E. 7

Ser buen paciente planteó la dualidad entre decir y no decir lo que se siente, entre ser buena persona y no serlo:

El decirlo es buen paciente y tratar de aguantarlo también es buen paciente…Buen paciente… yo ya no me creo malo, porque yo no he robado ni matado. E. 4



Figura humana masculina. Área arqueológica: Tumaco – La Tolita. Cronología: 700 a.C – 350 d.C. Colección Museo Universitario de la Universidad de Antioquia (MUUA)

Según expresa Peplau (14), clasificar a los individuos como "buenos pacientes", hace suponer que también debe haber "malos pacientes", los que no cumplen con los requerimientos establecidos por el contexto. Este tipo de clasificación tiene como función elogiar a los "buenos" y censurar en el caso contrario; es una forma de determinar lo que está bien o está mal, o lo que es correcto e incorrecto. Es mostrarles a los pacientes el camino que deben seguir con su comportamiento. Debe tenerse en cuenta que el elogio puede hacer pensar que la persona ha hecho lo que debía y coartar su motivación para seguir avanzando en su recuperación; además, lleva a pensar que se debe hacer lo que simplemente se le dice, adaptarse a los designios de otras personas, en este caso los miembros del equipo de salud, para ganarse el calificativo de "bueno" y con ello el afecto y la admiración; el elogio es una forma de presión para un mejor funcionamiento o comportamiento personal, y según la misma autora, limita la posibilidad de aprender y obliga al paciente a comportarse para lograrlo, a optar por comportamientos que lo generen, y no se concentra la atención en aprender aquello que en realidad es importante para la resolución de sus problemas.

La censura y la crítica hacia comportamientos, actitudes y costumbres de los pacientes, no deberían incluirse en la comunicación verbal o exteriorizarse en comportamientos de rechazo o indiferencia por parte de los enfermeros. Exigir que alguien sea "buen paciente" plantea una relación condicionada en la cual el paciente es aceptado y admirado si asume determinados comportamientos. "Tanto el elogio y la aceptación como la censura y la indiferencia son medidas de coerción para presionar a los pacientes a hacer algo que ellos mismos no consideran necesario" (14).

Llama la atención que, en la definición de buen paciente, no se toman en cuenta determinadas condiciones que las personas deben cumplir en el afrontamiento de la enfermedad, la búsqueda del bienestar, los cambios hacia comportamientos favorables y la eliminación de aquellos desfavorables para el mantenimiento y recuperación de la salud, con base en el logro y el cumplimiento de metas tales como "lograr la armonía en la mente, en el cuerpo y en el alma, avanzar en el autocontrol, en el autorrespeto y en el autocuidado, encontrar sentido y dar significado a la existencia, a la enfermedad y al sufrimiento", como lo plantea Watson (17). Tampoco entra en el concepto del "buen paciente" el cumplimiento de los propósitos y las metas y el ejercicio de los derechos y la expresión de la

individualidad, sino en términos de procurar la comodidad del equipo de salud y de facilitarle la realización de su trabajo, eliminando las molestias que acarrean ciertos comportamientos y respuestas de los pacientes que demandan solución.

DISCUSIÓN

Para los participantes, la estancia en la UCI, tanto por las condiciones del espacio físico como por las características de la interacción humana, contribuye al sufrimiento en la experiencia de padecer una enfermedad grave, debido al tipo de ambiente y a la utilización de una serie de elementos y procedimientos que, aun cuando tienen propósitos terapéuticos, también conllevan malestar, incomodidad e inseguridad, entre otros problemas.

La experiencia en la UCI significó estar en un lugar de frialdad, soledad, silencio y olores característicos. La frialdad percibida por los participantes no es debida sólo al ambiente frío y a las bajas temperaturas del aire acondicionado, sino que también puede obedecer a los estados de bajo gasto cardiaco y de hipoperfusión de los sistemas corporales. Esta frialdad también expresa en forma metafórica la falta de calor humano, del contacto humano con amor, de la presencia de los seres queridos al lado de la cama.

La soledad en la UCI también se expresó en forma metafórica. Las UCI son lugares en los cuales, en forma permanente, se encuentran otras personas, como los miembros del equipo de salud, visitantes y otros pacientes. Puede pensarse que los relatos de los participantes hacían referencia a estar solo rodeado de personas, lo que significa que quienes están presentes no ofrecen compañía.

En este tipo de situaciones es importante tener en cuenta la importancia de una interacción enfermero paciente orientada a plantear una relación terapéutica en busca del beneficio del paciente en las esferas física, mental y espiritual, de la identificación y resolución de problemas relacionados con su bienestar y su salud y a favorecer el cumplimiento de metas. Si la interacción enfermero paciente busca permitir al paciente expresar sus sentimientos, dar a conocer sus respuestas positivas y negativas frente a las situaciones vividas y sus expectativas en el cuidado de enfermería, y al enfermero le permite ofrecer conocimiento y afecto, las descripciones hechas por los primeros dan la impresión de que el cuidado de enfermería recibido se ha privilegiado la esfera física de los pacientes y dejado de lado la asistencia espiritual.

En el proceso de interacción, el enfermero da cuenta no sólo de su experiencia clínica y su preparación académica, sino también de su sentido común, intuición, sensibilidad y habilidades comunicativas; además, una adecuada interacción con el paciente supone que el enfermero haga uso del componente estético del conocimiento de enfermería como un instrumento importante para que la relación produzca resultados positivos; este componente estético hace posible desplazarse más allá del límite de la tarea por realizar y de las circunstancias puntuales del momento, para discernir sobre el significado del cuidado mismo para la persona cuidada (18).

La interacción entre enfermeros y pacientes como seres humanos es uno de los componentes de la humanización del cuidado, "es el medio por el cual los enfermeros llevan a cabo el propósito de la enfermería" (12), y es un aspecto tan relevante en la práctica de la enfermería que está inmerso en su definición. En los términos planteados por Travelbee (12), la interacción evita el trato a los pacientes como si fueran objetos, como la personificación de tareas por cumplir o de tratamientos para llevar a cabo, como una enfermedad o como un número de cama. Además, los enfermeros deben tener la habilidad para "comunicarse con los pacientes según su nivel de entendimiento y saber interpretar el leguaje verbal y no verbal que el paciente expresa" (12).

Relacionarse con los pacientes mediante el uso de un lenguaje adecuado tiene, por un lado, "fuerza curativa que genera tranquilidad y contribuye a fortalecer aspectos sanos de la personalidad del enfermo y a poner en marcha los mecanismos de afrontamiento" (12). De otro lado, la palabra que gusta, permite que se lleve a cabo el "diálogo significativo", término usado por Travelbee (12) para referirse a la comunicación entre enfermeros y pacientes con propósitos claramente definidos, tales como el reconocimiento y resolución de problemas con sensibilidad y oportunidad y la promoción de habilidades respecto a asuntos pertinentes y relevantes de la situación de los pacientes.

La soledad también significó el alejamiento de la familia para quienes están sometidos a los esquemas restrictivos de visitas imperantes en el medio hospitalario. Con el argumento de favorecer la estabilidad física de los pacientes se toman medidas por parte del equipo de salud como, no permitir el ingreso de la familia utilizando la famosa frase de "visitas restringidas". De hecho, algunos efectos de la visita familiar sobre la condición de los pacientes han sido establecidos como motivos para justificar

su restricción. Estas medidas de restricción no ayudan a resolver el asunto de la soledad, por el contrario la agudizan. Además, la compañía de otros pacientes en iguales o peores condiciones de salud, aparte de ser un factor que no contribuye a resolver la soledad, fue descrita como una fuente de angustia y preocupación.

Una exigencia en el contexto de la UCI, en relación con ser "buen paciente", fue entendida por los participantes como la necesidad de plegarse a las normas, obedecer y aceptar los mandatos de otros y, en algunos casos, incluso no manifestar lo que se siente, para lograr el elogio, el reconocimiento, la admiración y la colaboración de los miembros del equipo de salud; según los participantes, hay que ser buen paciente para otras personas, no tanto para sí mismo. Ser un buen paciente era respetar la comodidad de otros para estar de acuerdo con la definición vigente de este concepto, que se ha popularizado entre los enfermeros y filtrado a los pacientes, aun cuando la determinación de buen paciente no esté basada en los logros personales, ni en la búsqueda y logro del bienestar.

La clasificación de buen paciente debería estar basada en el logro de metas u objetivos y no simplemente en la docilidad y obediencia. Si se considera a los pacientes como seres humanos, se podrá notar que no existen buenos y malos pacientes, sino que existen personas con trayectoria de vida, experiencias, patrones de respuesta, sentimientos y emociones que son diferentes, únicos para cada uno e irrepetibles. Estas diferencias no hacen buenos a unos y malos a otros y todas las personas por igual deben recibir el cuidado de enfermería, de igual forma que grados mayores o menores de motivación y educación. El compromiso social de la enfermería se relaciona con el cuidado de todas las personas, sin ninguna clase de discriminación, y no sólo de aquellos que hacen méritos con su comportamiento para merecerlo.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permitieron describir los aspectos más significativos para los participantes; mostraron a quien permanece en la UCI por padecer una enfermedad grave que pone en peligro la vida, le significó dejar la casa, alejarse del hogar, de las labores cotidianas y de la compañía familiar para ser ingresado en un ambiente que también aporta significativamente para que la experiencia de la enfermedad sea difícil y dura.

Uno de los aspectos descritos por los participantes, fue la soledad durante su hospitalización, lo que hace pensar que la presencia de los enfermeros a su lado no fue considerada una verdadera compañía, como tampoco las otras personas enfermas presentes en las unidades. Además, si a la soledad se le agrega la situación planteada sobre, las "palabras ausentes", "las que no se deben oír" y "las palabras estereotipadas" podría pensarse que la interacción y compañía que se ofrece a los pacientes, por parte de los enfermeros es insuficiente, que el afecto está ausente y que la ubicación de los pacientes en la realidad y la estimulación sensorial son difíciles de llevar a cabo, máxime si se mantiene alejada la familia al restringir las visitas.

Según lo planteado por los participantes y teniendo en cuenta las restricciones vigentes en el medio hospitalario, podría pensarse que existe una tendencia a dejar solos a los pacientes, a aislarlos, sin indicación alguna en muchos casos y a obligarlos a vivir su rol de enfermos en la soledad, pero no tanto en la soledad física, sino afectiva.

Debido a las restricciones de la visita familiar a los pacientes críticos, impuestas por la administración hospitalaria en nuestro medio, y considerando los efectos reportados por los pacientes sobre la presencia de los miembros de la familia a la cabecera de la cama, se sugiere realizar estudios con miras a conocer mejor esta situación y proponer regímenes de visita familiar más abiertos.

La soledad que viven los pacientes hospitalizados, los lleva a la tristeza y a otras emociones que pueden contribuir, junto con los efectos de la enfermedad, al sufrimiento psicológico. Para favorecer su ubicación en la realidad, el diálogo, la comunicación y la compañía familiar son imprescindibles. El adecuado uso de la "palabra" por parte de los enfermeros en los contactos comunicativos con los pacientes es necesario para permitir el logro de resultados positivos en las prácticas de cuidado.

Otro aspecto que se destaca en lo relativo a la comunicación se refiere a que los pacientes en la UCI, para comunicar sus necesidades, emociones y sentimientos, utilizan medios diferentes a la expresión oral, tales como gestos, movimientos, llanto y miradas. La habilidad para interpretar este tipo de mensajes es indispensable para no hacer falsas inferencias y diagnósticos y erróneas decisiones en los planes de cuidado.

El frío reportado por los participantes debe motivar la reflexión sobre la utilización de acondicionadores de aire con temperaturas extremadamente bajas, a la utilización de mantas térmicas o cobijas y a proteger a los pacientes de la exposición innecesaria al frío ambiental, sin el abrigo adecuado.

La atención de los miembros del equipo de salud puede ser captada por los aparatos y demás elementos de la tecnología que se utiliza en la UCI; es por tanto indispensable que los enfermeros y todos los miembros del equipo de salud tomen las precauciones necesarias para no caer en el error de considerar estos elementos como un fin que desplaza a los pacientes del papel primario que deben tener en la realización del cuidado.

De otro lado, tal como se vio en los relatos de los participantes, y como puede observarse en la práctica del cuidado de enfermería, se ha impuesto la costumbre de designar a los pacientes como buenos o malos, como pacientes colaboradores o poco colaboradores y difíciles. Estas expresiones aparecen en los diálogos entre enfermeros y pacientes durante las interacciones relacionadas con el cuidado, y entre enfermeros durante las entregas de turno y en rondas de enfermería. Estas referencias acerca de ciertos tipos de pacientes se han filtrado a los pacientes, quienes han asumido que para recibir admiración, aceptación, afecto y el mismo cuidado de enfermería deben ser buenos pacientes. Además, para clasificar a los pacientes, el criterio es que no ofrezcan molestias al equipo de salud, que obedezcan, colaboren y les hagan más fácil el trabajo a los enfermeros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Barrio M, Lacunza M, Armendáriz A. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidado intensivo. Estudio fenomenológico. Enferm Intensiva. 2001;12(3):136.
2. Torralba F. Antropología del cuidar. Madrid: Fundación Mafpre Medicina; 1998. p. 272
3. Nieswiadomy R. Foundations of nursing research. 3a ed. Stamford: Appleton y Lange; 1998. p. 158.
4. Jablonski R. The experience of being mechanically ventilated. Qual Health Res. 1994;4(2):188.
5. Strauss A, Corbin J. Bases de investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de enfermería; 2002. p. 219.
6. Taylor S, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987. p. 55-56
7. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativos. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2003. p. 145.
8. Cohen M, Kahn D, Steeves R. Hermeneutic phenomenological research. A practical guide for nurse research. Londres: Saac publications; 2000. p. 71-83.
9. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada medica. Argentina: Siglo XXI; 2004. p. 167.
10. Galeano. E. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo editorial EAFIT; 2003. p. 45.
11. Donella E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos: la investigación en las ciencias sociales. 2ª ed. Bogotá: Norma; 1997. p. 153.
12. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia: Davis Company; 1966. p. 14, 32-41, 70, 72, 86-88.
13. Berwick D. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. HAMA. 2004;292(6):736-7.
14. Pepaul H. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat; 1990. p. 181-183, 194.
15. Henderson V. Podemos dar un papel estelar a los pacientes. Inves Educ Enferm. 2000;28(1):125-26.
16. Madjar I. Infligir y manejar el dolor: un desafío para enfermería. Inves Educ Enferm. 2000;(1):37-47.
17. Watson J. Nursing human science and human care: a theory of nursing. Sudbury: Jones and Bartlett; 1999. p. 49.
18. Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. Adv Nurs Sci. 1978;1(1):13-24.