



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**“VIVENCIAS DEL FAMILIAR DE LA PERSONA
HOSPITALIZADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
TRUJILLO, 2015”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS Y EMERGENCIA**

AUTORES

Lic. Enf. CHACÓN CRUZ MÓNICA JULISSA

Lic. Enf. RUIZ CASTAÑEDA LILIANA DEL SOCORRO

ASESORA

Dra. VALLEJOS SOSA, TOMASA

LAMBAYEQUE –PERÚ

2016

**“VIVENCIAS DEL FAMILIAR DE LA PERSONA
HOSPITALIZADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
TRUJILLO, 2015”**

PRESENTADO POR:

Lic. Enf. Chacón Cruz, Mónica Julissa
Autora

Lic. Enf. Ruiz Castañeda, Liliana Del Socorro
Autora

Dra. Tomasa Vallejos Sosa
Asesora

APROBADO POR:

Dra. Maria Rosario Verástegui León
Presidenta

Mg. Marcelina Polo Campodónico
Secretaria

Lic. Rosa Augusta Del Carmen Larios
Vocal

DEDICATORIA

A Dios y a mis padres Celso y Rosalía por su amor y porque confiaron en mí como persona y profesional.

Mónica Julissa

A mis padres que desde donde están, siguen guiando mis pasos por sus ejemplos y enseñanzas.

A Dios por darme esta hermosa profesión, a mi hija Sophia Milagros y a mi esposo Rubén por ser la razón de mi vida.

Liliana Ruiz

AGRADECIMIENTO

A todos los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo, quien con su ayuda desinteresada, nos brindaron información relevante

A nuestras familias por brindarnos su confianza y apoyo y estar siempre presentes en los momentos que los necesitamos.

A nuestra asesora Dra. Tomasa Vallejos Sosa, por darnos sus conocimientos, esmero, paciencia y dedicación, que nos permitió culminar nuestra tesis. Al jurado por sus valiosos y notables aportes.

Las Autoras

INDICE

DEDICATORIA

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes:	17
2.2. Base Teórica Conceptual:	21

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación:	53
3.2 Trayectoria Metodológica:	53
3.3 Fases de la Investigación:.....	54
3.4 Población y Muestra:.....	55
3.5 Técnica de Recolección de Datos:	55
3.6 Tratamiento de datos:	56
3.7 Rigor Científico:.....	58
3.8 Principios bioéticos:	60

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONSIDERACIONES FINALES:	105
5.2. RECOMENDACIONES	107

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.108

ANEXOS.....114

RESUMEN

El trabajo de investigación se realizó con el objetivo de comprender las vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015. Es una investigación cualitativa, con abordaje de estudio de caso, la población estuvo conformada por los familiares de los pacientes hospitalizados durante el mes de diciembre 2015; la muestra fue por saturación y redundancia haciendo un total de 8 personas, la técnica de recolección de datos fue la entrevista a profundidad haciendo uso de guías de entrevista y observación. El análisis dio lugar a cuatro categorías: la primera categoría: vivenciando sentimientos negativos por mi familiar, dando lugar a cinco sub categorías que enfatizan la angustia, ansiedad, manifestando depresión, incertidumbre y temor por la hospitalización de su familiar. La segunda categoría: vivenciando emociones agradables y desagradables (positivas y negativas) la cual dio lugar a nueve sub categorías en donde predomina: cólera, culpabilidad, decepción de un ser divino, tristeza, miedo, desesperación, esperanza y confianza. La tercera categoría: mostrando reacciones negativas y positivas, con tres sub categorías en las cuales se determinan: experimentando negación, apoyándose mutuamente, y cambiando su estilo de vida, y la cuarta categoría: impactando la actitud positiva y negativa del personal de salud.

Palabras clave: cuidados intensivos, persona hospitalizada, vivencias de familiares.

ABSTRACT

The research work is performed with the objective of understanding them experiences of the family of the person hospitalized in the unit of care intensive of the Hospital Regional teaching of Trujillo, 2015. Was a research qualitative, with approach of study of case, the population was formed by the family of them patients hospitalized during the month of December 2015; the sample was by saturation and redundancy making a total of 8 people, the technique of data collection was the interview in depth making use of interview and observation guides. He analysis gave place to four categories: the first category: experiencing feelings negative by my family, giving place to five sub categories that emphasize the anguish, anxiety, manifesting depression, uncertainty and fear by the hospitalization of his family. The second category: experiencing emotions pleasant and unpleasant (positive and negative) which gave place to nine sub categories in where predominates: anger, guilt, disappointment of be divine, sadness, fear, despair, hope and confidence. The third category: showing reactions negative and positive, with three sub categories in which are determined: experiencing denial, supporting is mutually, and changing our style of life, and the fourth category: impacting us the attitude positive and negative of the personal of health.

Key words: intensive care, hospitalized individual and family experiences

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos, forman parte esencial de casi todos los hospitales, tienen una complejidad para el tratamiento del enfermo grave y temprana recuperación de injurias severas; en éstas unidades se admiten personas que tienen alguna condición de salud que ponen en riesgo la vida y son susceptibles de recuperabilidad.

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) tienen características físicas y técnicas particulares, estos aspectos conforman una atmósfera especial y poco usual, generando efectos psicológicos y emocionales en el paciente y los familiares; de ahí que su ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI), constituye una experiencia nueva, única y a veces atemorizante.

La unidad de cuidados intensivos tiene una infraestructura cerrada, equipada y amueblada para el cuidado de un paciente crítico; todas estas características sumadas a la restricción en el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, hacen de la permanencia en la unidad de cuidados intensivos una experiencia poco placentera además que está cargada de incertidumbre afectando la condición del paciente.

La persona hospitalizada en esta área presenta características físicas y psicológicas, dos sistemas de interacción presentes durante su estancia, que facilitan o hacen más compleja su recuperación.

La hospitalización produce en los pacientes y sus familiares estrés, manifestado con reacciones fisiológicas y psicológicas, originando disminución en su capacidad para afrontar la situación de crisis. La hospitalización de un ser querido en la unidad de cuidados intensivos, es una situación estresante, los familiares pueden sentirse desorganizados, desamparados, emergiendo diferentes tipos de sentimientos que los desestabiliza emocionalmente. Haciendo que se vuelvan insistentes en solicitar información con mucha frecuencia.

Frecuentemente, para los profesionales de la Salud entre ellos médicos, enfermeros, enfermeras y técnicos de enfermería la familia no está dentro de sus prioridades de cuidados por el contrario se constituyen en un ente molesto.

En el Hospital Regional Docente de Trujillo, las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos, durante la práctica diaria, realizan múltiples actividades una de ellas es las de coordinación y la comunicación con los familiares de los pacientes ingresados en UCI; algunas de éstas acciones como las de escuchar y dar respuesta a sus interrogantes logran resultados positivos, sin embargo también existen otras actitudes como la apatía las cuales ocasionan en los familiares

sentimientos de impotencia, enojo, frustración ante la imposibilidad de ser escuchado o comprendido por el personal de salud.

Dentro del equipo de salud es precisamente la enfermera(o) quien realiza un trabajo continuo las 24 horas del día y se mantiene en permanente interacción con el paciente y familiares y es quien debería tener una comunicación armónica con los familiares.

A pesar que actualmente se habla mucho del cuidado humanizado se continua brindando atención de salud con enfoque biomédico tradicional el cual está orientado al paciente y a la enfermedad, postergando la asistencia y cuidados a los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, este enfoque hace que la gran mayoría del personal de enfermería únicamente conciban que la información solo hace referencia exclusivamente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento sosteniendo que la labor de informar es una tarea de los médicos y no de enfermería. La persona enferma es un ser holístico y así concibe la enfermería el cuidado humano; sin embargo la dimensión social del paciente que en su entorno inmediato es su familia no está siendo atendida.

La prestación de cuidados a los familiares es una oferta de servicios, que se sustenta en modelos en los que los pacientes no son solo espectadores de las actuaciones que sobre ellos realizan los profesionales de salud; sin embargo, aún no se valora al familiar como un ente influyente e importante en la recuperación

de su paciente, menos en conocer sus sentimientos, emociones, reacciones etc. con la finalidad de minimizar en la medida de las posibilidades los factores de angustia de la familia.

Generalmente, los familiares al tener contacto con su ser querido gravemente enfermo, que se encuentra mayormente sedado, permanentemente en monitoreo hemodinámico invasivo o no, con ventilador mecánico, catéter venoso central, etc. Hacen preguntas como ¿Tiene dolor?, ¿Me escucha?, ¿Por qué está con tantos aparatos?, ¿Está dormido?, ¿Lo puedo tocar?, ¿No tendrá frío?, ¿Se va a morir?, ¿Por qué no puedo permanecer a su lado?, ¿Por qué no me informan cómo sigue? etc.

Ante esta situación descrita, se formularon las siguientes interrogantes: ¿Qué sienten los familiares de las personas hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos?, ¿Qué experiencias tienen los familiares de las personas hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos?, ¿Qué emociones sienten los familiares de las personas hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos?

Y finalmente luego de aquellas interrogantes se logró formular el problema de investigación *¿Cómo son las vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2015?*

El objeto del estudio lo constituyeron las vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. El objetivo que guió la investigación fue: Comprender las vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Trujillo, 2015.

Esta investigación se justifica porque el sujeto de cuidado de la enfermera es la persona humana y ello implica el cuidado de la persona en su área física, psicológica, social y espiritual, en el área social encontramos a la familia, que es un elemento importante del entorno del paciente que de ninguna manera se debe descuidar, por el contrario corresponde a la enfermera incluir al familiar del paciente hospitalizado dentro de sus planes de cuidados, mediante la educación puede potenciar sus capacidades de cuidados mínimos que pueda brindar a sus familiar hospitalizado, contribuyendo de tal manera a disminuir el sufrimiento que acarrea la hospitalización de un familiar muy cercano que está en estado crítico o grave de salud.

La persona – paciente como sus familiares son sujetos de cuidado del equipo de salud es responsabilidad de cada profesional y en especial de la enfermera (o) ofrecerle cuidados seguros, oportunos, humanos y continuos, sólo en la medida que se conozca el sentir de los familiares podremos comprender sus necesidades, las cuales son conceptuadas como esenciales y éstas cuando son satisfechas alivian o disminuyen la aflicción y la angustia inmediata, mejorando

su bienestar, un bienestar que de alguna manera es transmitido al paciente hospitalizado.

Esta investigación indaga más que lo físico lo subjetivo del familiar, los profesionales de enfermería, solo al interactuar podrán conocer y comprender las situaciones por las que atraviesa el familiar, y aborden la experiencia de esta vivencia, describiéndola de forma exhaustiva con el fin de plantear estrategias que permitan promover el bienestar y disminuir los factores estresantes, ya que la familia desempeña una función vital en la vida del paciente y representa la mayor parte de su contexto, siendo una de las principales funciones proporcionar los recursos físicos y emocionales para mantener la salud.

Los seres humanos están expuestos a una serie de situaciones que permite desarrollar capacidades y habilidades. Sin embargo una situación imperturbable puede ser afectada por múltiples factores y uno de ellos que se presenta de manera repentina e inesperada es la enfermedad, ante esa situación las personas tienen diferentes maneras de manifestarlas como preocupación, tristeza, llanto, pérdida de confianza, etc.

Los resultados de este estudio ampliaron el conocimiento sobre las vivencias de los familiares de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos esperando que al reflexionar se logre replantear el cuidado que se le brinda al familiar del paciente hospitalizado en la UCI, para ello tendrán que

tomar las acciones que permita fortalecer las bases para mejorar el cuidado que brinda la enfermera en la unidad de cuidados intensivos.

La presente investigación se estructuró en V capítulos que se describen a continuación:

El Capítulo I trata sobre situación problema, la justificación, la formulación del problema que orientó la investigación y el objetivo.

El Capítulo II Marco teórico y conceptual; se presenta los antecedentes, las bases conceptuales y teóricas que dieron sustentación teórica al estudio, así como el marco contextual de la investigación.

El Capítulo III marco metodológico; se describe el tipo de investigación, considerando en detalle la trayectoria metodológica utilizada en la planificación y ejecución de la misma, la muestra seleccionada, las técnicas e instrumentos de recolección de información, análisis de la información, principios éticos tenidos en consideración y los criterios de rigor científico.

El Capítulo IV resultados y discusión; se detallan los resultados, se presentan las Categorías y Sub Categorías

En el Capítulo V se presentan las consideraciones finales y recomendaciones.

**CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO
Y CONCEPTUAL**

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes:

Al revisar información sobre la temática, se encontraron los siguientes trabajos:

A nivel Internacional:

Rodríguez Borrego A¹. y otros, Madrid (2005), realizaron un estudio exploratorio longitudinal titulado ¿Qué sucede con la familia del paciente ingresado en nuestra UCI? Con el objetivo de conocer opiniones, sentimientos y expectativas, su población estuvo formada por todo familiar de paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos entre el 19 de noviembre 2003 al 22 de diciembre del 2003, logrando una muestra de 24 familiares de los pacientes ingresados en el período mencionado, los criterios de inclusión: todo familiar que entre en la Unidad a la hora de visita, tanto por la mañana como por la tarde, encontrando que los familiares, en su mayoría, sufren angustia y depresión, no preocupándose tanto la carencia de información como el tiempo que esperan para obtenerla.

Uribe Escalante M. Muñoz Torres C. Restrepo Ruiz². Colombia (2004), realizaron un estudio “Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular”, utilizaron un abordaje cualitativo retrospectivo, interpretativo y fenomenológico. Con una muestra de 15 familiares de

pacientes críticos cardiovasculares. Sus expectativas fueron esperanza y percepción de muerte; aflicción, angustia, fe o esperanza en Dios, fortaleza, además de un gran desconocimiento de la enfermedad del familiar. La mayoría estaban satisfechas por la forma como cuidaban a su familiar; expresaron lo bien que se sintieron por el espacio brindado para comentar sus experiencias.

Zaforteza C.³y otros. Mallorca (2004) publicaron un artículo titulado Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. Este artículo es parte de un proyecto más amplio titulado “Factores que influyen en la relación entre enfermeras de UCI con los familiares del paciente crítico”. Cuyo objetivo fue Conocer cuáles son las expectativas de futuro que perciben las enfermeras de UCI respecto de la relación y los cuidados a los familiares. Métodos: Es un estudio cualitativo de perspectiva post-estructuralista, realizado en 3 unidades de cuidados intensivos de 3 hospitales de la red pública de la isla de Mallorca. Obtuvieron como resultados: Las enfermeras consideran que su papel como informadoras es insuficiente y algunas desean participar más en el proceso de atención a los familiares. Algunas de las enfermeras desean también flexibilizar las normas restrictivas de las unidades. Hay una cierta resistencia a la centralidad de los(as) médicos(as) en el proceso de información o en la creación de normas para la relación con los familiares. Finalmente concluyeron que: Se percibe una voluntad de cambio, aunque con distintos grados de compromiso, hacia

una mayor implicación de las enfermeras en la atención a los familiares del paciente crítico.

De Albístur, M. y otros.⁴ Uruguay (2000), realizaron un estudio sobre: “La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos”, establecieron como objetivo: Conocer las vivencias de la familia del paciente internado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), su relación con la Unidad, sus comportamientos, sus expectativas y las opiniones que puedan ser de interés para optimizar su relacionamiento con el médico intensivista, fue un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 94 familias en el período de un año, los criterios de inclusión que usaron fue: familias de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos por cinco días o más. Dentro de los resultados cualitativos surgieron aquellos como que la familia presenta emociones intensas y sentimientos como angustia, depresión, incertidumbre, desasosiego, temores acerca del futuro de su familiar; la casi totalidad de las familias reprimen las expresiones de afecto esto sugiere la existencia de temores a sentir algo más doloroso que lo que ya están viviendo.

A nivel nacional:

Franco Canales R.⁵ Lima (2003); realizó el estudio titulado Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M., Abril 2003. Sus objetivos fueron: Determinar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional e identificar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la dimensión de comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional en la UCI-HNERM. El método que utilizó fue el descriptivo de corte transversal, tipo cuantitativo. La población estuvo conformada por 24 familiares de los pacientes de la UCI. Obtuvo las siguientes conclusiones: que existe un porcentaje significativo de familiar del paciente crítico que percibe la intervención de enfermería durante la crisis situacional como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal.

Por lo expuesto se puede deducir que si bien existen algunos estudios relacionados al tema, aún no se ha realizado un estudio específico sobre las vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo. Por lo que existe la necesidad de abordar el presente estudio que contribuirá a comprender y conocer las vivencias de la familia de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

2.2. Base Teórica Conceptual:

Siendo el objeto de estudio las vivencias de los familiares trataremos inicialmente del sujeto o sujetos que experimentan éstas vivencias, en este caso es la familia. La familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. La familia, según el modelo sistémico se explica como una unidad interactiva, un sistema abierto, dinámico viviente que está sometida a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas⁶.

En este proceso del cuidado “la familia es un grupo con características determinadas por la cultura, que influye en la cooperación económica, reproducción, crianza y socialización de sus integrantes. Suele actuar para sostener y proteger a sus miembros, tanto individual como colectivamente. Es el soporte principal de sus integrantes. Toda amenaza a la función hace que se sienta ansiosa, si la familia siente la amenaza de perder a uno de sus miembros, se defiende contra la pérdida”⁷.

El entorno de la UCI es un recuerdo constante de amenaza a la vida y de la posibilidad real a la muerte, el tratamiento puede intensificar el pánico de los familiares y pacientes. Es donde la relación paciente – familia pierde su intensidad debido a las normas que rigen, generando diversas reacciones

emocionales como la ansiedad, miedo, llanto, angustia y temor frente al pronóstico de la enfermedad, siendo éstas más intensas en la familia ya que generalmente el paciente se encuentra sedado y en grave estado.

En tal sentido la familia se convierte en mediador no sólo de su entorno físico, sino también psicológico, social, espiritual y cultural. Ignorar esta dimensión psicológica relacional o dejarla al azar, puede conducir a un trastorno de la vinculación⁸.

Los protagonistas de la hospitalización son: el paciente, los familiares y el equipo de salud; la enfermedad y más aún la enfermedad grave, es un factor de estrés importante para los familiares, donde el eje central, es el duelo psicológico no concebido desde la muerte, y sus mecanismos para su elaboración normal o patológica.

Los familiares necesitan ser integrados en la toma de decisiones, información, cuidados y tratamientos que recibe su paciente. Estas acciones, les ayudan a elaborar sus sentimientos de pérdida. Se deben reconocer sus capacidades para el cuidado, aclarar sus dudas y brindar una atención personalizada.

Es evidente la importancia que tiene la entidad familiar dado que constituye un eje central en la vida de las personas; es donde se crean y se

satisfacen las necesidades cruciales. Una característica importante, digna de resaltar, es que cada familia es un sistema que funciona con sus propias leyes, las cuales van a posibilitar que se cree un equilibrio interno y que pueda hacer frente a cualquier acontecimiento que proceda del exterior de una forma sólida y peculiar⁹.

En base a la capacidad de adaptación ante cualquier cambio o alteración que se produzca en el interior de la unidad familiar y resulte un riesgo para el equilibrio establecido. Son muchos los factores que pueden perturbar el equilibrio dentro del sistema familiar; naturalmente no nos detendremos en cada uno de ellos, sino que nos centraremos en aquellos que constituyen nuestro objeto de estudio: las vivencias de los familiares ante la enfermedad que entraña un peligro tal, que obliga al ingreso del individuo en una unidad de cuidados intensivos (UCI) y este acontecimiento puede ser el primer encuentro que tienen con la posibilidad de la muerte de uno de sus miembros.

Es por eso que ante la amenaza de pérdida de un familiar, se presentan respuestas de rechazo tales como el miedo, la ansiedad y la negación, estas actitudes y sentimientos se describirán más adelante.

Cuando un miembro de la familia experimenta situaciones negativas como la hospitalización, frecuentemente la familia entra en crisis y más aún si

la gravedad obliga la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos que generalmente es asociada a la muerte. La unidad de cuidados intensivos es aquella unidad hospitalaria altamente tecnificada dedicada a la asistencia intensiva integral y continuada del paciente críticamente enfermo, independientemente de cuál sea el origen de esta situación, se caracteriza por la necesidad de un control y una actuación constantes para prevenir las posibles complicaciones y restablecer la salud; debe contar con personal altamente entrenado para administrar cuidados especializados. Lo que implica la existencia de los siguientes elementos básicos: infraestructura adecuada; dotación de material de monitorización y de terapéutica intensiva; equipo médico, de enfermería y técnicos bien calificados y cobertura continuada durante las 24 horas. El tiempo de permanencia y pronóstico de vida, está determinado por la edad del paciente, enfermedad y grado de complicación.

La presencia de la enfermedad grave en un miembro de la unidad familiar supone un fuerte impacto emocional para la familia, que, al igual que el enfermo, se traduce en respuestas como la negación, la ira, la depresión, la desesperanza, la ambivalencia afectiva, la pérdida. Estas respuestas pueden ser necesarias para la aceptación de la enfermedad e incluso la muerte¹⁰.

La negación: es un sentimiento impulsado por los valores culturales actuales en nuestra sociedad como apartar lo feo, lo triste, lo desagradable de la realidad. Supone evitar la amenaza de la realidad dolorosa aferrándose a la

imagen de la realidad previa. Aparece tanto en el familiar como en el enfermo aunque no siempre de forma sincronizada, suele durar todo el proceso de enfermedad. Existen varios tipos de negación: Negación de primer orden o del diagnóstico que se relaciona con búsquedas de “segundas opiniones”; negación de segundo orden o disociación del diagnóstico es aquí donde se niega las complicaciones y manifestaciones de la enfermedad y negación de tercer orden o rechazo del deterioro. Tiene implicancias a la hora de la elaboración posterior del duelo ya que impide la despedida y marca el recuerdo posterior¹⁰.

La cólera: es una respuesta emocional intensa de ira y enfado sin objeto claro contra quién dirigirla, por sí misma no es desadaptativa y en la evolución se produce en diferentes fases: contra el enfermo, por no haberse cuidado; contra los familiares, por su alejamiento y falta de compromiso; contra el personal de salud, contra las decisiones tomadas por la falta de comunicación; contra Dios; Por su abandono¹⁰.

El miedo: constituye una emoción frecuente en los seres humanos siendo un mecanismo adaptativo en cuanto supone aumentar el nivel de alerta o vigilancia hacia posibles agresores. Los principales miedos de la familia son: miedo a que el enfermo no reciba la atención adecuada; miedo a que el enfermo sufra y tenga una larga agonía; miedo a hablar de la enfermedad; miedo a que el enfermo sepa que se muere; miedo a que ellos mismos

traicionen el silencio respecto al pronóstico; miedo a no ser capaces de cuidar al enfermo adecuadamente; miedo a estar solos con el enfermo en el momento de la muerte; miedo a no estar presentes cuando muera; miedo a no saber identificar la muerte; miedo a la soledad después de la muerte; miedo a no tener ayuda profesional cuando la necesiten¹⁰.

La ambivalencia afectiva: es la discrepancia entre los sentimientos que los familiares deberían tener por razones sociales, culturales, religiosos y personales, y los sentimientos que de hecho tienen. Se trata de la presencia simultánea de sentimientos contradictorios respecto al enfermo: que mejore, que salga adelante, cuidarle, protegerle y por otro lado sentir rabia contra el enfermo, que no colabora, que no se cuidó; afecta a los miembros de la familia más cercanos. Es sistemáticamente abolido por la familia por ser moralmente inaceptable por lo que nunca se manifestará abiertamente sino aumentando la tensión y favoreciendo reacciones emocionales como las crisis de ansiedad, el abatimiento y reacciones episódicas de cólera. Éste va cambiando en función de las fases de la enfermedad, puede favorecer la posterior aparición del duelo patológico con importante sentimiento de culpa del familiar¹⁰.

Se observa que la enfermedad y la hospitalización originan crisis familiar, originando tanto en el paciente como en su familia un gran estrés interrumpiendo su función familiar. De modo que su evolución y duración, en

la mayoría de los casos no es predecible. En la unidad de cuidados intensivos, los pacientes son cuidados con modernas técnicas de sedación y control del dolor, en cuanto al sufrimiento infringido por el cuidado intensivo, éste es mayor, sin ninguna duda, entre los familiares que entre los mismos pacientes¹³. Ante estos aspectos se puede decir que el paciente en la UCI puede experimentar una crisis biológica, mientras que su familia está en crisis psicológica.

Según Slalkeu mencionada por Arriaga; crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas; dentro del entorno familiar, Bárbara Walton identifica dos tipos de crisis la de tipo situacional y la de madurez, para efectos del estudio se abordará en la crisis situacional¹¹.

La crisis situacional es aquella que rompe el equilibrio familiar por eventos no predecibles asociados con las actividades diarias del individuo, originando en la familia incapacidades para actuar con su entorno, su origen es generalmente externo y son experiencias extraordinarias obligando a cambios en el estilo de vida⁹.

Los pacientes y familiares experimentan una crisis Fink diferenció durante el desarrollo de la crisis cuatro fases: ^{5,11}

Fase de choque o shock emocional, se produce cuando el individuo se da cuenta del problema y no es capaz de identificar la importancia real del evento, sin embargo; cuando siente amenaza hacia el o algún miembro de su familia, aparecen sentimientos y emociones como euforia, pánico, ansiedad, desesperanza, miedo y obnubilación en el pensamiento. La conducta está desorganizada en mayor o menor grado, presentándose también síntomas psico-fisiológicos como: insomnio, dolores corporales, náuseas, sudoración, taquicardia, entre otros^{5,11}.

Fase de retirada defensiva, donde el sujeto procura conservar el equilibrio emocional, trata de enfrentar la situación pensando que ha podido resolver situaciones semejantes en el pasado. A la vez trata de evitar la realidad negándole importancia y buscando culpables se presentan sentimientos y emociones como coraje, apatía, represión, indiferencia o euforia. Se manifiesta enojado y resistente al cambio procurando organizar en forma defensiva sus ideas^{5,11}.

Fase de reconocimiento o aceptación, en el que el sujeto se enfrenta a la realidad reconoce la significancia del mismo y se siente deprimido, apático, agitado, con remordimientos, irónico, amargo, afligido, con mucha ansiedad e incluso con ideas suicidas, si el factor que produce estrés es demasiado abrumador. Es así como surge la reestructuración de habilidades para

enfrentar la situación como el pensamiento organizado así como la conducta y sus propósitos en la elaboración de planes realistas^{5,11}.

Fase de adaptación y cambio, en ésta etapa se dan los compromisos personales entre los miembros de la familia para resolver la situación. Sienten una sensación de auto valía, experimentan un aumento gradual de satisfacción. Aparecen los sentimientos de esperanza de forma positiva hacia la solución del problema. Hay expresiones abiertas sobre la situación, con las cuales se busca manejar y estabilizar el cambio y se fortalecen las habilidades para confrontar el futuro^{5,11}.

La teoría de crisis de Menke⁵, surgió para guiar las intervenciones en personas que presentan periodos de picos o crisis agudas que parecen presentarse con cualquier cambio o en el que las exigencias sobre un sistema son mejores que los recursos.

La teoría se basa en que: “Todos los sistemas requieren cierta estabilidad y capacidad de predicción para funcionar y promover el tratamiento, de lo contrario se producen caos, desorganizaciones y disfunciones”¹². Si el individuo es incapaz de adaptarse al cambio y enfrentarse a él se produce la crisis.

Existen factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia⁹, los cuales son:

Etapas del ciclo vital: se debe investigar el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de consecución de las tareas propias de esa etapa y la posición de cada uno de sus miembros en sus roles. El impacto de la enfermedad es diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra. No es lo mismo que aparezca la enfermedad en una familia que no ha enfrentado crisis familiares y que no ha puesto a prueba su capacidad para resolver conflictos, a que ocurra en una muy “golpeada”, cuyo desenlace puede ser muy prometedor o realmente catastrófico⁹.

Flexibilidad o rigidez de roles familiares: la enfermedad grave, supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser. En el momento que aparece la enfermedad puede afectar la distribución de roles, pues inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos⁹.

De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar.

La cultura familiar, es el conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad. Debemos buscar en todos los casos de enfermedad, cuál es la interpretación que la familia hace de este proceso.

El nivel socioeconómico, no es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos.

La familia requerirá durante la enfermedad mayor cantidad de recursos económicos, si el paciente enfermo es el proveedor, será necesaria la reorganización de roles, de tal forma que algún otro miembro deberá cumplir con la función dejando atrás su rol habitual⁹.

Existen factores que influyen en el resultado de la crisis: tipo y calidad de ayuda recibida¹³. Los propios recursos: (estado físico-psicológico y social en el que se encuentra el individuo), los conocimientos y experiencias anteriores en el manejo de otras crisis las actitudes de los familiares, influye también las actitudes de amigos y personas claves, la asistencia profesional.

Al igual que los individuos procuran conservar una homeostasis psico-emocional la familia también hace lo mismo.

La intervención en la crisis situacional implica el brindar asistencia inmediata, ayudando al familiar a enfrentar la situación, proporcionando apoyo, seguridad, dando información continua, acompañándolos a las visitas y ayudándolos a movilizar recursos y desarrollar medidas más adaptables para restablecer el equilibrio familiar⁵.

La actitud del personal de salud debe estar, matizada de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor, no solamente son importantes las habilidades manuales, el dominio de las técnicas y destrezas, sino también una adecuada actitud y comunicación con la familia, para satisfacer las necesidades de la persona.

La unidad más básica de una sana interacción humana es la caricia psicológica entendida como cualquier acto que implique el reconocimiento de nuestra presencia, de nuestra existencia¹⁴. Las caricias positivas posibilitan el desarrollo y el fortalecimiento de la relación con la familia y puede tener una expresión verbal o física, recibir atención es una gran necesidad humana.

“Una de las características de los seres humanos es de disponer de lenguaje, mediante la voz, gestos de la cara y de las manos, la posición y

expresión de los ojos y hasta las actitudes del cuerpo. La comunicación nos hace humanos y nos diferencian de otros seres vivos”¹⁵. La comunicación humana es fruto de una necesidad natural, el ser humano es un ser social y necesita proyectarse a los demás, expresar lo que piensa, lo que desea, lo que hace y sobre todo lo que siente.

“La utilización de todos nuestros sentidos conduce a un diálogo en el cual la persona y la familia puedan expresar con libertad y confianza sus necesidades y expectativas, respecto a la enfermedad”¹⁶. La comunicación humana es de tipo verbal y la no verbal.

El personal de salud debe utilizar la comunicación verbal con el fin de informar y educar al paciente y familia sobre las condiciones y normas de la UCI. ya que cuando el familiar encuentra a su pariente intubado, con múltiples máquinas y numerosas vías, sondas, cables, y conexiones con aparatos que le impiden moverse; suelen solicitar consejos de cómo tratarlo, que decirle, que hacer, etc. Se debe responder a sus dudas, tranquilizarlos, acompañarlos y aliviar ese primer impacto que produce observar a su familiar en esas condiciones¹⁶.

La comunicación no verbal, consiste en la expresión de pensar o sentir a través de gestos, caricias, miradas. El tacto es parte importante del lenguaje; aunque dura sólo unos segundos, humaniza los cuidados que

siguen¹⁷. El contacto humano es desde el punto de vista de los cuidados una sencilla llave que nos aproxima al familiar, lo acoge, le da la bienvenida y aumenta en general la tolerancia¹⁵.

El familiar de la persona con situación de enfermedad hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos es aquella con vínculo de parentesco o cercanía que asumen las responsabilidades de su ser querido, participan con ellos en la toma de decisiones o asumiendo la toma de decisiones durante la hospitalización¹⁸.

La familia, al igual que la persona enferma, está en crisis, se pregunta por el resultado y el pronóstico, por los procesos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, presenta conflictos o comportamientos de negación, racionalización, culpa, ira, desesperanza o, en ocasiones, somatiza. La ansiedad, el temor, la pérdida de control, el agotamiento físico y mental son respuestas normales a una situación estresante⁸.

La familia es un sistema abierto y funciona como unidad, la aplicación de la teoría general de los sistemas a la familia, muestra también la necesidad de centrar en ella la atención. En efecto, según dicha teoría, un sistema es una complejidad organizada cuyo comportamiento está determinado por la interacción entre varios componentes, de acuerdo con esta definición, una familia puede considerarse como un sistema, ya que

entre sus miembros existe una interdependencia que hace funcionar como una unidad, de forma que las necesidades o problemas de salud de uno de sus miembros le afectan no sólo a él, sino a la familia como grupo. La atención de salud no debe limitarse al individuo “enfermo”, ya que la enfermedad es un proceso colectivo que afecta a toda la unidad familiar. La conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo no pueden comprenderse si se la separa de su contextosocial¹⁹.

La familia sufre de angustia, ello se explica por la inseguridad y la inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte de un integrante del grupo, con el consiguiente desamparo afectivo y económico, que lleva a la mitad de ellos a concurrir sólo al informe médico y a las visitas, alejándose así del hospital para conservar el sustento económico⁴. El impacto emocional en ellos comienza en el momento en que el paciente ingresa al hospital, desarraigándose de su hogar. Se profundiza cuando el enfermo ingresa a la UCI.

Joanne Stevenson², en su modelo del desarrollo, explica las tareas básicas y las responsabilidades de las familias. Entre éstas están: sustentación de patrones apropiados de salud, provisión de apoyo mutuo y educación de los miembros de la familia. Es así como identifica 13 fuerzas entre las que se cuentan las necesidades físicas, emocionales y espirituales de una familia, las prácticas de crianza, la comunicación, el apoyo, la seguridad y el estímulo;

esta última da vigencia a la vida a través de grupos sociales en donde la salud está determinada socialmente.

El enfoque es apropiado para respaldar y fomentar la adaptación de la familia a los papeles cambiantes y a las necesidades de energía por un cambio en el estado de la salud. El modelo de interacción familiar considera que la salud de la familia depende de la capacidad de sus miembros para compartir y comprender sus sentimientos, necesidades y patrones de conducta².

Es también necesario abordar la vivencia entendida como las experiencias de las personas frente a una situación particular que es trascendente en su vida. Dicha vivencia permite revelar y describir las estructuras fundamentales de nuestro mundo, para apropiarnos e interpretarlo como una verdad¹.

Los mecanismos de defensa, con los que el individuo se protege de amenazas internas o externas y donde las personas que los vivencian son ajenos a estos procesos, se presentan sin que la persona que los experimente sea consciente de ello.

Existen mecanismos para afrontar las vivencias y estos son: la afiliación, altruismo, anticipación, autoafirmación, auto observación, sentido del humor, sublimación, supresión, abstención, disociación, formación

reactiva, intelectualización, idealización, omnipotencia, negación, proyección, racionalización, fantasía autista, polarización, agresión pasiva, quejas o rechazo de ayuda, retirada apática. Estas estrategias de afrontamiento se presentan en momentos estresantes como los que viven los familiares de los pacientes que están hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos²⁰.

Las respuestas de afrontamiento que viven las personas en estados de enfermedad, se pueden presentar como sentimientos de incertidumbre o ansiedad tanto las personas que cursan por este estadio como sus familiares ya que ellos son los que viven directamente este proceso en todas sus fases.

Los familiares del paciente también sufren de angustia esto se explica por la inseguridad y la inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte de un integrante del grupo familiar.

La meta que persigue es preservar la dignidad humana y la humanidad en el sistema de asistencia sanitaria. La asistencia de enfermería se desarrolla a través del estudio combinado de las ciencias y las humanidades y culmina en un proceso de atención humana entre la enfermera y el paciente, que trasciende el marco espacial y temporal y adquiere dimensiones espirituales²⁰.

Existen experiencias de individualización en la atención a los familiares, una adecuada planificación de esta atención redundaría en una mayor eficacia de gestión de recursos; un adecuado abordaje de las necesidades de los familiares en el caso de pacientes irrecuperables ayuda en la toma de decisiones. A pesar del conocimiento existente sobre la materia no existe una implantación en la práctica habitual de planes de cuidados dirigidos a la familia²¹.

Resulta conveniente y necesario, realizar una valoración de la atención que se presta habitualmente a los familiares de los pacientes; la cual, además de permitirnos reflexionar sobre el tema, podría aportar datos de interés.

Se denomina vivencia a una experiencia de vida que deja huellas en una persona de modo perdurable. Las vivencias pueden ser de lo más variadas y propias de los campos más diversos, pero se caracterizan por el aprendizaje que dejan a un nivel profundo. En efecto, tal es su importancia que muchas corrientes dentro del plano de la psicología se fundamentan en el hecho de realizar un análisis de estas experiencias para determinar algunas razones de la conducta actual²².

Desde una concepción histórico-culturalista del desarrollo, consideramos a la vivencia como categoría principal para lograr estos fines. Sin embargo, dicha categoría presenta ciertas disyuntivas que nos limitan en

el quehacer profesional. La más simple revisión sobre el término “vivencia” y su uso en las diferentes teorías psicológicas, demuestra la ausencia de una definición conceptual certera y concluyente. El uso de esta categoría en las principales corrientes psicológicas es apreciable desde el surgimiento mismo de la Psicología Experimental en el siglo XIX, ajustándola siempre a la tendencia del autor y la corriente en que se adscribe este específicamente²².

Así, encontramos los términos vivencia subjetiva, vivencia emocional, experiencia interna y experiencia emocional para hacer referencia al mismo fenómeno, es algo intermedio entre la personalidad y el medio; revela lo que significa el momento dado del medio para la personalidad²².

El trabajo versa sobre la vivencia como categoría usada en casi todas las ramas de la psicología. Aborda la complejidad del término y trata la imprecisión de algunos elementos que lo componen para (re) pensarlo. Desde una perspectiva histórica cultural se hace referencia a los distintos elementos que se consideran en la categoría vivencia y como esta puede ser usada para la evaluación y el diagnóstico psicológico de la persona²².

La vivencia de un proceso crítico en unidad de cuidados intensivos (UCI) constituye una de las mayores fuentes de crisis en las personas hospitalizadas, de igual forma sucede con la familia que vive paralelamente este proceso. La hospitalización de la persona enferma puede generar en el

familiar ansiedad, angustia, estrés, todo esto producido por situaciones como pérdida del contacto, sentimientos negativos de aprehensión o temor sobre el área hospitalaria, los múltiples métodos invasivos, las condiciones de la persona hospitalizada y la incertidumbre sobre lo que puede pasar²².

Los sentimientos emociones y reacciones en su conjunto engloban a lo mas interno del ser humano y es así como dan origen a las vivencias de cada uno de los seres. La emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras²³.

En el ser humano la experiencia de una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta y, por tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación. Durante mucho tiempo las emociones han estado consideradas poco importantes y siempre se le ha dado más relevancia a la parte más racional del ser humano.

Pero las emociones, al ser estados afectivos, indican estados internos personales, motivaciones, deseos, necesidades e incluso objetivos. De todas

formas, es difícil saber a partir de la emoción cual será la conducta futura del individuo, aunque nos puede ayudar a intuirlo. Cada individuo experimenta una emoción de forma particular, dependiendo de sus experiencias anteriores, aprendizaje, carácter y de la situación concreta. Algunas de las reacciones fisiológicas y comportamentales que desencadenan las emociones son innatas, mientras que otras pueden adquirirse²³.

Existen 6 categorías básicas de emociones: miedo, sorpresa, aversión, ira, alegría, tristeza. Las emociones tienen diferentes funciones: miedo, tendemos hacia la protección; sorpresa, ayuda a orientarnos frente a la nueva situación; aversión: nos produce rechazo hacia aquello que tenemos delante; ira: nos induce hacia la destrucción; alegría, nos induce hacia la reproducción (deseamos reproducir aquel suceso que nos hace sentir bien); tristeza, nos motiva hacia una nueva reintegración personal²³.

El componente fisiológico de las emociones son los cambios que se desarrollan en el sistema nervioso central y que están relacionados con la presencia de determinados estados emocionales. Son tres los subsistemas fisiológicos que según Davidoff están relacionados con las emociones, el sistema nervioso central, el sistema límbico y el sistema nervioso autónomo; durante los procesos emocionales se consideran particularmente activos a los siguientes centros del sistema nervioso central: Davidoff y Sloman coinciden en que la corteza cerebral activa, regula e integra las reacciones relacionadas

con la emociones. De acuerdo a la arquitectura computacional de la mente de Sloman, se requiere de un proceso central administrativo dedicado a las decisiones referentes a intenciones, selección de planes y resolución de conflictos, de acuerdo a Sloman las decisiones de un sistema inteligente no se pueden tomar de manera independiente, de ahí que los procesos desarrollados por la mente que impliquen logros conflictivos necesitan ser resueltos a un mayor nivel de abstracción²².

Cabe mencionar que Sloman considera los procesos emocionales como la base estructural de la mente de los sistemas inteligentes²².

El hipotálamo forma parte del sistema límbico, este se dedica a la activación del sistema nervioso simpático y está relacionado con emociones como el temor, el enojo, además de participar como activador de la actividad sexual y la sed. La amígdala está relacionada con las sensaciones de ira, placer, dolor y temor^{22,23}.

Wolff con sus experimentos demostró que las paredes estomacales reaccionaban a los estados emocionales cambiando su flujo sanguíneo, las contracciones peristálticas y las secreciones de ácido clorhídrico, Albert Ax. determinó la relación entre las emociones y la frecuencia cardiaca, conductividad eléctrica de la piel (relacionada con la transpiración), tensión muscular, temperatura de rostro y manos y frecuencia respiratoria. Las

reacciones emocionales al peligro provocaban reacciones similares a la acción de la adrenalina, los actos insultantes provocan reacciones musculares, cardíacas y respiratorias similares a la acción de la adrenalina y noradrenalina, Gary Schowartz encontró que algunas reacciones emocionales provocan cambios de tensión muscular facial imperceptibles a simple vista pero medibles instrumentalmente, es posible que las reacciones emocionales estén relacionadas con cambios fisiológicos necesarios para que el individuo haga frente a la situación o bien para la transmisión de mensajes o señales de respuesta a otros individuos^{22,23}.

El componente subjetivo de las emociones es el conjunto de procesos cognitivos Piaget explica en su psicología de la inteligencia que algunas reacciones emocionales son producto de los procesos mentales que tratan de estructurar el entorno del individuo²⁴.

Los procesos de aprendizaje y comprensión de acuerdo a Piaget son procesos que intrínsecamente generan o requieren la existencia de estados emocionales. El componente subjetivo de la emoción es objeto de polémica, hay varias aproximaciones, una neurosicológica, que explica las emociones de acuerdo con la conciencia individual y a la percepción humana de las mismas y al análisis de sus relaciones con la conducta y la fisiología. Otra aproximación es la que trata de explicar las emociones como consecuencia de los procesos necesarios para el funcionamiento de diferentes estructuras

cognitivas de la mente. Una tercera y poco común trata de explicar las emociones como un conjunto de consecuencias fisiológicas y de conducta producto de la conformación de estructuras lógicas en los procesos mentales²⁴.

Normalmente las reacciones emocionales fisiológicas observables son difíciles de diferenciar por su nivel de abstracción. La principal diferencia, la duración, depende del estado de aceptación o rechazo del individuo a las condiciones del entorno o bien a la duración de las condiciones que la provocaron. Sin embargo no queda duda que las reacciones emocionales también están relacionadas con la bioquímica del organismo. Si es así, entonces la producción de ciertas enzimas en el cerebro determinaría la capacidad de ciertos individuos para lograr determinados estados emocionales y de ahí su habilidad o dificultad de permanecer en estos estados emocionales en los procesos de enseñanza, aprendizaje y comprensión. Si existiera una relación entre el genoma del individuo y su habilidad de comprender el mundo que le rodea, probablemente la relación se encontraría entre el componente subjetivo de la emoción y la bioquímica de las conexiones sinápticas^{22,23}.

Componente conductual, es el comportamiento perceptible de los individuos relacionados con estados mentales emocionales. Se considera que las reacciones de conducta a los estados emocionales no constituyen

conductas relacionadas directa o lógicamente con el estado del entorno, es decir, las conductas características de diversos estados emocionales son en general conductas emergentes. Las conductas emergentes relacionadas con las emociones pueden tener la función de transmitir o comunicar el estado emocional a otro individuo o pueden ser un proceso de búsqueda de conductas adecuadas para manejar determinadas situaciones desconocidas^{22,23}.

Aparentemente los estados emocionales permiten al individuo establecer determinadas formas de apreciar el entorno y a preferir determinadas estructuras lógicas o formales para concebirlo respecto de otras, todo esto con el fin de ser capaz de obtener conclusiones rápidas y de cambiar sin necesidad de un proceso racional de un patrón de conducta o razonamiento a otro, quizás más adecuado al tipo de situaciones a las que se enfrenta.

Los sentimientos son el resultado de las emociones, viene del verbo “sentir” y se refiere a un estado de ánimo afectivo, por lo general de larga duración, que se presenta en el sujeto como producto de las emociones que le hace experimentar algo o alguien²⁵.

La palabra sentimiento en un principio se utilizaba para referirse a todas las experiencia sensoriales y subjetivas, sin embargo, actualmente en el

campo de la psicología se usa para designar las experiencias subjetivas que forman parte de los individuos y que son el fruto de las emociones. Los sentimientos pueden ser de corto o largo plazo, pero generalmente suelen mantenerse durante largos períodos de tiempo. Por ejemplo, los sentimientos de amor en algunos casos suelen durar mucho tiempo. Otros ejemplos de sentimientos incluyen los celos y el dolor o sufrimiento²⁵.

Se denominan sentimientos a estados anímicos y experiencias internas que afectan a las personas ante un determinado suceso, ya sea actual o revivido por medio de los recuerdos. La dinámica de los sentimientos ha sido estudiada con detenimiento por diversas escuelas psicológicas, llegando a conclusiones dispares en función de lo difuso que representa el objeto de estudio. Los sentimientos pueden también calificarse como reacciones básicas que se tienen y que nos orientan instintivamente a un proceder o a otro. Históricamente se ha puesto una dicotomía entre la función de los sentimientos y los de la razón, en la medida que se torna imposible esbozar un conocimiento firme y claro de una determinada cuestión o tópico, puede referirse que los sentimientos, en la medida en que son experiencias que se reviven del pasado ante sucesos determinados, son consecuencia de un nivel de cognición paralelo al de la razón^{25,26}.

Un término que se ha utilizado con frecuencia como sinónimo de “sentimiento” dentro de la tradición filosófica, es el de “pasión”, éste deriva

de una expresión latina que refiere a un sentimiento de dolor por un deseo intenso por una cosa o persona. Ya desde la antigua Grecia se hicieron celebres reflexiones sobre el papel de los sentimientos en la identidad del hombre, especialmente bajo las lecciones de Platón y Aristóteles. Luego, con el advenimiento del cristianismo, estas valoraciones se tuvieron en cuenta para indagar en la influencia que las experiencias emocionales tienen en el hombre con respecto a la moral; estas no serían necesariamente buenas ni malas, sino en función a su orientación con respecto a la razón y la inclinación del hombre a la consecución del fin último para el que fue creado, el bien infinito, Dios. En la actualidad, existen gran cantidad de tratamientos a partir de enfoques teóricos distintos en lo que respecta a la elaboración de los sentimientos por parte de las personas. En efecto, la existencia de experiencias negativas y los sentimientos asociados a ellas pueden hacer que una persona se vea afectada en sus relaciones sociales²³.

El sentimiento es algo que nuestra personalidad aprende, el resultado de la cristalización y elaboración de varias emociones. En este paso de elemento simple ha elaborado, el sentimiento pierde su carácter necesariamente positivo. Un determinado sentimiento puede ser negativo (los celos, el odio), y expresado tal cual no cambiará nada. Si las emociones son universales, la composición y el espectro de un sentimiento varían de un individuo a otro. Al aceptar los sentimientos, es importante poder reconocer

que, aunque mejoran la preparación para actuar, no son conductas, sentirse enfadado o molesto no es lo mismo que ser agresivo²³.

Los sentimientos implican que uno experimenta sensorialmente y se organiza para acciones concretas, mientras que resolver implica que uno actúa en el mundo. Los sentimientos constituyen una experiencia subjetiva; las conductas son externas y están sujetas a la regulación social²³.

Por ejemplo son sentimientos: amor, odio, compasión, gratitud, respeto, admiración, confianza, esperanza, orgullo, altruismo, desprecio, celos, pena, duelo.

Uno de los problemas emocionales más comunes es la dificultad para nombrar lo que se siente. En los sentimientos las sensaciones físicas no son tan claras, interviene más lo cognitivo, se diferencian también de las emociones en que son duraderos en el tiempo.

Se denomina reacción psicológica a la que obedece a mecanismos puramente psicológicos, sin participación de mecanismos biológicos, y que es perfectamente comprensible desde el punto de vista psicológico. Se trata, pues, de una forma de reaccionar en la que solamente influyen factores psicológicos personales, sin que la reacción se deba o esté mediatizada por factores de índole corporal. Cuando las reacciones psicológicas se producen

por una experiencia que se ha vivido con gran intensidad hablamos de reacciones vivenciales, y para ser consideradas como tales deben cumplir los tres criterios propuestos²⁶.

La reacción tiene que aparecer por un motivo, que sería una vivencia de cierta intensidad²⁶. La reacción y la vivencia mantienen entre sí una relación que es comprensible desde el punto de vista psicológico; es decir, mantienen una relación causa-efecto que resulta comprensible dentro de las leyes generales de la psicología²⁶.

La aparición de la reacción mantiene una cierta dependencia cronológica con el momento en que se ha producido la vivencia. Generalmente, la reacción se produce inmediatamente después de la vivencia, aunque a veces surge de forma retardada²⁶.

Una reacción vivencial es anormal en la medida en que es en exceso intensa, como cuando persiste demasiado tiempo; pero también puede ser anormal por defecto, es decir, cuando es exageradamente débil y fugaz²⁶.

En otros casos, las reacciones vivenciales normales están en relación con los celos, la vergüenza, la desconfianza, la tristeza, la frustración, el dolor, etc²⁶.

No obstante, toda reacción vivencial de cierta intensidad deja una tendencia a repetir una reacción de características similares cuando se repiten vivencias parecidas, e incluso, ante vivencias caracterizadas por una fuerte sobrecarga afectiva, aunque no guarden una relación temática directa con la que produjo la primitiva reacción vivencial, existen dos tipos de reacciones²⁶.

Reacción primaria, son reacciones rápidas pero generalmente de corta duración, las impresiones del medio, las vivencias o estímulos ejercen el máximo efecto en el individuo, por eso sus reacciones son inmediatas. Son personas que se desenvuelven espontánea e impulsivamente, sin reflexionar demasiado^{23,26}.

Reacción secundaria, el impacto de las impresiones o estímulos del exterior es menor que en el caso anterior, por lo tanto las reacciones son más lentas, pero más elaboradas, porque el sujeto analiza y evalúa antes de actuar, para tratar de disminuir al máximo la posibilidad de error en la decisión^{23,26}.

En general se entiende por experiencia todo aquello que depende, directa o indirectamente, de la sensibilidad; es decir, el conjunto de contenidos que proceden de los sentidos, ya se refieran dichos contenidos a un acto cognoscitivo o a un acto vivencial (emocional) de modo que el ámbito de la experiencia viene a identificarse con el ámbito de la sensibilidad²⁶.

En un sentido más cotidiano se entiende por experiencia el saber acumulado por una persona mediante el aprendizaje o por una vivencia reflexiva sobre las circunstancias profesionales o vitales.

**CAPÍTULO III: MARCO
METODOLÓGICO**

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación:

El estudio es una investigación cualitativa de tipo descriptiva.

3.2 Trayectoria Metodológica:

La trayectoria metodológica que se utilizó fue el “Estudio de caso”. Al respecto Polit²⁷, refiere que los estudios de caso son investigaciones a fondo de un grupo o institución que se dirigen al descubrimiento. El investigador se mantiene atento a nuevos elementos que puedan surgir durante la investigación y se van sumando a medida que va avanzando. En este estudio se descubrió las vivencias de los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Los estudios de caso enfatizan la interpretación del contexto, en el presente estudio el contexto fue la sala de espera de la UCI del Hospital Regional Docente de Trujillo, donde los familiares relataron sus vivencias al tener a su familiar hospitalizado en dicha unidad y de esta manera al analizarlos permitió comprender a mayor profundidad el objeto de estudio.

El estudio de caso busca retratar la realidad en forma compleja y profunda, las autoras estudiaron las diferentes dimensiones del objeto en

estudio y buscaron profundizar a medida que avanzó la entrevista, estableciendo una relación de confianza.

Los relatos de estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación, los datos obtenidos en el estudio fueron redactados con un lenguaje claro, sencillo y de fácil comprensión.

3.3 Fases de la Investigación:

Este estudio de caso se desarrolló en tres fases:

Fase abierta o exploratoria: la investigación se inició con un plan incipiente que se aclaró a medida que se desarrolló la presente investigación, permitiendo definir de manera más precisa nuestro objeto de estudio: vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos.

Sistemática o delimitación del estudio: una vez identificados los elementos claves y límites aproximados del problema; en este caso se identificaron a los familiares de los pacientes que estaban hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, se procedió a recolectar la información, a través de la guía de entrevista y la guía de observación.

Análisis temático y elaboración del informe: luego de recolectado los datos éstos fueron leídos y releídos buscando las unidades de significado a través de la descontextualización de los discursos obtenidos de los familiares en estudio; se procedió a elegir las categorías y sub categorías, las mismas que se analizaron en base a marco teórico y finalmente se elaboró el informe.

3.4 Población y Muestra:

La población del estudio lo conformaron los familiares de las personas hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo, durante el mes de diciembre 2015. En los criterios de inclusión se tomaron en cuenta a familiares con vínculos directos: Esposa(o), padres, hijos que vivían con la persona antes de ser hospitalizada, la participación fue voluntaria, no se tuvo en cuenta el diagnóstico, pronóstico y procedimientos a los que fueron sometidos los pacientes.

La muestra estuvo constituida por ocho personas y se utilizó la técnica de saturación y redundancia, que consiste en la obtención de datos de los participantes y que culmina cuando ya no aporten datos nuevos a la investigación y sean discursos repetitivos.

3.5 Técnica de Recolección de Datos:

Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista a profundidad y como instrumentos: guía de entrevista, y la guía de

observación directa para identificar los gestos, ademanes, comportamientos. Las preguntas que se formularon fueron orientadas a indagar al objeto de estudio que para este caso fueron las vivencias de los familiares que experimentaron al tener un familiar hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Se utilizó como medio y material para recolectar la información una grabadora y notas de apuntes. El espacio durante la entrevista fue un ambiente tranquilo, privado, libre de ruidos y distractores.

La guía de entrevista y de observación se validó en una muestra piloto, en donde participaron familiares de pacientes con las mismas características de la población de estudio.

La guía de observación nos sirvió para identificar los comportamientos de los familiares entrevistados durante el relato de sus sentimientos, emociones y reacciones, ésta guía comprende siete comportamientos que ayudan a identificar y a determinar el tipo de vivencia experimentado por los familiares durante la hospitalización.

3.6 Tratamiento de datos:

Se ejecutó el análisis temático de las entrevistas proporcionadas por los familiares de los pacientes críticos hospitalizados en la unidad de

cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo, siendo ellos mismos los sujetos informantes. Se empleó el análisis temático para datos textuales, el que consistió en descomponer el discurso en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía, considerando las similitudes o semejanzas que existen entre estas en función de criterios preestablecidos.

Para el tratamiento de la información se tuvo tres etapas. En la etapa del pre análisis, se organizó y diseñó el material, definiendo los ejes del plan que permitió examinar datos y realizar efectivamente el análisis de contenido. Se transcribió y organizó las entrevistas, ordenándolas.

La etapa de codificación consistió en la transformación de “datos brutos” (material original) a “datos útiles”. Las operaciones implicadas en esta etapa fueron la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro y la descripción de elementos. Con esta etapa se realizó una lectura y relectura de las entrevistas destacando los datos que serán de utilidad para la investigación, estableciéndose los discursos y unidades significativas.

Finalmente, en la etapa de categorización, se organizó y clasificó las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización fue un análisis de contenido temático

semántico, donde se agruparon las unidades por similitudes en cuanto a su significado siguiendo dichas etapas, posteriormente se llegaron a agrupar unidades de significado dando paso a las categorías.

3.7 Rigor Científico:

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de rigor científico:²⁸

La credibilidad, que se refiere a cómo los resultados de la investigación son verdaderos para las personas que van a ser estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado siendo el objetivo del investigador introducirse en el mundo de las personas lo cual exige paciencia, reflexión y evaluación permanente para describir de la mejor manera los sujetos de investigación. Los datos que se recopilaban durante la investigación no fueron tergiversados puesto que se analizaron conforme fueron expuestos por los familiares de las personas hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo para comprender sus vivencias.

La confidencialidad, se garantiza el acceso a la información solo a las personas autorizadas. En este caso las investigadoras mantuvieron en reserva la información brindada por los familiares éstos utilizaron un seudónimo para cada uno de ellos.

La coherencia, durante la investigación se tuvo en cuenta que cada parte de la investigación tenga relación, manteniendo un enlace desde la literatura hasta lo investigado. Las investigadoras siempre mantuvieron como eje transversal el objetivo del estudio.

La neutralidad, la información recolectada no fue alterada ni modificada. Los resultados obtenidos a partir del análisis no fueron alterados por las investigadoras.

La confiabilidad, significa que los discursos obtenidos durante toda la investigación fueron utilizados únicamente con fines de cumplir los objetivos del estudio respetando aquella información íntima y personal. Los resultados del presente estudio pueden ser ratificados por otros investigadores que quieran seguir la huella en cualquier momento de la investigación.

La adecuación y ajuste, la información obtenida buscó no identificar a los familiares ni a la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo, sino plasmar sus vivencias ante dicha situación.

La autenticidad, la investigación que se realizó fue iniciativa de las investigadoras, utilizando su propio criterio.

3.8 Principios bioéticos:

Esta investigación estuvo regida por el principio de autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia y respeto a la dignidad humana²⁹.

Principio de autonomía, la autonomía expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. El principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma. En el presente estudio, previo a la recolección de datos se le informó al familiar sobre el objetivo del estudio y para ello firmaron el consentimiento informado, demostrando que su participación fue voluntaria.

Principio de justicia, tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.). Todos los familiares que participaron en el estudio recibieron igual trato sin distinción alguna con respeto y equidad.

Principio de beneficencia, obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. El presente estudio benefició a los familiares de pacientes que se encuentren en la unidad de cuidados intensivos, ya que responde a necesidades propias de ellos; así mismo benefició al personal de enfermería por que lograron identificar las vivencias de los familiares de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos.

Principio de no maleficencia, abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Las implicaciones del principio de no maleficencia son varias: tener una formación teórica y práctica rigurosa y actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional. Durante la participación del familiar en el estudio éstos no fueron manipulados y se respetó sus opiniones dándole una adecuada interpretación a las mismas.

Respeto a la dignidad humana, la dignidad humana significa el valor interno e insustituible que le corresponde al hombre en razón de su ser, no por ciertos rendimientos que prestara ni por otros fines distintos de sí mismo. El familiar del paciente durante su participación las investigadoras les brindaron respeto, y fueron tolerantes en sus opiniones.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo de la investigación es comprender las vivencias de los familiares de la persona hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo, los datos proporcionados por los familiares de 8 pacientes siguieron un procedimiento metodológico que dio origen a las siguientes categorías y sub categorías que a continuación se describen.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
I. Vivenciando sentimientos negativos por mi familiar.	<ul style="list-style-type: none">- Sintiendo angustia por la hospitalización de mi familiar.- Sintiendo ansiedad por la hospitalización de mi familiar.- Manifestando sentimientos de depresión por la hospitalización de Sintiendo incertidumbre por la hospitalización de mi familiar.- Sintiendo temor por la hospitalización de mi familiar
II. Vivenciando emociones agradables y	<ul style="list-style-type: none">- Sintiendo cólera por la hospitalización de mi familiar.- Sintiendo culpabilidad por la hospitalización

desagradables

de mi familiar.

(Positivas y Negativas)

- Sintiendo decepción de un ser divino por la hospitalización de mi familiar.
- Sintiendo tristeza por la hospitalización de mi familiar.
- Sintiendo inseguridad por la hospitalización de mi familiar.
- Sintiendo miedo por la hospitalización de mi familiar.
- Sintiendo desesperación por la hospitalización de mi familiar.
- Sintiendo emoción positiva de esperanza.
- Sintiendo emoción positiva de confianza.

III. Mostrando

reacciones negativas y positivas

- Experimentando negación por la hospitalización de mi familiar.
- Apoyándonos mutuamente durante la hospitalización de mi familiar.
- Cambiando nuestro estilo de vida por la hospitalización de mi familiar.

IV. Impactándonos la actitud positiva y negativa del personal de salud.

La hospitalización de un familiar en las Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales genera en las personas multiplicidad de vivencias generando diversos sentimientos, emociones y reacciones; los sentimientos

son un estado de ánimo afectivo que se generan de las experiencias subjetivas que forman parte de los individuos y son el fruto de las emociones, generalmente son de larga duración, existen sentimientos positivos y negativos³⁰.

Es así que la mayoría de las personas entrevistadas describieron los sentimientos que experimentaron cuándo hospitalizaron a su familiar en la unidad de cuidados intensivos expresaron en sus discursos sentimientos negativos; dando origen a la primera categoría.

CATEGORIA I: VIVENCIANDO SENTIMIENTOS NEGATIVOS POR MI FAMILIAR.

Las vivencias significan poseer existencia o vida, podemos decir que vivencia, es lo que cada uno experimenta, en su cotidianeidad, simplemente por existir, siendo estas experiencias transformadoras de su esencia, y a su vez reconociendo que cada hecho vivenciado lo es de un modo particular por el que lo vive o experimenta, lo que hace que el propio sujeto lo modifique en su percepción²².

Por medio de las vivencias el sujeto aprende conceptos y habilidades, conoce el mundo que lo rodea, siente su influencia, lo analiza y cuestiona, y forma parte de la red de la vida. Por lo tanto, una misma vivencia

puede ser interpretada como positiva o negativa, placentera o traumática de acuerdo al carácter, personalidad, historia personal, contexto económico o social etc^{22, 23}.

La vivencia, enriquece a la persona, porque siempre tras una vivencia quedará registrada una información que en el futuro, de repetirse, permitirá no solamente saber cómo actuar ante tal o cual situación similar, sino que además nos dejará un aprendizaje revelador, que será decisivo para no repetir una mala actitud.

Porque hay algo que si bien no es una ley escrita sí se produce con frecuencia, cuando alguien tiene una vivencia favorable que le produjo placer y gusto, con el tiempo, la recordará como positiva, aprenderá de ella y tratará de repetirla, sin embargo, cuando por el contrario la vivencia haya sido desagradable nada de eso sucederá y todo aquello que la evoque se considerará como un mal recuerdo.

Con frecuencia las experiencias que se tiene ante una enfermedad son por lo general negativas, dolorosas tanto para el paciente como para los familiares y entre ellos los más cercanos. Estas experiencias se tornan traumáticas y por ende surgen múltiples sentimientos, emociones y reacciones que el ser humano por su propia naturaleza intenta rechazar u olvidar.

El sufrimiento es el padecimiento, la pena o el dolor que experimenta un ser vivo. Se trata de una sensación, consciente o inconsciente, que aparece reflejada en padecimiento, agotamiento o infelicidad. Lo peor que le puede pasar a un ser humano es observar el sufrimiento de un ser querido. Ante el sufrimiento, se produce una serie de emociones como la frustración o la ansiedad. El sufrimiento emocional también puede tener correlato en el cuerpo a través de la sed o incluso la pérdida de conciencia³¹.

El sufrimiento suele estar asociado al dolor psicológico, su origen radica en la reacción de un individuo ante un hecho determinado, y no tanto en la realidad en sí misma. En otras palabras, el dolor surge en la mente, y no en la realidad, ya que entran en juego diversas cuestiones como los miedos, los deseos y las exigencias de cada ser vivo. Como el sufrimiento es inherente a la vida, el ser humano no debería tratar de evitarlo, sino de comprenderlo³¹.

En la respuesta ante el sufrimiento está la salida del problema y el camino hacia una existencia más plena. Esto suele ser difícil de entender en medio de una situación conflictiva, especialmente porque el sufrimiento nos bloquea y nos debilita³¹.

Generalmente la familia experimenta sentimientos negativos ante la hospitalización de su ser querido, surgiendo las siguientes sub categorías.

1.1.Sintiendo angustia por la hospitalización de mi familiar:

La angustia es el sentimiento de desamparo o desprotección, opresivo o disfórico. La angustia representa un temor no asociado a un objeto en particular. La angustia es un sentimiento que aparece ante el peligro o ante algo desconocido. Incluso puede sentirse angustia sin una causa precisa. El miedo, tristeza, nerviosismo, irritabilidad, dolores de cabeza, problemas para conciliar el sueño o ansiedad son algunos de los síntomas de la angustia³¹.

En sus primeros estudios sobre la angustia, Sigmund Freud²³ diferenció entre la angustia realista y la angustia neurótica. La angustia realista es aquella que surge ante un peligro exterior y que supone un incremento de la atención sensorial y la tensión motriz. La angustia neurótica, en cambio, no tiene fundamento exterior, no refiere claramente a un objeto o resulta exagerada ante la objetividad del peligro²³. En este caso la angustia que se presenta es la realista, la hospitalización del familiar es una situación temerosa.

La angustia es un estado emocional penoso y de sufrimiento psíquico donde el sujeto responde ante un miedo desconocido. La angustia se caracteriza por la pena y funciona como respuesta hacia un peligro desconocido²³. Tal como lo demuestran las personas entrevistadas en los siguientes discursos:

“Me angustiaba pensando que podría pasarle a mi familiar porque sabía que pocos eran los pacientes que se recuperaban en el servicio de UCI”

(Amorosa)

“el médico..... me dijo que tenía un gran sangrado en la cabeza, que era necesario operarlo, me angustiaba tener que autorizar la operación sentía que mi corazón se agitaba, no podía respirar.....”

(Ed)

Los familiares de los pacientes hospitalizados, demuestran sentimientos de angustia especialmente por el servicio de UCI, el tener experiencias previas o escuchar referencias del tipo de servicio, que recibe pacientes en estado crítico y que pocos se recuperan, les genera angustia. Igualmente el tomar decisiones que ponen en riesgo la salud de su paciente y cargar con la culpa si algo le pasara en una situación difícil y angustiante. Durante la entrevista las personas se mostraban intranquilas y respondieron con voz entrecortada, lo que evidencia la existencia de una tensión sensorial y motriz.

Otro sentimiento negativo vivenciado por los familiares dio origen a otra importante sub categoría:

1.2. | Sintiendo ansiedad por la hospitalización de mi familiar

La ansiedad es una sobre activación del sistema nervioso, que puede provenir de problemas endógenos o exógenos momentáneos originando una activación del sistema simpático y endocrino dando lugar a la secreción de hormonas y los síntomas de ansiedad, se caracteriza por una preocupación constante ante alguna situación. Origina en el ser humano problemas para concentrarse, estar atentos, problemas para conciliar el sueño, dolor de cabeza, mareos, palpitaciones, tensión muscular, temblores, dolores abdominales y sudoración.²³ Tal como lo expresan los familiares.

“.....es una situación muy dolorosa, quiero saber a cada momento como él se encuentra, tenía mucho dolor de cabeza, me olvidaba de las cosas, no entendía lo que me decían.....”

(Amorosa)

“.....mucha ansiedad..... quería saber en todo momento que es lo que pasaba con mi papá porque fue conectado a muchos aparatos, me daba miedo que es lo que le iba a pasar..... necesitaba información y muchas veces no me la daban, no podía dormir por pensar en él”.

(Chino)

“cuando me dijeron que mi papá estaba grave me dio mucho dolor de cabeza tenía mucha ansiedad entraba y salía a cada rato de donde estaba mi padre mi corazón se salía por mi pecho.....”

(Faust)

La ansiedad siempre está presente ante lo desconocido ante la amenaza de muerte y el futuro, los familiares de los pacientes experimentan angustia lo que les originaba el deseo de saber a cada instante la situación que estaba pasando su familiar, y la falta de información sobre el estado real de su familiar les originaba aún mas angustia.

El sentimiento de ansiedad se complementa con la depresión originando la siguiente sub categoría:

1.3. Manifestando sentimientos de depresión por la hospitalización de mi familiar:

La depresión es una afección en la que se pierde el interés por cuestiones que anteriormente lo suscitaban percibiéndose al futuro como una montaña de problemas sin solución, la depresión esta siempre acompañada de pérdida de vitalidad. La depresión exógena es aquella que se origina ante una situación inesperada como la hospitalización de un familiar en estado crítico. La depresión origina en el sujeto tristeza constante, decaimiento, irritabilidad,

sensación de malestar, impotencia, frustración a la vida y puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual³¹.

“.....llore mucho me dio mucha pena que mi señora se enferme..... y ahora yo me quedo solo, mis hijos han hecho su vida cada uno por su lado ella era todo lo que yo tenía, llego a mi casa y encuentro la casa sola un vacío muy feo y solo lloro.....”

(Buh)

“.....me sentí muy triste, mi esposo por causa de un accidente tuvo que ser hospitalizado en la UCI y estar en el estado que está, sentía que mi vida no valía nada sin él, me quería morir de imaginarme que le podía pasar.....”

(Esmeralda)

La presencia de la enfermedad grave en un miembro de la familia origina un fuerte impacto emocional para la familia, que se traduce en estas respuestas de depresión, que hasta cierta medida son necesarios para aceptar la enfermedad e incluso la muerte .A ello se agrega otro sentimiento como la incertidumbre, que dio origen a otra sub categoría:

1.4.Sintiendo incertidumbre por la hospitalización de mi familiar:

La incertidumbre es la falta de certeza sobre algo que vaya a ocurrir, durante la hospitalización de un familiar es pertinente tomar muchas decisiones con respecto a su salud. La toma de decisiones es un proceso complejo en el que interviene el razonamiento y la emoción. No siempre tenemos claro qué hacer, especialmente ante decisiones que generan incertidumbre, son aquellas en las que tenemos una falta de certeza o conocimiento seguro, en las que percibimos un riesgo al no poder predecir los resultados²⁴.

Tal como lo afirman los siguientes discursos.

“Incertidumbre porque veía que la vida de mi padre se acababa lentamente, y yo no sabía que hacer.....tenía muchas preguntas sin respuestas.....”

(Amorosa)

“al pasar los días que mi madre estaba hospitalizada, nos informaban que no había mejoría y en cualquier momento podía fallecer, tenía miedo de autorizar los procedimientos a los que son sometidos porque no sabía si eran para su bien, era una incertidumbre”

(El dulce)

Los familiares de los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos experimentan incertidumbre frente a la realidad de la salud de su familiar, ya que en una unidad crítica existen horarios y normas que rigen ese servicio alejándolo de su familiar sin saber que sucede con él, así mismo ante la toma de decisiones los familiares presentan muchas dudas y temores en autorizar los procedimientos porque nadie les puede asegurar a ciencia cierta qué ocurrirá.

La incertidumbre en los familiares surge por no tener con certeza la información sobre el estado de su familiar; y también por tener que tomar decisiones que ayudan o no en la recuperación de su familiar, ellos presentan muchas dudas y temores.

Pero no es solo incertidumbre lo que sienten también se agrega a ello el temor, surgiendo así la siguiente sub categoría:

1.5.Sintiendo temor por la hospitalización de mi familiar:

Por el lado de la psicología profunda, el temor se desencadena ante un conflicto inconsciente que no se ha resuelto. El temor es un sentimiento que comúnmente experimentamos los seres humanos y asimismo los animales y que se caracteriza por el despliegue de una acción de huida, de alejamiento de aquella persona, situación, o cosa que despierta el sentimiento, porque

claramente se la considera como peligrosa para la vida o la tranquilidad del entorno³¹.

El temor surge de las personas cuando atraviesan la fase de shock emocional y se produce cuando el familiar se da cuenta del problema y no es capaz de identificar la importancia real del evento, pues se siente amenazado, perturbado, en este caso por no estar convencida que los médicos que atienden sean buenos profesionales, temor a cómo reaccionan los demás familiares cuando se enteran de la salud de su familiar o temor a la muerte, son situaciones en donde las personas no estén preparados, y aun se acentúa la crisis cuando nunca han experimentado estas situaciones de dolor o pérdida.

Entonces, el temor es un sentimiento muy desagradable que surge en la persona de manera natural y espontánea, ante la mínima percepción de un peligro o daño, el temor produce manifestaciones físicas inmediatas como el aumento de la presión arterial, incremento de la glucosa en sangre, taquicardia, entre otros³¹. Ante situaciones estresantes el temor surge de manera espontánea y por diferentes situaciones tal como se manifiestan los sujetos en estudio:

“temor a que mi madre no pueda ser atendida por buenos médicos para que se recupere y yo no poder hacer nada porque me encontraba lejos”

(El dulce)

“.....temor de informarles a mis hermanos que mi padre había ingresado a la UCI, porque mi madre también se encontraba enferma”

(Chino)

“temor a que mi esposo fallezca y ya no pueda estar nuevamente junto a nosotros”

(Esmeralda)

Generalmente, se considera que las emociones son de menor duración que los sentimientos y se cree que son las que impulsan y motivan a que las personas actúen. Son más intensas que los sentimientos, pero duran menos que éstos.³⁰ Se habla de unas emociones que son básicas, ya que según algunos estudios; todos los seres humanos las experimentan. Estas son: la sorpresa o asombro, el asco, la tristeza, la ira, el miedo, la alegría, felicidad²³.

Cuando las emociones son constantemente reprimidas, pueden dar lugar a una crisis emocional.

**CATEGORÍA II: VIVENCIANDO EMOCIONES
AGRADABLES Y DESAGRADABLES
(POSITIVAS Y NEGATIVAS).**

La crisis emocional es un estado de desorganización, donde la persona se siente confundida, con diferentes manifestaciones de malestar que le afectan en su desempeño cotidiano. A lo largo de la vida atravesamos múltiples situaciones de crisis, algunas de ellas son esperables llamadas crisis vitales y están ligadas al ciclo de crecimiento. Otras situaciones son circunstanciales, es decir, acontecen inesperadamente, originando diversidad de emociones³¹.

El ser humano se afecta porque no está preparado para la pérdida, todo evento que llega repentino a nuestras vidas, interrumpiendo nuestro ciclo de vida normal, nos afecta emocionalmente, provocando en nosotros diferentes síntomas. Estos síntomas son reacciones normales ante un evento anormal estresante, ocurren durante y después de la crisis. Entre más información y preparación tenga la persona, los efectos serán menores. El desconocimiento aumenta la crisis y a mayor conocimiento menor la cantidad de síntomas, la crisis origina diversos síntomas físicos y emocionales³¹:

Respuestas biológicas: cefalea, náusea y/o vómitos, diarreas o constipación, fatigas, cambio en el sueño, cambio en el apetito, rash cutáneo, cambio en la frecuencia cardíaca y respiratoria. Respuestas emocionales: ansiedad, frustración, alteración en el estado de ánimo, irritabilidad, sentimiento de abandono, tristeza, pesimismo, risa nerviosa, preocupación excesiva. Respuestas a nivel mental: poca concentración, olvidos, baja

productividad, letargo, confusión, embotamiento de ideas. Respuesta social: aislamiento, intolerancia, resentimientos, desconfianza. Respuestas a nivel espiritual: vacío, pérdida del significado de la vida, pérdida de Fé, aumento de la Fé, culpas.

La crisis es un estado de “desbarajuste” y desorganización, caracterizado por incapacidad para manejar una situación particular “emergencia” con los métodos habituales de solución de problemas y con la posibilidad de un resultado positivo. En las crisis la persona se descompensa, se paraliza, depende de otra persona²³.

Hay diferentes respuestas ante la crisis, tales como³¹: Después del periodo de turbulencia emocional la persona vuelve a su estado usual de funcionamiento, previo a la crisis o la persona se deprime y puede enfermar incluso hasta llegar hacerse daño.

La hospitalización de un ser querido generó en los familiares los siguientes discursos que se agruparon en la sub categorías:

2.1. Sintiendo cólera por la hospitalización de mi familiar:

La cólera es una señal de alarma que nos indica que se ha invadido nuestro territorio, que nos están frustrando, que abusan de nosotros, que nos están agrediendo, nos permite restablecer nuestros derechos ultrajados. La

cólera representa nuestras facultades de indignación, si no la volvemos nunca contra el exterior, la dirigimos contra nosotros mismos y nos sentimos culpables²³.

La cólera o ira es una emoción repentina de tipo violento agresivo. El acceso de cólera produce trastornos neurovegetativos que pueden manifestarse en forma de sudor, palidez, o por el contrario, enrojecimiento del rostro, temblores, gestos desproporcionados con gritos y violencias, sentimientos apasionados de odio²⁶.

“sentí mucha cólera conmigo mismo porque si yo no hubiera viajado mi padre no estaría así yo hubiera estado pendiente de su medicina de ponerle su insulina y me hubiera dado cuenta que algo estaba pasando”

(Faust)

“cólera por no poder hacer nada y solo esperar a que el resto lo atienda”

(Fem)

La cólera es una emoción que se presentó en los familiares de los pacientes hospitalizados, pero esa cólera estaba encaminada hacia ellos mismos, por no haber previsto el peligro o por que siente que la vida de su

paciente depende del equipo de salud que lo cuida. A esta cólera se une la culpa, lo que originó la siguiente sub categoría:

2.2 Sintiendo culpabilidad por la hospitalización de mi familiar:

El sentimiento de culpa es considerado como una emoción negativa que, si bien a nadie le gusta experimentar, es necesaria para la correcta adaptación a nuestro entorno. La culpa aparece ante el dolor por el daño causado³¹.

La culpabilidad, por tanto, surge ante una falta que hemos cometido (o así lo creemos). Su función es hacer consciente al sujeto que ha hecho algo mal para facilitar los intentos de reparación. Su origen tiene que ver con el desarrollo de la conciencia moral, que se inicia en nuestra infancia y que se ve influida por nuestras diferencias individuales y las pautas educativas³². Se manifiesta en los siguientes discursos.

“culpabilidad porque pensaba que no había cuidado lo suficiente a mi padre es por ello que llegó a la UCI”

(Amorosa)

“Culpabilidad porque como hijo no le hice evaluaciones medicas previas para la detección de la enfermedad de mi padre”

(Chino)

Los familiares se sienten culpables ante una situación de enfermedad, reflejado en no haber brindado cuidados oportunos.

2.3 Sintiendo decepción de un ser divino durante la hospitalización de mi familiar:

Dios es el ser supremo al que las religiones monoteístas consideran como creador del universo. Se trata de una deidad a la que diversas religiones rinden culto y alaban.

Por lo general, Dios es considerado como omnipresente (está en todas partes), omnipotente (puede hacer todo) y omnisciente (sabe todo)³³.

El cristianismo fue la primera religión en concebir a Dios como una especie de guardián que se encuentra por fuera del mundo, el cual observa desde las alturas y con el que entabla comunicación directa en ciertas ocasiones, la existencia de Dios no puede comprobarse mediante el método científico³³.

La decepción es un estado de ánimo muy habitual entre los seres humanos y que se caracteriza especialmente por sentir insatisfacción cuando aquello que se había planeado o que se esperaba sucediera finalmente no ocurre, o bien sucede del modo que no se esperaba²³.

La decepción se aplica no solamente o situaciones, sino también hacia un ser supremo, es decir, cuando no cumplen las expectativas que se habían puesto sobre ellos, y nos sentimos simplemente traicionados o lastimados con sus acciones. Tal como expresan los discursos:

“decepción porque pensaba que Dios nos abandonó pues no sentía su presencia en el momento que más lo necesitaba para la recuperación de mi padre”

(Amorosa)

“decepcionada de Dios y de la vida porque he autorizado tantas cosas dos operaciones, la traqueotomía que lo sometan a coma con medicamentos porque no dejaba de convulsionar, con el único afán de que se recupere que salga bien y nada solo estoy alargando su sufrimiento.....”

(Ed)

“decepcionada de Dios porque sentía que nos había abandonado y que mi esposo no merecía pasar por este terrible e inconsolable momento”

(Esmeralda)

“decepcionado con Dios porque mi padre siendo una persona que siempre ha confiado en Dios pienso que lo abandonó en los momentos más difíciles de su vida”

(El dulce)

Se evidencia que todos los familiares son creyentes en Dios bueno, que cura, que sana, que no hace daño, pero cuando sienten que sufren por la eminente pérdida de un familiar, se muestran abandonados, castigados por ese ser supremo que siempre les inspira tranquilidad y paz.

2.4 Sintiendo tristeza por la hospitalización de mi familiar:

La tristeza es una de las emociones básicas (no natales) del ser humano, junto con el miedo, la ira, el asco, la felicidad y la sorpresa. Estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. Es la expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito, etc²³.

Es una emoción que se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros y que denota pesadumbre o melancolía, La tristeza es realmente un estado de ánimo más que una emoción aguda, se suele utilizar el término "triste" de forma indiferenciada para describir sus reacciones emocionales ante una gran variedad de circunstancias dañinas²³.

La respuesta emocional de tristeza es distinta del miedo (es una respuesta a un suceso que ya se ha pasado, mientras que el miedo anticipa un evento que va a suceder) y distinta de la ira (la tristeza se presenta cuando nadie es culpable). La tristeza está asociada muchas veces al llanto, para ello hay una secuencia relativamente precisa que es la responsable de que este se produzca. Así, cuando se producen preocupaciones afectivas, se teme su incumplimiento y bruscamente si se cumple tal predicción, brotan las lágrimas³¹.

Se produce ante la pérdida de un deseo apremiante, que se sabe imposible de satisfacer, los desencadenantes son la separación física o psicológica, la pérdida o el fracaso; la decepción; las situaciones de indefensión (ausencia de predicción o de control)³¹.

La tristeza aparece después de una experiencia en la que se genera miedo, debido a que la tristeza es el proceso oponente del pánico y de la actividad frenética. También se produce por la ausencia de actividades reforzadas, conductas adaptativas y ante el dolor crónico²³.

Subjetivamente origina sentimientos de desánimo, melancolía, desaliento y pérdida de energía, estados de desconsuelo, pesimismo y desesperación que desencadenan sentimientos de auto-compasión. La tristeza puede inducir a un proceso cognitivo característico de depresión (esquemas

depresivos y errores en el procesamiento de la información), que son los factores principales de su desarrollo²³.

Fisiológicamente la tristeza origina: en el sistema nervioso autónomo moderadas elevaciones de la frecuencia cardiaca, ligeros aumentos de la presión arterial tanto sistólica como diastólica (cambios parecidos a los producidos por la alegría). El sistema nervioso somático, elevación en la actividad neurológica, que se mantienen de forma prolongada²⁴.

Los efectos de estos cambios fisiológicos son el de una disminución de la energía y el entusiasmo por todo tipo de actividades, y cuanto más se incrementa la tristeza y se enlentece el metabolismo corporal más nos acercamos a la depresión²⁴. Expresados en los siguientes discursos:

“Tristeza porque sentía que era el fin de mi padre, por el diagnostico tan devastador y pensar que en cualquier momento nos podría dejar eso es algo inconsolable”

(Amorosa)

“Tristeza porque mi madre estaba sufriendo muchoy después de haber sido intervenida quirúrgicamente tenga que verla intubada y con respiración artificial”

(El dulce)

“Tristeza porque pensaba que mi padre iba a fallecer..... yo había escuchado que pocos pacientes se recuperaban cuando entraban a ese servicio”

(Chino)

“Tristeza de verlo así va un mes y no hay mejoría, sigue igual”

(Ed)

La tristeza que los familiares experimentaron fue porque todos creían que su familiar no se iba a recuperar sino más bien creían que iban a fallecer corroborando que la mayoría de personas relaciona a la unidad de cuidados intensivos con la muerte. Este es un ambiente que por la tecnología y método de trabajo produce peligro, daño o muerte y por ende un futuro incierto y en consecuencia la tristeza.

2.5. Sintiendo inseguridad por la hospitalización de mi familiar:

La inseguridad emocional es una sensación de malestar, nerviosismo o temeridad asociado a multitud de contextos, que puede ser desencadenada por la percepción de que uno mismo es vulnerable, o una sensación de vulnerabilidad e inestabilidad que amenaza la propia autoimagen o el yo³⁴.

La sensación de inseguridad aparece ante situaciones determinadas, especialmente ante circunstancias nuevas en las que una persona no sabe muy

bien qué hacer, cómo comportarse. La inseguridad, se puede definir como la dificultad para escoger entre diferentes opciones para conseguir un objetivo determinado. Así como, la duda constante ante si lo que hemos hecho o dicho, nosotros mismos u otras personas, es acertado o no²⁴.

Una persona emocionalmente insegura es pesimista y a veces antisocial. Una persona insegura también sufre de ansiedad social, y egocentrismo entre otros estados emocionales.

La mayoría de las personas inseguras sufren de algún grado de aislamiento. Cuanto mayor es la inseguridad, la persona más aislada será²³. se expresa en los siguientes discursos:

“Inseguridad porque nadie de los médicos me asegura que iba a salir bien, que se va a recuperar solo me decían el tiempo lo dirá cuando él despierte y esté sin nada de sedación sabremos cómo va a quedar”

(Ed)

2.6. Sintiendo miedo por la hospitalización de mi familiar:

El miedo es una emoción caracterizada por una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta en todos los

animales, lo que incluye al ser humano. La máxima expresión del miedo es el terror³⁵.

El miedo es producido por un peligro presente e inminente, por lo que se encuentra muy ligado al estímulo que lo genera (diferenciarlo de la ansiedad). Es una señal emocional de advertencia de que se aproxima un daño físico o psíquico. Implica una inseguridad respecto a la capacidad para soportar o manejar la situación amenazante: la intensidad de la respuesta emocional depende de la incertidumbre sobre los resultados.

De forma general, el miedo es producido por todos aquellos acontecimientos que son interpretados como amenaza en los procesos de valoración primaria y ante los que se da una ausencia de estrategias de afrontamiento adecuadas en el proceso de valoración secundaria²⁴.

Todo el suceso emocional resulta disonante y contrario con los planes en curso. Y el suceso presenta un alto grado de urgencia en movilizar acciones o afrontamientos, tanto focalizados en el suceso como sus propias consecuencias.

Se trata de una de las emociones más intensas y desagradables que existen. Generan aprensión desasosiego y malestar. Su característica principal es la sensación de tensión nerviosa, de preocupación y recelo por la propia

seguridad o por la salud, habitualmente acompañada por la sensación de pérdida de control³¹.

Los principales efectos se producen sobre el sistema nervioso autónomo en forma de respuestas puntuales, y se concretan en importantes elevaciones de la frecuencia cardiaca, de la presión arterial sistólica y diastólica, aumento de la fuerza contráctil cardiaca, reducciones del volumen sanguíneo y de la temperatura periférica que provocan palidez. Sobre el sistema nervioso somático: elevaciones de la tensión muscular, aumento de la frecuencia respiratoria³¹. El miedo se expresa en los siguientes discursos:

“Miedo porque no sé lo que va a pasar como va a quedar, cada vez que nos dan informe solo me dicen tiempo y paciencia porque ahora esta sedado no podemos ver su avance es mejor que este así, pero sus signos vitales están estables eso me dicen”

(Ed.)

2.7 Sintiendo desesperación por la hospitalización de mi familiar:

La desesperación es la pérdida de la paciencia o de la tranquilidad de ánimo, causada generalmente por la consideración de un mal irreparable o por la impotencia de lograr éxito³⁶.

Cuando la tristeza se da en un grado muy elevado y durante un tiempo prolongado entonces, en muchas ocasiones, surge la desesperación cuyo caso extremo es el suicidio. La desesperación provoca un sentimiento de pérdida, infelicidad, desolación absoluta y vacío interior. Es una emoción difícil de sobrellevar, es decir, aquel que está sufriendo ha perdido la confianza en el futuro por lo que también ha perdido el sentido de su propia existencia en tanto que tiene la sensación de caminar hacia ninguna parte. Es conveniente hacer frente a la emoción de la tristeza en el momento adecuado y no esperar a que surja la desesperación³¹.

“Desesperación porque no sabía cómo la podía ayudar, que hacer por ella, me desesperaba el no estar con ella en todo momento cuando estaba en la sala de espera y no salían a darme las recetas y el informe me desesperaba, quería gritar”

(Fem)

“Desesperación porque necesitaba que mi esposo sea atendido por los mejores médicos sin importar lo que podía costar su recuperación solo necesitaba que salven su vida”

(Esmeralda)

Las situaciones difíciles nos generan variedad de sentimientos y emociones, en un inicio se produce un choque emocional, pero cuando

transcurre el tiempo, se va asimilando la situación, surgiendo emociones más esperanzadoras, por ello es que se plantea la siguiente sub categoría:

2.8 Sintiendo emoción positivas de esperanza:

La esperanza es un estado de ánimo optimista basado en la expectativa de resultados favorables relacionados a eventos o circunstancias de la propia vida o el mundo en su conjunto.

La esperanza se define como uno de los sentimientos más positivos y constructivos que puede experimentar un ser humano. La esperanza es aquel sentir que hace que un individuo construya hacia un futuro cercano o lejano una situación de mejoría o de bienestar²³.

A diferencia del optimismo, la esperanza es un tipo de sensación que surge generalmente ante situaciones determinadas y específicas. La esperanza puede aparecer y desaparecer de acuerdo a las circunstancias y, al mismo tiempo que nos consideramos esperanzados sobre la resolución de un tema particular, podemos no sentir lo mismo cuando las circunstancias cambian. La esperanza es entonces descrita como un estado de ánimo y no como una actitud hacia la vida, aunque ambas cosas (la esperanza y el optimismo) pueden complementarse²³.

“Esperanza dentro de toda mi tristeza, mi miedo sentí esperanza porque creí que todo iba a salir bien que Dios guiaría a los médicos y enfermeras para que la curen”

(Buh)

“..... a pesar que al inicio sentí abandono de Dios ahora tengo la esperanza que mi esposo se recupere y estar junto a nosotros y al bebe que está en camino”

(Esmeralda)

2.9. Sintiendo emoción positiva de confianza:

Se trata de la presunción de uno mismo y del ánimo o vigor para obrar³⁷. El término confianza se refiere a la opinión favorable en la que una persona o grupo es capaz de actuar de forma correcta en una determinada situación. La confianza es la seguridad que alguien tiene en otra persona o en algo. Es una cualidad propia de los seres vivos, especialmente los seres humanos. Al ser algo que se hace consciente y voluntariamente, supone trabajo y esfuerzo conseguirla, se caracteriza por ser una emoción positiva²³.

La confianza es una hipótesis sobre la conducta futura del otro, es una actitud que concierne el futuro, en la medida en que este futuro depende de la acción de otro, es una especie de apuesta que consiste en no inquietarse del no control del otro y del tiempo²².

De acuerdo con las teorías que abordan este tema, se trata de una suspensión temporal de la situación básica de incertidumbre sobre las acciones de las personas, es decir, se dejan de lado las dudas y se cree firmemente. La pérdida de confianza se debe a un agotamiento emocional, causado por la mala intención de la persona, que fomenta la incapacidad de cumplir con lo prometido de forma continuada en el tiempo. La confianza, por tanto, simplifica las relaciones personales y ayuda a entenderlas²².

Para la psicología social y la sociología, el término confianza consiste en la idea que se forja una persona sobre las conductas que realizan los de su alrededor. Es el pensamiento con el cual una persona cree que será capaz de actuar de una cierta manera frente a una determinada situación²³.

Como veremos en el segundo punto, la confianza puede clasificarse en términos individuales (la confianza en uno mismo) y también, en términos sociológicos (la confianza que los demás tienen de nosotros y viceversa). La confianza en un individuo hace que esa persona llegue más fácilmente a sus propósitos, siempre dependiendo de sus experiencias, de su personalidad y del ambiente que le rodea. Por otro lado, la confianza mutua con los compañeros ayuda a generar una convivencia adecuada para el entorno de cada persona²³.

“confianza en los médicos en las enfermeras que están siempre ahí y sobre todo en Dios hoy ella está más despierta eso me alegra”

(Fem)

Las vivencias de las personas son originadas por cada experiencia y por el modo de vista que se tenga a cada una de ellas, estas experiencias sean buenas o malas originan en el ser humano una serie de sentimientos y emociones los cuales dan lugar a las reacciones ante las dificultades.

La hospitalización produce en los pacientes y sus familiares estrés, manifestado con reacciones fisiológicas y psicológicas, originando disminución en su capacidad para afrontar la situación de crisis. La hospitalización de un familiar en la unidad de cuidados intensivos, es generalmente de forma aguda y repentina, ante esta situación estresante, los familiares pueden sentirse desorganizados, desamparados, emergiendo diferentes tipos de reacciones.

Observamos que la enfermedad y la hospitalización originan crisis situacional, originando tanto en el paciente como en su familia un gran estrés interrumpiendo su función familiar. La crisis situacional es aquella que rompe el equilibrio familiar por eventos no predecibles asociados con las actividades diarias del individuo, originando en la familia incapacidades para actuar con

su entorno, su origen es generalmente externo y son experiencias extraordinarias obligando a cambios en el estilo de vida²².

Las reacciones que presentan los familiares ante la hospitalización de su familiar en la unidad de cuidados intensivos son diversas. Ante la pregunta ¿cómo ha reaccionado usted a la hospitalización de su familiar? Los discursos manifestados dieron lugar a la siguiente categoría.

CATEGORÍA III: MOSTRANDO REACCIONES NEGATIVAS Y POSITIVAS.

La reacción tiene que aparecer por un motivo, que sería una vivencia de cierta intensidad.

La reacción y la vivencia mantienen entre sí una relación que es comprensible desde el punto de vista psicológico; es decir, mantienen una relación causa-efecto²⁴.

La aparición de la reacción mantiene una cierta dependencia cronológica con el momento en que se ha producido la vivencia. Generalmente, la reacción se produce inmediatamente después de la vivencia, aunque a veces surge de forma retardada.

No existe verdaderamente una línea que separe de forma precisa a las reacciones normales de las anormales, entre unas y otras existe un campo de transición gradual que va desde la total normalidad a la anormalidad, pasando por estados intermedios de dudosa clasificación³¹.

Las reacciones ante el dolor, la tristeza, la impotencia dieron origen a las siguientes sub categorías:

3.1. Experimentando negación por la hospitalización de mi familiar:

La negación supone evitar la amenaza de la realidad dolorosa aferrándose a la imagen de la realidad previa. Aparece tanto en el familiar como en el enfermo aunque no siempre de forma sincronizada, suele durar todo el proceso de enfermedad. Existen varios tipos de negación: Negación de primer orden o del diagnóstico que se relaciona con búsquedas de “segundas opiniones”; negación de segundo orden o disociación del diagnóstico es aquí donde se niega las complicaciones y manifestaciones de la enfermedad y negación de tercer orden o rechazo del deterioro¹⁰. Tiene implicancias a la hora de la elaboración posterior del duelo ya que impide la despedida y marca el recuerdo posterior.

La negación es un mecanismo de defensa que consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia o su relación o relevancia con el sujeto²³. Se rechazan aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables.

El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás²³.

En este caso el familiar niega la complicación de la enfermedad, le cuesta aceptar la situación prolongada de crisis, que los esfuerzos no sean efectivos, pero en la medida que el tiempo transcurra, llegará a aceptar la enfermedad, complicaciones y hasta la muerte.

“No esperaba que después de una intervención quirúrgica mi madre tenga una septicemia y que está al borde de la muerte....., busqué muchas otras opiniones no creía lo que estaba pasando.....”

(El dulce)

Así mismo las investigadoras encontraron reacciones positivas de ayuda mutua entre los miembros de la familia así tenemos las siguientes:

3.2 Apoyándonos mutuamente durante la hospitalización de mi familiar:

El ser humano es por naturaleza un ser gregario, significa esto que permanentemente está buscando grupos con los cuales interactuar por diferentes motivos, sean familiares, religiosos o de cualquier otro tipo, con la finalidad de alcanzar un propósito cuando se reúnen y se apoyan

mutuamente³⁸. La importancia del trabajo en equipo se fundamenta, entonces, en aspectos claves que tienen que ver con: el rol de los participantes. Se valora la importancia de la complementariedad por cuanto cada integrante hace un aporte diferente que permite la consecución de los resultados esperados. La comunicación permite mantener enterados a todos los familiares lo que ocurre³⁸.

Existen familias que se organizan para poder afrontar la situación de crisis que viven por efectos de la hospitalización de un miembro de su familia, con la intención de estar pendientes y cerca a su familiar garantizando que no falte algo para su atención o simplemente estar cerca de él. Tal como se manifiestan en los siguientes discursos:

“Me turno con mi hermana para estar acá atentos a lo que nos piden”

(Fem)

“Me estoy organizando con mis hermanos para estar acá en el hospital.....”

(Faus)

3.3. Cambiando nuestro estilo de vida por la hospitalización de mi familiar:

Durante las vivencias de una persona ante una situación de crisis se presentan reacciones que implican un cambio en el estilo de vida. El estilo de

vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud³⁹.

“He dejado todo..... paro acá esperando alguna novedad alguna receta, me he convertido en la almohada de mi padre, he dejado todo por no abandonarlo por que sienta mi presencia.....”

(Ed)

“No quiero ir a mi casa, acá siento que estoy cerca a ella..... en mi casa solo lloro, me vienen los recuerdos..... hasta de su mal genio me acuerdo.....”

(Buh)

Estas reacciones se presentan en momentos estresantes como los que viven los familiares de los pacientes que están hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos.

Durante la hospitalización de un ser querido la familia entra sin lugar a duda en una crisis emocional, viviendo a cada instante el sufrimiento no sólo por la enfermedad de su ser querido, sino también por la implicancia que origina la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos y tener que separarse del familiar, solo poder verlo la hora de visita, simplemente

confiando en sus cuidadores es por ello que las investigadoras realizaron la siguiente pregunta ¿de todo el proceso de hospitalización de su familiar que es lo que más le ha impactado? Surgiendo la siguiente categoría²⁰.

CATEGORIA IV: IMPACTANDONOS LA ACTITUD POSITIVA Y NEGATIVA DEL PERSONAL DE SALUD.

La persona – paciente como sus familiares son sujetos de cuidado del equipo de salud es responsabilidad de cada profesional y en especial de la enfermera (o) ofrecerle cuidados seguros, oportunos, humanos y continuos. Los familiares tienen necesidades, las cuales son conceptuadas como esenciales y éstas cuando son satisfechas alivian o disminuyen la aflicción y la angustia inmediata, mejorando su bienestar, un bienestar que de alguna manera es transmitido al paciente hospitalizado³.

En el Hospital Regional Docente de Trujillo, las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos, durante su práctica diaria, realizan múltiples actividades pero muy pocas tienen entre sus actividades la interacción con los familiares de los pacientes como: el de escuchar, dar respuesta a interrogantes, logrando resultados positivos, sin embargo priman las actitudes como la apatía las cuales ocasionaron en los familiares sentimientos de impotencia, enojo y frustración.

A pesar que actualmente se habla mucho del cuidado humanizado se continua brindando atención de salud con enfoque biomédico tradicional el cual está orientado al paciente y a la enfermedad, postergando la asistencia y cuidados a los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, este enfoque hace que habitualmente las enfermeras (os) conciban que la información solo hacer referencia exclusivamente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento sosteniendo que la labor de informar es una tarea de los médicos y no de enfermería².

El equipo de salud, aún no valora al familiar como un ente influyente e importante en la recuperación de su paciente, menos en conocer sus sentimientos, emociones, reacciones etc. con la finalidad de minimizar en la medida de las posibilidades los factores de angustia de la familia ante la hospitalización de un familiar en “estado crítico”.

Las entrevistas realizadas al familiar de cada paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos brindaron las siguientes respuestas:

“Me impactó que el personal de salud sea indiferente..... hay mucha falta de calidad humana, mucha insensibilidad.”

(El dulce)

“..... Los médicos son muy fríos no me entienden solo me miran cuando les pregunto y me dicen el informe es durante la hora de informes”

(Buh)

“Me han impactado varias cosas..... la insensibilidad de algunos trabajadores de la UCI en especial de los médicos”

(Amorosa)

“..... no todo el personal de salud tiene la disponibilidad de informar al familiar”

(Chino)

“El trato y la información del personal es diferente algunos son amables otros no”

(Esmeralda)

A pesar que el modelo de salud ha cambiado se sigue viendo al familiar como un ente molesto al que se le brinda poca o ninguna atención centrándose únicamente en el paciente olvidándose de los familiares que finalmente son los que más crisis sienten; pero eso no sólo ocurre a nivel nacional sino también a nivel internacional sin embargo existen hospitales donde les brindan un espacio a los familiares de los pacientes para que expresen su emociones y sentimientos.

Sin embargo los familiares también expresaron que existe personal de salud que si les brindó trato amable y les informaban sobre el estado de su paciente, incluso les permitían ingresar a la unidad un momento aunque no sea la hora de visita, esto les originaba en ellos tranquilidad pues sabían cómo estaba su paciente disminuyendo de alguna manera la ansiedad, incertidumbre y miedo a la pérdida.

CAPÍTULO V:
CONSIDERACIONES FINALES Y
RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONSIDERACIONES FINALES:

- Comprender las vivencias de los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, implica entender la existencia de sentimientos negativos los cuales se justifican por la situación dolorosa que genera el ver sufrir a un ser querido, surgiendo: angustia, ansiedad, manifestando depresión, incertidumbre y temor, son estados de ánimo afectivos generado de las experiencias subjetivas de las personas.

- Las situaciones de crisis, por la que atraviesan los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos les genera emociones negativas o desagradables como: cólera, culpabilidad, decepción, tristeza, inseguridad, miedo, desesperación, afectándolos en el desempeño cotidiano. Dentro de las emociones positivas surgieron la esperanza y confianza, cualidades propias de los seres humanos que les impulsó a esperar con optimismo que la situación de sufrimiento cambie.

- Las vivencias de dolor y tristeza experimentados por los familiares de pacientes hospitalizados han generado reacciones de negación, de evitar una realidad para la cual no están preparados, esta situación de crisis también les ayudó a buscar la complementariedad, por su naturaleza

humana; es decir se tornaron mas organizados y aportaron al cuidado de su paciente.

- El cambiar los estilos de vida cuando de cuidar a su familiar se trata es fundamental y lo consideran como una actitud saludable que beneficia a su paciente.

- El entorno que rodea a los familiares del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos les generó vivencias impactantes y aún más si se trata del personal de salud de quién esperan lo mejor, sin embargo, les afectó el trato frio, indiferente e insensible de alguno de ellos. Pero también, se sintieron bien ante el buen trato y la disponibilidad para informarles sobre la situación de su paciente.

- Los familiares al vivir situaciones de crisis vinculadas al dolor y sufrimiento se sintieron decepcionados y abandonados de un Dios en quien creen y confían y por ello, no deben experimentar estos momentos difíciles.

5.2. RECOMENDACIONES

- A las autoridades de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo en especial a la enfermera jefe de servicio de la unidad de cuidados intensivos, conocer las conclusiones a fin de comprender y valorar el sentir de los familiares de pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos con el propósito de buscar planes para mejorar el cuidado enfermero bajo un enfoque holístico. Ello permitirá integrar en sus cuidados a la familia del paciente.

- A las docentes y estudiantes de enfermería tomar en cuenta el sentir de los familiares y considerarlos siempre en sus planes de cuidados.

- Al colegio de Enfermeros de Trujillo, para que incluya dentro de su plan de capacitación temas sobre atención al familiar de las personas hospitalizadas.

- El sindicato de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo, debe incluir en su plan anual de capacitación sobre la importancia el ámbito social del paciente que es su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Rodríguez Borrego A., Gutiérrez Alejandro A. y otros. Gestión de la Calidad. Excelencia Enfermera [revista en internet] Setiembre 2005. [acceso 26 de Febrero del 2013]; (9) Disponible en:
http://www.ee.isics/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=9&idArticulo=1121327186047.
2. Uribe MT. Muñoz C. Restrepo J. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. InvestEducEnferm 2004; 22(2): 50-61 disponible en:<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/2962/2670>.
3. Zaforteza LLallemand Concha, Gastaldo Denise, Sánchez – Cuenca Pilar, Joan E. de Pedro, Lastra Pedro; Relación entre enfermeras de Unidad de Cuidados Intensivos y Familiares: Indicios para el cambio. Revista Científica de Enfermería [revista de internet] 2004 [16 enero 2013]; (3). Disponible en:http://www.nureinvestigacion.es/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=59&ID_ORIGINAL_INI=1
4. De Albístur M, Bacigalupo J, Gerez J, “et al” La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revista Médica del Uruguay 2000; 16 (3): 243-256. Uruguay [revista de internet] 2000 [3 de julio 2013]; 16(3):243-256. Disponible en:<http://www.rmu.org.uy/revista/2000v3/art8.pdf>
5. Franco Canales R. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M., Abril

- 2003[Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2004.
6. Eguiluz Luz de Lourdes, editora. Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico. 2003. México: Pax México; 2003.
 7. Cevallos L, Martínez S, Lucana F. Percepción de los familiares de Pacientes con TEC acerca de la intervención de la enfermera en la Crisis Situacionales el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Santo Toribio de Mogrovejo. [Tesis Licenciada en Enfermería] Lima Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1993. 25p.
 8. Caballero E, Fernández P. La familia en el entorno de cuidados críticos. En Ibarra A. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. 1º ed. Madrid: Versión en línea Diciembre 2007. Consulta: 12 noviembre 2011. Disponible en:
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm>
 9. Aguilar M, Jara M, “et al”. Eficacia de un Modelo de Intervención de Enfermería sustentado en la Teoría de Crisis para aliviar la ansiedad en la Familia de la paciente que va a ser mastectomizada [Tesis Licenciada en Enfermería] Lima Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1996. 18p.
 10. Muñoz F, Espinoza JM, Portillo J, Rodríguez G. La familia en la enfermedad terminal (I). Medicina de Familia (And). [Revista en Internet]. 2002 [Consultado el 7 de Julio 2013]; 3(3). Disponible http://www.samfyc.es/index.php?option=com_content&view=category&id=110:historico-2002-volumen-3-numero-3&Itemid=129

11. Arriaga M. Intervenciones de enfermería comunitaria con familias en crisis [Tesis magister]. Monterrey: Dirección General de Bibliotecas; 1993. Disponible en: eprints.uanl.mx/1973/1/1080070857.PDF
12. Jovell A. El silencio de los pacientes: *Rol de Enfermería* 1999; 27(7): 507-510.
13. Fernández M. El impacto de la enfermedad en la familia: *Revista de la Facultad de Medicina* 2004; 47(6): 251 – 254 versión en línea. Consulta: 10 noviembre del 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>.
14. Boerema F. Haptonomía es la ciencia del tacto: *Rol de Enfermería* 1995; 206(34): 103.
15. Baquero C. El tacto: una forma de comunicación con el paciente y su familia: *Enfermería Clínica* 2000; 10(1): 10 – 29.
16. Quiroz F. Efectividad del acercamiento de enfermería en el alivio de la crisis situacional de la familia del paciente con infarto agudo al miocardio frente a la enfermedad y hospitalización. [Tesis Licenciada en Enfermería]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1980. 42p.
17. Velasco J. Detección de Necesidades de los Familiares de Pacientes Ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos 2000.
18. Barrera L, Carrillo G. Adaptación del Concepto de cuidador familiar del grupo de investigación de cuidado a la persona con enfermedad crónica y su familia, Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Universidad Nacional de Colombia. 2010.

19. Henderson J. Physician and patientsa social system. New England Journal of Medicine1935; 819-823:212.
20. Cabezudo T, Martina; Cantuarias N. Nélica .Vivencias de los familiares de pacientes con ventilador mecánico en la Unidad De Cuidados Intensivos. Estudio fenomenológico.
21. Gary Bouley, Kathleen von Hofe. Holistic care of the critically ill: Meeting both patient and family needs. 1994, 13: 218-22.
22. Fariñas G. Acerca del concepto vivencia en el enfoque cultural: Revista cubana de psicología 1990; 16(3): 62-66. Cuba. Disponible en: <http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/>
23. Myers D. Psicología. 7ma. ed. Madrid: Panamericana; 2005.
24. Hillman. James. Re – Imaginando la Psicología. 2da. ed. Madrid: Siruela; 1999.
25. Gutiérrez B. Experiencias, Percepciones y Necesidades en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión Sistemática de Estudio Cualitativos. Enfermería Global (Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería) Nª12.Febrero 2008.
26. Inteligencia emocional. Inteligencia-emocional.Versión Electrónica disponible en <http://www.inteligencia-emocional.org/articulos/iraenojoyfuria.htm>
27. Polit D. y Hungler, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ta. ed. México: McGraw-Hill; 2000.

28. Álvarez R. El método científico en las ciencias de la salud. 3ra. ed. Madrid: Díaz de santos, S.A.; 1996.
29. Decreto Supremo N° 011-2011-JUS - Aprueban Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos. [En línea] Lima; 2011 Julio. [Consultado 25 Abril 2013]. Disponible en: <http://sistemas3.minjus.gob.pe/sites/default/files/documentos/difusionlegislativa/DS-N-011-2011-JUS-EL-PERUANO.pdf>
30. Diferencia entre emoción y sentimiento. Psicología emocional. Versión Electrónica disponible en <http://diferenciaentre.info/diferencia-entre-emocion-y-sentimiento/>
31. Felipe L. Psicología Clínica: Transtornos Neurológicos, Hormonales y Psicológicos. 1ra. ed. México: D.R. Universidad de Guanajuato; 2010.
32. Sentimiento de Culpa. Web consultas. Versión Electrónica disponible en <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/emociones-y-autoayuda/el-sentimiento-de-culpa-6574>
33. Andrade B. Dios en medio de nosotros. 1ra. ed. España: Secretariado Trinitario; 1999.
34. Desesperación. Lexicoon. Versión Electrónica disponible en <http://lexicoon.org/es/desesperacion>.
35. Confianza. Definición.de. Versión electrónica disponible en <http://definicion.de/confianza/>.

36. Trabajo en equipo. De Gerencia.com. Versión Electrónica disponible en http://www.degerencia.com/articulo/importancia_del_trabajo_en_equipo_en_la_organizacion.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

SEUDONIMO:

EDAD:.....

Acepto participar de la investigación titulada “Vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015” que tiene como objetivo comprender las vivencias del familiar de la persona hospitalizada. Por eso declaro, que fui informada de los siguientes aspectos:

1. Mi participación voluntaria y concuerdo con la utilización de los datos de mi entrevista para los fines de la investigación.
2. La información obtenida será tratada bajo absoluto sigilo, anonimato y fielmente relatadas por las investigadoras.
3. Las investigadoras estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesaria respecto al asunto abordado.
4. La información brindada será utilizada solo para fines de un trabajo científico.
5. Tendré el derecho de retirar el consentimiento de mi participación cuando lo desee.

.....

Firma de la entrevistadora

.....

Firma de la entrevistada

GUIA DE ENTREVISTA

INTRODUCCIÓN:

Los siguientes datos se refieren a usted como familiar, no al paciente:

Sus respuestas nos servirán para conocer cuáles son sus vivencias ante la hospitalización de su familiar en la Unidad de Cuidados

Intensivos. Al final del cuestionario puede hacernos aquellas sugerencias que considere oportunas.

Gracias por su colaboración.

OBJETIVO: Comprender y analizar las vivencias del familiar de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Trujillo, 2015.

1. Preguntas de datos generales.

Sexo: Hombre Mujer

Su parentesco con el paciente es:

Cónyuge Hijo-a Padre-madre

¿Convive usted en la actualidad con el paciente? Si No

¿Ha estado anteriormente de visita en una UCI? Si No

¿Qué tiempo está su familiar hospitalizado en la UCI?.....

2. Datos específicos del estudio

- a) Puede describir los sentimientos que ha experimentado ¿cuándo hospitalizaron a su familiar en la UCI?

- b) ¿Qué emociones surgieron en usted al enterarse de la hospitalización de su familiar? ¿qué siente ahora?
- c) ¿Cómo ha reaccionado usted ante la hospitalización de su familiar?
- d) ¿De todo el proceso de hospitalización de su familiar que es lo que más le ha impactado?

Gracias por su colaboración

GUIA DE OBSERVACIÓN

COMPORTAMIENTO	SI	NO
Se muestra intranquila		
Se muestra ansiosa		
Llora al hablar		
Al hablar hace pausas y suspira.		
Se frota las manos		
Se muestra enojado		
Se muestra muy triste		