

**ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
EN FAMILIARES DE PACIENTE CRÍTICO**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA CRÍTICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE



ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN FAMILIARES DE PACIENTE CRÍTICO

Autor: MIGUEL ANDRÉS SEGOVIA CEBALLOS

Tutor: MARÍA DELLANIRA CHACÍN DE GONZÁLEZ

Naguanagua, Octubre 2015.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA CRÍTICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE



ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN FAMILIARES DE PACIENTE CRÍTICO

Autor: **MIGUEL ANDRÉS SEGOVIA CEBALLOS**

Tutor: **MARÍA DELLANIRA CHACÍN DE GONZÁLEZ**

Trabajo Especial de Grado que se presenta ante la Dirección de Postgrado de la
Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, para optar al

Título de

ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA

Naguanagua, Octubre 2015.

DEDICATORIA

A Dios padre celestial, por ser mi luz guía en todos los momentos de mi vida, por darme la fortaleza para seguir adelante y por regalarme cada día para servir al prójimo.

A mis padres, Miguel Ángel Segovia y María Magdalena Ceballos, quienes me dieron la vida, me enseñaron a valorar y ayudar al prójimo, que con su entusiasmo y apoyo incondicional soy lo que soy hoy día, su orgullo. ¡Los Amo!

A mi hija preciosa Daniela Krissel quien es la luz de mi vida, ¡Te amo princesa! y a mis hermosas sobrinas Montserrat Elena y Ana Lucía quienes iluminaron mi vida al llegar a la familia.

A mis hermanos María Angélica, Elemig Andreina, Junior Antonio y Joelvis Alberto quienes en todo momento estuvieron al pendiente de mí.

A mis otras madres, mi tía Elvia Marina, Maritza y Gladys Coromoto, sé que sus oraciones me acompañan y acá estoy dando lo mejor para seguir siendo su orgullo.

A mis hermanos, mi segunda familia, Anmary Nathalie, Jessika (Mini Zulia), Martín José, Domny Enmanuel, Álvaro Luís, Mariangel Delhay, Johana Josefina, Dimary José y María Auxiliadora, a quienes dedico este triunfo pues junto a ellos fue posible todo.

A mi tía, Mariangela Barrios, gracias por tantos momentos que viviste junto a mí, alegrías, triunfos y derrotas, ayudándome a levantar con la frente en alto.

A César Wilfredo Franco, quien ha sido mi compañero de postgrado y que actualmente considero un gran amigo, ese amigo que la vida te bendice y que por más peleas y risas, ahí estamos para apoyarnos mutuamente. Amigo gracias por todo...

A todos los que se me pase y no recuerde, este triunfo.

AGRADECIMIENTO

A mi DIOS Todopoderoso, por darme la dicha de nacer y tener la vocación de servir al prójimo.

A todas las personas que conforman mi 2da casa de estudios, Universidad de Carabobo, al Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, por abrirme sus puertas e instruirme en todo lo que hoy día se, aplicar los conocimientos adquiridos en sus instalaciones para el bienestar de sus pacientes.

A mí querida tutora y maestra de postgrado Dra. María Dellanira Chacín de González, y mi querida Deliana Zapata Peña, por ambas poseer la dedicación, orientación y valiosa colaboración para llevar a cabo esta investigación.

A ti Daniel Chirinos y Keimer Briceño, gracias por estar en cada momento de este triunfo y que con solo apoyarme fue más que suficiente para salir adelante.

A cada uno de los pacientes, familiares y en general al equipo de salud quienes fueron un libro abierto de quienes aprendí mucho de la vida y de lo que hoy soy

A TODOS... UN MILLON DE GRACIAS...

INDICE GENERAL

| | Pág. |
|--|------|
| Dedicatoria..... | IV |
| Agradecimiento..... | V |
| Resumen..... | IX |
| Summary..... | X |
| Introducción..... | 11 |
| Capítulo I..... | 14 |
| Vivenciando la situación en estudio | |
| - Propósito del estudio | |
| - Justificación del estudio | |
| - Escenario del estudio | |
| Capítulo II..... | 18 |
| Dimensión Teórica | |
| Capítulo III..... | 21 |
| Dimensión Metodológica | |
| - 1er Momento: Empírico Analítico | |
| - 2do Momento: Complejo Dialógico | |
| Capítulo IV..... | 25 |
| Presentación, discusión e interpretación | |
| - 1er Momento: Empírico Analítico | |
| - 2do Momento: Complejo Dialógico | |
| Construcción Teórica..... | 33 |
| Reflexiones finales..... | 35 |
| Bibliografía..... | 36 |
| Anexos..... | 39 |

INDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|--|------|
| Tabla número 01..... | 52 |
| Análisis de la escala de Trauma de Davidson | |
| Tabla número 02..... | 53 |
| Presencia de estrés postraumático Según el Sexo | |
| Tabla número 03..... | 54 |
| Presencia de estrés postraumático Según el Nexo Familiar | |
| Tabla número 04..... | 55 |
| Factores de riesgo para desarrollo de estrés postraumático | |

INDICE DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|---|------|
| Gráfico número 01..... | 56 |
| Subcategoría: Deterioro Institucional | |
| Gráfico número 02..... | 57 |
| Subcategoría: Inadecuada infraestructura para la permanencia de los familiares | |
| Gráfico número 03..... | 58 |
| Subcategoría: Impacto emocional | |
| Gráfico número 04..... | 59 |
| Subcategoría: Solidaridad familiar e interfamiliar | |
| Gráfico número 05..... | 60 |
| Subcategoría: Modos de Afrontamiento | |
| Gráfico número 06..... | 61 |
| Subcategorías y Categoría Central | |
| Gráfico número 07..... | 62 |
| Desarrollo de Estrés Postraumático | |



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA CRÍTICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE



ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN FAMILIARES DE PACIENTE CRÍTICO

Autor: Segovia Ceballos, Miguel A.¹

Tutor: María Dellanira Chacín²

RESUMEN: El estrés postraumático se presenta tras exposición súbita de estrés, lo bastante intensa y prolongada como para desbordar ampliamente las capacidades de integración cognitiva y emocional del individuo que lo padece; estudiado en las diferentes ramas de la psicología; en medicina el estrés postraumático ha cobrado un papel preponderante en las diferentes patologías, incluyendo en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos y su entorno familiar. Esta investigación buscó conocer la existencia de estrés postraumático y sus factores desencadenantes en familiares de paciente crítico, ingresado en la UCI del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Investigación diseñada bajo el paradigma de la complejidad, con diseño transversal, tipo descriptivo. En el momento cuantitativo se utilizó escala de Trauma de Davidson, modificada para utilizarla en familiares y a la actualidad, con validación por alfa de Cronbach. Se contó con 50 participantes, familiares directos, que conviven con el paciente crítico, con permanencia en las afueras de la UCI mayor a 24 horas. En el momento cualitativo dialógico se realizó entrevistas a profundidad, obteniendo subcategorías, categoría central para posterior teorización a través de los fundamentos de la teoría fundamentada. Como conclusiones se obtiene que el estrés postraumático representó el 60% siendo frecuente en el sexo femenino; más frecuente entre los hermanos (as) y madres. Se obtienen 5 subcategorías: deterioro institucional, inadecuada infraestructura para la permanencia de los familiares, impacto emocional, solidaridad familiar e interfamiliar y modos de afrontamiento, generando como categoría central la carencia institucional como factor desencadenante de estrés postraumático. Se sugiere paquete de ayuda psicológica, como medida de apoyo por parte de la institución, durante la estancia y posterior al egreso de la UCI.

Palabras clave: Estrés Postraumático. Familiares. Unidad de Cuidados Intensivos. Paciente crítico.

1. Residente del 3er Año del Postgrado Universitario de Medicina Crítica del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en convenio con la Universidad de Carabobo
2. Especialista en Anestesiología. Especialista en Medicina Crítica. Coordinadora del Postgrado de Medicina Crítica. Universidad de Carabobo.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA CRÍTICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE



POST-TRAUMATIC STRESS IN FAMILIES OF CRITICAL PATIENTS

Author: Segovia Ceballos, Miguel A.¹

Tuthor: Maria Dellanira Chacín.²

SUMMARY: Post-Traumatic Stress occurs after a sudden exposure to stress, intense and prolonged enough to overwhelm the capabilities widely cognitive and emotional integration of the individual who has it; he studied in the various branches of psychology; medical traumatic stress has taken a leading role in various diseases, including patients admitted to intensive care units and their families. This research sought to demonstrate the existence of Post-Traumatic Stress and their triggers in relatives of critically ill patients, admitted to the ICU of the University Hospital Dr. Angel Larralde. Research designed under the paradigm of complexity, with cross design, descriptive. Davidson Trauma Scale was used in the quantitative moment, modified for use in family and today, with validation by Cronbach's alpha. It was attended by 50 participants, direct relatives, who live with the critical patient, stay outside the ICU greater than 24 hours. In the qualitative point dialogic depth interviews were conducted, obtaining subcategories, central category for later theorizing through the basics of Grounded Theory. As conclusions it is obtained that posttraumatic stress accounted for 60% being common in females; more frequent among siblings and mothers. Five subcategories are obtained: institutional deterioration, inadequate infrastructure for the permanence of family, emotional impact, family and inter-family solidarity and ways of coping, generating as a central category institutional deficiency as a trigger for Post-Traumatic Stress. Package counseling is suggested as a measure of support from the institution, during the stay and post-discharge from the ICU.

Keywords: Post-Traumatic Stress. Family. Intensive care unit. Critical patient.

1. 3rd year resident of postgraduate medical criticizes the University Hospital Dr. Angel Larralde in agreement with The University of Carabobo

2. Specialist in anesthesiology. He criticizes medicine specialist. Coordinating critical medical graduate. University Hospital Dr. Angel Larralde in agreement with The University of Carabobo

INTRODUCCIÓN

El estrés definido por la Real Academia Española (RAE) (1), es aquella tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves; los últimos estudios publicados por la Asociación Americana de Psicología (APA) afirmó que la generación “Millennial” en personas con edades comprendidas entre 18 años y 33 años son los más afectados por estrés aproximadamente un 39% (2).

Otra definición es la que comparte el catedrático en Psiquiatría y Psicología Médica, José Luis González de Rivera y Revuelta donde hace resaltar al estrés como cualquier estímulo que altera o interfiere con el equilibrio fisiológico normal de un organismo, así como situaciones que implican sobreesfuerzo o tensión, física, mental o emocional (3).

Habría que decir también, el psicólogo Víctor Figueredo, en representación de la OMS, explica que el estrés es una respuesta psicológica importante, ya que condiciona al ser humano a enfrentar situaciones de emergencia de manera exitosa, y que éste, solo debería exponerse al estrés durante máximo 30 minutos al día (4).

En tal sentido, la APA ha definido diversos tipos de estrés, clasificándolos de la siguiente manera: el agudo como la forma más común, emocionante y fascinante; también el agudo episódico, el cual se produce en las personas que tienden a presentar con frecuencia estrés agudo; por último el estrés crónico, aquel que surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente (5).

En este mismo orden de ideas, el Manual de Diagnósticos y Estadísticas de Enfermedades Mentales (DMS), en su cuarta edición de 1994, hace énfasis en

trastornos de ansiedad, resaltando el estrés postraumático, quien se presenta tras una exposición súbita de estrés, lo bastante intensa y prolongada como para desbordar ampliamente las capacidades de integración cognitiva y emocional del individuo; tratándose así de un acontecimiento o experiencia vivida, en un momento y tiempo determinado causando un aumento de excitación a la vida psíquica. (6), Ya para el 2013, APA publicó los criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5); siendo este movido del Capítulo de Trastornos de Ansiedad a un nuevo capítulo titulado “Trastornos Relacionados con Trauma y Estresores”. Al igual la distinción previa de agudo y crónico fue removida (7).

Haciendo connotar que el estrés postraumático es definido por la revista *Annals of General Psychiatry* como un suceso traumático o una enfermedad grave de naturaleza catastrófica, afectando así a personas de todas las edades, abarcando un 25 a 30% de los casos. (8), Se enfatiza que las mujeres son más vulnerables a este trastorno entre los 51 años y los 55 años, mientras que los hombres son más vulnerables a la afección entre los 41 años y los 45 años (9).

Es interesante destacar, que el estrés postraumático es estudiado en las diferentes ramas del área ciencias de la salud. En medicina el estrés postraumático ha cobrado un papel preponderante en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos como sus familiares o cuidadores primarios que se ven implicados en experimentar diversas alteraciones emocionales, como ansiedad, estrés, depresión, además las vivencias experimentadas pueden continuar

produciendo alteraciones emocionales incluso varios meses después del alta hospitalaria llegando a desarrollar estrés postraumático (10).

Conviene decir que esto afecta negativamente la calidad de vida tanto de los pacientes, como de sus familiares, convirtiéndose estos en cuidadores primarios, y resulta de gran valor indagar sobre la existencia de estrés postraumático, vivencias generadas por el accionar médico y el personal asistencial que labora en la unidad. Sin embargo en las múltiples literaturas revisadas no se encontró estudios que resalten la patología del estrés postraumático presentada en familiares de paciente crítico; en la presente investigación conoceremos la presencia de esta patología en los familiares de pacientes críticos de la Unidad de Cuidados Intensivos “Dra. Dellanira Chacin” del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde.

El presente estudio está bajo el paradigma de la complejidad donde se busca demostrar la existencia de estrés postraumático en familiares vinculados al paciente crítico y por lo tanto conocer las vivencias presentadas durante su permanencia en las adyacencias de la unidad.

La investigación está estructurada en cuatro capítulos. En el primero se destaca el escenario de la complejidad del ser carente de salud y el entorno que lo rodea, donde se plantea la problemática de familiares del paciente en estado crítico, estos desarrollando crisis de ansiedad expresada en estrés postraumático. El siguiente capítulo consta de la dimensión teórica de la investigación, por consiguiente se exploran estudios similares a este; así mismo el tercer capítulo el cual engloba la metodología utilizada en la investigación y por consiguiente evaluación, análisis de los resultados obtenidos y recomendaciones.

CAPITULO I

VIVENCIANDO LA SITUACIÓN EN ESTUDIO

El ingreso de un paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), genera manifestaciones psicológicas no solo en el paciente sino en la familia, ya que el distanciamiento emocional de su ser querido, la condición de salud y pronóstico, falta de apoyo del personal profesional, quienes solo se centra en la atención del paciente crítico, afectan así de manera considerable sobre el núcleo familiar. La dinámica de las relaciones familiares se ve afectada y se produce un cambio de roles, que agrava la situación de estrés, deja de funcionar normalmente cuando uno de sus miembros está grave y hospitalizado.

La complejidad del ser carente de salud y el entorno que lo rodea, nos obliga aprovechar el pensamiento complejo, capaz de concebir lo que nos une, la contextualización de la reflexión en el sentido de que todos los eventos, información o conocimiento, se considera en relación de inseparable con su entorno, ya sea cultural, social, económica, política o natural.

En este sentido, Morín, Edgar (11), pone de relieve las interrelaciones y retroalimentaciones entre cada fenómeno y su contexto, las relaciones de toda reciprocidad, parte como una modificación local tiene repercusiones en el conjunto y como una modificación de las posibles repercusiones para las partes. Al mismo tiempo reconocer la unidad en la diversidad, por ejemplo, la unidad humana en medio de la diversidad individual y cultural, es decir, que cuando pensamos en la unidad interdisciplinaria, estamos convirtiendo esta visión en totalidad, teniendo en cuenta el tiempo, el espacio y el contexto (social, ético, político, económico y otros)

que constituyen lo real, en un movimiento dialéctico, complejo, así como sus múltiples determinaciones. Estamos abandonando la idea de que separa lo que es el unificado múltiple, lo que simplifica lo complejo, teniendo en cuenta las interacciones y conexiones entre los fenómenos (12).

La relación médico-paciente y médico-familia constituyen un epicentro dentro los cuidados médicos en la UCI; las deficiencias en este proceso conllevan a un estrés adicional para todos los actores, donde el médico no puede percibir lo que el paciente quiere expresar, dificultándose así la relación terapéutica; así como también la relación médico familia, donde el profesional que allí labora, desestima el valor que tienen los familiares, siendo estos pasados a un tercer plano.

El interés de esta investigación surge a raíz de mi experiencia profesional en esta UCI, donde he observado que los familiares no son bien atendidos, siendo utilizados como vehículos ante cualquier necesidad del paciente, durante la permanencia del mismo en esta, centrándose el personal en atender al enfermo y dejando de lado todas las manifestaciones y necesidades que tiene la familia. Motivado a lo anterior, y ante ésta situación me surgieron las siguientes interrogantes: ¿Existe estrés postraumático en estos familiares?, ¿Cómo puede influir esta patología en ellos?, ¿Cuáles son esos factores desencadenantes para desarrollar estrés postraumático?, ¿Pudieran las situaciones vivenciadas durante la permanencia del familiar en estado crítico contribuir al desarrollo de estrés postraumático? Por todo lo antes expuesto, se desarrolló la presente investigación.

Ante esto se consideró necesario sumergirse en la investigación compleja de tipo dialógica, que permitió indagar en los familiares como seres humanos

indivisibles, singulares y únicos en el mundo, para comprender sus sentires a partir de las interpretaciones que hacen de sus propias experiencias durante la permanencia en las afueras de la UCI.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Esta investigación estuvo guiada por el Pensamiento Complejo, por lo tanto no se determinó objetivos generales y específicos puesto que el comportamiento de la realidad del estudio es indeterminado. En tal sentido en esta investigación intenté construir una aproximación teórica de las vivencias y experiencias de la familia del paciente crítico y que pueden generar estrés postraumático.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El hecho de que el paciente ingrese a un centro hospitalario, crea cierto grado de ansiedad y estrés tanto para el afectado como su familia, por consiguiente cuando éste ingresa a una UCI, se genera un caos psicológico, cambiando por completo toda visión de salida, como consecuencia a la nueva adaptación de la situación, pudiendo desarrollar estrés postraumático. Si el familiar sufre de esta patología se dificulta la atención integral del paciente, lo cual generaría retardo en la recuperación y el reintegro a la sociedad, ocasionando disfunción en su entorno familiar generando pérdida de la armonía en el núcleo; esto trae como consecuencia mayor estancia hospitalaria, incrementando el costo institucional y por ende una carga más para el estado.

Es de significativa importancia lo anterior, puesto que nace la inquietud de investigar y se estudió aquel estrés postraumático en familiares generado por tener un paciente, ingresado en la UCI y además explorando las vivencias presentadas durante su permanencia en las afueras de la unidad.

La relevancia biopsicosocial del constructo teórico producido en esta investigación, servirá para fundamentar otros estudios sobre la existencia de esta patología en los familiares, con esto tener la oportunidad de profundizar sobre sus necesidades, mejorando la calidad de atención hacia ellos.

Los resultados del presente estudio serán presentados como una propuesta para la institución con el objetivo de brindar conocimientos, insumos y herramientas de cuidados del familiar. Adicionalmente la adaptación adecuada del familiar, reflejada indirectamente en la mejoría del paciente puede ser una estrategia costo-beneficio tanto para los familiares, como para la institución.

ESCENARIO DEL ESTUDIO

Esta investigación se realizó bajo la línea de cuidados humanos: patología existencial del paciente crítico y su entorno, en la Unidad de Cuidados Intensivos Dra. María Dellanira Chacín de González del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, dependiente del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), ubicado al final de la avenida principal de Altos Colinas de Bárbula, en el Municipio NaguaNagua del Estado Carabobo, en el período de Octubre 2015 y Marzo 2015.

CAPITULO II

DIMENSIÓN TEÓRICA

Edgar Morín (11), en su texto *Introducción al pensamiento complejo*, plantea como definición de la complejidad como aquel tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico; presentando los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre... De allí la necesidad para el conocimiento, de poner orden en los fenómenos rechazando el desorden, descartar lo incierto, clarifica, distinguir y jerarquizar.

Otros teóricos, como es el caso de Bachelard, el filósofo de las ciencias, decía haber descubierto que lo simple no existe: solo existe lo simplificado. La ciencia construye su objeto extrayéndolos de su ambiente complejo para ponerlo en situaciones experimentales no complejas; al mismo tiempo, George Lukacs, el filósofo marxista, decía en su vejez, criticando su propia visión dogmática: lo complejo debe ser concebido como elemento primario existente (11).

Por consiguiente, la investigación estuvo basada sobre la teoría de Edgar Morín, detallando el paradigma de la complejidad haciendo énfasis en su principio dialógico, el cual permite mantener la dualidad en el seno de la unidad.

Prosiguiendo con la investigación, se hizo revisión de múltiples bibliografías, relacionadas ya sea de forma directa e indirecta con el estudio, encontrándose los siguientes:

Muchas son las emociones que se presenta en los familiares de un paciente con estancia hospitalaria, diversos estudios se han presentado en relación a esto, como *Sentimientos experimentados por los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de adultos* (13), Fueron los que encontraron Mendes Vieira, J. y otros, donde evaluaron mediante una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, sentimientos que se ponen de manifiesto principalmente como incertidumbre y posible muerte de su familiar. Encontraron sentimientos positivos como esperanza, alivio y confort, y sentimientos negativos como ansiedad, impotencia, miedo, desespero y tristeza, todo esto afectado por completo la rutina de vida y el núcleo familiar.

En el mismo orden, el afrontamiento y la adaptación son conceptos importantes para la calidad de vida de un individuo Así es un estudio realizado por Jiménez Ocampo, V. y otros, donde Determinaron la *Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo* (14), Estudio de tipo cuantitativo descriptivo, incluyó 61 familiares, utilizando el instrumento Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy, analizaron los resultados mediante medidas de tendencia central, test estadísticos de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Se obtiene como resultado que los familiares del paciente crítico presentaron una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, observándose con mayor frecuencia el uso de estrategias dirigidas a la solución del problema.

Los familiares al ver a su ser querido en la UCI con aparatos, como ventilador mecánico, sienten la imposibilidad de comunicarse; este estudio es sobre

las *Vivencias de los familiares de pacientes con ventilador mecánico en la unidad de cuidados intensivos* (15), por Martina Mirtha Cabezudo y otros. Investigación cualitativa de trayectoria fenomenológica; buscaron develar la esencia del fenómeno con respecto a su experiencia de tener un familiar en la UCI. Se obtuvo sentimientos de pena, tristeza, angustia y sufrimiento de verlo grave, impresión y sufrimiento de verlo con aparatos que le dan respiración y lo mantienen con vida.

Los aspectos emocionales que forman parte de la experiencia de pacientes y sus familiares, cuando estos están en UCI son fenómenos que apenas recientemente se han empezado a investigar. Este estudio realizado por Jaime Ernesto Vargas y otros, expresaron *Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general* (16), Se utilizó la Escala de Estrés Percibido PSS-10. Los resultados mostraron que el 90% de ellos tenían datos de estrés, la mayoría de estrés bajo (50%).

Los familiares buscan obtener información, no sólo sobre la enfermedad y el estado de su ser querido ingresado en UCI, sino sobre todo lo que está ocurriendo alrededor. Ivonne Brevis Urrutia y otros investigaron sobre *Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI* (17), Estudio prospectivo, observacional, con un enfoque cuali-cuantitativo. La información se recolectó, a través de una entrevista semiestructurada y se utilizó la escala de incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel 1988). Los principales sentimientos se encuentran: la angustia, la preocupación, el miedo a la muerte y la pena.

CAPITULO III

DIMENSIÓN METODOLÓGICA

Esta investigación estuvo enmarcada bajo el paradigma de la complejidad, por lo tanto se evaluaron momentos cuantitativos, cualitativos y dialógicos.

Momento Empírico Analítico

El propósito fue conocer la existencia de estrés postraumático en familiares de un paciente crítico. Investigación de diseño transversal, tipo descriptivo. Los participantes fueron familiares que conviven directamente con el paciente crítico y que estos permanecieran a las afueras de la UCI por más de 24 horas, y que mediante consentimiento informado accedieron a participar en la investigación. La muestra fue un total de 50 participantes que accedieron al estudio.

Se aplicó instrumento utilizado en diversos trabajos de investigación, la Escala de Trauma de Davidson (DTS) ideada por Jonathan R., T. Davidson en 1997, traducida al español en 1999 por J. Bobes y otros, donde se valora la frecuencia y gravedad de los síntomas por estrés postraumático. Son 17 ítems, basados en los criterios DSM-IV. Cada ítem se evalúa mediante una doble escala: frecuencia y gravedad. La escala de frecuencia ofrece cinco posibles respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces, 4-6 veces, a diario) que puntúan de 0 a 4. La escala de gravedad presenta cinco posibles respuestas (nada, leve, moderada, marcada, extrema), que se puntúan de igual forma que la escala anterior.

Los autores proponen como punto de corte más eficiente los 40 puntos, que muestran una sensibilidad del 69%, una especificidad del 95%, un valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 83% (18).

En vista de no existir trabajos dirigidos de estrés postraumático en familiares de paciente crítico en Venezuela se procedió a modificación de la escala para la presente investigación. Modificada por los autores, adaptada a la actualidad y referida a los familiares de paciente crítico; validada, por una muestra piloto, mediante estadístico alfa de Cronbach, obteniendo niveles mayores de 0,83.

El cuestionario presentado y explicado a cada familiar de forma individual, aplicado por los autores, previa aceptación voluntaria por consentimiento informado, propósito del estudio, carácter confidencial y anónimo así como la posibilidad de conocer el resultado final del test.

Recopilada la información necesaria, se vació en Microsoft Office Excel 2013, se toma como variables: familiar calificado por numeral (#) luego una codificación que va desde 01 a 50; el sexo, fue determinado como Femenino (F) y Masculino (M); se tomó en cuenta el parentesco familiar; toda esta información es presentada mediante la graficación de tablas. (Ver Gráfico 01)

Momento Complejo Dialógico

Esta investigación se ideó bajo el carácter complejo de tipo dialógico el cual tiene como enfoque metodológico, cualitativo, siguiendo la teoría de la complejidad, permitió profundizar en la comprensión e interpretación de esas

vivencias y descubrir la esencia válida universal y útil científicamente. La teoría fundamenta, es la utilizada por José G Hernández (19), el cual está basada en la teoría de Barney Glaser y Anselm Strauss, entendiéndose como aquella que permite formular una teoría que se encuentra subyacente en la información obtenida en el campo empírico; Emplea técnicas de investigación cualitativa como: la observación, las entrevistas a profundidad, la implementación de memos, etc.

Las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas, han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas para la cual utilizamos la expresión “entrevista a profundidad” para referirnos a este método de investigación cualitativa. (20)

Se realizaron entrevistas a profundidad a los participantes del estudio, donde se busco conocer las experiencias y vivencias que presentaron estos familiares mientras su paciente permanecía en esta UCI. Ésta corresponde a reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y el informante, hasta llegar a la saturación; estos dirigidos hacia la comprensión de sus experiencias vivenciadas, tal y cual lo expresan con sus propias palabras. Sigue el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio de preguntas y respuestas.

Los participantes presentaron las siguientes características: aceptación de participar en el estudio, mediante consentimiento informado; disponibilidad de ofrecer información necesaria; interés en el estudio. Por razones de índole ético, se modificó el nombre de los participantes. La entrevista fue realizada en la oficina de la UCI, a puerta cerrada, comodidad y confianza para fluidez de la información.

Se consideró completa la muestra según el criterio de saturación de la información, es decir hasta el punto en que ya no se obtuvo nueva información siendo redundante y donde las categorías se volvieron densas (21), teniendo también en cuenta el criterio de saturación de Morse quien dice *“cuando hay poco que aprender y el entrevistador lo ha escuchado todo y se empieza a aburrir, se ha llegado a la saturación y la comprensión está completa”* (22).

Los familiares son personas vulnerables debido a la situación que viven; durante la entrevista no se presentó situación de desequilibrio emocional que requirió suspender el procedimiento, se brindó ayuda en los momentos de llanto.

Recopilada la información se transcribió en hojas de texto de Microsoft Word 2013 se transfirió a un sistema de organización y representación gráfica tipo ATLAS ti, versión 6.0, y según Muñoz (23), permite el análisis cualitativo de los datos textuales y la asistencia en la contrastación y construcción de teorías. De la transcripción original de las entrevistas se extrajo los enunciados significativos, surgiendo códigos, se describió el significado de cada código según las vivencias experimentadas por los familiares, se agruparon en subcategorías, de donde se extrae la categoría central; se describió y analizó esta categoría, iniciándose el proceso de teorización mediante la Teoría Fundamentada de datos (19).

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DEL MOMENTO EMPÍRICO ANALÍTICO

Al contar con la información obtenida de los datos cuantitativos mediante la aplicación del instrumento, se obtiene los siguientes resultados:

Del total de familiares en estudio se tiene que el estrés postraumático representó 60% (30 casos) siendo frecuente en el sexo femenino (36%) (Ver Tabla 2); Y según el nexos familiar el estrés post traumático fue más frecuente entre los hermanos (as) (12/20) seguido de las madres (7/12). (Ver Tabla 3)

Por no contar con estudios relacionados directamente con estrés postraumático en familiares, se hace correlación con estudios citados anteriormente. Se evidencia que el estrés en general está presente en la generación Millennial (2) (8), y en este estudio se destaca la presencia de estrés postraumático en adultos jóvenes representando así un 40%, además que sigue siendo el sexo femenino el más vulnerable a esta patología representada en un 51%.

En relación a los factores de riesgo para desarrollo de estrés postraumático se encontró que 100% (50 casos) tiene frecuencia a diario en las respuestas de los ítems: ¿Actualmente ha estado nervioso (a) o se asusta fácilmente? Presenta temblores, sudoraciones, palpitaciones, náuseas o diarrea cada vez que le hablan de su familiar en UCI? ¿Actualmente evitar hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden sobre lo que le sucede a tu familiar? Y ¿Actualmente siente dificultad para disfrutar de las cosas? De igual forma: ¿Actualmente has tenido imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos por lo que le sucede a tu familiar? Presento

frecuencia a diario 58% (29 casos). En cuanto al ítem: ¿Actualmente ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos? Se obtuvo que el 64% (32 casos) presento frecuencia 4-6 veces. Igualmente en la misma frecuencia (4-6 veces) fueron las respuestas para los ítems: dificultad para concilio del sueño con 54% (27 casos), dificultad para la concentración 68% (34 casos) y distraídos con facilidad representado el 68% (34 casos), (Ver Tabla 4).

En vista de los resultados anteriores se conoce la presencia de estrés postraumático en familiares de paciente crítico, sin embargo esto crea inquietud, por saber los detonantes que ponen de manifiesto esta patología, por tal motivo se decide indagar sobre cuáles son esos factores que pudieran generar estrés postraumático en estos familiares.

PRESENTACIÓN, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DEL FENÓMENO COMPLEJO DIALÓGICO

En vista de las entrevistas a profundidad, realizadas a cada uno de los participantes en estudio, se obtuvieron los datos cualitativos, quienes permitieron la construcción teórica de cinco (5) subcategorías: deterioro institucional, inadecuada infraestructura para la permanencia de los familiares, impacto emocional, solidaridad familiar e interfamiliar y modos de afrontamiento.

Ante los resultados se diseñaron gráficos donde se exhiben los indicadores de las cinco subcategorías que emergieron de las entrevistas y se logró acceder a las experiencias, sentimientos, actitudes y emociones de los sujetos en estudio, describir e interpretar sus vivencias y significados.

A continuación se describe cada una de las subcategorías.

1. SUBCATEGORÍA: DETERIORO INSTITUCIONAL

Esta subcategoría fue configurada por cinco (5) indicadores de la realidad fenoménica. A continuación presento estos indicadores que se agruparon para dar propiedades a la subcategoría: Deterioro institucional (Ver Gráfico 1):

1. Falta de insumos para higiene y confort del paciente
2. Falta de insumos médicos
3. Falta de estudios diagnósticos de laboratorio básicos, bacteriológicos y micológicos
4. Falta de estudios imagenológicos básicos y especializados
5. Falta de servicios básicos como el agua

Los familiares de los pacientes críticos expresan la falta de los diversos insumos para el confort e higiene del paciente en cama, insumos médicos de alto costo, incluyendo medicamentos, faltas de estudios de laboratorio, así como estudios de imagenología, la falla en lo que respecta al agua para el baño del paciente; toda esta responsabilidad queda en manos de los familiares quienes tienen que suplir estas necesidades para la adecuada atención del paciente.

2. SUBCATEGORÍA: INADECUADA INFRAESTRUCTURA PARA LA PERMANENCIA DE LOS FAMILIARES

Esta subcategoría fue configurada por cinco (5) indicadores de la realidad fenoménica. A continuación presento estos indicadores que se agruparon para dar propiedades a la subcategoría: Inadecuada infraestructura para la permanencia de los familiares (Ver Gráfico 2):

1. Ausencia de sitio de descanso
2. Falta de salas de baño para familiares
3. Condiciones ambientales adversas
4. Falta de recursos económicos
5. Acoso por Servicios de Seguridad Institucional

Los familiares no cuentan con un espacio adecuado para su estancia en la institución. La falta de un espacio con sala de baño, y estos deben permanecer en áreas cercanas a la UCI, pasillos, a la intemperie del clima, pernoctando en sillas e incluso en el suelo, refiriendo acoso constante del sistema de vigilancia, generando conflicto entre ellos. Situación que genera ansiedad, incertidumbre, angustia y estrés generalizado, descontento en el entorno familiar, agravado al endeudamiento colectivo, ya que todas las necesidades que cubren, ocasiona gastos, que no solventa la institución.

3. SUBCATEGORÍA: IMPACTO EMOCIONAL

Esta subcategoría fue configurada por quince (15) indicadores de la realidad fenoménica. A continuación presento estos indicadores que se agruparon para dar propiedades a la subcategoría: Impacto emocional (Ver Gráfico 3):

1. Incertidumbre
2. Angustia
3. Impacto visual por manejo tecnológico en el paciente
4. Inapetencia
5. Estrés anticipado
6. Ausencia laboral
7. Incomodidad
8. Desesperación
9. Insomnio
10. Endeudamiento colectivo

11. Sentimientos reprimidos
12. Preocupación
13. Miedo, Terror y Pesadillas
14. Manifestaciones Cardiovasculares y Vegetativas
15. Trastornos Gastrointestinales

El familiar, refleja un estado de shock inicial, al ver su ser querido en condiciones críticas, situación inesperada para ellos; emociones negativas que se genera en estos, altera su estado emocional. Sufren impacto emocional generado por la visualización del paciente debido al manejo tecnológico para su terapéutica; monitores de alta tecnología, múltiples invasiones como: Tubos Endotraqueales, Catéteres Endovenosos, Sondas de drenaje gástrico, Electrodo Magnético en pecho; Sondas Vesicales, etc. y situación de semidesnudos del paciente; estos perciben que su familiar está en peligro, dependiendo de la tecnología.

Para ellos, la prioridad es la recuperación de su paciente, descuidando así su salud, su alimentación, su trabajo y esto altera en algunas oportunidades su estado mental; en algunos familiares se pone de manifiesto diversas manifestaciones neurovegetativas y manifestaciones cardiovasculares.

4. SUBCATEGORÍA: SOLIDARIDAD FAMILIAR E INTERFAMILIAR

Esta subcategoría fue configurada por cinco (5) indicadores de la realidad fenoménica. A continuación presento estos indicadores que se agruparon para dar propiedades a la subcategoría: Solidaridad familiar e interfamiliar (Ver Gráfico 4):

1. Apoyo familiar
2. Apoyo interfamiliar
3. Comunicación con el paciente

4. Apoyo económico
5. Apoyo social

El valor de la solidaridad familiar y aún más la interfamiliar, es importante, con respecto a la situación de crisis que le genera la condición crítica de salud de su paciente. Este sentimiento existe entre los otros familiares, donde los mismos comparten enceres, comida, se prestan la ayuda necesaria para poder solventar en lo que pueden sobre la situación que se les presenta, se crea una gran empatía entre ellos, un nexo fraternal.

5. SUBCATEGORÍA: MODOS DE AFRONTAMIENTO

Esta subcategoría fue configurada por cuatro (4) indicadores de la realidad fenoménica. A continuación presento estos indicadores que se agruparon para dar propiedades a la subcategoría: Modos de afrontamiento (Ver Gráfico 5):

1. Optimismo
2. Reconocimiento Médico y agradecimiento
3. Amparo en la fe
4. Esperanza

Los familiares emplean distintos modos de afrontamiento centrados en sus emociones; se amparan en la fe, indistintamente de la religión a la que pertenezcan; la esperanza, en lo que ellos creen que podrá mejorar el estado de salud de su paciente; también son amables y agradecidos con las acciones pertinentes a mejorar la salud y calidad de vida de su paciente, no escatiman mostrar su agradecimiento y reconocimiento hacia el personal médico y al equipo de salud.

CATEGORÍA CENTRAL

LA CARENCIA INSTITUCIONAL COMO FUENTE DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO

Obtenidas las subcategorías, se inició la búsqueda de la categoría central. Ésta debe tener ciertos criterios (19), debe ser central, en otras palabras, que todas las subcategorías principales puedan relacionarse con ella. En esta investigación la categoría central es la carencia institucional como fuente de estrés postraumático del familiar del paciente crítico; todas las subcategorías están relacionadas en red como productos y productoras de manera recursiva, dialógica y hologramática (11) cumpliendo con el segundo y tercer criterio de aparecer con frecuencia en la información de forma lógica y consistente, de este análisis se puede declarar que el familiar del paciente crítico presenta estrés postraumático producto de carencias institucionales tanto humanas como materiales de allí que la categoría central es esencia de esta investigación. (Ver Gráfico 06)

Los familiares de un paciente en estado crítico, expresaron con precisión, el grave **deterioro institucional** que ellos veían para con su paciente; la ausencia de insumos, todo esto recae sobre el grupo familiar, quienes tienen que asumir la responsabilidad, ocasionando grandes niveles de estrés ante el trauma en el entorno de la familia; De igual forma presentan quejas con respecto a la **inadecuada infraestructura para su permanencia** en las afueras de la UCI, estando a la intemperie del ambiente, la inseguridad, incomodidad, ocasionando limitación al descanso por no disponerse de un espacio adecuado con comfortable sala de baño. El principal sentimiento que reflejan es el **impacto emocional** traducido en

emociones negativas, manifestaciones clínicas que pueden ocasionar desequilibrio en su entorno, desmejorando su calidad de vida y esto repercute en la toma de decisiones hacia el paciente.

No todo es negativo, los familiares ante la situación inesperada sienten gran **solidaridad familiar** por el resto de su familiares que por otras razones no están en la institución, igual están apoyando ya sea desde el punto de vista emocional, económico y de igual forma reciben **apoyo interfamiliar** por los familiares de los otros pacientes, creándose gran empatía entre ellos, recibiendo apoyo social. Ante esta situación se generan **modos de afrontamiento**, centrados en sus emociones, ante el estrés generado, como amparo hacia la fe, esperanza, confianza en el equipo de salud, resaltando el agradecimiento hacia el personal médico.

En este punto, al relacionar los datos obtenidos, encontramos que el sexo femenino es el más afectado por estrés postraumático; este fenómeno se puede explicar debido a que pertenecemos a una sociedad matriarcal (25), donde la mujer se convierte en la principal cuidadora del paciente y por tanto se enfrenta de manera directa a las situaciones problemáticas de nuestra institución. A su vez, las hermanas constituyen el parentesco afectado, debido a que en muchas oportunidades la madre es de edad avanzada o porta comorbilidades que le impiden pernoctar en las afueras de la UCI, dejando a los hermanos como pilar fundamental, recibiendo así, el impacto emocional sobre la salud de su familiar en la UCI.

CONSTRUCCIÓN TEÓRICA

Se trata de enfrentar la dificultad de pensar y de vivir...

De acuerdo con el pensamiento de Edgar Morín (24), quien ve el mundo como un todo indisociable, donde nuestro espíritu individual posee conocimientos ambiguos, desordenados, que necesita acciones retroalimentadoras y propone un abordaje de manera multidisciplinaria y multirreferenciada para lograr la construcción de una teoría que se desarrolla con un análisis profundo de elementos de certeza.

Desde el punto de vista de la complejidad, de Edgar Morín, ésta ha impactado también, en el ámbito más directo de las interacciones de los seres humanos: la educación, la interpretación de la sociedad, la política, y la comprensión del momento actual que vive la humanidad. El problema de la complejidad ha pasado a ser el problema de la vida y el vivir, el problema de la construcción del futuro y la búsqueda de soluciones a los problemas contemporáneos.

Es por esto que el estrés postraumático producto de esta época contemporánea, dado por equipos de alta tecnología, quienes aportan soporte vital a los pacientes en estado crítico, surge una serie de interrelaciones entre los familiares de los pacientes críticos y el entorno que los rodea, lo cual les genera una serie de situaciones dada por emociones negativas, estrés generalizado, situación de incertidumbre y angustia.

Debido al abordaje multidisciplinario para lograr la construcción de una teoría y producto de esta reflexión surge la categoría de *carencia institucional*

como factor generante de estrés postraumático la cual está íntimamente relacionada con el gran impacto emocional generada por emociones negativas; todo este entramado de circunstancias va a producir situación de estrés postraumático en los familiares de un paciente crítico de la UCI “Dra. Dellanira Chacín de González.

Producto del análisis y reflexión desde la cosmovisión de Morín, se ve un mundo complejo entramado alrededor de los familiares de un paciente crítico dado por el deterioro institucional, el impacto emocional producto de éste último, situación que incide de una manera directa en su entorno biopsicosocial o en su salud mental, generándole estrés postraumático el cual se basa en alteración del sueño, intranquilidad, dificultades de concentración, nerviosismo perenne, situación que traerá de problemas para la atención de su familiar.

Pudiéramos decir que la estancia del paciente en la UCI genera a sus familiares un estrés postraumático elevado debido en gran parte al deterioro institucional.

REFLEXIONES FINALES

En el primer momento empírico analítico, con la aplicación del test, se evidencia que el estrés postraumático tuvo mayor incidencia en el sexo femenino y en relación con el nexo familiar, éste es más frecuente en hermanos (as) y Madre.

En el segundo momento complejo dialógico, resaltaron diversas subcategorías: deterioro institucional, inadecuada infraestructura para la permanencia de los familiares, impacto emocional, solidaridad familiar e interfamiliar y modos de afrontamiento; Se generó como categoría central la carencia institucional relacionada estrechamente con la generación de estrés postraumático en los familiares de un paciente crítico; todo esto juega un papel preponderante en los altos niveles de estrés postraumático en los familiares de los pacientes ingresados a la UCI del hospital Universitario Dr. Ángel Larralde.

Así mismo, dar a conocer los resultados obtenidos de la investigación al comité directivo del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, a la Universidad de Carabobo; con la finalidad de evaluar la situación antes planteada y realizar los correctivos necesarios a fin de disminuir el impacto que genera el deterioro institucional en los familiares del paciente crítico.

Brindar apoyo psicológico a los familiares de los pacientes durante y posterior al egreso del paciente de la unidad de cuidados intensivos.

En vista de no tener estudios anteriores para comparar los resultados obtenidos continuar haciendo estudios diagnósticos que nos permitan mejorar la calidad de vida de los familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española. [Internet]. Citado el 20 de Noviembre del 2014. Definición de estrés. 2013. Disponible en:
<http://lema.rae.es/drae/?val=estres>
2. Noticias Universia Chile. [Internet]. Santiago de Chile. Reporte Stress América realizado por la Asociación Americana de Psicología (APA). Personas entre 18 y 33 años son los más afectados por estrés. [Citado el 28 de Noviembre del 2014]. Disponible en:
<http://noticias.universia.cl/en-portada/noticia/2013/02/25/1006944/personas-18-33-anos-son-mas-afectados-estres.html>
3. José Luis González de Rivera y Revuelta. LOS SÍNDROMES DE ESTRÉS Y SU TRATAMIENTO. Edición 2005.
4. Diario El Carabobeño: Psicólogo Víctor Figueredo: 43% de los adultos en Venezuela sufren problemas de estrés. Publicado el 23 de Mayo 2013.
5. American Psychological Association; Centro de apoyo; Base de datos en línea. Citado Agosto 2013. Disponible en
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos.aspx>
6. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM- IV), Washington, 1994
7. American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th Ed.). Washington, DC: Author.
8. Centro Nacional en Salud Mental: Guía Clínica de Trastorno por estrés postraumático. Gestión del TEPT en niños y adultos en atención primaria y secundaria. 2006
9. Revista Annals of General Psychiatry Julio 2010. BioMed Central, news release, July 20, 2010.
10. Página Web: Consultada el día 22 de Marzo del 2015, disponible bajo la dirección:
<http://www.medintensiva.org/es/alteraciones-emocionales-necesidades-psicologicas-pacientes/articulo/13108551/>

11. Morín, E. Introducción del Pensamiento Complejo. Segunda Edición. Editorial Gedisa. Barcelona España. 1998, p 32 -75
12. García Rolando. Sistemas Complejos. Editorial Gedisa. Barcelona España. 2006 p. 125.
13. Mendes Vieira, j. y otros. Evaluación de los Sentimientos experimentados por los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de adultos en Brasil 2013.
14. Jiménez Ocampo, V. y otros, Determinar la Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo: en Colombia 2013.
15. Cabezudo Torres, M. y otros. Vivencias de los familiares de pacientes con ventilador mecánico en la unidad de cuidados intensivos. Estudio fenomenológico: en Brasil 2011.
16. Vargas Mendoza, J. y otros. Establecer los Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general: en México 2011.
17. Urrutia, Ivonne Brevis, y otros. Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI: Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2011; Vol. 26(1): 27-34.
18. Estudio de Psicoanálisis y psicología. [Internet]. Citada el día 10 de Marzo del 2015. Disponible en:
<http://psicopsi.com/Escala-de-Trauma-de-Davidson>
19. José G. Hernández y otros. Generación de Teoría: Teoría Fundamentada. La Universidad del Zulia. Venezuela 2011.
20. Taylor S.J: y otros. Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. Edición Paidós. 2000
21. Arias Valencia, María M, y otros. El rigor científico en la investigación cualitativa. Investigación, Educación en Enfermería, 2011.
22. Morse, Janice M. Emerger de los datos. Los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. En: Asuntos críticos de la investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín. 2003.

23. Muñoz, J. Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti. Versión 6.0. [Archivo en CD]. 2001.
24. Edgar Morin's Path of Complexity. Morín, Edgar. El Método, Tomo 6. La Ética, Paris, Seuil, col. Points, p. 224. 2004. Citada: Consultada el día 15 de Junio del 2015. Disponible en: http://www.academia.edu/213724/Edgar_Morins_Path_of_Complexity
25. Néstor Cegarra. Sociólogo. 40% de las madres en Venezuela son jefas de familia, 12 de Mayo 2013. Citada el día 01 de Julio 2015. Disponible en: <http://informe21.com/actualidad/40-de-las-madres-en-venezuela-son-jefas-de-familia>

ANEXO A

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Miguel Andrés Segovia Ceballos, residente del Postgrado de Medicina Crítica de la Universidad de Carabobo. La meta de este estudio es demostrar la existencia de estrés postraumático en los familiares de paciente crítico ingresados en la Unidad de Cuidados Dra. María Dellanira Chacín de González del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, dependiente del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una (1) encuesta y en una entrevista. La encuesta tomará aproximadamente diez (10) a quince (15) minutos de su tiempo. La entrevista será de media hora (30 minutos) a una hora (60 minutos) de duración. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los archivos y las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Miguel Andrés Segovia Ceballos.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)

ANEXO B

Escala de Trauma de Davidson (DTS)

(Jonathan R. T. Davidson)

(Traducida por: J Bobes, MT Bascarán, MP González, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormaechea, D H. Wallace,
17 de febrero de 1999)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: H M

Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha: ____/____/____

Por favor, identifique el trauma que más le molesta

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

| Frecuencia | Gravedad |
|---------------|--------------|
| 0 = nunca | 0 = nada |
| 1 = a veces | 1 = leve |
| 2 = 2-3 veces | 2 = moderada |
| 3 = 4-6 veces | 3 = marcada |
| 4 = a diario | 4 = extrema |

- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido "en guardia"?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

ANEXO C

ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON MODIFICADA

| Pregunta | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | |
|---|-------|---|---|---|-----|---|-------|---|---|---|
| | Nunca | | A | | 2-3 | | 4 a 6 | | A | |
| | F | G | F | G | F | G | F | G | F | G |
| 1* ¿Actualmente has tenido imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos por lo que le sucede a tu familiar? | | | | | | | | | | |
| 2* ¿Actualmente has tenido pesadillas después de lo sucedido con tu familiar? | | | | | | | | | | |
| 3* ¿Actualmente sientes que lo que le pasa a tu familiar lo revives también? | | | | | | | | | | |
| 4* ¿Actualmente le molesta que le recuerden sobre la salud de su familiar? | | | | | | | | | | |
| 5* ¿Presenta temblores, sudoraciones, palpitaciones, náuseas o diarrea cada vez que le hablan de su familiar en UCI? | | | | | | | | | | |
| 6* ¿Actualmente ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre lo que le sucede a tu familiar estando en UCI? | | | | | | | | | | |
| 7* ¿Actualmente evitar hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden sobre lo que le sucede a tu familiar? | | | | | | | | | | |
| 8* ¿Actualmente se siente incapaz de recordar cosas importantes después de lo que le sucede a su familiar? | | | | | | | | | | |
| 9* ¿Actualmente siente dificultad para disfrutar de las cosas? | | | | | | | | | | |
| 10* ¿Actualmente se siente distante o alejado (a) de la gente? | | | | | | | | | | |
| 11* ¿Actualmente se siente incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto? | | | | | | | | | | |
| 12* ¿Actualmente ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos? | | | | | | | | | | |
| 13* ¿Actualmente ha tenido dificultad para mantener o conciliar el sueño? | | | | | | | | | | |
| 14* ¿Actualmente ha estado irritable o con ataques de ira? | | | | | | | | | | |
| 15* ¿Actualmente ha tenido dificultad para la concentración? | | | | | | | | | | |
| 16* ¿Se ha sentido nervioso (a), fácilmente distraído (a)? | | | | | | | | | | |
| 17* ¿Actualmente ha estado nervioso (a) o se asusta fácilmente? | | | | | | | | | | |

Fuente: Instrumento Modificado por el Investigador (Segovia; 2015)

ANEXO D

FECHA: 20/10/2014

ENTREVISTA # 01

FAMILAR MARIA DEL ZULIA NEXO HERMANA

1.: ¿COMO SE HA SENTIDO ESTOS DIAS MIENTRAS SU FAMILIAR ESTA AQUÍ EN UCI?

ENTREVISTADO: *Nawara* Doctor no es nada fácil ver a mi hermano en esa cama no es un show. Fíjese que no he dormido bien desde que lo vi con ese poco de tubos en la boca y en la nariz pero sé que mi hermano se va a salvar y va a echar *palante*. Ese es un tigre doctor sabía? Doctor mire, estar en este hospital no es tan bueno como lo pintan, pelear con los vigilantes, con los guardias para que lo dejen pasar a uno, el otro problema es que uno no tiene un sitio de descanso para uno echar un *camarón* de vez en cuando, de paso salir a cada rato hacer exámenes porque aquí nunca hay nada. Y pa' remate todas las cosas que hay, ya no tenemos plata Doctor tenemos que estar emprestado plata y debo hasta el alma. Uno no duerme tranquila ni aquí ni en la casa, lo que quiero es que mi hermano salga de esa cama, se levante y nos ayude en la casa. Mire él tiene 4 carajitos que mantener y la última aun mama teta. Como va hacer esa mujer con ese muchachero si se queda sola, no es fácil Doctor. Aquí nos ayudamos poco a poco Doctor pero es arrechó.

2.: ¿QUE SIENTES AL VERLO (A) EN ESA CAMA?

ENTREVISTADO: El primer día que lo vi ahí, pensé que me iba a desmayar, me dio muchas palpitations y comencé a sudar Doctor, después me dio una sensación con ganas de llorar y me contuve. Le hable, le agarre la mano y le dije: tigre, soy yo, maría del Zulia, papi, levántate que te estamos esperando allá afuera, maita y las niñas están bien. Coño tremendo susto nos distes pendejo pero párate de ahí pa que sigamos trabajando por la casita. Después de eso doctor me tuve que salir y me fui al final del pasillo a llorar pos no soporte ver a mi hermano ahí acostado, y que su vida dependiera de esos tubos y aparatos. Anoche por cierto, soñé que mi hermano se levantó con todos esos tubos y me dio mucho miedo, me desperté sudada y con el corazón acelerado. Esta vaina que nos echó no quiero deseársela a nadie Doctor, a nadie. Ya quiero que todo esto termine.

3.: ¿COMO HA ESTADO EL RESTO DE LA FAMILIA CON RESPECTO A LA SALUD DE TU FAMILIAR?

ENTREVISTADO: Mire Doctor la más afectada ha sido mi mama. Esa mujer no come, no duerme, se la pasa rezando y nerviosa cuando uno le habla. Ya no hayo que hacer para calmarla. Cada vez que ve a mi hermano se pone a llorar y dice que si él se muere, ella también. Es una mujer que sufre de tensión y a veces de azúcar Doctor. Las niñas de él, una tiene 7 años y la segunda 5 años, preguntan a cada rato por su papá, y la mujer no sabe que decirles, lloran por su papa. Mis otros hermanos muy poco pueden venir ya que están trabajando y ellos son los que están dando la plata para tantos exámenes y estudios. Pero

Dios mediante ese tigre va a salir. Hemos recibido mucha ayuda de los amigos y de verdad que eso no sé cómo agradecerlo.

4.: CUANDO LES LLAMAMOS PARA CONVERSAR CON USTEDES ¿QUE SIENTEN?

ENTREVISTADO: Doctor de por sí una vive con el Cristo en la boca, y la angustia *no juega carrito* y eso es todo el día, cuando ustedes los médicos y las enfermeras hablan con nosotros, me da una palpitación y empiezo a sudar frio, me da cólicos de repente doctor, y bueno ni que decir de mi mama se le sube esa tensión pensando que nos van a decir algo malo de mi hermano, y eso es llorar, a mi mama nada la alenta doctor. Yo veo a mi hermano grave pero ese se levantara doctor. A cada rato mi familia nos llaman para saber de mi hermano, gracias a Dios ustedes han sido muy claros con nosotros Doctor, Ustedes son unos ángeles doctor, sé que sus manos van a salvar a mi hermano y ese tigre va a salir. Gracias a dios y a ustedes doctor.

5.: LA CONVIVENCIA CON LOS OTROS FAMILIARES DE OTROS PACIENTES, ¿QUÉ TAL HA SIDO?

ENTREVISTADO: Oiga Doctor, aquí todos nos ayudamos como podemos, compartimos hasta la comida, y si uno no tiene algo de lo que ustedes piden y ellos lo tienen, pues no los prestan y luego lo pagamos, aquí conseguimos otra familia. Fíjese que nos prestaron una colchoneta para dormir aquí en el piso del pasillo, pero ahí nos apoyamos unos a otros Doctor y la atención de ustedes ha sido calidad, no tengo como agradecer todo lo que han hecho por mi hermano, Dios los bendiga siempre. La vida de mi hermano está en sus manos Doctor y la de Dios por supuesto.

ANEXO E

FECHA: 22/10/2014

ENTREVISTA # 02

FAMILAR CHINITA DEL LAGO NEXO ESPOSA

1.: ¿COMO SE HA SENTIDO ESTOS DIAS MIENTRAS SU FAMILIAR ESTA AQUÍ EN UCI?

ENTREVISTADO: La angustia y la incertidumbre nos lleva mal Doctor, estar aquí afuera y el metido en esa cama con tantos cables, aparatos, mangueras, tanto para mí como para su mama, que somos las que estamos aquí, ha sido bastante difícil. No dormimos bien, no comemos bien, no descansamos, eso es a cada rato que salimos corriendo hacer uno que otro examen porque aquí no lo hacen, y eso a diario es plata y plata que no tenemos. La Sra. Julia vive con ese rosario y llorando. A veces le digo que se vaya a la casa y no se quiere mover de aquí. Nosotros vivimos en su casa con mi hijo que tiene 4 años.

2.: ¿QUE SIENTES AL VERLO (A) EN ESA CAMA?

ENTREVISTADO: Me tengo que controlar Doctor, ese hombre grande y fuerte y ahora todo depende de los aparatos que lo mantienen vivo, no duro mucho en la visita porque siento que voy a llorar encima de él y pienso que eso le hace mal. Después salgo y sentada cierro los ojos y lo veo ahí dormido con tantos bichos encima. Ayer me dio una lloradera de repente y dolor en el pecho, después que me tome una acetaminofen se me calmo y hasta ya no tenía dolor de cabeza. Doctor me da mucho sentimiento, dolor, impotencia, rabia a la vez pero sé que con su ayuda y la de Dios todopoderoso mi esposo se va a levantar de ahí.

3.: ¿COMO HA ESTADO EL RESTO DE LA FAMILIA CON RESPECTO A LA SALUD DE TU FAMILIAR?

ENTREVISTADO: Todos estamos afectados, su mama, sus hermanas, su hija me pregunta a cada rato por su papa, y le digo que está viajando, que pronto viene. La mama de él que está aquí conmigo, vive con angustia y desespero por su muchacho, sus hermanas están trabajando y vienen en la noche, yo estoy aquí todo el día, gracias a Dios mi jefe sabe todo y yo le lleve la constancia que ustedes me dieron. Aquí el problema es que ya no tenemos plata y todos estamos endeudados, las tomografías y los exámenes salen caros. Ya no hayamos de donde sacar Doctor, pero ahí nos *bandeamos*.

4.: CUANDO LES LLAMAMOS PARA CONVERSAR CON USTEDES ¿QUE SIENTEN?

ENTREVISTADO: Doctor ahí siento que el corazón se me va a salir por la boca, y me da taquicardia, pienso que nos van a decir algo malo o que empeoro mi esposo. El primer día no sé si fueron los nervios o algo que me cayó mal pero me dio diarrea y tuve que parir porque en este hospital nunca hay agua y allá abajo la venden muy cara. A veces pienso que la Sra. Julia le va a dar un *beriberi* cuando nos llaman, y a veces es por pañales, sábanas

y esas cosas, pero cuando vemos que son ustedes se me pone la espalda fría. Y siempre han sido honestos y nosotros hemos estado bien claros como esta mi esposo. Solo le pido a Dios que me lo saque de esto y llevármelo a mí casa así quede como quede, él es mi esposo y lo amo.

5.: LA CONVIVENCIA CON LOS OTROS FAMILIARES DE OTROS PACIENTES, ¿QUÉ TAL HA SIDO?

ENTREVISTADO: Mire Doctor ahí uno no descansa, sentado en esa silla me duelen las coyunturas. No se duerme bien, el frío, la lluvia, los vigilantes Doctor, uno debería tener un área donde descansar, tener los corotos ordenados porque uno tiene eso ahí amontonado, un baño, eso es muy importante y no lo tenemos ya que hacemos necesidades en los baños de los pacientes de otras salas, pero no es justo. Aquí se pasa mucha necesidad Doctor, fijese que el problema del agua afecta a todos por igual y nosotros tenemos que comprar agua potable para que puedan bañar a mi esposo y eso es gasto todos los días. La directora tiene que ponerse los pantalones ya que el pobre hospital queda grande para todo lo que llega aquí doctor. Sin embargo aquí encontré apoyo con los otros familiares, y poco a poco nos estamos ayudando unos a otros.

ANEXO F

FECHA: 04/12/2014

ENTREVISTA # 03

FAMILIAR LUCIA DEL OJO NEXO MADRE G. INSTRUCCION DOCENTE INTEG

1.: ¿COMO SE HA SENTIDO ESTOS DIAS MIENTRAS SU FAMILIAR ESTA AQUÍ EN UCI?

ENTREVISTADO: He vivido estos días llenos de angustia, temor y mucha incertidumbre Doctor. La vida se me ha hecho chiquitica, es mi único hijo y no quiero quedarme sola. Mi vida esta englobada en él. Ya perdí a su hermano y es lo único que tengo. Se me hace difícil dormir Doctor, No duermo, a veces ni como, solo lo tengo a él en mis pensamientos, no miro más allá si ni hijo no está. Aquí todo hay que hacerlo afuera Doctor, como es posible, no hay laboratorio, no hay rayos x, fijese como puede estar un hospital sin agua, sin maripositas para tomar muestras, cónchale la situación en el país está bien difícil, y más cuando tenemos que sacar todo de nuestro bolsillo.

2.: ¿QUE SIENTES AL VERLO (A) EN ESA CAMA?

ENTREVISTADO: Como sé que está despierto, a pesar de que ustedes me dicen que esta con medicamentos que lo sedan, yo le doy aliento, le hablo de la casa, de los amigos que lo están esperando, que se pare que necesito tenerlo a mi lado, que es mi único muchachito y lo amo. La primera vez que entre, vi a mi hijo como muerto y eso me puso mal, son muchos los cables, aparatos y esas cosas que le ponen y siento que la vida de mi hijo está por aparatos. Estaba todo hinchado, no era mi muchachito y ahí comprendí que mi hijo está gravemente enfermo.

3.: ¿COMO HA ESTADO EL RESTO DE LA FAMILIA CON RESPECTO A LA SALUD DE TU FAMILIAR?

ENTREVISTADO: Yo soy sola Doctor, no cuento con mi familia desde hace mucho tiempo, su hermano falleció y me quede sola con él, su papa lo visita y todo pero no vivimos juntos. El si me aporta dinero para los gastos de Luis y todo eso, además me trae a veces comida pero el problema son los vigilantes allá abajo. Igual la más afectada he sido yo, y bueno aquí estoy luchando por mi hijo y confiando en Dios y en ustedes.

4.: CUANDO LE LLAMAMOS PARA CONVERSAR CON USTED ¿QUE SIENTE?

ENTREVISTADO: ehh no sé cómo explicarle, son palpitaciones, miedo y a la vez alegría, no sé en realidad que me van a decir ustedes, yo con la esperanza que me digan que mi hijo está mejor de todo esto. Los primeros 2 días a mí me daba de todo, las piernas no me daban, me temblaban cuando caminaba y cuando yo les hablaba se me cortaba la voz del miedo, vivo muy nerviosa y asustada, ya hoy me siento un poco más calmada sin embargo no logro conciliar bien el sueño, estoy comiendo la comida que venden allá abajo y eso es

caro. Ya los churupitos que tenía se me fueron en cultivos y tomografías, y para esto se necesita mucho apoyo económico. Soy sola Doctor, usted comprenderá. Aquí en este hospital debería haber de todo y no tener que estar saliendo a la calle a procesar. Ustedes han sido muy buenos y de verdad no tengo como agradecerles todo lo que han hecho por mi hijo, en sus manos está la vida de él y espero que ese gordo se levante muy pronto.

5.: LA CONVIVENCIA CON LOS OTROS FAMILIARES DE OTROS PACIENTES, ¿QUÉ TAL HA SIDO?

ENTREVISTADO: Excelente, no me puedo quejar de ellos, he obtenido más apoyo de ellos que de mi propia familia, ellos me avisan o me llaman cuando ustedes me llaman y no estoy, entre todos pagamos un solo viaje para llevar las muestras a los laboratorios, porque usted sabe que aquí nunca hay nada, y ni hablar del agua. No es justo que aquí todo el mundo pague seguro social y este hospital este en desidia. Definitivamente aquí encontré otra familia.

ANEXO G

FECHA: 26/01/2015

ENTREVISTA

FAMILAR CHIQUI DE PULGAS NEXO HIJA G. INSTRUCCION INGENIERO

1.: ¿COMO SE HA SENTIDO ESTOS DIAS MIENTRAS SU FAMILIAR ESTA AQUÍ EN UCI?

ENTREVISTADO: Doctor han sido días duros, de tanto sufrimiento y Muy mal nos sentimos Doctor. Primera vez que pasamos por esto y nosotros no somos de aquí de Valencia, vivimos en Caracas, y estamos aquí porque mi primo es médico y fue quien nos ayudó con mi papa. No es fácil viajar y quedarnos en el hospital pasando tantas penurias. No hemos dormido bien mi hijo y yo, estamos sentados ahí, esperando a que algo bueno pase con mi papa, el resto de mis hermanos están trabajando pero si vienen. No tenemos un sitio de descanso, ni donde tener las cosas que nos piden para mi papa, ni tenemos un baño privado; es horrible Doctor. Acá en el hospital nunca hay laboratorio, tenemos que estar saltando en la mañana y en la tarde viendo donde se llevan las muestras de sangre, y el otro peo es la plata, para todo tenemos que sacar cobres de donde no tenemos ya que todo se hace afuera y eso es real parejo. Nosotros estamos conscientes que él está muy mal pero yo tengo la esperanza que se va a recuperar.

2.: ¿QUE SIENTES AL VERLO (A) EN ESA CAMA?

ENTREVISTADO: No podía creer como esta mi papa con ese tubo en la boca luchando por su vida. Nunca lo había visto así tan mal, siento que mi papa se me va a morir y eso me aterra. El día que lo intubaron allá abajo sentí que el mundo se me venía encima, cuando lo vi, dije que mi papa ya estaba muerto y estaba medio vivo por la máquina. Esa imagen no se me borra de la mente, cierro los ojos y lo veo en mis pensamientos y eso me aturde. De verdad que no me siento muy bien doctor. Mi papa está mal y eso me desploma la vida. Es todo lo que tenemos y mi viejo no se me puede morir.

3.: ¿COMO HA ESTADO EL RESTO DE LA FAMILIA CON RESPECTO A LA SALUD DE TU FAMILIAR?

ENTREVISTADO: Mi hijo es quien me acompaña ahorita pero él está perdiendo clases y tiene su novia allá en caracas. Mis hermanos están trabajando todo el día y ellos me envían dinero para solventar los gastos que se necesita aquí. Yo ni cómo ni duermo bien, pero por mi papa lo hago todo. Somos 4 hermanos en total y yo soy la única hembra. Mi mama murió hace 5 años y yo me hice cargo de la casa. Gracias a Dios mi primo nos ha ayudado mucho aquí, es como un hermano más para mí y mi papa lo quiere mucho.

4.: CUANDO LE LLAMAMOS PARA CONVERSAR CON USTED ¿QUE SIENTE?

ENTREVISTADO: Salto de un solo brinco Doctor. No se imagina lo que se siente cada vez que escuchamos decir familiares del paciente X. Siento taquicardia, palpitaciones, presión en la cabeza, hasta retortijones, uno suda frio pensando lo peor, es desagradable. Pero ustedes siempre nos han hablado con la verdad y sabemos cómo a ciencia cierta las condiciones reales de mi papa. No sé de verdad como agradecer tanta atención que han tenido con mi papa y la ayuda que nos han brindado en estos momentos. La atención por su parte ha sido excelente, no me puedo quejar, la vida de mi papa está en sus manos y yo confío en Dios y en ustedes. De verdad Doctor muchas gracias.

5.: LA CONVIVENCIA CON LOS OTROS FAMILIARES DE OTROS PACIENTES, ¿QUÉ TAL HA SIDO?

ENTREVISTADO: Muy bien Doctor, aquí ellos me han brindado su apoyo, nos ayudan mucho ya que como no somos de aquí vivimos perdidos en todo y nos dicen dónde ir y donde es más económico para llevar las muestras de sangre. Aquí he visto que existe mucha consideración con los familiares, entre todos ponemos para el hielo, para las medicinas, me han llevado hasta en su carro a procesar las muestras, de verdad que puedo decir que encontré amigos en estos momentos de dolor y angustia.

TABLA NÚMERO 01

ANÁLISIS DE LA ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON

| Pregunta | 0 | | 1 | | 2 2-3 veces | | 3 4 a 6 veces | | 4 A diario | |
|---|-------|-----|---------|-----|-------------------|----|---------------------|----|---------------|-----|
| | Nunca | | A veces | | | | | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 1* ¿Actualmente has tenido imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos por lo que le sucede a tu familiar? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 42 | 29 | 58 |
| 2* ¿Actualmente has tenido pesadillas después de lo sucedido con tu familiar? | 34 | 68 | 16 | 32 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3* ¿Actualmente sientes que lo que le pasa a tu familiar lo revives también? | 0 | 0 | 50 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4* ¿Actualmente le molesta que le recuerden sobre la salud de su familiar? | 0 | 0 | 50 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5* ¿Presenta temblores, sudoraciones, palpitaciones, náuseas o diarrea cada vez que le hablan de su familiar en UCI? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 100 |
| 6* ¿Actualmente ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre lo que le sucede a tu familiar estando en UCI? | 0 | 0 | 36 | 72 | 14 | 28 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7* ¿Actualmente evitar hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden sobre lo que le sucede a tu familiar? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 100 |
| 8* ¿Actualmente se siente incapaz de recordar cosas importantes después de lo que le sucede a su familiar? | 0 | 0 | 32 | 64 | 18 | 36 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9* ¿Actualmente siente dificultad para disfrutar de las cosas? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 100 |
| 10* ¿Actualmente se siente distante o alejado (a) de la gente? | 0 | 0 | 50 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11* ¿Actualmente se siente incapaz de tener sentimientos de tristeza o afecto? | 50 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12* ¿Actualmente ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 32 | 64 | 18 | 36 |
| 13* ¿Actualmente ha tenido dificultad para mantener o conciliar el sueño? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 | 54 | 23 | 46 |
| 14* ¿Actualmente ha estado irritable o con ataques de ira? | 37 | 74 | 13 | 26 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15* ¿Actualmente ha tenido dificultad para la concentración? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34 | 68 | 16 | 32 |
| 16* ¿Se ha sentido nervioso (a), fácilmente distraído (a)? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34 | 68 | 16 | 32 |
| 17* ¿Actualmente ha estado nervioso (a) o se asusta fácilmente? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado por el Investigador (Segovia; 2015)

TABLA NÚMERO 02

**PRESENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
SEGÚN EL SEXO**

| Estrés Postraumático | No | | Si | | Total | |
|---------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|--------------|----------|
| | F | % | F | % | f | % |
| Femenino | 17 | 34 | 18 | 36 | 35 | 70 |
| Masculino | 3 | 6 | 12 | 24 | 15 | 30 |
| Total | 20 | 40 | 30 | 60 | 50 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado por el Investigador (Segovia; 2015)

TABLA NÚMERO 03

**PRESENCIA DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO
SEGÚN NEXO FAMILIAR**

| Estrés Postraumático | No | | Si | | Total | |
|---------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|--------------|----------|
| | F | % | F | % | F | % |
| Hermano/a | 8 | 16 | 12 | 24 | 20 | 40 |
| Madre | 5 | 10 | 7 | 14 | 12 | 24 |
| Padre | 0 | 0 | 4 | 8 | 4 | 8 |
| Primo/a | 3 | 6 | 5 | 10 | 8 | 16 |
| Tío/a | 4 | 8 | 2 | 4 | 6 | 12 |
| Total | 20 | 40 | 30 | 60 | 50 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado por el Investigador (Segovia; 2015)

TABLA NÚMERO 04

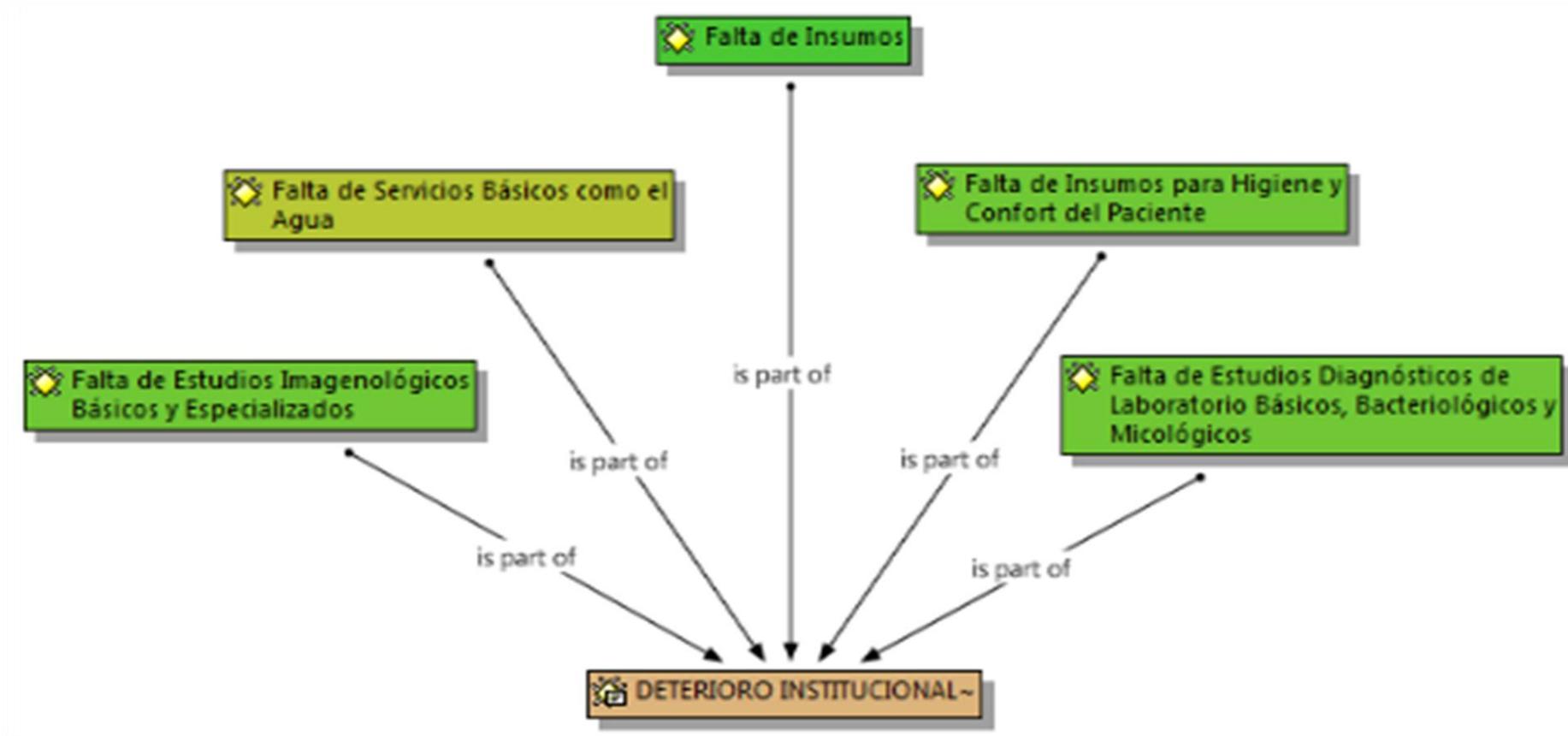
**FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO**

| PREGUNTA | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | |
|---|-------|---|---------|---|-------------|---|-------------|----|----------|-----|
| | Nunca | | A veces | | 2 a 3 veces | | 4 a 6 veces | | A diario | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| ¿Actualmente ha estado nervioso (a) o se asusta fácilmente? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 100 |
| ¿Presenta temblores, sudoraciones, palpitaciones, náuseas o diarrea cada vez que le hablan de su familiar en UCI? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 100 |
| ¿Actualmente evitar hacer cosas o estar en situaciones que le recuerden sobre lo que le sucede a tu familiar? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 100 |
| ¿Actualmente siente dificultad para disfrutar de las cosas? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 100 |
| ¿Actualmente has tenido imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos por lo que le sucede a tu familiar? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 42 | 29 | 58 |
| ¿Actualmente ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 32 | 64 | 18 | 36 |
| ¿Actualmente ha tenido dificultad para mantener o conciliar el sueño? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 | 54 | 23 | 46 |
| ¿Actualmente ha tenido dificultad para la concentración? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34 | 68 | 16 | 32 |
| ¿Se ha sentido nervioso (a), fácilmente distraído (a)? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34 | 68 | 16 | 32 |

Fuente: Instrumento aplicado por el Investigador (Segovia; 2015)

GRÁFICO NÚMERO 01

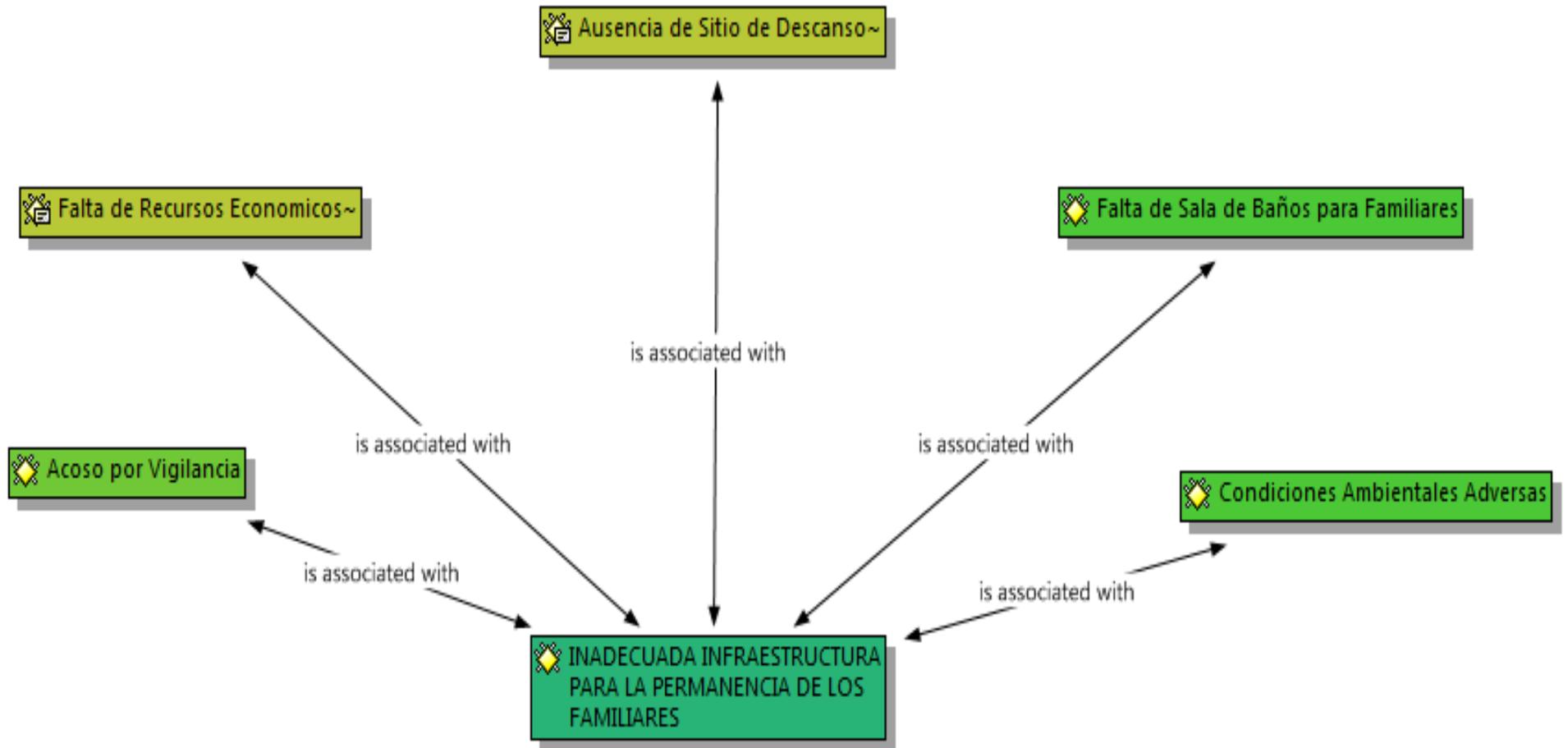
SUBCATEGORÍA: DETERIORO INSTITUCIONAL



Fuente: Estrés postraumático en familiares de paciente crítico. Segovia Ceballos, Miguel A. 2015

GRÁFICO NÚMERO 02

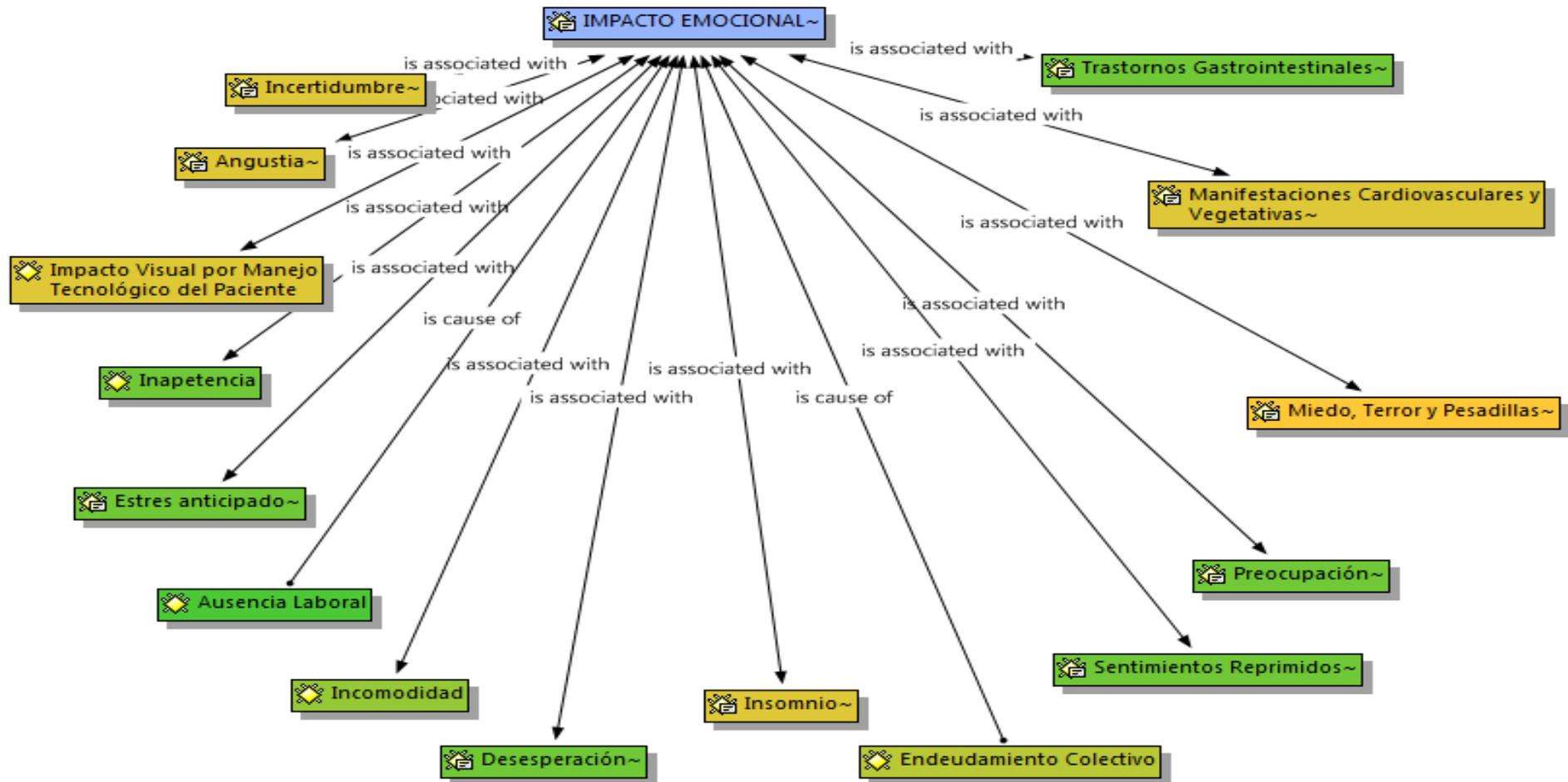
SUBCATEGORÍA: INFRAESTRUCTURA INADECUADA PARA LA PERMANENCIA DE LOS FAMILIARES



Fuente: Estrés postraumático en familiares de paciente crítico. Segovia Ceballos, Miguel A. 2015

GRÁFICO NÚMERO 03

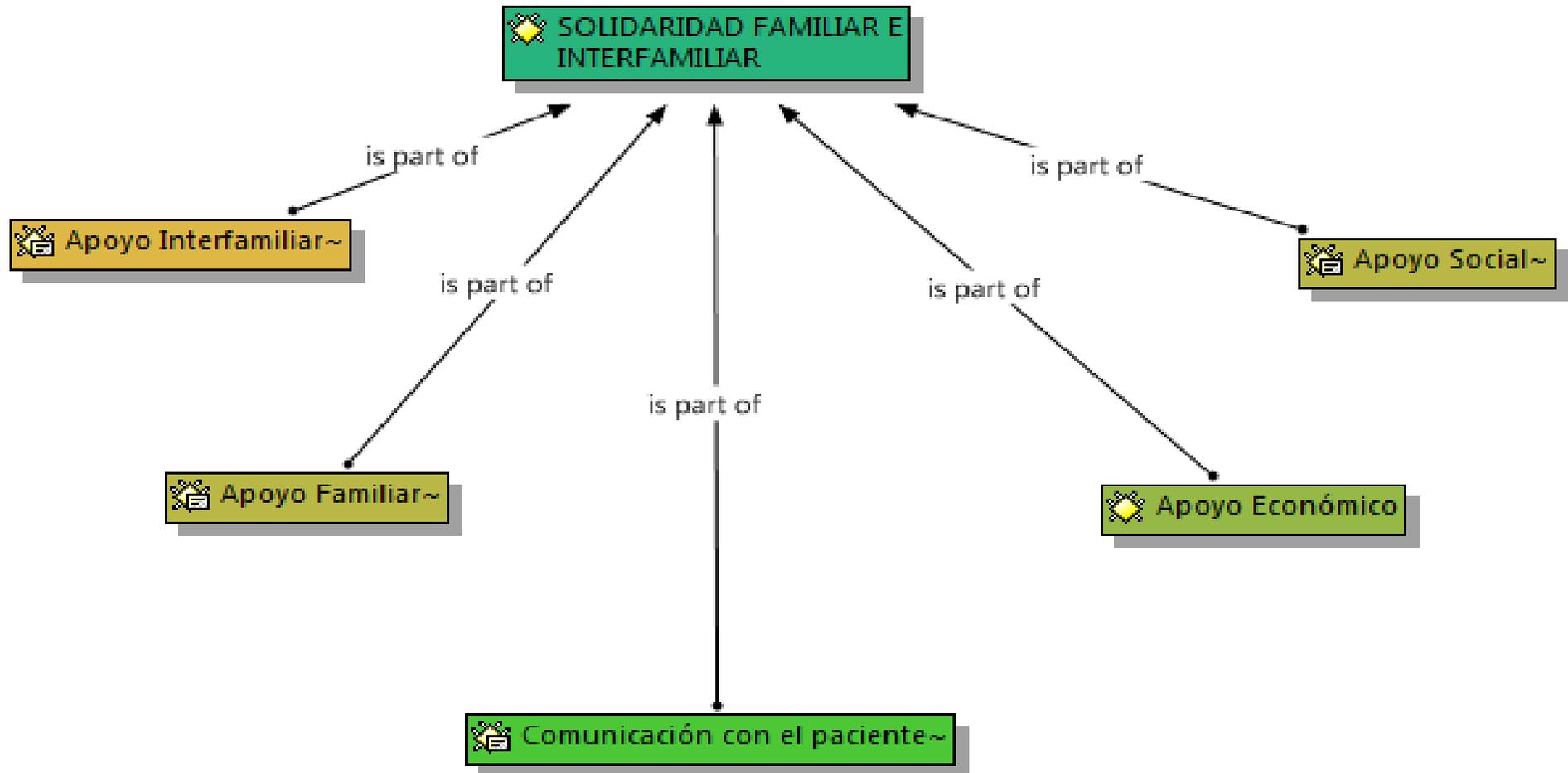
SUBCATEGORÍA: IMPACTO EMOCIONAL



Fuente: Estrés postraumático en familiares de paciente crítico. Segovia Ceballos, Miguel A. 2015

GRÁFICO NÚMERO 04

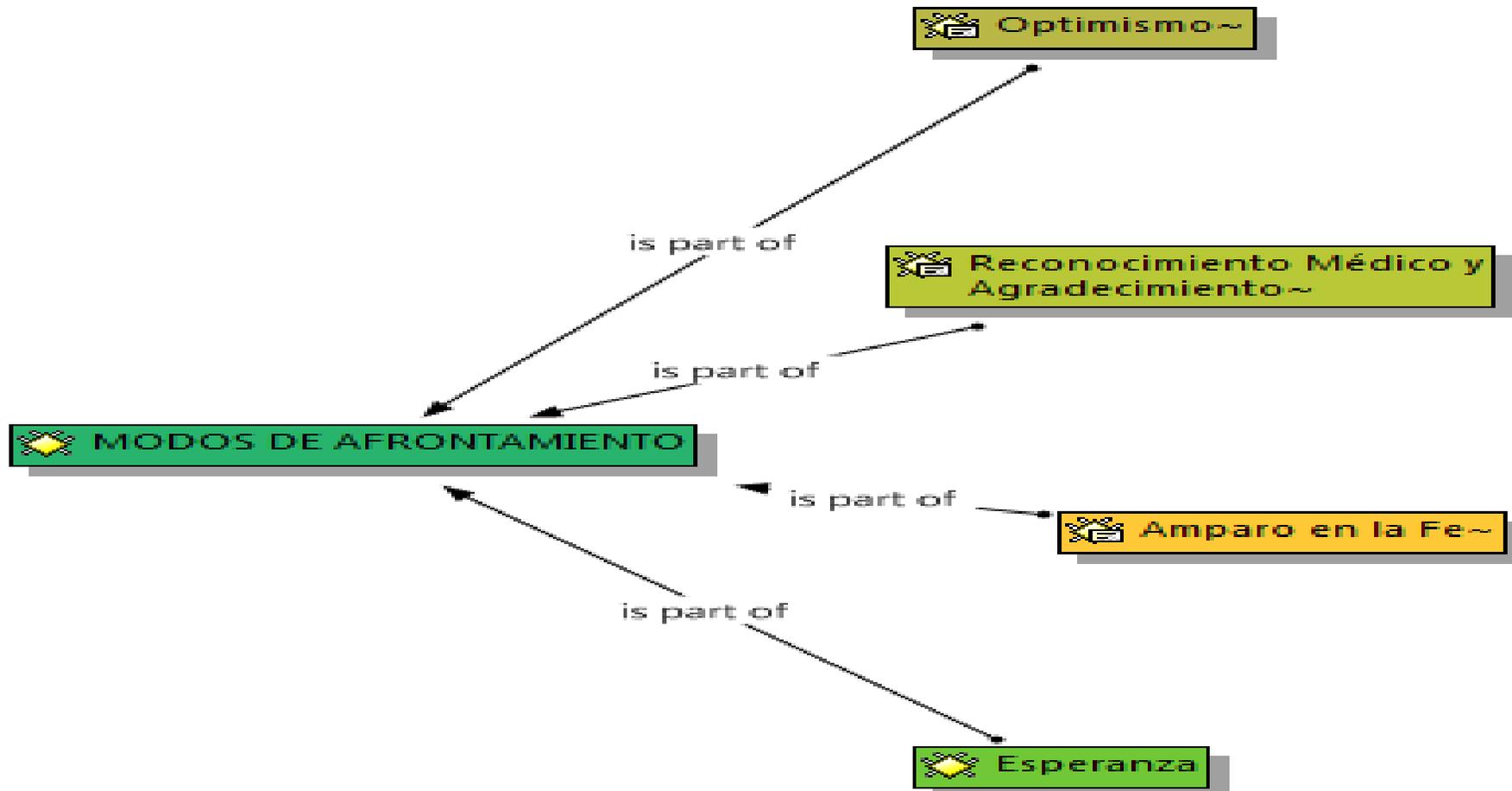
SUBCATEGORÍA: SOLIDARIDAD FAMILIAR E INTERFAMILIAR



Fuente: Estrés postraumático en familiares de paciente crítico. Segovia Ceballos, Miguel A. 2015

GRÁFICO NÚMERO 05

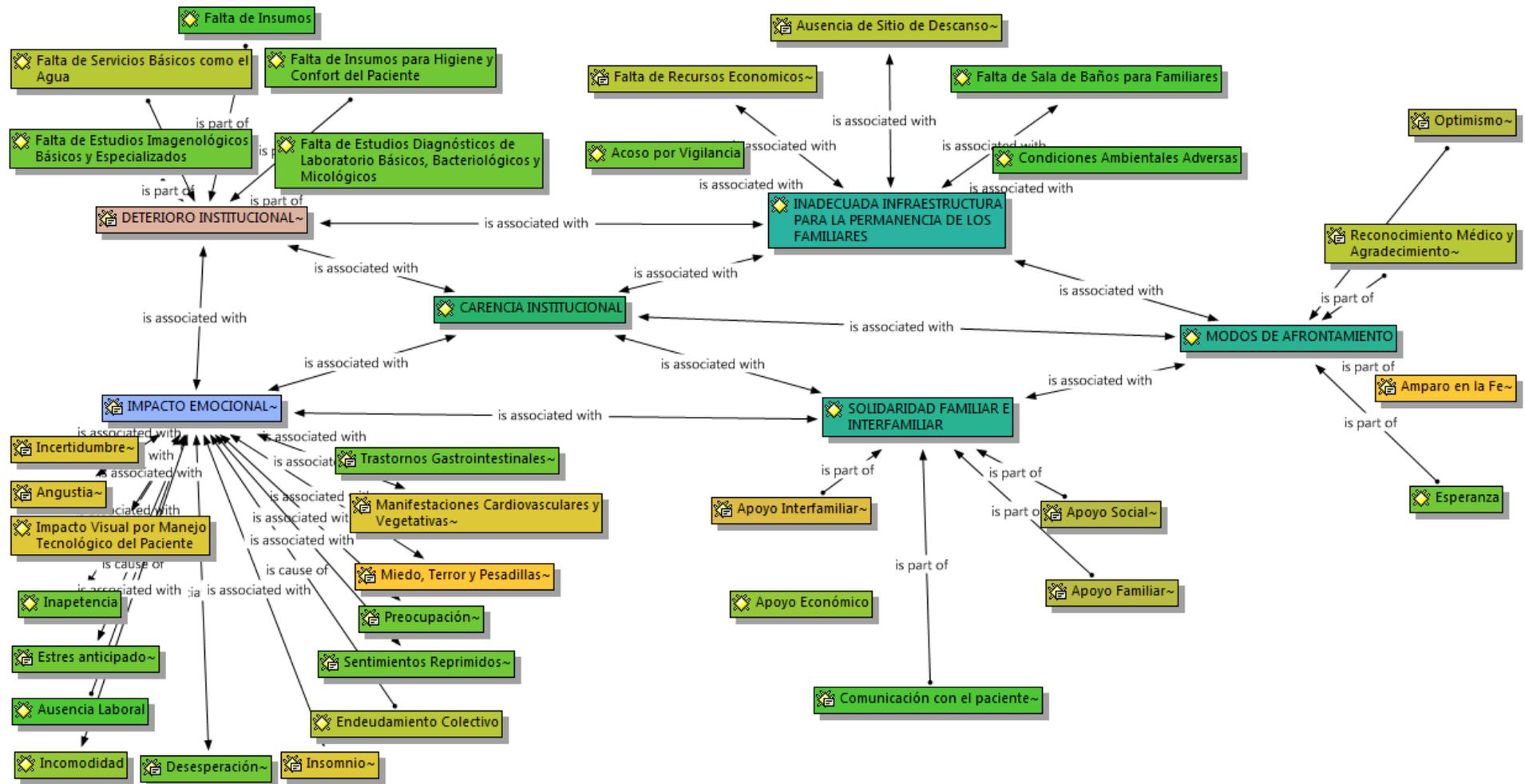
SUBCATEGORÍA: MODOS DE AFRONTAMIENTO



Fuente: Estrés postraumático en familiares de paciente crítico. Segovia Ceballos, Miguel A. 2015

GRÁFICO NÚMERO 07

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN FAMILIARES DE PACIENTE CRÍTICO



Fuente: Estrés posttraumático en familiares de paciente crítico. Segovia Ceballos, Miguel A. 2015

FICHA EPISTEMOLÓGICA

SUBCATEGORÍA: DETERIORO INSTITUCIONAL

| SUBCATEGORÍA | CÓDIGOS | SIGNIFICADO | INTERPRETACIÓN |
|--------------------------------|--|---|---|
| DETERIORO INSTITUCIONAL | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de insumos para higiene y confort del paciente • Falta de insumos • Falta de estudios diagnósticos de laboratorio básicos, bacteriológicos y micológicos • Falta de estudios imagenológicos básicos y especializados • Falta de servicios básicos como el agua | <ul style="list-style-type: none"> • “es por pañales, sábanas y esas cosas” • “comprar agua potable para que puedan bañar a mi esposo” • “sin maripositas para tomar muestras” • “hacer uno que otro examen porque aquí no lo hacen” • “no hay rayos x” • “salir a cada rato hacer exámenes porque aquí nunca hay nada” • “hacer uno que otro examen porque aquí no lo hacen” • “tuve que parir porque en este hospital nunca hay agua” • “fijese que el problema del agua afecta a todos por igual” • “fijese como puede estar un hospital sin agua” • “usted sabe que aquí nunca hay nada, y ni hablar del agua” | <p>En esta subcategoría se destaca la falta o ausencia de los diversos insumos para el confort e higiene del paciente en cama, insumos médicos de alto costo englobando de igual forma los medicamentos, faltas de estudios de laboratorio básicos y especializados diagnósticos y terapéuticos, así como estudios de Imagenología básica y especializada, como también la falla en lo que respecta al agua para el baño del paciente; esto es de gran importancia resaltar puesto que toda esta responsabilidad queda en manos de los familiares quienes tienen que suplir estas necesidades para la adecuada atención del paciente crítico.</p> |

Fuente: Estrés postraumático en familiares de paciente crítico. Segovia Ceballos, Miguel A. 2015

FICHA EPISTEMOLÓGICA

SUBCATEGORÍA: INADECUADA INFRAESTRUCTURA PARA LA PERMANENCIA DE LOS FAMILIARES

| SUBCATEGORÍA | CÓDIGOS | SIGNIFICADO | INTERPRETACIÓN |
|---|---|---|--|
| INADECUADA INFRAESTRUCTURA PARA LA PERMANENCIA DE LOS FAMILIARES | <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de sitio de descanso • Falta de salas de baño para familiares • Condiciones ambientales adversas • Falta de recursos económicos • Acoso por vigilancia | <ul style="list-style-type: none"> • “uno no tiene un sitio de descanso” • “No se duerme bien, el frio, la lluvia, los vigilantes Doctor, uno debería tener un área donde descansar” • “Yo ni cómo ni duermo bien” • “No tenemos un sitio de descanso, ni donde tener las cosas que nos piden” • “un baño, eso es muy importante y no lo tenemos ya que hacemos necesidades en los baños de los pacientes de otras salas” • “No se duerme bien, el frio, la lluvia” • “Mis otros hermanos muy poco pueden venir ya que están trabajando y ellos son los que están dando la plata para tantos exámenes y estudios” • “no tenemos plata Doctor tenemos que estar emprestado plata y debo hasta el alma” • “eso a diario es plata y plata que no tenemos” • “ya no tenemos plata y todos estamos endeudados” • “pelear con los vigilantes, con los guardias para que lo dejen pasar a uno” • “el problema son los vigilantes allá abajo” | <p>Los familiares no cuentan con un espacio adecuado para su permanencia dentro de la institución. En esta subcategoría se refleja la falta o ausencia de un área confortable con sala de baño para los familiares; teniendo en cuenta que los mismos, deben permanecer en áreas cercanas a la UCI, debido a las repetidas oportunidades de llamado para solicitud de enceres o bien para realización de estudios de laboratorio o imagenológicos que no se dispone en el hospital. Todo esto se engloba en un estrés generalizado, que por demás repercute en su entorno bio psico social, además genera en el entorno familiar descontento, aunado al endeudamiento colectivo ya que todo ocasiona gastos que no cubre la institución y por consiguiente los familiares tienen que suplir estas necesidades de su paciente en cuidados intensivos.</p> <p>Refieren constantes conflictos con el personal de seguridad, además no tienen donde resguardar sus pertenencias ni las de su paciente debido a las condiciones ambientales, teniendo en cuenta que por las noches, el frio es inminente, ocasionando así disconfort en ellos, amaneciendo fatigados, no comprendiendo así adecuadamente la información, siendo esto de gran importancia para el avance en cuanto a métodos diagnósticos y terapéuticos en el paciente crítico.</p> |

Fuente: Estrés postraumático en familiares de paciente crítico. Segovia Ceballos, Miguel A. 2015

FICHA EPISTEMOLÓGICA

SUBCATEGORÍA: IMPACTO EMOCIONAL

| SUBCATEGORÍA | CÓDIGOS | SIGNIFICADO | INTERPRETACIÓN |
|--------------------------|---|--|--|
| IMPACTO EMOCIONAL | <ul style="list-style-type: none"> • Incertidumbre • Angustia • Impacto visual por manejo tecnológico en el paciente • Inapetencia • Estrés anticipado • Ausencia laboral • Incomodidad • Desesperación • Insomnio | <ul style="list-style-type: none"> • “Doctor ahí siento que el corazón se me va a salir por la boca, y me da taquicardia, pienso que nos van a decir algo malo o que empeoro mi esposo” • “He vivido estos días llenos de angustia, temor y mucha incertidumbre Doctor” • “ehh no sé cómo explicarle, son palpitaciones, miedo y a la vez alegría, no sé en realidad que me van a decir ustedes, yo con la esperanza que me digan que mi hijo está mejor de todo esto” • “Salto de un solo brinco Doctor. No se imagina lo que se siente cada vez que escuchamos decir familiares del paciente X. Siento taquicardia, palpitaciones, presión en la cabeza, hasta retortijones, uno suda frio pensando lo peor, es desagradable” • “La mama de él que está aquí conmigo, vive con angustia y desespero por su muchacho” • “La angustia y la incertidumbre nos lleva mal Doctor, estar aquí afuera y el metido en esa cama” • “He vivido estos días llenos de angustia, temor y mucha incertidumbre Doctor” • “el metido en esa cama con tantos cables, aparatos, mangueras” • “ahora todo depende de los aparatos que lo mantienen vivo” • “son muchos los cables, aparatos y esas cosas que le ponen y siento que la vida de mi hijo está por aparatos. Estaba todo hinchado” • “a veces ni como” | <p>En vista de una fuerte repercusión psicobiosocial, producida por un estado emotivo intenso, el familiar, refleja un estado de shock inicial, al ver su ser querido en condiciones críticas, situación inesperada para ellos. La angustia, la incertidumbre que se genera en estos, altera su estado emocional por consiguiente desarrollan estrés secundario al trauma que vive, al igual que emociones negativas. De igual forma existe ese impacto emocional generado por la visualización del paciente debido al manejo tecnológico para su terapéutica; tanto equipos como monitores de alta tecnología en el paciente crítico, así como múltiples invasiones dadas por Tubos Endotraqueales, Catéteres Endovenosos; Sondas de drenaje gástrico o de alimentación que se pueden visualizar a nivel de nariz o boca; Electrodo Magnético a nivel del pecho; Sondas Vesicales, Etc... Los mismos se imaginan a un paciente en otras condiciones, y que al ser vistos por vez primera, causan impacto visual ante lo que ellos no se esperaban ver, y perciben que la vida de su familiar está en peligro, dependiendo así de la tecnología que se le aplica al paciente. Al realizar llamado para conversar con ellos, se condicionan a una situación estresante, alarmante y negativa, por el gran miedo e incertidumbre de saber el estado de salud de su paciente. Ellos sienten gran temor de manifestar sus emociones cerca o encima del paciente, por lo que limitan la estancia en el momento de la visita, al igual manifiestan sentimientos de terror y angustia. Para ellos, la prioridad es, la atención de su paciente en UCI, descuidando así su salud, su alimentación, su trabajo y además su estado mental por la limitación que tienen de dormir, comer y descansar que eso se acentúa más aun por no contar con un espacio físico disponible y adecuado para su reposo y estancia; esto genera diversas</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Endeudamiento colectivo • Sentimientos reprimidos • Preocupación • Miedo, Terror y Pesadillas • Manifestaciones Cardiovasculares y Vegetativas • Trastornos Gastrointestinales | <ul style="list-style-type: none"> • “yo estoy aquí todo el día, gracias a Dios mi jefe sabe todo” • “tener los corotos ordenados porque uno tiene eso ahí amontonado” • “No hemos dormido bien mi hijo y yo, estamos sentados ahí” • “no tenemos plata Doctor tenemos que estar prestado plata y debo hasta el alma” • “ya no tenemos plata y todos estamos endeudados” • “Ya los churupitos que tenía se me fueron en cultivos y tomografías” • “no duro mucho en la visita porque siento que voy a llorar encima de él y pienso que eso le hace mal” • “estar aquí afuera y el metido en esa cama” • “Anoche por cierto, soñé que mi hermano se levantó con todos esos tubos y me dio mucho miedo” • “cuando yo les hablaba se me cortaba la voz del miedo, vivo muy nerviosa y asustada” • “siento que mi papa se me va a morir y eso me aterra” • “mi mama se le sube esa tensión” • “pensé que me iba a desmayar, me dio muchas palpitations y comencé a sudar” • “me dio una lloradera de repente y dolor en el pecho” • “siento que el corazón se me va a salir por la boca, y me da taquicardia” • “Siento taquicardia, palpitations, presión en la cabeza, hasta retortijones, uno suda frio” • “me da cólicos de repente doctor” • “algo que me cayó mal pero me dio diarrea” | <p>manifestaciones gastrointestinales, como diarrea, cólicos, lo que ellos manifiestan como retortijones; de igual forma presentan manifestaciones cardiovasculares y vegetativas, en virtud de que estos, la mayoría son personas mayores de edad, con diversas patologías de base, inclusive estas se ven descompensadas, por descuido temporal del tratamiento, así mismo falta de auto cuidado para atender las necesidades de su familiar enfermo.</p> |
|--|---|--|---|

Fuente: Estrés postraumático en familiares de paciente crítico. Segovia Ceballos, Miguel A. 2015

FICHA EPISTEMOLÓGICA

SUBCATEGORÍA: SOLIDARIDAD FAMILIAR E INTERFAMILIAR

| SUBCATEGORÍA | CÓDIGOS | SIGNIFICADO | INTERPRETACIÓN |
|--|--|---|--|
| SOLIDARIDAD FAMILIA E INTERFAMILIAR | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar • Apoyo interfamiliar • Comunicación con el paciente • Apoyo económico • Apoyo social | <ul style="list-style-type: none"> • “además me trae a veces comida” • “estamos aquí porque mi primo es médico y fue quien nos ayudó con mi papa” • “Mis hermanos están trabajando todo el día y ellos me envían dinero para solventar los gastos que se necesita aquí” • “Gracias a Dios mi primo nos ha ayudado mucho aquí” • “Oiga Doctor, aquí todos nos ayudamos como podemos, compartimos hasta la comida, y si uno no tiene algo de lo que ustedes piden y ellos lo tienen, pues no los prestan y luego lo pagamos, aquí conseguimos otra familia. Fíjese que nos prestaron una colchoneta para dormir aquí en el piso del pasillo, pero ahí nos apoyamos unos a otros Doctor” • “aquí encontré apoyo con los otros familiares” • “entre todos pagamos un solo viaje para llevar las muestras a los laboratorios” • “encontré amigos en estos momentos de dolor y angustia” • “Como sé que está despierto, a pesar de que ustedes me dicen que esta con medicamentos que lo sedan, yo le doy aliento, le hablo de la casa, de los amigos que lo están esperando, que se pare que necesito tenerlo a mi lado, que es mi único muchachito y lo amo” • “Hemos recibido mucha ayuda de los amigos y de verdad que eso no sé cómo agradecerlo” • “la ayuda que nos han brindado en estos momentos” | <p>La solidaridad en todo acto mediante el cual una persona realiza acciones en beneficio de otro sin espera de reconocimiento a cambio. Es la base de la sociedad, si se tiene en cuenta que debemos cuidarnos unos con otros. En esta subcategoría se resalta el valor de la solidaridad familiar y aún más la interfamiliar, jugando un papel preponderante con respecto a la situación de estrés que atraviesan por la condición crítica de salud de su paciente. Este sentimiento existente entre los familiares de un paciente en UCI, donde los mismos comparten enceres, comida, se prestan la ayuda necesaria para poder solventar en lo que pueden sobre la situación que se les presenta, se crea una gran empatía entre ellos, un nexo fraternal. Todos tienden a ser muy sociables, se apoyan en cualquier circunstancia, incluyendo apoyo logístico y económico en lo que respecta a traslado de muestras fuera de la institución, además del apoyo emocional ante el estrés generado por la gravedad de su familiar.</p> <p>La amistad es un sentimiento invaluable, y ante la situación de estrés debido al trauma, los familiares se apoyan en cada ámbito y posterior a la salida de su familiar en UCI, se mantiene el contacto, sobrepasando las barreras de la institución.</p> |

Fuente: Estrés postraumático en familiares de paciente crítico. Segovia Ceballos, Miguel A. 2015

FICHA EPISTEMOLÓGICA

SUBCATEGORÍA: MODOS DE AFRONTAMIENTO

| SUBCATEGORÍA | CÓDIGOS | SIGNIFICADO | INTERPRETACIÓN |
|-------------------------------|---|--|---|
| MODOS DE AFRONTAMIENTO | <ul style="list-style-type: none"> • Optimismo • Reconocimiento Médico y agradecimiento • Amparo en la fe • Esperanza | <ul style="list-style-type: none"> • “Yo veo a mi hermano grave pero ese se levantara doctor” • “Como sé que está despierto, a pesar de que ustedes me dicen que esta con medicamentos que lo sedan, yo le doy aliento, le hablo de la casa, de los amigos que lo están esperando, que se pare que necesito tenerlo a mi lado, que es mi único muchachito y lo amo” • “Ustedes han sido muy buenos y de verdad no tengo como agradecerles todo lo que han hecho por mi hijo, en sus manos está la vida de él y espero que ese gordo se levante muy pronto” • “Nosotros estamos conscientes que él está muy mal pero yo tengo la esperanza que se va a recuperar” • “Doctor, Ustedes son unos ángeles doctor” • “mi hermano está en sus manos Doctor” • “de verdad no tengo como agradecerles todo lo que han hecho” • “la vida de mi papa está en sus manos” • “se la pasa rezando y nerviosa” • “mi hermano está en sus manos Doctor y la de Dios por supuesto” • “sé que con su ayuda y la de Dios todopoderoso mi esposo se va a levantar de ahí” • “Solo le pido a Dios que me lo saque de esto” • “bueno aquí estoy luchando por mi hijo y confiando en Dios y en ustedes” • “Nosotros estamos conscientes que él está muy mal pero yo tengo la esperanza que se va a recuperar” • “yo confío en Dios” • “sé que mi hermano se va a salvar y va a echar <i>palante</i>” | <p>Los familiares en medio de la situación que viven por el estado crítico de su paciente, deciden poner en marcha distintos modos de afrontamiento centrados en sus emociones. Los mismos se amparan en la fe, en la esperanza, en lo que ellos creen que podrá mejorar el estado de salud de su paciente en condiciones críticas. Indistintamente de la religión a la que pertenezcan, la fe, es el mayor de los sentimientos que los familiares reflejan en todo momento; son amables y agradecidos con las acciones pertinentes a mejorar la salud y calidad de vida de su paciente, por lo que no escatiman mostrar sus manifestaciones de agradecimiento y reconocimiento hacia el personal médico y en general al equipo de salud.</p> |

Fuente: Estrés postraumático en familiares de paciente crítico. Segovia Ceballos, Miguel A. 2015