

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**Vivencias de la Familia con Paciente Internado en Unidad de Cuidado
Intensivo UCI**

Marcela Elizabeth Merchán Espitia

Trabajo de investigación para optar al título de Maestría en Bioética

Directores

Temático: Doctor Gilberto Alfonso Gamboa Bernal

Metodológica: Doctora Merideidy Plazas Vargas



Universidad de La Sabana

Facultad de Medicina

Chía, 2017

TÍTULO

**VIVENCIAS DE LA FAMILIA CON PACIENTE INTERNADO EN UNIDAD DE
CUIDADO INTENSIVO UCI**



AGRADECIMIENTOS

Agradezco la colaboración a los asesores: temático, Doctor Gilberto Gamboa y metodológico, Doctora Merideidy Plazas. Quienes con su dedicación y acompañamiento, ofrecieron lo mejor de su tiempo para la culminación de esta investigación.

Agradezco al personal de la Clínica de la Universidad de La Sabana, que con su aporte contribuyó a la realización del trabajo.

Agradezco a las personas que fueron apoyo con sus ideas sobre la marcha del trabajo, porque con ellas hicieron de la tarea un continuo aprendizaje.

Agradezco a mi familia su grata compañía e interés por los avances y por la fuerza espiritual porque fueron la motivación en el desarrollo de este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

1. Resumen.....	7
2. Descripción del problema.....	8
2.1 Pregunta de Investigación y su justificación.....	8
3. Marco Teórico.....	10
3.1 Introducción.....	10
3.2 Principio de Beneficencia.....	11
3.2.1 Definición	14
3.2.2 Beneficencia: riesgo-beneficio	15
3.2.3 Beneficencia paternalista.....	15
3.2.4 Beneficencia y autonomía de la persona	17
3.3 Familia	18
3.3.1 Familia con paciente en UCI	20
3.3.2 Algunos aspectos descriptivos de la UCI	21
3.3.2.1 Ingreso súbito del familiar a UCI	21
3.3.2.2 Expectativa de la evolución clínica del familiar en UCI	22
3.3.2.3 Aislamiento físico del familiar en la UCI.....	23
3.3.3 Factores que influyen en la familia con paciente politraumatizado en UCI	23
3.3.3.1 Factor emocional.....	24
3.3.3.2 Factor laboral	25
3.3.3.3 Factor económico	26
3.3.4 Algunas de las principales necesidades de la familia con paciente politraumatizado en UCI	27
3.3.4.1 Información.....	28
3.3.4.2 Relación del personal de enfermería con la familia.....	29
3.3.4.3 Espacios físicos	30
3.3.4.4 Acompañamiento del personal especializado a la familia	31
3.3.5 Vivencias de la familia con paciente en UCI.....	32
3.3.5.1 Ansiedad	33
3.3.5.2 Estrés	34
3.3.5.3 Sufrimiento	35

4. Objetivos	37
4.1 Objetivo general:	37
4.2 Objetivos específicos:	37
5. Metodología	38
5.1 Tipo de investigación	38
5.2 Población a estudio	38
5.2.1 Selección de la población	38
5.2.2 Instrumento	38
5.2.3 Técnicas de recolección de datos	38
5.3 Rigor Metodológico	39
5.3.1 Triangulación	39
5.3.2 Transferibilidad	40
5.3.3 Flexibilidad	40
5.3.4 Confirmabilidad	40
5.4. Aspectos relacionados con la recolección de los datos	40
6. Análisis de resultados	42
6.2 Vivencias de la familia con paciente politraumatizado en UCI	44
6.3 Necesidades de la familia con paciente politraumatizado en UCI	46
6.4 Factor emocional	47
6.5 Factor económico	47
6.6 Afrontamiento de la familia con paciente politraumatizado en UCI	48
6.7 Acompañamiento a la familia con paciente politraumatizado en UCI	51
7. Consideraciones Éticas	54
7.1 Consideración del riesgo ético	54
7.2 Respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de la familia	54
7.3 Garantía de la confidencialidad.	54
7.4 Formato de consentimiento informado	54
7.5 Compromiso a divulgar los resultados del estudio	55
7.6 Compromiso a publicar los resultados del estudio	55
8. Discusión	56
9. Conclusiones	59
Referencias Bibliográficas	60

Anexos	67
Anexo 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE FAMILIA	67
Anexo 2 ENTREVISTA	69

1. Resumen

Este trabajo intentó conocer las vivencias de la familia con paciente politraumatizado hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo durante una semana o más y buscó identificar las necesidades y la forma como afrontaron esa realidad.

Para explorar esa situación, la población seleccionada fue el cónyuge o hijo/a del paciente descrito, quien libremente aceptó mediante el consentimiento informado el uso del audio que aseguró la información para el análisis de resultados.

De esta forma y con el interrogante ¿qué ha pasado en esos ocho días?, el participante verbalizó la experiencia y por medio de la entrevista semiestructurada se identificaron las categorías, las sub-categorías y los códigos apropiados, la observación resultó durante el proceso de la entrevista en la que el participante manifestó con el lenguaje no verbal las emociones experimentadas.

En el estudio los participantes, expresaron con firmeza las características de la vivencia y las necesidades de la familia en esos ocho días. Además, manifestaron la importancia del acompañamiento por parte del equipo de salud porque consideraron que el evento dificultó la estabilidad y la armonía del vínculo familiar.

Lo anterior explicó que desde el principio de beneficencia hay la exigencia del equipo de salud especializado para cuidar a la familia en etapas vulnerables porque atentaron contra la calidad de vida del grupo familiar.

2. Descripción del problema

2.1 Pregunta de Investigación y su justificación

¿Cuáles son las vivencias de la familia en primer grado de consanguinidad con un paciente politraumatizado en UCI por una semana o más en la Clínica de la Universidad de La Sabana entre los meses de abril y mayo de 2017?

La familia que experimenta la novedad súbita de paciente crítico, vive una situación vulnerable que disminuye la calidad de vida de cada uno de los integrantes del grupo.

En una semana el núcleo identifica características que logran desestabilizar la vida familiar y que solicitan el apoyo del equipo de salud tratante para mitigar el sufrimiento que se produce por la agresividad del suceso.

Lo anterior se convierte en una urgencia familiar que reclama beneficios a cada uno de los integrantes del núcleo y especialmente al más afectado.

En la actualidad la familia con paciente hospitalizado en UCI de la Clínica de la Universidad de La Sabana, recibe una charla realizada por el área de psicología, que dispone a la familia para la aceptación del ingreso del ser querido a UCI.

Con estos precedentes el equipo de salud tratante debe estar listo para suplir las necesidades que se generan en el interior del grupo familiar. Se plantea el conocimiento de las prioridades que tiene el grupo familiar para acompañar y escuchar la realidad en la que vive.

Este trabajo se proyecta a hacer una aproximación a la familia en situación vulnerable, porque la presentación súbita de la novedad representa desajustes en la armonía del núcleo y desde el Principio de Beneficencia hacer un intento por suministrar las herramientas que disminuyan los riesgos y aumenten los beneficios en cada familia.

El apoyo a la familia resulta positivo en todas las etapas del ciclo vital de la persona humana y existen evidencias que manifiestan la total disposición para recibir la ayuda oportuna.

En momentos de vulnerabilidad la familia refleja de forma no verbal el vacío que tiene cada uno de los integrantes del núcleo. Esto permite abordar la situación de forma espontánea y natural.

Los momentos difíciles representan una ocasión oportuna para crecer, mejorar o madurar el ambiente familiar. Esto reclama el acercamiento por parte del equipo de salud para aliviar las necesidades secundarias al evento insospechado.

Desde el principio de beneficencia se facilita la disminución de los riesgos producidos en el interior del grupo familiar y permite que la acción médica cumpla con seriedad y compromiso su misión.

3. Marco Teórico

3.1 Introducción

Resulta imprescindible el interés por conocer las vivencias de la familia con paciente en UCI con diagnóstico de politrauma, para que la calidad de vida se conserve o se recupere en cada uno de los integrantes el núcleo familiar. Es evidente que se requiera el deseo de actuar con la mejor disposición por alcanzar los objetivos que cooperan al bien común y garantizan la calidad de vida de la persona y de la familia.

Desde el Principio de Beneficencia –que se explicará más adelante- se hace necesaria la insistencia por elaborar conceptos que defiendan los deberes de instruir y de aconsejar, enmarcados por el riesgo-beneficio que causa la novedad en la familia que tiene paciente con poli trauma con el fin de tener un criterio recto y coherente que oriente los actos y favorezca la autonomía evitando la visión paternalista en el proceso.

Además, es importante conocer los aspectos originados por el ingreso súbito de un paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo y la expectativa que se genera por el aislamiento físico igualmente se deben describir los factores que influyen en la familia que se encuentra en esas circunstancias. Asimismo el grupo familiar experimenta necesidades concretas y significativas que generan reacciones llamativas en la calidad de vida de cada uno de los integrantes del grupo.

La aproximación a la familia exige al equipo de salud tratante y especializado aplicar de manera adecuada y oportuna todos los medios posibles para recuperar o conservar la calidad de vida en cada uno de sus integrantes, como hemos dicho anteriormente.

Con lo anterior este trabajo va dirigido a la práctica médica y acentúa su responsabilidad en los hechos de acuerdo a las circunstancias que vive la familia con paciente politraumatizado en UCI.

El equipo tratante debe ser cuidadoso con los familiares del paciente hospitalizado en la UCI que experimentan un grado de incertidumbre, generando la necesidad de recibir información suficiente, que abarque el proceso de la enfermedad, las complicaciones y posibles secuelas, también las inquietudes y vivencias del grupo familiar.

3.2 Principio de Beneficencia

A lo largo de los años se ha exigido a los médicos “hacer el bien” y a finales del siglo XIX se extendió esa obligación del cumplimiento a todos los profesionales de las ciencias médicas (1). Esto surgió como consecuencia de la tendencia a la deshumanización en la práctica médica.

Van Rensselaer Potter utilizó el término bioética por primera vez en su obra “Bioethics: Bridge to the future” (1971), la cual surge de la preocupación crítica ante el progreso de la ciencia y de la sociedad. La visión humanista y moral que conservaba, le hacía ver con claridad los cambios que causarían el progreso y la novedad ante el ser humano y propone el término de *bioética integrando el conocimiento biológico con los valores humanos*. Por eso, desde sus inicios esta disciplina se ha comprometido con prácticas deliberativas que favorecen la participación amplia, interdisciplinaria y plural en la búsqueda de la calidad de vida de la persona.

El Doctor Van Rensselaer Potter entre otras apreciaciones, hizo que surgiera la bioética como disciplina que se encarga de los problemas morales y de la calidad de vida de la persona para ésta que fuera optima aún en circunstancias difíciles.

En salud existe la obligación ética en la que toda actuación procure el bien de la persona y reciba un trato acorde a su dignidad. El paciente y su familia tienen derecho a estar informados de los diferentes exámenes y tratamientos, de tal manera que puedan tener claridad sobre los riesgos y beneficios, aun en las difíciles circunstancias en las que se encuentre (2).

Cuando el ser humano se convierte en un ser vulnerable por la condición de enfermo merece especial cuidado en aspectos relacionados con la riqueza que

encierra la persona en su conjunto. *Aquí nace el Principio de Beneficencia que defiende los derechos de la persona.*

En la práctica clínica se ve la necesidad de promover ambientes que favorezcan a la familia del paciente, “es importante que los profesionales (...) comprendan las situaciones por la que atraviesa el familiar y aborden esta problemática para plantear estrategias que permitan promover el bienestar y disminuir los factores estresantes” (3).

Es claro que “la humanización de los servicios asistenciales en la salud sigue siendo un problema y un reto que reclama ser incluido en la dinámica que las instituciones asistenciales ofrecen, ya que los servicios de la salud dejan insatisfechos a los enfermos, y ellos a sus familiares, (...) la actitud, la indiferencia y la insolidaridad hacen más vulnerable su estado de enfermedad” (4).

Es evidente que queda terreno por recorrer para que disminuya el deseo de figurar y aumente el deseo de actuar con la mejor disposición por alcanzar los objetivos que cooperan al bien común y garantizan la calidad de vida de la persona y de la familia.

Esto debe llevar a pensar en todo aquello que aún no se ha escrito, y que es necesario, para poder continuar haciendo prosperar esta disciplina llamada bioética, que nació “literariamente hace 40 años” y que tanto bien aporta a la persona y a su entorno (5).

Es necesario elaborar conceptos que defiendan los deberes de instruir y de aconsejar, con el fin de tener criterio recto y coherente que oriente los actos hacia la ética y también hacia la bioética que le permitan actuar de acuerdo con el bien moral (6).

Bajo esta luz ha de entenderse la necesidad de plantear ideas que apliquen formas de influir en el tiempo para que la acción humana trascienda hacia la bondad y no hacia la maldad que por ignorancia se torna grave en la aplicación de los principios morales.

Con lo anterior, la práctica médica acentúa su responsabilidad en los hechos de acuerdo a las circunstancias que vive el paciente y su entorno, en quienes se concreta la realidad de los actos humanos.

Para ello Potter influye con su aportación de los elementos oportunos que protegen al ser humano en cualquier dificultad y su estimación radica en la aceptación y docilidad a sus enseñanzas porque tienen como fin el bien de la humanidad.

Sin embargo, otros autores exponen la denominada “bioética secular”, es decir hacen el planteamiento básico del Principio de Beneficencia desde una visión hedonista, orientada al bien de los demás pero con acciones utilitaristas que pueden llevar incluso al aniquilamiento humano. Esta apreciación materialista opaca la belleza y lo importante del ser humano y su existencia (7). Esta es la bioética utilitarista y su principio básico en el que afirma que el mayor bien para el mayor número de personas tiene que ver con "la utilidad" que reportan para la persona, la institución o para la sociedad (8).

Queda la pregunta sobre “¿qué sentido tiene reflexionar en torno a lo que el ser humano ha de hacer para ser feliz o para comportarse correctamente, si quien se embarca en esa reflexión no sabe con precisión cuál es la gramática básica de su conducta, esto es, qué es lo que le mueve a actuar como lo hace?” (9).

Con este antecedente se revela *la carencia que tiene una bioética con raíces materialistas* que lleva a grandes errores en las propuestas morales caracterizadas por instrumentalizar a la persona.

Pero cuando la bioética surge “como la ética que requiere la ciencia actual, ya que es una propuesta capaz de establecer puentes entre salud, ciencia y tecnología, siempre a favor de la vida” (10). Y que además incluye el enfoque moral, refleja confianza y credibilidad a las generación de investigadores que se convierten en emisores de las pautas adecuadas para el “bien obrar.

3.2.1 Definición

Lo que sin duda se ve es que “la sociedad se encuentra en continuo progreso. Los cambios culturales, políticos, económicos, científicos y tecnológicos de los últimos años, han sido vertiginosos y profundos, llevando a reflexionar acerca de la insuficiencia de lineamientos bioéticos para tomar decisiones en la práctica profesional. Hoy nos cuestionamos si todo lo que se puede hacer, se debe hacer” (11). Es indiscutible esta afirmación y requiere estar listos para colaborar en lo que sea necesario por el bien común y su relevancia.

El Principio de Beneficencia tiene que ver con “Hacer el bien” e implica no causar daño, extremar beneficios y disminuir riesgos. Tiene su aplicación práctica en la valoración sistemática de beneficios y riesgos de la investigación para los individuos, la familia y la sociedad.

El actuar desde el Principio de Beneficencia puede verse como una exigencia o como una invitación a la acción. Sin embargo, “es importante distinguir en qué circunstancias hacer el bien es una exigencia” (12). La aplicación del Principio de Beneficencia como exigencia, se da en los siguientes casos: la protección y defensa de los derechos de los otros, la prevención del daño que pueda ocurrir a otros, la supresión de las condiciones que causarán daño a otros, la ayuda a personas con discapacidades y el rescate de personas en peligro.

La familia con paciente politraumatizado en UCI se encuentra en riesgo de estrés, ansiedad, sufrimiento o miedo. Todas estas emociones afectan negativamente su calidad de vida, por lo que aplicar el principio de beneficencia es una exigencia para el personal de salud especializado que hace parte del equipo tratante.

En el ambiente de salud es importante “conocer a cada paciente, interesarse por él” (13) y por su familia. Esto facilita una ayuda oportuna en cada circunstancia y además permite que el acercamiento genere expectativas para mejorar o recuperar el ambiente que se tiene en la actualidad.

3.2.2 Beneficencia: riesgo-beneficio

La beneficencia impele a contribuir con el bienestar y ayudar a las personas de manera activa, no causar daño es insuficiente. Además, es de signo positivo proteger, defender los derechos de otros y prevenir el daño y útil equilibrar los beneficios e inconvenientes (14).

El Principio de Beneficencia, se relaciona con la actitud que el hombre tiene para hacer el bien y disminuir los daños que otro pueda sufrir.” Se basa en la actuación, en el comportamiento, en el trato directo con el paciente y con su familia; es un principio universal de cualquier sistema ético, que no solo el profesional debe cumplir, sino cualquier individuo, tratando de eliminar el mal y siempre promover el bien, pero también ello debe llevar a tomar en cuenta el carácter especial de esta virtud que oriente al profesional a ser benéfico y benevolente” (15).

La bioética considera que se debe reflexionar en el riesgo-beneficio de los procesos, al igual que las limitaciones y sesgos que se pueden generar en el caso de la familia con paciente en UCI aunque con frecuencia resultará útil y oportuna cualquier ayuda que el equipo tratante y especializado apoye con buen criterio el aumento de los beneficios para no desfigurar la riqueza que en sí encierra esa situación.

En la práctica médica es evidente que el tratamiento tenga riesgo y beneficio, lo que no ocurre en el núcleo familiar vulnerable en su entorno, porque siempre será el campo de acción que reclama acompañamiento y escucha.

3.2.3 Beneficencia paternalista

Según García “La autodeterminación permite que cada uno dirija el timón del barco que es su propia vida, unos llegarán hasta alta mar, otros solo costearán, otros para subirse van a necesitar ayudas, otros que les acompañemos o que seamos sus manos” (16), así el quehacer del personal de salud se convierte en colaborador desde una posición precisa, adecuada y puntual.

Varios autores hablan del paternalismo y coinciden en que tiene una importante dimensión práctica, porque el ejercicio de cualquier responsabilidad cuyo

cumplimiento, parcial o totalmente, se oriente a promover o proteger el bienestar individual de otros pone de manifiesto que este bienestar puede ser amenazado por los propios individuos. Ésta es “una experiencia común entre los legisladores, médicos, asistentes sociales, profesores, abogados, etc.

En el caso de los niños, de cierto grupo de enfermos y de algunos adultos cronológicamente maduros con discapacidad emocional y cognoscitiva valiosa para tomar decisiones, es necesaria la intervención en la conducta de dichas personas, en la que se logren las acciones que llevarían a cabo si usaran plenamente su racionalidad. En ciertos casos la intervención se justifica porque existe la creencia que en el futuro, es decir cuando sean capaces de entender, se logrará su consentimiento.

En comparación con épocas pasadas se evidencian cambios en las actitudes, hay madurez en las opiniones con la tendencia al respeto en la comunicación, postura que se hará más efectiva y trascendente en el ambiente familiar y social.

El proceso tiene su curso en dar la importancia para explicar todo muy claramente al paciente “ante cualquier diagnóstico, tratamientos o proceder, y nunca imposiciones ni presiones que puedan obstaculizar el buen funcionamiento del equipo profesional o la obtención de la conformidad del paciente sin vacilación” (17).

Comprender las situaciones familiares en momentos especiales, implica una visión paternalista del Principio de Beneficencia. Esta perspectiva consiste en una imposición por parte del equipo médico sobre las acciones internas de la familia. La coerción en las ideas se origina al considerar a la familia un “in firmus, un ser sin firmeza, incapaz de comprender y decidir” (18). No es extraño que esta orientación paternalista choque con la concepción del paciente y su familia como grupo autónomo.

En la actualidad la medicina no desea ser paternalista, pero tampoco “una relación médico-paciente de confrontación dentro de una medicina defensiva.

Entre ambos extremos, cada parte debe encontrar su justo medio de modelo de asistencia en salud” (19), que favorezca el bien común en los hechos relacionados con el paciente y su entorno familiar.

3.2.4 Beneficencia y autonomía de la persona

Resulta muy interesante y novedosa la progresiva toma de conciencia en las sociedades occidentales de la necesidad de salvaguardar “la autonomía de los sujetos tanto en el espacio público como en el privado, frente a todas las instituciones sociales y estatales que históricamente han tratado de controlar la libertad personal en las diversas facetas de la existencia” (20).

En cuanto a la defensa de la autonomía del enfermo es una gran conquista de la ética médica, probablemente el motor que más y mejor ha impulsado la reflexión moral en el campo de la medicina en los últimos años. Este principio ha impulsado a que “los profesionales de la medicina no utilicen ni manipulen ni invadan el cuerpo de los enfermos sin el permiso de estos, a que se respete la libertad de los individuos para aceptar un tratamiento médico que no creen necesitar y a que no se les obligue a formar parte de un experimento ni siquiera en nombre del mayor beneficio para la humanidad” (21).

Los proyectos autónomos de realización no son estrictamente individuales o individualistas porque “la apertura a los otros es precisamente lo que nos construye moralmente y posibilita la realización personal. La acogida equilibrada, la solicitud, la compasión, el respeto y el reconocimiento del otro son fundamentales en nuestra propia construcción moral” (22). En la relación clínica es importante moderar el abordaje para que no surjan problemas que distorsionen el respeto a la autonomía del paciente y su familia a la que se dirige la acción benefactora.

La acción benefactora en las familias con paciente en UCI, tiene un presupuesto, por ejemplo: no se puede hacer el bien sin contar con aquél a quien se le hace, porque en toda relación humana está el respeto a la dignidad de la persona y el paternalismo sólo se justifica cuando responde a carencias reales de autonomía, si se expresa sólo en el ámbito de esas carencias y en

proporción a las mismas, y si se ejerce con la intención prioritaria de que el otro pueda superarlas en la medida de lo posible.

Con lo anterior se considera que “la beneficencia debe prolongarse todo lo posible en autonomía y ser sustitutiva de ésta sólo en lo inevitable. En aquellos ámbitos en los que las personas tienen suficiente capacidad, tienen derecho al respeto a su autonomía frente a cualquier paternalismo, aunque después desde ella les toque discernir lo que es su bien y tenerlo presente en su relación con el benefactor (el médico); esa es su responsabilidad” (22).

Precisamente la autonomía se debe abrir de forma amable y libre a la beneficencia en la decisión del paciente responsable porque dentro de su responsabilidad el enfermo puede pedir ciertas ayudas del médico y de los demás profesionales de la salud; por eso la autonomía no se identifica con autosuficiencia, aunque sí con la gestión de las propias insuficiencias. “La acción benefactora no sólo debe respetar la autonomía; debe acogerla desde las demandas del beneficiario, que son un factor de discernimiento para el médico” (23).

3.3 Familia

La familia es el grupo de personas “que lucha mancomunadamente (...) por el bienestar de todos sus integrantes proponiéndose como meta interna la potencialización de las diferentes dimensiones: afectiva, económica, psicológica, social y de consumo” (24), para que pondere previamente qué propósito se desea alcanzar, con qué actos, cuáles son sus consecuencias positivas o negativas para sí misma y para los demás, de ahí que ella sea el comienzo de nuevos escenarios en los que se valore la misión para la que fue instituida y la trascendencia que tiene en cada generación (25).

Es necesario estimar a la familia como el “compuesto de un padre, una madre y sus hijos (...), apoyados en sentimientos naturales sensiblemente idénticos [presente] tanto entre los civilizados como entre los primitivos” (26). Como grupo humano, los miembros de una familia están “unidos por una historia social e individual atravesada por lazos afectivos y comunicativos” (27).

Al tratar de profundizar en la familia, conviene destacar que existen circunstancias en las que el grupo desarrolla capacidades evidentes, que modifican y potencian la cultura, las creencias, las expectativas, etc., de quienes la conforman. La variedad de las circunstancias hacen diferente a cada familia y organizan sus vidas, producen la “maduración personal y social” (28), fundamentada en que el ser humano posee fortalezas y desarrolla competencias a lo largo de su vida. Entre estas circunstancias familiares se encuentra la presencia de un ser querido politraumatizado.

Tener presente el esfuerzo que debe hacer la familia por asumir bien el papel de formar, “ilustrar, persuadir, informar” para evitar posturas reduccionistas, que mediante una actitud “espontanea e ingenua” (29) impidan ver el valor que ella posee. Para un grupo familiar con paciente politraumatizado, debe continuar cumpliendo la misión en estas circunstancias particulares, porque exige acompañamiento y asesoría por parte del personal de salud especializado, para reducir los riesgos que pueda generar esta situación al interior del núcleo.

En la actualidad el entorno de la vida familiar se encuentra ante “una auténtica revolución biológica. Esta nueva situación lanza un decisivo reto a la familia y a la sociedad: ¿Todo lo que se puede técnicamente hacer se debe éticamente hacer? Se trata de plantearse la pregunta sobre la relación entre técnica y ética, entre ciencia y conciencia” (30).

Con lo anterior, la moral no se halla propiamente en los tratados, en las normas y principios teóricos, sino encarnada en la vida real, donde encontramos a la persona humana agobiada por todas sus cargas afectivas, sus complejos y sus circunstancias, lo que diferencia el ejercicio de la medicina con visión materialista de la visión personalista (31).

Es necesario identificar que “la persona está inserta en una sociedad, es más, es el centro de la sociedad, por eso debe ser beneficiaria de toda la organización social, porque la sociedad se beneficia de la persona, de todo hombre y de todos los hombres” (32). Esta afirmación en la práctica médica

resulta cada vez más llamativa porque solicita especial cuidado y atención ante lo que representa en la sociedad.

Vale la pena trabajar por ese noble ideal que tiene el profesional de la salud especializado para utilizar las destrezas y habilidades que defiendan la calidad de vida de la familia en situación de vulnerabilidad y que siendo consciente de su tarea pueda actuar de manera sensata y ecuánime en la familia que se encuentra en dificultad.

3.3.1 Familia con paciente en UCI

Es indispensable hacer el ejercicio de aceptar las novedades en la familia de forma dócil porque ellas pueden transformar las actividades, pueden modificar el proyecto de vida de cada miembro del núcleo y además pueden hacer consciencia del brillo que encierra cada realidad.

Cuando se pone resistencia ante el presente, se debilitan las fuerzas y requiere que el ser humano despliegue un alto nivel de superación para hacer frente al obstáculo. Es normal que el equilibrio y armonía se altere en el momento en el que aparece un miembro de la familia con diagnóstico de politraumatismo, se “dificulta la calidad de vida y se presentan alteraciones de tipo individual, social, laboral y económico” (33) porque el shock se apodera de cada miembro de la familia.

En esas circunstancias “las capacidades de los seres humanos no son las mismas en todos nosotros, incluso la sensibilidad ante el dolor es variable” (34) y la reacción dependerá del carácter, la edad y la afinidad con el familiar con diagnóstico de politrauma.

Cuando el círculo familiar no asume la responsabilidad de ofrecer compañía y apoyo al paciente que se encuentra en UCI con diagnóstico de politrauma, refleja la división que ha sufrido en algún momento la vida familiar, por lo que necesita todavía más vigilancia en los que están más cerca de esa situación.

Es evidente que el equipo de salud tratante especializado debe estar atento a todas las manifestaciones y expresiones de la familia frente al paciente

hospitalizado en la UCI: familiares más frecuentes, dedicación de tiempo, sentimientos de aprecio o de desaire frente a la situación, etc.

3.3.2 Algunos aspectos descriptivos de la UCI

El progreso de la medicina permite experimentar nuevas tecnologías y procedimientos que se ejecutan en circunstancias especiales en las que la persona requiere del cuidado exhaustivo y más especializado por su condición de salud (35).

Hacer una aproximación a lo que es una UCI significa profundizar en una situación especial que representa para la familia con paciente en ese servicio porque tiene unas “características físicas y técnicas particulares, se conjugan varios aspectos que conforman una atmósfera psicológica especial y poco usual, lo cual genera algunos efectos en el paciente; de ahí que su ingreso a la UCI, frecuentemente constituye una experiencia nueva, única, a veces atemorizante y cobra especial relevancia la adaptación a este nuevo estado y sistema de vida” (36) condición que se refleja en el entorno familiar.

Por lo que investigar en el cuidado del entorno del paciente en Cuidado Intensivo con frecuencia resulta ser una perspectiva que no ha sido totalmente desarrollada en los entornos clínicos, ya que los requerimientos físicos, psicológicos y sociales frente a los cuales desempeñarse con seguridad autonomía y responsabilidad, “pueden transformarse por los estados de enfermedad y hospitalización debido a que se producen cambios en la autonomía y en el estilo de vida” (37).

3.3.2.1 Ingreso súbito del familiar a UCI

Cuando se modifica el proyecto de vida en uno de los integrantes del círculo familiar, la responsabilidad recae sobre cada uno de los más próximos y no hay razón que justifique algún remplazo por otros miembros cercanos. La parte afectiva y emotiva tiene más sentido y representa mayor significado para el paciente hospitalizado en UCI con diagnóstico de politrauma cuando el cónyuge, papás o hermanos se apropian de la situación.

Es importante resaltar que no puede haber indiferencia en aspectos relevantes que agobian a la familia especialmente en momentos extraños para ella porque representaría omisión en lo deberes, no cooperaría al bien común y haría más vulnerable la situación.

El personal de salud especializado debe ser sensible a cualquier señal de negligencia, despiste o ligereza en la que se ignore la protección y vigilancia oportuna de apoyo a la familia porque es señal de olvido e incompetencia ante la debilidad por la que ella pasa con un familiar en UCI.

La familia que tiene paciente con diagnóstico de politraumatismo sufre la hospitalización inesperada y sorprendente en la que no hay procesos para asimilar esa realidad como ocurre en la enfermedad crónica o en otras circunstancias de salud que requieren el cuidado y la observación más cercana en la evolución clínica y que permite lentamente la adaptación, el acople de las emociones que poco a poco disponen interiormente para lo que se avecine.

Con esa novedad “la familia deja de funcionar normalmente cuando uno de sus miembros está grave y hospitalizado” (38) por poli trauma porque afecta la labor cotidiana de cada uno de los miembros del núcleo e impone compromisos nunca antes pensados y a veces agotadores o poco tolerables.

3.3.2.2 Expectativa de la evolución clínica del familiar en UCI

La expectativa de la evolución clínica del familiar en UCI, se convierte en una realidad que conmueve y desconcierta por la forma en que se presenta, es una “situación que desestructura en todo su entorno y les obliga a adaptarse a la nueva realidad” (39) porque pospone los proyectos y actividades, porque modifica el rol de cada integrante del núcleo para convertirlo en responsable de sus actos y porque da inicio una etapa de la vida en la que se descubre la misión que debe desarrollar desde ese momento.

Se debe considerar que el entorno familiar inicia una etapa repentina de experiencias que incluyen desde el manejo de la comunicación para las personas más sensibles e impresionables por las secuelas que puedan quedar o el pronóstico que pueda tener el familiar en esa condición “razón fundamental

para comprender que, cuando la familia enfrenta el proceso de salud — enfermedad de alguno de sus integrantes—, esto constituye una entidad que en sí misma necesita atención” (40), cada uno de ellos necesita un espacio de escucha para expresar la duda o el miedo que pueda en ese momento experimentar.

Es interesante la forma cómo cada miembro de la familia recibe la información de un ser querido que por la condición requiere hospitalización en UCI con diagnóstico de politrauma, porque la exteriorización de sentimientos reflejan madurez o fragilidad para comprender la situación.

3.3.2.3 Aislamiento físico del familiar en la UCI

Los cambios físicos que se producen en el interior de la familia presentan cambios en cada miembro del núcleo y la atención a ellos requiere de flexibilidad para entenderlos y asimilarlos.

Continuamente en la vida de la persona hay exigencias frente a las que se deben crear reacciones decisivas de esfuerzo y de progreso, por lo que se requieren grandes dosis de ímpetu y de energía para no dejarse reducir y darles el manejo apropiado y oportuno que merecen.

Es una realidad que las unidades de cuidado intensivo se caracterizan por ser salas en donde el paciente ingresa y se aísla de la familia, se implanta una “barrera física y emocional, pues la condición crítica de la persona y la complejidad en su estado de salud” (41), suponen algún tipo de trascendencia negativa porque la familia sufre esa realidad, se alteran las actividades y la acción-interacción influye en todos los demás integrantes de la estructura.

Asimilar esa situación requiere de niveles súbitos y rápidos de comprensión para no dejarse llevar por la magnitud del estímulo que descompensa en los compromisos y las tareas que se venían realizando.

3.3.3 Factores que influyen en la familia con paciente politraumatizado en UCI

No es extraño que la familia se deba acoplar a las novedades que a diario se presentan por lo que la actitud ante esa realidad exige gallardía y espíritu de

superación para evitar que se convierta en una situación de difícil manejo, porque “el escenario familiar da la pauta, moldea los rasgos de la personalidad y fundamenta los intereses” (42). De aquí la necesidad para distinguir las prioridades que en lo cotidiano se presentan para aprovecharlas y darles o no trascendencia.

No olvidar que el núcleo familiar se ocupa de todo lo que requiere cada uno de sus miembros, es allí en donde se adquiere la habilidad y la pericia para saber sortear las oportunidades que ayudan a crecer y a valorar lo habitual.

La casa es la que apoya en las “funciones básicas en la formación y la protección física y emocional de sus miembros, por lo que asume la responsabilidad de cuidar la salud y satisfacer sus necesidades básicas” (43), esto influye como es natural en los momentos en los que un familiar se encuentra en grave situación de salud y por su condición requiere hospitalización en UCI.

En esos momentos la familia no se detiene a indagar los motivos por los que llegó a esa situación de politraumatizado, simplemente apoya y permanece atento a lo que pueda pasar y varía la forma como lo asume, por el grado de aceptación o de repudio ante la realidad. Todas estas razones son esenciales para tomar interés y preocupación para saber qué cambios se producen: cómo viven, comprenden y asimilan la realidad de un familiar en esas circunstancias.

Dentro de los factores que influyen en la familia con paciente politraumatizado está su realidad emocional, laboral y económica.

3.3.3.1 Factor emocional

A nivel emocional, lo que sin duda interviene en la unidad y estabilidad de la persona, es la sabiduría para manejar los sentimientos que agobian porque de forma inesperada entra en un período de expectación que genera ansiedad y agitación de emociones encontradas. “Es verdad que la persona humana no es una realidad fija, sino cambiante, en concreto, llamada a crecer, aunque también puede decrecer” (44). La situación de tener a alguien cercano poli traumatizado es un detonante de actitudes que desequilibran la calidad de vida

y con frecuencia la negación hace parte de los miembros del núcleo familiar e impide mantener el control y la estabilidad emocional.

Los familiares que tienen paciente en UCI “pueden verse afectados por la situación, por lo que sería conveniente realizar una valoración de sus necesidades y alteraciones psicológicas con el objetivo de proporcionarles un apoyo adecuado que les permita ofrecer este tipo de ayuda a los pacientes, aunque estas cuestiones están relacionadas específicamente con los familiares (...) de los pacientes ingresados en una UCI” (45).

La receptividad para la ayuda emocional varía de acuerdo a la disposición para aceptarla, pues la diversidad de caracteres permitirá que reconozca o no la importancia del soporte emocional que pueda recibir por parte del personal de salud especializado.

3.3.3.2 Factor laboral

Como es de esperar otro factor que se destaca en el núcleo familiar que tiene paciente con diagnóstico de politraumatismo hospitalizado en UCI es el laboral, porque con frecuencia tanto el paciente como las personas de su entorno están en etapa productiva por lo que exige compromiso en el horario y en el desempeño de actividades por medio de las cuales se obtienen los ingresos económicos.

En la convivencia diaria permanecen rasgos característicos que hacen parte de las ocupaciones familiares en donde se desarrollan las obligaciones propias de cada persona. Sin embargo todo puede sufrir alteración y puede desencadenar nuevos roles que afectan en todo sentido, pero específicamente en lo laboral se crean ajustes que con dificultad se pueden conseguir porque no hay la preparación para lograr soluciones que faciliten una rápida tolerancia y flexibilidad.

Para la familia tener un paciente hospitalizado en UCI con diagnóstico de politrauma exige la presencia diaria dos veces en horarios rígidos, que no aceptan modificación. Muchas veces acompañar al paciente durante el tiempo de visita constituye un obstáculo, porque con frecuencia los tiempos asignados

por la institución de salud, no coinciden con los tiempos libres de la jornada laboral y obligan a pedir con frecuencia el espacio para ausentarse.

3.3.3.3 Factor económico

Pensar en que una familia no puede vivir sin medios económicos y por lo tanto requiere de la participación de cada uno de los integrantes de la familia que se encuentran en edad laboral, se hace necesario mucho más en circunstancias en las que sin ninguna preparación física o emocional se presenta la realidad en la que el líder en la familia se convierte de forma inesperada en paciente hospitalizado en UCI por politrauma.

La parte económica está entre las principales necesidades que la familia sufre en esa situación especial y en la que se apoya muchas veces la calidad de vida de la persona.

A nivel económico, los gastos para el desplazamiento a la institución de salud en donde se encuentra el familiar, los elementos relacionados con el cuidado e higiene del paciente (pañales, cremas, etc.), hacen que se aumenten los costos económicos y su carácter imprevisto obliga a reducir los rubros destinados a otras actividades planeadas con anterioridad.

El efecto económico es mayor si el paciente politraumatizado es el jefe de hogar o quien aporta directamente al sustento económico de los demás miembros del hogar. En este caso, es mayor la inestabilidad financiera para las personas económico-dependientes en el hogar.

Estos factores generan una serie de necesidades en la familia del paciente politraumatizado que se encuentra en Cuidado Intensivo y que el equipo de salud debe estar atento a identificar y a cooperar en su solución. De manera que el médico deba atender a las palabras del paciente y a los significados encerrados en la forma⁴⁶. Además, la cercanía del profesional de la salud se debe ocupar de las dudas, miedos e inquietudes de sus familias (47).

3.3.4 Algunas de las principales necesidades de la familia con paciente politraumatizado en UCI

Resulta imprescindible el interés por conocer las necesidades de la familia con paciente en UCI con diagnóstico de poli trauma, para que la calidad de vida se conserve o se recupere en cada uno de los que integran el núcleo.

Al considerar la dimensión y las consecuencias por los cambios repentinos, causados en algún miembro de la familia, hay evidencia del desequilibrio en el control y en la estabilidad emocional que se presenta de manera individual y familiar creando reacciones inevitables.

Dentro del marco interdisciplinar de atención al paciente y a la familia, el equipo de salud debe mostrar interés por la realidad que vive, en especial la familia con paciente hospitalizado en Cuidado Intensivo con diagnóstico de politrauma.

Desde la bioética, la persona es mirada “siempre con veneración, admirada, respetada, tratada como fin” (48), de lo contrario no habría moral, habría una destrucción sin sentido, ignorando a la familia y sus necesidades. Para evitar esta desviación es necesario que el equipo de salud representado por un profesional especializado se ocupe también de ella, propiciando espacios de apoyo y protección.

La experiencia ayuda a encontrar el valor que tiene la solidaridad, “el asombro, la reverencia y la atención a la realidad que desembocan en sensibilización” (49). De esta manera la presencia del equipo médico especializado, genera el apoyo adecuado y oportuno para que la familia en circunstancias especiales recupere su calidad de vida.

Para profundizar en las necesidades de la familia, es bueno comenzar por recordar que ella no tiene muchas experiencias previas de hospitalizaciones en alguno de sus miembros y esto permite que con facilidad no haya pronta aceptación de la realidad. Además la cultura habla que cuando un paciente ingresa a cuidado intensivo, esto implica el riesgo en el que está, más que la oportunidad que representa la estadía en el servicio. Todo lo anterior afecta de

manera inmediata y descompensa el pensamiento y las emociones de cada miembro de la familia y del núcleo en su conjunto.

Pero ¿qué significa la permanencia de un ser querido en UCI?, ¿qué hace que un familiar requiera un cuidado especializado? ¿Por qué afecta tanto el pensamiento y las emociones de cada miembro de la familia? ¿Cómo lograr que sea una oportunidad para crecer en familia?

La evolución de la ciencia médica es esencial para el cuidado la vida humana porque proporciona condiciones cada vez mejores ante situaciones de presencia de enfermedad crítica. Es innegable que causa impresión el ingreso de un familiar en UCI, más cuando el diagnóstico es de politrauma y en el que el paciente con más de una semana de hospitalización, no ha logrado recuperar la salud y continúa en el servicio.

Desde esta perspectiva, la familia procesa la información recibida y guarda con sigilo sus expresiones que con el tiempo exterioriza y manifiesta al más cercano o en otro caso, no es capaz de revelar y reprime las emociones que posee.

Las condiciones de la persona con diagnóstico de politraumatismo, dan las razones que justifican las necesidades de un cuidado intensivo. Aunque esta situación afecte a la familia, es importante ayudar a que sea una experiencia representativa, que genere crecimiento, confianza y madurez, tanto a nivel personal como del núcleo.

A continuación se verán algunas de las principales necesidades que tiene la familia con un ser querido que se encuentra en UCI con diagnóstico de politraumatismo; a saber son estas: información, relación del personal de enfermería con la familia, espacios físicos y acompañamiento del personal especializado a la familia.

3.3.4.1 Información

La familia con paciente politraumatizado vive una real crisis insospechada e impredecible y tiene la característica específica de confiar totalmente en los

conocimientos de los profesionales que componen el equipo de salud de la UCI, ya que esto les produce tranquilidad y seguridad.

Hay circunstancias en las que la familia reclama especial atención para resolver sus inquietudes y preocupaciones, “trabajar en una UCI requiere habilidades comunicativas, ya que una información incorrecta puede deteriorar la relación con el equipo médico; en general, no hemos recibido formación en comunicación, y transmitir la información se convierte en un difícil arte que aprendemos con los errores, la experiencia y el sentido común” (50).

Dentro de este contexto se considera necesaria la responsabilidad y la competencia en la información, primero para que no se torne insuficiente y segundo para que las explicaciones emitidas no creen falsas expectativas en la familia que tiene paciente en la UCI.

De acuerdo con este planteamiento se requiere interés y cuidado en el tipo de información que suministra el equipo de salud tratante en cabeza del médico intensivista porque debe tener la característica de no crear confusiones ya que aumentaría la angustia al interior del núcleo familiar.

Es “fundamental la información que el especialista transmite al paciente y a sus familiares o allegados” (51) allí se expresa la condición de salud actual del paciente por lo que es fuente o de mayor stress o por el contrario de tranquilidad para el núcleo.

El equipo tratante debe ser cuidadoso con los familiares del paciente hospitalizado en la UCI que experimentan un grado de incertidumbre, generando la necesidad de recibir información suficiente, que abarque el proceso de la enfermedad, las complicaciones y posibles secuelas, también las inquietudes y vivencias del grupo familiar (52).

3.3.4.2 Relación del personal de enfermería con la familia

En el entorno de UCI se debe resaltar la importancia y la socialización de los protocolos en las Unidades de Cuidados Intensivos a los familiares, cuya finalidad sea disminuir los temores en la familia (53).

Por las situaciones vividas en las Unidades de Cuidados Intensivos “las enfermeras que entran a formar parte del entramado de personajes e interacciones que configuran su estancia hospitalaria” (54), son consideradas como las personas a quienes la familia puede abordar con más facilidad y permiten la cercanía con ella.

Lo anterior da pie para desarrollar una comunicación directa familia-equipo de salud que permite desarrollar habilidades en ellas mismas y así para crear ambientes humanizados y con mayor trascendencia que el solo hecho de la aplicación conocimientos especializados.

Es positiva la actitud de la enfermera en un área tan sensible porque guarda dolor y sufrimiento; sin embargo, en algunas ocasiones “se puede afirmar que el personal de enfermería concibe a la familia como un ente molesto y en ocasiones puede tenderse a la evitación, sobre todo entre el personal con menos experiencia. Esto es debido a un déficit en la capacitación de relación y comunicación por parte del personal sanitario” (55), que pesar, que sea verdad esa realidad porque establecerá una barrera más en la realidad que vive la familia con paciente en UCI.

Es necesario incluir a la familia en el plan de cuidados y “saber conectarse en forma adecuada con ella” (56). Esta prioridad asegura que no sean simples espectadores, opacando el apoyo a las necesidades ocasionadas por la presencia de un familiar en la UCI.

3.3.4.3 Espacios físicos

Velar por el bienestar y la dignidad humana del paciente y la familia, es tarea de toda institución de salud, el contacto directo con cada uno de ellos amerita especial interés por brindar confort y acogida, como una forma de humanizar el servicio asistencial.

Es llamativo que generalmente las UCI se construyen, física y socialmente, sin tener en cuenta a los familiares. Éstos permanecen ajenos a las dinámicas de la unidad y no se incluyen en la agenda de cuidados, cuando lo que importa

para la familia que tiene paciente en ese servicio es que se le tenga en cuenta por la situación de vulnerabilidad que sufre (57).

La importancia de incluir a la familia radica en facilitar las condiciones básicas para que ella verbalice, exteriorice las ideas y temores frente a la realidad de forma libre y dentro de un ambiente de respeto y admiración por lo que representa para cada uno de los que forma el círculo familiar y para escuchar las expectativas que tiene frente al familiar hospitalizado.

Se deben establecer lugares exclusivos para el diálogo con las familias porque la ausencia o la inexistencia de espacios adecuados no facilitan al profesional especializado una entrevista con la familia en condiciones idóneas (58).

La aplicación de la bioética en el ejercicio de la medicina se encarga de proteger a la persona en las variadas dimensiones y de promover los cambios para tener una actitud más humana y un comportamiento más positivo que mejoren los servicios de la salud hacia los enfermos; de la misma manera, persigue una asistencia más humana y digna para el profesional que la ofrece, así como para el enfermo que la recibe, así la familia del enfermo se verá beneficiada como parte del proceso (59).

3.3.4.4 Acompañamiento del personal especializado a la familia

El lenguaje verbal y no verbal es muy importante para cada familia con paciente en UCI. Es necesario no despersonalizar la atención.

La atención, el esmero y el interés por la familia que sufre “la ansiedad, el dolor y la rabia generada (...) al ser compartido, es mejor tolerado y susceptible de ser aliviado, permitiendo una mejor aceptación o resignación (...). Asistir a la familia que enfrenta dicho trance es un compromiso ético, por lo que es importante conocer y responder al complejo universo de necesidades que éstos poseen (...) exige tener conciencia de la responsabilidad que se contrae” (60).

Experimentar ese tipo de situaciones refleja preocupación por “el carácter sagrado de la vida humana, la necesidad de aliviar el sufrimiento y la pureza de la relación médico-enfermo” (61), se convierte en un gesto humanitario y ayuda

a que el enfermo y su familia sean considerados como seres que adquieren significación en medio de su condición.

De aquí que “se requiere también una medicina mucho más cercana al paciente, con una relación más personal, más humanizada, por parte del médico y de los profesionales de la salud, como por parte de la institución, por ejemplo, con planes concretos de humanización de la atención que se presta” (62).

Con el acompañamiento del personal especializado a la familia, se busca explorar y profundizar en la fuente de enseñanzas y en valores prácticos que encierra la vida ordinaria y en especial en las circunstancias en las que hace presencia un familiar hospitalizado en UCI por politrauma.

Se evidencia la necesidad de crear ambientes para enfrentar los obstáculos y las novedades familiares mediante estrategias que permitan la apertura de oportunidades para ganar y madurar mucho más rápido. Esto asegura la responsabilidad que tienen los actos en la práctica diaria y se reflejará en la coherencia del ejercicio cotidiano.

Además acompañar a la familia por parte del equipo especializado, hará más sencilla la situación que ella vive y transmitirá las ideas fundamentales para que esa realidad represente una nueva etapa de madurez en la familia y en cada uno de sus miembros.

3.3.5 Vivencias de la familia con paciente en UCI

“Las familias de los pacientes hospitalizados en una UCI requieren cuidados, atención e información oportuna. Con frecuencia se les observa en las salas de espera con manifestaciones de diferente índole de acuerdo con el contexto de sus vivencias y necesidades” (63).

Esto importa mucho para observar las actitudes que presenta la familia con paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica de la Universidad de La Sabana en especial cuál o cuáles manifestaciones exterioriza frente a la situación y su alcance.

Afirmar que “el primer paso para cambiar una práctica es la toma de conciencia de que existen otras alternativas más útiles y más respetuosas con la integridad del ser humano” (64), ayuda a concretar las acciones que se verán reflejadas en el mejoramiento de los procesos en los que la familia del paciente podrá expresar el estado del ser.

Al revisar la literatura relacionada con la influencia de la familia en la recuperación del enfermo, “varios autores han demostrado que un ambiente tranquilo ayuda en el proceso de cuidado. Por esto, es necesario plantearse las necesidades de las familias para mejorar su bienestar, de esta forma su actitud ayudará en la recuperación del enfermo” (65). De acá surge la preocupación por que la familia se encuentre en las mejores condiciones y mucho más cuando se tiene en el ambiente un miembro en difícil estado de salud.

Como es lo típico en la trayectoria del ciclo vital en la familia hay experiencias de variadas circunstancias que influyen en mayor o menor grado a cada miembro del círculo familiar y su influencia depende de acuerdo al momento y a la gravedad.

3.3.5.1 Ansiedad

La familia con paciente en UCI experimenta frecuentes estados emocionales “son las crisis producidas por la aparición inesperada de una condición que pone en riesgo la propia vida o la de alguien significativo” (66).

Esto se presenta como consecuencia del ambiente en el que se encuentra el círculo familiar ya que la UCI es un lugar adverso y desafiante desde el primer momento en que se inicia el proceso de hospitalización de alguien cercano.

Es habitual que la ansiedad sea mucho más frecuente en las mujeres (cónyuge, hijas) aunque sin duda los hombres también experimentan ansiedad. En esas condiciones según las estadísticas, la ansiedad en “los familiares presenta una puntuación (...), aproximadamente al 85% de la población normativa de mujeres y al 82% en el caso de los hombres, lo cual constituyen cifras importantes” (67) por el estado de fragilidad y vulnerabilidad que vive cada uno.

El deseo de cercanía y de acompañamiento al paciente que se encuentra en UCI hace cada día más agitada la vida de cada uno de sus familiares porque no acepta interiormente estar lejos de la situación. Esto genera dificultades que se exteriorizan con facilidad y desestabilizan el interior del núcleo.

3.3.5.2 Estrés

En lo referente al estrés, las familias con paciente en UCI enfrentan la debilidad emocional que con facilidad trasciende e impide afrontar la novedad que de forma inesperada y dolorosa se presenta por lo que implica fuerza interior para no llegar a estados extremos que dificultan aún más la situación familiar.

Cabe aclarar que la familia pierde la dinámica porque se debe acomodar a horarios, desplazamientos, más egresos económicos, incomodidades en la UCI (olores, instalaciones físicas, ruido, etc.), que hacen más costosa la situación. Sumado a esto se considera necesario nombrar algunas de las principales fuentes de estrés que experimenta la familia en UCI “la tecnificación del entorno, la falta de intimidad y de espacios adecuados, el alto número de profesionales diferentes que atienden al paciente, la falta de confianza en los servicios de salud, el lenguaje técnico y la escasez de información, el sometimiento a las restrictivas normas de la unidad” (68).

Por otro lado, uno de los aspectos más relevantes, sin duda, es ver al paciente en condiciones vulnerables en los que por su condición depende de los equipos que lo rodean (ventilación mecánica, monitoreo continuo, hidratación y administración de medicamento continuo, etc.) los cuales desfiguran su presencia física.

Todo esto apunta a resaltar la dificultad que causa la novedad en el círculo familiar y que genera reacciones en la toma de actitudes como: anorexia, bulimia, falta de descanso, alteración en el sueño, aislamiento de la situación, evasión de la circunstancia, etc.; estas rebeldías dejan huella y reclaman atención para aprender a controlar esos episodios que aumentan los problemas en el interior del núcleo familiar con paciente hospitalizado en UCI.

3.3.5.3 Sufrimiento

Dentro del contexto social la familia presenta diferentes ambientes que le permiten experimentar situaciones capaces de construir y de dar sentido al presente. Los momentos difíciles que el núcleo familiar puede padecer es una señal de oportunidades que nutren el hoy y que tienen una tarea específica que es la de enseñar el valor de soportar sin apariencia de fracaso.

Es importante identificar el significado que tiene sentir la necesidad de apoyo dentro del círculo familiar porque facilita las herramientas básicas para afrontar los obstáculos como parte integrante de la cotidianidad. No es extraño comprobar que el sufrimiento hace parte de la persona y además percibir que “las necesidades de la familia varían de forma continua” (69) y que a través de ella la dinámica se conserva y la calidad de vida no pierde el brillo.

La persona al igual que la familia siente estrés, a partir del momento en que uno de sus miembros, recibe la información que su familiar se encuentra en graves circunstancias de salud. La situación cambia y la familia inicia la etapa de sufrimiento por la alteración emocional provocada de forma súbita y se produce de inmediato la reacción “por el miedo a perder a su ser querido” (69). En esta etapa el entorno familiar debe afrontar las consecuencias y por lo tanto el sufrimiento aumenta.

En ese momento “humanizar la UCI permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, pues una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente en la UCI” (70).

El desvelo por esa situación familiar en la que el sufrimiento se hace cada día más grande y en casos extremos puede producir conflictos interpersonales afectando de manera negativa la calidad percibida en la asistencia por la familia del paciente crítico ahí que el personal especializado tiene la misión de disminuir esos conflictos ocasionados por la falta de aceptación propia de la crisis situacional.

Al observar la familia con paciente en Unidad de Cuidado Intensivo que presenta manifestaciones exteriores a veces negativas como se ve en el trabajo, también presenta manifestaciones positivas y ejemplares que influyen en el ambiente social.

Es admirable cómo una situación difícil en la familia, despierta posturas, nuevas disposiciones, conductas inesperadas frente a la situación que se vive al interior del núcleo. La madurez es una de las manifestaciones más relevantes cuando se tiene conciencia y aceptación de la realidad.

De ahí que la familia se preocupe porque en los primeros años de vida haya una sólida formación “gradualmente, con habilidad y destreza” (71) que prepare para las siguientes etapas en las que la acogida de las dificultades sea parte integrante de la cotidianidad sin ocultar la trascendencia que encierra y su influencia en la sociedad.

La vida en su contexto reclama ser prácticos, objetivos y muchas veces exige habilidades para adaptarse con rapidez y sin caprichos que hacen más complicadas y complejas las situaciones.

La familia con paciente en UCI, pasa por momentos de exaltación y a medida que los días transcurren, esa fase disminuye y permite hacer introspección de lo que a nivel individual experimenta, de esta forma encuentra cambios que generan acciones en el entorno que rodea a cada miembro por lo que hace llevadera la circunstancia.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general:

Conocer las vivencias de la familia con paciente politraumatizado internado en Unidad de Cuidado Intensivo durante un semana o más.

4.2 Objetivos específicos:

- Comprender cuales son las características de las vivencias que tiene la familia.
- Identificar cuáles son las necesidades que emergen de la familia ante esta vivencia.
- Identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento que presenta la familia ante esta vivencia.

5. Metodología

5.1 Tipo de investigación

Este trabajo pretendió comprender las vivencias y las principales necesidades que surgen en la familia con paciente politraumatizado, hospitalizado durante una semana o más en la Unidad de Cuidado intensivo (UCI) en la Clínica de la Universidad de La Sabana.

Se hizo mediante la investigación cualitativa exploratoria que tuvo un proceso dinámico e incluyó variadas interpretaciones de la realidad y de los datos, en el que hubo énfasis en conocer los cambios del fenómeno investigado.

5.2 Población a estudio

La población participante en el presente trabajo fueron los escogidos por conveniencia de la investigadora, para lograr la riqueza en la información del fenómeno en estudio.

5.2.1 Selección de la población

El estudio incluyó el cónyuge o un familiar en primer grado de consanguinidad (papá, hermano/a o hijo/a), que tenía paciente en las circunstancias descritas, y se recogió la muestra en el tiempo comprendido entre los meses de abril y mayo de 2017.

5.2.2 Instrumento

Existen diferentes métodos de recolectar los datos, sin embargo, para este estudio se realizó la entrevista como una herramienta que permitió profundizar en el fenómeno.

5.2.3 Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó la entrevista semiestructurada porque permitía entender el discurso del participante y facilitaba el conocimiento de las

vivencias y las necesidades de la población a estudio. Tuvo una duración de 20 a 25 minutos y fue grabada previo consentimiento informado. El lugar en donde se realizó la entrevista fue en la sala educativa de la UCI de la Clínica de la Universidad de La Sabana, con el permiso del Jefe de Educación e Investigación del Campus Biomédico de la Clínica. Al final se realizó la transcripción textual para el análisis de resultados.

El guion de la entrevista (anexo 2) constó de tres partes:

La primera parte correspondió a los datos del participante elegido, edad, días de internación del paciente hospitalizado con diagnóstico de politrauma, número de personas y edad entre las que oscilan los integrantes del grupo familiar del paciente, lo mismo que el nivel educativo de cada uno de ellos, religión o religiones que profesaron y se identificó el líder de la familia en ese momento (paciente, cónyuge, papá).

La segunda parte hizo referencia a las experiencias de la familia en los ocho días de internación del paciente, valores encontrados, habilidades y carencias que han experimentado.

La tercera parte se identificó a la persona más afectada y su carácter.

Al final como parte adicional de la entrevista semiestructurada se interrogó a la familia si requiere el apoyo y con qué frecuencia se podría recibir.

Además, durante la entrevista se analizó la apariencia, comportamiento, temas de conversación, estilo de relación y comunicación, espacio y utilización del mismo.

5.3 Rigor Metodológico

5.3.1 Triangulación

La triangulación es una estrategia en la investigación que busca combinar métodos, entornos, para estudiar un sistema de ocurrencias. En este trabajo no se realizó triangulación porque las características de la vivencia no facilitaron otras estrategias para la realizar triangulación.

5.3.2 Transferibilidad

Para garantizar este punto, se detalló el proceso de selección de los sujetos de recolección de los datos y su análisis, para que otro investigador pueda seguir el proceso metodológico.

5.3.3 Flexibilidad

Consiste en que el investigador cuente con unas preguntas generales para que el informante proporcione una respuesta amplia a manera de relato. En este estudio la respuesta permitió conocer y profundizar en el problema. Además la entrevista permitió profundizar en aspectos que resultaron relevantes ante la narración de la vivencia.

5.3.4 Confirmabilidad

Consiste en poder mostrar los datos hasta sus fuentes. Para este estudio no se logró realizar la confirmabilidad por las características de la vivencia. Es un tema de gran sensibilidad para las familias y muchos familiares ya no se encontraban en disponibilidad para otro encuentro porque su paciente ya había egresado de UCI, cuando se analizaron estos datos.

5.4. Aspectos relacionados con la recolección de los datos

El primer contacto de la población seleccionada fue con la investigadora que labora en la clínica, (usa uniforme y porta el carnet institucional), esto les comunicó confianza y seguridad.

El sitio en donde se recogió la información fue la sala de educación en UCI, consta de una mesa central con varias sillas de las que con frecuencia se usaron cuatro: la del participante, los dos testigos y la investigadora. Hubo casos en los que por estar la sala ocupada, se realizó en un sitio tranquilo como fue la cafetería de la Clínica.

Para lograr empatía del participante con la investigadora, fue necesario comprender la situación familiar y manifestar el deseo de humanizar el trato con la familia en similares circunstancias.

Allí los participantes manifestaron la experiencia con una postura erguida y natural al estar sentados, lo cual reflejó la sinceridad en el relato del impacto que produjo la noticia de un familiar con politrauma.

Para el análisis e interpretación de los datos cualitativos se escogieron diferentes categorías atendiendo a los tres temas principales planteados en la investigación: Vivencias, necesidades y afrontamiento de la familia con paciente en UCI. En cada categoría se discriminaron varios códigos respondiendo a indicadores aportados por los diferentes participantes.

Adicional a los tres temas enunciados, surgió el aspecto relacionado con la red de apoyo que recibió la familia en la UCI.

6. Análisis de resultados

En la atención por conocer la realidad que ocupa a la familia y sus consecuencias al interior del núcleo, se buscó identificar algunas de las vivencias, necesidades y cómo afrontaban la situación en momentos de vulnerabilidad.

En la presente investigación se abordó a la familia con paciente politraumatizado y hospitalizado en UCI Intensivo durante una semana o más por medio de la entrevista semiestructurada que fue grabada para asegurar la fidelidad de la información en el momento de analizarla.

La actividad fue programada por la investigadora en los horarios fijados por la clínica para las visitas a los pacientes en UCI. En la sala de espera se identificó a los integrantes de la familia del paciente previamente descrito y se manifestó su libre participación en una actividad de familia. La respuesta fue positiva, no hubo negaciones, se invitó a pasar a la sala de educación en UCI, en donde se procedió a hacer la presentación de la actividad y luego a diligenciar el consentimiento informado por cada uno de los asistentes.

Para el grupo representó una constante de expectación por la información básica que recibían de la investigación y a medida que conocían el objetivo y la aproximación hacia ella manifestaban sorpresa por la novedad.

Los familiares se comportaron homogéneamente dentro de su situación familiar. Cada uno permitió dar a conocer su realidad con sencillez a pesar de las distracciones externas a la sala, por la hora asignada. Además, los participantes facilitaron la asimilación de la información y la aproximación a la realidad que vivieron en los primeros ocho días. Es necesario resaltar que fueron visibles las expresiones no verbales como: receptividad, sinceridad, comodidad, interés, fluidez en la relación con la entrevistadora. Cada uno de los participantes llegó con emociones y sentimientos que no pertenecen al campo de lo cuantificable pero que expresaron angustia, depresión, incertidumbre, temores acerca del futuro de su familiar.

El abordaje inicial marcó el desarrollo de la entrevista con la pregunta general y abierta de:

¿Qué ha pasado en estos ocho días?

Lo que permitió dar confianza al participante para hacer el recuento de las experiencias mediante la reconstrucción de la realidad desde el momento en que recibió la novedad familiar hasta la atención recibida en la clínica. En pocas ocasiones hubo necesidad de hacer preguntas adicionales para explorar más la realidad familiar, la única que se utilizó:

¿Hay algo más que decir?

Al final se procuraron transmitir algunas ideas que hicieran de la situación actual un buen momento para fortalecer el vínculo y una gran oportunidad para madurar el núcleo familiar. Seguido de los agradecimientos por la colaboración, la despedida.

Luego se hizo la transcripción de la entrevista para encontrar las vivencias, necesidades y formas de afrontar la situación.

Algunas partes de la entrevista fueron omitidas porque no se consideraron oportunas para explorar los datos del estudio.

Tabla 1. Características de los participantes

	Género	Edad	Parentesco	Procedencia	Ocupación
Participante n. 1	Masculino	53 años	Papá	Gachancipá	Agricultor
Participante n. 2	Femenino	40 años	Cónyuge	Zipaquirá	Ama de casa
Participante n. 3	Femenino	24 años	Hija	Chía	Operaria de flores
Participante n. 4	Masculino	74 años	Papá	Tocancipá	Agricultor
Participante	Masculino	47 años	Papá	Tocancipá	Operario

n. 5					Mecánico
Participante n. 6	Masculino	55 años	Papá	Chiquinquirá	Empleado
Participante n. 7	Femenino	58 años	Mamá	Cartago	Empleado
Participante n. 8	Femenino	27 años	Cónyuge	Tocancipá	Empleado
Participante n. 9	Masculino	49 años	Papá	Chiquinquirá	Agricultor
Participante n. 10	Femenino	32 años	Cónyuge	Bogotá	Empleada

Fuente: Datos obtenidos por la investigadora

6.2 Vivencias de la familia con paciente politraumatizado en UCI

Identificar la experiencia familiar con paciente politraumatizado en UCI, significó conocer ¿cuáles fueron las vivencias de esa situación? y ¿Qué implicaciones se generaron? El interés en esta temática constituyó uno de los puntos críticos, más significativos que ocurrieron al interior del núcleo.

La forma como el grupo familiar experimentó la situación, representó una serie de vivencias ocasionadas desde el primer momento en que recibieron la noticia y lo expresaron en frases como:

“... un caso de estos lo coge a uno de sorpresa...”

“...fue una noticia que nos llegó de repente...”

La vivencia que caracterizó a cada uno de los participantes fue la forma súbita e inesperada de la novedad que permitió el inicio a la adaptación de nuevos roles obligados y la modificación insospechada de labores en del grupo familiar.

Allí se generaron procesos de transición para asimilar y entender la situación porque fue inmediata y agresiva la forma en que se manifestó el hecho, las reacciones fueron muy complejas y difíciles de aceptar, las cuales se vieron reflejadas en actitudes individuales y grupales.

Los entrevistados expresaron la situación en la que se vieron inmersos y confirmaron el grado de estrés que experimentó cada familia en los tres primeros días, esto generó momentos de impotencia, angustia, miedo y preocupación al interior de la familia.

Por el parentesco con el paciente, se identificó la dificultad para aceptar la realidad y la incertidumbre que ocasionó cada intervención quirúrgica porque no se garantizaba el éxito ni la estabilidad física del familiar. Esto ocasionó, con claridad, el sufrimiento expresado en palabras como difícil, terrible, triste, sufrido, de acuerdo con las expresiones siguientes:

“...para todos ha sido difícil...”

“...me siento muy sufrido...”

“...fue muy terrible...”

En todas las entrevistas la palabra difícil fue citada como principal expresión, haciendo énfasis en que la dificultad se relaciona con la forma insospechada de la novedad e intentan expresar con gestos y silencios la realidad del sufrimiento vivido.

Tabla 2. Características de las vivencias.

Categoría Vivencias	
Sub categoría	Códigos
Sufrimiento	“...yo estoy muy afectada...” “...para mí ha sido muy difícil...” “... me llena de tristeza y sentimiento...” “...lo que hago es pensar, sufrir y llorar...” “...es muy doloroso...” “...me siento muy sufrido...”
Estrés	“...es demasiado duro...” “...es un golpe muy tenaz...” “...nos transforma la vida literalmente” “...nosotros estábamos durmiendo...” “...a mí me toca... estar acá

	por la mañana córrale, haga almuerzo vengo me quedo otra vez y así todos los días...”
Ansiedad	“...o sea que le dicen una operación, entonces uno en ese momento no sabe cómo vaya a salir de la operación...” “...preocupado de que cualquier cosa puede pasar...” “...estamos con la preocupación o la zozobra ...”

Fuente: Datos tomados por la investigadora

6.3 Necesidades de la familia con paciente politraumatizado en UCI

Durante el estudio se percibió que en la mayoría de los participantes, la familia experimentó varias novedades forzándola a tareas insospechadas.

Fue claro que al recibir la noticia, en los tres primeros días el equilibrio y la armonía se perdieron, porque fueron momentos en los que comenzaron los cambios de tipo individual, social y económico y el shock se apoderó de cada miembro de la familia, los participantes manifestaron:

“...nos transformó la vida literalmente...”

En esas circunstancias las capacidades de cada uno de los miembros del núcleo familiar cambiaron, incluso la sensibilidad ante el dolor fue variable y la reacción dependió del carácter, la edad y la afinidad con el familiar.

Se encontró que entre los participantes la mamá, la esposa o la hija del paciente descrito fueron las más afectadas y de acuerdo a las emociones, entre ellas se destacó el carácter pasivo que las caracteriza.

Entre los cambios que se presentaron al interior del grupo, se encontraron componentes o factores que influyeron en la familia con paciente en UCI, entre ellos, el factor emocional que fue el más importante y el factor económico en un bajo nivel.

6.4 Factor emocional

Dentro de los resultados ocurridos en el núcleo de la familia descrita, el factor emocional es el que más afectó a cada uno de los integrantes, por la forma rápida e insospechada con que se presentó el suceso y las reacciones que se produjeron en el primer momento, las cuales fueron de desasosiego y angustia.

Ellos utilizaron frases como:

“...uno se desespera, no halla qué hacer, no halla a quién acudir...”

Esta característica va cambiando de intensidad a medida que van pasando los días de hospitalización, tanto que, al octavo día el participante está en condiciones de contestar la realidad personal y grupal.

Otra particularidad que se distinguió en la entrevista, fue que el más afectado/a, manifestó el deseo por estar cerca del paciente en las horas asignadas para brindarle lo mejor de ese momento, es decir, su compañía.

La actitud de cada participante se interpretó como receptiva y abierta a las sugerencias que se transmitieron en el ambiente hospitalario, lo que facilitó la aproximación para fortalecer en esa circunstancia el vínculo familiar y la gran oportunidad que tuvieron para madurar el núcleo.

Para cada uno de los participantes resultó muy importante y significativo el tiempo asignado para escucharlos, porque les permitió exteriorizar el sufrimiento y la dificultad por la que atravesaron.

Fue notorio el factor emocional porque el participante hizo visible un alto nivel de sentimiento lo que favoreció una mayor conciencia de pertenecer a una familia y sus compromisos que llevaron a defender los derechos y a apoyar en las dificultades.

6.5 Factor económico

La red familiar se comportó con una dinámica en la que todos los integrantes se ven influenciados por los acontecimientos. En el caso concreto del estudio, la familia fue vulnerable por su situación y experimentó ajustes inesperados que disminuyeron en forma visible la solidez económica del núcleo.

El suceso repentino del grupo familiar, significó grandes cambios en las actividades de cada miembro del grupo y los egresos económicos tuvieron otro rumbo que causaron confusión en las necesidades básicas.

La influencia de este factor representó un alto nivel de preocupación en la mayoría de los entrevistados, porque no tenían la reserva económica para los eventos inesperados a causa de los pocos ingresos obtenidos.

Además, se encontró en otros casos, que el paciente resultó ser el/la jefe del hogar, por lo que generó mayor dificultad en cada uno de los familiares para hacer frente a los gastos relacionados con el desplazamiento a la clínica y con el cuidado e higiene del familiar en UCI.

Tabla 3. Características de las necesidades.

Categoría Necesidades	
Sub categoría	Códigos
Factor emocional	“...totalmente se desgarró, baja de nota, ya no es uno...” “...uno se desespera, no halla qué hacer, no halla a quien acudir...”
Factor económico	“...a mí me toca por ejemplo estar acá, por la mañana córrale hago almuerzo vengo me quedo otra vez todos los días...” “...en cuestión de limpieza, para asearlo; en la alimentación, se le compró ensure, dos tarritos de ensure...”

Fuente: Datos tomados por la investigadora

6.6 Afrontamiento de la familia con paciente politraumatizado en UCI

La circunstancia de la familia se vio inmersa en un contexto difuso porque sus demandas y capacidades en momentos vulnerables requirieron claridad en las ideas para asimilar la realidad.

Como grupo humano, los miembros de una familia estuvieron unidos por una historia social e individual atravesada por lazos afectivos y comunicativos, esto

permitió que algunos participantes, manifestaran el desarrollo de capacidades para superar la circunstancia y lo hicieron evidentes en momentos como:

“...yo soy fuerte, ¡porque tampoco!...”

“...yo quiero salir adelante con esto...”

Esas expresiones modificaron y potenciaron las creencias y las expectativas de quienes conformaron el grupo familiar, porque las circunstancias hicieron que cada familia organizara sus vidas y creara ambientes de maduración personal y social ya que de forma repentina se deben:

“...procesar tantas cosas en un momento...”

En esta situación se observó la ejemplaridad en el grupo por medio de manifestaciones de superación para hacer frente al ambiente familiar y social que experimentaron a lo que refirieron:

“... antes de este trauma... estábamos un poquito dispersos...Ahorita hemos estado más unidos”

En algunos participantes con paciente politraumatizado se percibió gran capacidad de adaptación para aceptar el evento que se produjo y que a través de la madurez personal y familiar se le dio el cauce adecuado al suceso para que no se presentara desorden en el entorno familiar.

Es importante resaltar que en este tipo de situaciones influyo la organización de los hogares, ya que se comprendió la fuerza y la trascendencia que tiene el vínculo familiar bien constituido.

Conocer lo que vivió un grupo familiar es enriquecedor porque en ese trascurso de tiempo se desarrollaron otras dimensiones de la familia que permitieron consolidar el vínculo. Una de ellas fue la unión, el apoyo cercano que ennoblece y dignifica. Frente a esto refieren:

“...siempre estamos los dos acá, en las horas de visita...”

Otro valor que se identificó fue la espiritualidad que tenía el hogar en el momento del suceso

Y manifestaron:

“...en familia hemos compartido unas oraciones, nos reunimos y hacemos oraciones por mi hijo...”

Esas manifestaciones permitieron disminuir y llevar mejor el sufrimiento del grupo familiar y de cada miembro.

Tabla 4. Características del afrontamiento.

Categoría Afrontamiento	
Sub categoría	Códigos
Unión	“... antes de este trauma... estábamos un poquito dispersos... horita hemos estado más unidos” “...lo hemos apoyado lo más que se ha podido...”
Madurez	“...procesar tantas cosas en un momento...” “...yo soy fuerte, i porque tampoco!...” “...yo quiero salir adelante con esto...” “...resistir y ponerle moral y confianza...” “...va uno asimilando las razones y el sufrimiento...” “...estamos mentalizados en que ella va a seguir bien...”
Valores familiares	“...hemos contado con la fortaleza de nuestro hogar...” “...siempre estamos los dos acá, en las horas de visita...” “...nosotros como padres hemos sido

	buenos ejemplos...”
Valores espirituales	“...en familia hemos compartido unas oraciones, nos reunimos y hacemos oraciones por mi hijo...” “...sabemos que la oración Dios la escucha...” “...se pone uno a orar...”

Fuente: Datos tomados por la investigadora

6.7 Acompañamiento a la familia con paciente politraumatizado en UCI

La aproximación a la familia permitió descubrir la red de ayuda que tuvo, en la que los participantes refirieron sus propias percepciones y expresaron que el grupo familiar necesita la ayuda para mantener ambientes adecuados en momentos difíciles, ocasionados por los sucesos y acontecimientos que influyeron y desequilibraron la armonía del núcleo.

La familia experimentó la dificultad para mantener el control en la estabilidad emocional que se presentó en cada uno de los integrantes del vínculo familiar originado por el accidente repentino y exteriorizó algunas de las manifestaciones así:

“...lo que hago es pensar, sufrir y llorar...”

“...me siento incapaz...”

“...es muy traumatizante...”

“...uno sufre demasiado, demasiado...”

“...se siente impotente.....llanto...”

“...se siente uno incapaz de aceptar la realidad...”

Esta situación afectó a la familia y demostró que es importante ayudarla para que sea una experiencia representativa, que genere crecimiento, confianza y madurez, tanto a nivel personal y como familiar.

Además, cada participante habló en la entrevista de la experiencia que vivió en la UCI con el personal de enfermería y de terapia respiratoria, que entraron a

formar parte del entramado de personajes e interacciones que configuraron la estancia hospitalaria del familiar en UCI y a quienes abordaron con mayor facilidad.

En este aspecto ellos manifestaron la proximidad del personal de UCI para expresarles sus temores y miedos frente a la evolución del familiar, gracias a esa cercanía el participante manifestó tranquilidad y refirió:

“...aquí nos ponen atención...”

“...se va uno tranquilo, se va para la casa pensando en que está muy bien cuidada...”

“...créame que nos vamos tranquilos...”

El desvelo en la asistencia al paciente hospitalizado en esa situación familiar disminuyó parte del sufrimiento que experimentó cada grupo familiar, por lo que manifestaron:

“...le agradecemos que usted se preocupe por nosotros en este momento de dificultad...”

Expresión que confirma la prioridad por estar cerca de la familia en esa situación.

Tabla 5. Características del acompañamiento a la familia.

Categoría Afrontamiento	
Sub categoría	Códigos
Relación del personal de enfermería con la familia	“...lo reciben a uno, como si fuera algo familiar...” “...están muy pendientes de mi hijo...” “...le agradecemos que Usted se preocupe por nosotros en este momento de dificultad...”
Humanización del servicio	“...aquí nos ponen atención...” “...se

	va uno tranquilo, se va para la casa pensando en que está muy bien cuidada...” “...créame que nos vamos tranquilos...”
--	--

Fuente: Datos tomados por la investigadora

7. Consideraciones Éticas

Existen organismos internacionales encargados de fijar normas para la investigación con seres humanos. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki (1964) como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos y en Colombia existe la Resolución Número 8430 de 1993. Este trabajo tuvo en cuenta esas pautas.

El consentimiento informado que se usó en el trabajo evidencia el respeto a la familia del paciente que se encuentra en UCI, en este caso, el cónyuge, hijo/a.

La investigadora en este trabajo no tenía ningún conflicto de intereses para la realización de la investigación.

Se hizo la entrevista en la sala de educación ubicada en la UCI, el familiar tuvo la autonomía para su libre participación, lo mismo que de suspender si desea.

7.1 Consideración del riesgo ético

Esta investigación se considera sin riesgo ético de acuerdo a las consideraciones del artículo 11 de la ley 8430 /93. Esto se debe a que no se identificaron ni se trataron aspectos sensibles de la conducta del paciente, además porque “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”.

7.2 Respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de la familia.

En la marcha de este trabajo prevaleció el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de la familia con paciente politraumatizado en UCI.

7.3 Garantía de la confidencialidad.

Se garantizó la confidencialidad de la identidad de la familia participante.

7.4 Formato de consentimiento informado

Se anexa (anexo 1) el formato de consentimiento informado como instrumento requerido para la entrevista.

7.5 Compromiso a divulgar los resultados del estudio

La investigadora del trabajo se compromete a divulgar los resultados del estudio a las personas de la Clínica de la Universidad de La Sabana que participaron como sujetos de investigación del proyecto, lo mismo que a las directivas de la Clínica de la Universidad de La Sabana para mejorar o corregir lo pertinente.

7.6 Compromiso a publicar los resultados del estudio

El investigador se compromete a publicar los resultados inicialmente a la comunidad científica de la Clínica de la Universidad de La Sabana. Posteriormente, se espera divulgar los resultados en otros espacios académicos de carácter nacional y en la medida de lo posible, a participar de algún tipo de intercambio académico internacional.

8. Discusión

De acuerdo a los resultados Polaino, expone la importancia que tienen los profesionales para comprender la circunstancia que atraviesa la familia, esta posición fue indispensable para la investigadora porque necesitó de la actitud comprensiva frente a la situación familiar (3).

El entorno del paciente en UCI exige una adaptación rápida a la realidad según Zapata, apreciación que se observó en el estudio porque la familia se ajustó a las novedades que implicaron adaptarse al nuevo sistema de vida (36).

De este modo la familia con paciente politraumatizado en UCI resistió el estrés, el sufrimiento y la ansiedad, que según Pardavila, son las características propias del evento y que cada participante verbalizó durante la entrevista (69).

Dentro del análisis que expresó cada participante se encontró la alteración emocional que causó el evento de forma individual y grupal, porque fueron evidentes manifestaciones como la anorexia, la falta de descanso, las alteraciones en el sueño, razones que exigen la cercanía del equipo de salud y que según León FJ, es necesario hacer un acompañamiento a la familia para que disminuya las manifestaciones descritas y mejore la calidad de vida de cada integrante del vínculo familiar (19).

De allí pues lleva a interrogantes como: ¿Qué o cuáles reacciones se presentarían, en algún caso similar que influya en la armonía personal y grupal?, ¿Se tendrá la fortaleza necesaria para recibir una novedad como la que se estudia?

Pacho E, expone que el círculo familiar a veces no asume la responsabilidad de ofrecer compañía y apoyo al paciente que se encuentra en UCI y que refleja división entre ellos, posición que no emergió en los participantes y por el contrario se observó unión y apoyo en el núcleo familiar (62).

Con lo anterior se confirma que la unión familiar se convierte en una fortaleza en momentos de vulnerabilidad y que según Covarrubias y Andrade, los

momentos de dificultad ayudan a valorar la situación, actitud que manifestaron los participantes en el estudio con la práctica de creencias religiosas y el reconocimiento de los valores de la familia.

El intento por indagar sobre la dificultad familiar se convirtió en un espacio dedicado a los participantes para que verbalizaran su situación y en esa aproximación le permitió a la familia que expresara la importancia de escucharla.

El instrumento utilizado para la recolección de datos (anexo 2), se elaboró con la intención de encontrar la mayor cantidad de particularidades del evento familiar. Sin embargo, no se necesitaron todas las ayudas porque la información del participante fue suficiente para resolver los objetivos propuestos.

Bernal y Horta mencionan la necesidad que tienen los integrantes del grupo familiar para ser escuchados y en el estudio cada entrevistado refirió la importancia de asignar tiempo para escucharlos y para expresar la realidad que vivieron en los ocho días pasados (40).

Para la población estudiada, fue importante que alguien del área de psicología les sugiriera las ideas convenientes de cómo aceptar la realidad familiar de un paciente en UCI, información que valoraron. Sin embargo no fue suficiente por la gravedad de la situación y la afectación emocional que experimentó el grupo familiar.

También se encontró que el núcleo familiar necesita lugares tranquilos para exteriorizar su realidad familiar y para esto Díaz A. y Díaz N. hablan de espacios adecuados que faciliten la entrevista en condiciones idóneas (58).

La investigadora encontró limitaciones del estudio que incluyeron el tiempo para estar con cada familia, porque fue muy corto, las vivencias que verbalizaron fueron del familiar más cercano. Es un punto de partida para que otros investigadores logren adelantar en el estudio. Además, no se hizo

triangulación porque posiblemente los resultados están sujetos a la percepción de la investigadora.

Frente a este panorama se deben aplicar procesos que no tengan raíces materialistas o que opaquen la trascendencia de la situación familiar. En efecto, es indiscutible el estar listos para colaborar en lo que sea necesario por el bien común y su relevancia, ya que el principio de beneficencia tiene que ver con hacer el bien, es decir extremar los beneficios y disminuir los riesgos.

La aplicación de la bioética en el ejercicio de la medicina se encarga de proteger a la persona en las variadas dimensiones y de promover los cambios para tener una actitud más humana y un comportamiento más positivo que mejoren los servicios de la salud hacia los enfermos; de la misma manera, persigue una asistencia más humana y digna para el profesional que la ofrece, así como para el enfermo que la recibe, así la familia del enfermo se verá beneficiada como parte del proceso.

9. Conclusiones

Las vivencias de la familia con paciente politraumatizado, se caracterizaron por las necesidades, el afrontamiento y el acompañamiento durante la estadía del familiar en UCI, realidad que permitió identificar la vulnerabilidad que ella vive en esa situación.

Durante el estudio la familia se destacó por el desequilibrio emocional que causa el evento en el núcleo familiar esto indicó que el acompañamiento y la escucha son muy importantes en el proceso para recuperar la calidad de vida de sus integrantes.

Es evidente la responsabilidad del equipo de salud especializado para generar ambientes adecuados que humanicen la situación de la familia con paciente politraumatizado y aprovechar las destrezas y habilidades comunicativas para favorecer la tranquilidad y la seguridad del grupo familiar.

Referencias Bibliográficas

1. Amaro MC, Marrero A, Valencia ML, Casas SB, Moynelo H. Principios básicos de la bioética. Rev Cub. Enfermer. 1996; 12(1):25-32.
2. Gómez E. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. Pers.bioét. 2008; 12(2):145-157.
3. Polaino A. Algunas cuestiones entorno a la fundamentación de la bioética. Manual de Bioética General. 4a ed. Madrid: Rialp; 2000. p. 163-171.
4. Acosta CA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. Rev Col de Bioé. 2015;10(1):38-64.
5. Beauchamp T, Childress J. Principios de Ética Biomédica. Bioèt & Debat. 2011; 17(64): 1-7.
6. Gamboa G. El ser humano y su dimensión bioética. Chía Ed: Universidad de La Sabana; 2014.
7. Mejías H. Interacción del personal de Enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su relación con el nivel de estrés de los familiares. Rev. Elec. de Port. Med. 2010;5(23):2-7.
8. Escobar E, Escobar AL. Principales corrientes filosóficas en bioética. Bol. Med. 2010;67(3):196-203.
9. Ortiz L. Bioética personalista y bioética utilitarista. Cuad de Bioé. 2013;24(1): 57-65.

10. Escobar E, Escobar AL. Principales corrientes filosóficas en bioética. Bol. Med. 2010;67(3):196-203.
11. Espinosa CV, Menoret V, Puchulu MB, Selios MJ, Witriw A. Bioética en la relación equipo de salud-paciente. Diae.2009;27(1):33-43.
12. Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veri. 2010; 1(1):121-157.
13. Quintero A, Maldonado M, Guevara B, Delgado C. Cuidado humanizado como esencia en el profesional de Enfermería. Rev . Elect. de Port. Med. 2015;12(1):7-11.
14. Molina N. ¿Qué es la bioética y para qué sirve? Un intento de pedagogía callejera. Rev.Col. Bio.2011;6(2):110-117.
15. Zamorano LJ, Principios de la Bioética Clínica. Rev. Act. Clin. Med. 2013;32(1):1601-1606.
16. García A. Abordaje familiar y profesional de la discapacidad cognitiva: la autodeterminación personal y la planificación centrada en la persona. Electronic Jou of Rese in Educ. Psync.2010; 8(3):1339-1362.
17. Guimarães N, Guimarães M. Importancia de decir siempre la verdad al paciente. Rev Cubana Enfermer. 2006; 22(2):32-37.
18. Mejías H. Interacción del personal de Enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su relación con el nivel de estrés de los familiares. Rev. Elec. de Port. Med. 2010; 5(23):2-7.
19. León FJ. Las voluntades anticipadas: cómo conjugar autonomía y beneficencia. Análisis desde la bioética clínica. Rev Conam. 2008; 13(2):26-32.
20. Altisent MT, Delgado L, Jolín MN, Martín R, Ruiz P, Simón JR, Vázquez JR. Sobre bioética y medicina de familia (I). Aten. Primaria 1999. 24(10):602-613.
21. Puyol A. Hay bioética más allá de la autonomía. Rev de Bioé y Der. 2012; 25(2):45-58.

22. León FJ. Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. Act. Bioé2009; 15(1): 70-78.
23. León FJ. Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. Act. Bioé2009; 15(1): 70-78.
24. Gallego AM. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características1. Rev virt. Univ. Cat del Nort. 2012; 35(1):315-320.
25. Posada, N. Ser humano y Persona. Bogotá: Esfera Editores; 2003.
26. Burgos-Velasco JM. ¿Es la familia una institución natural? Cuad de Bioé. 2005; 16(3):359-37.
27. Gallego AM. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Rev virt. Univ. Cat del Nort. 2012;35(1):326-347.
28. Pérez M. Lo público, Lo privado y el espacio universitario. Reflexión bioética. Rev Med Chile. 2012; 140(1): 1201-1206.
29. Viniegra L. El reduccionismo científico y el control de las conciencias. Parte I. Bol Med Hosp Infant Mex. 2014;71(4):252-257.
30. Prada JL. Las investigaciones bioéticas: “pensar” en la familia. Rev de Cien del Esp.2010;68(256):197-226.
31. Basso D. Bioética personalista y familia. Rev.Vid.Éti.2010;11(1):17-33.
32. García JJ. Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. Cuad. De Bioé. 2012;11(1):67.75.
33. González A. Renovación del humanismo. Pers.bioét.2012; 16(1): 18-31.
34. Sosa T, Marrero A. Los principios de la bioética para resolver el dilema familiar y laboral de una paciente epiléptica. Rev. Bio. Med. 2013;13(11):5866-5868.
35. Urteaga J, Aguado M. Siempre alegres. Madrid: Rialp; 1972.

36. Zapata VA. El temor y la experiencia del paciente en UCI. Medellín. Tesis Servicio de publicaciones Universidad de Antioquia; 2007.
37. Beltrán OA. Significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI. Medellín. Tesis Servicio de publicaciones Universidad de Antioquia; 2007.
38. Gutiérrez B, Alvariño AM, Luque M, Ramírez MA, Pérez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la uci: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*. 2008;12(1): 23-31.
39. Álvarez J, Velayos C, García MM. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Rev de Calid. Asist*. 2014;29(6):325-333.
40. Bernal D, Horta S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfer. Univer*. 2014;11(4):154-163.
41. Achury DM, Achury LF. Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. *Investig. Enferm. Imagen Desarr*. 2013;15(2):137-151.
42. Guevara EP, Paredes L. La familia y otros factores influyentes en el rendimiento académico de los estudiantes de psicología. *Rev. Investigi*. 2011; 2(2):133-145.
43. Covarrubias L, Andrade RM. Calidad de Vida de Cuidadores de Pacientes Hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo. *Index. Enf*. 2012;21(3):141-152.
44. Sellés JF. El problema del comienzo del ser personal en la antropología de V. E. Frankl. *Cuad. de Bioé*. 2016;90 (27):207-221.
45. Gómez P, Monsalve P, Soriano JF, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Inten*. 2007;31(6):318-325.

46. González P, Moreto G, Janaudis MA, Benedetto MA, Delgado MT, Altisen R. Educar las emociones para promover la formación Ética. *Pers.bioét.* 2013;17(2):28-48.
47. Núñez J. Las seis versiones de la bioética. *Pers.bioét.*2008;4(2):3-61.
48. Rosas C. La solidaridad como un valor bioético. *Pers.bioét.*2011;15(1):10-25.
49. Escudero D, viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med. Inte.* 2014;38(6):371-375.
50. Brevis, Silva P. Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Rev. Chi.de Med. Inte.* 2011;26(1): 27-34.
51. Covarrubias L, Andrade RM. Calidad de Vida de Cuidadores de Pacientes Hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo. *Inde. Enfer.* 2012;21(3):131-135.
52. López JJ, Tomás N, Ros MP. ¿Pero alguien entiende los consentimientos informados? Una propuesta para facilitar su comprensión. *Rev. Calid. Asist.* 2016; 31(1): 182-189.
53. González D, Álvarez D, Sánchez C. Inventario de necesidades de los familiares de los pacientes egresados de la unidad de cuidado intensivo. *Rev. cien. Cuidad.* 2014; 11(2): 46-58.
54. Morales R, Lastre GE, Pardo A, De La Hoz M. Diagnóstico de la situación de las visitas a pacientes reclusos en Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev. Duaza.* 2017;14(1):16-24.
55. Blanca JJ, Segura R, Caraballo M, Exposito M, Saez R, Fernandez M. La intimidad en el Hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. *Index Enferm.* 2008;17(2):106-110.

56. Yanez B, Santana L, Hernández A, Molina A. Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas. *Med. Intensiva*. 2011;35(1):62-63.
57. Albístur MC, Bacigalupo JC, Gerez J, Uzal M, Ebeid M, Maciel M, et al. La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos.. *Rev Med Urug*. 2000;16(3):243-256.
58. Díaz A, Díaz N. Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *Nure inv*. 2004;10(4):1-19.
59. García A, Sánchez F, Amorós S, Balaguer F, Díez M, Durán MT, et al Zaforteza C. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enferm Intens*. 2010;21(1):20-27.
60. Acosta CA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Rev Col de Bioé*. 2015;10(1):38-64.
61. García V, Rivas E. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Ciencia y enfermería. Cienc. enferm*. 2013; 19(2): 111-124.
62. Pacho-Jiménez E. Cuestión de principios. *Rev. Clin. Esp*. 2002;202(8):415-416.
63. Fernanda V, Zapata L, Díaz L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Rev. Aqu*. 2013;13(2):159-172.
- 64 Fabrellas H, Velez E, Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfer. Int*. 2007;18(3):106–114
65. Contreras AM. Palacios X. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).2014;46(1):47-60.

66. Gil B, Ballester R, Gómez S, Abizanda R. Afectación emocional de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos“. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2013;18(2):129-138.
67. Contreras AM, Palacios X. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Rev. Univ. Ind. Salu.2014;46(1):47-60.
68. Rodríguez AM. El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familia y/o persona significativa. Enf. Glob. 2010;18(1):20-28 .
69. Pardavila MI. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enferm. Inten. 2012;23(2):51-67.
70. Bautista LM, Arias MF, Carreño Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Rev Cuid 2016; 7(2): 1297-1309.
71. González Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Aquich.2007;7(2):130-138.

Anexos

Anexo 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE FAMILIA

Responsable: Marcela Merchán Espitia

Teléfono celular: 321 205 47 36 - 314 460 82 74

Duración de la participación del sujeto en el estudio: entrevista 20-25 minutos

Estudio de la familia con paciente en unidad de cuidado intensivo: conocer las vivencias que tiene la familia con paciente politraumatizado en Unidad de Cuidado Intensivo, teniendo en cuenta el principio de beneficencia, lo mismo que la protección y prevención de los riesgos de salud que ella pueda sufrir.

Se hará mediante la entrevista como instrumento que ayude a explorar, la influencia de la situación, habilidades, importancia, necesidades del núcleo familiar.

Yo _____

identificado con c.c. _____, de forma libre y autónoma declaro, que el profesional de la salud tratante, me ha explicado de manera rápida y suficiente el proceso como parte del tratamiento que recibe mi familiar en UCI.

He podido aclarar mis inquietudes y por eso he tomado libremente la decisión. También sé que puedo retirarme si creo conveniente.

Sé que habrá confidencialidad en la información obtenida durante el proceso para la recolección de datos obtenidos en la entrevista.

Sí acepto participar en el estudio y en consecuencia firmo este texto de Consentimiento informado.

Firma Funcionario Firma Usuario

Nombre del testigo _____ Relación con el
paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____

Teléfono _____

Nombre del testigo _____ Relación con el paciente

Dirección _____

Teléfono _____

Fecha ____/____/____

Anexo 2 ENTREVISTA

Fecha _____

Hora inicial _____ Hora final _____

Presentación del entrevistador

En la atención integral del paciente hospitalizado en UCI está el círculo familiar y se busca un ambiente humanizado que cuide a la familia con paciente poli traumatizado.

Lugar de procedencia:

Cónyuge M ___ F___ Hijo___ Hija___ Otro _____ Edad

Días de internación _____ Edad del paciente _____

¿Cuántas personas conforman el hogar?

¿Entre qué edades oscila el núcleo familiar?

¿Qué nivel educativo tienen los miembros de la familia?

¿Qué religión o religiones profesan en la familia?

¿Quién es el/ la líder en la familia?

¿Qué necesidades o carencias son relevantes en este tiempo?

1. Nombre experiencias durante el tiempo de internación:

Se Intenta entender las principales necesidades de la familia con un ser querido en Unidad de Cuidado Intensivo.

2. Nombre la importancia o relevancia de la experiencia, durante el tiempo de internación:

Se intenta entender valores o principios creados o recordados por la familia

3. Nombre repercusión, magnitud, significado, trascendencia, durante el tiempo de internación

Se intentar entender las habilidades o destrezas desarrolladas en la familia.

4. Nombre ¿qué peso, gravedad han experimentado durante el tiempo de internación?

Se intenta entender falencias en la familia

5. ¿Cuál ha sido el factor más influyente: emocional, económico, laboral?

6. ¿Qué cambios ha producido el factor emocional?

7. ¿Qué cambios ha producido el factor económico?

8. ¿Qué cambios ha producido el factor laboral?

9. ¿Cuál es el miembro de la familia más afectado, edad, afinidad con el paciente?

10. ¿En una palabra ¿cómo define el carácter de la persona afectada?

11. ¿Cómo son las reacciones en la familia a medida que pasa el tiempo de hospitalización del familiar en unidad de cuidado intensivo de la clínica de la universidad de la sabana?

12. ¿Considera que la información recibida del médico debe ser más importante que la vivencia al interior del núcleo por la presencia del familiar en la unidad de cuidado intensivo?

13. ¿Considera que el apoyo a la familia debe hacer parte del tratamiento que recibe el paciente?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es Sí. Con que frecuencia debe ser el apoyo?

Una semanal _____ Dos veces semanal _____ Quincenal _____

14. ¿Qué aspectos considera necesarios y precisos en el apoyo que se le brinda la familia?

Se Intenta ver las consecuencias del apoyo a la familia

De acuerdo a las palabras del paciente y a los significados encerrados en la forma. ¿Qué se debe atender?

¿Qué dudas, miedos e inquietudes tiene la familia?