



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Enfermería

**Sentimientos y necesidades espirituales de los
familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados
Intensivos**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Violeta MATÍAS ROBLES

ASESOR

Rudi Amalia LOLI PONCE

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Matías V. Sentimientos y necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)



FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

10(p)
100

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO(A)
EN ENFERMERÍA**

En la ciudad de Lima, a los once días del mes de agosto del año dos mil diecisiete y en cumplimiento a lo señalado en el inciso "c" del Art. 66 del estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. N° 78337), se ha realizado la sustentación de la tesis titulada **"SENTIMIENTOS Y NECESIDADES ESPIRITUALES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS"**, sustentada por la Bachiller en Enfermería:

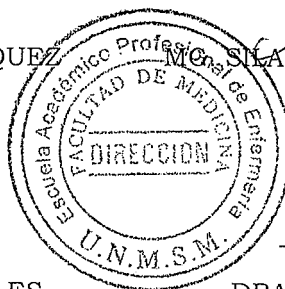
VIOLETA MATÍAS ROBLES

para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Enfermería, habiendo obtenido el calificativo de:

17 (DIECISIETE)

Lo que se da fe:

MG. MARÍA FABIOLA QUIROZ VASQUEZ
Presidenta



MSc. H. ALVARADO RIVADENEIRA
Miembro

LIC. ROSA A. VELASQUEZ PERALES
Miembro

DRA. RUDI AMALIA LOLI PONCE
Asesor (a)

RALP/mtc

Av. Grau 755 – Lima 1 – Apartado Postal 529 – Lima 100 – Perú, E.A.P. de Enfermería 619 7000 anexo 4619
Web: www.unmsm.edu.pe/medicina - E-mail de la Escuela de Enfermería:
epenfermeria.medicina@unmsm.edu.pe

**“SENTIMIENTOS Y NECESIDADES ESPIRITUALES
DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS”**

DEDICATORIA

A DIOS

Por permitirme culminar mi formación de pregrado para beneficio de mi familia y la comunidad universitaria.

A mis padres:

Por acompañarme permanentemente, en el día a día con su paciencia y amor para cumplir todas mis metas.

AGRADECIMIENTOS

- A mi profesor el Lic. Sobenes Atúncar, por su invaluable apoyo al facilitarme un ambiente para las entrevistas en la UCI del HNDAC.
- A mi asesora de la Tesis Dra. Rudi Amalia Loli Ponce por los aportes y sugerencias brindados.
- A mi Alma Mater: la Universidad Nacional Mayor de San Marcos por brindarme la oportunidad de crecer y lograr la sustentación de la presente investigación.

2.1.2.1.1. Definición.....	16
2.1.2.1.2. Teorías de la Espiritualidad.....	18
2.1.2.1.3. Teorías de las Necesidades.....	32
2.1.2.2. Aspectos conceptuales de los Sentimientos.....	37
2.1.2.2.1. Psicología de la Motivación y Emoción.....	37
2.1.2.2.2. Desarrollo de la Inteligencia Emocional.....	39
2.1.2.2.3. Emoción Afecto y Motivación.....	40
2.1.2.3. Rol de Enfermería de los Sentimientos y Necesidades Espirituales de los familiares de pacientes de la UCI.....	43
2.1.3. Definición operacional de términos.....	46
2.2. Referente Metodológico.....	47
2.2.1. Tipo de investigación.....	47
2.2.2. Características de las unidades informantes.....	48
2.2.3. Técnica de recolección de datos.....	48
2.2.4. Proceso de Trabajo de Campo.....	49
2.2.5. Análisis e interpretación de la información.....	49
2.2.6. Consideraciones éticas.....	54

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Los Sentimientos de los familiares de pacientes de la UCI Categoría 1: Reconociendo la complejidad de la dualidad Tristeza – Culpa.....	57
--	----

Categoría 2: Reconociendo la complejidad de la dualidad Preocupación – Miedo.....	63
4.2. Las Necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la UCI	
Categoría 1: Considerando la Necesidad de no separarse de lo Espiritual.....	68
Categoría 2: Considerando la Necesidad de sentido del ser familiar de un paciente de la UCI.....	74
Categoría 3: Necesitando información para comprender la situación del paciente.....	80
Categoría 4: Considerando la cohesión familiar y social como alivio a la situación.....	84
Categoría 5: Considerando la necesidad de reconciliación y recuperar el orden.....	89
CONSIDERACIONES FINALES.....	94
RECOMENDACIONES.....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	97
ANEXOS	

LISTA DE FIGURAS

Pág.

LOS SENTIMIENTOS DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE LA UCI

FIGURA N°1: Reconociendo la complejidad de la dualidad Tristeza – Culpa.....	56
FIGURA N°2: Reconociendo la complejidad de la dualidad Preocupación – Miedo.....	62

LAS NECESIDADES ESPIRITUALES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE LA UCI

FIGURA N°3: Considerando la Necesidad de no separarse de lo Espiritual.....	67
FIGURA N°4: Considerando la Necesidad de sentido del ser familiar de un paciente de la UCI.....	73
FIGURA N°5: Necesitando información para comprender la situación del paciente.....	79
FIGURA N°6: Considerando la cohesión familiar y social como alivio a la situación.....	83
FIGURA N°7: Considerando la necesidad de reconciliación y recuperar el orden.....	88

RESUMEN

El cuidado que brinda la enfermera al paciente crítico no solo está dirigido a él sino también a su familia, ya que espera fuera de la unidad pendiente del informe médico lo que le genera sentimientos y necesidades espirituales derivados de esta crisis situacional. **Objetivo.** Comprender los sentimientos y necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos. **Trayectoria Metodológica.** Estudio Cualitativo – Descriptivo – Interpretacional. Los participantes fueron los familiares de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se utilizó para la recolección de datos las entrevistas a profundidad. **Resultados.** En los familiares de los pacientes de la UCI, respecto a los sentimientos emergieron 2 categorías: Reconociendo la complejidad de la dualidad Tristeza–Culpa y Preocupación–Miedo. En las Necesidades Espirituales emergieron 5 categorías: Considerando la Necesidad de no separarse de lo Espiritual, considerando la Necesidad de sentido del ser familiar de un paciente de la UCI, necesitando información para comprender la situación del paciente, considerando la cohesión familiar y social como alivio a la situación y considerando la necesidad de reconciliación y recuperar el orden.

PALABRAS CLAVES:

Necesidades espirituales, Sentimientos, Investigación en Enfermería

ABSTRACT

The care provided by the nurse to the critical patient is not only addressed to him but also to his family, as he waits outside the pending unit of the medical report which generates feelings and spiritual needs derived from this situational crisis. **Objective.** Understand the feelings and spiritual needs of the patients' relatives of the Intensive Care Unit. **Methodological trajectory.** Qualitative study - Descriptive - Interpretative. Participants were the relatives of patients admitted to the Intensive Care Unit. In-depth interviews were used for data collection. **Results.** In the ICU patients' relatives, with regard to feelings, 2 categories emerged: Recognizing the complexity of the duality of guilt-sadness and worry-fear. In the Spiritual Needs 5 categories emerged: Considering the need to not separate from the Spiritual, considering the need for a family member's sense of being in the ICU, needing information to understand the patient's situation, considering family and social cohesion as a relief To the situation and considering the need for reconciliation and regaining order.

KEYWORDS:

Spiritual Needs, Feelings, Nursing Research

PRESENTACION

Los cuidados en Enfermería cambian de continuo, y lo hacen de modo especial en su componente emocional y es que a veces no se tiene en cuenta este aspecto de las personas. Por ello los trabajos o estudios nunca están terminados: son una obra viva que se esfuerza en reflejar la evolución registrando nuevas formas y atendiendo a las mutaciones de los cuidados a ese nivel.

Especial cuidado ha de poner en ello el presente estudio al que se otorga un valor descriptivo en el cual se trabaja mancomunadamente al servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos tratando de mejorar y actualizar los cuidados de carácter emocional hacia los familiares de los pacientes críticos, tomándolos como unidad de atención.

Hasta hace poco tiempo los familiares de este tipo de enfermos eran considerados irrelevantes, que no era de gran importancia para el cuidado de los usuarios. De ahí el compromiso adquirido de ir haciendo públicas los estudios sobre este tema a modo de describir dicho problema para su mejor abordaje.

El presente proyecto de investigación titulado: "Sentimientos y necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la Unidad de

Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”, tiene como objetivo describir los sentimientos y necesidades de los familiares de paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Tuvo como propósito incentivar a las enfermeras de dicha unidad a formular un diseño estratégico para brindar apoyo emocional y afectivo a los familiares de pacientes del mencionado servicio.

Está estructurado por capítulos donde el CAPITULO I: El problema, muestra el origen y la formulación del problema a investigar, los objetivos planteados, la justificación que está referida a la relevancia e importancia de la realización de esta investigación; el propósito del estudio, la revisión de la literatura que son los estudios realizados anteriormente y que guardan relación con el estudio, asimismo se presenta lo teórico - conceptual en lo que se sustenta, constituyendo un soporte teórico analítico, se incluye además el planteamiento de la hipótesis y la definición operacional de términos. CAPITULO II: Bases teóricas y metodológicas, expone el tipo, método y nivel de la investigación teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del estudio; la población y la muestra, la técnica e instrumento de la recolección de datos, el proceso de análisis y las consideraciones éticas. El CAPITULO III señala los resultados y discusión del trabajo, los hallazgos encontrados. Y por último, el CAPITULO IV las

consideraciones finales y recomendaciones encontradas durante el estudio.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. Planteamiento del Problema

En las primeras Unidades de cuidados intensivos de Europa, los familiares no eran considerados como componentes relevantes del entorno de los pacientes que requerían un ingreso en las mismas. *“Sin embargo, en la actualidad ya se reconoce la importancia de la familia cuya contribución es de manera significativa en la recuperación del paciente.”* (1)

“Dichos pacientes son arrancados de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas y siente que la muerte está cercana.”(2) Es por ello que el paciente presenta miedo a la muerte, al desconocimiento de la enfermedad y de todo lo que ocurre a su alrededor y *“temor a que su futuro cambie completamente su vida convirtiéndole en un invalido o una carga familiar.”* (2) (3) Todo ello repercute en el familiar generándole una crisis situacional, una carga de sentimientos.

A la fecha se han realizado diversos estudios con respecto al tema. Así, Torrents, Oliva y colaboradores, en su estudio Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada (2003) señala que los sentimientos de los familiares al momento de ingreso de un ser querido están generalmente vinculados a la gravedad, la angustia, y la probabilidad de muerte inmediata. Quero y colaboradores del Hospital Universitario de Granada (2005), señalan que el cuidador es una persona que se esfuerza por adaptarse a la estructura sanitaria, cuyo sistema permanece al margen de éste, por lo que precisa un nuevo marco relacional entre los profesionales y los cuidadores. Gómez, Soriano, Monsalve, De Andrés, en su estudio Satisfacción con la información: Posible Variable interviniente en el estado de ánimo de cuidadores primarios de pacientes críticos, establece que el 28.6% sufre de depresión de diversos grados, y el 88.95% presenta una necesidad de información. Díaz Sánchez A. y Díaz Sánchez N., en su estudio Ampliando horizontes: una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes crítico, afirma que esta necesidad de información no es más que el resultado de la inseguridad pues lo que en si se busca es seguridad sobre el bienestar del paciente.

La familia es un organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades,

que *“lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo y espacio y territorio dado, y al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente.”*

(4) Por ello, ante una adversidad como la enfermedad de un miembro, de este organismo vivo sobresale una persona que será la encargada del bienestar del enfermo, por lo que en este contexto se desarrolla la actividad de los cuidadores familiares, también llamados cuidadores informales, cuidadores no profesionales, *“esta persona es aquella que unida por vínculos de parentesco directo, asume la responsabilidad de atender las necesidades de la persona hospitalizada”* (5). Estos familiares pueden presentar a futuro, aun después del alta, el *“Trastorno de Estrés Postraumático (PSDT) esto puede estar relacionado a la desorganización, los sentimientos de desamparo, que experimentan los familiares durante la estancia en la UCI del paciente, que dificultan la movilización de recursos de afrontamiento adecuado, desencadenando cuadros de ansiedad que favorecen este trastorno.”* (6)(7)

Los familiares de un paciente crítico experimentan dolorosas reacciones *“(shock, desconfianza, desorganización y angustia) que lo conllevan a un alto riesgo de desadaptación.”* (1) La familia sufre de *“angustia, inseguridad e inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte.”* (8) Las emociones son las formas en que experimentamos al mundo y las respuestas emocionales reflejan la cultura toda vez que son

moldeadas por ella. Los seres humanos significan las imágenes y prácticas culturales, las animan y recrean a través de procesos: proyección, introyección, relacionados con la biografía propia, con estrategias y prácticas intrapsíquicas e interpersonales en el marco cultural. *“Los sentimientos son las emociones culturalmente codificadas, personalmente nombradas y que duran en el tiempo.”* (9)

Los cambios en las funciones de la familia crean nuevas necesidades ante esta crisis, les es difícil la toma de decisiones, de ello dependerá el trabajo que se requiera para con la familia, ya que *“surge la necesidad de apoyo formal por parte de los profesionales de enfermería.”* (10) Los familiares a este nivel presentan ciertas necesidades, pues se encuentran en estados de carencia, éstas pueden ser: las necesidades primarias, como las de nutrirse y beber, de dormir y de satisfacción sexual, y necesidades secundarias, instrumentales o integradoras. Las instrumentales derivan de los procesos puestos en marcha para satisfacción de las necesidades primarias: son las necesidades de cooperación, de arbitrar en conflictos, de conjugar los peligros que amenazan a la comunidad, etc. Las segundas se refieren a los sistemas de comunicación, de control social y simbólico. *“De ellas derivan mecanismos más complejos: procesos de toma de decisión, de legitimación de la autoridad, reglas de sucesión, estructuras de gobierno.”* (11)

Hoy en día, las enfermeras aún consideran a los familiares elementos externos a la unidad y al proceso del cuidar al paciente crítico, no entienden el entorno de la unidad como un potente factor estresor para los familiares, que perciben al médico como el dueño del proceso de información a pacientes y familiares, y *“el contacto con los familiares como un factor de estrés emocional para ellas, entre otros motivos, porque no se sienten formadas en habilidades psicosociales, por tanto las interrelaciones son evitadas”*. (12) Esta relación entre familiares y enfermeras pueden ser marcadas por la *“estandarización y el autoritarismo que proviene del saber específico por parte del profesional”*. (13)

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos con 6 camas para pacientes adultos, sus pasillos con 6 asientos para los familiares de los servicios de urología, UCI pediátrica y UCI de adultos. Que se comunican con los enfermeros al llamado principalmente para que firmen el consentimiento informado o porque se requiere un medicamento, pudiéndose apreciar que se acercaban asustados, con lágrimas en los ojos, frente al temor de una mala noticia; casi siempre, la información era escueta sobre el estado general del paciente, algunos familiares decían: *“Esa enfermera es mala, solo nos dicen vayan compren esto aquello y a veces ni entendemos y cuando recepcionan los medicamentos lo hacen en silencio sin ningún*

gesto de aliento, nada, y luego te cierran la ventana...Tengo miedo de perder a mi papá...” Muchas veces cuando un familiar se ponía a llorar, familiares de otros enfermos también lo hacían, creando una atmósfera de tristeza en la sala de espera. Por lo expuesto, surgen las siguientes interrogantes: ¿qué sienten los familiares ante este tipo de situaciones? ¿Qué necesidades presentan durante estas circunstancias? ¿Cómo afrontan la incertidumbre y la gravedad de su familiar? ¿Qué hacen los enfermeros frente a las necesidades de los familiares? ¿Cuál es el trato que se les brinda?

1.2. Formulación del problema

Por lo expuesto, se ha creído conveniente realizar un estudio sobre: ¿Cuáles son los sentimientos y necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión?

1.3. Formulación de los objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Comprender los sentimientos y necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos

1.3.2. Objetivos Específicos

- Describir los sentimientos de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Describir las necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.

1.4. Justificación de la investigación

El incremento de la tecnología médica en las unidades críticas ha aumentado el número de pacientes que se hospitalizan en esas áreas. Las funciones de los enfermeros en ellas además de la atención holística del paciente que atraviesa una situación que compromete seriamente su vida, y que generan reacciones de ansiedad y estrés en los familiares, hacen que sus actividades también se dirijan a estas personas, respondiendo a la demanda de acciones humanizadas con calidez y de

calidad. Por lo mencionado, es necesario detallar los sentimientos de los familiares de pacientes críticos para poder abordarlos de acuerdo a sus necesidades, y la participación de Enfermería sea también preventiva, para evitar las complicaciones como el Trastorno de estrés postraumático, brindando apoyo a la familia que se encuentra atravesando por esta situación y mejorando la interacción familiar - enfermera.

1.5. Propósito de la investigación

Los resultados de esta investigación permitirán a las autoridades del hospital, director, jefa de enfermeras y enfermeras tomar decisiones conjuntas, multidisciplinarias para apoyar a los familiares de los pacientes críticos, que frente a esa circunstancia viven también situaciones que pueden afectar su salud y bienestar.

CAPITULO II

REFERENTES TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS

2.1. REFERENTE TEÓRICO

2.1.1. Antecedentes del Estudio

En el ámbito internacional, Aurora Quero, Rafael Briones, María Prieto, Nuria Pascual, Adela Navarro y Carmen Guerrero en el 2005, realizaron la investigación titulada “Los cuidadores familiares”, con el objetivo de conocer el perfil y tipo de cuidados que presentan los cuidadores familiares, con un enfoque cualitativo utilizaron la observación sistemática, las encuestas y entrevistas a profundidad concluyeron que el cuidador se esfuerza por adaptarse a la estructura sanitaria, y el sistema hospitalario permanece al margen de ellos, por lo que precisa un nuevo marco relacional entre profesionales y cuidadores y otorgar el reconocimiento que precisan el conjunto de actividades realizados por ellos. (5)

Patricia Gómez, José Soriano, Vicente Monsalve y José de Andrés Ibañez en el 2009, en la investigación titulada “Satisfacción con la información: posible variable interviniente en el estado de ánimo de

los cuidadores primarios de pacientes críticos”, tuvo como objetivo la valoración del grado de satisfacción y necesidad de información en los familiares de pacientes programados para cirugía que requerían ingreso a la UCI y su relación con la depresión y ansiedad, utilizaron un enfoque cuantitativo, como instrumento un inventario de depresión de Beck, Escala de ansiedad estado – rasgo de Spielberg, Encuesta de satisfacción ante la información, encuesta de necesidad de información, establecieron que las necesidades más sentidas eran información sobre la enfermedad, sobre la operación, sobre el tiempo de estancia, y sobre la recuperación y que tras la necesidad de información lo que existe en si es una necesidad de seguridad. (6)

Agustina Díaz y Nuria Díaz, en el año 2004, en su investigación titulada “Ampliando horizontes: una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos”, de enfoque cualitativo y perspectiva antropológica, establecen que la hospitalización en la UCI es vivida como un acontecimiento vital estresante por cada uno de los informantes, donde el grado de apoyo recibido y percibido por los familiares estaba relacionado con la calidad de la interacción entre ellos y los profesionales de enfermería. (10)

Fabiane Urizzi y Adrinan Correa, en el años 2007 en Brasil, en su investigación titulada “Vivencias de los familiares en terapia intensiva, el

otro lado del ingreso”, empleando un diseño cualitativo con enfoque fenomenológico, concluyen que la falta de preparación del equipo para enfrentar aspectos existenciales es un obstáculo para incorporar una acogida de la familia como foco importante, donde se requiere de una empatía para evaluar la experiencia singularizada. (13)

Torrents, Oliva, Saucedo, Surroca y Jover, en el 2003 en su investigación titulada “Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada” fue un estudio prospectivo, observacional y descriptivo, señalan que los sentimientos de los familiares al momento de ingreso de un ser querido están generalmente vinculadas a la gravedad, en un 32%; seguida de la angustia con el 22%; y en menor porcentaje a la muerte inmediata, con el 2%; esto se trabajó bajo la muestra de 70 familiares de enfermos de UCI del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, en Barcelona – España, y concluyeron que el grado de satisfacción es alto ante una acogida protocolizada, donde deduce que la información que se proporciona a través de una guía de información responde a las necesidades de los familiares que se sienten implicados y expresan sensación de seguridad. (1)

Sic. María Cristina de Albístur y colaboradores, en el 2000 en su investigación titulada “La familia del paciente internado en la UCI”, cuyo objetivo fue conocer las opiniones, sentimientos y expectativas de las

familias de los pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos y su incidencia en el relacionamiento con la Unidad. Realizaron un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, cuanticualitativo, recolectaron la información a través de un formulario y de entrevistas realizadas por psicólogos. Los datos cuantitativos fueron analizados con métodos estadísticos y los cualitativos fueron analizados por la sicóloga de la Unidad. Se encuestaron 94 familias (en el período de un año), vinculadas a pacientes con más de cinco días de internación. Describieron el perfil del paciente, el de la familia, el informe médico y el médico informante. Los datos mostraron las diferencias entre la realidad objetiva del médico y la subjetiva de la familia, definida por sus miedos y expectativas. Se concluyó que el momento del informe médico a la familia constituye un acto terapéutico y es fundamental para el más adecuado relacionamiento entre la familia y la Unidad. Se realizan sugerencias basadas en la experiencia recabada. (8)

Estas investigaciones permitieron ubicar y delimitar el tema de investigación, así como precisar la metodología y las preguntas norteadoras.

2.1.2. Base Teórica Conceptual

2.1.2.1. Aspectos Conceptuales de las Necesidades Espirituales

2.1.2.1.1. Definición

Los cuidados ofrecidos en los diferentes escenarios de servicio deben ser dirigidos a satisfacer las necesidades del individuo ya sea que el ser humano esté en salud o enfermedad. Es por esto que la enfermera debe aplicar diferentes disciplinas en el cuidado, visualizando al individuo como un ser integral, biológico, psicológico, sociológico, espiritual y un ser holístico, reconociendo su individualidad en su totalidad y sus generalidades en lo individual.

Nuestro ser está compuesto por un cuerpo, alma y espíritu. Partiendo de esta premisa es importante definir el término espiritualidad y el significado de este concepto tan amplio. La palabra espiritual procede de la palabra latina *spiritus*, que significa soplar o respirar y ha llegado a referirse a aquello que da vida o esencia al ser humano.

Es decir es lo que se encuentra en el centro de todos los aspectos de la vida de una persona. De allí que espiritualidad se defina como la

parte del ser humano que busca el significado y el propósito a través de la conexión intrapersonal, interpersonal y transpersonal. Es una cualidad o esencia que integra o trasciende la naturaleza biopsicosocial del individuo. Es todo aquello que le da significado a la vida. Por otro lado, también alude a la espiritualidad es una creencia religiosa o una relación con una fuerza superior, fuerza creativa o un ser divino o fuente de energía infinita, cabe decir que la religiosidad está incluida en la espiritualidad, más no son sinónimos. En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el profesional de enfermería deberá ser con sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, más aun si él está en proceso de muerte.

2.1.2.1.2. Teorías de la Espiritualidad

2.1.2.1.2.1. Teoría de las Necesidades Espirituales del Ser Humano de Francesc Torralba I Rossellò

Lo espiritual se dice de muchas maneras

El término espiritualidad es ambiguo; ambigüedad que se puede constatar simplemente con un análisis comparativo de distintos diccionarios donde se define la palabra espiritual, aparece como una palabra extraordinariamente polisémica. Esta consideración parece ser clave, sobre todo frente a las posibilidades de reduccionismo de lo espiritual y de las comprensiones unilaterales o unidimensionales de dicho término. Por ende lo espiritual puede ser considerado de muchas formas.

“No hay un canon, ni una dogmática sobre lo espiritual” (14). Esta circunstancia permite abrir perspectivas muy amplias, pero también se puede caer en una especie de relativismo. Al final, se puede llegar a que todo es posible cuando se habla de lo espiritual, que todo se puede decir, que todo tiene cabida en lo espiritual.

Lo espiritual en la cultura postmaterialista

“Nuestra sociedad es materialista, o más precisamente, hipermaterialista” (14). Sin embargo hay signos de cansancio en la nueva generación, de un agotamiento de dicho modelo.

La emergencia de lo espiritual

“Vivimos una emergencia de lo espiritual en un claro tono sincrético” (14), y a lo sumo en un tono interreligioso o ecuménico que merece la pena analizar. Lo espiritual en la sociedad postmoderna ya no obedece a los esquemas o cánones preestablecidos de la sociedad cristiana occidental.

En la actualidad las personas jóvenes muestran un interés por tradiciones espirituales nuevas quizá a modo de una novedad. Estas tradiciones contemplan dimensiones del ser humano que han sido olvidadas durante la hegemonía del materialismo.

Meditaciones en torno al concepto de necesidad

El concepto necesidad remite, a nuestra naturaleza de un ser carencial, que no es autosuficiente. Una cosa es ser autónomo y otra cosa, muy distinta, es ser autosuficiente.

La autosuficiencia es un mito que no está al alcance de la condición humana, porque ser carencial es lo definitivo del ser humano (14). Eso significa que para subsistir tenemos que resolver un cuadro de necesidades.

En cuanto a las necesidades se puede hablar de necesidades primarias, de necesidades secundarias, de necesidades materiales y también de necesidades espirituales.

Si bien el término necesidad implica que somos mendigos, cabe resaltar que mendigamos cosas distintas, de diversas maneras, pero la mendicidad es ese rasgo fundamental del ser humano.

El ser humano tiene necesidades naturales y necesidades que el siente como necesarias, porque han sido objeto de una interiorización por parte de la cultura o de los medios de comunicación de masas. Son estas necesidades de orden artificial que se hallan de modo transversal

en todas las culturas humanas, aunque tienen expresiones muy diferentes en cada una de ellas.

La necesidad espiritual es intrínsecamente humana, pero tiene manifestaciones culturales muy distintas, un mosaico de expresiones, pero se observa una extraña raíz común entre los distintos seres humanos que podría ser la necesidad espiritual que, se contempla de formas muy distintas en el plano de las culturas.

Necesidades espirituales.

Necesidad de sentido

El ser humano siente la necesidad de dar sentido a su vida, a su existencia. No le basta con estar, además desea permanecer en el estar con sentido. Y si detecta que esa permanencia no tiene sentido, que vivir carece de sentido, que es algo absurdo, estúpido, insulso; puede, incluso, desear no ser, hacerse nada, no existir (en algo que no se siente importante como parte de).

Necesidad de reconciliación

El ser humano siente la necesidad de reconciliarse, de cerrar el círculo de su existencia y vencer el resentimiento mediante el perdón. No hay otra forma de salir del resentimiento que no sea a través del perdón, de la reconciliación. Esta necesidad, que es, en esencia, de orden espiritual, tiene expresiones de carácter afectivo y psicológico.

El cuidador debe velar para que esta reconciliación tenga lugar, esto significa, que debe facilitar, cuando sea posible el acercamiento entre personas con el fin de propiciar entre ellas procesos de reconciliación. En las personas en situación terminal o crítica esta necesidad todavía se percibe con más intensidad, precisamente porque como consecuencia de la proximidad a la muerte, se plantea en ellas con más urgencia la necesidad de reconciliarse, de resolver esos asuntos pendientes.

Necesidad de reconocimiento de la identidad

La necesidad de que la propia identidad sea reconocida y respetada es una necesidad de primer orden, que naturalmente también tiene connotaciones de orden psicológico y social. La necesidad de que no se vulnere mi identidad, de que no se aplaste mi identidad está muy

presente en el ser humano, pero se pone de manifiesto cuando uno advierte sobre su persona procesos de disolución de la propia identidad y de los referentes vitales que configuran una existencia.

El ser humano no sólo tiene necesidad de conocer, sino de ser reconocido. Desea que se reconozca su identidad, lo que él es. Cuando esta necesidad no se reconoce correctamente, se vive de un modo muy violento la propia identidad. La necesidad de reconocimiento de una identidad implica respeto a los caracteres del otro (14).

La identidad siempre se define por una constelación de rasgos, como la lengua, la religión, la condición sexual, la formación, los lazos afectivos, entre otros. Esto implica que se reconozca como a un sujeto que tiene nombre y apellidos, que es, por encima de todo, una persona, único e irreplicable en la historia.

Necesidad de orden

El ser humano tiene necesidad de orden, de un cosmos en el espacio y en el tiempo. La concepción de este término implica los modos de entender que varían de una persona a otra, no solo culturalmente sino generacionalmente, pero cada ser humano siente la necesidad de vivir conforme a su orden y cuando se halla en un contexto donde no puede

expresar, ni vivir conforme a ese cosmos personal, siente, con mucha intensidad, ese cosmos.

Pues existe una necesidad de ordenar, de ordenar los acontecimientos de la vida, las experiencias, las prioridades, los sentimientos, los recuerdos. Precisamente la patología es una forma de desorden, de caotización en todos los sentidos. Cuando uno enferma, ese orden se desvertebra, se desestructura y, por ello, requiere de una intervención, cuyo fin sea el restablecimiento de aquel orden (14)

Necesidad de verdad

Platón, definió al ser humano como un ser que desea conocer la verdad, que siente la necesidad de conocer la esencia de las cosas. El hombre desea trascender el orden de las apariencias, siente el impulso de ir más allá del fenómeno, comprender lo que son las cosas (14).

Esta necesidad se percibe con mucha intensidad cuando se trata de aclarar la propia realidad, lo que cada uno es realmente. El enfermo siente la necesidad de verdad, aunque no siempre está preparado para recibirla y, menos aún, para digerirla. El cuidador o familiar debe comunicar la verdad a modo que éste pueda comprender y asumir en su subjetividad.

El enfermo tiene derecho a saber la verdad que le atañe a él, pero también tiene el derecho a no estar informado, a permanecer en la ignorancia, ante esto el familiar debe tratar de indagar porque ese enfermo no quiere conocer su verdad, que es lo que teme, y cómo ayudarlo a superar ese temor frente a la verdad.

Necesidad de libertad

La necesidad de libertad se vincula, generalmente, con la de autonomía, pero la necesidad de libertad es más amplia, se habla de una liberación de todas las ataduras de ego.

El ser humano tiene necesidad de liberarse, de liberarse de todo cuando se mantiene en un estado subordinado. La necesidad de actuar libremente se ve muy limitada como consecuencia de la experiencia de la enfermedad, pero la posibilidad de liberarse de determinadas obsesiones o fijaciones internas es independiente de la enfermedad (14).

Necesidad de arraigo

La necesidad de arraigo puede explicarse como el deseo de pertenecer a algún tipo de comunidad. Es una necesidad de pertenencia.

El ser humano establece vínculos a lo largo de su vida y crea lazos afectivos. Cuando sufre la separación o la ruptura de estos lazos, percibe, con mucha fuerza, la necesidad de arraigo, de sentirse vinculado a una gente, a un pueblo, a una comunidad, a una familia.

El ser humano siente necesidad de arraigo, especialmente en contextos que se caracterizan por el individualismo, el atomismo y la fragmentación. Esta necesidad todavía se percibe más en contextos anónimos, vacíos, donde uno se siente como un extraño. En estas circunstancias, uno necesita, más que nunca, su comunidad, el arraigo (14).

Necesidad de orar

La necesidad de orar es de orden espiritual y religioso. Puede describirse como la necesidad del Tú eterno, de una religación existencial con el aspecto religioso.

Esta es una necesidad transversal en las religiones como uno de los rasgos transversales de las distintas manifestaciones religiosas. Esta necesidad no sólo se siente en el hombre religioso, sino también en el hombre cuando se enfrenta a su soledad y a su desamparo. Cuanto más

intensa es la experiencia de la fragilidad más intensa se percibe esta necesidad.

Necesidad simbólico-ritual

El ser humano produce símbolos. Los símbolos son estrategias que nos permiten decir lo que no podemos expresar con palabras.

La necesidad de representación simbólica, además de cumplir con funciones sociales, sobre todo se expresa cuando no podemos expresar experiencias muy hondas. Es entonces que necesitamos símbolos y mediaciones para expresar lo que no expresamos verbalmente.

También sentimos la necesidad de ritos. El hombre es un animal ritual y siente la necesidad de conmemorar y celebrar las experiencias claves de su vida como el nacimiento o la muerte de un ser amado (14). Hay rituales fundamentales en el ser humano, de orden religioso, y también de orden no religioso.

Necesidad de soledad-silencio

El ser humano siente la necesidad de estar solo, de huir de la sociedad, de abrir paréntesis, espacios y tiempo de soledad. Esta necesidad de soledad es fundamental para el equilibrio personal, la práctica de la meditación y la construcción consciente y reflexiva de la propia identidad. Cuidar de una persona y atender a sus necesidades de orden espiritual, significa propiciar en ella esta experiencia de soledad si el enfermo la solicita. Lo que constituye un imperativo ético mínimo en toda práctica del cuidar es velar para que el otro no sufra la soledad forzada.

Necesidad de cumplir el deber

El ser humano siente la necesidad de cumplir con sus deberes. La persona sufre un malestar interior cuando percibe que no ha realizado sus obligaciones. La experiencia del deber es muy subjetiva y cada ser humano la vive según su naturaleza, pero la necesidad de cumplir con el propio deber es una necesidad propia de un sujeto libre capaz de regular la propia vida. Cuidar de una persona significa ayudarla a pensar y a articular fácticamente sus deberes. El enfermo moribundo experimenta paz si se ha cumplido sus deberes antes del deceso final. El enfermo que percibe que todavía debe llevar a cabo determinados

actos antes del acto final, requiere de una atención para que pueda materializar dichos actos y morir en paz.

Necesidad de gratitud

“Existe la necesidad de gratitud, que puede describirse como la necesidad de sentir el agradecimiento por lo que uno ha hecho. Es la necesidad de reconocimiento. El ser humano, como es frágil, tiene necesidad de gratitud, de agradecimiento” (14).

Necesitamos que nos digan gracias por lo que hemos dicho, por lo que hemos hecho. No es fácil satisfacer esta necesidad, pero sí es posible hacerlo cuando el cuidador sabe delante de quien está y después de una escucha atenta de su historia, es capaz de valorar algunos elementos de su existencia y hacerle ver al enfermo que su vida tiene valor, que ha merecido ser vivida, aunque sólo fuera por determinados episodios que él, anteriormente, no consideraba relevantes.

2.1.2.1.2.2. Teoría de la Inteligencia Espiritual de Jorge Handabaka García

La espiritualidad holísticamente define lo que somos y lo que podemos llegar a ser, es un modo de vivir, pues la vida entera esta movida por el espíritu que es anhelo de plenitud. Por su misma naturaleza, una forma de vivir una relación con uno mismo (dimensión personal), con los demás (dimensión social), con la naturaleza (dimensión ecológica) y los creyentes (dimensión teológica). La espiritualidad es la que sustenta, anima y da sentido a la religión como tal.

La inteligencia espiritual abarca la capacidad de trascendencia del hombre, el sentido de lo sagrado a los comportamientos virtuosos que son exclusivos del hombre: la sabiduría, la capacidad de perdonar, la gratitud, la humildad y la compasión. El ser humano es espiritual nace con esa condición, viene o realizar la consciencia de Dios en el mundo, viene a despertar, toma consciencia de esa grandeza de nuestra condición de seres espirituales, es despertar.

La inteligencia emocional es casi igual a la fe, la fe es un don, es más diría un poder que todos tenemos, es más una energía que está presente en el espíritu. Tener fe es aceptar designios aunque no lo

aceptamos; es dar cuando no tenemos, cuando nosotros mismos necesitamos, saca lo valioso de lo aparentemente inexistente; es creer con el corazón, pues éste solo necesita un rayo de esperanza; es levantarse pese a los fracasos; es arriesgar pues todo requiere de sacrificios; es ver positivamente hacia adelante no importa cuán incierto parezca el futuro; es confiar en que lo más importante son las personas; es buscar lo imposible, sonreír cuando tus días se encuentran nublados y tus ojos se han secado de tanto llorar; es conducirse por los caminos de la vida de la forma en que un niño toma la mano de su padre.

Las oraciones son los impulsos del corazón, una sencilla mirada lanzada hacia el cielo un grito de reconocimiento y de amor tanto desde dentro de la prueba como desde dentro de la alegría. No debemos caer en la rutina de formas preestablecidas que recitamos sin pensar como parte de nuestras oraciones. Las oraciones deben nacer del sentimiento profundo que brota de nuestro corazón en un intento de comunicarnos, aunque no escuchemos respuestas somos capaces de sentirlo.

2.1.2.1.3. Teorías de las Necesidades

2.1.2.1.3.1. Teoría de Maslow

La jerarquía de necesidades de Maslow o Pirámide de Maslow establece que:

“Las necesidades de las personas están jerarquizadas según su importancia. Las necesidades fisiológicas ocupan un espacio mayor y se imponen con más urgencia al individuo. En publicidad, un porcentaje elevadísimo de anuncios apela a este tipo de necesidades.” (15)

La capacidad de deseo del hombre no conoce fin. Una vez satisfecho un nivel de necesidades, el individuo tiende hacia el nivel superior. Por supuesto, hay muchos individuos que se quedan detenidos en un determinado nivel, satisfaciendo indefinidamente un determinado tipo de necesidad y no mostrando sensibilidad hacia otras necesidades. Las diferencias entre personas se traducen en su sensibilidad a necesidades más o menos importantes. Por otra parte, esta ilimitada capacidad de deseo es la que también impulsa el desarrollo de nuevos inventos e innovaciones, tan importantes para el mantenimiento del trabajo productivo.

El paso a un nivel superior de necesidad no es irreversible. Los cambios en las situaciones pueden hacer que una persona deje de tener satisfechas unas necesidades superiores y descender en la pirámide.

Las necesidades se solapan y muestran un carácter de interdependencia. Hay anuncios que se dirigen a un determinado tipo de necesidades. Otros apelan a diversos niveles de la pirámide.

Necesidades fisiológicas.

Cuando no están cubiertas, el organismo humano sufre daños importantes o deja de existir: hambre, sed, sueño, vestidos, cobijo, sexo. Podemos localizarlas en lugares específicos del cuerpo humano y apremian por su carácter repetitivo.

Se denominan también homeostáticas, porque contribuyen al equilibrio del estado corporal. La mayoría pueden satisfacerse con dinero. De una manera figurada, podemos denominar necesidades homeostáticas a las que una institución o empresa tienen para seguir existiendo; esa permanencia se logra, en muchos casos, con dinero.

Necesidades de seguridad.

Gran parte de la población está motivada por el deseo de verse protegida contra peligros, amenazas y privaciones. El empleo fijo, la salud propia o la de un familiar son los medios más normales de conseguir seguridad. Los efectos dramáticos al producirse un paro respiratorio y/o cardiaco, son muestras de cómo muchas personas se ven detenidas en su desarrollo ideal.

Muchas otras personas se quedan en este nivel, por razones muy distinta: en lugar de seguir subiendo, prefieren dedicar sus esfuerzos a protegerse contra todo tipo de inseguridades.

Necesidades sociales (llamadas también de pertenencia al grupo y de amor).

Cuando hombres o mujeres tienen un grado de seguridad que es aceptable, o precisamente para lograrlo si no lo tienen, se asocian en grupos. El mayor miedo que siente una persona es el temor a quedarse solo. Compartir sus alegrías y horas malas exige la compañía de otras personas. Lo podemos ver en la mayoría de los cuentos. Si, además, desea convivir y transmitir la vida, satisfaciendo también las necesidades

fisiológicas, establece una relación permanente con otra persona del sexo opuesto.

Necesidades de estima.

Tanto dentro como fuera de la familia, las personas quieren que los demás reconozcan sus esfuerzos. La no satisfacción de las necesidades de estima lleva a tener desfigurada la propia identidad, a dudas profundas sobre el sentido de la acción y a un sentimiento de futilidad, que pueden conducir al suicidio.

“La explicación de muchos fracasos escolares reside en la ausencia de refuerzos positivos. Los niños que ven reconocidos sus méritos y no únicamente criticados sus defectos, pueden encontrar el mundo pleno de sentido. Ya de mayores, perdonarán todo a aquella persona que se dedica a potenciar lo positivo de los demás y serán inclementes con quienes sólo se fijan en lo negativo y con quienes hundan la moral de un grupo.” (15)

La publicidad apela incansablemente a las necesidades de prestigio de los consumidores y usuarios. Hay quienes se quedan detenidos en este nivel de necesidades, ocupados en satisfacer su oceánica vanidad.

Necesidades de conocer y de comprender.

Explorar, conocer, comprender y crear las necesidades hasta aquí presentadas exigen sistematizar el mundo que nos rodea. Quienes no tienen satisfecha esta necesidad, no tienen estructurada su vida, porque carecen de un criterio para sistematizar la gran sobrecarga de informaciones y datos que llegan a su cerebro.

Necesidades estéticas.

Muchos hombres y mujeres sienten necesidad de orden, simetría y belleza en todo lo que captan. Por eso, miles de anuncios presentan seres humanos, objetos y paisajes bellos y armónicos. Ocupan los primeros lugares los anuncios sobre bebidas.

Necesidades de autorrealización.

Quienes tienen un mundo interior de valores elevados y una imagen muy consistente sobre sí mismos, son capaces de sacrificar la satisfacción de gran parte de las necesidades anteriores o de transformarlas al servicio de una vocación. Tienen el centro de su actividad dentro de sí mismos y su independencia ante los estímulos del ambiente demuestra un grado elevado de libertad interior. No les

estimula acumular ganancias ni el prestigio social. Pueden servirse del dinero y del prestigio para lograr lo que consideran fines más elevados.

“Los mensajes publicitarios que resaltan el carácter selecto y exclusivo de un determinado producto o servicio pretenden apelar a este tipo de necesidades. Son los mensajes más escasos, como escaso es el número de los autorrealizados, si los comparamos con los de niveles inferiores de la pirámide.” (15)

2.1.2.2. Aspectos Conceptuales de los Sentimientos

2.1.2.2.1. Psicología de la Motivación y Emoción

Los Sentimientos: Una experiencia emocional.

Consiste en la toma de conciencia de la ocurrencia de la emoción, cuyo núcleo principal es el placer o displacer que se desprende de una situación.

La experiencia subjetiva o sentimiento permite al sujeto poner un rótulo o una cualidad de la emoción que experimenta, es difícil llegar a la experiencia de una emoción si no existe un proceso previo de

evaluación valoración consciente. En estos casos, la persona experimenta la emoción directamente derivada de la evaluación valoración. *“En el caso de que la noxa o estímulo, la percepción y la evaluación valoración no alcancen el umbral de la conciencia del sujeto, éste percibe la respuesta fisiológica producida por el proceso anterior, con lo cual lleva a cabo la evaluación valoración- valoración consciente y termina por experimentar subjetivamente la emoción. Entonces, para poder experimentar subjetivamente la emoción (sentimiento) se debe de realizar la evaluación – valoración.”*(16)

Los sentimientos corresponden a cada emoción así: en el caso del miedo se genera aprensión, desosiego y malestar, su característica principal es la sensación de tensión, preocupación y recelo por la propia seguridad o por la salud, acompañada generalmente por la sensación de pérdida de control; la ira produce sentimientos de irritación, enojo, furia y rabia, también suele ir acompañada de obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de los procesos cognitivos y de atención; la tristeza genera sentimientos de desánimo, melancolía, desaliento, y pérdida de energía, focaliza la atención en las consecuencias de la situación en el ámbito interno y es una aflicción o pena que da a lugar a estados de desconsuelo, pesimismo y desesperación que desencadenan sentimientos de autocompasión.

2.1.2.2.2. Desarrollo de la Inteligencia Emocional

Emociones, Sentimientos y Afectividad

Las emociones son activaciones físicas breves que se desencadenan en nosotros como respuesta a algo, interrumpiendo nuestra conducta normal, son como elementos básicos para componer los sentimientos, que en su combinación dan lugar a un sinnúmero de sentimientos.

“Los sentimientos son como tonalidades afectivas que combinan varias emociones. Y éstos a su vez conforman el estado de ánimo, es decir, su afectividad.”(17)

Por qué nuestros pensamientos afectan a nuestras emociones

Las emociones son reacciones físicas momentáneas. Los sentimientos, que las engloban, le añaden duración, al asociarse con el pensamiento, imponiéndoles un significado psicológico, ya que la *“activación física (emoción) más la etiqueta cognitiva (pensamiento) da a lugar al sentimiento emocional.”(17)*

Así en gran parte lo que se siente depende de lo que se decide pensar, por ello los sentimientos son procesos complejos si además se tiene en cuenta que dentro del aspecto del pensamiento también existen las ideas preconcebidas lo que indicaría que para pensar diferente implicaría un cambio de actitudes que traducida en el tiempo no es un proceso breve.

2.1.2.2.3. Emoción Afecto y Motivación

Problemas clásicos entorno a la expresión de las emociones

La Función comunicativa de la expresión emocional

La percepción de la expresión emocional de otra persona actúa como estímulo generador de respuestas emocionales en el receptor.

“El enfoque evolucionista supone que, del mismo modo que las expresiones faciales de la emoción son producto de la evolución por selección natural, también lo son las reacciones evocadas por las expresiones en el receptor, es decir el acoplamiento entre la expresión emocional del receptor y las reacciones del receptor es una coevolución.”(18)

La importancia del papel regulador de la expresión emocional en la interacción social queda evidenciada cuando se consideran los casos en que esa función no se produce correctamente. Hay dos razones para que ocurra de ese modo, puede ser que el receptor no haya decodificado bien el significado de las expresiones emocionales; y otra que no se dé el acoplamiento normal entre las expresiones del emisor y las reacciones emitidas por el receptor.

Relación entre la conducta expresiva y otros componentes de la emoción

Coherencia con otros componentes de la emoción

Si la conducta expresiva es un componente fundamental del complejo de cambios que configuran la respuesta emocional, es de esperar que exista una correlación positiva entre la expresión y los demás componentes de la emoción.

El hecho que la correlación entre la conducta expresiva y cada uno de esos componentes no ha sido fácil de demostrar quizá se debe a que hasta el momento no están bien delimitados los cambios que cada una de las emociones básicas produce en los diferentes sistemas de respuesta.

La relación entre la expresión emocional y la experiencia subjetiva se ha demostrado en el caso de algunas emociones. La coherencia entre los componentes de la emoción parece depender estrechamente de la intensidad de la emoción experimentada.

“Una conclusión razonable es que la modesta correlación hallada a menudo entre distintos sistemas de respuesta emocional puede deberse a que los métodos usuales de inducción de emociones en el laboratorio solo logran evocar experiencias emocionales de intensidad leve o moderada.” (18)

¿Expresión emocional o función social?

Un mismo estado subjetivo se manifiesta de forma más intensa en una situación de interacción social que en la soledad. Éste es el caso de la sonrisa, cuya manifestación parece depender no sólo del estado afectivo del emisor, sino también de la presencia de otras personas y de la relación que el emisor tiene con ellas.

Suponer que existe una correspondencia entre los estados emocionales subjetivos y la conducta expresiva no implica que la conducta expresiva deba tener siempre una base emocional. Es evidente que en el curso normal de la interacción social empleamos a

menudo expresiones típicas de estados emocionales que pueden funcionar de modo tanto espontáneo como deliberado.

“Dado que la experiencia nos demuestra continuamente la efectividad social de la conducta expresiva auténtica, no es raro que en numerosas ocasiones recurramos, de forma más o menos deliberada, a expresiones faciales que están desligadas de su base emocional normal. Y el hecho de que este recurso funcione quizá se deba a que el emisor y el receptor comparten la creencia implícita de que distintas expresiones no solo pueden reflejar diferentes intenciones, sino también distintos estados subjetivos.” (18)

2.1.2.3. Rol de Enfermería en los Sentimientos y Necesidades Espirituales de los familiares de pacientes de la UCI

2.1.2.3.1. Rol en los Sentimientos

Los sentimientos no son ajenos a nuestra esencia profesional; al contrario, requieren de una presencia concreta, explícita, honesta y real, para poder comprender, interpretar y prever lo que aquel ser que se encuentra a nuestro cuidado requiera, así como lo que pueda necesitar su familia o acompañante, por ejemplo un abrazo o un apretón de manos

para el familiar que atraviesa por situaciones como la que implica tener un familiar en la UCI es una acción reconfortante para ellos.

Para los pacientes, los estudiantes, las familias en general, el concepto que tienen de las enfermeras es que son frías, insensibles, calculadoras. Y de cierto modo es cierto, sobre todo cuando nos negamos la oportunidad de vivir (sin llegar a extremos y dramatismos) los sentimientos y expresarlos según la situación. Pues también tienen derecho de afrontar los duelos y pérdidas con calidez y humanismo; hay cosas que se aprenden mucho más mediante el ejemplo, la interacción, en los pasillos, en los sitios de práctica, no tanto en el discurso de la clase.

Por ello, es importante que la enfermera identifique los sentimientos tanto del paciente como de los familiares para elaborar una estrategia de abordaje con el fin de disminuir dichos estados, mediante la escucha activa, una retroalimentación, gestos de confort.

2.1.2.3.2. Rol en las Necesidades Espirituales

Las acciones que el profesional de enfermería puede llevar a cabo en el cuidado espiritual del paciente son las siguientes: estar abierto a los sentimientos del cliente en relación con la enfermedad y la muerte,

observar y escuchar empáticamente su comunicación, crear una atmósfera de aceptación y no de crítica, favorecer la expresión de miedos, preocupaciones y enseñarle a enfrentarse a los problemas, favorecer la manifestación verbal de los sentimientos y percepciones. Además, ser sensible, transmitir compasión y proporcionar cuidado con actitud de humildad, empleando el tacto, según sea apropiado.

El ser humano necesita ser cuidado en todas sus dimensiones. La dimensión espiritual, representa la más noble y trascendente de la persona. Además la necesidad espiritual se hace más evidente con frecuencia durante una crisis o enfermedad. Uno de los objetivos del cuidado paliativo que puede brindar el profesional de enfermería es atender las necesidades espirituales de los enfermos, conjuntamente con sus necesidades físicas, emocionales y sociales. Es esencial observar normas de conducta ética cuando se administra cuidado espiritual; de esta manera se evita entrar en conflictos entre los valores espirituales del profesional de enfermería y el paciente.

El cuidado espiritual al paciente debe ser ofrecido en todo momento, con un alto sentido de responsabilidad, dedicación y respeto a todo ser humano que así lo necesite. Además deberá ser debidamente planificado de acuerdo con las necesidades previamente identificadas durante la fase de estimado y valoración. Luego, el profesional de

enfermería integra el conocimiento acumulado y el conocimiento relacionado con la fuente y las terapias disponibles para el cuidado espiritual, logrando desarrollar un plan de cuidado individualizado y de alta calidad.

2.1.3. Definición Operacional de Términos

2.1.3.1. Familia

Cualquier miembro de la familia que asume la responsabilidad de los cuidados de su familiar en la Unidad de cuidados Intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

2.1.3.2. Enfermera

Profesional de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el proceso de recojo de datos.

2.1.3.3. Sentimientos

Expresiones sociales emocionales de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos, desencadenados por la situación de salud de su familiar y por las conductas de los profesionales de la salud.

2.1.3.4. Necesidades Espirituales

Estados carenciales de sentido, reconciliación, orden, verdad, arraigo, orar, soledad-silencio, cumplir el deber; que experimentan los familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos desencadenados por la falta de abordaje por parte del personal de salud.

2.2. REFERENTE METODOLÓGICO

2.2.1. Tipo de investigación

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del presente estudio corresponde a un estudio de tipo cualitativo y nivel descriptivo interpretacional, ya que permite obtener información precisa sobre las variables a investigar.

2.2.2. Características de las unidades informantes

La población que se investigó son los familiares de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos, considerando un familiar por paciente.

El muestreo fue no probabilístico por saturación, la muestra estuvo constituida por toda la población de ambos sexos.

2.2.2.1. Criterios de inclusión

Personas de ambos sexos, mayores de 18 años, familiares de los pacientes internados en la UCI.

2.2.2.2. Criterios de exclusión

Personas con discapacidad mental, menores de 18 años, y los que no deseen participar en el estudio.

2.2.3. Técnica de recolección de datos

La recogida de datos se realizó por el propio investigador empleando las entrevistas a profundidad bajo cuatro (4) preguntas

norteadoras todas de tipo abierta, cuyas respuestas fueron grabadas, se trabajó con muestras pequeñas de sujetos.

2.2.4. Proceso de Trabajo de Campo

Se realizó en los meses de septiembre a noviembre en el área de dar informes, la entrevista duró aproximadamente de 20 - 25 minutos por persona. Luego se procedió al procesamiento de datos, mediante la degrabación de testimonios bajo las descripciones de los enunciados significativos y sus respectivas interpretaciones acordes al marco teórico expuesto.

2.2.5. Análisis e interpretación de la información

Para el análisis de las entrevistas, se procedió a la reducción de los datos en tres momentos: Codificación Abierta, Codificación axial y la Codificación selectiva para establecer el núcleo central de las categorías halladas.

Descripción de cada fase:

Paso 1: Desgravaciones (10 horas de grabaciones)

Paso 2: Lectura total panorámica contextual de cada uno de los discursos.

Paso 3: Análisis por pregunta y proceso de ordenamiento de la información por códigos.

En esta fase se agrupan los discursos de los familiares por cada pregunta y se les asigna un número correlativo. Asimismo se utiliza un código para designar a cada uno de los participantes.

Así tenemos:

- Familiar N° 1: (F-1)
- Familiar N° 2: (F-2)
- Familiar N° 3: (F-3)
- Familiar N° 4: (F-4)
- Familiar N° 5: (F-5)
- Familiar N° 6: (F-6)

Paso 4: Proceso de reducción:

2.2.5.1. Codificación abierta.

Es el proceso de descomponer los datos en partes discretas con la intención de categorizarlas y conceptualizarlas. Los patrones en los datos brutos son codificados o se les da una etiqueta conceptual. Las

etiquetas conceptuales son asignadas a eventos simples que están relacionados al fenómeno.

Existen dos tipos de codificación abierta: códigos in vivo y constructos sociológicos. Los códigos in vivo están directamente relacionados al lenguaje de los datos y pueden ser vistos como imágenes, debido a que estos dan suficiente significado a los datos.

La codificación abierta es el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos las propiedades y dimensiones generales de las categorías.

En nuestra investigación esta codificación se realizó de la siguiente manera:

- Identificación de las unidades de significado.
- Relectura de los discursos, y extracción de los “códigos vivos”; se pregunta a los datos ¿Qué me quieren decir, en relación a las necesidades espirituales de los familiares? Se utilizan etiquetas: grupos de palabras simples que denoten el aspecto central principal del discurso de los participantes.
- A cada código vivo y/o a las etiquetas se le asigna un código alfabético de 2 y hasta 4 letras para luego poder agruparlas.

- Los códigos alfabéticos se ordenaron en polos positivos y/o negativos, y se agruparon de acuerdo a un orden lógico. En este proceso se identifican los conceptos y se descubren en los datos las propiedades y dimensiones generales de las subcategorías y categorías iniciales. Así emergieron las primeras categorías y subcategorías.
- Validación por experto. Este paso fue realizado con la ayuda del asesor, quien sugiere reducir aún más los códigos vivos, utilizar los gerundios en las categorías y subcategorías. Se esbozan las primeras figuras o imágenes de representación de los datos.
- Retorno al campo. Se vuelve a entrevistar a dos familiares para verificar y/o completar información más precisa que no se apreció en la entrevista.

2.2.5.2. Codificación axial

Es el proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías para formular explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos. Es denominado "Axial" porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones. El propósito de la codificación axial es comenzar el proceso de reagrupar los datos que se fracturaron durante la codificación abierta. En la codificación axial, las categorías se

relacionan con sus subcategorías siguiendo las líneas de sus propiedades y dimensiones y mirando cómo se entrecruzan y vinculan éstas.

En ésta fase se:

- Reagruparon las codificaciones.
- Formularon las sub-categorías y categorías emergentes.

2.2.5.3. Codificación selectiva

Es el proceso de integrar y refinar las categorías. Esta técnica de codificación es conocida como teórica y de nivel II. En la integración las categorías se organizan alrededor de un concepto explicativo central. Una vez que se establece un compromiso con una idea central, las categorías principales se relacionan con ella por medio de las oraciones que explican las relaciones. Una categoría es una clasificación de conceptos. Para facilitar el proceso de integración se pueden usar diagramas, seleccionar y revisar los memorandos y emplear programas de computadora.

En esta fase se logró:

- Integración de categorías, y la
- Generación de gráficos en base a un núcleo central.

Paso 5: Propuesta inicial de las representaciones del fenómeno estudiado: primera categoría.

2.2.6. Consideraciones éticas

El estudio respetó las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. En su desarrollo se protegió el respeto y dignidad de las personas estudiadas, la investigación no presentó ningún riesgo para los sujetos, al sujeto de investigación, se le solicitó el consentimiento informado, después de una clara y completa explicación acerca de su participación y uso de resultados de la investigación.

CAPITULO III

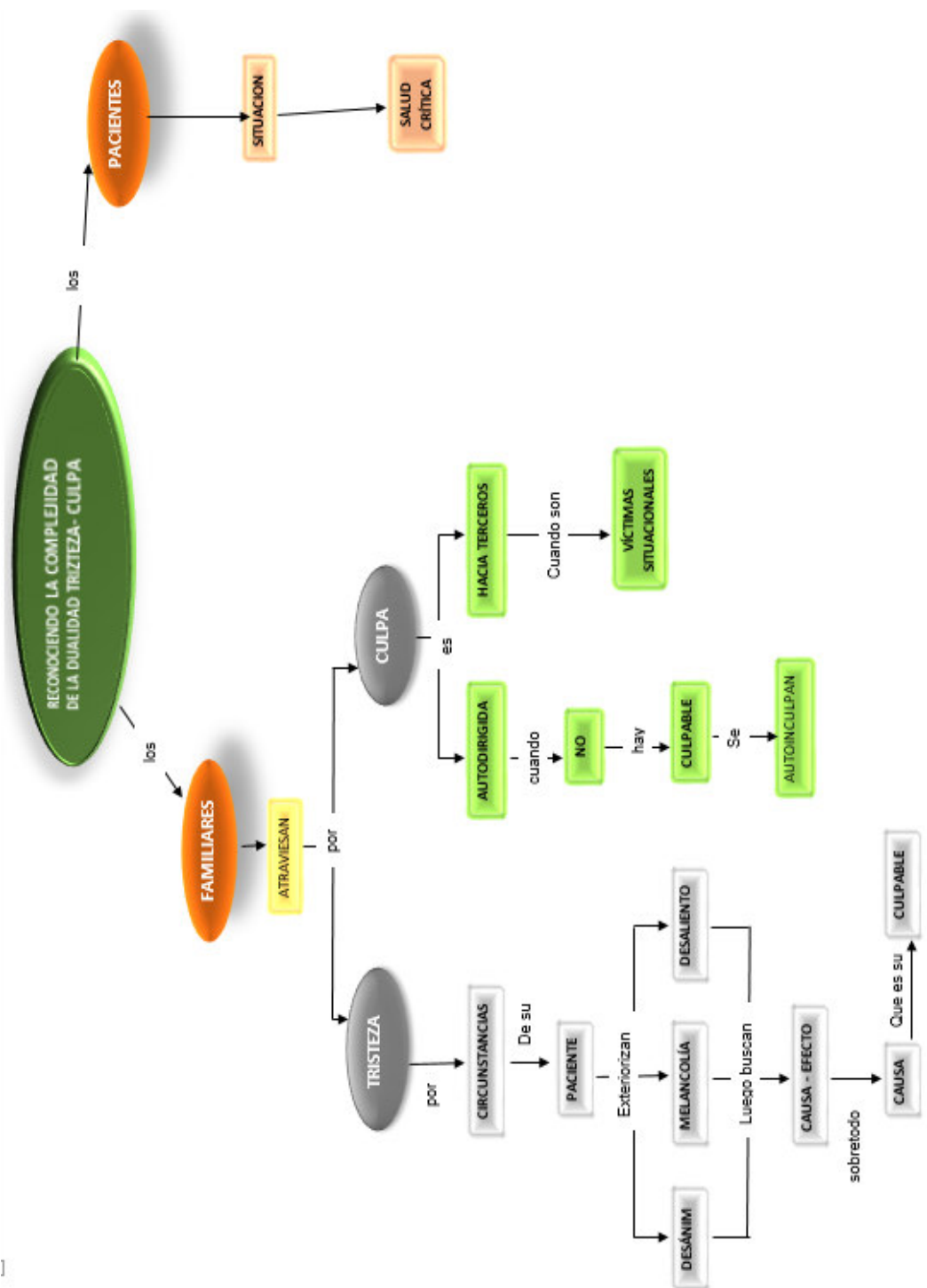
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se presenta el análisis e interpretación de los datos contrastándolo con el referente teórico y los antecedentes de la investigación, tras haber trabajado con una muestra de 6 familiares (F1 a F6) de 6 pacientes hospitalizados en la UCI, cantidad que pareció apropiada para una recolección de datos manejables que permitan establecer categorías de análisis. Siendo la determinación del número de participantes abierta, de tal forma que, en el transcurso de la investigación pudo ser más pero se completó por saturación.

El campo de la espiritualidad implica una ordenación que no tiene forma o doctrina, es un campo abierto que va más allá de las religiones y por ello hablar de ciertas carencias, este nivel lo es aún más puesto que la intensidad y diversidad en las mismas dependen de cada persona. Asimismo a nivel de los sentimientos, el surgimiento de las mismas se deriva de las denominadas básicas y su complejidad varía según la agrupación que surge a nivel mental de acuerdo a las situaciones vividas de un individuo. A continuación presentamos la información producto de los procesos de reducción realizados a los discursos dados por los familiares de los pacientes de la UCI, siendo estos los actores del presente estudio.

4.1. Sentimientos de los familiares de los pacientes de la UCI

FIGURA N° 1



CATEGORIA 1: RECONOCIENDO LA COMPLEJIDAD DE LA DUALIDAD TRISTEZA – CULPA

En esta categoría se analiza los sentimientos de tristeza y culpa de los familiares la forma que se articulan y como estos de algún modo pueden ser somatizados de algún modo, derivándose las siguientes subcategorías:

Subcategoría: La tristeza y la culpa articulados

Las manifestaciones de los familiares respecto a la pregunta de cómo se sintió cuando supo que su familiar estaba en la UCI fueron:

“Estaba afectada, triste, sin saber qué hacer, no podía dejar de pensar en los últimos minutos que pasé con él me sentía morir...mi familiar aquí en estas condiciones que jamás pensé verlo ni en las más terribles pesadillas...nunca deja de ser mi hermano...siento que tengo culpa de todo esto quizá no lo apoye como debía no sé quizá no le preste atención” (F-1)

“Sentía que todo se derrumbaba ver a mi hija postrada, es muy triste es una pena grande del alma, es mi única hija y se está muriendo... la tristeza de no verla a diario, de no ver que mejora, me duele mucho... y la culpa lo tengo yo por no estar atenta por dónde íbamos ” (F-6)

“Solo quiero que despierte, que mejore es muy triste verla así como está, y todo por culpa de ese chofer...acaso no vio venir a mi sobrina por su culpa esta así, por su imprudencia porque los brevets se los regalan...” (F-2)

Como se puede apreciar en los discursos, se perciben en los familiares dos sentimientos asociados la tristeza por las circunstancias de sus familiares y la culpa dirigida a una persona que de cierta forma es intrínseca a la situación, es decir la culpabilidad esta autodirigida o va hacia un tercero, y todo esto orientado por una crisis situacional que recrudece por la amenaza omnipresente de la vida y la adaptación de la persona; surgiendo problemas de adaptación que vienen determinados por las características específicas de la crisis de salud, que hacen difícil que una persona pueda elegir las estrategias apropiadas de afrontamiento para asimilar y acostumbrarse a este cambio repentino en su vida, por ello es que la exteriorización de dichos sentimientos son importantes de ser detectados con la finalidad de ser abarcados y funcionar como una triada entre familiar – enfermera – paciente. (16)

La experiencia subjetiva o sentimiento permite al sujeto poner un rótulo o una cualidad de la emoción que experimenta, es difícil llegar a la experiencia de una emoción si no existe un proceso previo de evaluación valoración consciente. En estos casos, la persona experimenta la emoción directamente derivada de la evaluación valoración. (16)

La tristeza genera sentimientos de desánimo, melancolía, desaliento, y pérdida de energía, focaliza la atención en las

consecuencias de la situación en el ámbito interno y es una aflicción o pena que da lugar a estados de desconsuelo, pesimismo y desesperación que desencadenan sentimientos de autocompasión y que al ser reconocidos como tal a nivel del pensamiento buscan el vínculo de causa y efecto, en consecuencia de forma subjetiva se cuenta con la percepción y noxa de la situación como el efecto en sí, siendo así la primera premisa sería la causa que depende de las circunstancias que llevaron a sus familiares a esas condiciones, que varían desde la culpa hacia un tercero debido a que fueron víctimas de las circunstancias o de una enfermedad detectada recién, pero con consecuencias nefastas al no tener a quien más culpar que no sea la enfermedad, se autodirige y convierte en sentimientos; que por cierto no se presentan solos, ya que los sentimientos juntos pueden generar otro sentimiento más complejo e inclusive un estado de ánimo un patrón de comportamiento (sin embargo existen sentimientos que se vinculan mucho más estrechamente que otros). (17)

Subcategoría: La somatización de la tristeza

En este caso la evidencia de somatización era visible no había forma de ser ocultada incluso se manifiesta:

“Como que al inicio no podía gritar o llorar pero eso fue tan solo unos cuantos segundos después de eso lo que no podía hacer, era algo que no podía parar y solo lloraba

y lloraba gritaba y me calmaba y luego nuevamente pasaba todo...” (F-1)

“llorar, porque nunca imagine verlo así, es muy triste por lo que estamos pasando, siento no poder más...” (F-5)

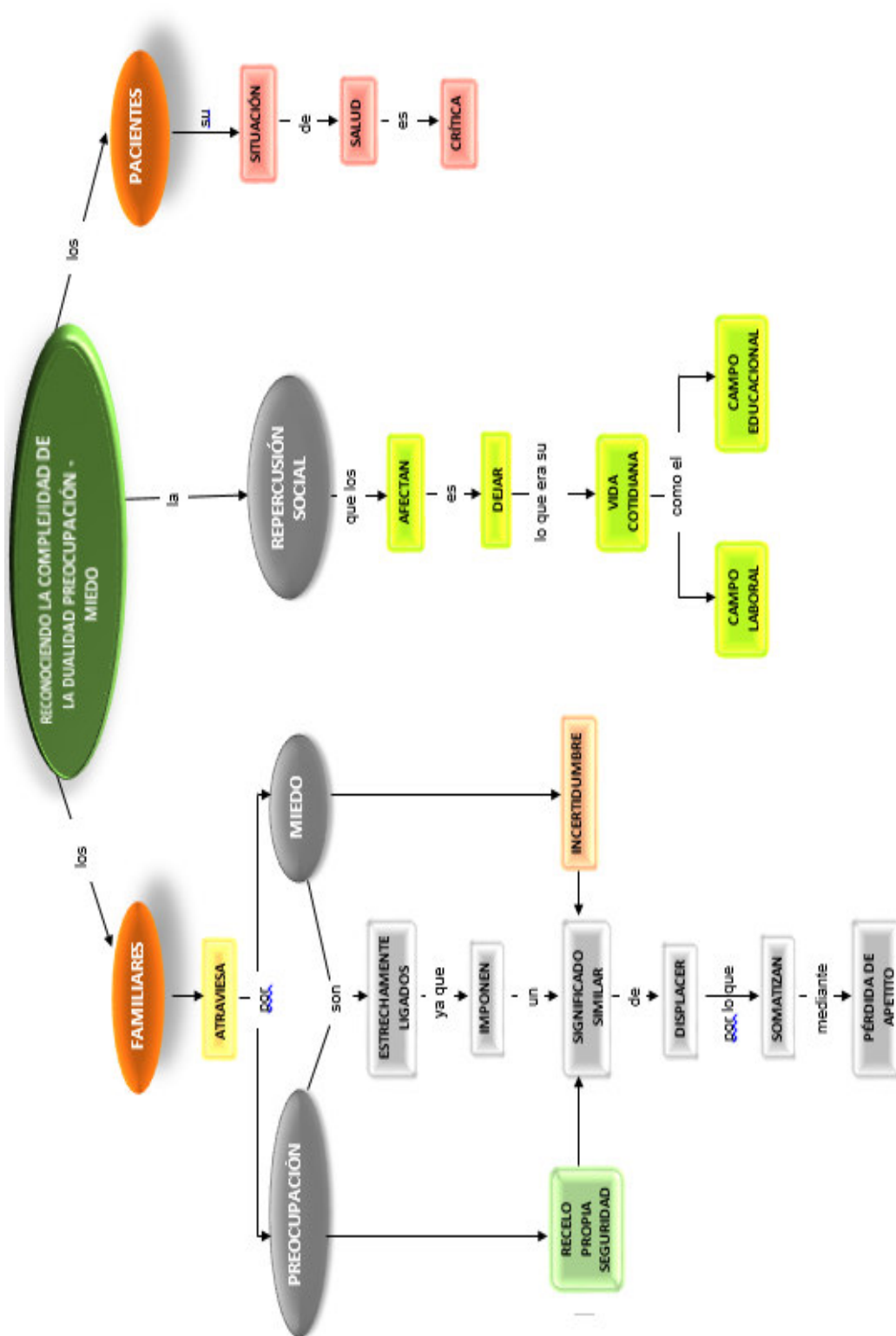
“Me desmayé por un momento, no podía reaccionar, pero luego solo gritaba y lloraba y aunque no sé si me escuche le hable... yo no puedo más” (F3)

Como es evidente las emociones son activaciones físicas breves que se desencadenan en las personas como respuesta a algo, interrumpiendo su conducta normal, son como olores básicos para componer los sentimientos, que en su combinación dan lugar a un sin número de sentimientos y estos a su vez al ser contextualizados por un pensamiento, desencadenan diferentes tipos de conductas, donde la intensidad y duración dependen del ser que las procesa, pero que guardan cierta generalidad en algunos individuos bajo circunstancias similares. (17)

Así, el primer núcleo central y categoría: Considerando la complejidad de la dualidad tristeza – culpa, está determinado por las relaciones interpersonales y las circunstancias de los efectos, que de cierto modo tienen puntos en común y fuertemente marcado por la variedad de la complejidad de la persona. Según, Palmero Francesc; Fernández Abascal Enrique G., Martínez Francisco y Mariano Chóliz *“En el caso de que la noxa o estímulo, la percepción y la evaluación*

valoración no alcancen el umbral de la conciencia del sujeto, éste percibe la respuesta fisiológica producida por el proceso anterior, con lo cual lleva a cabo la evaluación valoración- valoración consciente y termina por experimentar subjetivamente la emoción. Entonces, para poder experimentar subjetivamente la emoción (sentimiento) se debe de realizar la evaluación – valoración.”(16)

FIGURA N°2



CATEGORIA 2: RECONOCIENDO LA COMPLEJIDAD DE LA DUALIDAD PREOCUPACION – MIEDO

En esta categoría se analizan los sentimientos de preocupación y miedo, el cómo estas se articulan en este tipo de personas y como repercuten a nivel físico y social, derivándose de las siguientes subcategorías:

Subcategoría: La preocupación y el miedo articulados

Las manifestaciones de los familiares respecto a la pregunta de cómo se sintió cuando supo que su familiar estaba en la UCI fueron:

“No puedo derrumbarme por todos los miedos que tengo...miedo de no volverlo a ver, de no poder despedirme, de no volver hablar con él, y esto me preocupa por no saber qué será de aquí adelante si seguirá siendo el mismo hombre fuerte y confiable en quien me apoyaba tanto...” (F-1)

“No sé qué hacer ella es la hija de mi hermano que es un paciente de cáncer terminal, no solo es ella la que me preocupa mi hermano esta postrado sin saber que mi cuñada murió y que mi sobrina está aquí, no entiendo por qué nos pasa esto...”(F-2)

“Me asusté mucho al verla no sabía qué hacer, en cualquier momento se puede ir me preocupa que justo pase algo malo cuando no estoy por eso ya deje de estudiar...” (F-4)

“Estaba desesperada, me preocupa como lo atenderán... me preocupa mi hija mi esposo y yo... es esa preocupación esa angustia de no saber qué es lo que se

vendrá... he tenido que cerrar la tienda, no duermo bien, el apetito se ha ido...” (F-5)

Las emociones son reacciones físicas momentáneas. Los sentimientos, que las engloban, añaden duración, mediante la asociación con el pensamiento, es decir, imponiéndoles un significado psicológico, ya que la activación física (emoción) más la etiqueta cognitiva (pensamiento) da a lugar al sentimiento emocional; claro ejemplo es de la preocupación y el miedo, el primero engloba al segundo van juntos; por lo que es común encontrar a ambos juntos y más estrechamente ligados que los demás sentimientos. (9)

Subcategoría: La somatización del estrés

Tal como se mencionó, estos sentimientos no solo quedan en el proceso cerebral de generación ni en la subjetividad de la mente, va más allá al ser conceptualizado y como tal se pone de manifiesto al ser racionalizado tal como lo mencionan los mismos familiares:

“He perdido el apetito, me afecta mucho, no tengo hambre y si debo de comer es poquísimo, o al menos eso dicen los que me han visto...” (F-4)

“Me afecta terriblemente, he tenido que muy poca hambre, el apetito se ha ido, no duermo bien, solo estoy pendiente de mi esposo...” (F-5)

Los sentimientos consisten en la toma de conciencia de la ocurrencia de la emoción, cuyo núcleo principal es el placer o displacer que se desprende de una situación. La experiencia subjetiva o sentimiento permite al sujeto poner un rótulo o una cualidad de la emoción que experimenta por tanto ante un determinado rotulo hay un determinado patrón de comportamiento que varían desde lo aceptado socialmente, pasando por la repudia social, hasta la patológica. La somatización es una formar de que todo lo contenido no nos mate, ya que al intensificarse los cambios fisiológicos que se suscitan trascienden de los parámetros normales y como tal pondrían nuestra vida en riesgo; sin embargo, esto no sucede gracias a que lo somatizamos. (9)

Subcategoría: La repercusión social

Así como tenemos respuestas fisiológicas ante lo acontecido, también emergen de ciertos sentimientos patrones de conducta tal como se evidencia en lo expresado por los familiares:

“Creo que tendré que dejar la universidad al menos un ciclo no estaría tranquila si lo dejo solo, mientras se recupera... y en ese tiempo espero saber porque decidió eso y hacerlo sentir importante...me da miedo de que si no estoy pasara algo” (F-1)

“Renuncie al trabajo, ya que solicite un permiso y me lo negaron estaba muy impresionado que me retire y deje mi renuncia...mi prioridad es estar por mi sobrina que no tiene a nadie y estar presente por si le pasa algo” (F-2)

“No voy a clases...he dejado de estudiar, por suerte he solicitado un permiso y me lo dieron...no podría estar tranquila pensando que le puede pasar algo y yo no estar ahí” (F-4)

“Todo es terrible he tenido que cerrar y dejar la tienda ya no puedo ni atenderme a mí misma...tengo miedo de que suceda algo en mi ausencia” (F-5)

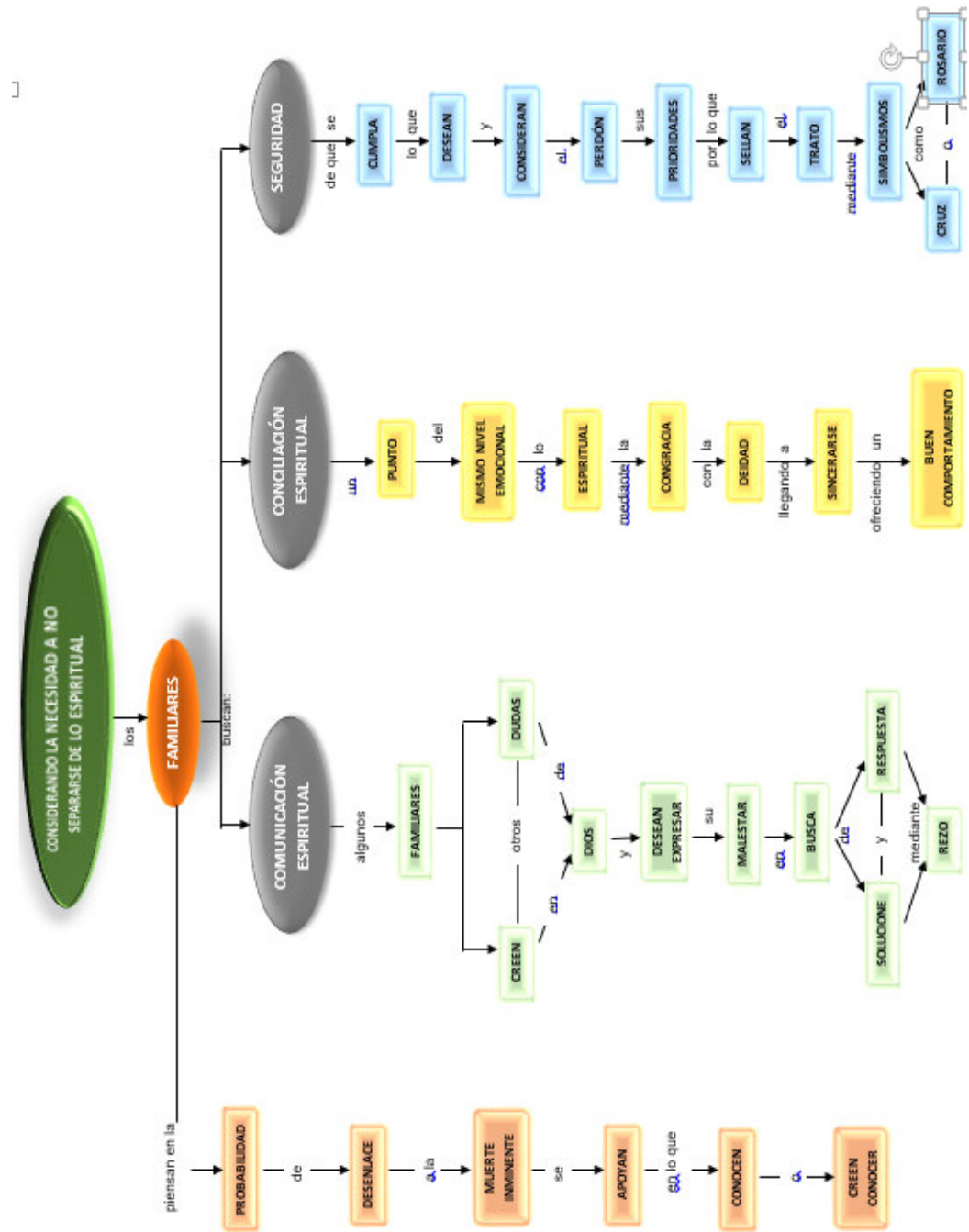
“Solo paro en el hospital, ya no trabajo, y mi casa solo llego a bañarme y salir inmediatamente para regresar aquí...” (F-6)

De acuerdo a lo manifestado por los familiares la tendencia es a dejar aquello que era parte de su vida cotidiana como el campo laboral o educacional, vinculado a la sensación de miedo generado por la incertidumbre de las condiciones de salud de sus familiares. En el caso del miedo se genera aprensión, desosiego y malestar, su característica principal es la sensación de tensión, preocupación y recelo por la propia seguridad o por la salud, acompañada generalmente por la sensación de pérdida de control, que los motiva a acoger ese tipo de comportamiento. (16)

Según indica Torrabadella Paz, en gran parte lo que se siente depende de lo que se decide pensar, por ello los sentimientos son procesos complejos pues se debe de tener en cuenta que dentro del aspecto del pensamiento también existen las ideas preconcebidas y ello indicaría que para pensar diferente implicaría un cambio de actitudes que traducida en el tiempo no es un proceso breve. (17)

4.2. Necesidades espirituales de los familiares de los pacientes de la UCI

FIGURA N° 3



CATEGORIA 1: CONSIDERANDO LA NECESIDAD DE NO SEPARARSE DE LO ESPIRITUAL

En esta categoría se analizó la necesidad de mantenerse en lo espiritual, que a pesar de todo busca no perder ese contacto con un gran aspecto del ser humano y que como tal ante un suceso con probabilidad de desencadenarse en una muerte inminente se apoyan en lo que se conoce o creen conocer.

Subcategoría: Intentando la comunicación espiritual.

Durante la estadía en el hospital la mayoría de los familiares cuando no están en el servicio en horas de visitas o a las fueras del mismo esperando noticias, se encuentran en la capilla del hospital, llorando o en silencio, como esperando algo; se les preguntó qué necesidades nuevas habían experimentado desde que su familiar se encontraba en la UCI, a lo que manifestaron:

“Solo sé que si rezo y tengo fe, lograremos salir adelante no importa como no importa que tenga que hacer él saldrá adelante y algún día recordaremos este momento como un crecimiento como personas y como hermanos... prefiero seguir creyendo eso a que dejarme derrumbar... antes no rezaba o iba a la iglesia pero desde aquel incidente no hay momento que no deje de hablar con Dios y trata de pensar que me escucha y me cumplirá con mi pedido...” (F-1)

“Bueno no soy tan creyente pero rezo tanto para ver si al menos consigo una ayuda de Dios...” (F-2)

“No dejaba de llorar de ponerme mal solo lloraba veía la imagen de la virgencita, rezaba todas las noches, tenía mucho que hablar con Dios...” (F-3)

“De cierto modo me calma por la presencia de especialistas que está en sus manos y debo tener fe y hablar con Dios, que ayude a mi madre, inclusive como ahora se me caían las lágrimas solo los limpiaba tratando de ser positiva...” (F-4)

“Tiempo para poder ir y rezar a Dios y pedirle que no se lleve a mi esposo que no nos deje solas...” (F-5)

Es notoria (la marcación) que se incrementa y que se marca la necesidad de no perder el contacto con Dios incluso cuando se declaran poco creyentes, refieren querer mantenerse en comunicación, el querer expresar su malestar y esperar una respuesta de ello. Y es que lo espiritual es una palabra muy ambigua y polisémica tal como nos muestran los diccionarios, donde esta consideración es muy importante para evitar el reduccionismo de dicha palabra a compresiones muy unilaterales o unidimensionales como la religión. El ser humano es individuo de fe, que aun no creyendo en Dios no lo pierde, sigue teniendo fe en sí mismo en la causa y efecto de sus acciones, y aún cuando aquel hombre dice no tener fe quizá sea la persona más espiritual.

Vivimos en una emergencia por lo espiritual en claro tono sincrético, en donde nuestra sociedad hipermaterialista siente la

necesidad de lo espiritual como una cultura postmodernista y busca nuevas formas de lo espiritual, y como tal no existe ningún dogma ningún canon para lo espiritual. Es así que aun no creyendo en Dios dentro del ojo religioso las personas logran comunicarse con Dios. Siendo la espiritualidad tan arraigada a nuestros tiempos, no es nada extraordinario el ver que pese a todo no nos desvinculemos de Dios, de Yahvé, de Jehová, de Buda, o Krishna. (14)

Subcategoría: Conciliando con lo espiritual.

Y es que no solo basta con lograr hablarle a lo espiritual, pues como toda comunicación hay un mensaje, antes manifestar ello se busca un punto del mismo nivel, no con finalidad de compararse a un ser espiritual, sino un mismo nivel emocional con lo espiritual, tal como lo vemos en las manifestaciones de los familiares:

“No hay momento que no deje de hablar con Dios y tratar de pensar que me escucha y que si se demora en dar una respuesta a lo que le he pedido porque quizá es mucho o difícil...” (F-1)

“Veía la imagen de la virgencita, rezaba todas las noches, tenía mucho que hablar, tenía mucho que pedirle perdón que no me castigaran de esta forma...” (F-3)

“Oramos todos juntos para que Dios nos perdone y así poder afrontar todo esto...” (F-4)

“Pedirle que me perdone por todos los momentos en los que haya pecado de obra de palabra o de pensamiento...” (F-5)

Como se pueden apreciar en los discursos las personas que en este caso son los familiares de los pacientes no buscan solo congraciarse ante Dios, pues no solo es tener una buena imagen ante él, pues como hemos de recordar todo dios tiene tres características (omnipresente, omnipotente, omnisciente), y por tal buscamos sincerarnos para no seguir cometiendo aquello que llamamos pecado y señalar como un algo a cambio de otro algo, siendo más exactos es mi buen comportamiento a cambio de congraciarme con Dios, se buscan una conciliación en donde la persona es juez y parte y todo depende del cómo pueden sentirse bien consigo mismos. (14)

Subcategoría: Intentando tener seguridad

Una vez habiendo logrado la conciliación que necesitan, se puede solicitar o pedir lo que estemos careciendo, sería como saldar cuentas, ya no debes nada está todo en cero y es hora de pedir nuevamente, bajo esa sensación los familiares manifiestan:

“Solo sé que si rezo y tengo fe lograremos salir de esto...solo quisiera que despierte que Dios me ayude nos ayude a que despierte mi hermano...quizá le he pedido mucho o es difícil y que por eso demora...” (F-1)

“No soy tan creyente pero rezo tanto para ver si al menos consigo una ayuda de Dios...” (F-2)

“Que me permitan darle un rosario...” (F-3)

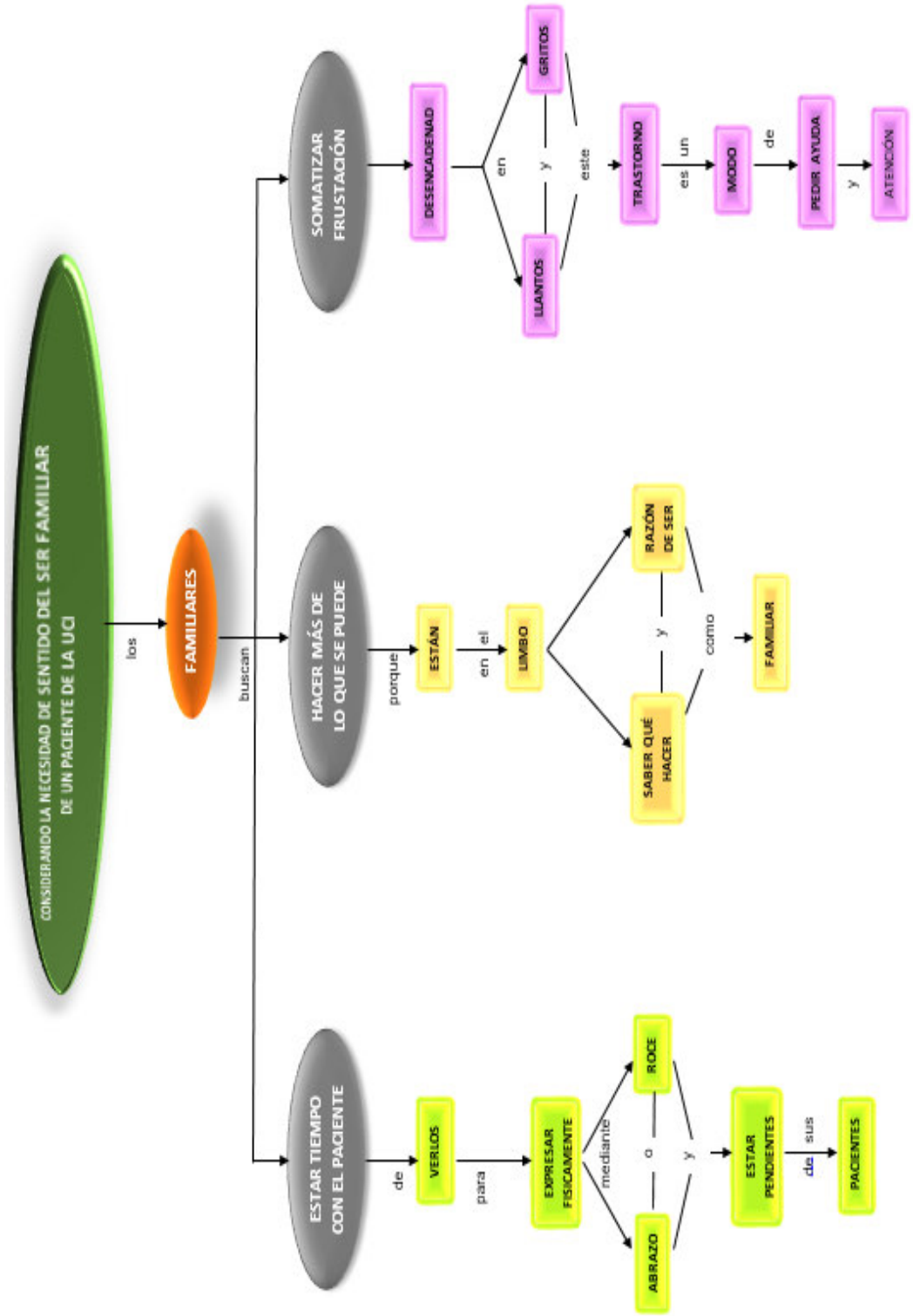
“Tener fe y pedirle a Dios que ayude a mi madre, inclusive como ahora se me caían las lágrimas solo las limpiaba y trataba de ser positiva...” (F-4)

“Estaba angustiada por lo que se vendría... necesitaba tiempo para poder ir y rezar a Dios y pedirle que no se lleve a mi esposo que nos deje solas a mí y a mi hija...” (F-5)

Puesto que no hay una autoridad mayor de su sistema religioso que certifique que han sido condecorados ante Dios y así pueden empezar de cero y no cometer errores, todo depende de lo que ellos consideren perdón y por tal buscan acercarse a ello, porque así podrían tener un poco más de alivio y seguridad de que se les será otorgado a poco o largo plazo y es más buscan la justicia como tal, ante poniendo una dificultad de su caso pero aun con la esperanza de ser escuchados y atendidos, sobretodo que se les cumplirá aquello que han pedido e inclusive lo sellan mediante un simbolismo como una cruz o rosario.

Según Francesc Torralba I Roselló la necesidad espiritual tiene manifestaciones culturales muy distintas. Hay un mosaico de expresiones de las necesidades espirituales, pero se observa una extraña raíz común entre los seres humanos que podría ser la necesidad espiritual que se contempla de formas culturalmente muy distintas. (14)

FIGURA N° 4



CATEGORIA 2: CONSIDERANDO LA NECESIDAD DE SENTIDO DEL SER FAMILIAR DE UN PACIENTE DE LA UCI

En esta categoría se analiza la representación del sentido del ser de los familiares de pacientes de la UCI, expresados en las siguientes subcategorías:

Subcategoría: Necesitando estar más tiempo con su familiar

La separación de un familiar por estos motivos implica un estrés para el familiar pues irrumpe con lo que este considera su vida y quehacer cotidiano, las tareas determinadas que estaban a cargo del paciente, los quehaceres en común, la cantidad de tiempo que compartían juntos, todo cuanto conocían ha desaparecido y en consecuencia genera un nuevo estado carencial, que ellos lo manifestaron así:

“Yo estudio y ahora no sé qué haré no quisiera dejarlos solo son tantas las situaciones pero por ahora solo quiero ver a mi hermano y estar más tiempo con el...” (F-1)

“Solo sé que todos dan poco apoyo, no me permiten estar más tiempo con mi sobrina... ya que quizá de un momento a otro mi sobrina pueda despertar y estar ahí para ella para abrazarla y decirle que todo va a estar bien, que su madre ha muerto...” (F-2)

“Poder verlo...” (F-3)

“Cuando entran en un sitio donde no se le puede ver ni estar a su lado es como un paso a la muerte, donde no puedes hablar con ellos, tocarlos abrazarlo ni nada...”
(F-4)

“Mi única bebé se está muriendo... yo ni si quiera puedo estar las 24h con ella...la tristeza de no verla a diario de no ver que mejorar, me duele mucho...” (F-6)

Tal como vemos en lo manifestado por los familiares existe un imperativo de poder estar al lado de sus familiares, de verlo, de poder expresarse físicamente ante ellos mediante un abrazo un roce un, como ellos denominan, “tocarlos”, el estar constantemente pendientes de lo que suceda o puedan necesitar sus familiares se ha vuelto una necesidad prioritaria que trascienden a ellos mismos.

Subcategoría: Queriendo hacer más de lo que se puede

Como hemos visto la complejidad de los sentimientos y sus repercusiones en los comportamientos, no están aislados de las necesidades ya que antes de volverse un estado carencial en su forma básica fueron emociones, sentimientos que se complejizaron en un estado carencial que no trasciende a lo que los familiares normalmente hacen (18), tal como lo manifiestan ellos mismo de la siguiente forma:

“Solo puedes observar sin hacer nada, no hay día que no me sienta una inútil...me sentía tan frustrada por no hacer nada porque ni sabía que hacer” (F-4)

“Mi única bebé se está muriendo y yo no puedo hacer más por ella ni si quiera puedo estar las 24h con ella...la tristeza de no verla a diario de no ver que mejorar, me duele mucho...me siento tan inútil...” (F-6)

De acuerdo a lo indicado por los familiares encontramos un estado de carencia marcado e inclusive acompañado de frustración ya que están en el limbo de saber qué hacer y de su razón de ser como familiar. El ser humano siente la necesidad de dar sentido a su vida, a su existencia. No tiene bastante con estar, pues además desea permanecer en el estar con sentido. Y si detecta que esa permanencia no tiene sentido, que vivir carece de sentido, que es algo absurdo, estúpido, insulso; puede, incluso, desear no ser, hacerse nada, no existir en algo que no se siente importante como parte de. (11)

Subcategoría: La somatización de la frustración.

Ahora los familiares en ese estado de sin sentido, la persona no solo se queda en la mente lo exterioriza también, tal como lo podemos apreciar en las siguientes manifestaciones:

“Me desmayé no podía reaccionar, pero luego todo era llorar, hablarle aun sabiendo su estado... y no tener respuesta, me frustraba y solo lloraba...” (F-3)

“Solo puedes observar sin hacer nada, no hay día que no me sienta una inútil...me sentía tan frustrada por no hacer nada porque ni sabía qué hacer, al inicio no podía reaccionar pero luego no paraba de gritar o llorar, sobre

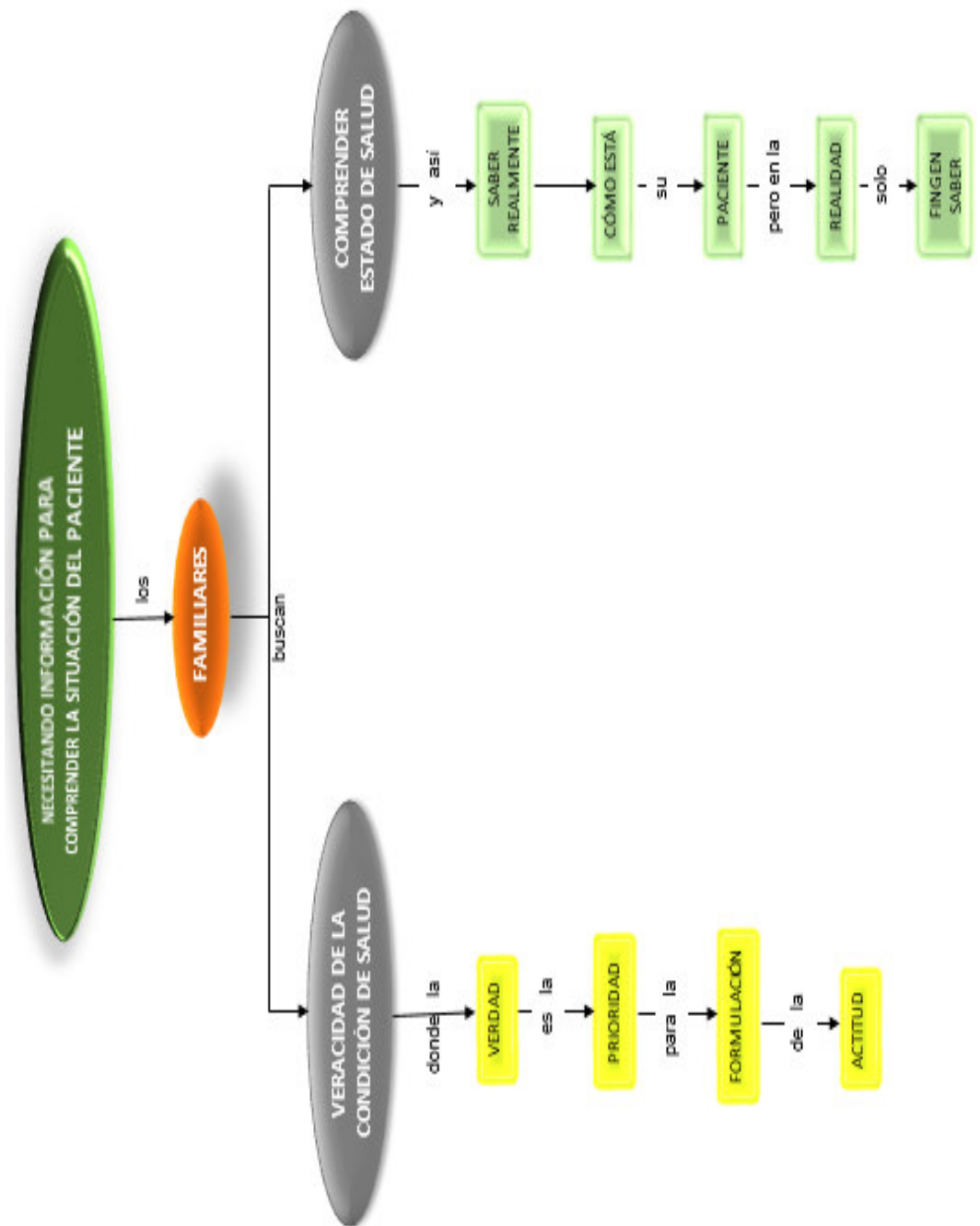
todo cuando me decían que la visita ya había acabado” (F-4)

De acuerdo a lo expresado por los familiares, se puede desprender que todo aquello que los frustraba desencadenaba en llanto e inclusive gritos. El trastorno de somatización es una afección crónica en la cual la persona presenta síntomas físicos que involucran más de una parte del cuerpo, pero no se puede encontrar ninguna causa física; sin embargo, el dolor y otros síntomas que las personas experimentan son reales y no son creados ni simulados. Son un modo de pedir ayuda y atención. La intensidad y persistencia de los síntomas reflejan el intenso deseo de la persona de ser atendida en cada uno de los aspectos de su vida. Esto viene a ser lo que el cuerpo grita cuando la boca calla y como tal frustración desencadena ciertos comportamientos desde lo aceptados socialmente como se manifiestan en los familiares así como los repudiados por la sociedad que en el presente estudio no se presentan. (18)

Según Francesc Torralba I Roselló, esta necesidad de sentido es un estado carencial muy importante quizá la más importante, El hombre no es nada sin comunicación y sin un sentido, el sentido lo ganamos o lo obtenemos gracias a los demás, no se trata de ser esclavos, si no, de ayudar a quienes lo necesitan, de estar para alguien y ser necesitado en el mundo, sentirse útil. Y la comunicación y el encuentro es el que nos

hace tener la esencia especial si no fuera por eso, seríamos como animales, necesitamos compartir, comunicarnos y expresarnos para ser más que nada, felices. Es la libertad de encontrar la felicidad en nuestras acciones bajo el encuentro real con las personas. (14)

FIGURA N° 5



CATEGORIA 3: NECESITANDO INFORMACIÓN PARA COMPRENDER LA SITUACIÓN DEL PACIENTE.

En esta categoría se analiza la prioridad de la verdad en el manejo de la información de los estados de salud de sus respectivos pacientes, y como la comprensión de esto puede ser un alivio o una preparación para el futuro, esto se detalla en las siguientes subcategorías:

Subcategoría: El saber la condición de salud de forma veraz

La verdad es un tema que no es postmodernista, por el contrario, es un dilema que viene de antaños y como tal sigue siendo una de las prioridades del ser humano. (11) Por ejemplo ante una situación de estrés como es la condición de salud de un paciente, el querer saber la verdad les permite tomar decisiones y tomar una actitud de acuerdo a ello. Esto se evidencia en lo manifestado por los familiares:

“Solo deseo saber exactamente como está mi hermano y no solo que me digan cosas simples...solo deseo saber la verdad esto me preocupa, no sé si mejorará o empeorará, lo que más quiero es que se recupere...” (F-1)

“Deberían informar completo que te digan la verdad de cómo está, eso ya es un apoyo... y uno vive pendiente de eso queriendo que cada segundo pueda ir mejorando...” (F-2)

“Necesito de alguien que me diga que todo va a estar bien, que no me oculten las cosas...” (F-3)

De acuerdo a lo manifestado por los familiares, la cuestión de la verdad, la cuestión de qué sea la verdad y de cómo se relaciona el hombre con ella, es un tema insoslayable, porque, sin una reflexión explícita o tácita sobre la verdad, no hay razón de ser. Hasta tal punto parece ser esto así que la peculiaridad para el familiar consiste en su deseo de relacionarse con la verdad; y esto por dos razones conectadas entre sí. La primera, porque se define como la tarea de la relación del hombre con la verdad; en segundo lugar, pero genéticamente en primero, porque la verdad es una necesidad radical del hombre, esto es, una necesidad que nace de la raíz constitutiva de lo humano. (11)

Subcategoría: Intentando comprender el estado de salud del familiar.

Y es que no solo basta con escuchar la verdad, debe ser una verdad comprensible que permita realmente al familiar saber cómo está su familiar, según lo manifestado por ellos:

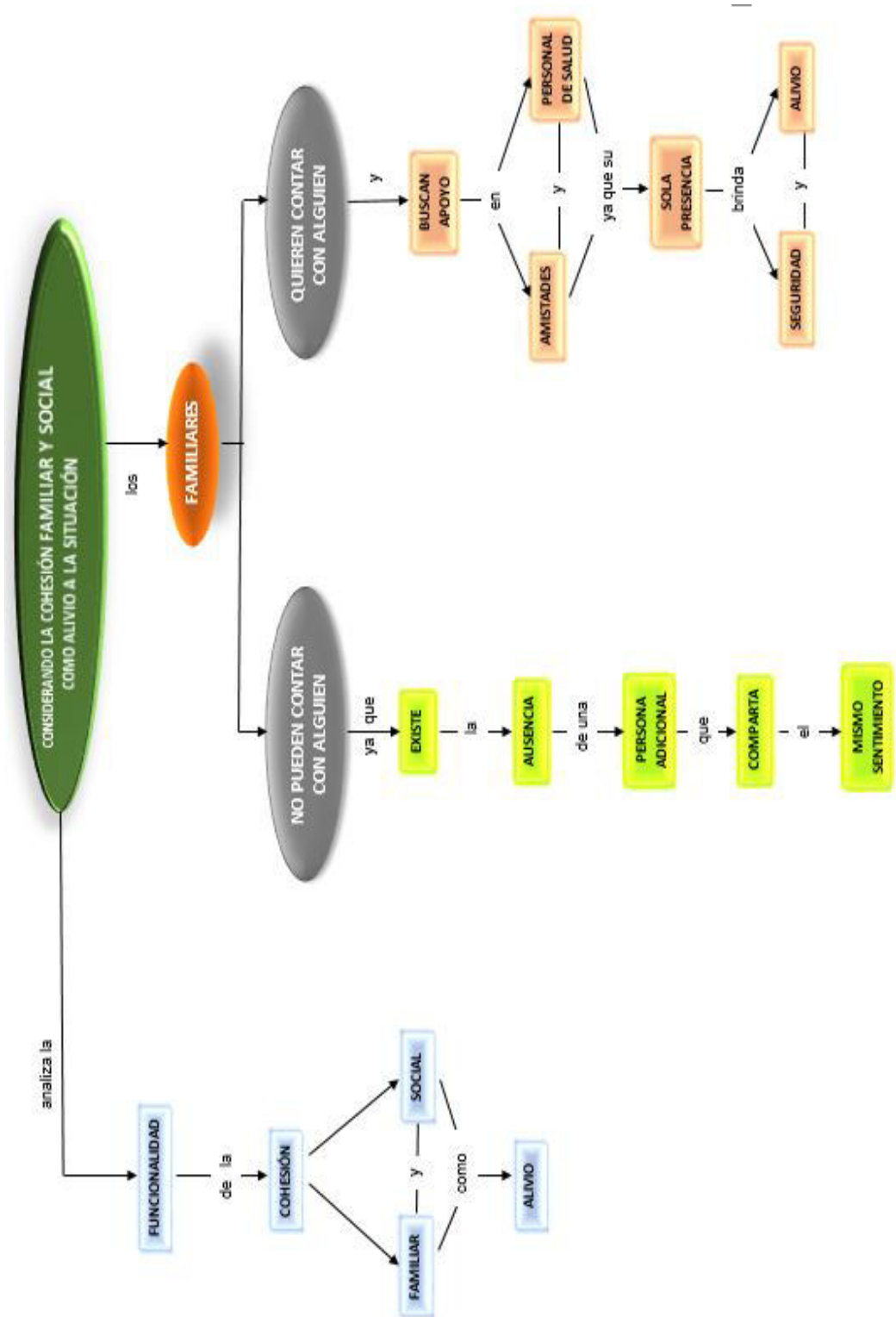
“Deseo saber exactamente cómo está mi hermano y no solo que me digan cosas simples, sé que no entiendo los términos de los médicos pero si me explican sé que podré saber cómo está mi hermano, solo deseo saber la verdad...” (F-1)

“A veces la información que te dan es tan vaga que ni si entiende a veces lo único que queda es decirle al Dr que sí entendiste, pese a que no fue así, porque paran ocupados...” (F-2)

De acuerdo a lo expuesto por los familiares, no solo es suficiente con saber sino entender; el conocimiento es una necesidad radical del hombre, tan radical que el hombre comienza a ser "hombre" cuando siente la necesidad de saber. Esta necesidad de conocer no es un lujo superfluo, sino una condición ineludible de lo humano que lo lleva a buscar una verdad, un orden o razón en el caos de las cosas que lo rodean, para saber a qué atenerse con respecto a esas cosas. (11)

Según Torralba i Rosselló Francesc, la necesidad de la verdad se percibe con mucha intensidad cuando se trata de aclarar la propia realidad, lo que cada uno es realmente. El enfermo siente la necesidad de verdad, aunque no siempre está preparado para recibirla y, menos aún, para digerirla. El cuidador o familiar debe comunicar la verdad a modo que éste pueda comprender y asumir en su subjetividad. (14)

FIGURA N° 6



CATEGORIA 4: CONSIDERANDO LA COHESION FAMILIAR Y SOCIAL COMO ALIVIO A LA SITUACION.

En esta categoría se analiza la funcionalidad de la cohesión familiar y social como alivio al estrés causado por la crisis situacional, esto se evidencia en las siguientes subcategorías:

Subcategoría: No pudiendo contar con alguien

La ausencia de una persona adicional que comparta el mismo sentimiento por su familiar es una carencia que se presenta en estas crisis situacionales, tal como lo manifiestan los familiares:

“Él es mi único hermano no tengo a nadie más, nuestros padres no están con nosotros no tengo con quien contar en estos momentos solo lo tengo a él y él solo me tiene a mí...” (F-1)

“Mis padres son divorciados, creo que si no estuvieran separados sería distinto, mi papá está en camino pero no vino de manera inmediata, ahora estamos más unidos en comparación a antes que ni se veían, ojala y no fuese esto lo que nos una un poco más, es cómo que solo porque ella está así mi padre vendrá y eso por suerte...” (F-4)

“Necesito a mi esposo, él está trabajando fuera de Lima y no consiguió permiso inmediato recién hoy sale de viaje, mientras que otros abandonan hasta su trabajo o estudios, mi esposo ha esperado a que le den permiso. Creo que con él me sentiría menos sola, porque me siento muy sola y necesito su apoyo...” (F-6)

Como se puede evidenciar en las manifestaciones de los familiares, la carencia de una persona cercana a ellos les hace más perecedero la asimilación y vivencia de la realidad objetiva sumida en su realidad subjetiva, es una necesidad de pertenencia. El ser humano establece vínculos a lo largo de su vida y crea lazos afectivos. Cuando sufre la separación o la ruptura de estos lazos, percibe, con mucha fuerza, la necesidad de sentirse vinculado a una gente, a un pueblo, a una comunidad, a una familia para ser más exactos, el cual le brinda más alivio ante esta crisis situacional. (11)

Subcategoría: Queriendo contar con una persona cerca para conseguir alivio

Ante no poder contar con una persona de su núcleo familiar, el familiar busca ir a su siguiente grupo de pertenencia que son las amistades e inclusive el personal de salud, y esto está claro ya que ellos lo manifiestan así:

“Solo sé que todos dan poco apoyo, ni me permiten quedarme más tiempo...” (F-2)

“Necesito de alguien que me diga que todo va a estar bien que no me oculten las cosas... Siento que vendría muchas complicaciones porque he descuidado mi casa y mis hijitos, sin embargo, el mayor ya tiene 17 años y de cierto modo me ayuda y me resuelve todo...” (F-3)

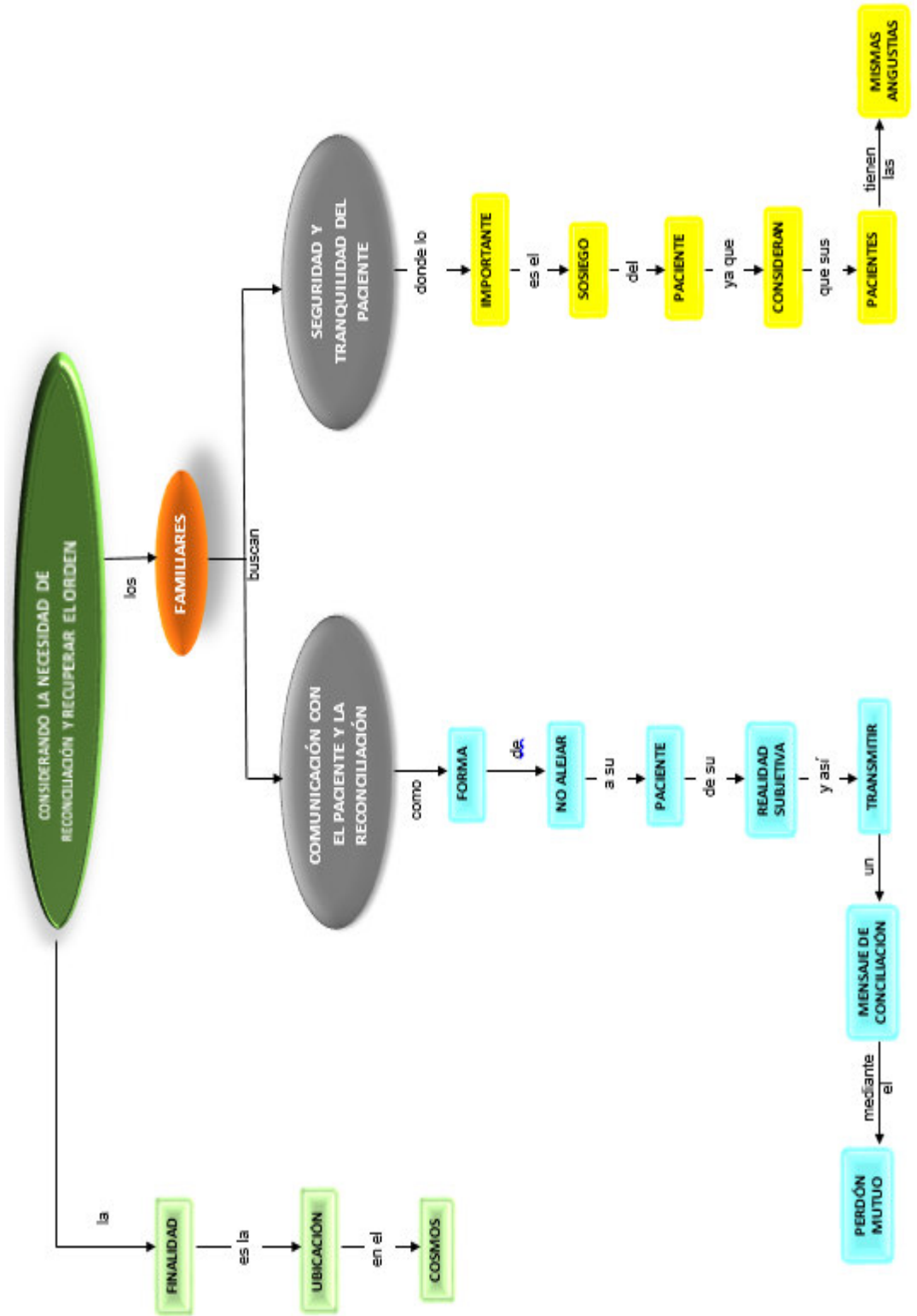
“Mi tía estaba cerca hoy y vino me sentí más aliviada llena de fe a pesar de lo que pueda pasar...ojalá y no fuese esto lo que más nos una...hoy vinieron mi pareja y mis familiares e iremos a la capilla a orar...” (F-4)

De acuerdo a lo señalado por los familiares, si no pueden contar con sus familiares solicitan ayuda de los amigos y del personal de salud mediante una acción determinada. Pertenecer y ser aceptado por un grupo es, según Maslow y otros autores, una necesidad humana fundamental. La mayoría de los seres humanos muestran un claro deseo de pertenecer y ser parte de algo más grande que ellos mismos. La existencia de una familiar o alguien cercano que aparece de forma inesperada, si bien no solucionan, la sola presencia le brinda al familiar seguridad y alivio.

Esta necesidad de pertenencia desborda el ámbito familiar donde se satisface inicialmente y se extiende al trabajo, al grupo de amigos, al barrio o comunidad local donde vivimos, y a las diferentes asociaciones y redes culturales o sociales con las que nos relacionamos a lo largo de nuestra vida. Pertenecer y ser aceptado en un grupo nos permite desarrollar relaciones sólidas y estables con otras personas y participar del flujo afectivo que las recorre (11). En este sentido, la necesidad de pertenencia es, en última instancia, la necesidad de dar y recibir afecto de otras personas, de ser parte de un entramado sólido de relaciones afectivas que nos nutren y que sostienen nuestra existencia.

Según Torralba i Rosselló Francesc, señala que el ser humano siente necesidad de arraigo, especialmente en contextos que se caracterizan por el individualismo, el atomismo y la fragmentación. Esta necesidad todavía se percibe más en contextos anónimos, vacíos, donde uno se siente como un extraño. En estas circunstancias, uno necesita, más que nunca, su comunidad, su familia, el arraigo a un grupo, el sentido de pertenencia. (14)

FIGURA N° 7



CATEGORIA 5: CONSIDERANDO LA NECESIDAD DE RECONCILIACION Y RECUPERAR EL ORDEN

En esta categoría se analiza la necesidad de reconciliación en pro de la recuperación del orden como una ubicación en el cosmos guardando coherencia con la lógica del familiar que varía según las culturas; esto se evidencia en las siguientes subcategorías:

Subcategoría: La Comunicación con el paciente y la reconciliación.

La comunicación con el paciente es una forma de no alejar a su paciente de la realidad subjetiva en la que viven los familiares, que entra en controversia con la realidad objetiva brindada por la medicina, este sentido de comunicación surge de la necesidad de transmitir una idea un mensaje hacia los pacientes con una finalidad, intrínseca al emisor (los familiares), siendo las manifestaciones de los familiares:

“Espero saber por qué tomo esa decisión, poder hablar con él... Siento miedo de no volverlo a ver, miedo de no despedirme, de no poder decirle que siempre será importante para mí...” (F-1)

“No podía reaccionar, pero luego solo quería hablarle aun sabiendo su estado... quisiera poder hablarle al menos para despedirme y me perdone por todo y que si yo tengo algo que perdonarle lo haría fuese lo que fuese...” (F-3)

“Es muy triste por lo que estamos pasando, solo llorar y pedirle perdón por los malos momentos que hayamos tenido independiente del culpable...” (F-5)

Tal como lo exponen los familiares este proceso de comunicación es interrumpida, esto se desdobra de la existencia de un emisor que vienen a ser los familiares, un mensaje que viene desde el deseo de comunicar algo a sus pacientes y un receptor que son los pacientes y el fin del proceso, porque no es funcional.

Es notoria la existencia de la necesidad de una conciliación de mantener el equilibrio, mediante un mensaje vinculado al perdón mutuo, en la que no se busca un culpable sino un equilibrio emocional entre el emisor y el receptor. Todas las religiones, las corrientes espirituales y psicológicas ponen en relieve el poder del perdón, y este poder nunca es más necesario ni se siente más profundamente que cuando alguien está muriendo (14). Al perdonar y ser perdonados, nos preparamos de la manera más completa para la muerte del cuerpo y para la posible trascendencia del alma.

Subcategoría: La seguridad y la tranquilidad del paciente.

Y es que no solo es cuestión de que los familiares se sientan bien en su lógica en su mundo subjetivo, para ellos es igual de importante el sosiego de sus familiares, las siguientes manifestaciones lo indican:

“Estar ahí para ella decirle que todo va a estar bien, prepararla para todo y que no pierda las ganas de vivir...que esté tranquila...” (F-2)

“Que me perdone por todo, poder llevar un sacerdote para la unción y perdón de los pecados que haya podido tener... que afrontar la muerte no sea algo que lo haga totalmente solo que se sienta tranquilo y seguro del siguiente paso que todos daremos, sobre todo que no tenga miedo...” (F-3)

De acuerdo a las manifestaciones de los familiares, se evidencia que así como ellos tienen miedos, incertidumbres, etc. También consideran que sus familiares postrados están con la misma angustia. El momento de la muerte tiene tal grandeza, solemnidad e irrevocabilidad que puede inducir a las personas a replantearse sus actitudes y a mostrarse más receptivas y dispuestas a adoptar un comportamiento que quizá antes les resultara intolerable la idea. Aún en el mismo límite de la vida es posible remediar los errores y las contradicciones del pasado.

Según Torralba i Rosselló Francesc, la concepción de orden implica los modos de entender que varían de una persona a otra, no solo culturalmente sino generacionalmente, pero cada ser humano siente la necesidad de vivir conforme a su orden y cuando se halla en un contexto donde no puede expresar, ni vivir conforme a ese cosmos personal, siente, con mucha intensidad, ese cosmos. Pues existe una necesidad de ordenar, de ordenar los acontecimientos de la vida, las experiencias, las prioridades, los sentimientos, los recuerdos. Precisamente la patología es una forma de desorden, de caotización en todos los sentidos. Cuando uno enferma, ese orden se desvertebra, se desestructura y, por ello, requiere de una intervención, cuyo fin sea el restablecimiento de aquel orden. (14)

Es así que teniendo en cuenta las teorías vigentes de Torrealba, en el campo de las necesidades espirituales, y la de Torrebadella, en el campo de los sentimientos; las representaciones de los sentimientos desencadenados por la crisis situacional son de carácter trascendente ya que no solo quedan como una expresión conductual emotiva, que va más allá del simple reduccionismo de su complejidad al aislarlos como procesos básicos, aun cuando esto implica una coexistencia con las necesidades espirituales. La sociedad actual considera lo espiritual como una dimensión intangible, no material en el ser humano (17); y se lo ha denominado de distintos modos, pero no es una moda en las

antropologías de San Agustín, de Ireneo, de Santo Tomas, de San Buenaventura, de Raimundo Lulio y de muchos otros. En las grandes antropologías de corte judeo-cristiano, se contempla el reconocimiento de una dimensión espiritual en el ser humano que se puede cifrar de maneras muy distintas. (14)

En esta sociedad, aparece, frecuentemente, como una moda que es siempre frecuente en contextos muy caóticos. El ciudadano de un mundo invertebrado parece tener necesidad de recogimiento y de reencuentro consigo mismo. La emergencia de lo espiritual tiene que ver con la crisis del pensamiento utópico y la percepción del mundo como un todo caótico. (14)

Finalmente constituimos un núcleo de lo espiritual y lo sentimental en la crisis situacional de los familiares de los pacientes de la UCI.

CONSIDERACIONES FINALES

La identificación de los núcleos de los sentimientos y las necesidades espirituales de los familiares de los pacientes de la UCI, nos ha permitido conocer sus opiniones, ideas y actitudes frente a la crisis situacional de su mundo subjetivo. Es así que presentamos los hallazgos más importantes considerando las dos dimensiones.

Los sentimientos de los familiares de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos y que surgen durante el proceso de separación de sus pacientes, son muy intensos; la tristeza y la sensación de culpa muchas veces expresadas en llanto invaden constantemente a la persona y modifican su vida y sus decisiones. Otro sentimiento es la autorrecriminación y sensación de “Inutilidad”, incapacidad para cambiar la situación de salud en que se encuentra su paciente. La preocupación y miedo frente a la posibilidad de “muerte del familiar” son sentimientos que afligen y que se aprecian en sus rostros de manera permanente.

Las necesidades espirituales de los familiares de pacientes en Cuidados intensivos fueron: la necesidad de aferrarse a Dios como único recurso de apelación por la vida de sus familiares; ello se aprecia porque rezan, colocan velitas ante las imágenes, buscan congraciarse y conciliar con aquello que consideran superior a ellos, incluso tener una

negociación para el cierre de las mismas, por lo que necesitan una seguridad de lo acordado simbolizados mediante una cruz, una estampita o un rosario; la Imperiosa necesidad de participar en la recuperación del paciente, la necesidad de información para comprender la situación del paciente de manera veraz; la necesidad de cohesión familiar y social como alivio a la situación, ellos buscan la afiliación y el acompañamiento con otros familiares que comparten el mismo deseo; y por último, la necesidad de reconciliación y recuperación del orden, mediante el deseo de comunicarse con sus familiares y brindarles tranquilidad, para que ellos también sientan la gratificación de haber hecho todo por el bienestar de sus pacientes.

Es así, que los sentimientos y las necesidades espirituales no son procesos aislados en los familiares se manifiestan de forma paralela, haciendo compleja la crisis situacional con su coexistencia, ya que una persona en su individualidad necesita un orden, un equilibrio y una armonía entre sus elementos y en su colectividad necesitan un apoyo externo del grupo en el que se identifican.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los discursos de nuestros participantes aportamos aspectos de mejora:

A los investigadores

- Realizar el estudio bajo el enfoque etnográfico cuya base antropológica permite el abordaje de no solo el fenómeno presente sino en los patrones culturales presentes en estas situaciones y como estos son factores importantes del fenómeno sentimental y de las necesidades espirituales sentidas.
- Realizar entrevistas a profundidad al personal de enfermería de la Unidad de cuidados intensivos a fin de comprender que piensan ellos sobre los sentimientos y necesidades de los familiares de los pacientes que ellos cuidan.

Al personal de Enfermería

- Diseñar un protocolo o guía de acogida al familiar de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Torrents Ros, Roser. Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. Rev. Enfermería Intensiva. Vol. 14, núm. 2, pp. 49 – 60. España. 2003.
2. Blanca Gutiérrez J.; Blanco Alvariño A.M.; Luque Pérez M., Ramírez Pérez, M. A. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. Rev. Enfermería Global. Núm. 12, pp. 1 – 14. España. 2008.
3. Solano Ruíz María del Carmes; Siles Gonzáles José. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados intensivos. Index de Enfermería. Vol. 14, núm. 51, pp. 29 – 33. España 2005.
4. Bustamante E., Sebastián. Enfermería familiar. Perú. 2004. Ed Toribio de Mogrovejo. Primera Edición, pp. 7 – 10.
5. Quero Rufián Aurora; Briones Gómez Rafael; Prieto Gonzáles María Ángeles; Pascual Martínez Nuria; Navarro López Adela; Guerrero Ruíz Carmen. Los cuidadores familiares en el Hospital Universitario de Traumatología y Rehabilitación de Granada. Index de Enfermería. Vol. 14, núm. 48 – 49, pp. 14 – 17. España 2005.

6. Gómez Carretero Patricia; Soriano Pastor José F.; Mosalve Dolz Vicente; Andrés Ibañez José de. Satisfacción con la información: posible variable interviniente en el estado de ánimo de cuidadores primarios de pacientes críticos. Rev. Clínica y Salud. Vol. 20, núm. 1, pp. 91 – 105. España. 2009.

7. Gómez Carretero Patricia; Soriano Pastor José F.; Mosalve Dolz Vicente; Andrés Ibañez José de. El ingreso en la unidad de cuidados intensivos la repercusión en el familiar del paciente. Rev. Boletín de Psicología. Núm. 87, pp. 61 – 87. España. 2006.

8. Sic. Albistur María Cristina de; Bacigalupo Juan Carlos; Uzal Mónica; Ebeid Alejandro; Maciel Mónica; Soto Juan José. La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos. Rev. Médica de Uruguay. Vol. 16, núm. 3, pp. 243 – 256. Uruguay. 2000.

9. Fernández Poncela Anna María. Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos. Rev. Nueva Época. Núm 26, pp. 1 – 24. México. 2011.

10. Díaz Sánchez Agustina; Díaz Sánchez Nuria. Ampliando horizontes: una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes crítico. Nure Investigación. Núm. 10, pp. 1 – 19. España. 2004.
11. Alonso Benito Luis Enrique. La producción Social de la necesidad. Economistas. Núm 18, pp. 26 – 31. España. 1986.
12. Concha Zaforteza Denise Gastaldo; Sánchez Cuenca Pilar; Pedro Joan E de.; Lastra Pedro. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. Nure Investigación. Núm.3, pp. 1 – 7. España. 2004.
13. Urizzi Fabiane; CORREA, Adriana Katia. Vivencias de familiares en Terapia intensiva: el otro lado del ingreso. Rev. Latino-am Enfermagem. Vol. 15, núm. 4. Brasil. 2007
14. Torralba i Rosselló Francesc. Necesidades espirituales del ser humano. [En línea] (30/4/2012). Disponible en: <http://www.bizkeliza.org/index.php?id=663&L=0>
15. María del Pilar Vázquez Muñoz, Felicísimo Valbuena de la Fuente. [En línea] (26/6/2012). Disponible en: <http://www.infonegociacion.net/pdf/piramide-necesidades-maslow.pdf>

16. Palmero Francesc; Fernández Abascal Enrique G., Martínez Francisco; Mariano Chóliz. Psicología de la Motivación y la Emoción. España 2002. Ed. Mc Hill. Primera edición. pp. 71 – 82.

17. Torradella Paz. Cómo desarrollar la inteligencia emocional. España 2001. Ed. Lexus. Cuarta edición. pp. 23 – 39.

18. Aguado Aguilar Luis. Emoción, Afecto y Motivación. España 2005. Ed. Océano. Primera edición. pp. 49 -71.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA INFORMATIVA

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACION

“Sentimientos y Necesidades Espirituales de los Familiares de Pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos”

B. INVESTIGADOR: Violeta Matías Robles

La presente investigación es de tipo cualitativa cuyo objetivo es Comprender los sentimientos y necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos. Por ello, se realizarán entrevistas a profundidad con los familiares de los pacientes de la UCI, los mismos que serán grabadas previo consentimiento informado, manteniendo la confidencialidad y resguardando su identidad.

De ser necesario se volverá a entrevistar en una segunda oportunidad.

Se le asignará un número (código), y este se usará para la presentación de resultados, análisis y publicaciones, de manera que su

nombre permanecerá en total confidencialidad. En todo momento usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Los resultados de esta investigación serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no mencionará ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

Ni el investigador, ni usted serán retribuidos por la dedicación y participación en el estudio.

Su participación es voluntaria, puede retirarse en cualquier etapa del estudio.

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____

- He leído la hoja de información al participante del estudio que se me entrego, pude hablar con la investigadora (Violeta Matias Robles) y hacer las preguntas necesarias sobre el estudio para comprender sus alcances.
- Estoy de acuerdo en ser entrevistada y que esto sea grabado, sin mencionar mi identidad.
- Entiendo que participar en esta investigación es voluntario y que soy libre de abandonarlo en cualquier momento.
- Estoy de acuerdo en permitir que la información obtenida sea publicada y que pueda conocer los resultados.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el presente estudio.

.....

Apellidos y Nombres

Del entrevistado

.....

Apellidos y Nombres

Del entrevistador

Fecha:

ANEXO N° 3

INSTRUMENTO

I. INTRODUCCION

Estimado señor (a) mi nombre es Violeta Matías Robles estudiante de Enfermería de la UNMSM, a continuación le voy a realizar algunas preguntas que tienen como objetivo describir los sentimientos y las necesidades espirituales de los familiares de los pacientes de la UCI. Cabe recalcar esta información es completamente anónima, por lo que solicito responda con toda sinceridad. De ante mano se agradece su colaboración.

II. DATOS GENERALES

- A. ¿Cuántos años tiene Ud?
- B. ¿Dónde vive ud?
- C. ¿Cuál es el vínculo que lo relaciona con el paciente?
- D. ¿Cuántos años tiene su familiar?
- E. ¿Por qué motivo ingreso a esta unidad su familiar?
- F. ¿Desde cuándo está hospitalizado en el Hospital?
- G. ¿Cuánto tiempo está su familiar en la UCI?

III. PREGUNTAS NORTEADORAS

- A. ¿Cómo se sintió cuando supo que su familiar estaba en la UCI?

- B. ¿Cuáles han sido sus reacciones ante su familiar en la UCI?
- C. ¿Qué necesidades nuevas ha experimentado desde que su familiar está en la UCI?
- D. ¿Cómo afecta a su vida personal esta situación?

ANEXO 4

PROCESO DE ANALISIS Y REDUCCION DE LOS DATOS

¿QUÉ NECESIDADES NUEVAS HA EXPERIMENTADO DESDE QUE
SU FAMILIAR ESTÁ EN LA UCI? **C. ABIERTA**

*Antes no rezaba o iba a la iglesia, soy católica pero no cumplía con todo lo que se supone que debo hacer pero hoy desde aquel incidente no hay momento que no deje de **hablar con Dios** y tratar de pensar que me escucha y que si se demora en cumplirme lo que le he pedido es porque quizá le estoy pidiendo mucho o es algo difícil que tomará más tiempo del que creí pero que me cumplirá con mi pedido... (F-1)*

Hablar con Dios
(HCD)

*Bueno no soy tan creyente pero **rezo tanto** para ver si al menos consigo una ayuda de Dios, por eso **hablo con Dios** (F-2)*

Necesitando rezar
(NR)

*No dejaba de llorar de ponerme mal solo lloraba veía la imagen de la virgencita, **rezaba** todas las noches, tenía mucho que **hablar con Dios**, tenía mucho que pedir, mucho que suplicar perdón... (F-3)*

*De cierto modo me calma por la presencia de especialistas que está en sus manos y debo tener fe y **hablar con Dios**, que ayude a mi madre, inclusive como ahora se me caían las lágrimas solo los limpiaba tratando de ser positiva, y **orando** siempre... (F-4)*

Necesitando orar
(NO)

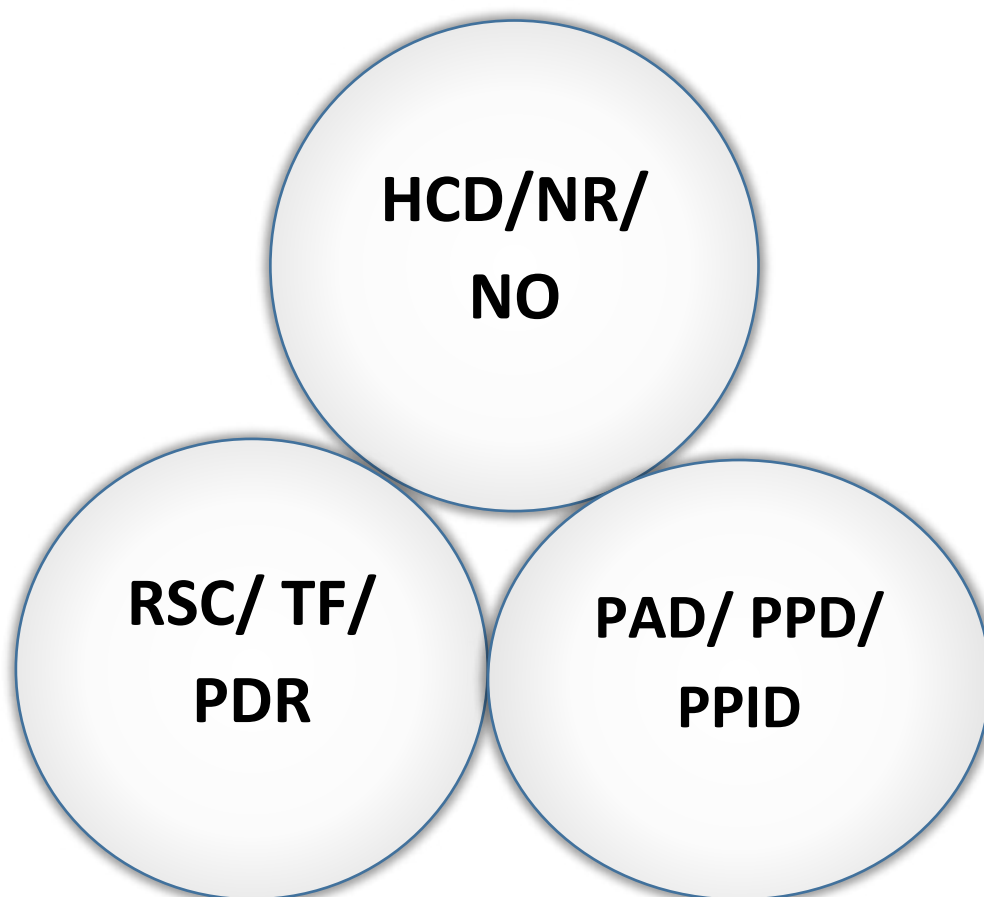
*Estaba angustiada por lo que se vendría... necesitaba tiempo para poder ir y **rezar a Dios** y pedirle que no se lleve a mi esposo que nos deje solas a mí y a mi hija... (F-5)*

ANEXO 5

CODIFICACION ABIERTA

- Hablar con Dios HCD
- Necesitando rezar NR
- Necesitando orar NO
- Pedir ayuda a Dios PAD
- Pedir perdón a Dios PPD
- Pedir piedad a Dios PPID
- Rezar sin Creer RSC
- Tener fe TF
- Poder darle un rosario PDR
- Necesitar despedirse ND
- No poder dormir NPD
- No poder comer NPC
- Saber condición de salud del paciente SCSP
- Preocupación por el futuro PPF
- Pérdida de apetito PA
- No poder hacer más NPHM
- Sentir desesperación por el mal estado SDME
- Sentir alivio SA
- Necesidad de unión familiar NUF

INICIO DE LA CODIFICACION AXIAL



ANEXO 6

PRIMERAS CODIFICACIONES AXIALES – SUBCATEGORIAS



ANEXO 7

CODIFICACION SELECTIVA – PRIMERA CATEGORIA

