

CARACTERIZACIÓN DE LAS DINÁMICAS FAMILIARES EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN MANTA, 2019

CHARACTERIZATION OF FAMILY DYNAMICS IN INTENSIVE CARE PATIENTS IN MANTA, 2019

Carvajal-García María^{1*}; Cedeño-Vega Evelyn²; Villavicencio-Navia Katty³

^{1,2} Investigadora independiente. Manta, Ecuador.

³ Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Facultad de Psicología. Manta – Ecuador.

*Correo: macar1234@gmail.com

RESUMEN

En el presente trabajo se investigan los cambios psicológicos y sociales producto de la hospitalización en Unidad de cuidado intensivo no solo al paciente sino a todas las personas que conforman el núcleo familiar, de aquí parte la importancia del presente estudio sobre la dinámica familiar para determinar cuál es la afectación en la familia, puesto que al estar el paciente en una condición crítica, los familiares se ven en la obligación y necesidad de tomar decisiones referentes al cuidado del familiar enfermo, lo cual conlleva a que experimenten niveles altos de ansiedad y depresión debido a los factores estresores a los que están expuestos frente a la crisis. El ingreso de un familiar en una UCI produce gran incertidumbre y la dinámica familiar normal se pone en riesgo, desencadenando diversas necesidades en la familia que, tras la revisión de distintos estudios se pueden enmarcar dentro de cuatro áreas: cognitiva, emocional, social y práctica. Bajo la mirada del enfoque sistémico familiar se describen cuatro historias de vida, se resignifica la narrativa, dando paso al alivio del dolor y a la comprensión de la crisis. Los resultados más importantes de la investigación revelan que las familias pasan una crisis que se caracteriza por sentimientos de culpa, impotencia y modificación de roles en la dinámica familiar, por lo tanto, se sugiere que se proponga un plan de intervención familiar para las unidades de cuidados intensivos.

Palabras claves: dinámica familiar, unidad de cuidado intensivo, enfoque familiar, hospitalización, afectación.

ABSTRACT

This paper investigates the psychological and social changes resulting from hospitalization in the intensive care unit, not only to the patient but to all the people who make up the family nucleus, hence the importance of the present study on family dynamics to determine which it is the affectation in the family, since when the patient is in a critical condition, the relatives are obliged and need to make decisions regarding the care of the sick relative, which leads to them experiencing high levels of anxiety and depression due to the stressors to which they are exposed in the face of the crisis. The admission of a family member in an ICU produces great uncertainty and normal family dynamics are put at risk, triggering various needs in the family that, after reviewing different studies can be framed within four areas: cognitive, emotional, social and practical. Under the gaze of the family systemic approach, four life stories are described, the narrative is resignified, giving way to pain relief and understanding of the crisis. The most important results of the investigation reveal that families are experiencing a crisis characterized by feelings of guilt, helplessness and role modification in family dynamics, therefore, it is suggested that a family intervention plan be proposed for the units of intensive care.

Keywords: family dynamics, intensive care unit, family approach, hospitalization, involvement.

1. INTRODUCCIÓN

Históricamente existe la imperiosa necesidad de atender de forma prioritaria a los pacientes en peligro de muerte, situación que se plasma desde el año 1854 durante la Guerra de Crimea, cuando Florence Nightingale consideró que era preciso separar a los soldados en estado de gravedad de aquéllos que sólo tenían heridas menores para cuidarlos de manera especial. Ella logró reducir la tasa de mortalidad de la batalla de 40% a 2%. (Aguilar-García & Martínez-Torres, 2017).

En 1950, el anestesiólogo Peter Safar creó un área de cuidados intensivos en la que mantenía a los pacientes sedados y ventilados. Es considerado el primer intensivista. En este período fue realmente importante la labor desarrollada en Alemania por R. Aschenbrenner y A. Dónhardt, quienes en condiciones precarias realizaron una auténtica labor de pioneros. Los primeros servicios de respiración artificial fueron desarrollados en Dinamarca por Lassen, Dam, Ipsen y Poulsen; en Suecia por Holmdahl y en Francia por Mollaret como respuesta a las epidemias de poliomielitis y que surgieron de la necesidad de vigilar y ventilar constantemente a los enfermos. (Rodríguez & Franco, 2015)

Vera-Carrasco (2015) explica que las primeras unidades centrales de tratamiento y cuidado intensivo en el sentido actual de este concepto fueron instaladas por iniciativa de P. Safar en Baltimore en 1958 y en Pittsburg en 1961. Con el paso del tiempo estas unidades fueron creándose en hospitales de todo el mundo a la par de los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina. Hoy en día existen unidades de cuidados intensivos específicas para diferentes especialidades de la salud.

En las unidades asistenciales de Terapia Intensiva, en las que se realizan cuidados a pacientes en situaciones críticas, por la gran significación de las tomas de decisiones, se ponen en juego en grado extremo estas nuevas particularidades del vínculo, lo que plantea nuevos problemas bioéticos que se dirimen cotidianamente en el fragor de la actividad.

Así, los principios bioéticos de no maleficencia lo primero no hacer daño (*primum non nocere*) y de beneficencia deben ser contemplados en su interjuego con los

de autonomía y equidad (Sánchez, 2009). De esta forma deben decidirse problemas tales como la futilidad terapéutica, el encarnizamiento terapéutico, la abstención del soporte vital, entre otros.

En la naturaleza dinámica de ese vínculo el médico despliega sus rasgos de personalidad y sus mecanismos de defensa. El paciente y su familia, además, experimentan diversos comportamientos en torno al enfermar, la enfermedad y la curación y su proceso. Estar, sentirse, ser considerado enfermo, se expresan en toda su dimensión en condiciones extremas del padecimiento y del riesgo vital.

La situación de tener un allegado internado y una restricción en el contacto, como implica la terapia intensiva, genera un importante monto de tensión, angustia e incertidumbre a la ya de por sí difícil situación emocional de la enfermedad y el riesgo vital. Por ello pueden presentarse diversos tipos de conflictos dentro del grupo familiar y/o con el equipo tratante y de hecho muchas reacciones pueden inadvertidamente afectar y complicar el vínculo y las conductas médicas terapéuticas.

Al decir de Groves & Beresin (1998) hay básicamente tres tipos de familias: las que no dan problemas, aquellas en las que los problemas se generan por la crisis que implica un miembro familiar enfermo y aquellas que habitualmente tienen un funcionamiento conflictivo independientemente del tipo de situación. Por esto, en una primera distinción es necesario poder determinar si estamos frente a un grupo familiar colaborador, con disponibilidad y capacidad de sostén y de alianza con el equipo o por el contrario si los conflictos y tensiones dificultan la contención al paciente y la alianza terapéutica en el sentido amplio, ya sea por hiperpresencia o por ausencia.

Del mismo modo es útil determinar el tipo de cohesión interna con el que funciona el grupo, dado que el modo de relacionarse entre sus miembros y el que despliegan con los interlocutores repercute en la comunicación, en el proceso de brindar información y por ende en los procesos de toma de decisiones. Así, mientras en las familias de tipo integradas alguno de sus miembros puede representar al resto y ser fuente y vehículo de comunicación y de decisión, en

las familias de tipo aglutinadas esto solo se podrá hacer cuando están todos presentes y en las desintegradas por el contrario el funcionamiento es excesivamente independiente el uno del otro al punto de que la información puede estar segmentada o parcializada.

En el Hospital “Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta, existe la Unidad de Cuidados intensivos (UCI), que por sus características y por su infraestructura no proporciona asistencia psicológica para los familiares de los internos, los mismos que alteran sus dinámicas estructurales. Por lo tanto, el objetivo de este manuscrito es caracterizar la dinámica familiar en los pacientes de U.C.I. dicho hospital.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló una investigación con enfoque cualitativo debido a que permite evaluar el desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación ni estimulación con respecto a la realidad (Corbetta, 2003). La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de la interacción humana y sus instituciones (busca interpretar lo que va captando activamente). Postula que la “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. De este modo, convergen varias “realidades”, por lo menos la de los participantes, la del investigador y la que se produce mediante la interacción de todos los actores. Además, son realidades que van modificándose conforme transcurre el estudio. Estas realidades son las fuentes de datos.

La población correspondió a cuatro casos de familias en las que al menos uno de sus miembros se encontraba hospitalizado en la Unidad de Cuidados intensivos.

Las historias obtenidas se grabaron previo consentimiento informado que fue suscrito por uno de los miembros de la familia que participaron en la entrevista.

Se aplicaron los siguientes instrumentos: Cuestionario FFSIL, el APGAR familiar y la entrevista semi estructurada, se trianguló la información y se buscaron las

características relevantes de las familias de los pacientes hospitalizados en UCI, del hospital “Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta.

2.1. Método

Se presenta un estudio de 4 casos acerca de los significados atribuidos a cada familia de pacientes que están internados en el UCI del hospital Rodríguez Zambrano de Manta. Es por esta razón que se toma al estudio de caso como un método para explorar a una persona, en un contexto o situación única, de forma cuidadosa y detallada, y es considerada como descriptiva porque define la situación actual del caso de estudio (Castillo, 2005).

Como base fundamental para la terapia se manejaron los principios éticos profesionales, siendo respetados el principio de beneficencia, que busca ante todo: no dañar.

De igual manera, se respetaron la confidencialidad y se tuvo un consentimiento informado con los familiares de los hospitalizados, previo al inicio de la primera sesión, proporcionándole la suficiente información sobre la terapia, el tipo de terapia, el trabajo como estudio de caso, la confidencialidad y sus excepciones. Así también se respetó el principio de autonomía, considerando la decisión como familia de dejar el proceso terapéutico cuando ellos quisieran y con la libertad de reabrirlo cuando lo decidan.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las historias o narraciones fueron abordadas en tres sesiones terapéuticas. En la primera sesión se conoció la historia del paciente en UCI, la relación con su familia y el significado atribuido a la experiencia o dolencia vivida. En la segunda sesión se continuó con el trabajo terapéutico y se enfocó en los sentimientos que la familia tenía por lo sucedido; para esto se utilizaron técnicas narrativas que permitieron dar un giro a su historia. Por último, en la tercera sesión, se trabajó en sus fortalezas como persona para que pueda continuar su vida sin culpa.

Cabe señalar que para el trabajo terapéutico se combinaron intervenciones sistémicas y técnicas de otras corrientes que sirvieron para el trabajo terapéutico

en sesión. Se presentan algunos fragmentos y hechos de relevancia sucedidos en el desarrollo de las sesiones.

3.1. Caso I

Cliente hospitalizado en UCI, menor de edad, hombre, cuya informante es su madre. La causa de hospitalización es asfixia por accidente alimenticio, lleva 19 días interno, antecedentes de embarazo con dificultades y manifestaciones somáticas de angustia.

- **Narración anterior:**

“Se ahogaba comiendo un pan con chocolate, el papá intentaba sacárselo, se quedó sin respiración medio muerto, llegó al hospital, lo entubaron, estuvo en emergencia y luego en UCI. Mi hermana murió de un paro cardíaco al saber lo que le pasaba al niño”.

Resultados: se detectó la externalización del problema, con manifiesta culpabilización del participante y angustia.

- **Narración actual:**

“El niño está evolucionando bien, ya lo van a pasar a medicina interna, la familia está más unida, vienen hacerme compañía, ya me está pasando el miedo y la preocupación. Siento que mi hijo pronto va a salir de aquí, que de poco a poco se está recuperando”.

Resultados: Actitud positiva, cambio de narrativa, no solo hay esperanza sino credibilidad y auto confianza.

- **Percepción de la función familiar APGAR:**

Resultado: Familia normo funcional.

- **Evaluación del funcionamiento familiar FF- SIL:**

Resultado: Familia moderadamente funcional, en estos momentos se mantiene la unión, se mantienen sistemas de creencias, hay desconfianza en la solidaridad de otros.

3.2. Caso II

Persona hospitalizada en UCI, su estado es crítico, adulto, hombre. La persona que actúa como informante es su hermana. La causa del internamiento es accidente laboral, trauma cráneo encefálico, cerebro inflamado con sangre y corre el riesgo de fallecer.

- **Narración anterior:**

“Mi mamá está super mal sufre del corazón, tiene un marcapasos, obstrucción de válvulas, corre el riesgo de que le pase algo feo, no come bien. Cuando mi hermano llegó al hospital lo entubaron, estuvo en emergencia y luego en UCI. Me siento muy cansada, agobiada, desesperada, ansiosa, hasta impotente, me siento destrozada por lo que está pasando”.

Resultados: externalización del problema, con una narración que manifiesta cliente desesperanzada y angustia.

- **Narración actual:**

“Tenemos toda esperanza puesta en Dios y que el bendiga las manos de los médicos. Dios es grande mi hermano puede superar esto. La familia estamos más unida que antes, unos más preocupados que otros.

Resultados: Actitud con esperanzas muy positivas, cambio de narrativa, no solo hay esperanza, sino que también hay mucha fe.

- **Percepción de la función familiar APGAR.**

Resultado: Familia normo funcional.

- **Evaluación del funcionamiento familiar FF- SIL**

Resultado: Familia moderadamente funcional, en estos momentos se mantiene la unión, se mantienen sistemas de creencias, hay desconfianza en la solidaridad de otros, existe armonía, las decisiones se las toman en familia para cosas importantes. No expresan en familia los mensajes en forma clara.

3.3. Caso III

Cliente hospitalizado en UCI, adulta mayor, con problemas cardíacos e hipertensión, asintomática, disfuncionalidad arterial, deprimida, su estado es crítico. Actúan como informantes sus hijos. Causa del internamiento: repentinamente se sintió mal y se la tuvo que trasladar al hospital.

- **Narración anterior:**

“No sabíamos mucho del problema de mi mamá, nosotros como hijos nos sentimos culpables porque desde cuándo habrá tenido ese problema y no sabíamos por no estar atentos. Lamentamos no poder estar cerca de ella”.

Resultados: externalización del problema. La narración manifiesta cliente con sentimientos de culpa, no quiere creer, está en estado de negación y angustia.

- **Narración actual:**

“Tenemos toda esperanza puesta en Dios, tenemos fe que mi mamá va a mejorar y que pronto nos la podemos llevar a casa, en la familia felizmente somos unidos y nunca dejamos sola a nuestra madre”.

Resultados: actitud con esperanzas muy positivas, cambio de narrativa, no solo hay esperanza, sino que también hay mucha fe, convicción y mejoría de la salud.

- **Percepción de la función familiar APGAR:**

Resultado: familia normo funcional, con dificultades en la comunicación y la socialización.

- **Evaluación del funcionamiento familiar FF- SIL:**

Resultado: familia moderadamente funcional, no expresan en familia los mensajes en forma clara y directa, limitación social.

3.4. Caso IV

Se trata de cliente hospitalizado de Pedernales, mayor de edad y sexo femenino, fue agredida con un machete por el esposo, con lesiones graves según refiere la hermana. La mamá cuida de los hijos de la paciente y es hipertensa por eso no acude al hospital.

- **Narración anterior:**

“Mi hermana fue macheteada por el esposo y el caso de ella vino muy grave que casi estuvo para fallecer, pero Dios le dio otra oportunidad. Tenemos otra familiar, una sobrina que está hospitalizada y necesitamos dinero”.

Resultados: externalización del problema. La narración manifiesta que la cliente presenta angustia, estrés post trauma.

- **Narración actual:**

“Recién la pasan a sala eso implica que está bien, mi esperanza es que ella se va a sanar, que va a estar bien y que pronto estaremos todos juntos de nuevo con mi hermana”.

Resultados: actitud con esperanzas muy positivas, cambio de narrativa, no solo hay esperanza, sino que también hay mucha fe, convicción y mejoría de la salud.

- **Percepción de la función familiar APGAR.**

Resultado: familia normo funcional, con dificultades en la solidaridad familiar y problemas económicas.

- **Evaluación del funcionamiento familiar FF- SIL:**

Resultado: familia disfuncional. No expresan en familia los mensajes en forma clara y directa, limitación en el afecto y en lo social. La familia disfuncional es aquella que no logra cumplir con las funciones y los roles establecidos por la sociedad.

Según Hunt (2007) citado por (Pérez & Reinoza, 2011) define a la disfuncionalidad de dos maneras: primero, una familia disfuncional se caracteriza por un conjunto de conductas inadecuadas e inmaduras de uno de los padres, que interfiere en el crecimiento individual y la capacidad de establecer relaciones equilibradas entre los miembros del grupo familiar. Y segundo, este tipo de familia está conformada por personas que presentan una inestabilidad a nivel emocional, psicológico y espiritual.

Sin embargo, estos grupos, aunque están funcionando mal, se desenvuelven con errores como en todas las familias, pero en las familias disfuncionales hay un grado mayor de dificultad ya que existen conflictos y problemas.

Cabe señalar que la disfuncionalidad familiar no necesariamente se caracteriza porque los padres están en un proceso de separación, si bien en algunos casos si se presenta, a menudo la pareja es codependiente formando un vínculo matrimonial fuerte, pero sin estabilidad, lo cual genera conflictos, mala conducta y abuso por parte de los miembros (Báez, 2013). Se comprende que los integrantes que crecen en esta familia a veces interpretan las acciones y comportamientos de los padres como una situación normal.

4. CONCLUSIONES

En base a la investigación realizada se concluye que en las familias predomina la estructura normo funcional, en la que se evidencia la unión, hay sistemas de creencias, existe armonía, se toman decisiones importantes en conjunto, aunque persisten los problemas económicos.

En la primera fase de la intervención se rescata que cada familia tiene las características de desesperanza, angustia, sentimientos de culpa, negación de la condición de salud del familiar, estrés post trauma; no obstante, al finalizar la segunda fase se observa un cambio en cada familiar referente a las características antes presentadas. Se evidencia un cambio importante en la narrativa, el apoyo, esperanza de mejoría, fe y los roles de la familia se incrementan para dar soporte al familiar internado y al cuidador principal.

REFERENCIAS

- Aguilar-García, C. & Martínez-Torres, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 31(3), 171-173.
- Báez, L. (2013). *Las familias disfuncionales*. Tesis de pregrado. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/5670>

- Castillo, M. (2005). Metodología de investigación científica USN. Método de estudio de caso.
- Corbetta, P. (2003). Metodología y técnicas de investigación social. McGrawHill.
- Groves, J. & Beresin, E. (1998). Pacientes difíciles, familias difíciles. Nuevos horizontes: la ciencia y la práctica de la medicina aguda, 6 (4), 331-343.
- Hunt, J. (2007). La Familia Disfuncional, haciendo las paces con el pasado. Hope for the heart, 7(02), 1-14.
- Pérez, A., & Reinoza, M. (2011). El educador y la familia disfuncional. Educere, 15(52), 629-634.
- Rodríguez, T. & Franco, G. (2015). Historia de la medicina crítica. An Med (Mex), 60(2), 156-159.
- Sánchez, P. G. (2009). Principios básicos de bioética. Revista peruana de ginecología y obstetricia, 55(4), 230-233.
- Vera-Carrasco, O. (2015). Origen y desarrollo histórico de la Medicina Crítica y Unidades de Cuidados Intensivos en Bolivia. Rev Med La Paz, 21(2), 77-90.