

**LA CONSTRUCCIÓN NARRATIVA DE LA EXPERIENCIA DEL PASO POR LA
UCI EN LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE: UN ABORDAJE DEL
AFRONTAMIENTO FAMILIAR DESDE LA POSTURA ECOLÓGICA COMPLEJA
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

Juliana Daza Machado y Diana Londoño Herrera

Director:

Bernardo Castiblanco Torres



Universidad Santo Tomás

División de Ciencias de la Salud

Facultad de Psicología

Bogotá, D.C

Agradecimientos

El mayor agradecimiento va dirigido a Bernardo Castiblanco, por acompañarnos durante este largo camino, por su paciencia, por todo el tiempo invertido en enseñarnos y compartir con nosotras su experiencia. Gracias por todas las enseñanzas que nos diste y por el tiempo invertido no solo en este trabajo, sino en escucharnos y aconsejarnos para la vida.

¡Ojalá, volvamos a coincidir, Berni!

Un agradecimiento especial a los participantes de la presente investigación, que decidieron compartir sus historias de vida con nosotras.

Tabla de contenido

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
PROBLEMATIZACIÓN.....	8
1.1 Planteamiento del problema y pregunta de investigación.....	8
1.2 Justificación.....	10
2. OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo general.....	15
2.2. Objetivos específicos.....	15
3. MARCO REFERENCIAL.....	15
3.1. Marco paradigmático.....	15
3.1.1 Pensamiento Complejo.....	15
3.1.2 Paradigma Ecosistémico.....	18
3.2 Marco Epistemológico.....	20
3.2.1 Cibernética de segundo orden.....	20
3.2.2 Construccinismo Social.....	22
3.3 Marco Disciplinar.....	24
3.3.1. Construcción narrativa de la experiencia.....	24
3.3.2. Afrontamiento Familiar.....	25
3.3.2.1 Modelo contextual familiar.....	26
3.3.2.2 Modelo ABC (X).....	30
3.4 Marco Multidisciplinar.....	30
3.4.1 Protocolo Buckman.....	30
3.4.2 Estilos de relación médico-paciente.....	34
3.4.3 Teoría enfoque frisbee.....	36
3.5 Marco legal.....	36
3.6 Antecedentes disciplinares.....	38
4. MARCO METODOLOGICO.....	49
4.1 Generalidades de la investigación cualitativa de segundo orden.....	49
4.2 Tipo de estudio: Investigación-intervención.....	50
4.3 Actores o Participantes.....	51
4.4 Estrategias y Técnicas.....	52
4.4.1 Escenarios conversacionales reflexivos.....	52

4.4.2 Narrativa conversacional.....	55
4.5 Análisis de contenido.....	57
4.6 Sistema Conceptual.....	59
4.6.1 Afrontamiento familiar.....	59
4.6.2 Construcción narrativa de la experiencia.....	60
4.6.3 Relación médico- paciente.....	60
4.6.4 Narrativas alternas.....	61
4.7 Procedimiento.....	62
4.7.1 Fase de definición del fenómeno.....	63
4.7.2 Fase de diseño de escenarios conversacionales.....	63
4.7.3 Fase de aplicación.....	64
4.7.4 Fase de construcción de resultados y discusión.....	64
4.7.5 Fase de devolución de resultados.....	65
4.8 Instrumentos.....	65
4.8.1 Grabaciones en audio.....	65
4.8.2 Atlas Ti.....	65
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	65
6. RESULTADOS.....	68
6.1 Afrontamiento familiar.....	68
6.2 Construcción narrativa de la experiencia.....	78
6.3 Relación médico paciente.....	83
6.4 Narrativas alternas.....	94
7. DISCUSIÓN.....	100
7.1 Afrontamiento familiar	100
7.2 Construcción narrativa de la experiencia.....	100
7.3 Relación médico paciente.....	105
7.4 Narrativas alternas.....	117
8. CONCLUSIONES.....	120
8.1 Procesos autorreferenciales.....	130
9. Aportes.....	131
9.1 Aportes a la disciplina.....	131
9.2 Aportes a la Línea de investigación.....	133
9.3 Aportes de los actores participantes.....	134
9.4 Aportes a las investigadoras.....	134

10. LIMITACIONES.....	135
11.RECOMENDACIONES.....	136
REFERENCIAS.....	137

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Matriz de Escenario Conversacional Reflexivo.....	63
Tabla 2 Resultados de la investigación AFR.....	68
Tabla 3 Resultados de la investigación CEN.....	76
Tabla 4 Resultados de la investigación RMP	82
Tabla 5 Resultados de la investigación NA.....	94

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Escenario conversacional #1.....	51
--	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Transcripción primer escenario conversacional.	
Anexo 2 Transcripción segundo escenario conversacional.	
Anexo 3 Transcripción tercer escenario conversacional.	
Anexo 4 Diseño escenario conversacional número 1	
Anexo 5 Diseño escenario conversacional número 2	
Anexo 6 Diseño escenario conversacional número 3	
Anexo 7 Codificación Atlas TI.	

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo comprender el proceso de construcción narrativa de la experiencia del paso por la unidad de cuidados intensivos (UCI), en la relación médico, paciente y familia, así como su conexión con el afrontamiento, para posibilitar así la emergencia de relatos alternos que posicionen de manera distinta tanto a los médicos como a los pacientes.

Esta investigación está enmarcada bajo la línea de investigación “*Calidad de vida y bienestar en contextos de salud*”, a partir de las nociones de la investigación cualitativa de segundo orden y de las bases epistemológicas de la complejidad y el construccionismo, haciendo uso de escenarios conversacionales reflexivos realizadas a dos médicos, un paciente que había pasado por la UCI y su familia, posibilitando la re-construcción narrativa de su experiencia.

La información obtenida se interpreta por medio de un análisis de contenido que permite reconocer la interacción entre las diferentes categorías conceptuales y metodológicas: *Construcción narrativa de la experiencia, Relación médico paciente, Afrontamiento familiar y Narrativas Alternas*. Las conclusiones de la investigación: la relación médico paciente es clave en el afrontamiento del paso por la UCI, así como el apoyo familiar; sin embargo, la comunicación entre médicos y pacientes es escasa y la relación es distante, ya que sigue prevaleciendo la relación paternalista, la cual está fuertemente permeada en las narrativas dominantes tanto de los médicos como de los pacientes y su familia, perpetuando esta dinámica; así mismo, éticamente los médicos privilegian el principio de verdad y descuidan el principio de autonomía. Las altas exigencias de la labor del médico permiten que los mismos descuiden su vida y se narran identitariamente únicamente desde su labor profesional.

Palabras clave: Afrontamiento familiar, relación médico-paciente, construcción narrativa de la experiencia, UCI, acompañamiento familiar.

Abstract

The present project had as an objective comprises the process of narrative construction about the experience of passing in the intensive care unit (ICU) in the doctor-patient and

family relations, and the connection with the coping skills, as a possibility of the emergence of alternative narratives.

This research was in the base of the investigation line “Quality of life and wellness in health context”, with the base of the second-order qualitative research and the epistemology bases complex and constructionism, using the reflexives conversational scenes in two doctors and a patient and his family, who were been in the ICU.

The obtained information was analyzed through a content analysis, that permitted recognized the interaction between the different conceptual and methodological categories: Narrative construction about the experience, doctor-patient relationship, familiar coping skills, and alternative narratives. The research concludes; the doctor-patient relation and the familiar support are the keys of the coping skills in the ICU, nevertheless, the communication between doctor and patients are limited and the relation is distant, the paternalistic relationship still prevails, and is permeated by the dominant discourses of the patients, his family and the doctor perpetuating this dynamic, in the same way ethically the doctors concentrate his efforts in the principle of truth and care less about the principle of autonomy. The restrictive requirements about the doctor’s labor allowed that they care less about their life and recount identityally.

Keywords: Narrative construction about the experience, doctor-patient relationship, familiar coping skills, and alternative narratives, ICU, family support.

1. Problematización

1.1 Planteamiento del problema y pregunta de investigación

Teniendo en cuenta la perspectiva biopsicosocial, “la enfermedad diagnosticada es el inicio de una crisis que representa daños físicos o pérdidas de diversos tipos y que demanda de la persona afectada un proceso de afrontamiento” (Sánchez y Cánovas, 1991, citado por Pérez y Carmona, 2005, p.87), por lo que cuando la persona acude a servicios de atención en

salud, es posible que se pongan en juego sus recursos de afrontamiento en la relación del profesional de la salud y el paciente.

Así, mismo no solamente el paciente sino también su sistema familiar afronta la enfermedad y el paso por la UCI, en donde se requiere que la familia ponga en acción algunos recursos utilizados anteriormente y otros que resultarán pertinentes para esta situación estresante, así, en los casos de la UCI en los que constantemente se está al borde de la muerte, “Si lo que se afronta es construido narrativamente como algo del orden de lo inevitable, como la muerte, puede ser comprensible entonces la mala narración que hacen las familias con respecto a sus capacidades y sus recursos para afrontar la situación” (Fonseca, Gutiérrez, Jiménez. 2006. p. 275).

En concordancia con los autores, algunos recursos pueden estar presentes en la relación con los médicos; se ha encontrado que en algunos casos, no se da en un plano satisfactorio, por ejemplo, Heras, Cruz y Nin (2016) diseñaron un marco conceptual en el que se explicaron las acciones específicas para humanizar y mejorar la calidad de la atención en la unidad de cuidados intensivos (UCI), haciendo visible que una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares es la de recibir la información clara acerca del estado del paciente. Sin embargo, no existe ninguna política que explique cómo debe ser transmitida esa información, ni cómo explicar situaciones que representan una carga emocional fuerte para los pacientes y familiares que faciliten el afrontamiento y reduzcan la carga emocional.

De la misma manera, Cófreces y cols (2014) concluyeron que la comunicación en la relación médico paciente se correlaciona con la calidad del proceso comunicativo, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los tratamientos. También, los autores resaltan que es importante adaptarse a los aspectos psicosociales y a las distintas partes del tratamiento para favorecer la eficacia en su relación, asegurando que la comunicación efectiva no es la simple entrega de información sino una interacción.

De este modo, es importante resaltar que según Aya (2010), las comprensiones que los seres humanos poseen de los acontecimientos de la vida, los significados y sentidos que se otorgan a los sucesos de la cotidianidad, incluyen lo que se dice y la forma en que se dice y organiza la experiencia; estos significados se forman a través de la interacción con el sistema de salud y en este caso, en la relación médico paciente, que puede ser posibilitadora o imposibilitadora para otorgarle un significado al paso por la UCI que permita una afrontamiento familiar más Por ejemplo, en cuanto a la comprensión de la enfermedad, Pérez y Carmona (2005) afirman que “el secreto y la ambigüedad en relación con cómo se informa el diagnóstico puede aumentar la dificultad en la comprensión del curso de la enfermedad y de tener formas de afrontar las repercusiones de esta, llevando a sentimientos de pérdida de control y aumento del estrés” (p.95), por lo que la comunicación juega un papel relevante en el curso de la atención en salud y en la relación médico-paciente. Lo anterior, permite otorgarle al lenguaje un valor que trasciende la necesidad de comunicar, pues tiene la capacidad de impactar la forma en la que las personas le otorgan sentido a su historia y desde allí, la modifican.

Del mismo modo, la buena comunicación impacta positivamente, ya que “altos niveles de adherencia se asociaron con modelos de comunicación que consideran las actitudes, las creencias y las preferencias de los pacientes y permiten un proceso de negociación con mayor acuerdo y comprensión” (Cófreces y cols, 2014, p.29), de manera que el paciente asume un rol activo en el que también se ve involucrado, resaltando que la interacción médico-paciente es multidimensional, confluendo factores adicionales como características propias del médico y del paciente, el tipo de enfermedad y el sistema de salud.

Partiendo de la premisa según la cual las experiencias de las personas construyen significados alrededor de narrativas individuales, familiares e institucionales, en este caso particular referidas a la UCI desde donde logran elaborar maneras de afrontar la enfermedad,

reorganizando su estructura familiar y su sistema de creencias; esta investigación responde a la siguiente pregunta: ¿Cómo se construye narrativamente la experiencia del paso por la UCI en la relación médico-paciente/familia y su conexión con el afrontamiento? con la intención de reconocer lo novedoso en la conversación, formulando la pregunta: ¿De qué manera el re-narrar su experiencia, puede llegar a negociar nuevos significados alrededor de su experiencia de paso por la UCI?.

Al proponer una investigación que busque encontrar las formas en las que las personas pueden afrontar su proceso de paso por un contexto de salud y a su vez, propiciar las condiciones del mismo, el presente trabajo se encuentra enmarcado en la línea de investigación medular de la Universidad Santo Tomás San Bartolomé de las Casas, que centra sus intereses en la calidad de vida y el bienestar psicológico, a la que se ve adscrita la línea de investigación de la Facultad de Psicología “*Calidad de vida y bienestar en contextos de salud,*” que tiene como objetivo promover la calidad de vida, prevenir enfermedades, favorecer el desarrollo de entornos saludables y productivos, incidiendo en sus prácticas culturales, lo cual va en relación con el favorecer un ambiente saludable en UCI.

1.2 Justificación

Para conocer de una manera más amplia la dinámica que emerge en un contexto como la UCI, es importante reconocer la importancia que adquiere el lenguaje y de qué manera este tiene la capacidad de organizar la experiencia y de estar presente en medio de las pautas que mantienen la relación con los médicos, familiares o sistema de salud en general. Para lo anterior, Aya (2010) plantea que “las narrativas cuentan con mecanismos o procesos que las organizan; componentes como las identidades, las emociones, las acciones, los contenidos narrativos, los escenarios de vida, las conversaciones, etc, que al entretorse e interactuar propician la emergencia de relatos” (p.187), permitiendo entender mejor la pertinencia de las

revisiones que se puedan hacer acerca de las dinámicas en la UCI que faciliten la emergencia de relatos. Con base en lo anterior, en algunas revisiones se encuentra que la relación médico-paciente se entiende como un problema que afecta tanto a los pacientes, como a los médicos quienes reconocen la dificultad de satisfacer a cabalidad las exigencias de los usuarios.

Incluso, en Colombia esta problemática se ha visto sustentada desde leyes y tutelas que defienden el derecho a la salud, por ejemplo, por medio de la Sentencia T- 760/08 (2008), la Corte Constitucional plantea que “el derecho a la salud es un derecho fundamental el cual comprende, entre otros, el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad” (p.1).

La garantía de este derecho hace parte de las responsabilidades de las Entidades e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (EPS / IPS) en el territorio nacional. Sin embargo, según la defensoría del pueblo (2015), el segundo derecho más invocado por medio de las acciones de tutela es el derecho a la salud, con 151.213 peticiones, lo cual indica que existen dificultades para la garantía de este en nuestro país.

Lo anterior, se relaciona en gran medida con la calidad del servicio y la demora que este conlleva, a su vez, incluye la manera en la que son entregados los resultados o la pertinencia de la realización de ciertos procedimientos, pues según un estudio realizado por el Ministerio de Salud en Colombia, “los problemas de comunicación son la causa más común de muerte y discapacidad prevenible, luego de revisar 14.000 admisiones en hospitales” (Wu y cols, 2012, citado por Ministerio de Salud, 2014, p.37); haciendo referencia a que los motivos de esas defunciones, corresponden a procedimientos que podrían ser evitados si existiera una mayor preparación por parte de los encargados en términos de la comunicación y entrega de la información.

Según Vítolo (2011), dentro de esas razones prevenibles, se encuentra: una “pobre capacitación técnica de los agentes de salud, insuficiente evaluación del paciente y la falta de personal necesario” (p. 1), a esa lista de errores evitables se le puede adicionar, según el Ministerio de Salud (2014), utilizar acrónimos o terminología médica, lo cual puede llevar a malas comprensiones o hasta prescripciones farmacológicas erradas, afectando la evolución del paciente hasta en un 75%.

Hablando específicamente de la Unidad de Cuidados Intensivos, uno de los problemas más frecuentes es que en muchas ocasiones sus características organizativas y arquitectónicas “hacen que se conviertan en ambientes hostiles para los pacientes y sus familias e incluso para los propios profesionales” (Heras, Cruz y Nin, 2016, p.1), como por ejemplo, el poco tiempo que tienen los allegados para visitar al enfermo y el nivel de desgaste por parte de los médicos, que puede verse reflejado en sentimientos de baja autoestima profesional e incluso en el síndrome de burnout.

La información adecuada puede representar mejoras no sólo en la forma en que el paciente sigue el tratamiento, sino que también puede ayudar al afrontamiento de la enfermedad. Al respecto, Martín, Sarmiento y Ramírez (2014) afirman que “el encuentro entre profesionales, pacientes y sus familias implica un intercambio de información, donde se debe avanzar hacia orientaciones específicas de tipo educativo y pedagógico, que posibiliten la participación activa y favorezcan el afrontamiento de la condición de salud” (p.1).

Ya que, la relación entre médico paciente y familia se caracteriza por ser una interacción exigente pues de allí depende el desarrollo de la experiencia en un contexto de salud y sus respectivas consecuencias, por ejemplo, Aya (2010) plantea que “se podría determinar que dependiendo de la relación establecida surgen ciertas historias (dominantes o alternas) o memorias” (pp.189), resaltando no sólo la importancia de las relaciones en sí, sino también de los significados que se le pueden atribuir a las mismas.

De esta manera, la interacción representa una responsabilidad para los profesionales de la salud, pues son los encargados de entregar la información a los pacientes y de hacer que las condiciones favorezcan este proceso, así “la información es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UCI en el paciente crítico” (Heras, Cruz y Nin, 2016, p.1)

Es importante resaltar que en la UCI, al trabajar con pacientes en un estado crítico constantemente, los médicos según Heras, Cruz y Nin (2017) se encuentran expuestos a informar situaciones de gran carga emocional, lo cual requiere habilidades comunicativas, para las que muchos profesionales no han recibido formación específica. Al respecto, Martín, Sarmiento y Ramirez (2014) proponen que en relación con la formación de los médicos

Se han encontrado diferentes vacíos durante la formación académica, pues se deberían tener en cuenta habilidades para dar información veraz, pero sin generar expectativas falsas, crear un clima de confianza y solidaridad, usar un lenguaje asequible, tener en cuenta las necesidades de información de la familia, dedicar el tiempo suficiente y utilizar un protocolo de atención consensuado por el equipo de profesionales (p.136) con el fin de favorecer el bienestar de los pacientes y cuidar de la información que se les provee.

Por otro lado, es el cuerpo médico el que debe transmitir seguridad y facilitar el proceso de afrontamiento mediante una buena información, lo cual facilitará el proceso salud-enfermedad y su respectiva recuperación. “Diversos estudios muestran, además, que la cantidad y la calidad de la información transmitida a los pacientes y sus familias reduce su ansiedad con lo que, en general, se consigue una mejor y más rápida recuperación, así como una mayor colaboración durante el periodo de tratamiento” (Ortigosa; Méndez, 2000 citado por Casas y Parada, 2008, p.2).

Las falencias al comunicar dicha información, en ocasiones se relacionan con factores como pobre capacitación médica, escasa valoración a los pacientes y falta de herramientas para comunicar la información. Sin embargo, no se han encontrado estudios que reconozcan la importancia de la relación médico paciente y las capacidades de afrontamiento como categoría de análisis psicológico de los pacientes y sus familias ante el diagnóstico. Por lo anterior, se considera que el tema de investigación relación médico paciente y su papel en el afrontamiento en pacientes y sus familias, es relevante para ser estudiado.

Para el desarrollo de esta investigación se realiza una búsqueda activa en bases de datos científicas como EBSCO, Redalyc, Psylit, Psyinfo y los metabuscadores de bases de datos del sistema nacional de bibliotecas de la Universidad Nacional de Colombia, entre otras, encontrando 80 artículos con coincidencias en las palabras claves comunicación y relación médico paciente, verdad, unidad de cuidados intensivos, satisfacción del usuario, afrontamiento, adaptación y adherencia al tratamiento o aspectos ético-legales relacionados con la praxis médica.

De esta búsqueda se identificaron estudios sobre la adherencia al tratamiento a través de la relación médico paciente, por ejemplo autores como Herrera (2012); La Rosa, Martín y Bayarre (2007), que se refieren a la importancia de la comunicación de la verdad del diagnóstico a los pacientes por parte de los médicos, sin embargo, no se encuentran investigaciones, que articulen la relación médico paciente y el afrontamiento de la enfermedad en los pacientes, siendo este el vacío de conocimiento de esta investigación.

Esta investigación busca contribuir en las prácticas culturales de la relación médico paciente familia en donde en términos disciplinares permitirá contrastar la perspectiva biologicista y lineal, por medio de una mirada generativa y relacional que permita una reorganización de la experiencia a través de narrativas emergentes con el fin de que los

médicos mejoren su labor profesional y los pacientes enmarquen una relación diferente en los procesos de salud - enfermedad.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Comprender el proceso de construcción narrativa de la experiencia de paso por la UCI en la relación médico-paciente-familia y su conexión con el afrontamiento, posibilitando la emergencia de relatos alternos que reorganicen dicha experiencia.

2.2 Objetivos específicos

- Comprender la construcción narrativa de la experiencia del paso por la UCI en el paciente, el médico y su familia.
- Comprender las narrativas acerca de la relación médico, paciente y familia, tanto desde la postura de los médicos como de los pacientes y su relación con el afrontamiento de la enfermedad.
- Posibilitar la reconstrucción narrativa de la experiencia de paso por la UCI desde la emergencia de narrativas alternas del médico, el paciente y su familia

3. Marco Referencial

3.1 Marco Paradigmático

3.1.1 Pensamiento Complejo.

Con el fin de contrarrestar la simplicidad, la cual, según Morin (1997), se encarga de objetivar la ciencia y por ende, eliminar la influencia del sujeto sobre su objeto, se plantean las nociones de complejidad. Según Moles (1990, citado por Soto, 2000), la simplicidad puede concebir lo uno o lo múltiple, pero no puede ni se atreve a mirar lo que serían las dos cosas al mismo tiempo.

Por el contrario, la complejidad, la cual es normalmente entendida como enredo, desorden, ambigüedad e incertidumbre (Morin 1997) propone, mediante relaciones abiertas,

complejas y complementarias, una interacción entre situaciones contrarias, como por ejemplo entre lo racional y lo irracional (Elorriaga, Lugo y Montenegro, 2012).

En esta investigación, se realiza un abordaje circular del fenómeno, yendo más allá de la comprensión de la historia de vida como una lectura individual y de los elementos que cada uno aporta en la interacción. Por ende, es enmarcada bajo la construcción de significados alrededor de la relación médico paciente, en la que se busca mejorar la condición de vida después de una situación insatisfactoria, pues “todo proceso de ayuda a la familia implica la formación de un nuevo sistema, cuyos componentes y conexiones se establecen a medida que se organiza la relación entre agentes y consultantes en función del cambio” (Hernández, 2004, p.5).

De esta manera, según Imber-Black (2000), esta relación se da en el marco de los sistemas familiares y los sistemas amplios, en donde la construcción entre las dos partes busca crear un sistema significativo en donde interactúan, creando pautas que pueden facilitar u obstaculizar la resolución del problema, entendiendo así al médico como parte del sistema amplio (hospital) que interactúa con la familia, desde una relación circular.

Para entender esa relación, se hace uso de los principios de la complejidad compartidos por la epistemología eco-sistémica (Hernández, 2004), donde el primero de ellos es el de *no separatividad*, postulando el abordaje de los fenómenos de vinculación y de red desde diferentes puntos de vista, los cuales permiten conocer la conectividad que le da una causalidad y coherencia global, teniendo en cuenta que “todo fenómeno humano es simultáneamente biológico, psicológico, social, histórico y cultural” (p.113); de manera que se busca indagar la conectividad en la relación médico paciente que puede favorecer el afrontamiento del paso por la UCI, desde esa causalidad y coherencia global que implican el principio de la no separatividad a la hora de comprender un fenómeno.

El segundo principio es el *indeterminismo*, el cual está dado “por la multiplicidad de interrelaciones entre los innumerables componentes de los sistemas naturales, actuantes en función de su conservación y su evolución” (Hernández, 2005, p.115) de modo que aunque el objetivo sea comprender la experiencia del paso por la UCI, no solamente las dinámicas de la relación y el proceso de afrontamiento se darán de esta manera, pues todo sistema es inherente a la incertidumbre y a la aleatoriedad constructiva que permite la organización del sistema para su preservación, así como que hay dinámicas que son mantenidas para su conservación.

En cuanto al principio denominado *niveles de realidad*, se entiende que no hay una ley general o que la suma de dos variables que se explican a través de una causalidad lineal son la realidad, sino que por el contrario, requiere que se tengan en cuenta diversos factores que formen fenómenos complejos (Hernández, 2005), existiendo entonces distintas realidades que a su vez no pueden ser del todo conocidas o experimentadas por el observador, debido a sus diferentes niveles posibles de conocimiento.

En un cuarto principio se encuentra *la discontinuidad* de los niveles de realidad que en otras palabras, entiende la realidad como una unidad abierta con varios niveles; según Hernández(2005), es a través de la discontinuidad de los mismos que se pueden nutrir desde diferentes leyes que explican la realidad, por ejemplo, en el contexto de esta investigación que plantea un abordaje psicológico desde la construcción narrativa de la experiencia, la discontinuidad de las realidades de los actores permiten reconocer aportes en la comprensión del fenómeno.

Por último, se encuentra el principio de *la lógica del tercero incluido*, la cual supera la dualidad que plantean las lógicas tradicionales, postulando un tercer nivel de percepción de la realidad que entiende que existe una desconexión entre las partes de los sistemas que se entiende como un malestar en el sistema (Hernández, 2005) Así, se entiende el dualismo de

enfermedad-salud como una lógica del tercero excluido, de manera que la relación médico-paciente entre a quebrantar dicha dualidad.

3.1.2 Paradigma Ecosistémico

Con el fin de realizar un abordaje circular al fenómeno, se propone la postura de Elorriaga, Lugo y Montero (2012) quienes plantean que “entender un fenómeno desde disciplinas aisladas, no genera las mismas respuestas que pueden obtenerse por medio de la interacción de los elementos que lo conforman” (p 2.), los cuales son una serie de sistemas relacionados unos con otros, de modo que el entorno trasciende la situación inmediata y afecta directamente el desarrollo de la persona, adoptando la terminología de “modelo ecológico”, en donde se reconocen disposiciones seriadas de estructuras inclusivas, encontrándose cada una de esas estructuras inmersa en la siguiente (Bronfenbrenner, 1987).

Aquellas estructuras ecológicas, comienzan por el microsistema, en donde Rodrigo y Palacios (1998) reconocen que la familia es el microsistema más importante al configurar la vida de los sujetos durante muchos años, la cual a su vez se encuentra influenciada por el exterior, aunque no participe de forma directa con el exosistema, entendido como el ambiente más próximo a éste. El mesosistema, por su parte, es el conjunto de sistemas con los que la familia intercambia directamente, diferenciándose del macrosistema, el cual se refiere a los sistemas de creencias sociales, políticas, etc. que permean en las ideologías de cada familia.

De esta forma, realizar una lectura ecosistémica permite observar de qué manera cada grupo familiar se inserta dentro de una red más amplia y desde allí configuran sus relaciones, las cuales se mantienen por medio del intercambio dado en el lenguaje (Espinal, Gimeno y González, 2004), dicho intercambio, se realiza en diferentes contextos de relación entre los sistemas familiares.

Otra postura que permite conversar con la planteada por Bronfenbrenner, entendida también como una propuesta ecológica, le otorga un papel importante a la interacción de los

sistemas, en este caso el sistema familiar y el hospital, creándose una relación entre estos, donde estos últimos son denominados sistemas amplios, pues según Evan Imber-Black (2000), citando a Harrell (1980) y Miller (1983), constituyen asistentes que entran en contacto con la familia para la prestación de algún tipo de servicio.

Harbin (1985) define a las familias como sistemas primarios e informales y a los hospitales como sistemas amplios y formales, en donde en dicha relación se comienzan a construir significados alrededor de algún fenómeno, por ejemplo, Bell y Zucker (1968) postulan que existen pautas mutuas entre familia y hospitales, en donde hay un miembro en común: el paciente.

Al adoptar la noción de Harbin (1985) acerca de entender al hospital como un sistema amplio, se podría considerar de igual forma que según la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987), dichos contextos harían parte de los macrosistemas con los que las familias interactúan, permitiendo el intercambio de realidades por medio del lenguaje.

La visión ecosistémica le permite a esta investigación, reconocer la participación de las instituciones de salud en la manera en que los pacientes y sus familias se relacionan en torno a un diagnóstico dado, entendiendo al lenguaje como una herramienta para favorecer las dinámicas relacionales que emergen.

Con esa noción de lenguaje, se reconoce el papel de la comunicación, entendida como un proceso permanente y de carácter holístico, como un todo integrado, incomprensible sin el contexto en el que tiene lugar, pues como mencionan Bateson y Ruesch (1984, citados por García, 2011), “la comunicación es la matriz en la que se encajan todas las actividades humanas” (p.5).

Al reconocer al médico y a su paciente en un contexto de relación, se entiende cómo se puede dar el intercambio de información y de qué manera una postura ecosistémica le aporta una visión más amplia y circular al fenómeno, siendo comprendido como la

interacción entre paciente, familias y organismos proveedores de servicios, en la que existe un constante intercambio de significados que se encargan de construir la relación entre todos los participantes y de complementarse entre sí, ya que según Hernández (2005), al entender al hospital como un único marcador de contexto, predomina un pensamiento causal-linealista, el cual no favorece la inclusión de la familia como un todo en el sistema de ayuda.

Esa interacción, según Hernández (2005), plantea que la familia no es una caja intermediaria entre el individuo y la sociedad, sino que existe más bien un continuo entre la organización de la psique, la persona, la familia nuclear, la familia extensa y las comunidades, formales e informales, que permiten un vaivén incesante de intercambios de propiedades y de transformaciones en función de su posición y de sus trayectorias en los macrosistemas que las abarcan.

Por lo anterior, tomando como base las ideas de Hernández (2005) se observa la relación de manera complementaria, entre el paciente y el ecosistema, se podría plantear que el individuo y ecosistema son interdependientes, como puntos y contrapuntos que forman los nodos de la comunicación: el sujeto y su ecosistema son gestores de la significación, en un proceso donde son mutuamente texto y contexto.

3.2 Marco Epistemológico

3.2.1 Cibernética de segundo orden.

Según Hernández (2005), un sistema cibernético es un todo integrado, cuyas propiedades esenciales surgen de las relaciones mutuamente condicionantes entre sus partes, es decir, en el momento en que dos personas establecen una relación es imposible reducirla a una de ellas, ya que las personas que interactúan aportan elementos a esta y sólo puede ser comprendida desde un nivel superior de observación y análisis.

En este sentido, la relación que entabla un paciente con su sistema amplio es más que el escenario en el que se presta un servicio, exigiendo un nivel de observación más amplio en

el que se reconozcan las particularidades de cada uno de los participantes de la relación, así como el papel del observador del fenómeno como clave en la investigación intervención.

Lo anterior, es importante pues como menciona Pakman (1997) “el constructivismo trajo la noción de segundo orden, a la cibernética o sea la necesidad de incluirnos a nosotros mismos como observadores en las observaciones que hacemos, una necesidad que reclama que nos veamos a nosotros mismos de modo reflexivo” (p.255).

Así, el papel de observador, no se reduce únicamente a entrar en contacto con una población y un problema en particular, sino que se incluye en la interacción y se convierte en un meta-observador, en donde no sólo observa a los participantes en su contexto, sino también a sí mismo dentro de dicha relación.

La comprensión de segundo orden surge en el lenguaje, observando los procesos de comunicación entre observadores y participantes de manera conjunta, de modo que “el observador (...) adquiere autonomía de los otros por lo menos de la misma manera en la que la adquiere sobre sí mismo y debe involucrarse interactivamente con aquellos a los que desea comprender” (Pakman,1997, p.132).

Con base en lo anterior, el papel del investigador consiste en interactuar con la población del estudio (médicos, pacientes y sus familias), por medio del lenguaje que se va construyendo, a través de escenarios conversacionales reflexivos con distintos niveles de observación, los cuales permiten poner en una posición de observadores a los participantes, posibilitando una postura reflexiva, puesto que se entiende que “realizar el estudio de la comunicación como fenómeno social significa involucrarse comunicativamente, dar cuenta de la comprensión de segundo orden de este involucramiento y reingresar estas concepciones a los propios proceso de comunicación que quieren comprenderse” (Pakman,1997, p.134).

3.2.2 Construccinismo Social.

Teniendo en cuenta que Gergen es uno de los precursores del construccionismo social, plantea el conocimiento como una construcción comunal del conocimiento, entendido como una perspectiva alternativa al enfoque individual, permitiendo analizar el rol que juega el saber compartido por una comunidad en la mantención y reproducción de la realidad, donde el significado de cualquier vivencia dependerá del contexto y los recursos para esa significación no siempre se hallarán en la persona misma, sino en sus relaciones (Gergen, 2007).

De la misma manera en la que se venía planteando el papel del observador dentro de la relación médico- paciente y sus familias, se reconoce desde Gergen (2007), que dicha interacción se presta para una co-construcción de conocimiento por medio del lenguaje, que permite conocer los significados que se tienen alrededor de la relación médico y paciente que mantiene una construcción de realidad.

Así, se entiende que el lenguaje se encuentra en constante construcción y reinterpretación, pues como menciona Gergen (2007), el construccionismo social concibe el discurso sobre el mundo no como un reflejo o un mapa del mundo, sino como un producto de la interacción social, el cual construye esos mundos sociales en los que las personas logran dotar sus experiencias de significado (White y Epston, 1993). De esta forma, la relación médico paciente y familias, se encuentran enmarcadas en construcciones sociales que se han realizado alrededor de la experiencia vivida, sin embargo, Gergen, no entiende dichas construcciones como únicas verdades, sino como producto de la relación y del significado que las personas le dan a la misma.

Uno de los supuestos del construccionismo social propone que “la función primaria del lenguaje es la acción social, constitutiva de múltiples versiones” (Perdomo, 2002, citado por Prieto, Sotelo y Zabala, 2017, p.41), por lo que las palabras adquieren su significado a

través de las relaciones de las personas en la pragmática misma del lenguaje, acción que alcanza significación sólo en el ámbito de las relaciones, del mismo modo que las acciones adquieren sentido sólo en el intercambio entre los sujetos. Será por medio del lenguaje que se buscará acceder a los significados como acciones sociales y como parte de las versiones de las personas frente a la relación con sus médicos y de esta manera conocer cómo las acciones que las partes realizan adquieren significados.

Según Shotter y Lannaman, (2002), el construccionismo social se considera un movimiento que apunta a la discusión relacional, existente en el grupo familiar y en los demás grupos extensos o amplios, en este caso en contextos médicos. Esos sistemas amplios, sirven como espacio de construcción en donde la realidad, se construye a partir de un punto de vista común entre el médico y su paciente y de una construcción de lenguaje que contribuya a adoptar significados compartidos, en donde las partes acuerden los significados y su manera de moverse en el mundo.

Dichos significados, se separan de los individuales y conforman una realidad compartida, ya que según Gergen (1996) , no se refieren solamente al mundo interno de la persona o a sus cogniciones, sino también son formas sociales de significar lo ocurrido, y organizar las acciones que forman parte del proceso conversacional, permitiendo conocer de qué manera las personas logran construir sus historias a partir de su experiencia, en este caso de diagnósticos que enmarcan la relación con su médico y de las construcciones que realiza en el contexto de la UCI sobre ellas.

Gergen (2007) realiza una aguda crítica a la proliferación del lenguaje por parte de las profesiones de la salud, cuestionando no sólo los problemas sociales, ideológicos y literarios inherentes a la visión tradicional del lenguaje y el conocimiento, sino que denuncia sus consecuencias opresivas y las prácticas de distanciamiento y degradación a las que invita, planteando, nuevamente, el reto de pensar y expandir las inteligibilidades relacionales, en la

búsqueda de opciones que conduzcan al mejoramiento de la calidad de la vida humana, lo cual invita a cuestionar prácticas discursivas que mantienen las representaciones sociales en torno al papel del médico.

Retomando la epistemología de Gergen (2007) acerca de la construcción comunal del conocimiento y su crítica al lenguaje utilizado por los contextos médicos, resaltando su importancia en la construcción de realidad, resulta importante, conocer la experiencia de los pacientes y sus familias, a la hora de entablar relación con los profesionales de la salud, procurando conocer de qué manera el lenguaje aporta al proceso de afrontamiento del paso por la UCI y de qué forma, dicha relación, construye la realidad del paciente y sus significados personales, permitiendo reconocer que los abordajes médicos se encuentran aún lejos de contemplar miradas relacionales.

3.3 Marco Disciplinar

3.3.1 Construcción narrativa de la experiencia del paso por la UCI

Teniendo en cuenta que las narrativas son “el principal esquema por medio del cual la vida del ser humano cobra sentido” (Polkinghorne, 1988 citado por Payne, 2002, p.47), las personas construyen percepciones acerca de los sucesos que acontecen en su vida, donde cada sujeto tiene una matriz de conceptos y creencias que les ayudan a comprender su entorno.

Así, estos conceptos y creencias se enmarcan en un relato en el que un sujeto se refiere a “secuencias escogidas de vida que cobran existencia mediante el acto de relatarlas” (Payne, 2002. p.35). Sin embargo, continuamente los relatos del pasado, presente y futuro interaccionan entre sí, pues es diferente el relato que se cuenta en un momento específico de la vida, la forma en que se vivió y los relatos que son contados cuando el momento ya ha pasado.

En otras palabras, “vivimos en una constante interpretación activa de nuestra experiencia a medida que la sentimos, esta interpretación surge dentro de un marco de

inteligibilidad, que nos sirve de contexto y nos permite atribuir significado a los acontecimientos” (White,1995 citado por Payne 2002, p.38), estando dentro de un marco de conceptos y creencias, permeados por factores culturales y sociales.

Estas interpretaciones de la realidad y los significados que se le atribuyen a las situaciones no son neutrales, pues según Payne (2002) afectan lo que hacemos, los pasos que damos en la vida, por lo que así como las narrativas construyen nuestra realidad, también pueden modificarla, a través de narrativas ricas, las cuales están apegadas al conocimiento local, a la experiencia vivida por la persona, alejándose de los relatos dominantes; es por esto que “la fuerza más poderosa para modificar nuestras vidas son los relatos que nos contamos constantemente a nosotros y a los demás que representan la visión que tenemos del mundo y de nuestras relaciones”(Payne, 2002. p.58), facilitando a las personas a superar sus problemas, reconstruir su identidad en términos más positivos y redescubrir metas que los acercan a su prospectiva vital.

3.3.2 Afrontamiento familiar.

Esta investigación abarca el concepto de afrontamiento familiar definido por Hernández (1991), quien plantea que este “se presenta como un esfuerzo por comprender los eventos que los afectan y tomar así algún tipo de acción sobre este. Se parte de la idea de que los procesos de interacción están determinados por los roles que cada miembro representa y las expectativas mutuas entre ellos” (p.78).

Las familias con sus estrategias de afrontamiento regulan su funcionamiento (Olson y cols, 1984, citado por Macías y cols. 2013), a la vez que pueden potencialmente fortalecer y mantener sus recursos, con el fin de protegerse de las demandas de las situaciones estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica, manifestado en la comunicación, los vínculos, la promoción de una autoestima positiva en sus miembros, etc.

Ahora bien, dichas estrategias de afrontamiento se constituyen en variables mediadoras de la cohesión y la adaptabilidad de la familia, por lo que se expondrán dos teorías que comprenden este proceso:

3.3.2.1 Modelo contextual familiar.

Es importante mencionar que la familia es entendida como un sistema, por lo que “las reacciones o eventos que afectan a uno de los miembros evocan también reacciones en los demás y sustenta la idea de que el nivel de estrés de la familia como unidad es cualitativamente diferente a la analizada como un individuo” (Hernández, 1991 .p.10).

Por lo tanto, cuando la familia que está bajo una situación que implica estrés, según Boss (1988) citado por Hernández (1991), “construye una realidad simbólica basada en significados compartidos y en expectativas acerca de los roles de sus miembros, tales significados compartidos son sin embargo influenciados por la comunidad, la sociedad y la cultura” (p.11), las cuales rigen la manera de actuar frente a estas vivencias.

Este modelo parte de tres supuestos: “1. No todas las familias son iguales. 2. no todos los eventos estresantes son percibidos por todas las familias de la misma forma. 3. No todas las familias tienen los mismos valores ni creencias” (Hernández, 1991.p.10).

Además, explica el estrés familiar a la luz de dos tipos de contextos: interno y externo. En el caso del primero, la familia puede controlar la situación a través de algunos elementos y recursos, mientras que el segundo representa las demás situaciones que se salen de su control, aspectos culturales y políticos de su contexto determinado.

Contexto externo:

Según Hernández (1991), son los aspectos que la familia no puede controlar, son elementos de su ecosistema, este incluye los aspectos evolutivos (momento del ciclo vital en el que se

encuentra el sistema), culturales (ideas, valores e ideales predominantes y típicos del núcleo social, determinando los cánones y costumbres que definen las formas de vida), históricos (momento en el que ocurre el evento estresante, así como los eventos históricos que rodean en ese momento a la familia) y económicos (estado financiero de la sociedad o comunidad a la que hace parte la familia), los cuales afectan la manera en que se perciben y se manejan los eventos estresantes, definiendo los roles, estilos y métodos aceptados para manejar el estrés.

El contexto interno:

La familia, según Hernández (1991), puede cambiar y controlar elementos de su situación, tales como el contexto estructural, psicológico y filosófico, por lo que es posible observar cómo las familias con altos niveles de estrés logran crecer a partir de sus experiencias difíciles.

El contexto estructural se refiere al tipo de límites entre los subsistemas, en los que se da la asignación de roles y reglas que fijan quién y cómo intervienen, dependiendo de si están dentro o fuera de esos límites.

El contexto psicológico, tiene que ver con la manera de movilizarse, lo cual puede variar entre la negación, la aceptación y el enfrentamiento del problema, según la percepción (aspectos cognitivos y afectivos), la evaluación, la definición y la valoración que la familia hace de los eventos estresantes.

El contexto filosófico de la familia abarca los valores y creencias (crianza, cuidado de los ancianos, etc), que están influenciados por el contexto cultural y religioso, pero cada familia acoge algunos de estos.

Estos dos contextos nutren la experiencia singular de cada sistema familiar y el uso de estos, permitirá u obstaculizará el afrontamiento, que desde la perspectiva dialéctica incluye indicadores tanto individuales como del grupo familiar, aspectos de adaptación y desadaptación, de modo que la reacción emocional y cognitiva ocurre en un solo sujeto, pero

dentro de un contexto sistémico afectado por el pasado y el presente de sus integrantes, pues cuando la familia encuentra una estrategia efectiva se puede convertir en parte del repertorio de estrategias de afrontamiento del sistema.

Cabe resaltar que este afrontamiento implica doblegar y sujetar los puntos de tensión más que desafiar a la familia, siendo importante que haya algún movimiento de esta y que el afrontamiento sea la respuesta para llegar de nuevo a un modelo de homeostasis, ya que “es un proceso para lograr un equilibrio en el sistema familiar que facilita la organización y la unidad y promueve el crecimiento y el desarrollo individual” (Reiss, 1981, citado por Hernández 1991, p.23). En ocasiones es más fácil para el sistema entrar en una crisis familiar que exige la reorganización de sus reglas, límites y roles, lo cual puede ser mucho más enriquecedor.

Existen algunos recursos familiares que facilitan el afrontamiento, tales como estabilidad económica, salud, inteligencia, habilidades laborales, apoyo emocional, espíritu de cooperación y de apoyo social, sin embargo, tenerlos no garantiza la forma como la familia hará uso de ellos.

Del mismo modo, existen algunas barreras que imposibilitan el afrontamiento como los límites familiares ambiguos; una posibilidad es la ausencia física con presencia psicológica (preocupación constante por la ausencia, vacío) y la presencia física con ausencia psicológica (un miembro no está emocionalmente disponible) y negación (rechazo por la realidad física que otros sí ven).

Hablando específicamente de la enfermedad crónica, según Hernández (1991), algunas de las tensiones típicas de la enfermedad son: de las relaciones familiares, de sobreprotección, coaliciones entre el enfermo y la persona más cercana encargada de su cuidado, culpabilización, rechazo abierto o encubierto frente al enfermo, malestar y resentimiento por las exigencias en el cuidado, modificaciones en las actividades y metas

familiares, reducción de flexibilidad y de uso del tiempo libre, puesto que dichas situaciones incrementan la sensación de estrés, debido al aumento de los quehaceres y el tiempo destinado por las exigencias de la enfermedad en cuanto a dieta, médico, etc. El aumento de presiones económicas por gastos médicos o adaptación de la vivienda etc. El aislamiento social debido a reacciones y expectativas de parientes y amigos, preocupaciones médicas asociadas a la consecución de tratamientos efectivos, comprensión, clarificación y verificación de información médica, inquietud acerca de cómo prolongar la vida y evitar el dolor, preocupación e incertidumbre acerca del pronóstico y alteración en la situación laboral o escolar por la enfermedad.

3.3.2.2. Modelo ABC(X).

El Modelo doble ABCX de estrés familiar y adaptación de McCubbin, Patterson y Lavee (1985) redefine las variables de la precrisis y las postcrisis, como un esfuerzo por describir los estresores de la vida (a) que se convierten en una pila de demandas para la familia, los cuales exigen unos cambios de condiciones que tienen una historia y un futuro.

La (b) representa los recursos adaptativos de la familias frente al estresor, que puede terminar en una mala adaptación en la que hay un continuo desequilibrio entre las demandas y las capacidades de la familia para enfrentarlas, lo que puede hacer que la integridad de la familia se deteriore, así como la sensación de bienestar de los miembros de la familia, también su salud mental y física o por el contrario en una sana adaptación, que se da cuando hay una mínima discrepancia entre las demandas y las capacidades de la familia para enfrentarlas, así hay un equilibrio en el funcionamiento familiar, manteniéndose la fuerza e integridad de la familia y la sensación de bienestar, se refieren a los recursos existentes y los que se pueden desarrollar o expandir, las cuales pueden reducir el impacto de las demandas, estas incluyen los recursos individuales de cada miembro de la familia, su conocimiento y

habilidades que pueden ayudar, los recursos familiares se hablan más en términos de la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación.

La C habla de las redes de apoyo, las capacidades de personas o instituciones que pueden ser una red en la que la familia se sienta apoyada y querida y el factor (Cc) de percepción y coherencia se refiere a la orientación de la familia a pesar de las circunstancias, refleja una sensación de aceptación y comprensión de la situación, un marco en el que se juzgan las percepciones. La coherencia es influenciada dinámicamente por las experiencias de la familia tanto internamente, es decir, sus recursos y las experiencias positivas y negativas con los demás, el cual es un factor facilitador entre la crisis y la adaptación para que la familia tenga un poder adaptativo.

Por otro lado, el factor (xX) la adaptación de familia es el resultado de los procesos familiares que responden a las demandas de la crisis, es importante resaltar que la adaptación no significa que no haya habido desorganización o cambio en el sistema, más bien significa que el sistema ha reanudado su rutina de operación después de haber enfrentado el cambio.

3.4. Marco Multidisciplinar

3.4.1 Protocolo Buckman.

Comunicar malas noticias es una difícil tarea a la que constantemente se enfrentan los médicos y que además es causa de ansiedad, sin embargo, “ha sido considerada como una competencia menor comparada con los otros aspectos técnicos de la práctica médica, y para lo que no se ha previsto una formación específica de comunicación en los planes curriculares, tanto de pre como de postgrado” (García, 2006, p.453), constantemente las quejas son interpuestas por este tipo de problemas.

Una mala noticia está definida como “aquella que drástica y negativamente altera la propia perspectiva del paciente, o sus familiares, en relación con su futuro” (García, 2006 p.454). De esta manera, hay diferentes reacciones frente a una mala noticia, las cuales, según

Buckman (1992), dependen de las creencias religiosas, el apoyo familiar, el marco antropológico-cultural y su personalidad.

Teniendo en cuenta que en la labor del médico se encuentra innegablemente el hecho de comunicar malas noticias a los pacientes, este protocolo aborda alguna de las dificultades o barreras para enfrentarlas, una de estas es la creencia generalizada de que “el desvelamiento de un diagnóstico sombrío afectará negativamente la evolución del paciente” (García, 2006 p. 454), otra razón que puede dificultar la comunicación es “el temor a enfrentarse a sus reacciones emocionales o preguntas incómodas” (p.454), es importante además tener en cuenta que “algunos pacientes no desean conocer la verdad de su diagnóstico”(p. 455).

Según Buckman (1992, citado por García, 2006), existen ciertos factores que dificultan la comunicación.

1. **Factores Socioculturales:** La salud es considerada como riqueza; de esta manera, un diagnóstico implica que ya no tiene valor en la vida, aún más cuando hay riesgo de morir. Además, la tecnología muestra unas expectativas exageradas y la medicina no puede curarlo todo.
2. **Factores del paciente:** La edad de los pacientes, el paciente agresivo, el manipulador, el no cooperador o el drogadicto.
3. **Factores del médico:** El temor del médico ante lo que puede desencadenar una mala noticia en una persona, como temor a causar dolor (actitudes minimizantes y evasivas), temor al fracaso terapéutico (cuando no hay cura hay un auténtico fracaso), temor legal (el aumento de las demandas, cualquier fracaso puede ser interpretado como negligencia médica y merecer castigo penal), temor a expresar las propias emociones: tienen dificultad para expresar sus sentimientos ante los pacientes, son entrenados para permanecer en calma, cualquier reacción emocional es tomada como un debilitamiento de la imagen frente al paciente o la familia.

A través de estas investigaciones se creó un protocolo que define un procedimiento práctico y dinámico, este protocolo fue creado por Walter F. Baile y Robert Buckman.

Paso 1. Preparando la entrevista: Repasar los detalles de la historia clínica y confirmar el diagnóstico revisando todas las pruebas realizadas, prepare mentalmente lo que tiene que decir y la manera de hacerlo y busque un lugar privado, pregunte si el paciente quiere estar acompañado de algún familiar, es importante invitar a la familia a que se siente.

Paso 2. Descubriendo qué sabe el paciente: Comience la entrevista preguntando, ¿qué se le ha dicho del problema hasta el momento?, o ¿está usted preocupado por lo que le está pasando?, cuando un sujeto se encuentre silencioso, abatido e incapaz de responder, intente desbloquear la situación incitando el diálogo, con el fin de averiguar qué es lo que le está angustiando, si no lo logra solicite apoyo psicológico, intente definir el nivel cultural del paciente y la carga emocional de sus palabras.

Paso 3. Reconociendo cuánto quiere saber el paciente: Se necesita concordar en qué quiere decirle al paciente y qué quiere saber acerca de su enfermedad, la mayoría quiere conocer todos los detalles, otros no y se mostrarán evitativos, es importante mencionar que es un derecho del paciente declinar recibir información.

Paso 4. Comunicando información al paciente: Es importante utilizar un lenguaje sencillo, evite utilizar terminología técnica y adecuado al nivel intelectual y cultural del paciente, antes de citar el diagnóstico adverso es importante usar una frase que pueda anticipar el golpe, así aliviará el impacto emocional.

Proporcione la información en pequeñas porciones para dar tiempo a su asimilación, deje pausas entre las frases para permitir fluir las emociones del paciente y familia, intente ser lo más realista, no minimice la gravedad del asunto.

Compruebe que le están entendiendo, invite a ser interrumpido sobre la marcha si no entienden o surgen dudas. No use argumentaciones tremendistas.

Paso 5. Respondiendo a las reacciones del paciente, teniendo en cuenta las diferentes reacciones: estallido emocional, enfado, incredulidad, abatimiento. En general, es importante ofrecer apoyo y solidaridad mediante una respuesta empática (identifique la emoción, pregúntele cómo se siente, acérquese físicamente, deje que su paciente exprese libremente sus sentimientos).

Paso 6. Diseñando un plan terapéutico a seguir: tiene como objetivo demostrar al paciente que está de su lado y elaborar un plan terapéutico a seguir. Es importante que, si el paciente pregunta por su pronóstico, dele una esperanza realista, tenga en cuenta los puntos de vista de los familiares y el paciente, sea sensible al discutir temas conflictivos o íntimos, explique los tratamientos pendientes a realizar y justifíquelos, especifique sus incomodidades y los efectos secundarios. Organice un cronograma de estas, ayudará a reducir la incertidumbre, establezca alternativas por si el tratamiento no da el resultado esperado, intente transmitir su compromiso con la familia, el paciente y el plan terapéutico diseñado, termine haciendo un resumen final, recoja lo dicho durante la reunión.

El papel de la familia en UCI

La familia sufre la angustia de la muerte inminente del paciente, además del ambiente lleno de aparatos y cables es intimidante, la comunicación en este ámbito está dada entre la familia y médico. Para que la información sea coherente es importante que sea el mismo médico el que informe diariamente a la familia, para evitar confusiones, además de ser muy puntual en el horario de información, pues puede ser una fuente de ansiedad frente a los familiares ya angustiados.

Teniendo en cuenta la alta incertidumbre de un paciente crítico es importante establecer objetivos terapéuticos a corto plazo y realistas, así como enfocarse en el paso 6, es necesario que la familia entienda el plan terapéutico, así como los planes alternativos. Es importante mencionar cada una de las intervenciones al paciente, como la intubación

traqueal, la restricción física etc, deben ser comunicadas explícitamente. No permitir que se sorprendan al verlo de un modo u otro.

Toma de decisiones con respecto a la suspensión del soporte vital.

En la mayoría de los casos el paciente crítico puede estar ausente o no estar en condiciones de tomar decisiones o realizar tareas complejas, así la familia es quien conoce mejor las preferencias y deseos del paciente. Esta decisión es muy importante pues en un 30-50% mueren cuando se limite o se les retira el soporte vital, es importante ser claros y directos con la familia, explicando la secuencia de retirada del aparato y el tipo de sedación para garantizar la ausencia de sufrimiento.

3.4.2 Estilos de relación médico-paciente.

Ruíz, Rodríguez y Epstein (2003) mencionan que se ha demostrado que hay estilos de relación entre médicos y pacientes que son más eficaces que otros en el cumplimiento de regímenes terapéuticos, la satisfacción de los pacientes con el sistema de salud, la propia evolución de los problemas clínicos y la disminución de litigios por prácticas inadecuadas (p.594).

Además, “hay que tener presente que la relación médico-paciente en el contexto clínico tiene como finalidad ayudar, conseguir una relación terapéutica y aliviar al paciente; es decir, tiene una función central para el ejercicio de la medicina” (Ruíz y cols, 2003. p.594)

Según dichos autores, existen cuatro tipos básicos de relación:

1. **Mutual:** El control y el poder están equilibrados entre el médico y el paciente, se da en un “encuentro entre expertos” en el que los dos lados aportan y se sienten responsables de lo que sucede en la medida de sus posibilidades.
2. **Paternalista:** El médico domina la relación y toma las decisiones que cree más convenientes para el paciente, no explica los sucesos sino más bien tiene una actitud tranquilizadora, de esta manera el médico tiene un control alto y los pacientes deben

seguir los consejos y cooperar, es decir cumplir las órdenes que el médico le da.

Funciona con las personas de menor educación y que aceptan fácilmente la autoridad.

3. Consumista: Los pacientes suelen ser escépticos, más asertivos y demandantes, pues tienen un mayor nivel educativo, el paciente tiene mayor control que el médico en la relación, así el médico es un técnico experto, el cual le informa al paciente las opciones que tiene, y el paciente es quien elige.
4. Ausente: En ocasiones ni el paciente, ni el médico se posicionan en la relación, no ejercen ni poder, ni control, es probable que el paciente abandone el tratamiento pensando que no se le ha comprendido, que el médico es incompetente o insensible.

La relación que es más usada por los médicos es la relación paternalista, en los que en ocasiones “no parece ni siquiera que las necesidades mayoritariamente expresadas por los pacientes se cumplan” (Ruiz, Rodríguez y Epstein, 2003, p.595), además es pertinente aclarar que no todos los pacientes quieren el mismo tipo de la relación con un médico, algunos de estos no desean tener responsabilidad sobre las decisiones, otros quieren saber un tipo de información específica.

Más adelante se consolidan otras dos perspectivas predominantes:

1. Centrada en el paciente-deliberativa: Se centra en desarrollar los valores del paciente, buscando campos comunes para basar la toma de decisiones, así la enfermedad es entendida desde dos perspectivas: la del paciente y la diagnóstica.
2. Sistémica: Se busca entender el contexto sociofamiliar, escoger valores individuales y familiares y ayudar al sistema familiar, así la responsabilidad es compartida entre el médico, el paciente y la familia.

3.4.3 Teoría enfoque frisbee.

Desde la comunicación social, en los años cuarenta, Moore y cols (2010) plantean que el foco empieza a moverse hacia la comunicación interpersonal, lo cual incorpora nuevos

elementos y se cambia al enfoque "Frisbee", en donde se abordan dos conceptos centrales: reconocer, darse cuenta y apoyar a otra persona.

El segundo concepto central de este enfoque interactivo es el entendimiento mutuo en un terreno común; en el juego de “frisbee”, ambos entienden el sentido del juego: lanzar el “frisbee” para que el otro pueda asirlo y vuelva a lanzarlo. Este terreno en común es fundamental para la confianza y la precisión. De esta manera, teniendo en cuenta la metáfora, se plantea una identificación recíproca del mensaje que se transmite en un lugar y contexto en común con intenciones claras entre los emisores y receptores del mensaje que consiste en entender e intercambiar ideas.

La interacción entre el médico y el paciente es una relación interpersonal como la planteada desde la comunicación social, la cual por estar prestando un servicio no debe dejar de entenderse como dentro de las relaciones interpersonales que abarcan nociones básicas de comunicación en donde las partes deben reconocerse entre sí de igual forma, durante el proceso comunicacional.

3.5 Marco Legal

En Colombia, existe una resolución denominada Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), el objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

En este orden de ideas, para generar mejores condiciones de salud, es necesario estudiar de qué manera el personal encargado de la prestación del servicio ejerce su labor, para lo cual existe la Ley 1164 de 2007 que va dirigida al talento humano, entendido como

todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad en la prestación de los servicios de salud. En el capítulo VI dirigido a la prestación ética y bioética de los servicios, el artículo 35 se refiere al principio de *veracidad*: en donde se busca el mayor beneficio para las personas, respetando sus particularidades y características.

De la misma manera, plantean el principio de *no maleficencia* en donde se debe evitar el daño a cualquier persona, pues la omisión de actos se sancionará cuando ésta desencadena o pone en peligro de una situación lesiva. Con base en estos artículos, se podría plantear la importancia de entender el nivel de significación que adquieren los médicos al tener la responsabilidad de brindar información acerca de la salud de su paciente y que de no hacerlo de una manera beneficiosa y que evite a toda costa cualquier tipo de daño o perjuicio al mismo, podrían estar infringiendo una de las leyes que protege el cuidado integral de los pacientes.

Bajo la misma Ley 1164, artículo 36, denominado *de los valores*, se propone el trato humanizante del médico hacia sus pacientes, describiéndolo como: “el valor de la humanidad es superior a cualquier otro y debe reconocerse su prioridad respecto a los demás valores. Cada ser humano debe ser tratado por el personal que ejerce una profesión u ocupación en salud de acuerdo con una jerarquía razonablemente sustentada de sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales” (p.26), lo cual exige un trato de iguales, en donde sin ánimos de negar la jerarquía que existe en la relación, busca promover una relación humana entre sus partes.

El determinar el contacto del médico con su paciente como una relación humana, promueve entonces el bienestar de las partes y la buena comunicación que se necesite para ésta. En este punto, se tendría en cuenta el juramento que todo profesional de la salud y la farmacéutica realizan cuando terminan su proceso educativo, denominado *juramento*

hipocrático, el cual no tiene otro propósito mayor a proteger el bienestar de los pacientes, siendo de carácter ético y buscando orientar la buena praxis de su oficio, según ello, deben buscar el bienestar de sus pacientes y el buen acompañamiento de sus intervenciones.

En concordancia con el juramento, se encuentra la Ley 23 de 1981, artículo 16, la responsabilidad del médico no va más allá del riesgo previsto, el cual debe ser advertido al paciente o a sus familiares y allegados, en donde según Barona (2001) es obligación del médico impartir de manera clara la información al paciente “su situación y las posibles alternativas y riesgos que puede generar la relación médico paciente, pero, no en términos técnico científicos, sino expuestos de acuerdo al nivel cultural del paciente, para que éste pueda comprenderla en forma clara y completa” (p.58).

De esta manera, el autor entiende que “esta obligación exige que el paciente goce de capacidad para comprender o entender la información que se le está dando” (p.58), pues es trabajo del médico velar por el cumplimiento de dicha ley.

3.6 Antecedentes Disciplinarios

Según una revista de comunicación y salud de Buenos Aires, ha incrementado el estudio acerca de la comunicación médico paciente y su incidencia en el bienestar del paciente y sus familias. Cófreces y cols (2014) afirman que “si bien la comunicación médico-paciente es tan antigua como la medicina misma, no fue hasta época reciente, fines de la década del 70 del siglo XX, que ha sido abordada de modo sistemático y formal” (p.21) y su incidencia en el diagnóstico parece demostrar cada vez mayor importancia, debido a que exige tener en cuenta diferentes factores a la hora de entregar la información.

Lo anterior, se ve respaldado por la idea de Lorient y Serrano del Rosal (2009), quienes refieren que hay que hablar con los pacientes, no para ellos y con base en dicho planteamiento, realizan un estudio en Córdoba, España, en donde evaluaron diferentes variables que podían incidir en la confianza que los pacientes tenían frente a sus médicos a

cargo, abordando tres variables: valoración de la posibilidad de opinar sobre los tratamientos, la valoración de la disponibilidad del personal para escucharle y la satisfacción con la información del médico.

Como resultados se muestra que para los pacientes es importante no sólo recibir una información clara por parte del médico, sino también, la forma en la que se les permite participar y sentirse parte del proceso, en palabras de los autores “tanto la información que aporta el médico, como la que ellos mismos pueden aportar, (pacientes) son las que tienen un papel más relevante a la hora de producir cambios en los niveles de confianza en la asistencia recibida” (p.323) donde dichos cambios se representan sobre el 60% de los resultados, los cuales respaldan la importancia de mantener una comunicación bidireccional por parte del médico y de los pacientes y familias.

La idea planteada por los autores, permite reconocer que ese intercambio de información exige una organización en la comunicación y la narrativa, entendida por Aya (2010) como “argumentos, estructurados en secuencias particulares que organizan la experiencia de una forma determinada, contando con una intencionalidad de acuerdo con el contexto en que se manifiestan; significados y sentidos atribuidos a las experiencias de la vida ” (p.189) dicha secuencia que organiza la experiencia, sus significados, sentidos, haciendo hincapié en el encuentro entre el médico y su paciente por medio de los argumentos y los sentidos que se le otorga a los mismos en los encuentros comunicacionales que se establecen en este contexto.

Un estudio descriptivo transversal realizado por Barca y colaboradores (2004), investigó 152 observaciones de entrevistas clínicas en pacientes entre los 18 y 41 años en centros de salud en España, por medio de las cuales se encontró que la participación del paciente en la toma de decisiones es escasa, en palabras de Meneu (2002, citado por Barca, Pareja, Fernández, Alexandre y López, 2003): “compartir información no es lo mismo que la

toma de decisiones, pero lo primero es un requisito para lo segundo” (p.38). El paciente suele preguntar poco al médico y en ocasiones no comprende totalmente lo que éste le dice, afirmando que la información que proporcionan no es tan completa como debería ser.

Un artículo presentado por el departamento de medicina clínica en la Universidad Miguel Hernández, de Valencia España, estudió sobre la relación médico paciente, con el fin de encontrar las percepciones tanto de los médicos como de los pacientes acerca de la relación que se entabla en los contextos médicos. El estudio fue realizado con tres grupos de médicos y cuatro de pacientes, con un total de 46 participantes, en donde se plantearon preguntas abiertas acerca de la experiencia que se ha tenido en el contexto médico, por medio de grupos focales. Por un lado, los médicos comentaron que consideraban que la medicina estaba completamente deshumanizada, pues el contacto con el paciente es cada vez menor, por otro lado, la percepción del paciente responde ante dicho trato deshumanizante, pues afirmaron que algunos especialistas no explican, ni informan y no miran a sus pacientes, dejándoles la impresión de que no desean dar explicaciones sobre su estado (Girón y cols, 2002).

Además, los pacientes sospechan que dicho trato se debe a que los médicos carecen de interés a la hora de dar explicaciones y que en ocasiones un contacto más directo como el hecho de mirar a los ojos mientras habla podría dar más confianza al paciente de la información que está recibiendo, en palabras de uno de los participantes “sería importante que inspire confianza, que establezca una relación y un trato personal, que pida la opinión, que mire, que escuche” (p.568) y por otro lado, reconocen que algunas fallas los alejan de sentirse cómodos en la relación y por el contrario, les hace sentir más preocupados acerca de su diagnóstico: “para mí es preocupante que no mire, que ante un problema informe poco y derive al especialista, que muestre prisa o recete con rapidez” (Girón y cols 2002, p.568).

Los anteriores aspectos que los pacientes reconocen como importantes en la relación con su médico, se relacionan con otro estudio realizado por la misma universidad de Valencia, pero por José Mira y Jesús Aranaz (2000), en donde los autores plantean que:

“aquellas entrevistas que permiten expresarse al paciente con libertad, en las que se transmite suficiente información y en las que los pacientes se sienten suficientemente cómodos como para preguntar al médico todas sus dudas o temores, incluso interrumpiendo al médico cuando explica algo que no entienden, se asocian a un nivel de satisfacción y cumplimiento de prescripciones alto” (p.13).

Dicha satisfacción se relaciona según los autores, con la cantidad y calidad de información que recibe el paciente por parte del médico.

Los pacientes al recibir información de calidad, permiten articular al relato, nuevas posibilidades que según los autores se da cuando existe una articulación pertinente entre las partes “acoples lingüísticos y emocionales entre los dialogantes, que validan experiencias y saberes invisibilizados de los actores sociales, y establecen conexiones significativas y novedosas en el relato” (Estupiñán, González & Serna, 2006, p. 62).

Una investigación cualitativa realizada por Jaramillo y cols (2004), por medio de un ejercicio etnográfico, presentó las percepciones de los pacientes hacia el personal de salud, expresando, por ejemplo: “en el hospital, depositamos nuestra confianza en el saber médico, pero nos sentimos ignorados o maltratados por sistemas e individuos cuya relación con los enfermos dista de ser su preocupación principal” (Tourine, 2000, citado por Jaramillo y cols. 2004, p.29). Además, menciona que, por un lado, el médico es percibido como el poseedor del conocimiento frente al tratamiento y la enfermedad, por otro lado, sin embargo, los participantes de dicha investigación plantearon: “las palabras que ellos usan no siempre las entiendo, es como cuando hacen una fórmula que uno tiene que ir a una farmacia para que le expliquen porque uno no entiende, escriben y hablan muy enredado” (p.31). La investigación

plantea que, el papel del médico en ocasiones busca obedecer a aspectos meramente técnicos de su labor como profesional, el médico no fundamenta sus conocimientos en una comprensión mutua, sino que responde a principios de verticalidad instrumental de una orden materializada en una fórmula médica.

En ese orden de ideas, la comunicación se vuelve entonces un factor importante y le exige al médico utilizar las estrategias de comunicación que más le aporten a cada caso particular; un estudio cualitativo realizado por Barry y cols (2000) en donde un equipo de profesionales entre los cuales había un psicólogo y un sociólogo realizaron unas entrevistas a un grupo de pacientes, con diagnósticos crónicos o diagnósticos psicológicos y un grupo de médicos, buscaba indagar sobre ese fenómeno de la comunicación y detectar las falencias que existen.

Los resultados de la investigación plantean que algunos médicos no tienen en cuenta las condiciones particulares de cada paciente que requiere que el doctor cambie la manera en la que se comunica. Los autores afirman que hay problemas frente a los resultados del tratamiento. Dichos problemas, plantean la posibilidad de creer que, si los médicos fueran más sensibles ante la importancia de lidiar con las quejas de los pacientes presentes en el lenguaje, con condiciones crónicas de salud o psicológicos particulares, podría representar un mejor resultado del tratamiento o favorecer el cuidado que tiene el equipo médico con su pacientes.

Apoyando el cuidado del equipo médico con sus pacientes, se encuentran otros aspectos importantes, como lo son la comunicación no verbal que tiene el médico con su paciente a la hora de la consulta, lo cual puede interferir en la manera en que el paciente entiende sus resultados o si se anima o no, a preguntar lo que necesita saber. Un estudio realizado por Mazzi (2014) en donde observaron unos videos de consultas que tenían un

grupo de médicos con su paciente, permitió poder escuchar las percepciones de un grupo de personas acerca de lo que habían observado en la interacción, en un ejercicio de grupo focal.

Sus percepciones acerca de los vídeos hicieron referencia a aspectos que dificultan la comunicación entre los dos, por ejemplo, el lenguaje no verbal del médico lo que en ocasiones daban a entender mensajes no tan claros al paciente. Por otro lado, una variable presente en el estudio hacía referencia a la participación del paciente en la consulta, en donde 25% de los resultados lo puntuaron como negativo y el 14% como neutral o sin posibilidad de puntuarlo como significativo dentro de la consulta observada. Otro aspecto importante dentro del estudio fue el dar detalles por parte del médico, acerca del diagnóstico o de la salud del paciente, en donde el resultado fue de 68.5% negativo, frente a un 26% positivo, lo cual permite afirmar que el médico no da detalles acerca del diagnóstico si el paciente no lo pregunta, pero su lenguaje no verbal, conduce a que el paciente no se atreva a preguntar o asuma algunas particularidades.

De esta manera, no solamente la comunicación verbal hace parte de como las familias y los médicos construyen narrativamente la experiencia del paso por la UCI, según De Shazer (1999) : “las palabras son por supuesto parte del lenguaje, también lo son los silencios, los gestos, las expresiones faciales etc. Para mirar la magia de las palabras, tenemos que mirar el lenguaje, el contexto dentro del cual las palabras producen su magia” (p. 23). Desde ahí se entiende que las formas simbólicas de interacción tienen la capacidad de transformar las narrativas de las personas, como lo son las pautas, los patrones, los ritos y los mitos.

Entendiendo la distancia que existe en ocasiones entre el médico y el paciente, se plantea la idea de Ruíz y cols (2003) en donde confirman por medio de un estudio que hicieron sobre 4 consultas médicas, que el modelo que más predomina actualmente en el contexto médico es el paternalista, el cual corresponde a “la manera en que el médico domina la relación tomando las decisiones que cree más convenientes para el paciente” (p.594). En

ese orden de ideas, basados en su estudio, sólo 1 de cada 4 médicos explica adecuadamente y la oportunidad que tenían los pacientes de hablar en las consultas era muy escasa.

Un ejemplo claro de un estudio etnográfico realizado por Pacheco (1992), quien realizó su observación mientras era paciente en diversas consultas, daría cuenta de dicha inconformidad que existe entre los pacientes por la relación con su médico. El autor describe la relación en términos de desigualdad de la siguiente manera: “la relación entre el médico y el paciente es desigual, el primero es quien hace las preguntas cuando considera necesario y el segundo contesta”; esa dinámica relacional que se mantiene, podría alimentar la idea de que el paciente en ocasiones no es tenido en cuenta y su comprensión acerca del caso no resulta ser una prioridad en la intervención del médico.

Igualmente, esto se puede observar en otro estudio que realizó el autor a 800 madres que asistían a consultas pediátricas con sus hijos y manifestaron que no entendían lo que su médico les comunicaba, pues su lenguaje no era claro y tampoco sentían interés por él para aclarar, lo cual disminuye la confianza de preguntar.

Las ideas planteadas acerca de si los pacientes sienten que logran entender a su médico, fueron estudiadas de igual forma por Stegmann (04 de junio de 2014), quien realizó 237 entrevistas a usuarios de oncología y pediatría, de la cuales 130 se realizaron a pacientes, 97 a familiares en primer grado y otros 10 a personas asistentes en el centro de salud, que buscaba evaluar si el médico era capaz de dejar a un lado su jerga profesional y acercarse a sus pacientes en busca de favorecer su estado de salud. Según la autora, es cierta la leyenda de que a los médicos no se les entiende bien y los médicos por su parte reconocen que hacerse entender es una lucha constante.

Los resultados del estudio dieron cuenta de una gran inconformidad frente a los términos que utilizan los médicos y frente a las dudas que quedan con base en esa comunicación, a lo que la autora plantea: “todo para el enfermo, pero sin el enfermo”.

Stegmann (4 de junio del 2014) reconoce que en el momento en el que los pacientes se quedan con las dudas, llegan a sus casas a terminar de buscar por internet lo que su médico debió resolver en consulta, dando cuenta de la forma en la que la comunicación médico paciente está siendo llevada y de qué manera los pacientes no se sienten parte del proceso.

Frente a la poca satisfacción que los pacientes presentan en cuanto a la relación con su médico y la información que reciben de ellos, Martín y cols. (2010) realizaron un estudio transversal en el que describieron la satisfacción del paciente frente a la relación con su médico de familia por medio del cuestionario de relación médico paciente versión 9 preguntas (PDRQ-9), en donde la variable con menor puntuación frente a la satisfacción es el que se refiere al poco tiempo que los pacientes sienten que su médico les dedicó durante la consulta, en donde los hace sentir poco conformes con la información recibida y se relaciona con otras variables con baja satisfacción referidas al entender la información o al sentirse comprendidos por su médico.

En este punto, se podría plantear que la relación médico paciente se encuentra mediada por diferentes variables que se deben tener en cuenta para generar una sensación de satisfacción en el paciente, pero también para realizar un ejercicio integral desde la formación educativa de los médicos frente a la entrega de información y resultados, en donde el paciente se sienta parte del proceso y también logre liberarse de todas las dudas.

Frente a ello, González y Kraftchenko (2003) realizaron un estudio con los estudiantes de medicina, con una muestra de 124 estudiantes de 1ro, 3ro y 6to semestre de medicina y 43 profesores de la facultad. El estudio muestra que:

el proceso docente no tiende a dirigirse en su acción educativa con la coherencia y sistematicidad necesarias, para que su influencia en la formación de los estudiantes trascienda el plano formal y ejerza su rol en la educación ética de los futuros médicos, para una adecuada comunicación médico-paciente (p.45).

De este modo, aspectos de la satisfacción de los pacientes y de la empatía de los médicos, deben integrar el aspecto ético de los profesionales de la salud y que, aunque los docentes refieren que se privilegian los factores afectivos como función principal en la comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional, no se considera que, en la práctica, sea esta la función que centre la relación con los pacientes.

En el plano de la adherencia al tratamiento, Trujano, Vega, Nava y Saavedra (2012) la evaluaron respecto a la interacción médico paciente a través de la escala de adherencia terapéutica y un análisis factorial por el método de componentes principales y rotación varimax relacionados con 3 factores: control de ingesta de alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia, en 200 enfermos adultos crónicos, voluntarios. Como resultado, se encontró una adherencia mayor en los casos particulares en que los pacientes sí habían expuesto al médico sus dudas respecto al tratamiento logrando una explicación del procedimiento de curación, análisis, aplicación de medicamentos y los inconvenientes de estos, también a los que se les permitió elegir qué tipo de procedimientos iban a realizar, resaltando que para los pacientes es más importante saber cómo controlar la enfermedad que conocer las características de la misma así como que quienes asistían a instituciones públicas de salud fueron más adherentes que aquellos que eran atendidos en instituciones privadas.

En ese sentido, la adherencia al tratamiento podría entenderse también como una manera de afrontar un proceso de recuperación y de mejoría a cargo de los médicos, en donde se podría conectar también con todo aquello que los pacientes reciben de parte de éste equipo que contribuye al afrontamiento de enfermedad, como plantean Sánchez y Hernández (2013) en un estudio acerca de la psicología de la salud y el afrontamiento, quienes reconocen el papel de la comunicación entre el médico y el paciente en el proceso de afrontar, y lo importante que resulta ser claros con la información, “volviéndose a aclarar las diferentes cuestiones de la situación o problema para hacerlas lo más adaptables posibles” (p.10).

En un estudio acerca de la información del diagnóstico del tratamiento del cáncer uterino y la satisfacción con la atención médica, a través de un estudio descriptivo exploratorio, basado en una estrategia metodológica mixta sobre la perspectiva de 30 usuarias respecto al diagnóstico brindado por sus médicos, Pérez y Carmona (2005) concluyeron que más de una tercera parte de las mujeres consideró que la información recibida fue “muy general”, y que para una proporción ligeramente menor fue “clara”. La tercera parte de las mujeres señaló que sólo “algunas veces” el médico la escucha atentamente y con calma cuando le expone sus dudas y con respecto a la explicación de las indicaciones a seguir para controlar su enfermedad, el 57% respondió que “siempre” recibían explicaciones, el 50% de la muestra dice que se siente “regular” con la información que ha recibido en cuanto a su enfermedad y tratamiento y por último el 30% de las mujeres expresan que al enterarse se sintieron ansiosas y desesperadas.

En un estudio cualitativo desarrollado por Bascuñan (2005), se aplicó una encuesta autoadministrada y tres grupos focales a 44 médicos, se indagó acerca de los cambios ocurridos en la medicina en los últimos años, mencionando que los médicos no están satisfechos con el cambio que se ha dado en la relación médico-paciente, en su satisfacción profesional y personal, pues según ellos, la tecnificación y especialización de la medicina la ha deshumanizado, existiendo un “desmembramiento del paciente en órganos y la pérdida de visión en conjunto”(p.13); también resaltan la burocratización y la falta de tiempo que se relaciona con una progresiva despersonalización de la relación, ya que no hay tiempo para crear lazos con los pacientes, de manera que el médico se ha ido transformado en “un funcionario que debe aplicar estos estándares y satisfacer las demandas de un cliente” (p.13).

Esta misma investigación resalta la introducción de variables económicas, protocolos y estándares de los países, afirmando que “antes era más importante la calidad que la cantidad, ahora interesan tantos pacientes por hora como si fuera una fábrica de calcetines, el

usuario ya no es nuestra prioridad y de ahí nace nuestra desgracia”(p.13), se concluye que el paciente actualmente, llega con preguntas, conoce teorías de la medicina, entre otras exigencias, de tal modo que parece importante “reemplazar este trato por uno más realista, donde los médicos acepten sus limitaciones y los pacientes ajusten sus expectativas y conozcan la naturaleza incierta de la medicina” (p.15).

Otra investigación, acerca de la construcción de la experiencia familiar y su relación con el afrontamiento del cáncer en un hijo menor de edad, se refiere a la enfermedad como una situación desestructurante para una familia, así según Rolland (2000) citado por Fonseca, Gutiérrez, Jiménez, (2006):

El hecho de enfrentar una enfermedad crónica y la posibilidad de muerte se considera normal en la vida adulta tardía, y el problema surge cuando este tipo de enfermedad se presenta antes de la vejez, lo que convierte el hecho en no normativo. Así, las enfermedades que hacen su aparición en momentos tempranos del ciclo vital tienden a ser vividas y narradas como más desestructurantes” (p.263).

Este tipo de situaciones no-normativas requieren un apoyo para los sistemas familiares, en donde el rol del sistema de salud podría ser clave.

Esta misma investigación, resalta que la construcción narrativa de la experiencia no solamente se forma a través de los relatos dominantes acerca de la enfermedad, y en adición se podría inferir que acerca del rol de los médicos, sino que “puede mantener el sentido de la experiencia como “marginal”, ya que encontrarse en un hospital puede significarse como una desviación en el curso de la vida en su cotidianidad” (Rolland, 2000, citado por Fonseca y cols. p.273).

4. Marco Metodológico

4.1 Generalidades de la Investigación Cualitativa de Segundo Orden

Basados en una noción paradigmática ecosistémica compleja, Hernández (2005) plantea la relación circular del paciente y su sistema amplio, entendida en términos de que el “individuo y ecosistema son interdependientes, como puntos y contrapuntos que forman los nodos de la comunicación: el sujeto y su ecosistema son gestores de la significación, en un proceso donde son mutuamente texto y contexto” (p.5).

Al entender la relación médico paciente de forma ecosistémica, se puede reconocer la complejidad en el abordaje al poner a conversar la postura sistémica y ecológica y entender que sus convergencias reconocen los aportes de cada una y a su vez, construyen significados que aportan a nuevas formas de abordar los fenómenos, esta idea se puede relacionar con lo que Bautista (2011) plantea:

Desde el prisma de la complejidad, las ciencias sociales tienen no sólo un nuevo reto para ampliar sus conocimientos, también encuentran un conjunto novedoso de herramientas que permiten estudiar los diferentes temas desde una mirada integral que tendrá en cuenta lo psicológico, lo económico, lo histórico y lo social (p. 64).

La presente investigación tiene como objetivo conocer de las subjetividades frente a la experiencia de la vida de los sujetos en un contexto médico, por lo que se hace uso del enfoque cualitativo, dado que “todo individuo, grupo o sistema tiene una manera única de ver el mundo y entender situaciones y eventos la cual se construye por lo transmitido por otros y por la experiencia (Hernández, 2014, p.9).

La investigación cualitativa, según Hernández (2014) se basa en un proceso inductivo, es decir, de exploración y descripción, con el fin de generar perspectivas teóricas, yendo de lo particular a lo general y recolectando datos para tener perspectivas y puntos de vista de los participantes, como las emociones, significados y experiencias, no para estandarizarlos. Se

busca entonces, conocer los significados alrededor de la relación médico paciente y la manera en la que esta relación es entendida por sus partes, buscando generar nuevas comprensiones entre sus participantes. A su vez, a través de la comprensión de la construcción narrativa, se busca conocer la experiencia de afrontamiento del paso por la UCI y de qué manera la relación médico-paciente se ve inmersa en dicho contexto.

4.2. Tipo de estudio: Investigación- intervención

Cuando se habla de una investigación-intervención como estrategia metodológica, se habla también de destrezas sistémicas/construccionistas, que según Estupiñán y cols (2003) buscan generar alternativas viables en los procesos humanos por medio de miradas compartidas de los observadores. En este tipo de ejercicios, según los autores, existe simultaneidad del cambio producido por el acto interventivo con el otro, que se da por medio de procesos de explicación, comprensión y descripción de los dilemas humanos presentes en la conversación, sin embargo, esa conversación debe caracterizarse por niveles de observación y roles de los investigadores e incluso de los participantes, de manera que la conversación comience a co-construirse.

Esa intervención, como lo plantean Estupiñán y cols (2003), se entiende como un acontecer narrativo conversacional, que se da en un espacio y tiempo particular de la experiencia de los participantes, el cual es recreado en un escenario conversacional en donde se dan encuentros autorreferenciales en los investigadores, permitiendo que todos sean actores que activan sus interpretaciones con la intención de coordinar los significados entre todas las partes y así, crear posibilidades novedosas. Esos encuentros autorreferenciales, se refieren a todo aquello que se conecta de manera particular con los investigadores y que entra a conjugarse con las versiones narradas por los participantes, en donde juntos comienzan a crear nuevos significados frente a las experiencias de paso por la UCI que también se entenderán como nuevas negociaciones de significados de lo vivido en esta unidad, en donde

la experiencia es el material principal del escenario conversacional, pero a su vez, el acontecer narrativo, como plantean los autores se construye mediante la interacción de dicho material con las versiones de todas las partes.

4.3 Actores o participantes

Para la elección de los participantes de la presente investigación, se tiene en cuenta a Mejía (2000), quien propone que los actores, son casos relevantes que representen el objeto de estudio en la estructura social; en conexión, para la representatividad no es necesario un número elevado de participantes, ya que “es la profundidad del conocimiento el objeto de estudio y no la extensión de la cantidad de unidades” (p. 116); de esta manera, desde las particularidades de cada uno de los participantes se reconoce su individualidad y se evita la generalización.

Los actores que protagonizaron la investigación- intervención son convocados a través de contactos cercanos y así mismo de su disponibilidad, los actores participan de forma voluntaria y no son mediados por ninguna institución. Los criterios de inclusión tienen en cuenta que: el paciente y su respectiva familia haya pasado por un proceso médico que como resultado haya terminado en UCI por lo menos hace 6 meses, con el fin de conocer su experiencia antes del paso e ingreso a la UCI. En cuanto a los médicos, que hayan trabajado hace 12 meses o que se encuentren trabajando en la UCI y así mismo en todos los casos, haber cumplido la mayoría de edad en Colombia (18 años). En cuanto a los médicos, las edades oscilan entre 23 y 30, resaltando dos pasos del ciclo vital de los participantes, el inicio de su experiencia profesional y, por otro lado, la culminación de su especialización en la que se reconoce más experiencia en la UCI, dando cuenta de diferentes lecturas, permitiendo visibilizar la construcción narrativa de la experiencia del paso por la UCI en el afrontamiento y en la relación médico- paciente.

Se plantean algunos elementos relevantes de los participantes:

M1: Mujer de 24 años de Bogotá, quien actualmente se encuentra culminando su carrera profesional en Medicina, ha trabajado en la UCI tanto en clínicas como en hospitales en sus prácticas profesionales.

M2: Mujer de 30 años de Bogotá, quien actualmente finaliza su especialización en cuidados intensivos, ha trabajado en la UCI como residente de tercer año, es importante resaltar que estos residentes tienen una posición de jerarquía en la UCI.

P1: Mujer de 45 años de Bogotá, ingresó a la UCI por un infarto en un hospital y fue trasladada a una clínica de medicina prepagada, estuvo 72 horas internada en la UCI.

F1. Hombre de 48 años de Bogotá, esposo de P1, acompañó el proceso de su esposa y fue quien se contactó en su mayoría con los médicos.

4.4 Estrategias y Técnicas:

4.4.1 Escenarios conversacionales reflexivos.

Los escenarios conversacionales reflexivos son entendidos, según Estupiñán y cols (2006) como espacios de conversaciones generativas entrelazadas, realizadas entre los diferentes actores participantes, siendo una herramienta operadora de las acciones de investigación - intervención, en donde se busca evocar historias significativas vinculadas a los fenómenos de estudio, para comprender junto con ellas sus efectos en sus vidas, a la par de organizar formas de interacción conversacional para la emergencia de nuevos relatos posibilitadores de nuevos significados de las experiencias vividas y de nuevas formas de acción y relación.

Son momentos de investigación intervención participativos, reflexivos, experienciales y conversacionales; en su intención reflexiva, no presumen revelar o reflejar lo que existe, ya que incluye las posturas auto-referenciadas del investigador-interventor que invitan al acople emocional y lingüístico de las participantes, los cuales para Estupiñán y González (2015) buscan a su vez:

- a) Evocar y explorar reflexivamente las narrativas dominantes, los contextos relacionales conversacionales y las pautas relacionales que los organizan donde emergen tales narrativas.
- b) Comprender y deconstruir sus significados vividos y sus efectos pragmáticos en la vida de sus dilemas y dificultades familiares.
- c) Co-construir narrativas alternas que negocien y coordinen nuevos significados posibilitadores de nuevas experiencias, acciones y pautas de relación.

Esta concepción conversacional de la narrativa, no solamente ayuda a entender cómo las personas organizan su experiencia de paso por la UCI en relatos, cómo surgió el problema en la vida del paciente y familia y cómo se podría aportar al re-narrar de manera más amplia la experiencia en la UCI, sino que también, así como afirman Estupiñán y González (2015), permiten que los investigadores-interventores también hagan parte de la construcción de historia y discurso sobre ellos mismos, y en este caso, sobre las familias, los pacientes, los médicos y la intervención.

Según Estupiñán y González (2015), el investigador/interventor es un co-participante y co-narrador en el proceso de transformación de la historia, por lo que es co-responsable del proceso involucrándose desde una postura respetuosa y curiosa, procura no poner el foco de la conversación en la representación exacta de los hechos reales, sino en la evocación de los relatos significativos, las múltiples versiones o voces, tanto dominantes, vinculadas periféricas o marginalizadas, diseña preguntas de diferente tipo para articular relatos que se opongan o cuestionen versiones opresivas y conduce la secuencia conversacional reflexiva en dirección a la evocación-deconstrucción-articulación de nuevos argumentos.

En los escenarios conversacionales, es necesario tener en cuenta diferentes niveles de observación-conversación, con el fin de poder favorecer la reflexividad entre los mismos, es

decir poder *conversar sobre las conversaciones* y que, a su vez, organicen los objetivos, las preguntas y los focos de la investigación-intervención.

La figura a continuación expone la organización de los escenarios conversacionales, por medio del encuentro con uno de los participantes de la investigación, en donde I-I 1 se refiere a investigador- interventor 1, I-I 2 a investigador interventor 2, y M1 como médico 1.

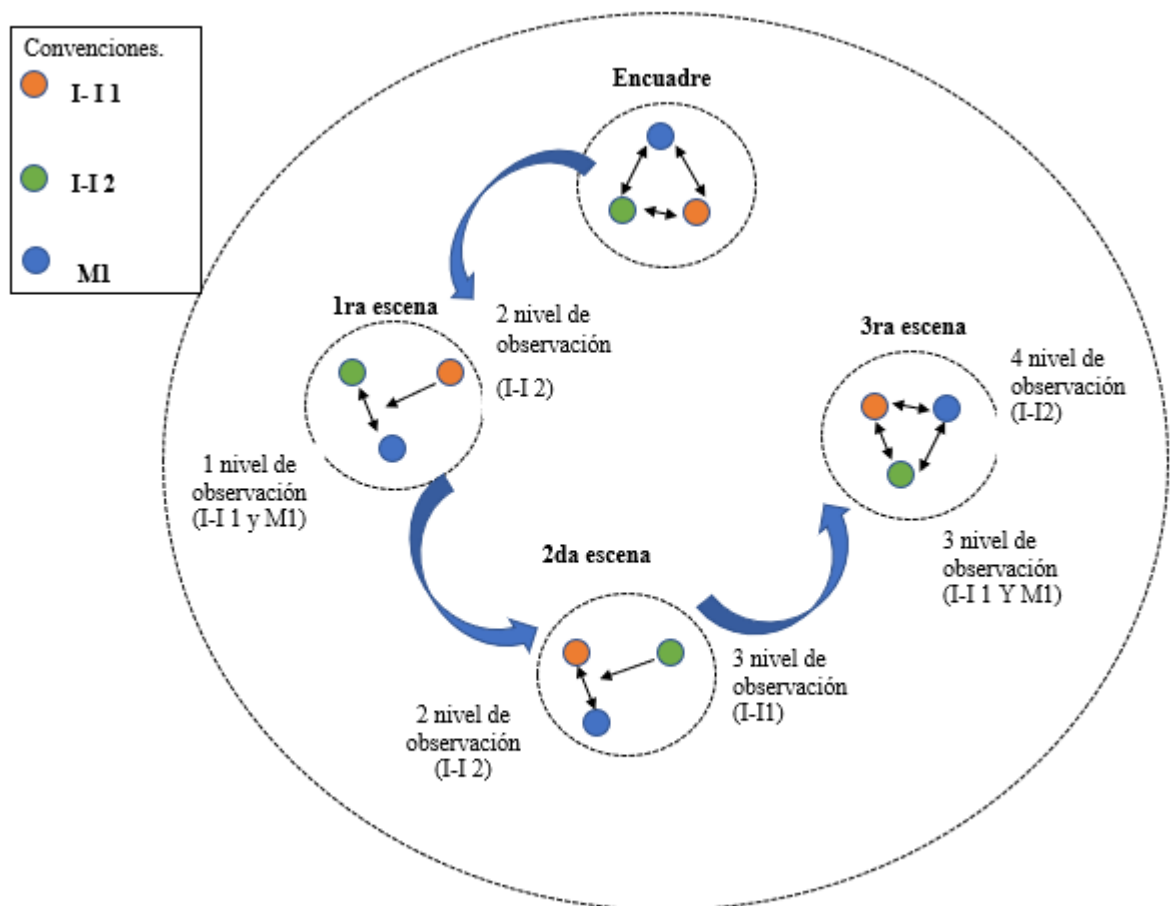


Figura 1. Escenario conversacional #1

4.4.2 Narrativa conversacional.

Se reconoce la importancia que las historias adquieren en el lenguaje y en las experiencias narradas, que en ocasiones son entendidas como malestar, se organizan en eventos lingüísticos de acuerdo a las experiencias vividas y a los sentidos que le otorgan; así como afirman Anderson y Goolishian (1996) “los sistemas humanos son sistemas generadores de

lenguaje y generadores de significados” (p.1) y de esta forma, sus discursos comienzan a construirse en órdenes sociales acordados.

Para Romero, Rey y Fonseca (2013), una intervención narrativa es

“un proceso a través del cual el interventor y consultante establecen un diálogo, con el fin de poner en práctica algunas estrategias que favorezcan la reconstrucción de historias en relación con las narraciones sobre crisis y la emergencia de historias alternativas” (p.139).

La narrativa conversacional, es entendida como contexto de evocación y articulación de relatos en la interacción conversacional entre co-narradores, en donde se construye asumiendo significado, sentido y función particular. Dicha interacción, según Estupiñán y González (2015), “está organizada en/por patrones lingüísticos-narrativos, cognitivos, emocionales, la cual a su vez se organiza por diferentes órdenes contextuales de significado y sentido del campo narrativo” (p.77), que se hacen presentes en la interacción conversacional, informando dónde, qué, cómo y para qué se narra.

Se retoma el dispositivo social de narrativa conversacional desde Estupiñán y González (2015), quienes plantean que “la narrativa conversacional como proceso psico-sociocultural es un mecanismo ontológico de adaptación humana que organiza y viabiliza el relato de historias personales y colectivas en el escenario de la interacción humana” (p.76), entendiendo de ésta manera, que “en el acto narrativo se configuran y reconfiguran las percepciones, significados y sentidos del mundo vivido en situaciones y contextos concretos” (p.76), dotando al lenguaje de un carácter transformador de la experiencia.

Se busca facilitar la emergencia de narrativas alternas, las cuales requieren de un contexto en particular en donde la narrativa experiencial-contextual logre conectar las historias contadas y las historias encarnadas con aquellas nuevas que posibiliten la

emergencia de narrativas de las cuales se pueda entrar a formar parte (Estupiñán y González, 2015).

Dicha configuración asume que el relato es el dispositivo humano por excelencia que permite la organización de la experiencia situada en contextos sociohistóricos de significado y relación, sirviendo como un espacio relacional de constitución-mantenimiento-negociación de las realidades. Para Estupiñán y González (2015), son “organizaciones humanas, ecológicas, complejas y emergentes” (p. 72) que se encargan de configurar los modos de vivir de individuos, familias y comunidades.

4.5 Análisis de Contenido

El análisis de contenido “hace referencia a la interpretación de los datos recolectados en el transcurso de toda la indagación” (Bautista, 2011, p.187), puesto que es la manera en que se le da sentido a todas las narrativas que a través de las técnicas,

Para llegar no sólo a comprender las comunicaciones, sino también a los significados y significantes, es necesario reducir los datos, para poder así describirlos y darles una interpretación a través de “una estructura sistemática, inteligible y significativa” (Bautista, 2011, p.188), de manera que la categorización de los datos, en este caso de las narrativas, está basada en 4 tácticas: conteo, identificación de patrones y temas, identificación del nivel de plausibilidad de las observaciones y agrupaciones.

Teniendo en cuenta las tácticas anteriores, en la categorización, según Bautista (2011), se organizan los datos en categorías que permitan realizar comparaciones y contrastes para la comprensión de las realidades emergentes que se han detectado a través de criterios unificadores, buscando que todas las ideas que salieron en la investigación queden incluidas en alguna de estas, siendo posible dividir una categoría en subcategorías, con el fin de facilitar el análisis.

De esta manera, el propósito del análisis de contenido es darle un sentido latente a los relatos de las investigaciones cualitativas “que procede de los hechos sociales atravesados por las representaciones mentales que subyacen a los actos humanos” (Bautista, 2011, p.187), examinando el significado de las narrativas y las palabras.

En cuanto a los investigadores, según Pourtois (1992), se trata de penetrar la mentalidad del informador, de impregnarse de sus ideas, sus valores, de captar sus intenciones, de ponerse en su lugar, teniendo en cuenta el contexto sociocultural (la coyuntura del momento, intenciones, y presiones), los datos personales y el contexto literario (estilo, claridad, vocabulario).

Así, una de las técnicas del análisis de contenido utilizadas en esta investigación es el análisis categorial, la cual consiste en dividir los relatos en categorías “con el fin de condensar los datos brutos para proporcionar una representación simplificada de los mismos” (Pourtois, 1992, p.219). Se parte entonces de un *Eje contextual* que constituye el marco de referencia para el análisis de contenido de la información, entendida desde el construccionismo social, cibernética de segundo orden y la narrativa conversacional.

A su vez, se tiene en cuenta unos *Ejes categoriales*, entendidos como los ejes de indagación de la investigación, compuestos por los escenarios conversacionales y los puntos claves sobre los cuales se diseñan los mismos, a saber, la relación médico paciente, el afrontamiento familiar y la construcción narrativa de la experiencia del paso por la UCI. El análisis de dichos ejes de indagación, se organizan por medio de *códigos*, los cuales son fragmentos de las narrativas agrupadas de manera particular, producto de los escenarios conversacionales, sobre lo que se construyen las *categorías emergentes*, interpretadas con un sentido particular de las narrativas a partir de la unión de códigos y se entienden como los resultados finalmente contruidos de los encuentros conversacionales.

4.6 Sistema Conceptual

A continuación, se plantea el sistema conceptual del presente trabajo, el cual tiene como fin, categorizar la información obtenida de los encuentros con los participantes, así como también organizarla en categorías conceptuales que permitan un mejor análisis y una clasificación del relato obtenido, con el fin de responder a los objetivos planteados.

Es por medio del presente sistema conceptual que se logran visibilizar algunas narrativas alternas en los relatos de los participantes, que a su vez permiten contemplar un posible camino hacia la resignificación de su experiencia, aun así, de sus roles dentro de la relación con su sistema de salud.

4.6.1. Afrontamiento familiar.

Con esta categoría, se busca conocer cuáles fueron las habilidades o recursos que la familia utilizó para hacerle frente a la experiencia de paso por la UCI, de manera que puede ser percibida como una oportunidad para reconocer a su vez, fortalezas del sistema familiar. Además de ello, se busca con esta categoría conocer cuáles de esas habilidades ya eran reconocidas antes del paso por la UCI, o por el contrario, emergieron de dicha experiencia y hoy en día se continúan resaltando como parte de la identidad familiar.

Se propone al indagar sobre el afrontamiento familiar, conocer también de qué manera los médicos reconocen que es más fácil para las familias hacerle frente a la situación, qué han podido identificar como recurso para favorecer ese afrontamiento familiar y qué papel cumplen ellos en dicho proceso.

Dentro de esta categoría, se reconocen las diferentes dimensiones de las relaciones humanas, las cuales pueden entrar a favorecer el afrontamiento de la experiencia de paso por la UCI, por ejemplo las creencias religiosas, en donde la experiencia se encuentra enmarcada en términos de : “sin la ayuda de Dios no hubiéramos podido salir de esto”, “somos una familia creyente y eso nos ayudó a sobrellevar la situación”, así como también el sentir que cuentan con la institución que los atendió o sus propias redes de apoyo.

Del mismo modo, indagar la experiencia del médico, conociendo las herramientas que utilizan para validar la dificultad de hacer parte del equipo de salud de una unidad tan delicada como lo es la UCI, otorgándole importancia también a su experiencia allí y visibilizando sus posibles redes de apoyo en caso de ser necesario.

4.6.2. Construcción narrativa de la experiencia del paso por la UCI.

Se pretende en la presente categoría, en primera medida, reconocer que, por medio de la narrativa organizada en el lenguaje, se puede llegar a recrear una experiencia en la vida de cualquier persona y que, desde allí, se puede entrar a negociar los significados que se les quiera atribuir a dicha experiencia después del tiempo.

Con base en lo anterior, se busca conocer la experiencia de paso por la UCI en una familia, recreando ciertas partes de su historia, reconociendo los significados que la familia le otorga a dicha experiencia, sus opiniones, percepciones y valores atribuidos a la enfermedad que los llevó a la UCI, pero también a dicha unidad y a las relaciones que establecieron con todo el equipo médico que estuvo asistiéndolos.

La construcción narrativa de la experiencia también busca conocer cómo fue para el médico tomar la decisión de estudiar esta carrera, qué lo llevó a elegir la UCI como lugar de trabajo y cómo ha sido esa experiencia laboral, indagando la manera en la que este trabajo ha permeado su esfera personal y familiar y lo que ha hecho para sobrellevarlo.

4.6.3. Relación médico paciente.

Se entiende que la relación médico-paciente, según Gajardo y Lavados (2010), es aquella que

“tiene connotaciones éticas que demarcarán el rol que va a ser asumido por ambas partes, ya que este tipo de interacción no se limita sólo al vínculo médico-enfermedad. En ella se incorporan sentimientos, principios y vivencias del paciente y del profesional” (p.4).

Así mismo, cuando se entabla una relación se abarcan varios aspectos en los que se ve inmiscuida la comunicación tanto analógica como digital, en este caso,

reúne al médico y al paciente se realiza y expresa de acuerdo con las acciones humanas, una de las cuales, la cognoscitiva, en el caso de la relación médica, toma forma específica de diagnóstico y de pronóstico, es decir, de método para conocer lo que aqueja al enfermo y para definir, dentro de lo posible, sus expectativas para el futuro. Este encuentro no se trata solamente de una interacción entre dos seres para obtener algo, sino de una relación más estrecha, interpersonal, que compromete lo profundo de las personas. El enfermo y el médico se reúnen para el logro de algo que importa, medularmente, a la persona del paciente: su salud (Gajardo y Lavados, 2010, p.4).

Lo anterior, se conecta con la investigación con la manera de afrontar el paso por la UCI y las repercusiones que tiene para la salud del paciente y así mismo para la asunción del rol del profesional en su vida personal.

4.6.4. Narrativas alternas.

Las historias humanas se encuentran indiscutiblemente en constante construcción, de la cual se puede dar cuenta por medio del lenguaje y de los significados que se les otorgan a ciertas experiencias en particular. Las narrativas o relatos alternos se entienden como parte de estas experiencias, sin embargo, estas están compuestas por todos los relatos que quedan por fuera de los relatos dominantes o saturados por los problemas de las personas.

De esta manera, las narrativas que quedan por fuera y que no se han visto aún contaminadas del problema, se caracterizan por ser novedosas y esperanzadoras, constituyéndose como los recursos para crear narrativas alternas. White & Epston (1993) plantea que estas narrativas vistas como recursos son “una fuente llena de riqueza y fertilidad para la generación, o regeneración de relatos alternos” (p.32). Desde el punto de vista de

Goffman (1961, citado por White y Epston, 1993), los acontecimientos extraordinarios son la base para la construcción de las narrativas alternas que propone White.

Se pretende entonces, por medio de espacios generadores de diálogo y construcción, acompañar la creación de relatos alternos en las personas en donde se espera poder “introducir preguntas que inviten a las personas a profundizar en la aplicación de estas historias alternativas” (White y Epston 1993,p.46), es decir, buscar posibilidades en los relatos para que nazcan nuevos significados, ampliando “aún más el alcance de estas historias alternativas, planteando preguntas que inviten a las personas a identificar y crear nuevos significados vitales” (p.46).

4.7 Procedimiento

4.7.1 Fase de definición del fenómeno.

La intención de esta investigación es abarcar el tema de la salud en Colombia, que ha estado en transformaciones constantes desde hace unos años como un derecho para todos, así mismo, desde principios autorreferenciales aparece el cuestionamiento del rol de los médicos en el sistema de salud y de la forma en que transmiten la información a sus pacientes, reflexionando acerca de la manera en que como pacientes estamos recibiendo el servicio de salud y visibilizar todo lo que hay dentro de estas dinámicas, resaltando la complejidad de las relaciones y de los sistemas que interjuegan en esta área.

De esta manera y teniendo como ejes centrales el paradigma de la complejidad y el enfoque ecosistémico, se da inicio a la indagación de antecedentes de investigación sobre la construcción narrativa de la experiencia de paso por la UCI y sobre la comunicación médico paciente, resaltando su incidencia en la manera como las personas enfrentan su diagnóstico, que permita continuar con el desarrollo de los marcos y la construcción investigativa.

4.7.2 Fase de diseño de escenarios conversacionales.

Al definir el tipo de estudio, así como también los actores, los instrumentos y los recursos, se diseñan unas preguntas orientadoras por medio de las cuales se organizaron los escenarios conversacionales, que pueden observarse en la siguiente tabla:

Tabla 1.

Matriz de Escenario Conversacional Reflexivo.

Temática:

Actores:

Foco	Objetivo	Preguntas Orientadoras	Procedimiento
-------------	-----------------	-----------------------------------	----------------------

Fuente. Elaboración propia

De esta manera, la estrategia obedece entonces a la investigación cualitativa y a la co-construcción de espacios conversacionales que facilitan la emergencia de nuevos relatos para los participantes, reconociendo a las investigadoras como parte activa del proceso.

4.7.3. Fase de aplicación.

La presente fase del trabajo consiste en la aplicación de las estrategias interventivas, organizadas en tres escenarios conversacionales reflexivos; si bien se construyeron unas preguntas orientadoras las mismas sólo eran una guía; de esta manera, cada escenario tiene diferentes niveles de observación, reconociendo la particularidad de cada actor y así mismo de las investigadoras como interventoras, de tal manera que se presentan las modificaciones pertinentes en cada uno de los casos, acerca del tiempo, los temas, entre otras. A su vez, se propone para cada uno de los encuentros, un objetivo y algunas preguntas orientadoras que pueden ser observadas en los anexos 4, 5 y 6.

4.7.4 Fase de construcción de resultados y discusión.

Al finalizar los encuentros con los participantes, se realiza el análisis de la información, comenzando con la *transcripción de los escenarios conversacionales* basados en las tablas nombradas anteriormente (anexo 4,5,6), en donde se ponen a conversar los resultados contruidos en cada encuentro, con la epistemología y el paradigma de la investigación, de modo que las narraciones cobran sentido a nivel conceptual y a su vez, responden a los objetivos investigativos.

A continuación, se usa Atlas Ti para asignar códigos a las narrativas de los participantes, con el fin de identificar los relatos y facilitar la interpretación posterior de los mismos; de esta manera, se agrupan los distintos códigos según su relación en interpretación en categorías emergentes, las cuales se interpretan a la luz del sistema conceptual del trabajo, permitiendo el diálogo entre lo novedoso, las reflexiones y las similitudes con los antecedentes.

4.7.5 Fase de devolución de resultados.

Al finalizar la investigación se devuelve a los participantes las conclusiones y los análisis pertinentes para que puedan conocer los resultados principales, así como las respectivas recomendaciones derivadas del estudio, manteniendo la confidencialidad de la información obtenida, la cual, al llegar al final del año de tenencia la información será, eliminada con el fin de protegerla y de evitar que pueda ser filtrada.

En relación con la información como tal, se cambiaron los nombres durante el análisis y además se le otorgó un código a cada uno de los participantes, con el fin de proteger su identidad a la hora de utilizar las narrativas puntuales.

Finalmente, la respectiva devolución de resultados se hace por medio de correo electrónico a solicitud de los participantes, en donde se les aclaró cualquier duda acerca de la información y se les hace saber nuevamente que hace parte de sus derechos retirar la información en caso de no querer que sea publicada.

4.8 Instrumentos

4.8.1 Grabaciones en audio.

Para recolectar la información y obtener el mayor detalle de esta, se realizaron audio-grabaciones durante todo el escenario conversacional que se tuvo con cada uno de los participantes, con su respectiva previa autorización, por medio del consentimiento informado.

4.8.2 Atlas Ti.

Una vez se contó con las audio-grabaciones debidamente transcritas de los escenarios conversacionales, se procedió a registrar la información en este programa, en donde por medio de la codificación y posterior categorización, se pudo organizar la información obtenida y agruparla con respecto a los objetivos previamente planteados.

5. Consideraciones Éticas.

La presente investigación ubica como referente normativo, la ley 1090 de 2006, la cual reglamenta la labor del psicólogo, además de tener en cuenta también el código deontológico y bioético y todo aquello que el gobierno Colombiano considera importante tener en cuenta para el desarrollo pleno de la labor del psicólogo y el decreto 8430 de 1993 estipulado para la ética en investigaciones con seres humanos, para el desarrollo de las acciones de intervención de acuerdo al objetivo de investigación.

Por otro lado, al tratarse de un ejercicio autónomo, voluntario y responsable se realiza toda devolución de resultados a los participantes sobre el ejercicio investigativo, se tiene en cuenta el artículo 49 de la ley 1090 de 2006, resaltando la importancia de la metodología, el análisis de resultados y la devolución de estos, respetando los términos de confidencialidad previstos y buscando que los mismos les resulten beneficiosos. Además de respaldar todo aquello que se obtenga de allí, para lo cual se elaboró un consentimiento informado que explica todas las condiciones y pone de manifiesto que las personas pueden retirarse de la investigación en cualquier momento si así lo desean.

A través del consentimiento informado, se garantiza el cambio de nombres reales, el uso confidencial de las grabaciones de audio y la confidencialidad de la información expuesta, esto amparado por el código deontológico y bioético representado en la ley 1090 de 2006 en los artículos: 23,24,25 y 30. Este código tiene en cuenta el principio de confidencialidad y de la libre participación en la investigación y en donde se priorizará el secreto profesional siempre y cuando la información no conlleve peligro o atente contra la integridad de sí mismo y otros o cuando conlleve un delito; lo cual será informado a los participantes de la investigación, con el fin de que tomen la decisión de abandonar el proceso o de no contar algunos aspectos de su experiencia, sin embargo, estas experiencias no serán divulgadas con nombres propios, ni instituciones; por el contrario, se busca conocer las experiencias de los participantes priorizando la confidencialidad.

Por otra parte, se tiene en cuenta la acción sin daño, reconociendo la dignidad de las personas, entendiendo a los participantes como sujetos íntegros, con recursos y potencialidades particulares y reconociendo su aspecto emocional y comprendiendo el impacto que ha tenido el paso por la UCI. Es importante resaltar que la presente investigación no se realiza en ninguna institución prestadora de salud y que a su vez los pacientes y los médicos no han tenido ninguna comunicación anterior, ni han entablado ninguna relación previa a la investigación. También se reconoce su valía como seres humanos y su autonomía, puesto que cada persona es capaz de orientar su proyecto de vida de una forma específica que responda a la construcción narrativa de su realidad y de esta manera respetar las formas en que las personas se desempeñan; por último, la libertad en la cual las personas a través de su autonomía tienen la posibilidad de decidir sobre su vida y sus proyectos, permitiendo si es el caso, el retiro de la investigación.

Teniendo en cuenta que esta investigación está basada en el área de la salud, se considera la resolución de las normas científicas, técnicas y administrativas para la

investigación en la salud, basadas en la resolución 8430 de 1993 en la que según el artículo 11 la presente investigación es considerada como una investigación con riesgo mínimo, en la cual “no se manipulará la conducta del sujeto” (Resolución 8430, (1993) art 11), ya que se utilizarán técnicas comunes como los escenarios conversacionales en donde la intención es conocer las experiencias de la población y en donde se reconoce que el tocar algunos temas referentes a su experiencia puede generar algún tipo de impacto en los participantes.

Por último y teniendo en cuenta que esta investigación epistemológicamente está basada en el construccionismo social y ésta además resalta la importancia de la comunicación, se tiene en cuenta a Agudelo y Estrada (2012), ya que la comunicación es un proceso social primario, en el que el lenguaje impregna la actividad social y es el que posibilita la construcción de acciones conjuntas (del médico y los pacientes) pues estas tienen significados para quienes intervienen en ellas. Basándose en estos principios es importante resaltar que esta investigación busca mejorar la labor del médico, el paciente y su familia, para construir una experiencia diferente que permita cambios a futuro, ya que es importante que las investigaciones tengan “un sentido social de transformación y de cambios, que beneficien a las personas con las que convivimos. Debe tener, desde la práctica, repercusiones axiológicas, que involucren emociones, acciones y por supuesto valores personales y sociales” Rodríguez (2008) citado por Agudelo y Estrada (2012, p.365). Buscando contribuir al beneficio para la comunidad y no solo para las investigadoras.

6. Resultados

A continuación, se presentan los resultados del presente trabajo; basados en los escenarios conversacionales, y su posterior codificación, los relatos fueron distribuidos en diferentes categorías conceptuales que permiten entender el fenómeno: (*Afrontamiento (AFR)*, *Construcción de la experiencia narrativa (CEN)*, *Relación médico paciente (RMP)* y *Narrativas alternas (NA)*) Cada categoría, cuenta con los relatos de los participantes, sus emergencias, su historia de vida que contribuyeron a significar su experiencia, los relatos se interpretaron dentro de cada categoría conceptual, al finalizar cada matriz, se resaltan algunos de los códigos junto con información complementaria.

6.1 Afrontamiento

Tabla 2. Resultados de la investigación AFR

Narrativas	Categorías Emergentes
PI: <i>"Mi apartamento se llenó de toda mi familia toda... primos, tíos, esposos de las primas, mi abuela todos y no era a hablar de que ay ¿qué le pasó? ó ¿Y cómo así? sino, ¡Hágale que usted es una berraca!"</i> M2: <i>"Entonces los pacientes ven que su familiar está junto a él y se recupera mucho más rápido, no se deprimen, se toman los medicamentos</i>	ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR, APOYO RELACIONADO CON UNA PRONTA RECUPERACIÓN Y CON UNA MAYOR ESTABILIDAD EMOCIONAL EN EL MÉDICO. El afrontamiento más que una relación favorable con el médico exige de la misma manera, un apoyo constante de los familiares tanto para los pacientes, como para los médicos, ya que cada uno reconoce a la familia como un sostén para llevar el paso por la

<i>juiciosos... incluso para la adherencia al tratamiento es muchísimo mejor son pacientes que no se sienten solos".</i>	UCI desde sus respectivos roles. Por otro lado, se busca involucrar a la familia del paciente en el proceso, pues se ha encontrado que favorece su recuperación.
<i>M1: "La parte emocional repercute muchísimo en la parte física, Entonces si un paciente se siente como que le prestan atención... uno a los dos días los ve muy recuperados".</i>	En el caso de los pacientes, el apoyo de la familia es una oportunidad para ver cambios y mejoras en la salud del paciente, lo que es reconocido desde la voz de los médicos, resaltando que favorece la manera en la que los pacientes aceptan su tratamiento, reconociendo que el estado emocional repercute en la recuperación y se relaciona con la compañía que reciben, lo que permite visibilizar el papel de los familiares y la necesidad de que sean parte de la recuperación.
<i>M2: "Para mí es importante poder llegar a la casa y desahogarme con alguien... contarle a alguien que algo pasó, me pasó esto... estoy triste... por eso yo creo que ese momento de desahogarse con la familia, uno como que descansa y se tranquiliza".</i>	

<i>P1: “No siempre los papás son los que cuidan a los hijos, se supone que como usted es la mamá, usted es la que los tiene que cuidar, pero mis hijos aprendieron algo muy bonito”.</i>	MODIFICACIONES ESTRUCTURALES DE LAS RELACIONES FAMILIARES Y CAMBIOS FRENTE A LA VIDA, DESPUÉS DEL PASO POR LA UCI. Esta categoría, recoge las narrativas que dan cuenta que tipo de cambios se dieron alrededor de la organización familiar después
--	--

PI: <i>“Porque es muy poco el hombre y el hijo que está tan pendiente de la mamá”.</i>	de la experiencia en UCI. Se busca con esta, resaltar los cambios que se dieron a nivel estructural (roles, reglas, jerarquías), dentro del núcleo familiar y de la misma manera, como el haber pasado por un proceso de cuidados intensivos, les exige a su vez, tomar diferentes decisiones frente a aspectos como la elección de su trabajo o el tipo de relación que entablan con las demás personas que también han vivido situaciones similares. Se entiende que la familia comienza a modificar las formas en las que se entendían estructuralmente, es decir, se modifican los roles y las jerarquías familiares que existían antes de la experiencia, además de alimentar las versiones identitarias de la relación de pareja y del rol de cuidadores.
PI: <i>“Igual ellos...pues yo pinso que lo tomaron... a pesar de lo pequeños, lo tomaron muy maduramente y pues logramos salir adelante”.</i>	
PI: <i>“Algo que cambió nuestra vida fue los trabajos, la decisión de retirarnos y de independizarnos, tenemos una empresa, uno está más relajado, más tranquilo”.</i>	

F1 *“Con la esclerosis, al principio nos metíamos a internet a averiguar sobre la enfermedad”.*

P1 *“Entonces tal vez fue miedo, yo le entregué todo a Dios de tal manera que le dije... haz tu labor y ya no me quiero enterar de más”.*

P1 *“Yo creo que nosotros antes de*

COSTUMBRES, HABILIDADES Y

CREENCIAS RELIGIOSAS QUE FAVORECEN EL AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA.

En esta categoría, se recogen las narrativas que dan cuenta de la forma en la que las creencias religiosas, las habilidades individuales y familiares y algunas costumbres del sistema, favorecen y facilitan el paso por la UCI, haciendo que la situación se torne más llevadera y a su vez, visibilizando aquellas

<i>salud y medicina y todo eso somos muy católicos, somos una familia entregada a Dios y pienso que todo se lo entregué a mi Dios, que él hiciera todo”.</i> F1 “Yo pienso que ellos no se expresaron tanto por la misma tranquilidad que yo les transmití... como les conté las cosas”.	habilidades que emergieron durante el paso por la UCI. La categoría, contiene 7 códigos; los cuales comprenden relatos emergentes entendidos hoy como nuevos recursos del sistema familiar, como lo son la unidad y la fuerza, resaltando nuevas habilidades para futuras situaciones, y así mismo les ayudó para relacionarse actualmente entre ellos. Por otro lado, sus creencias religiosas, la tranquilidad del padre o la obediencia de los hijos, recursos que favorecieron el afrontamiento de la situación, lo que hoy en día cobra mayor significado y nutre la construcción identitaria familiar.
---	---

M2: “Voy a apoyarme en otras especialidades o en un equipo que lo ayude a hablar con el paciente” M2 “si el paciente es consciente de su enfermedad de las consecuencias que puede tener el paciente nos va a colaborar M2: “pero si uno no tiene una buena relación con el paciente ellos van a decir que el médico me tiene descuidado el médico no ha venido el	LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA COMO RECURSO PARA LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS QUE FAVORECE EL AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD: La presente categoría busca plantear la posibilidad de encontrar un apoyo en psicología, para la comunicación de médicos con familiares y pacientes, proponiendo un entreno a los médicos, para adquirir habilidades de comunicación más empáticas y claras. Se plantean para ello 21 códigos, los cuales se centran en narrativas que reconocen que apoyarse en
--	---

médico no hace nada por mí”

M1: *“el doctor se interese por el paciente, que el paciente sepa quién es su doctor, que les den la información porque solos en una UCI y sin información es una locura, entonces siempre eso ayuda”*

especialidades como psicología, favorecería la comunicación con los pacientes y familias, pues creen que les daría mayor seguridad y confianza en su médico y en su tratamiento. Sin embargo, comentan también que este acompañamiento se hace desde el servicio de psicología general del hospital, lo que en ocasiones puede no estar disponible en horarios extendidos como se maneja en UCI, siendo una propuesta de los médicos, contar con un psicólogo entrenado en esta unidad, que pueda prestar su servicio de forma constante y especializada en estos casos. Los médicos, reconocen que en ocasiones se quedan cortos en habilidades para comunicarse empáticamente y que es allí donde creerían que el acompañamiento psicológico podría ser pertinente.

M2: *“... al principio sí hubo los inconvenientes familiares de “usted no tiene tiempo para su familia”, “usted ya no está con nosotros”, “usted no se preocupa por nosotros”, “usted a toda hora vive en el hospital metido y usted está en un*

AFRONTAMIENTO DEL MÉDICO EN LA UCI DESDE EL APOYO DE SU FAMILIA, PARA MANEJAR SUS EMOCIONES Y SU POSTURA RACIONAL. Esta categoría, recoge la información desde la experiencia del médico, en donde se reconoce el paso por la UCI es una situación que también es afrontada por los médicos, quienes afirman tener que hacerle frente a diferentes

segundo plano”

M2: “...Voy a sentarme hablar con un profesor o que el profe a uno lo llamé y le pregunté, no... ¡no pasa! sólo hablamos de los casos”.

M1: “Sí, debería haber alguien que esté para uno, porque por más de que se “acostumbre” hay casos que si salen de todo el contexto de la vida y si te impactan muchísimo”.

M1: “Tenemos que ser fríos y decirles que está muy mal y se va a morir, no darles esperanzas”.

situaciones apoyándose en redes como la familia, el cual es un acompañamiento importante pero que en ocasiones se queda corto. Esta categoría, abarca 21 códigos, frente a los cuales, se infiere que si bien, los médicos viven un ritmo de trabajo acelerado que les exige cumplir con diversas obligaciones y a su vez con su vida personal, su construcción identitaria como trabajadores de la salud, resulta de un constructo elegido y elaborado por ellos mismos, en donde el manejo emocional y psicológico de vivir en la UCI, el alejarse de su familia al cumplir con turnos extensos, el enfrentarse a la muerte de forma constante e incluso a descuidar su propia salud los lleva a optar por una postura racional frente a la relación con sus pacientes, la cual es entendida como fría y distante, lo que desde la experiencia del médico, es simplemente un manejo emocional de su labor. Sin embargo, si se le diera un mejor manejo, la relación con los pacientes podría darse de otra manera sin tener que extralimitar su labor y del mismo modo procurar que la comunicación no se vea afectada por su carga laboral.

Las anteriores 4 categorías emergentes, dan cuenta de caminos que la familia participante encontró para hacerle frente al paso por UCI y a su vez, reconoce la voz del

médico dentro de este proceso, quien resalta algunas herramientas que las familias pueden encontrar como útiles para sobrevivir dentro de la unidad.

En la primera categoría, **“Acompañamiento Familiar, Reconocido Como Apoyo Relacionado Con Una Pronta Recuperación Y Con Una Mayor Estabilidad Emocional En El Médico”** se tuvieron en cuenta algunos códigos tales como *“Apoyo emocional de parte de los miembros de la familia”*, *“red de apoyo”*, *“miembros como cuidadores del paciente”*, *“apoyo de la familia extensa”*, entre otros, por medio de los cuales se pudo reconocer que los pacientes que se encuentran solos no se recuperan tan pronto como los pacientes acompañados por familiares, mostrando a su vez el papel que cumple el síntoma al sostener a un sistema familiar y cómo la persona que lo porta no es la única que lo vive, siendo una razón de peso para involucrar a los familiares no sólo en el tratamiento, sino en la comunicación y en la relación con los médicos.

En cuanto a la categoría **“Modificaciones Estructurales De Las Relaciones Familiares Y Cambios Frente A La Vida, Después Del Paso Por La UCI”**, en donde resaltan códigos tales como: *“cambios de roles en los miembros familiares para ayudar al paciente”* y *“miembros familiares como cuidadores del paciente”*, se recogen los diferentes movimientos que la familia hizo para organizarse de manera que sobrellevaran la situación estresante, respondiendo al principio de la autoorganización de los sistemas; así mismo, posibilitando cuestionamientos a narrativas dominantes de género, en donde la mujer es la única cuidadora del sistema familiar, deconstruyendo esta narrativa y asumiendo una postura menos dominante y más flexible frente a su funcionamiento, invitándolos a entender la situación de forma novedosa. Así mismo, los roles y las jerarquías cambiaron, pues ahora el hijo mayor debía encargarse del cuidado del menor y en ocasiones, los dos hijos debían cuidar del hogar mientras sus padres se encontraban en el hospital.

Los cambios estructurales, se vieron también acompañados de “**Costumbres, Habilidades Y Creencias Religiosas Que Favorecen El Afrontamiento De La Familia**” allí, se resaltan códigos tales como: “*creencias familiares que facilitan el proceso de afrontamiento*”, “*habilidades que favorecen el paso por la uci*” y “*costumbres de la familia alrededor de la enfermedad*”. Estas y otras narrativas, recogen ideas frente a cómo sus creencias religiosas sostuvieron al sistema familiar y cómo diferentes discursos dominantes acerca de la religión también sostenían la labor del médico, en donde planteaban que aunque se encargaban de hacer lo que estuviera a su alcance, reconocían que existía una fuerza superior que daba la última palabra.

Desde esta postura del médico, se construyeron otras narrativas frente a su labor y frente a cómo era entendida por sus pacientes, en donde se planteó la idea de ser fríos y distantes, frente a lo cual reconocieron dichas ideas, pero también plantearon posicionarse desde un rol racional, el cual les ayuda y les permite darse un lugar en la relación con sus pacientes, pero en ocasiones los aleja de tener una relación con una comunicación clara y más empática.

Esta categoría se tituló “**Afrontamiento Del Médico En La Uci Desde El Apoyo De Su Familia, Para Manejar Sus Emociones Y Su Postura Racional**”, contando con algunos códigos como “*sensación de descuido de la familia del médico por el trabajo*”, “*adaptación al trabajo en la UCI de la familia del médico*”, “*apoyo de las personas externas al ámbito laboral para desahogarse*”, en la cual, el afrontamiento no es únicamente un fenómeno que se da en la familia o en el paciente de UCI, sino en los médicos que trabajan allí y que en ocasiones se conecta con la postura racional que mantienen, la cual, aunque es elegida y construida por ellos mismos, se puede encontrar afectando la comunicación clara con sus pacientes.

Esta comunicación, que los médicos en UCI deben mantener con familiares y pacientes, comprende el dar malas noticias, el comunicar tratamientos, entre otros. Se identificaron narrativas que dan cuenta de cómo la falta de herramientas de comunicación en los médicos, se encuentra afectando la relación con pacientes, puesto que, aunque la UCI se entiende como un lugar difícil y aislado para los pacientes, los médicos reconocen que cuando los pacientes saben acerca de su estado, se comportan de una manera más segura y tranquila; mientras que cuando desconocen su tratamiento y no tienen información actualizada sobre su estado, se rehúsan a colaborar en el procedimiento.

Esta última información se reunió en la categoría emergente de afrontamiento titulada **“La Atención Psicológica Como Recurso Para La Comunicación De Malas Noticias Que Favorece El Afrontamiento De La Enfermedad”**, con algunos códigos tales como *“apoyo en otras especialidades en situaciones difíciles”*, *“necesidad de un equipo de apoyo para darle un manejo emocional a la labor”*, *“necesidad de un psicólogo entrenado en UCI”*, la cual encierra la noción de que los pacientes se enfrentan a un equipo médico cargado laboral y emocionalmente, así mismo a un profesional frío, distante y poco empático, el cual debería darle un manejo diferente a dichos factores para que no permeen la relación con los pacientes.

6.2 Construcción Narrativa de la Experiencia del Paso por la UCI (CEN)

Tabla 3. Resultados de la investigación CEN

Narrativas	Categorías Emergentes
<i>M1: “Yo creo que ese es humanización no solamente ha sido por algo personal de los médicos sino también de un sistema que está y pues yo creo que el</i>	DIFERENTES POSTURAS FRENTE A LA SALUD EN COLOMBIA QUE PERMEAN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y LA ESTABILIDAD EMOCIONAL DEL EQUIPO

problema más grande sería ese... la deshumanización”.

M1: *“Yo hago la comparación con el Hospital y la clínica privada, entonces lo que llega a la clínica son contributivas o prepagadas entonces ahí el médico sí o sí le toca dar información y dar su mejor esfuerzo”.*

P1: *“Hay médicos terribles, perversos... que no te miran, sólo escriben, te tocan y ya ¡que tristeza que uno tenga que tener medicina prepagada para que uno le den como prioridades que se necesitan!”.*

MÉDICO. Desde la construcción narrativa de la experiencia de los participantes, se creó la presente categoría, la cual busca definir de qué manera es percibida la medicina en Colombia abarcando la manera desde la experiencia de los participantes, se ha permeado la forma en la que se percibe la atención en medicina y la relación con los pacientes. Se encontraron 21 códigos; los cuales también proponen cómo no sólo el trato a pacientes se ve claramente diferenciado en una EPS y en una atención en medicina prepagada, sino que también la atención en esta última, parece ser percibida como más segura y de mejor calidad, frente a lo cual los médicos participantes reconocen que su comportamiento sí cambia en pacientes de EPS y de prepagada, debido al alcance que puede llegar a tener una queja. Esta y otras demandas, como el trato deshumanizado a pacientes, son ideas que los médicos aceptan como realidades actuales.

M2: *“Lo que más a uno le duele es que yo he gastado casi 10 años de mi vida estudiando mientras otros compañeros*

**LA PRÁCTICA MÉDICA ENTENDIDA
COMO VOCACIÓN, QUE SE HA PUESTO A
PRUEBA DEBIDO A MALAS PRAXIS Y
FALTAS A LA ÉTICA DE ALGUNOS**

ya han tenido familias, ya han viajado, han hecho de todo”.

M1: *“Sí, obviamente el especialista creció en una especialidad donde lo gritaban, en donde entre” lo maltrataban”, donde todo era a las patadas...pues muchas veces ellos quieren que las personas que están abajo pues hacer lo mismo”.*

M2 *“Son pacientes que prefieren algunos médicos porque los tratan mejor o le dan mejor la información; yo digo todos estamos dando exactamente la misma información, pero unos tienen más empatía que otros”.*

MÉDICOS: Esta categoría, propone definir de qué forma la práctica médica considerada una vocación, se ha visto afectada por malas praxis de algunos médicos que ponen en duda la ética profesional. Se reunieron 23 códigos los cuales permitieron conocer la inconformidad de los participantes frente a la percepción de pérdida de vocación del médico; relacionado con que los médicos sin vocación no realizan de la mejor manera su labor y así mismo dejan en los pacientes la sensación de despreocupación por la comunicación y el trato con los mismos; todo esto sumado a que no cuentan con una atención psicológica propiamente diseñada para ellos o para el equipo médico de UCI y que a su vez, aunque consideran que la medicina es una vocación, se ha perdido con el tiempo debido a prácticas incorrectas en el trato con pacientes,

M1 *“Pero si tú ves que el paciente se está remordiando del dolor, a ti te queda en la consciencia que no tuviste \$2000 para que se comprara un dolex...”.*

M1 *“Muchas veces no tenemos los*

EL MÉDICO QUE ASUME

RESPONSABILIDADES EXTRAS EN SU RELACIÓN CON EL PACIENTE POR FALTA DE RECURSOS EN SALUD Y POR TEMOR A NO PODER EVITAR LA

MUERTE : Resalta la preocupación del equipo

recursos... muchas veces incluso en rurales el médico saca de su plata para que el paciente se tome un acetaminofén que obviamente no es el orden de las cosas, pero pues éticamente uno no va a decir muérase yo no le voy a dar nada”.

M1 *“En esas personas solas...si lo único que ven es a nosotros... nosotros podemos ser su apoyo, obviamente no involucrándonos porque pues tampoco está bien”.*

médico por traspasar los límites con sus pacientes por falta de recursos en la salud, lo que afecta los tratamientos y dificulta el buen desarrollo de su labor, siendo un problema para la relación, pues no sólo el médico buscar cubrir con necesidades que no le corresponden (como lo son el asumir gastos económicos) sino que también se enfrentan a la muerte, la cual juega un papel importante en la relación y el temor a no poder evitarla, lo que puede llevarlos a extralimitar sus roles. Se encontraron 10 códigos, los cuales exponen una realidad del sistema de salud: en cuanto a la falta de recursos o la mala distribución de los mismos, en donde, se encontró que los médicos en ocasiones invierten de sus recursos económicos para suplir la necesidad de algún medicamento dando cuenta de límites difusos en la relación.

P1 *“Hablar de esto me ayudó en qué me acordé de que tengo un esposo maravilloso, es un man que como les digo a veces exagera cuidándome”.*

RESIGNIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA Y VISIBILIZACIÓN DE RECURSOS FAMILIARES DESPUÉS DE HABLAR SOBRE EL TEMA: En la presente categoría, se recogen algunas ideas que dan cuenta de una

- F1** “*Me creí fuerte en ese sentido... y a uno le hace falta esto desahogarse y sacar todo pero esa represión que uno tiene...*”.
- P1** “*Algunas preguntas que nos hicieron, me hizo pensar que; yo no me vuelvo a quedar callada, yo ya no voy a esperar el primer concepto*”.
- M1** “*Consideró que hay una parte espiritual más encima de nosotros y que hace el 200% ... y pues si se lo quiere llevar, se lo va a llevar*”.
- resignificación de lo que implicó pasar por la unidad de cuidados intensivos, así como también la importancia de los recursos que la familia identificó como obtenidos durante la experiencia y que hoy en día los caracteriza. Se proponen en esta categoría, 11 códigos, desde los cuales, se reconoce la importancia del lenguaje como vehículo para visualizar las emergencias y novedades que nacen al re narrar una experiencia en particular. Se reconocieron también recursos espirituales y adaptativos como herramientas que le aportan al afrontamiento entre otros recursos que no habían sido articulados completamente no solo a su construcción identitaria familiar y de pareja, sino también frente a su rol como paciente de ahora en adelante.

Estas 4 categorías, recogen algunas posturas frente a la medicina y frente a la salud en Colombia, reconocen novedades en el discurso de los participantes al haber tenido un espacio para por medio del diálogo, darle otro significado a lo que fue esta experiencia.

Dentro de la primera categoría; “**Diferentes Posturas Frente A La Salud En Colombia Que Permean La Relación Médico Paciente Y La Estabilidad Emocional Del Equipo Médico**” se resaltan algunos códigos como “*percepción del lado oscuro de la medicina frente al trato de los pacientes*” “*percepción de deshumanización de la medicina*”

“diferencia en la atención de paciente es en clínicas privadas y públicas “y “sistema de salud empobrecido desde la Ley 100 en Colombia”, los cuales recogen experiencias y significados frente a la medicina y la labor del médico que permite rescatar la postura ecológica de los sistemas, en el caso del sistema de salud, existe una estructura más amplia el cual lo cobija como es el sistema político, que regula su funcionamiento, por medio de leyes nacionales de salud. Sin embargo, el trato con pacientes se ha visto comprometido por las regulaciones y dinámicas en el que resaltan el llamado “lado oscuro de la medicina” el cual se encuentra relacionado con prácticas poco saludables de los médicos que entran a satisfacer necesidades individuales, por medio de prácticas que no son éticas y que ha entrado a poner en prueba la confianza en estos profesionales.

Frente a esto, se construyó una nueva categoría entendida como otra de las posturas que han afectado el ejercicio médico en Colombia, **“La Práctica Médica Entendida Como Vocación, Que Se Ha Puesto A Prueba Debido A Malas Praxis Y Faltas A La Ética De Algunos Médicos”**, la cual abarca 23 códigos que recogen nociones acerca del trato deshumanizado percibido desde la experiencia de algunos pacientes y desde los mismos médicos participantes, quienes reconocen que ciertas condiciones del ejercicio de la medicina, se ha encargado de permear algunas prácticas y algunos procedimientos que no son correctos ni responden a su ética profesional, como por ejemplo, el llevar a cabo una cesárea en lugar de un parto natural por el simple hecho de obtener mayor beneficio económico. Algunos códigos para resaltar de la presente categoría son *“incompatibilidad entre el juramento y la ética profesional”, “importancia de la vocación en las labores médicas”, “cualquier médico puede pasar como un mal médico”, “cuestionamientos con su vida profesional vs su vocación” y “carga laboral y emocional que lleva a la pérdida de vocación”*.

Por otro lado, los médicos reconocen este trato deshumanizado y refieren que debido al desgaste en el que se sienten inmersos, en el que descuidan diferentes áreas de su vida y en el que además tienen una carga laboral y académica pesada o en otras ocasiones la falta de vocación, se relaciona con la forma en la que se relacionan con pacientes y con compañeros de trabajo, sin embargo, es importante resaltar que este rol no es impuesto, sino asumido, reconocen que su postura les sirve, aunque su principal objetivo siempre sea esquivar la muerte en sus pacientes, ante ello se propuso la siguiente categoría titulada **“El Médico Que Asume Responsabilidades Extras En Su Relación Con Su Paciente Por Falta De Recursos En Salud”** la cual está compuesta por 10 códigos que recogen información alrededor de las problemáticas de la organización del sistema de salud, los médicos reconocen que desde la Ley 100, aunque la salud se convirtió en un derecho con mayor cobertura, los recursos destinados a salud no son invertidos como deberían y por ello, en ocasiones no cuentan con los medicamentos que se necesitan. Todo esto, se relaciona con el querer evitar la muerte, donde cada parte busca hacer lo que pueda por evitarla, sin tener en cuenta lo que los pacientes o los médicos consideran importante o necesario. Algunos códigos presentes en esta categoría son *“falta de recursos en salud”* y *“apoyo médico que traspasa los límites en la relación”*.

Por último, se construyó la categoría **“Resignificación De La Experiencia Y Visibilización De Recursos Familiares Después De Hablar Sobre El Tema”** compuesta por 10 códigos, algunos de ellos son *“percepción del cambio de vida”*, *“fortalecimiento del sistema familiar desde el paso por la UCI”* y *“nuevo posicionamiento como paciente después del paso por la UCI”*, que reconocen que el hablar del tema no sólo les hizo recordar algunos aspectos olvidados con el tiempo, sino que más allá de eso, lograron darles otro sentido, reconociendo que en un futuro por ejemplo, buscarán apoyarse más como familia, además de reconocer recursos familiares después del paso por UCI; invitándolos a posicionarse diferente

no sólo como padres e hijos, sino como pareja, por ejemplo, se encuentra en el entender que puede contar con su pareja y no vivir el dolor de forma individual, siendo narraciones en donde la familia reconoce que después de haber hablado sobre el tema identifican recursos relacionales.

Adicionalmente, su rol como pacientes también se vió impactado, pues reconocen la importancia de posicionarse diferente frente a la información que reciben y frente a su papel activo en la relación con su médico, que no se quedarán con dudas en una futura consulta y que también fuera del contexto de salud, llevan aprendizajes a otras esferas de su vida como lo es la laboral, pues buscan ahora trabajos que les aporte más tiempo como familia y apoye su salud física y mental. Todo lo anterior, se podría entender como emergencias significativas que únicamente cobran vida por medio del diálogo y la circularidad en la conversación.

6.3 Relación Médico Paciente.

Tabla 4. Resultados de la investigación RMP

NARRATIVAS	CATEGORÍAS EMERGENTES
M1 “No pues, ver el lado positivo...te accidentaste, estas en una UCI, Pero mira que ya estás subiendo los brazos, ya los puedes mover... Cómo hacer un comparativo de como estaba antes y los cambios que has tenido hasta ahora”. M1 “Digamos que como residente uno siempre tiene que salir primero, pero si	BUENA RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE BASADA EN EL APOYO COMO UNA HERRAMIENTA QUE FAVORECE EL AFRONTAMIENTO DEL PASO POR LA UCI EN LOS PACIENTES. Esta categoría se basa en la importancia del apoyo del médico al paciente, a través de la comunicación y de una relación sana basada en la confianza entre los médicos y los pacientes,

uno ve que es una familia muy compleja, uno siempre pide apoyo a un especialista (...) si no... pedimos apoyo a psicología para entre psicología hacer ese abordaje del paciente... a ellos los tranquiliza un poco uno habla con el psicólogo”.

M2 *“Hemos asumido que la familia les ha contado pero la familia se ha abstenido de contarles lo que ha sucedido, entonces no saben que le estamos haciendo”*

M2 *“uno puede estarles dando todo su tratamiento y estar haciendo lo mejor para ellos, pero si uno no tiene una buena relación con el paciente ellos van a decir que el médico me tiene descuidado...”*

M1 *“ver abuelos por ejemplo de 85 años que se están recuperando de una operación cardíaca completamente solos que su familia se convertía nosotros los terapeutas, las enfermeras y ya...”.*

en la que los médicos reconozcan los avances del paciente, así mismo, informan los procedimientos tanto a los familiares como a los pacientes y escuchan las necesidades del paciente, en donde la voz del paciente es una prioridad. Se hace hincapié en el primer encuentro del médico con la familia, ya que a través de esta el paciente y el médico se conocen y se permiten desempeñar roles específicos en su relación, lo que más adelante les permitirá construir confianza y facilitará que los pacientes se adhieran al tratamiento y confíen en el médico, quien, a su vez, podrá trabajar libremente, bajar los niveles de estrés y sentirse a gusto con su labor.

F1 *“Yo no lo volví a ver, pero algo como muy frío como como son los médicos*

LA COMUNICACIÓN COMO BASE FUNDAMENTAL PARA EL

pienso yo, me dijo péguese en su creencia y oré por ella, ya en 3 días podríamos estar pensando en pasar la habitación y eso fue prácticamente fue así, él salió como de afán”.

F1 *“Osea, a ella la ingresaron como a las 11 de la mañana y eran como las 2 de la tarde y yo no tenía razón de ella”.*

P1 *“Como paciente no le dicen mucho yo simplemente le preguntaba a las enfermeras porque el médico muy poco pasaba”.*

M1: *“No es solamente que las enfermeras le comuniquen al doctor, sino que la enfermera habló con el paciente, que el doctor se interese por el paciente, que el paciente sepa quién es su doctor”.*

M2 *“Uno ya sabe lo que tiene que decir, ya más o menos lo que les va a decir cuando ya están muy mal uno les dice casi lo mismo a todos”.*

M2 *“uno ya dice pues por lo menos sabe algo y ya con eso que sabe que usted*

ESTABLECIMIENTO DE UNA BUENA RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE Y UNA BUENA PRAXIS MÉDICA.

Teniendo en cuenta que el establecimiento de una relación se da a través del lenguaje, es importante resaltar la manera de comunicar de los médicos para que se posibilite una buena relación médico paciente y así mismo se realice una buena praxis, sin embargo, esta categoría muestra una comunicación cortante y escasa durante el paso por la UCI de parte de los médicos hacia los pacientes y los familiares, expresando una larga espera para recibir información, una relación en la que los médicos se muestran fríos y con afán, dando la información de manera corta y escasa y sin opción a que los familiares y los pacientes pregunten. Parece ser que en la UCI la comunicación es más escasa hacia el paciente que hacía la familia, ya que los médicos esperan que sea la familia quien informe al paciente.

En adición a lo anterior, los deseos de la familia y el paciente no parecen ser tenidos en

entiende qué decisiones puede tomar obviamente uno tiene que explicarle todo no solamente es llegar reciba usted y fin Si no es explicarle qué complicaciones puede tener qué beneficios puede tener Cómo puede quedar y pues que los entienda ya con eso pues tomar la decisión"

M2 *"uno decirles cómo qué que entendieron que ellos me traten de explicar lo que yo les expliqué, cómo serían las cosas y como que entendió"*

M1 *"Hay especialistas que solamente se dedican a pasar y decir bueno cambíele esto y esto y salen, se demoran dos minutos en la habitación y ya, "obviamente muchas veces por tiempo o estrés o presión... uno no les para bolas a las cosas que para nosotros son mínimas, pero para una familia lo puede ser todo".*

cuenta, por el contrario, la comunicación es generalizada, sin importar creencias, valores, entre otros, así, los médicos ya tienen un libreto estipulado para informar a las familias los diagnósticos, resaltando la verdad del diagnóstico.

Así, la dinámica que se mueve en la UCI con los pacientes no tiene como base fundamental la comunicación, a pesar de que reconocen que es importante.

Por otro lado, los médicos sí usan la comunicación entre el equipo de salud, teniendo en cuenta que no es posible que el mismo médico atienda a un solo paciente, los médicos informan mediante las historias clínicas los procedimientos que realizan a los pacientes detalladamente y en los casos en que es posible, hacen entregas del caso verbalmente, de esta manera, el siguiente médico está informado acerca del diagnóstico del paciente, favoreciendo los procesos del paciente.

M1 *"El problema principal ha sido diferente, entonces si nosotros tuviéramos esa parte humanizada que nos la están*

INSATISFACCIÓN CON LA LABOR DEL MÉDICO.

Así mismo, se observa que tanto los pacientes

intentando inculcar ahora, con el modelo que estaba antes donde no había un tiempo estipulado en una consulta donde los recursos se distribuyen muchísimo mejor entre comillas sería perfecto!”.

P1 *“Con la esclerosis al principio nos metíamos a internet a averiguar sobre la enfermedad”.*

M2 *“Llega un momento en donde ve las consecuencias de lo que puede pasar a futuro, entonces ese ese momento uno dice yo no le voy a hacer más a ese paciente, porque por más de que le haga no se va a recuperar se va a morir y estamos prolongando una muerte... entonces la gente se refiere a frío porque uno intenta tratar de convencer a la familia de que ya no le hagamos más”.*

como los médicos se sienten insatisfechos con la labor del médico, ya que el sistema de salud actual no posibilita que los médicos tengan tiempo para atender a los pacientes, centrándose en el cumplimiento de sus labores diagnósticas y procedimentales y descuidando el trato al paciente.

Por otro lado, los pacientes no se sienten apoyados, y refieren una comunicación fría y cortante, lo que parece repercutir en la falta de confianza para comunicar sus dudas o necesidades, así como en el afrontamiento, sintiéndose abandonados y alargando su proceso de recuperación. Así mismo, refieren que en ocasiones pareciera que los médicos pierden su vocación, lo que incrementa la actitud fría y poco empática.

M1 *“Lo que a uno siempre le han enseñado es que uno tiene que decir siempre la verdad; O sea, el paciente tiene el derecho de saber su condición sea muy mala o sea muy buena, primero creo que siendo súper claros desde el inicio y no poniendo*

INFORMAR LAS MALAS NOTICIAS.

Otra parte importante de la labor de los médicos en la UCI, es informar las malas noticias, ya que además de que para los médicos es difícil dar la información, para los pacientes es difícil recibirla; así se resalta la importancia de la

buenos pronósticos por miedo a uno mismo”.

M2: *“cómo le dijimos tal cosa y uno pueda decir si es verdad no se lo dije bien pues es uno ya queda como con el bombillito prendido de nuevo decir las cosas así (...) de pronto esa persona que está la vida emocionalmente no lo está viendo esa manera y de pronto lo afecté”.*

verdad del diagnóstico a la familia, sin agregar falsas expectativas, sin embargo, reconocen que no están preparados para dar las malas noticias, ni en su carrera profesional, ni en su lugar de trabajo. De la misma manera, estas noticias parecen ser más fáciles de explicar cuando se tiene una buena relación con el paciente y su familia, después del primer encuentro entre los mismos, lo que permite que tras una explicación clara los pacientes tomen decisiones acerca de sus procedimientos más fácilmente.

P1: *“Uno dice es culpa de los médicos... es culpa del mismo sistema porque no les permiten, a mí me tocó entutelar a una clinica, cuando empecé con la esclerosis porque no me querían dar un medicamento”.*

M2 *“el estrés de que tienes que estudiar porque eres residente y ya no puedes decir “NO SE”.*

M1 *“el paciente no tiene la culpa de que tú tengas un mal día no tiene la culpa de que te hayan puesto un post turno ni que te hayan regañado en una revista el paciente,*

COMPRENSIÓN ANTE LA LABOR DEL MÉDICO.

Esta categoría se refiere a las condiciones laborales y a las leyes de salud quienes rigen la manera de actuar de los médicos, así mismo ante las largas horas laborales que trabajan y el cansancio que tienen, sin embargo, los médicos relatan que la fuerza para continuar en muchas ocasiones la toman de sus mismos pacientes, quienes necesitan ayuda; en adición, los pacientes reconocen que culpan a los médicos por situaciones que están fuera del

no tiene la culpa de eso qué es uno no tiene porqué transmitir ese tipo de cosas negativas que son inherentes al ser humano”.

alcance de estos.

Se resalta que en los hospitales se maneja un ambiente laboral pesado entre ellos mismos, lo que es posible que repercuta en la manera de interactuar con los familiares y pacientes, ya que hay altas exigencias acerca de su labor, presionándolos para tener resultados positivos.

M1 *“Si ves yo le dije en un principio que por ahí no era porque ya había leído en Google que sí aquí qué para tal cosa me tenía que tomar a tal cosa, pero como usted no me lo mandó entonces estoy empeorando o decirle mentiras”*

ROLES DEL MÉDICO Y LOS PACIENTES COMO INDICADORES DE LA RELACIÓN ENTRE LOS MISMOS.

El tipo de relación y de rol que ejercen los médicos y los pacientes se enmarcan la manera en que se entiende la relación, para los médicos se entablan relaciones adecuadas con los pacientes cuando son ellos quienes tienen un rol activo y los pacientes un rol pasivo, es decir, en el tipo de relación paternalista, por el contrario, cuando el paciente toma un papel activo, y se basa en su conocimiento y en su autonomía para tomar decisiones, para los médicos esto resulta ser problemático, señalando la relación como una mala relación médico paciente.

M1 *“Uno deja como todo el cansancio que pueda tener o todo lo que pasan las cosas por lo que te decía ahorita... no pues los otros pacientes te necesitan y pues tú no puedes estar cargando de lado a lado las cargas de este paciente al otro porque cada paciente es un ser independiente, con su familia, con su problema y en su contexto”*

M2 *“Digamos que esa empatía favorece el momento de la toma de decisiones porque*

cuando no tiene

una buena empatía con la familia la

familia hace lo que a uno le parece y no te

entra a controvertir tu decisión ni te van a

cuestionar porque haces esto o lo otro”.

P1 “Yo digo que ellos tampoco se pueden quedar hablándole a uno y crearle falsas expectativas... ellos como son muy cortantes en ese momento y entiendo tenemos una prima que es médico y nos dice que ellos tienen que ser muy cortantes y decir lo que tienen que decir no más”.

M1 “Lo ideal es ponerle términos que el paciente conozca... si no en serio tiene que hacer dibujos para que la gente entienda qué es un corazón que es un pulmón esos son herramientas que uno puede utilizar”.

F1 “Salir, hablar con la familia, preguntarles a ellos porque lo trajeron, como lo han visto evolucionar y yo digo que ese primer contacto con la familia es importante porque ellos ven como es el

MANEJO DE TOMA DE DECISIONES, TENIENDO EN CUENTA AL PACIENTE Y SU FAMILIA.

Para la toma de decisiones acerca de los procedimientos del paciente, es importante resaltar que la familia debe conocer el diagnóstico y sus posibles consecuencias y que debe ser el médico el que explique estos procedimientos, sin embargo, más que todo en las ocasiones en que no se entabla una buena relación médico paciente desde el primer encuentro es difícil de lograr, ya que los pacientes se sienten abandonados y los médicos se sienten insatisfechos con su labor, se sienten presionados legalmente por los pacientes y familiares o simplemente desde la posición activa del rol de médico toman decisiones sin tener en cuenta a los pacientes.

Además de esto para los médicos resulta difícil

médico que me va a tratar es que yo voy a estar viendo todos los días”.

M1 *“No pues uno llega hasta un punto... porque si no va más allá pues, 1. atenta contra la voluntad del paciente y eso es claramente antiético y después y hay otra cosa que nosotros utilizamos que es no hacer daño y no hacer daño no solamente es físico, sino en todas las esferas”.*

M2 *“A veces no se toma en cuenta la familia en esas decisiones si no sólo a los especialistas”*

hacer entender el diagnóstico a los pacientes y sus familias, ya que no logran comunicar de manera sencilla, optando en ocasiones por dibujar o hacer gráficos. Así mismo, es importante tener en cuenta las creencias del paciente y su familia para que de manera autónoma decidan el paso a seguir en el procedimiento dentro de la UCI, sin embargo, esto no parece ser importante dentro de la dinámica de la UCI.

M1 *“Si está en el hospital que de pronto no sabe uno se la puede explicar perfectamente y pues ellos entienden y pues súper bien, pero si es un paciente de una prepagada pues uno se cura en salud y uno le dice pues que el especialista habló con la familia”.*

M1 *“Que entiendan también el sistema porque muchas veces le echan la culpa a personal de salud desde la enfermera que*

DIFERENCIA ENTRE LA SALUD PÚBLICA Y LA MEDICINA PREPAGADA DEFINEN LA RELACIÓN ENTRE EL MÉDICO Y EL PACIENTE.

La diferencia entre la relación médico paciente en los distintos tipos de salud es marcada, ya que en medicina prepagada los pacientes tienen un rol activo en la relación, pues sienten que poseen más conocimiento acerca de la medicina y de los procedimientos, los mismos también ejercen presión a través de las leyes, así

lo atiende a la entrada hasta la especialista que hay cosas que por el sistema de salud que nosotros tenemos no nos permiten hacer”.

se aseguran de la veracidad de los diagnósticos y procedimientos, y por ende, los médicos actúan con más precaución en esta dinámica y los residentes se abstienen de informar el diagnóstico, ya que hay un temor legal por demandas de mala praxis. Por el contrario, en la salud pública, el médico tiene más libertades, ya que los pacientes tienen un rol pasivo en la relación, no representan una amenaza legal y dentro de sus narrativas dominantes dan por hecho que los médicos son los expertos y tienen derecho a ser cortantes en su relación.

M1 *“Porque uno con el primer paciente obviamente... queda afectado, pero pues así va a ser toda mi vida, no me puedo involucrar con los pacientes o sea tengo que dar todo de mí lo que yo pueda como persona y como como médico, pero pues no me puedo involucrar”.*

M2 *“y 2 pues dándole apoyo que nosotros pues por obvias razones no estamos ni preparados y no se tiene el tiempo para hacerlo entonces para el paciente no va a*

LIMITACIONES DE LA LABOR DEL MÉDICO PARA CUIDAR SU ESTADO EMOCIONAL.

Para los médicos el contexto en el que se mueven resulta ser emocionalmente fuerte, ya que se ven constantemente confrontados ante historias dolorosas, la muerte, familias afectadas, personas que tienen su misma edad y que están en condiciones de salud difíciles, entre otros. Sin embargo, como medida de afrontamiento, los médicos procuran no salirse

<i>ser igual que su mamá o esposa o su hija estén con él, a que un doctor por más buena gente que sea le hable...”</i>	de su rol, así minimizan los problemas y no se involucran con la situación para cuidarse a ellos mismos, ya que relatan que no se encuentran preparados para asumir este tipo de situaciones.
M2 “no hay psicólogo para la UCI, pero los pacientes de la UCI tienen prelación”	A pesar de eso reconocen que este apoyo es importante para establecer una buena relación médico paciente.

Se construyeron 9 categorías, la primera de ellas fue: **Buena Relación Médico-Paciente Basada En El Apoyo Como Una Herramienta Que Favorece El Afrontamiento Del Paso Por La Uci En Los Pacientes**, esta categoría está basada en 11 códigos, entre estos, “*equipo médico percibido como familia para algunos pacientes en la UCI*”, “*papel del equipo médico como apoyo a los pacientes*”, “*importancia del buen trato para la adherencia al tratamiento*” y “*la confianza del paciente hacia el médico*”, así cuando los médicos entablan una buena relación médico- paciente y familia, están abiertos a escuchar a los pacientes, se centran en las demandas de los mismos, conversan temas fuera de la enfermedad y reconocen los avances del proceso que llevan los pacientes, suelen mostrar mejoras en su recuperación. Además, en los casos en los que no es posible el acompañamiento de las familias, los médicos pueden ser un apoyo fundamental que posibilite el afrontamiento.

Del mismo modo, esta categoría, **Roles Del Médico Y Los Pacientes Como Indicadores De La Relación Entre Los Mismos**, se compone de 19 códigos, entre estos “*buena relación y buen trato asociado con que el paciente le crea al médico y al tratamiento*”, “*estilo de relación con pacientes entendida como fría por el médico*” y “*estilo de relación del paciente demandante entendida como difícil*”. Parece haber una paradoja en

la que para los médicos un rol activo parece ser problemático para la configuración de la relación con el paciente, sin embargo, los pacientes necesitan asumir un rol activo para asegurarse de sentirse seguros, estar informados y afrontar de mejor manera el paso por la UCI, así los pacientes quedan en una encrucijada, pues no pueden tomar un papel activo, porque implicaría una mala relación con el médico, pero si toman un papel pasivo en la relación no están recibiendo el trato necesario para afrontar el paso por la UCI.

La categoría: **La Comunicación Como Base Fundamental Para El Establecimiento De Una Buena Relación Médico- Paciente Y Una Buena Praxis Médica.**

está basada en 30 códigos en los cuales se resalta: *“comunicación distante al informar la noticia”*, *“escasa comunicación con la familia durante el tiempo en la UCI”*, *“falta de información en la sala de espera durante mucho tiempo”* e *“información clara acerca del procedimiento”*. Los médicos reconocen la importancia de la comunicación en la praxis médica; sin embargo, expresan que la falta de tiempo y el estrés son factores que limitan un trato personalizado, así mismo, es importante resaltar que en la UCI los médicos suelen darle más información a los familiares que al paciente y que dentro de las expectativas implícitas, los médicos esperan que los familiares informan al paciente, sin embargo, esto en ocasiones no sucede, lo que deja los pacientes con falta de información, sintiéndose inseguros e imposibilitando una buena relación médico-paciente.

Además, la **Insatisfacción Con La Labor Del Médico**, Basada en los códigos: *“Mayor tiempo y mejor atención hacen una buena práctica médica”*, *“Costumbre a la labor fría del médico que establece un tipo de interacción sin preguntas”*, *“Resignificación ante la labor fría del médico”*. Los médicos reconocen que actualmente a la medicina ha empezado a preocuparle más un trato más humanizado, sin embargo, cuentan que no hay mucho tiempo, las consultas tienen un tiempo reducido y un solo médico atiende muchos pacientes a la vez, estando insatisfechos con su labor. Por parte de los pacientes, resaltan que no hay una buena

información acerca del diagnóstico, lo que en ocasiones los lleva a buscar en internet, completando la poca información que les dan los médicos. Así mismo, refieren una actitud fría del médico, en la que dejan de sentir que la prioridad son los pacientes.

Manejo De Toma De Decisiones, Teniendo En Cuenta Al Paciente Y Su Familia.

Esta categoría está basada en los 6 códigos, entre estos, *“intento de considerar las creencias del paciente”*, *“percepción del médico de la uci como cortante”*, *“importancia del primer encuentro entre la familia y el médico”*, *“respeto por la decisión de los pacientes”*. Para los médicos, hacer entender el diagnóstico y las consecuencias de los procedimientos suele ser un trabajo difícil, resaltan que es importante conocer el contexto social del paciente para escoger el lenguaje en el que va a ser explicado el diagnóstico; también han encontrado varias herramientas como videos, dibujos entre otras para facilitar este proceso, cuando la información es explícita se resalta que la decisión la toma el paciente si está consciente, así toda su familia no esté de acuerdo, resaltando la acción sin daño y la voluntad del paciente. Sin embargo, hay ocasiones en la que los médicos toman decisiones acerca de los procedimientos sin tener en cuenta a la familia o al paciente, limitando la autonomía de los mismos.

Limitaciones De La Labor Del Médico Para Cuidar Su Estado Emocional basada en los códigos: *“limitar la conexión emocional con los pacientes”*, y *“prelación de pacientes de UCI para atención psicológica”*, entre otros, con base en los cuales los médicos reconocen que hay casos emocionalmente fuertes, en donde sería importante la atención de un psicólogo, ya que en ocasiones no se sienten preparados para hacerle frente y tras la constante interacción con pacientes críticos, optan por cuidarse tratando de minimizar la carga emocional. Por ende, buscar ayuda no es una opción para los médicos, no sólo por falta de tiempo, sino porque no hay un apoyo diseñado para ellos en la UCI y sus redes de apoyo se restringen a sus familias.

Diferencias Entre La Salud Pública Y La Medicina Prepagada Que Definen La Relación Entre El Médico Y El Paciente, basada en los códigos, *“distinto trato a los pacientes según la clasificación en el sistema de salud”, “imposibilidad de tener un mismo paciente siempre”, “limitaciones de los médicos por el sistema de salud”*. Es importante para los médicos que los pacientes y sus familiares conozcan el sistema de salud y sus leyes, ya que, en ocasiones, a pesar de que los médicos están dispuestos a ayudar, la organización del sistema de la salud colombiano no se los permite; sin embargo, los pacientes culpabilizan al médico por estas situaciones a pesar de que no tenga ningún tipo de control sobre las mismas, enmarcando una mala relación entre el médico y el paciente.

Comprensión Ante La Labor Del Médico. Basada en los códigos: *“empatía con la labor del médico”, “exigencia de saber todo como médico fuerza para continuar obtenida de la relación con su paciente”*. Los médicos residentes trabajan jornadas que exceden las 8 horas reglamentadas en Colombia, además de esto las exigencias acerca de su labor son muy altas, deben tomar decisiones que comprometen la vida de personas y deben tener una respuesta ante cualquier inquietud tanto del especialista como de los pacientes y familiares. Además, parece ser que el alto estrés que se maneja en la UCI configura un ambiente laboral pesado entre médicos.

6.4. Narrativas Alternas

Tabla 5. Resultados de la investigación NA

NARRATIVAS	CATEGORÍAS EMERGENTES
<i>M2</i> "Entonces ese momento donde todo el mundo explota de todo, se tratan mal con todos y es víctima del estrés... el estrés que se está manejando de que “yo	RESIGNIFICACIÓN DE LAS EXIGENCIAS LABORALES DEL MÉDICO. Esta categoría se basa en el reconocimiento de las labores médicas que en ocasiones traspasan la vida

no quisiera reaccionar así” Pero pues tiene tantas vainas en la cabeza y tantas cosas por hacer que uno reacciona con la persona menos indicada”.

M2 “*Pero pues caí en cuenta que tienen razón uno descuida su vida y descuida todo por estar aquí metido y realmente nunca recibimos un tiempo para nosotros”.*

personal de los médicos, dejando a un lado su familia, sus amigos y el tiempo para ellos, de esta manera, los médicos basan su relato identitario en su labor profesional, dejando a un lado otro tipo de roles, limitando sus redes de apoyo, sus experiencias según el ciclo vital, sin embargo, mediante la re-narración de su experiencia los médicos reflexionan acerca de su labor y reconocen que es importante que esta situación cambie, expresando que necesitan tiempo para ellos mismos, tiempo para construirse en las diferentes esferas de su vida, enriqueciendo su relato identitario más allá del “ser médico”.

P1 “*Algunas preguntas que nos hicieron, me hizo pensar que; yo no me vuelvo a quedar callada, yo ya no voy a esperar el primer concepto”.*

F1 “*debería cambiar, no debería ser tan frío, debería haber un mejor acompañamiento y más cuando uno se siente solo... entonces si era importante en ese momento como alguien externo al lado que estuviera conmigo...”*

EL PASO POR LA UCI COMO FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA FAMILIAR.

Esta categoría reconoce los aprendizajes y el fortalecimiento que se dió en el sistema familiar después del paso por la UCI, así los pacientes reconocen que para la familia el paso por la UCI representó una manera de unir a la familia, de reconocer las fortalezas y de asumir nuevos roles que potencian el vínculo familiar, los cuales

P1 “<i>Quién va a creer, pero a nosotros nos ayudó mucho No solamente la parte familiar sino la parte laboral en la crianza de nuestros hijos entonces uno a veces dice hasta es una experiencia hasta bonita</i>”	responden a la adaptación de la familia ante la enfermedad. Así mismo, en el re-narrar la familia propone una alternativa, reconociendo la importancia de un apoyo externo en la UCI para los familiares, En cuanto a los médicos, los mismos reconocen que para la familia es difícil comprender la falta de tiempo dedicado a la familia, expresando que en pocas ocasiones pueden compartir con su familia, ya que siempre están o trabajando o estudiando, ocasionando problemas familiares.
--	--

M1 “*No hay atención psicológica, es solamente si ellos lo requieren, pero la verdad me parece que en unidades así, si debería ser algo permanente... pues porque muchas veces los pacientes dicen no no, eso no es importante el doctor está muy ocupado va a decir que en serio estoy loco*”

M2 “*Si a mí me parece interesante un psicólogo en UCI porque uno ve que a medida que ejercemos nuestra profesión nos vamos nosotros mismos estresando y llenando de muchas cargas*”.

ALTERNATIVAS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO EN LA UCI

Esta categoría se basa en la reflexión acerca de la dinámica altamente emocional de la UCI, a través de la conversación los médicos resaltan la importancia de un acompañamiento psicológico, en el caso de los pacientes, ya que los médicos no se sienten con las habilidades para dar la información, expresando que en ocasiones esa información puede quedarse corta. Así mismo, los médicos refieren que los pacientes necesitan expresarse emocionalmente con alguien y en

M1 “*En esas cosas que son súper impactantes que serán 1 en un mes, pero con una sola cosa te puede marcar como si te pasara todos los días (...) qué puedo hacer por esa gente y no solamente por el paciente sino por su contexto y su familia*”

ocasiones el médico no está disponible, o los pacientes no se sienten en la confianza para transmitir la información al médico. Así mismo, para los médicos también es importante un psicólogo que pueda estar para los médicos, ya que además del estrés que manejan a diario, en ocasiones, pasan por situaciones que los confrontan emocionalmente y que pueden durar meses afectando su vida.

M1 “*A veces lo que hacemos que está muy mal es como sesgar o intentar que hacer esa persona vea lo mismo que yo, pero pues para la mamá no va a ser tan obvio yo creo que también el punto de quiebre está en la empatía*”.

M1 “*si yo estuviera en esa situación ¿Cómo me gustaría que me hablaran, me gustaría que el médico si pasara o mandara a alguien a mandarme la razón? ¿Cómo me gustaría que me vieran a mi hijo? que, aunque esté inconsciente, no es una cosa*”

REFLEXIÓN ACERCA DE LA LABOR COTIDIANA DEL MÉDICO Y POSIBILIDADES PARA MEJORAR SU LABOR.

Esta categoría responde a la importancia de reflexionar acerca de la labor que desempeñan día a día, que permita reconocer sus errores y trabajar de la misma manera para brindar una mejor atención, que incluya el bienestar de los médicos y de los pacientes, así entre las narrativas alternas, se reconoce que la empatía es clave para mejorar en el trato de los pacientes.

Por otro lado, mediante la reflexión reconocen que

M1 *“No creo, que es como la reflexión uno nunca piensa en esto uno nunca se hace la retroalimentación sino como que uno vive el día a día y ya”* en ocasiones los médicos intentan hacerle ver a los familiares lo que para los médicos es “obvio”, sin embargo, para los familiares comprender estas situaciones no es tan fácil, así abren la posibilidad de ser más detallados en las explicaciones y de comprender al otro en su singularidad.

7. Discusión

En esta investigación se busca conocer la experiencia del paso por la UCI de los pacientes, sus familias y de los médicos, reconociendo de qué manera cada uno de ellos afronta la dinámica relacional existente en esta unidad, por medio de dos escenarios conversacionales, entendida como propuesta que le apunta a otorgarle nuevos significados al ejercicio narrativo y a la construcción de la experiencia de paso por la UCI, en donde emergieron diferentes relatos de vida, recreados por medio del lenguaje que permitieron a su vez, la creación de narrativas alternas que posibilitaron nuevas formas de entender la relación médico paciente, de re-comprender los roles que cada uno ejerce en este contexto y una resignificación de la experiencia.

Lo anterior, permite reconocer que la construcción narrativa de la experiencia, sirve como base para comprender de una manera más amplia las categorías propuestas, de manera que le otorga a las historias un valor importante, en donde por medio de las narrativas, se engranan las diferentes experiencias de los sujetos, como plantea Aya (2010), *“estas no emergen sólo desde los individuos sino que circulan constantemente en sus relaciones”*, planteando que esa construcción sobre su experiencia, al ser narrada, se va alimentando también de los diferentes contextos en los cuales se relacionan.

En concordancia con la autora, en términos generales, las narrativas de los participantes permitieron conocer su experiencia, pero más allá de ello, permitieron poner a conversar nuevas formas de relacionarse con sus médicos, nuevas maneras de entender sus roles como pacientes y por parte de los médicos, posibles cuestionamientos que posibilitan diferentes caminos para entablar relaciones más satisfactorias con sus pacientes. Lo anterior, permite reconocer lo novedoso dentro del presente ejercicio e incluso identificar no sólo el cambio como respuesta de lo propuesto inicialmente en el presente trabajo, sino visibilizar impactos, como lo son el reconocer nuevos posicionamientos en el sistema familiar que se venían dando a partir de la experiencia de paso por la UCI pero que no habían sido reconocidos y así mismo, el validar emociones que no habían sido aceptadas de lo que significó vivir esta experiencia.

Para la siguiente discusión de resultados, se retomarán las categorías propuestas como foco de indagación de la investigación, visibilizando las narrativas dominantes y los relatos emergentes que se construyeron en los escenarios: Afrontamiento familiar (AFR F), Construcción narrativa de la experiencia (CEN), Relación médico paciente (RMP) y Narrativas alternas (NA).

Para su apropiada comprensión, se agregan algunos relatos dentro de la discusión, los cuales podrán ser corroborados en el anexo 5 de codificación ATLAS TI, los cuales cuentan con una sigla (AFR M- AFR P- CEN- RMP- NA) y con el respectivo nombre del código. De la misma manera, con el fin de proteger la identidad de los participantes, sus nombres fueron debidamente cambiados al igual que los lugares.

7.1 Afrontamiento Familiar

Se propuso realizar el presente abordaje con base en lo que Hernández (1991) reconoce como afrontamiento familiar, es decir, como un esfuerzo por comprender los

eventos que afectan al paciente y sus acompañantes, de esta manera, visibilizar los recursos que la familia encuentra como satisfactorios para enfrentar estos eventos. La UCI por su parte, es entendida por los participantes, como un escenario difícil, hostil y de aislamiento para los pacientes, lo que podría ser entendido como uno de esos eventos que afectan a las familias que pasan por allí.

Sin embargo, según Macías y cols, (2013) las familias cuentan con estrategias de afrontamiento con las cuales regulan su funcionamiento, lo que se observa en la investigación, es que diversos recursos como la unidad familiar, el apoyo en la religión, en herramientas personales y la confianza en el médico como resultado de una buena comunicación, favorecieron el funcionamiento de la familia y lograron sobreponerse a la tensión.

A su vez, que en cuanto a la relación médico paciente, existe un factor importante a la hora de afrontar la enfermedad en los pacientes y se relaciona con la comunicación de las malas noticias, en donde efectivamente, como plantean Moore y colaboradores (2010), la comunicación efectiva se caracteriza por asegurar una interacción, en vez de una transmisión directa o simple entrega de información, lo que se relaciona con estas narrativas:

AFR M- Información clara del médico como herramienta de afrontamiento

M2 *“Es importante que el doctor se interese por el paciente, que el paciente sepa quién es su doctor, que les den la información porque solos en una UCI y sin información es una locura, entonces siempre eso ayuda”.*

Lo anterior, reconoce desde la voz del médico, que el comunicarse con sus pacientes no puede ser un simple ir y venir de información, sino que debe ser una interacción, lo cual podría relacionarse desde la propuesta de la comunicación social planteada al inicio, con el enfoque frisbee, en donde se plantea la necesidad de una interacción recíproca del mensaje que se transmite en un lugar y contexto en común para entender la comunicación en términos efectivos. Sin embargo, en los escenarios conversacionales con los médicos, algunas de sus

puntuaciones muestran su postura fría y que, aunque les costaba trabajo relacionarse diferente, dicho posicionamiento les servía dentro de la UCI, comprobando lo que Stegmann (2014) plantea frente a la comunicación; según la autora, es cierta la leyenda de que a los médicos no se les entiende bien y los médicos por su parte reconocen que hacerse entender es una lucha constante.

Por otro lado, en cuanto al afrontamiento que hace la familia en un nivel relacional, se encontró que un evento estresante, como puede ser en este caso el paso por la UCI, los lleva a diferentes modificaciones, como plantea Reiss (1981, citado por Hernández, 1991), “en ocasiones es más fácil para las familias entrar en una crisis familiar que exige la reorganización de sus reglas, límites y roles, lo cual puede ser mucho más enriquecedor” (p.23), relacionándose con lo encontrado en la investigación, pues la familia se sometió a numerosas modificaciones frente a roles, creencias, ideales e incluso normas, reglas y cambios de trabajo después de pasar por la UCI, visibilizando recursos, habilidades y valores en las relaciones entre padres e hijos y entre la pareja, entendiendo el paso por la UCI como un recurso y además, siendo un aporte novedoso que se encarga de llenar el vacío de conocimiento de la investigación, pues se esperaba encontrar con que la comunicación médico paciente resultaba suficiente para un buen desarrollo dentro de esta unidad, pero al parecer el acompañamiento familiar también repercute notablemente en el mejoramiento de los pacientes.

AFR M- Importancia de la familia como red de apoyo

M1 “... la mamá va todos los días y le habla, le reza le pone sus cremitas y eso... son pacientes que de la nada salen de ahí y uno dice en verdad es un milagro porque cero pronóstico humano”.

AFR P- Importancia de la familia como red de apoyo

M2 “Nosotros pues por obvias razones no estamos ni preparados y no se tiene el tiempo tampoco para hacerlo, entonces para el paciente no va a ser igual que su mamá o esposa o su hija estén con él, a que un doctor por más buena gente que sea le hable...”.

Se entiende pues, que el acompañamiento familiar cumple un papel clave en el proceso de UCI, y que, además, los médicos reconocen no tener el tiempo ni las habilidades para suplir ese acompañamiento en caso donde el paciente no cuente con redes de apoyo, lo que podría alimentar la idea de distanciamiento en la relación médico paciente. Así mismo, como se ha planteado anteriormente, el afrontamiento en la presente investigación se percibió desde el paciente y su familia, pero también se da en el médico a la hora de vivir a diario la muerte y de manera tan seguida que se convierte en un evento normalizado, pero que a su vez, sumado a las largas horas de trabajo y la falta de tiempo para realizar otras actividades diferentes a las relacionadas con su carrera, los hace sentir cargados y optan por un posicionamiento distante y frío con sus pacientes. Esto último, podría hacer parte del vacío de conocimiento, pues no se encontraron teorías que respalden la idea de que el afrontamiento se da no sólo en el paciente y su familia sino en los médicos, lo cual se puede relacionar con el desgaste de la relación con sus pacientes y con el descuido de los médicos frente a la comunicación que establecen.

7.2 Construcción narrativa de la experiencia del paso por la UCI

La construcción narrativa de la experiencia del paso por la UCI se entiende, en la presente investigación, como la oportunidad de recrear una experiencia en la vida de cualquier persona y que, desde allí, se entre a negociar los significados que se les pueda atribuir a dicha experiencia después del tiempo. Las experiencias se comienzan a organizar por medio de significados que cobran sentido en el lenguaje sin importar el momento del ciclo vital en el que tuvo lugar la experiencia; como afirma Payne (2002), “continuamente los relatos del pasado, presente y futuro interaccionan entre sí, pues es diferente el relato que se cuenta en un momento específico de la vida, la forma en que se vivió y los relatos que son contados cuando el momento ya ha pasado” (p.37). Desde allí, la experiencia de paso por la

UCI no es la misma cuando se re narra un suceso que ya pasó, pero que hoy en día cobra otro sentido y puede llegar incluso a resignificarse. Es por ello que narrativas como:

CEN P: Nuevo posicionamiento como pacientes después del paso por la UCI:

P1 *“Algunas preguntas que nos hicieron, me hizo pensar que; yo no me vuelvo a quedar callada, yo ya no voy a esperar el primer concepto”.*

CEN P- Fortalecimiento del sistema familiar desde el paso por la UCI:

P1 *“Hablar de esto me ayudó en que me acordé que tengo un esposo maravilloso”.*

pueden entrar a modificar incluso cómo las personas se entendían en relación con el re-narrar una experiencia. Cuando las narrativas son ricas y se apegan al conocimiento local, según Payne (2002), las personas son capaces de superar sus problemas, reconstruir su identidad en términos más positivos y redescubrir metas que los acercan a su prospectiva vital y esto se encontró en la investigación, cuando los participantes comentaban que atravesar esta experiencia los llevó incluso a cambiar sus trabajos o el tiempo que solían pasar en familia, en busca de mejorar su calidad de vida.

Sin embargo, los cambios que viven las familias dentro de una experiencia enmarcada en el hospital, se ven indiscutiblemente permeados por dinámicas mucho más abarcadoras de las que previamente se habló al margen de la teoría ecológica de Bronfenbrenner, la cual a su vez, podría ser entendida desde Hernández (2004), quien plantea que

Existe más bien un continuo entre la organización de la psique, la persona, la familia nuclear, la familia extensa y las comunidades, formales e informales que permiten un vaivén incesante de intercambios de propiedades y de transformaciones en función de su posición y de sus trayectorias en los macrosistemas que las abarcan. (p.6).

Lo que efectivamente se observó en la investigación, en donde la experiencia de los médicos permitió conocer de qué manera el sistema de salud colombiano, al no contar con una distribución de los recursos de manera correcta, afecta las prácticas médicas, al no

distribuir los medicamentos necesarios en los hospitales, lo que lleva a algunos médicos a trascender los límites de la relación con sus pacientes y pasar de prestar una atención a asumir gastos que no le corresponden:

CEN M- Apoyo médico que traspasa los límites de su relación:

M1 “*Muchas veces no tenemos los recursos... muchas veces incluso en rurales el médico saca de su plata para que el paciente se tome un acetaminofén que obviamente no es el orden de las cosas, pero pues éticamente uno no va a decir muérase yo no le voy a dar nada*”.

La anterior narrativa se conecta con lo que los autores de la postura ecológica plantean, pues respalda la idea de que la atención en salud no depende únicamente de la postura del médico frente a la misma, sino de todo un sistema más amplio que los abarca y define los términos de la relación médico paciente.

CEN P- Insatisfacción con el sistema de salud:

P1 “*Creo que es más problema político del sistema de salud de Colombia porque hay médicos terribles, perversos... que no te miran sólo escriben, te tocan y ya*”.

Sin embargo, un último aporte frente a la construcción narrativa de la experiencia se relaciona con la vocación en la labor del médico y la ética con la que desarrolla su trabajo, en donde según Martín (2010), el médico ha descuidado en cierta manera su vocación en su relación con los pacientes y la ha reemplazado por una relación un poco más despersonalizada, que le da un mayor sentido e importancia a cumplir con sus obligaciones clínicas y administrativas.

En concordancia con la autora, se comprendió en medio de las narrativas de los médicos que en la relación que entablan con sus pacientes, efectivamente se percibe una pérdida de vocación y en su lugar, una serie de prácticas que buscan otro tipo de beneficios diferentes al bienestar del paciente, sin embargo, esta sensación comienza desde las enseñanzas que reciben de sus profesores:

CEN M- Importancia de la vocación en las labores médicas:

M1 *“...A ti solamente te va a importar no sé, ser más duro leyendo placas, laboratorios, y temas, pero lo más importante para la medicina que es el paciente; se te olvida”.*

CEN M- Transmisión de prácticas entre médicos

M1 *“Es como transmisión oral, muchas veces como le fue a la especialista te enseña a ti entonces, si obviamente el especialista creció en una especialidad donde lo gritaban, en donde entre comillas lo maltrataban, donde todo era a las patadas, pues muchas veces ellos quieren que las personas que están abajo pues hagan lo mismo”.*

Lo anterior, permite conocer por medio de diferentes narrativas y de teoría o antecedentes que las respaldan, de qué manera el haber vivido la experiencia en esta unidad, desde su rol como paciente, familiar o médico, se relaciona directamente con el afrontamiento de paso por la UCI y además de esto, se reconoce que existe una relación directa a nivel ecológico con el sistema de salud Colombiano y sus respectivas leyes y normas que rigen el ejercicio médico y permean la relación con sus pacientes, dejando una sensación de insatisfacción en pacientes frente al servicio que reciben, que según algunas narrativas, nace desde lo entendido como vocación y también desde las enseñanzas transmitidas en su formación académica.

7.3 Relación Médico Paciente

La relación médico paciente se entiende como un encuentro en el que “no se trata solamente de una interacción entre dos seres para obtener algo, sino de una relación más estrecha, interpersonal, que compromete lo profundo de las personas, el enfermo y el médico se reúnen para el logro de algo que importa, medularmente, a la persona del paciente: su salud” (Gajardo y Lavados, 2010, p4).

De esta manera, para los médicos el primer encuentro con los familiares y el paciente resulta ser la base de la relación, a partir de los cuestionamientos del diagnóstico y de la

historia de la enfermedad, esta comprensión, responde al paso 2 citado en el protocolo de Buckman (1992), llamado “descubriendo qué sabe el paciente”, ya que aunque los médicos no conocen el protocolo, en sus narrativas dominantes aparece la importancia de conocer a la familia del paciente, en la que expresan que :

RMP M- Importancia del primer encuentro entre la familia y el médico

M2 “lo primero que tú haces así el paciente ya está entrando en la camilla de la UCI es salir y hablar con la familia y es el primer vínculo que uno establece con la familia empezar a interrogar saber qué pasa, salir a hablar con la familia a preguntarle a ellos ¿por qué lo trajeron? , ¿qué han visto? y cómo lo han visto evolucionar y yo digo que ese primer contacto con la familia es importante porque ellos ven cómo es el médico que me va a tratar, es el que yo voy a estar viendo todos los días y qué va a ver la evolución de mi familiar”.

Esta narrativa reconoce que, desde este primer encuentro, emerge la confianza en la labor del médico, y en el mejor de los casos, tanto el médico como el paciente concuerdan en cuanto al contenido de la información que se les brinda acerca de los procedimientos y los diagnósticos y así mismo definen su relación entre médicos y pacientes. Sin embargo, cada familia construye de manera diferente su experiencia del paso por la UCI, pues no todas la significan satisfactoriamente y en ocasiones las familias no están de acuerdo con los procedimientos y con el trato que les dan, tomando un papel activo en la relación.

Para los médicos estas situaciones representan una carga emocional fuerte y como herramienta recurren a llamar al especialista, cambiar de médico o inclusive a pedir ayuda psicológica, así, una mala relación entre médicos, pacientes y familia puede traer sentimientos de abandono en el paciente, los médicos reconocen esta situación y expresan:

Afr M- Los Pacientes Con Los Que Se Tiene Buena Relación Se Sienten Cuidados

M2 “uno puede estarles dando todo su tratamiento y estar haciendo lo mejor para ellos, pero si uno no tiene una buena relación con el paciente ellos van a decir que: “el médico me tiene descuidado”, “el médico no ha venido”, “el médico no hace nada por mí “ y “el médico me va a dejar morir”, así que esa empatía con el paciente es importante, siempre debe haber alguien que pueda hacer empatía con ese paciente porque el paciente se

va a sentir más seguro, no se va a sentir abandonada y uno no va a sentir que está haciendo las cosas mal”.

Esta comprensión se corrobora con lo expuesto por Cutler, Hayter y Ryan, (2013, citado por Heras, Cruz y Nin, 2017, p.11), “los pacientes experimentan sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sensación de dependencia, incertidumbre por falta de información, e incompreensión, entre otras”; en cuanto a los médicos, sensación de malas praxis, culpabilidad y miedo por demandas legales, sensación de estar haciendo las cosas de manera incorrecta, sentimientos de frustración en los que a pesar de estar agotando las posibilidades para que el paciente mejore, la familia no recibe su esfuerzo como él mismo. En este caso, según Watzlawick, Beavin y Jackson (1991), el paciente, su familia y el médico están en desacuerdo en el nivel de contenido, el tipo de información y la manera en que esta se recibe y así mismo en la relación, ya que no están de acuerdo en que ese sea el médico que trate al paciente y maneje los procedimientos médicos.

Teniendo en cuenta que los médicos informan los avances y el proceso del paciente a la familia, ellos esperan que sea la familia la que le comenten el proceso al paciente; sin embargo, este mensaje está implícito en la relación, por lo que en ocasiones los pacientes no están informados acerca de su situación diagnóstica, dentro de estos mismos mensajes implícitos, también se encuentra el hecho de que la familia reconozca los avances del paciente, ya que favorece el afrontamiento de la enfermedad y su recuperación, lo que en ocasiones no se realiza por parte de los familiares.

Según Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) una relación en la que se esté de acuerdo en contenido y en relación entre los médicos y los pacientes resulta ser satisfactoria tanto para el afrontamiento de los pacientes y sus familias ante la enfermedad, viendo a los médicos como un apoyo que posibilita una mejor adherencia al tratamiento y una mejor recuperación, tanto para los médicos, quienes se sienten satisfechos de su trabajo y toman fuerzas para continuar en su labor, este apoyo de los médicos resulta ser tremendamente importante en

pacientes en los que su familia no puede ser partícipe del proceso del paciente en la UCI, así relatan que simplemente escucharlos y estar con ellos así sea para escuchar alguna historia de la vida personal de los pacientes resulta siendo un apoyo para los mismos, por ejemplo:

Rmp P- Atención Corta Prestada En Uci Por Falta De Tiempo

M1“*hay especialistas que solamente se dedican a pasar y decir bueno cámbiele esto y esto y salen, se demoran dos minutos en la habitación y ya, obviamente muchas veces por tiempo o estrés o presión... uno no les para bolas a las cosas que para nosotros son mínimas, pero para una familia lo puede ser todo*”.

Pareciera ser que cuando los médicos se detienen en un paciente y lo escuchan, se estrechan lazos más fuertes entre ellos, facilitando el afrontamiento y la sensación de tranquilidad dentro de la UCI. Sin embargo, para los médicos es difícil entablar buenas relaciones con pacientes de medicina prepagada, ya que tienen un rol activo en la relación y ejercen presión ante la manera de proceder de los médicos, esta presión es emitida a través del derecho, con amenazas de tutelas, entre otras.

Así, los médicos optan por tener especial cuidado en las clínicas de medicina prepagada, los residentes se abstienen de entablar relaciones con los familiares de los pacientes, contactando al especialista para que sea él, el que emita la información, ya que para los pacientes de medicina prepagada el rol del residente parece ser poco importante, limitando su accionar, a pesar de que sean estos quienes más conviven con los pacientes.

Entre las narrativas dominantes de los médicos todavía se encuentra la importancia del tipo de relación paternalista en que los médicos tienen la jerarquía en la relación, lo que concuerda con Ruíz y cols (2003), quienes resaltan que el modelo que más predomina actualmente en el contexto médico, es el paternalista, el cual corresponde a “la manera en que el médico domina la relación tomando las decisiones que cree más convenientes para el paciente” (p.88). En ese orden de ideas, basados en su estudio, sólo 1 de cada 4 médicos explica adecuadamente y la oportunidad que tenían los pacientes de hablar en las consultas era muy escasa. Según estas narrativas:

RMP- Escasa Comunicación Con La Familia Durante El Tiempo En La Uci

F1 “Como familiar, mira que no hubo mucha conversación, dentro de la unidad de cuidados intensivos coronarios no hubo mucha conversación”.

RMP- Poca Información Del Estado Del Paciente Al Paciente

P1 “Como paciente no le dicen mucho yo simplemente le preguntaba a las enfermeras porque el médico muy poco pasaba; él simplemente pasaba, hacía revista y chao Me decía: “estás evolucionando bien tenemos que esperar”.

Es importante resaltar que este tipo de relación se ve con más frecuencia en los hospitales, ya que la relación médico paciente está basada en una relación de tipo paternalista en la que el paciente tiene un rol pasivo en la relación, ya que no tienen conocimiento acerca de la medicina, ni del derecho, de manera que no representan una amenaza para los médicos residentes, teniendo en cuenta este relato:

Cen M- Percepción Del Sistema De Salud Como Incompetente

“En un hospital público es gente que pues su educación es muy baja y eso Y es que están como a la espera de lo que el médico decía porque él se estaba después de que ahí sí se pase por alto esa parte como igual este bebito no me va a hacer nada no me va a demandar pues lo puedo pasar por alto”.

Esta situación refuerza la narrativa dominante de que la relación de tipo paternalista es la que define una buena relación médico- paciente, en la que el médico tiene el derecho de ser frío y cortante sin reclamo alguno. Así, cuando los pacientes toman un papel activo en la relación, para los médicos es un indicador de una mala relación con los mismos, siendo un problema para ellos; de esta manera, la adherencia al tratamiento resulta únicamente de un tipo de relación paternalista, también refieren que el establecimiento de esta relación depende de una actitud empática del médico, para que la familia y los pacientes confíen al médico y de la misma manera para que favorezca la toma de decisiones basadas en las decisiones que

como equipo médico creen pertinentes sin incluir las percepciones de los pacientes y sus familiares, por ejemplo en este relato de un médico participante:

Rmp M- Buena Relación Y Buen Trato Asociado Con Que El Paciente Le Crea Al Médico Y Al Tratamiento

M2 “Digamos que esa empatía favorece el momento de la toma de decisiones porque cuando no tiene una buena empatía con la familia, La familia hace lo que a uno le parece y no te entra a controvertir tu decisión ni te van a cuestionar por qué haces esto o lo otro no van a pedir segunda opinión O es que yo revisé Google y Google dice tal cosa, sino que a partir de esa empatía los familiares a uno le dan el aval de hacer las cosas Si uno sabe que los familiares están de parte de uno, uno hace las cosas más tranquilo”.

Del mismo modo, se hace visible lo que Pacheco (1992) investigó acerca de la inconformidad que existe entre los pacientes por la relación con su médico, ya que “la relación entre el médico y el paciente es desigual, el primero es quien hace las preguntas cuando considera necesario y el segundo contesta”(p.64); esa dinámica relacional mantiene la narrativa dominante de los pacientes acerca del rol de los médicos, por ejemplo:

Rmp- Percepción Del Papel Del Médico De La Uci Como Cortante

F1 “yo digo que ellos tampoco se pueden quedar hablándole a uno y crearle falsas expectativas ellos como son muy cortantes en ese momento y entiendo tenemos una prima que es médico y ya nos dice que ellos tienen que ser muy cortantes y decir lo que tienen que decir no más”.

Para los pacientes es importante no sólo recibir una información clara por parte del médico, sino también, de qué forma se les permite participar y sentirse parte del proceso, “tanto la información que aporta el médico, como la que ellos mismos pueden aportar, (los pacientes) son las que tienen un papel más relevante a la hora de producir cambios en los niveles de confianza en la asistencia recibida” (Loriente y Serrano del Rosal, 2009, p.323).

Sin embargo, esta información no se ve corroborada, ya que para los pacientes la actitud fría del médico hace parte de las narrativas dominantes de la población, por lo cual los pacientes terminan accediendo a este tipo de relación médico-paciente, significando que “esa

es la manera de actuar de los médicos”, lo que alimenta la idea de que el paciente en ocasiones no es tenido en cuenta y su comprensión acerca del caso, sus creencias y deseos no resultan ser una prioridad en la intervención del médico.

Toda esta situación también está alimentada por una narrativa dominante que se maneja en el ámbito de la medicina y que parece ser tenida en cuenta tanto por pacientes como por los médicos, las cuales según Buckman(1992) dificultan la comunicación y por ende la relación médico paciente, entre estos está el factor del médico en el que se resalta el temor a expresar las propias emociones: tienen dificultad para expresar sus sentimientos ante los pacientes, son entrenados para permanecer en calma, cualquier reacción emocional es tomada como un debilitamiento de la imagen frente al paciente o la familia; de esta manera, los médicos terminan minimizando sus situaciones y dejándolas a un lado.

NA- Importancia del apoyo psicológico a médicos

M2 “Pero el estrés que uno maneja a diario es en cada momento; uno tiene el estrés del paciente, del profesor, tienes el estrés de que tienes que estudiar porque eres residente y ya no puedes decir “NO SE” entonces esas situaciones de estrés no las estamos abordando, minimizamos todo siempre pensamos que hay alguien peor que uno “estamos bien” minimicemos todo y sigamos adelante”.

Para que estas relaciones con los pacientes se establezcan, es importante que los médicos asuman su rol de médicos, asumiendo la jerarquía que su profesión les brinda, estableciendo límites con los pacientes, si bien tanto los médicos como los pacientes reconocen que dentro de su labor se asume el rol de cuidador en el que el médico se preocupa y respeta al paciente y su decisión, a pesar de que no estén de acuerdo, cuando esto no sucede los médicos persuaden a los familiares y al paciente para tomar la decisión que ellos creen pertinentes, utilizando las mismas técnicas con todos los pacientes, asumiendo que todos son iguales.

Rmp M- Comunicación Generalizada

M2 “Sí total, uno ya sabe lo que tiene que decir, ya más o menos lo que les va a decir cuando ya están muy mal uno les dice casi lo mismo a todos” “si nosotros no podemos empezar “Qué es que a esta familia y la otra” no, para nosotros simplemente las cosas son como son”.

Esta manera práctica de trabajar a veces repercute en las relaciones, ya que no todos los pacientes tienen las mismas creencias, ni las mismas maneras de afrontar el paso por la UCI, lo que termina limitando la autonomía del paciente y su familia. De esta manera, Barry y cols (2001) plantean que algunos médicos no tienen en cuenta las condiciones particulares de cada paciente que requiere que el doctor cambie la manera en la que se comunica. Dichos problemas, plantean la posibilidad de creer que, si los médicos fueran más sensibles ante la importancia de lidiar con las quejas de los pacientes presentes en el lenguaje, con condiciones crónicas de salud o psicológicas particulares, podría representar un mejor resultado del tratamiento o favorecer el cuidado que tiene el equipo médico con su pacientes. Sin embargo, el relato de otro participante contradice esta postura, reconociendo que cada paciente es distinto y que así mismo requiere una atención distinta. Lo que se resalta en esta narrativa:

Rmp M- Importancia De Cuidar Al Paciente Y Respetarlo

M1 “no puedes estar cargando de lado a lado las cargas de este paciente al otro porque cada paciente es un ser independiente, con su familia, con su problema y en su contexto”.

Es importante resaltar el papel de los residentes, ya que estos son el puente de comunicación entre la familia, el paciente y los especialistas y son quienes pasan más tiempo con el paciente, encargándose la mayoría del tiempo de los procedimientos de los mismos. En conexión con lo anterior, la dinámica de la UCI parece no estar adaptada a las necesidades de las familias y los pacientes, ya que hay poca comunicación acerca del estado del paciente entre los médicos y las familias, las cuales duran largos periodos en la sala de espera sin tener

información acerca del paciente, esta situación resulta siendo altamente estresante para sus familiares.

Rmp- Falta De Información En Sala De Espera Por Mucho Tiempo

F1 “O sea a ella la ingresaron como a las 11 de la mañana y eran como las 2 de la tarde y yo no tenía razón de ella”.

Así mismo, en los momentos en que el médico les brinda la información lo hace de manera rápida, “clara” y concisa, hay poco contacto entre los médicos y la familia durante el tiempo en UCI, lo que corrobora lo postulado por Moore y colaboradores (2010), la comunicación efectiva se caracteriza por asegurar una interacción, en vez de una transmisión directa o simple entrega de información”, lo cual le exige al cuerpo médico entablar una relación con el paciente y familiares, en un contexto compartido; aunque pareciera que los médicos ahora se preocupan más por los pacientes, la información que le brindan es mínima.

Al mismo tiempo, los médicos reconocen la importancia de la relación entre la familia y el médico y de la información que se les brinda, resaltando la importancia de la claridad del diagnóstico, de contextualizar al paciente y a la familia del mismo desde la verdad, dejando a un lado el principio de autonomía, sin embargo, reconocen que es difícil hacer entender el diagnóstico, además de esto relatan que estos procedimientos permiten una buena relación médico paciente, sin embargo, reconocen que un problema frecuente es la falta de tiempo que está condicionado por un factor del macrosistema, es decir, el sistema de salud y de la presión que se maneja en la UCI.

Por otro lado, los médicos están en una comunicación doble vinculante en la que reconocen la importancia del tiempo para la familia, pero la dinámica del UCI no les permite dedicarle el suficiente tiempo. Del mismo modo, la comunicación entre el equipo de salud es menester e incluso sirve para salvar vidas, a pesar de la falta de tiempo los médicos han encontrado como herramienta las historias clínicas, en las que está detallado cada proceso

mínimo que le practican al paciente para que cualquier médico pueda seguir tratando al paciente.

Otro aspecto en que los médicos centran su atención es en la toma de decisiones, ya que esta es una pieza clave en la dinámica de la UCI, teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes pueden estar al borde de la muerte, cualquier decisión requiere de información clara al paciente y a su familia, sin embargo, los pacientes relatan la importancia de que los pacientes y familiares entiendan el diagnóstico del paciente para tomar decisiones acerca de los procedimientos, para esto los médicos buscan herramientas como dibujos, videos y explicaciones detalladas y se enfocan en recoger la información que ha sido entendida por la familia, rectificando que haya quedado claro. A pesar del esfuerzo de los médicos por explicar detalladamente, parece que esta información no llega como ellos esperan, también es posible que como se encontró en otras investigaciones de Meneu (2002, citado por Barca y cols, 2003).

“compartir información no es lo mismo que la toma de decisiones, pero lo primero es un requisito para lo segundo, el paciente suele preguntar poco al médico y en ocasiones no le comprende totalmente la información, afirmando que la información que proporcionan no es tan completa como debería ser” (p.40)

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, las narrativas dominantes de los pacientes, que expresan que los médicos son cortantes porque “así es como deben ser”, les permite a estos ser concisos con el tipo de información que le brindan al paciente sin tener tiempo para responder preguntas o valorar las creencias de los pacientes. Esto mismo puede imposibilitar la toma de decisiones de los familiares y pacientes acerca de su situación, ya que Stegmann (4 de Junio del 2014) reconoce que en el momento en el que los pacientes se quedan con las dudas, llegan a sus casas a terminar de buscar por internet lo que su médico debió resolver en consulta, dando cuenta de la forma en la que la comunicación médico-paciente está siendo

llevada y de qué manera los pacientes no se sienten parte del proceso, lo que se observa en la investigación de esta manera:

Rmp- Costumbre A La Labor Fría Del Médico Que Establece Un Tipo De Interacción Sin Preguntas

PI “Así fue con la esclerosis al principio nos metíamos a internet a averiguar sobre la enfermedad Y eso nos estaba enfermando más, hasta que llegó un día donde yo le dije Irene ya no más, ya no vamos a averiguar más sobre la enfermedad vamos a hacer nuestra vida, vamos a llevar la situación como debe ser con la mano de Dios y así fue ahí cambió porque ya nos estamos enfermando de tanta cosa...”.

Es importante reconocer que los médicos están de acuerdo en que los pacientes deben saber la verdad de su diagnóstico, a menos de que expresen que no quieren saber ese tipo de información, sin embargo, esto no hace parte de un cuestionamiento inicial o de algún paso, sino por el contrario sólo es tenido en cuenta cuando un paciente que tiene un rol activo manifiesta que no tiene intenciones de saber, de esta manera, no se cumple el paso 3 del protocolo Buckman, reconociendo cuánto quiere saber el paciente: Se necesita concordar en qué quiere decirle al paciente y qué quiere saber el paciente acerca de su enfermedad, la mayoría quiere conocer todos los detalles, otros no y se mostrarán evitativos, es importante mencionar que es un derecho del paciente declinar recibir información, este tipo de procedimientos responde a la personalización de los procedimientos médicos según la manera de afrontar la situación y las creencias de la familia, este tipo de relación médico paciente en el que el paciente representa un rol activo en la relación parece ser eficiente pero poco aplicada en el contexto de la UCI, según este relato:

Rmp M- Toma De Decisiones Frente A Procedimientos Sin Consultar A La Familia

M2 “a veces no se toma en cuenta la familia en esas decisiones y sólo a los especialistas, Entonces en ese momento uno va es a comunicarle la familia de una vez la decisión”.

Ya que los médicos refieren que en ocasiones no se tiene en cuenta a la familia de los pacientes, sino que por el contrario se toman decisiones entre los residentes y los especialistas.

Por otro lado, reconocen que es importante darle apoyo a los pacientes y familiares estableciendo límites claros con el fin de transmitir apoyo sin salirse de su rol como médicos, ya que no se encuentran preparados para asumir este tipo de responsabilidades, del mismo modo, reconocen que este apoyo es importante para los pacientes y termina siendo determinante para una buena relación médico paciente y así mismo para el afrontamiento de la enfermedad; de esta manera, recurren al apoyo de psicología, a pesar de que no hay un psicólogo en la UCI, los pacientes tienen prelación en la atención psicológica, esta decisión parece indicar la importancia de las intervenciones en crisis a este tipo de población.

Rmp M- Importancia De Los Pensamientos Y Sentimientos De Los Pacientes:

M1 *“Entonces si un paciente se siente como que le prestan atención, como que lo que él dice es importante, esas cosas uno a los dos días los ve muy recuperados, a los que les pasan por él y solamente es si, está malito póngale tal cosa y son pacientes que pueden durar un mes, pero ya le he puesto todo pero no lo han escuchado”.*

Además de esto, los médicos reconocen que la UCI en su dinámica es altamente emocional, constantemente mueren personas y se ven familias destrozadas, a pesar de que los médicos estén adaptados a estas situaciones e intenten minimizarlas, escuchar este tipo de historias constantemente los conecta con su vida, con su familia, así los médicos reconocen que ver personas más jóvenes que ellos en condiciones críticas, los hace pensar en su vida,

Cen M- Carga emocional conectadas con su historia.

M2 *“nos causan mucha impresión los pacientes jóvenes que llegan en tan mala condición que uno dice yo podría estar ahí yo podría ser ese paciente enfermo no he vivido mi vida, no he hecho nada!! ¿Y yo que he hecho? es el impacto que uno siempre le causó todo esto”.*

En adición, el tema de la mala praxis involucra sentimientos de culpa frente a la labor del médico, los médicos refieren que como medida de afrontamiento optan por minimizar las

situaciones o no involucrarse, lo que concuerda con los factores del médico que propone el protocolo Buckman en el temor legal, ya que ha habido un aumento de las demandas, cualquier fracaso puede ser interpretado como negligencia médica y merecer castigo penal. Por su lado, los pacientes reconocen que en ocasiones culpan a los médicos de situaciones que están fuera de su alcance, que respondan a los estatutos de salud.

Por otro lado, los médicos refieren que también necesitan cuidado para ellos, ya que a pesar de que los pacientes no tienen la culpa, la carga laboral de su profesión y las exigencias ante el conocimiento que deben tener para responder a todo el tipo de diagnósticos que les llegan, refiriendo que cuando eres residente ya no hay posibilidades de decir “no sé”, es posible que estas exigencias puedan llegar a convertirse en malas praxis, ya que cuando no hay oportunidades de preguntar, de investigar, sino que por el contrario, tienes que tener una respuesta inmediata pueden haber errores en los diagnósticos, entre otras.

Así mismo, por el ambiente laboral pesado que se maneja, el cansancio, entre otras, los médicos resultan por entablar malas relaciones con sus pacientes, sin embargo, resaltan que es importante percatarse de que los pacientes y sus familiares no son los culpables de las situaciones y que así mismo es importante intentar no transmitir estas situaciones a los pacientes y sus familias.

6.4 Narrativas Alternas

Como se ha venido describiendo, para los médicos resulta necesario dejar a un lado su sistema familiar, su red de amigos, su tiempo para ellos mismos e incluso tiempo para alimentarse adecuadamente. Dentro de las narrativas dominantes de los médicos, estas exigencias, resultan ser una parte de “su labor” y de la elección de su profesión y se ven fuertemente en los relatos acerca de sí mismo, teniendo en cuenta que “el relato del yo, es una narrativa en primera persona que define la identidad de un individuo con base en sus recuerdos y percepciones de su vida actual, los papeles que juega en varios grupos e

instituciones y sus relaciones sociales” (Payne, 2002, p.37), los médicos dedican la mayor parte de su tiempo a su labor, las historias que narran acerca de sí mismos empiezan a centrarse desde la labor del médico, en el que se asume un rol de cuidador ante situaciones determinantes entre la vida y la muerte de los pacientes, que sobrepasa el cuidado a sí mismos, lo que resulta ser altamente estresante, repercutiendo en las relaciones con otros médicos, en las relaciones personales con su sistema familiar y amigos.

Sin embargo, a través de la re-narración de la experiencia emergen narrativas alternas en las que los médicos empiezan a cuestionar su labor profesional y cómo esta misma traspasa su vida personal, cuestionando la falta de tiempo que tienen para ellos mismos y para asumir roles como hijos, novios, amigos etc., descuidando su propia vida y enfocándose simplemente en su trabajo, a pesar de que anteriormente esto hacía parte de sus narrativas dominantes, entendidas, como dice Payne (2002), como verdades tan obvias que dejan de ser visibles y que se convierten en verdades que se dan por sentadas, mediante “los cuales damos sentido a nuestra experiencia, y que están influidos sobre todo por factores culturales y sociales (en los niveles interpersonal, local y global)” (Payne,2002,p.38). Pocas veces somos conscientes de ello, para los médicos descuidar su vida hacía parte de su labor, en la conversación se da un relato que cuestiona esta situación, invitando a que el médico tome otras decisiones acerca de su vida personal.

Cuestionamientos Acerca Del Trabajo Que Realiza

M2 *“Pero pues caí en cuenta que tienen razón uno descuida su vida y descuida todo por estar aquí metido y realmente nunca recibimos un tiempo para nosotros”.*

Así mismo, se relatan posibilidades en las que los médicos pueden reunirse para crear nuevas formas para materializar los acontecimientos extraordinarios que surgieron, en las que se expresa que:

Cuestionamientos Acerca Del Trabajo Que Realiza

M1: *“Desde otro punto de vista es como que es un gremio muy desunido, entonces me parece que no sé... cosas como tan sencillas como hace como un año que se unieron todos los pilotos a hacer un paro y nos suben el sueldo Y en serio no volarán aviones pero no me moveré de aquí y pues fue como tan masivo y tan en serio que les tocó tomar medidas alrededor de eso, en los médicos obviamente es una profesión muy grande y que tienen muchísimos problemas pero pues nosotros no nos vamos a parar en la raya hasta que no se.. no nos suban el sueldo o cualquier cosa”.*

Del mismo modo, en cuanto a la manera en la que la dinámica de la UCI está organizada, se co-construyen narrativas acerca de las dinámicas de duelo y enfermedad en la UCI que conllevan crisis emocionales para los médicos participantes, hay ocasiones de alto estrés en la UCI, “Mientras que el estrés laboral en población general se da en un 5 a 10%, en los médicos, como muestran nuestros resultados, el 18% de los médicos padecen un nivel de ansiedad alto, siendo el estrés laboral el principal responsable” (Gómez, Monsalve, Soriano, Andrés, 2007, p.p 4), acompañadas de sensación de frustración en la labor del médico, la cual tiene un gran peso en la identidad de los mismos, como lo son: muerte de pacientes, estrés laboral, acusaciones de malas praxis entre otras, “Este estrés es mayor al sumarse otras variables que también producen alto nivel de ansiedad al médico: la insatisfacción en la relación médico-paciente, el sufrimiento del paciente, la falta de apoyo social, la carencia de formación acerca de la relación médico-paciente y la escasez de tiempo” (Gómez y cols, 2004, p.p 6).

Sin embargo, reconocen que constantemente evitan o minimizan este tipo de problema, ya que no encuentran ningún tipo de apoyo para los médicos, resaltando que nadie los escucha y además los mismos no buscan ayuda, a partir de esto, junto con los médicos se reflexiona acerca de la importancia de un psicólogo que además de estar para las familias, también esté para los médicos en el tipo de situaciones en que ellos se ven afectados emocionalmente, que les permita desahogarse, bajar los niveles de estrés y tener un mejor

ambiente laboral, resaltando que en ocasiones están cargados emocionalmente por situaciones o pacientes que los confrontan con su vida personal.

Importancia Del Apoyo Psicológico En Los Médicos

M2 “Sería bueno un apoyo psicológico al médico porque a nosotros nadie nos escucha si uno voluntariamente va al psicólogo y lo escucha y lo aconseja o con sus padres, amigos pues uno se desahoga... pero el estrés que uno maneja a diario, es en cada momento; uno tiene el estrés del paciente, del profesor, tienes el estrés de que tienes que estudiar porque eres residente y ya no puedes decir “NO SE” entonces esas situaciones de estrés no las estamos abordando, minimizamos todo siempre pensamos que hay alguien peor que uno “estamos bien” minimicemos todo y sigamos adelante”.

Por otro lado, los médicos reconocen que los pacientes se abstienen de desahogar sus emociones, o cuestionamientos con ellos, más que todo cuando existen relaciones paternalistas, ya que la posición del médico de jerarquía imposibilita la confianza para expresar este tipo de situaciones, muchos de ellos consideraron que no estaban recibiendo explicaciones sobre el tratamiento y no saber qué iba a pasar se convertía en un estresor, por lo que los autores consideran que “cuando los pacientes se encuentran conscientes y bien adaptados prefieren conocer y participar en todas las decisiones del equipo médico” (Gómez y cols, 2004, p.p 10).

Sin embargo, los médicos participantes reconocen que no están entrenados para informar adecuadamente a un paciente acerca de su situación, se co-construyen narrativas alternas en las que se expresa la importancia de personal encargado para entrenar a los médicos en informar las malas noticias, una persona que esté a cargo de estas situaciones o de un trabajo interdisciplinar entre los médicos y los psicólogos que posibiliten una mejor atención, visible en las siguientes narrativas:

Importancia De Apoyo A Los Pacientes Teniendo En Cuenta Su Falta De Tiempo / Reconocimiento De La Falta De Formación Y Habilidades Para Dar Malas Noticias

M2 “Muchas veces esa información que le podemos dar a un familiar para que se lo transmita un paciente se puede quedar corto porque no tenemos las habilidades ni nos forman para eso, pero también por tiempo, por muchas cosas que si hubiera una persona encargada de eso, sería muchísimo mejor porque tiene el tiempo habilidades y eso me parece muy importante y serviría para un equipo médico”.

Importancia Del Psicólogo Entrenado En Uci

M2 “en ese momento sería interesante que psicología también entrará como para contarnos a nosotros en la familia piensa esto; yo he hablado con ellos les he dicho esto como para explicar”.

Cuestionamientos Que Mejoran La Labor Médica

M2 “cómo le dijimos tal cosa y uno pueda decir si es verdad no se lo dije bien pues es uno ya queda como con el bombillito prendido de nuevo decir las cosas así y a los pacientes de esa manera porque puede que por mi carácter o mi forma de ser yo lo vea como que lo dije normal, pero de pronto esa persona que está la vida emocionalmente no lo está viendo esa manera y de pronto lo afecté”.

Ante estas situaciones, en la conversación emergen más posibilidades para mejorar la labor del médico, se nombra la posibilidad de trabajar en conjunto con las familias y los médicos, brindando apoyo si la familia lo requiere.

Importancia De Una Atención Psicológica En Uci

M2 “Me gustaría sería muy importante ... idealmente Sí sería chévere tener un psicólogo que estuviera ahí hablando con las familias y aclarar todas las dudas de los familiares para que los familiares sientan apoyo será muy chévere tener ese equipo multidisciplinario”.

Los médicos reconocen que en ocasiones la constancia de su trabajo y de los casos y la facilidad para entender las complicaciones, síntomas, entre otros de sus pacientes, los hace ser imprecisos en la manera de comunicar los avances, resultados y diagnósticos médicos a los familiares, dando por hecho que es algo fácil de entender para los familiares. Por otro

lado, reconocen que constantemente viven el día a día sin reflexionar acerca del manejo que le dan al paciente y de su labor médica en sí.

Na- Reflexión Del Papel Del Médico En La Uci

M2 “No creo, que es como la reflexión uno nunca piensa en esto uno nunca se hace la retroalimentación sino como que uno vive el día a día y ya”-

Sin embargo, mediante la conversación los médicos participantes resaltan la empatía como una medida para ser cuidadosos en su manera de relacionarse con los pacientes, teniendo en cuenta que los familiares y los pacientes no son expertos y requieren una explicación prolongada y detallada acerca del diagnóstico. Así mismo, resaltan la importancia de ayudar a la familia, reconociendo que un buen gesto, el apoyo o simplemente hablar con un paciente puede ser tremendamente potenciador.

Se reconoce el paso por la UCI como una situación significativa en la historia de la familia, ya que “tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales” (Gómez, y cols. 2004, p.p 10).

Dentro de las narrativas dominantes de los familiares, se reconocen “ideas construidas a las que se asigna un status de verdad. Estas verdades son «normalizadoras» en el sentido de que construyen normas en torno a las cuales se incita a las personas a moldear o constituir sus vidas” (White y Epston, 1993. p.36), permiten que los médicos configuren relaciones de tipo paternalista, en los que ellos asumen un rol pasivo en la relación y en la que pareciera que la labor del médico está relacionada únicamente con procedimientos y diagnósticos, desde ahí es comprensible que los médicos no tengan tiempo para dar explicaciones detalladas, ni ser cálidos y comprensivos con los familiares.

Por otro lado, al narrar su experiencia como un evento doloroso para la familia, de preocupación ante la posible muerte de un integrante de la misma, emergieron relatos alternos en los que reconocen cómo pasar por esta situación los unió más como familia

Cen P- Fortalecimiento Del Sistema Familiar Desde El Paso Por La Uci

F1 “nunca había hablado de este tema ni siquiera con la familia de cómo me sentía de todo lo que se había hecho y ahoritica me di cuenta de que fue importante igual Pl está... mis hijos están bien... y esto como familia nos ha fortalecido mucho”.

A través de las particularidades y los recursos, según Gallego (2006) hay un corpus de narraciones que describe o hacen singulares o únicas a las familias, estableciendo los valores, principios y/o roles a las que se consagran, se caracterizan y define el sistema, constituyendo así una identidad familiar” (p. 160) que se observa en la narración anterior y que además es reconocida por esta familia en la que hubo movilizaciones y reconocieron sus alcances.

Así mismo, la familia se movilizó y los hijos asumieron nuevos roles como cuidadores, los padres y parejas como apoyo, esta situación les brindó herramientas para la crianza de sus hijos, en cuanto a la responsabilidad y la autonomía de los mismos por el cuidado del hogar y de alguien enfermo, así mismo para su crecimiento personal e incluso laboral, en el cual retoman construyendo el mundo de una manera distinta, actuando más responsable y empáticamente con las personas, como se observa aquí:

Afr P- Aplicación De Aprendizajes Del Paso Por La Uci A La Vida Cotidiana

P1 “Como persona a mí me ayudó a ampliar más y poderme sentarme y mirar un cliente y mirar todo y decir Oiga es que no solamente es que yo tengo esclerosis espectral es que no es usted nomás también es su familia y eso afecta muchas cosas afecta el bolsillo de toda la familia todo lo que uno gasta que debe tener una comida especial etc”.

Así mismo, una mayor fuerza del vínculo entre el sistema familiar, y subsistema conyugal. Por otro lado, en cuanto al sistema de salud, en sus narrativas alternas la familia propone nuevas formas de relacionarse con los médicos, tomando un papel activo en la relación médico paciente, tomando decisiones y entendiendo que merecen explicaciones claras acerca de su diagnóstico y tratamiento, como se ve en este relato:

Na- Cambio Frente A La Percepción Del Rol Del Paciente Más Activo

P1 “me hizo pensar que; yo no me vuelvo a quedar callada, yo ya no voy a esperar el primer concepto”.

Para finalizar, reconocen la importancia de un apoyo externo que estuviera en el acompañamiento del proceso de enfermedad y de la espera en la sala de UCI.

8. Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones correspondientes al presente trabajo investigativo buscando responder a los objetivos propuestos.

- Los discursos dominantes alrededor de la visión de la labor del médico, organizan los roles que son ejercidos en la dinámica de la UCI, tanto del médico, como del paciente y su familia, a su vez, se encargan de naturalizar y justificar acciones llevadas a cabo por los médicos (ser fríos, distantes), de manera circular los pacientes lo permiten a través del posicionamiento jerárquico y de poder que se les ha otorgado en la relación a los médicos (así deben ser los profesionales); del mismo modo, en los pacientes (no preguntar, ser pasivos), ha sido naturalizado por los médicos, retroalimentando que los pacientes mantengan su rol pasivo en la relación.
- En los aspectos éticos de la atención médica, se encontró que prima un principio de verdad sobre la información que es impartida por lo médicos, pero se deja a un lado el principio de autonomía de pacientes y familia, ya que las decisiones son tomadas en la mayoría de los casos, entre los médicos, sin tener en cuenta a las familias y pacientes

para esto, dando cuenta nuevamente de la postura paternalista del médico en la relación, permitiendo ver que el enfocarse en la verdad, les es completamente funcional dentro de la dinámica y les permite responder netamente a su obligación: salvar la vida de los pacientes.

- El proceso de afrontamiento de pacientes se relaciona con el acompañamiento de familiares o redes de apoyo. Se observa que una buena relación con el médico favorece la recuperación, sin embargo, el apoyo que los pacientes puedan recibir por parte de la familia o personas cercanas es potenciador para el afrontamiento del paso por la UCI, pues algunas narrativas de los médicos, se relacionan con que en ocasiones los pacientes que asisten de manera individual, buscan prolongar su hospitalización al no tener motivos para salir; por el contrario, aquellos que tiene una familia esperando por ellos, o una motivación para recuperarse, intentan salir lo más pronto posible. Esto le da valor al acompañamiento familiar, pero también podría ser una oportunidad para evaluar el papel que podrían cumplir los médicos, cuando los pacientes no cuentan con apoyo, porque si bien se ha hablado de no extralimitar la labor del médico, su labor también abarca todo aquello que el paciente necesite para su pronta y oportuna recuperación.
- La construcción narrativa de la experiencia del rol del médico de UCI está permeada por la apropiación identitaria que empieza a resumirse en el “ser médico”, pues si bien están en un rol asumido y en un contexto elegido, los médicos invierten la mayoría de su tiempo en esta labor, lo que limita su identidad a ser profesionales de la salud, incluso algunas narrativas dan cuenta de la forma en la que han renunciado de forma indefinida, a una vida personal aparte de este contexto, que comprenda tiempo en familia y ocio. Comprenderse identitariamente desde la rigidez de un solo rol puede ser exigente y resultar frustrante para los médicos, además de ser un posible desgaste

también a nivel personal, ya que, deben seguir cumpliendo con su único rol: ser médico, aunque de esto dependa su vida personal, su salud o incluso el tiempo sin remuneración económica que algunos residentes o practicantes deben cumplir, por un horario mayor a 8 horas y que responde a la manera en que el sistema de salud Colombiano está organizado.

- La construcción narrativa de la experiencia en los pacientes está basada en las narrativas dominantes acerca de la labor del médico, los pacientes han normalizado el trato frío y distante en su relación, a pesar de que reconocen que hay poca comunicación tanto con el paciente como con la familia; los mismos justifican el rol del médico desde las narrativas del “deber ser”. Por otro lado, la familia expresa sentirse sola y estresada en la sala de espera, en la cual hay un tiempo prolongado sin saber acerca de su familiar, dificultando el afrontamiento. Del mismo modo, los médicos en la UCI no transmiten información de su proceso y diagnóstico al paciente, sino a los familiares, esperando que sean ellos quienes comuniquen la información, lo que en ocasiones no sucede, esta falta de información puede dificultar la manera de afrontar la enfermedad, lo que se relaciona con la sensación de que la comunicación con su médico se caracteriza por ser pobre y escasa.
- Dentro de las narrativas alternas, los pacientes resaltan que se necesita más acompañamiento por parte de los médicos, un trato menos frío, más empático, más información, la posibilidad de hacer preguntas y así mismo personal especializado como psicólogos que puedan conversar acerca de la situación estresante con los familiares, es decir, un tipo de intervención en crisis que permita el afrontamiento de los familiares del paciente.
- En las narrativas alternas de los médicos se resalta que no cuentan con ninguna atención en el hospital, diseñada para atender este proceso de adaptación a la UCI o a

cualquier eventualidad mientras laboran allí. Refieren que su relación con sus profesores y especialistas es netamente laboral y que, si tienen una necesidad a nivel emocional que quisieran que fuera abordada, no cuentan con una atención psicológica para ellos, resaltando que podría ser importante incluir a un psicólogo en la UCI, entrenado en la UCI, en donde su labor principal sea orientar y entrenar a médicos y especialistas para la comunicación de malas noticias y para una comunicación más empática con pacientes y familiares y por otro lado, también podría ser un apoyo para los médicos en momentos donde requieran un acompañamiento.

- En la dinámica de la UCI se encuentra una paradoja; para los médicos los pacientes que exigen mucha información, un buen trato o que están informados acerca de su enfermedad, establecen una “mala relación” o una relación difícil, ya que no hace parte de una relación paternalista; sin embargo, las exigencias nombradas anteriormente, resultan ser beneficiosas para el paso por la UCI y el afrontamiento de la enfermedad. Es decir, que lo que para el paciente es importante, paradójicamente para el médico resulta problemático.
- La relación médico paciente es diferente en medicina prepagada, ya que allí, los pacientes tienen un rol activo en la relación, lo que para los médicos resulta ser una dificultad para entablar la relación, sin embargo, son más cuidadosos con la manera de tratar al paciente, ya que estos exigen más información en los procedimientos, entablando una relación mutua; por el contrario en los hospitales públicos, los médicos entablan relaciones de tipo paternalista en el que el paciente no representa una amenaza para los médicos, siendo más laxos con su labor, ejerciendo su jerarquía.

8.1 Procesos Autorreferenciales

Las comprensiones autorreferenciales estuvieron presentes a lo largo de la investigación, no sólo por el tipo de acercamiento que implica una investigación- intervención, sino por el hecho de reconocer que seguimos siendo sujetos activos que hacemos parte de una sociedad y de una realidad colombiana que nos abarca a todos como ciudadanos y como pacientes en algún momento del sistema de salud.

Esta postura de investigadoras-interventoras, dentro de un marco de segundo orden también permite reconocernos como sujetos activos dentro del proceso investigativo y además, reconocer nuestras puntuaciones como parte del proceso de co-construcción narrativa que se realiza con los participantes. Dicho proceso narrativo, del cual hacemos parte simultáneamente con los participantes, nos exige construir comprensiones iniciales acerca del fenómeno de estudio que entraran a encontrarse con las de los participantes y de esta manera, visibilizar un conjunto de significados que fueron entendidos como un posible camino para comprender el fenómeno que, a su vez, cuestionaron versiones dominantes en los participantes, en nosotras mismas e incluso en algunos discursos sociales.

Además de lo anterior, el entrar a conocer una historia atravesada por la angustia y el dolor de una familia con un paciente de UCI, nos lleva a palpar una realidad que es más común de lo pensado en nuestro país y que podría llegar a significar una reorganización completa en el interior de un sistema familiar. Además, el poder acercarnos también a discursos por parte de los médicos, en donde reconocen que también conviven con la angustia a diario, nos permite ver que en diferentes dinámicas sociales existen las dos caras del fenómeno y en ocasiones, sólo vemos una de ellas o sólo se nos es contada una versión, pero resulta igual de importante saber acerca del funcionamiento de ambas, pues una retroalimenta a la otra y desde allí, mantienen la dinámica de la relación.

Nuestra mirada permitió poner a conversar estas dos partes de la relación, en donde por parte de la familia, pudimos ver cómo el recontar su historia, revivía el dolor y la angustia, pero de una manera más posibilitadora y aunque dichos relatos nos hacían encontrarnos a nosotras también con la emoción, nos permitieron, por medio de nuestras comprensiones, invitarlos a entender diferente hoy la emergencia de dicha emoción y de poder utilizarla como una invitación hacia intentar algo nuevo frente a la relación con los médicos e incluso frente a cómo se entienden como familia. De la misma manera, el conocer la versión de las médicas y saber que su actitud les resulta útil y la entienden como una manera de cuidarse, nos confrontó y nos invitó a pensar también en ellos como individuos que así como el paciente y su familia, también afrontan como pueden, el paso por UCI.

Esta postura activa dentro de la investigación, permite a su vez una negociación de significados en nosotras como investigadoras-interventoras, pues nos llevó a pensar acerca de nuestro papel como pacientes, de la responsabilidad que también tenemos en dicha relación y de cómo estamos entendiendo al médico como único responsable de dicha dinámica; esto nos llevó a entender que como pacientes también debemos asumir una postura más activa y el médico a su vez debe buscar el bienestar completo de sus pacientes y familiares, con las particularidades de cada caso. Es así como se entiende a la autorreferencia como un ejercicio generoso, que abarca y reconoce diferentes realidades, como posibilidades y así, invita a continuar en esa co-construcción de significados alrededor de contextos tan importantes, como por ejemplo el contexto de salud, sometiendo dichas co-construcciones a negociaciones y cuestionamientos que permiten enriquecer las percepciones de todos los participantes, ampliando sus versiones y significados.

9. Aportes

Con base en los resultados, se proponen los siguientes aportes de la investigación:

9.1 Aportes a la Disciplina

Una de las principales conclusiones de este ejercicio investigativo tiene que ver con el papel del psicólogo en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos, encontrando que la comunicación entre el médico y el paciente puede verse fortalecida por una intervención humanizada y cercana que reconozca la situación fuera de la perspectiva de la atención exclusivamente médica. Al respecto, Novoa y Ballesteros (2006) sugieren que son tres áreas en las que puede desempeñarse, las familias y los cuidadores, la atención de pacientes, y el personal de salud. *Las familias y cuidadores* como sujetos necesariamente activos en el proceso de enfermedad y recuperación, *la atención de pacientes* entendida de forma integral y circular, lejos de ser una distribución de información lineal y no recíproca, y por último, *el personal de salud*: principalmente el trabajo que realizan médicos-especialistas, el cual puede verse favorecido al aprender estrategias para abordar situaciones difíciles como hablar sobre la muerte, sobre diagnósticos críticos o la necesidad de intervenciones que puedan poner en riesgo al paciente, como lo es el no recibir soporte emocional frente a su condición de salud y la falta de herramientas ante la atención en crisis cuando sobreviene una situación comprometedora para su salud y la familia.

Se entiende entonces, que el psicólogo, más que un profesional dedicado a informar sobre la condición de salud y las alternativas para enfrentar la enfermedad, representa un agente de promoción de “escenarios emocionalmente sanos” y de prevención de posibles consecuencias derivadas de la misma situación de enfermar, más que de reemplazar las labores anteriormente nombradas, las cuales hacen parte exclusiva de la labor del médico, pero podrían verse favorecidas con un apoyo y acompañamiento por parte del psicólogo.

Es importante que la disciplina logre re-pensar su labor en la UCI, pues los médicos reconocen que sí haría falta una atención para familias, pacientes e incluso equipo médico, que logre atender a las demandas en crisis o a las contenciones emocionales de familiares.

9.2 Aportes a la Línea de Investigación: “*Calidad de Vida y Bienestar en Contextos de Salud*”

- Frente al afrontamiento como parte de favorecer y promover la calidad de vida, que corresponde uno de los objetivos de la línea, la presente investigación realiza un aporte ante dicho fenómeno, reconociendo diferentes formas de afrontar el paso por la UCI y el mismo proceso de enfermedad, además de reconocerse como una investigación interesada en desarrollar conocimiento sobre el bienestar físico y psicológico de la población de estudio.
- La presente línea, también abarca intervenciones mayores que las individuales, como lo son las de familias o sistemas más amplios (hospitales, colegios, empresas) que se relacionan con la prevención o intervención sobre la enfermedad o sobre las formas en las que se puedan favorecer la salud de las personas, ante lo cual la investigación responde en la medida en que entiende al sistema de salud como uno de esos sistemas amplios que puede favorecer el bienestar físico y psicológico de las personas a las que atiende.
- La investigación se propone en formas en las que es posible promover la calidad de vida en contextos de salud, mediante el abordaje de condiciones de la vida en general, en donde las personas podrían llegar a obtener un mejor servicio con un acompañamiento mucho más centrado en su bienestar integral, lo que la presente línea reconoce como objetivo general.
- En relación con la línea y a la misión universitaria, la presente investigación se basa en un abordaje ético y crítico a un fenómeno como lo es el paso por la UCI, de manera que le aporte significativamente a la dignidad humana y a un trato más adecuado con cada uno de los individuos que se relacionan con dicho contexto.

9.3 Aportes de los Actores Participantes

- Los participantes lograron llegar a un proceso de reflexividad que logró impactar sus narrativas, pues cada vez que una persona re-narra su historia y con ello, la modifica y la resignifica, permite una comprensión más abarcadora de significados y de posibilidades, en donde se aleja de entender sus dilemas humanos de manera lineal e individual y por el contrario, construye un significado relacional que se logra llevar también a otras esferas de su vida.
- El sistema familiar logra nutrir su narrativa identitaria, con nuevas ideas, al igual que el subsistema conyugal visibiliza nuevamente recursos y significados dentro de la relación que habían sido olvidados y que tras contar nuevamente su historia le dan otro sentido.
- Frente al proceso que se llevó a cabo con los médicos, la revisión de la manera en la que ejercen su labor, permitió por medio también de procesos de reflexividad dejarles una invitación frente a la forma en la que entienden su papel, su relación con los pacientes, la manera en la que se comunican con ellos y con sus familiares e incluso, su relación con ellos mismos y con sus propias familias, visibilizando la posibilidad de trabajar para mejorar las condiciones en las que trabajan, en buscar un lugar para sus necesidades y en evaluar si la manera en la que están relacionándose con sus pacientes es la adecuada.

9.4 Aportes a las Investigadoras

- El realizar una revisión acerca de una dinámica en un contexto de salud, permite ver que no se necesita ingresar como paciente a esta unidad para darse cuenta de las numerosas formas que existen de vivir el impacto de un sistema de salud que está regido por un sistema más amplio del cual todos hacemos parte y que lo rige por

normas y leyes, las cuales regulan nuestras acciones y la atención que recibimos como pacientes.

- Nos invita también a tener un rol activo dentro del contexto de salud, en donde como pacientes no salgamos de consultas con duda o no indagemos con el médico acerca de lo que es su obligación como profesional dejar claro, por temor o miedo a cuestionar una figura que ha sido socialmente entendida como autoridad o experto, en otras palabras, trabajar para identificar aspectos que nos lleven a que cada uno tome un rol activo dentro de esta dinámica relacional.
- Como investigadoras/ interventoras reconocemos que la psicología puede lograr un mayor alcance en contextos como estos, lo que se convierte en una invitación para continuar trabajando con este tipo de problemáticas.

10. Limitaciones

Teniendo en cuenta todo el proceso de investigación se identificaron algunas limitaciones dentro del proceso investigativo, tales como:

- Teniendo presente los horarios que manejan los médicos de la unidad de cuidados intensivos, el acceso a esta población se complejizó a la hora de realizar los escenarios conversacionales, debido a que éstos requerían de un tiempo mínimo de 1 hora y los médicos participantes no contaban con dicha disponibilidad. A pesar de esto, se logró contar con su participación dentro del proceso.
- Los participantes de la familia, debido a su trabajo, se encontraban con muy poco tiempo para el ejercicio y además viajaban de manera constante, lo que impidió la realización de más escenarios conversacionales que habían sido propuestos inicialmente.

11. Recomendaciones

Se sugiere a los médicos centrarse en la relación médico-paciente, teniendo en cuenta que tanto los pacientes como ellos mismos reconocen la falencia en este apartado, por lo que puede ser pertinente realizar juegos de roles que permitan el reconocimiento de su posicionamiento en un rol importante dentro de la dinámica de la UCI, informar las malas noticias o acercarse a la familia; así mismo, se recomienda usar el protocolo Buckman para ampliar los conocimientos acerca del trato a los pacientes, ya que este responde activamente ante las problemáticas acerca de la relación médico paciente, que les permitan incorporar más herramientas para la consolidación de su labor profesional, ya que la misma no se consolida solamente por los procedimientos orgánicos.

En conexión con lo anterior, pareciera ser que los equipos médicos necesitan una atención o un acompañamiento por parte de psicología, con el fin de prestarle una mayor atención a su esfera emocional, así como también para entrenarse en el diálogo con pacientes y familiares que les permita llevar una comunicación más clara y empática con ellos.

Además de lo anterior, se invita a los médicos a realizar investigaciones futuras acerca de la importancia de la relación médico- paciente en su labor, que impulsen nuevas maneras de entender al médico, a la medicina y a los pacientes en la dinámica de la UCI, teniendo en cuenta las posiciones éticas que los rigen, ya que son los médicos quienes conocen su profesión y pueden permitir distintas apuestas que se adapten a su realidad.

Finalmente, en cuanto a los pacientes, se sugiere asumir una postura distinta en el desenvolvimiento de su rol: expresando sus dudas, exigiendo a los médicos explicaciones detalladas de los procedimientos que van a ser realizados y, del mismo modo, si es el caso, buscando apoyo profesional para afrontar este tipo de situaciones que permean las dinámicas familiares.

Teniendo en cuenta a Rodriguez (2008), toda investigación debe procurar tener “ un sentido social de transformación y de cambios, que beneficien a las personas con las que convivimos. Debe tener, desde la práctica, repercusiones axiológicas, que involucren emociones, acciones y por supuesto valores personales y sociales” (citado por Agudelo y Estrada, 2012, p.365). Idea que permite reconocer la importancia de llevar a la práctica investigaciones que tengan un impacto y aporte significativo a la población.

De esta manera, nos permitimos proponer el continuar investigando en relación con la formación académica de los médicos y qué tanto están teniendo en cuenta en su plan de estudios la relación con sus pacientes más allá de ser una simple entrega de información, lo cual también conlleva a cuestionarse hasta dónde podría realmente el rol del médico responder a las demandas de los pacientes y qué tan capacitados se encuentran para satisfacer todo tipo de necesidad.

Otro cuestionamiento que surge, es acerca de la las funciones y roles de los médicos y hasta dónde, según las condiciones del sistema de salud actual Colombiano, pueden responder ante las demandas de los pacientes, en cuanto a la comunicación que les permita una construcción narrativa de la experiencia del paso por la UCI favorable que les ayude al afrontamiento de las familias, surge una pregunta ¿según las condiciones del sistema de salud, qué posibilidades tienen los médicos para brindar una buena atención al paciente y qué otras disciplinas pueden apoyar esta labor desde la interdisciplinariedad?

Desde la psicología de la salud, se propone buscar posibilidades para responder ante las necesidades emocionales de los pacientes, luchando por asumir un rol más activo y por buscar que dentro de las políticas públicas sea necesario un psicólogo entrenado en la UCI como parte del equipo médico, tanto para responder a las crisis de los pacientes, como de los

médicos que hacen parte de la dinámica, o en crear fundaciones, o activar redes de las mismas que se encarguen de esta problemática.

En cuanto a las instituciones prestadoras de salud, surge el cuestionamiento de ¿cómo aseguran que los médicos empleados estén cumpliendo con su labor de manera ética y centrándose en la relación médico paciente? y por otro lado; ¿cómo están cuidando a sus empleados ante los temas de burnout y que atención le dan a su salud mental?, resaltando la importancia de cómo se cuida al cuidador.

Referencias

ABC Salud (2014) La comunicación médico-paciente. Tomado de:

https://www.sehh.es/images/stories/recursos/2014/pacientes/LA_COMUNICACION_MEDICO-PACIENTE.pdf

Aelbrecht, K., Rimondini, M., Bensing, J., Moretti, F., Willems, S., Mazzi, M., ... Deveugele, M.

(2014). *Quality of doctor–patient communication through the eyes of the patient: variation according to the patient’s educational level. Advances in Health Sciences Education*, 20(4), 873–884.

Anderson, H. y Goolishian, H. (1996) El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. 45-60. Barcelona: Paidós.

Artús,A, Beux,V y Pérez, S. (2012). Comunicación de malas noticias.Biomedicina, 7 (1) 28-33.

Recuperado de: http://www.um.edu.uy/docs/malas_noticias.pdf

Aya, S. (2010). Reflexiones acerca de los procesos incluidos en la construcción narrativa. ¿Cómo emergen los relatos? Diversitas; 6 (1). (187-189). Recuperado

de: <https://www.redalyc.org/pdf/679/67916261015.pdf>

Barca, I., Parejo, R., Gutiérrez P., Fernández F., Alejandro G. and López de Castro, F. (2004).

Information Given to Patients and Their Participation in Clinical Decision-Making. Vol.

33(7):361-367, Aten primary. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion->

primaria-27-articulo-la-informacion-al-paciente-su-13060760

Barona, R. (2001) Derechos y obligaciones en la relación médico-paciente. Recuperado de:

www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2001/7/2/leg_jur_4_v7_r2.pdf

Britten, N., Stevenson, F., Barry, C., Barber, N., Bradley, C. (2000). *Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. BMJ*, 320(7233), 484–488. doi:10.1136/bmj.320.7233.484

Bell, N. y Zucker, R. (1968). Family-hospital relationships in a state hospital setting: A structural-functional analysis of the hospitalization process. *International Journal of Social Psychiatry*, 15(1), 73-80 <http://dx.doi.org/10.1177/002076406901500105>

Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*, Barcelona, Paidós.

Ortiz, M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Redalyc*. 139-147.

Bascuñán, M. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica de Chile*. 133 (1) 11-16. Tomado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000100002

Bautista, N. (2011). Proceso de la investigación cualitativa, Epistemología, metodología y aplicaciones. *El Manual Moderno (Colombia)* 64-254.

Carmona, L., Roza, C., Mogollón, A. (2005.) La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Redalyc*. (62-95).

Carrasco, E. (s.f) Entrevista al adolescente y su familia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Tomado de: www.paidopsiquiatria.cat/archivos/11-texto-entrevista-adolescente-familiares.pdf

- Casas, A. y Rodríguez, C. (2008). El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológica. *BiD: textos universitarios de biblioteconomía i documentació*. 21 (diciembre)
DOI: 10.1344/105.000000324
- Cófreces, P., Ofman, S., Stefani, D. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*. 4(6) 19-34. Tomado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/30736>
- Constitución Política de Colombia. (1991). De la protección y aplicación de los derechos. Recuperado de: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-4/articulo-86>
- Cracco, C y Blanco, M. (2015) Estresores y estrategias de afrontamiento en familias en las primeras etapas del ciclo vital y contexto socioeconómico. *Ciencias psicológicas* 9 (2) 129-140. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545410003>
- Defensoría del Pueblo (2015) Tutelas que invocan el derecho a la salud: Causas de las tutelas en salud. Recuperado de: www.defensoria.gov.co/attachment/142/Causas
- Elorriaga, K, Lugo, M y Montero, M. (2012) Nociones acerca de la complejidad y algunas contribuciones al proceso educativo. *Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 14(3), 415-429. Tomado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4084797>
- Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2004) El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*. No.14. 21-34. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5042892>
- Estupiñán, J., González, O. (2015). Narrativa conversacional, relatos de vida y tramas humanos. Bogotá: Universidad Santo Tomás. (76-72).

- Estupiñán, J., (2003). Algunos principios orientadores en los procesos de investigación, intervención y formación de terapeutas y consultores de familia. *Construcciones en psicología compleja. Aportes y problemas*. Bogotá: Universidad Santo Tomás. (63-70)
- Estupiñán, J., González, O. & Serna, A. (2006). Dossier No. 2 proyecto: Historias y narrativas familiares en diversidad de contextos. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Epstein, R., Campbell, T., Cohen-Cole, Mcwhinney I., Smilkstein, G. (1993) Perspectives on patient- doctor communication. The journal of family practice. Vol 37, no. 4. p.377-387.
- Fong Ha, J. y Longnecker, N. (2010) Doctor-Patient communication: A review. The Ochsner Journal. 10 (1) 38-43. Tomado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>
- Fonseca, J. (2012). Reflexiones sobre la construcción narrativa de la identidad, crisis y afrontamiento. *Psicoterapia y Familia*.
- Fonseca, J. Rey, A., Romero, J. (2012). Construcción narrativa de relatos identitarios que favorecen la resiliencia en jóvenes con orientación homosexual. *Hallazgos*, vol. 10, No. 19. 133-148- (136). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4138/413835217008.pdf>
- Gajardo, A., Lavados, C. (2010). El proceso comunicativo en la relación médico- paciente terminal. (1-10). Recuperado de: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1687/2263>
- García, F. (2006) Breaking bad news in medicine: strategies that turn necessity into a virtue 30 (9) 452-459. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000900006
- García, M. (2011). La Teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick como obra organizadora del pensamiento sobre la dimensión interpersonal de la comunicación. *Razón y palabra*, 75 (1) 1-13. Tomado de: www.razonypalabra.org.mx/N/N75/monotematico_75/29_Rizo_M75.pdf

Gergen, K. (2007). Construccinismo social, aportes para el debate y la práctica. Angela Estrada, Silvia Diazgranados (traductoras y compiladoras).Bogotá: Universidad de los Andes.
Recuperado de
https://www.taosinstitute.net/Websites/taos/images/PublicationsFreeBooks/Gergen_construccinismo_social.pdf

Gergen, K. J. (1996). Realidades y relaciones: aproximación a la construcción social. Barcelona: Paidós.

Girón, M., Begoña, B., Medina, E. y Talero, M. (2002) The Quality of the Physician-Patient Relationship and Results of the Clinical Encounters in Primary Care in Alicante: A Focal Groups Study. Revista especializada Salud Pública. 76 (5): 561-575. Tomado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12422429>.

González, M. y Kraftchenko, O. (2003) La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-Profesional de los estudiantes de medicina. Educación médica superior. 17 (1) 39-46. Tomado de: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&Fpid=S0864-21412003000100004

González, O., Fonseca, J. y Jiménez, L. (2006). El cáncer como metáfora de muerte o como opción para resignificar la vida: narrativas en la construcción de la experiencia familiar y su relación con el afrontamiento del cáncer de un hijo menor de edad. Revista Diversitas, perspectivas en Psicología, 2 (2), 259-277.

Gómez-Carretero, P, Monsalve, V, Soriano, JF, & de Andrés, J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 31(6), 318-325. Recuperado en 02 de octubre de 2019, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006&lng=es&tlng=es.

Grassi, L., Giraldi, T., Messina, E., Magnani, K., Valle, E., Cartei, G. Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. *Support Care Cancer*. 2000; (8): 40-5.

Harbin, H. (1985). The family and the psychiatric hospital. In J. Schwartzman (Ed.), *The Guilford family therapy series. Families and other systems: The macrosystemic context of family therapy* (108-132). New York, NY, US: The Guilford Press.

Heras G., Cruz M., Nin N. (2017). Seeking to humanize intensive care. *Us National Library of Medicine National institutes of Health*. 29(1) 9-13. DOI: 10.5935/0103-507X.20170003

Hernández, A. (1991). Estrés en la Familia Colombiana: Tensiones Típicas y Estrategias de Afrontamiento. *Tesis de Pregrado*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

Hernández, A. (2005) La familia como unidad de supervivencia, de sentido y de cambio en las intervenciones psicosociales: intenciones y realidades. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 1-12. Tomado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2005000100003

Herrera, E. (2012) Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Avances en enfermería*. 30 (2) 67-75. Tomado de: www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf

HoYee, J., Luck, B. (2018). Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Science Direct*. Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399118310048#!>

Jaramillo, L. Pinilla, C. Duque, M. y González, L. (2004) Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del hospital de Caldas,

Manizales (Colombia) *Index Enferm.* 13(46). 29-33. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200006

Imber-Black, E. (2000). Familias y sistemas amplios: El terapeuta familiar en el laberinto. Argentina:

The Guilford Press

La Rosa, Y., Martín, L., Bayarre, H. (2007) . Adherencia terapéutica y factores psicosociales en

pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 23(1). Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100005

Last, B., Veldhuizen, A. (1996) Information about diagnosis and prognosis related to anxiety and depression in children with cancer aged 8-16 years. *Rev- EJC* (290-294)

Ley 1164 (2007) Congreso de la República de Colombia, Bogotá, Colombia. 03 de octubre de 2007.

Recuperado de:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

Ley 23 (1981) Congreso de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 18 de febrero de 1981.

Recuperado de: https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-103905_archivo_pdf.pdf

Loriente, N. y Serrano del Rosal, R. (2009) Hable con los pacientes, no para ellos. Análisis de las fuentes de confianza del acto médico. *Revista Internacional de Sociología* 67(2) 309-328.

Macías, M., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013) Estrategias de afrontamiento individual y familiar a situaciones de estrés psicológico. *Psicol. caribe* , 30 (1), 123-145. de:

[3http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-417X2013000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-417X2013000100007)

Magnabosco, M. (2014) El Construccinismo Social como abordaje teórico para la comprensión del abuso sexual. *Revista de Psicología*, 3 (2), 220-242. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337832618002>

- Martín, E, Sarmiento, P. y Ramírez, J. (2014) Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. *Revista de Calidad Asistencial*. 29 (3) 135-142. DOI: 10.1016/j.cali.2013.11.007
- Martín, J., González, M., Gómez, T., Fernández, E, Pajares, G. y Moreno, B. (2010) Patient satisfaction with the patient-doctor relationship measured using the questionnaire (PDRQ-9). *Europe PMC* 42 (4): 196-203. DOI: 10.1016/j.aprim.2009.09.026
- Martín., M. (2010). La relación médico paciente basada en valores, una guía para estudiantes de medicina. (1-60).
- McCubbin, H., Lavee, Y., & Patterson, J. (1985). The Double ABCX Model of Family Stress and Adaptation: An Empirical Test by Analysis of Structural Equations with Latent Variables. *Journal of marriage and family*, 47, (4): (811-825).
- Mendoza, C., Ramos, C. y Gutierrez, E. (2016) Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horizonte Médico*. 16 (1): 14-19.
Tomado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v16n1/a03v16n1.pdf>
- Ministerio de Salud (2014) Gestionar desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los paciente. Tomado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-estrategia-de-comunicacion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Política de atención integral en salud: "Un sistema de salud al servicio de la gente". Bogotá, Colombia. Tomado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Mira, JJ y Aranaz, J. (2000) La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la

atención sanitaria. *Medicina Clínica*. 114 (3): 26-33. Tomado de:http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf

Moore, P, Gómez, G. Kurtz, S y Vargas, A. (2010) La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. *Revista médica Chile*, 138: 1047-1054. Tomado de:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n8/art16.pdf>

Morelo, G., Quintero, R., & Baez, C. (2016) cada 4 minutos un paciente mal atendido pone una tutela en Colombia . Cada hora se ponen 13 tutelas contra el sistema de salud en Colombia.

Morin, E. (1997) *Introducción al pensamiento complejo*. Recuperado de:
http://www.pensamientocomplejo.com.ar/docs/files/MorinEdgar_Introduccion-al-pensamiento-complejo_Parte1.pdf /Morin, E. (1997) Edgar Morin and complex thinking. Met
Integral Foundation Resource Paper. Recuperado
de:https://www.researchgate.net/publication/260603130_Edgar_Morin_and_Complex_Thought

Nápoles, A., Santoyo, J., Karliner, L., O’Brien, H., Gregorich, S., Perez, E. (2008). Clinician ratings of interpreter mediated visits in underserved primary care setting with ad hoc, in-person professional, and video conferencing modes. *Rev- PMC (1): 301-317*.

Noreña, C y Tamayo, L. (2010). Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa. *Aquichan*. 10 (1), 52-68. Tomado de:<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n1/v10n1a06.pdf>

Novoa Gómez, M., & Ballesteros de Valderrama, B. (2006). El rol del Psicólogo en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Universitas Psychologica*, 5(3), 599-612. Recuperado a partir de
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/464>

Pacheco, J. (1992) Sociolingüística y medicina: La comunicación entre médico y paciente. *Revista Médica de Costa Rica*. No.519: 63-67. Tomado
de:<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/519/art6.pdf>

Pakman (Comp.), Construcciones de la experiencia humana. Barcelona: Gedisa.

Pakman, M. (1997). La psicoterapia en contextos de pobreza y la disonancia étnica: el constructivismo y el construccionismo social como metodología para la acción. En M.

Payne, M. (2002) Terapia narrativa: una introducción para profesionales. Paidós Iberica.

Pérez, L. y Carmona, D. (2005) Información sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico-uterino y satisfacción con la atención médica. *Psicología y Salud*. 85-95. Tomado de:
https://www.researchgate.net/publication/26472684_Informacion_sobre_el_diagnostico_y_tratamiento_del_cancer_cervico-uterino_y_satisfaccion_con_la_atencion_medica

Pourtois, J. (1992). Análisis de contenido. En *Epistemología e instrumentación en ciencias humanas* (215-231). Barcelona: Herder

Prieto, L., Sotelo, K. y Zabala, M. (2017) El performance de la reconciliación: Una apuesta de las mujeres por la paz. Universidad Santo Tomás, Colombia. Tomado de:
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10201/Prieto2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Puerto, H., Gamba, A. (2015). La comunicación del diagnóstico de cáncer como práctica saludable para pacientes y profesionales de la salud. *Revista Cuidarte*. 6(1). 964-9. DOI:
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.160>

Rodrigo, M. y Palacios, J. (coords.) (1998) Primera parte: La familia como contexto y la familia en contexto. *Familia y desarrollo humano*. Recuperado de:
<https://www.tagusbooks.com/leer?isbn=9788420685977&li=1&idsource=3001>

Ruiz, R. Rodríguez, JJ. y Epstein, R. (2003), ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: Reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Atención Primaria* 32 (10) 594-602. Tomado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703793391>

Sánchez, M., Hernández., J. (2013). Psicología de la salud para la mejora del afrontamiento de las enfermedades. (8-20). Research Gate. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/318586343_Psicologia_de_la_salud_para_la_mejora_del_afrontamiento_de_las_enfermedades

Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos.

Scielo. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>

Sentencia T-760/08 (2008) Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, Bogotá, Colombia.

(31 de julio de 2008). Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Sentencia-T-760-08.pdf>

De Shazer, S. (1999). En Un origen, las palabras eran magia. España: Gedisa.

Shotter, J. y Lannamann, J (2002) The Situation of Social Constructionism: Its 'Imprisonment' within the Ritual of Theory-Criticism-and-Debate. *Theory & Psychology* 12(5):577-609. DOI: 10.1177/0959354302012

Soto, J. (2000). Tres principios para la configuración de una psicología de lo complejo. *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*. No.8: 159-168. Recuperado de:
<https://www.moebio.uchile.cl/08/soto.html>

Stegman J. (04 de junio de 2014) Cuatro de cinco pacientes logran entender lo que les indica su médico. ABC Sociedad. Recuperado de: <https://www.abc.es/sociedad/20140704/abci-pacientes-entender-indica-medico-201407040112.html>

- Trujano, R., Ávila, D., Vega, Z. y Nava, C. (2012). Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en Psicología*, 16 (26), 78-83. Tomado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2012000100008
- Vítolo, F. (2011) Problemas de comunicación en el equipo de salud. Biblioteca virtual Noble. 1 - 8. Recuperado de: http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/63.pdf
- Watzlawick, P. Beavin, J, y Jackson, D (1991) Teoría de la comunicación humana, Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires.
- White, M., Epston, E. (1993) Relato, conocimiento y poder. *Medios narrativos para fines terapéuticos*. (32- 46). Paidós.