

Afrontamiento familiar frente a las secuelas generadas en pacientes que sufrieron Trauma Craneoencefálico (TCE)

Family coping face to after-effects generated in patients who suffered Traumatic Brain Injury (TBI)

Alix Zoraida Bohórquez de Figueroa
Juan Carlos Espinosa Narváez
Jessica Julieth Turizo Castillejo**
Lorena Guampe Bayona**

Resumen

La presente investigación buscó conocer las diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por las familias frente a las secuelas generadas en los pacientes que sufrieron Trauma Craneoencefálico (TCE) en el segundo semestre de 2010; para esto se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, aplicado a una muestra de 15 cuidadores principales de pacientes que sufrieron Trauma Craneoencefálico (TCE).

El método utilizado para la recolección de la información fue la entrevista a profundidad, manejando como instrumento de ayuda la grabadora de voz y las notas de campo. El análisis utilizado fue de contenido tomando como referencia las etapas de afrontamiento familiar desorganización, recuperación, reorganización.

La familia es el agente principal de la recuperación prolongada de la persona lesionada y las adaptaciones a la discapacidad. La relación de consanguinidad encontrada en la mayor parte de los cuidadores fue (madre - hijo). Las estrategias

más utilizadas por los cuidadores fueron: aceptación de la responsabilidad, independencia y vida personal, tensión emocional familiar, autocontrol y reevaluación positiva.

Palabras claves

Cuidador principal, secuelas, déficits cognitivos, enfermedad crónica.

Abstract

This study aimed to know the different coping strategies used by families from the after-effects in patients who suffered traumatic brain injury (TBI) in the second half of 2010, It was conducted a qualitative study with a phenomenological approach applied a sample of fifteen primary caregivers of patients who suffered Traumatic Brain Injury (TBI).

The method used for data collection was the depth interview as an aid handling voice recorder and field notes. The content analysis was used with reference to the stages of family coping Disorganization, Recovery, Reorganization.

The family is the principal agent of the long term recovery of the injured person and adaptations to disability. The relationship of consanguinity found

* Enfermera. Docente, Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: azbohorq@hotmail.com

** Coinvestigadores. Estudiantes Programa de Enfermería. Universidad Francisco de Paula Santander E-mail: lorenagu2@hotmail.com

Recibido: 06 Marzo/12 Aceptado: 29 Mayo/12

in most of the caregivers was (mother - child). The most used strategies used by caregivers were: Acceptance of Responsibility, Independence and Personal Life, Family Emotional Stress, Self-control and positive reappraisal.

Key words

Primary caregiver, after-effects, cognitive deficits, chronic disease.

Introducción

El Traumatismo Craneoencefálico (TCE) se ha definido como la epidemia silenciosa de estos tiempos trayendo como consecuencia, aumento en el número de personas con secuelas severas que requieren ayuda de su familia, servicios sociales o de rehabilitación. (1)

Los familiares de una persona afectada por trauma craneoencefálico (TCE) sufren un fuerte impacto a nivel personal tras el accidente y, a menudo, experimentan sentimientos de estrés, se ven afectados por la necesidad de afrontar el traumatismo inicial y los cambios físicos, neuropsicológicos y emocionales que se producen después del traumatismo. (2)

De hecho, los familiares de la persona con esta patología deberán proporcionar apoyo y asistencia al paciente tras el accidente. En el tiempo se puede considerar que el impacto del traumatismo en los familiares puede ser tan devastador como para el propio paciente, ya que tras el trauma craneoencefálico (TCE) se afecta todo el conjunto familiar.

Los factores que repercuten en mayor medida en el entorno familiar son los cambios de conducta y personalidad, así como la existencia de déficits

cognitivos. (2)

Los estudios sobre afrontamiento y enfermedad crónica buscan determinar cuáles son aquellos estilos y estrategias que favorecen un mejor ajuste a las condiciones de la enfermedad y que disminuyen los riesgos asociados a las mismas. En el Departamento Norte de Santander son muy pocos los estudios sobre afrontamiento familiar, de aquí radica la importancia de realizar una investigación que permita abordar a la familia como objeto del cuidado al paciente que sufrió trauma craneoencefálico (TCE).

Además, permite ayudar a estas y otras familias a buscar estrategias de solución, brindarles toda la información necesaria para que les sea más fácil comprender y aceptar los cambios en la vida de las personas que tienen a su cuidado y la influencia que tiene sobre ellos en su funcionamiento familiar.

Materiales y Métodos

La presente investigación estuvo enmarcada dentro del paradigma cualitativo, la muestra estuvo constituida por 15 cuidadores principales de pacientes que sufrieron trauma craneoencefálico (TCE) entre ellos 12 mujeres y 3 hombres cuyas edades oscilaron entre 25 y 60 años de edad.

El método para recolección de la información fue la entrevista a profundidad, la cual estuvo definida como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes.

Se aplicó un cuestionario que constó de 9 preguntas, como instrumento de ayuda se utilizó una grabadora de voz (con previa autorización

del informante) que facilitó el desarrollo de la entrevista y posteriormente un mejor análisis de la información.

Se realizó una revisión de la base de datos de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de trauma craneoencefálico (TCE), información que fue proporcionada por la oficina de estadística y mediante la aplicación de un muestreo homogéneo por conveniencia, se seleccionó a los informantes para llevar a cabo las respectivas entrevistas a profundidad. Para el análisis del proceso de afrontamiento de las familias se tomó como referencia las 3 etapas de afrontamiento (desorganización, recuperación y reorganización).

Objetivos

Objetivo General

Conocer las diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por las familias ante las secuelas generadas en los pacientes que sufrieron trauma craneoencefálico.

Objetivos Específicos

Describir las diferentes estrategias de afrontamiento centradas en el problema y centradas en la emoción, utilizadas por los familiares de pacientes con secuelas de trauma craneoencefálico en la etapa de desorganización.

Describir las diferentes estrategias de afrontamiento centradas en el problema y centradas en la emoción utilizadas por los familiares de pacientes con secuelas de trauma craneoencefálico en la etapa de recuperación.

Describir las diferentes estrategias de afrontamiento centradas en el problema y

centradas en la emoción utilizadas por los familiares de pacientes con secuelas de trauma craneoencefálico en la etapa de reorganización.

Resultados y Discusión

La muestra estuvo constituida por 15 cuidadores principales de pacientes que sufrieron trauma craneoencefálico (TCE) en el segundo semestre del 2010, con edades que oscilan entre 25 a 60 años; las cuales viven en el área urbana de Cúcuta y el Municipio de Los Patios, con un nivel socioeconómico medio (estrato 1, 2 y 3) y quienes aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Se les proporcionó información clara acerca de los propósitos y beneficios de la investigación, así como la importancia de su vinculación en la misma. Se realizaron 45 entrevistas en total.

El afrontamiento de las familias en el cuidado a pacientes con secuelas de trauma craneoencefálico (TCE), se estructuró en 3 etapas según lo planteado por Montilla A. (2006), que se integran de manera secuencial durante este proceso, inicia con una desorganización, continúa con una recuperación, llegando finalmente a una reorganización. (3) Dentro de cada una de estas etapas definidas se incluyó las categorías de afrontamiento establecidas por Lazarus R. S. (1985), (confrontación, escape evitación, distanciamiento, planificación, situación socioeconómica, relaciones afectivas, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidades, tensión emocional familiar, reevaluación positiva). (4)

De acuerdo al significado de cada una de ellas, las cuales permitieron comprender y aceptar los cambios tanto del cuidador, así como de la

persona que tienen a su cuidado y la influencia que tiene ello en su funcionamiento familiar.

Estrategias de afrontamiento en la etapa de desorganización.

Es el momento del diagnóstico, se declara la situación de enfermedad en uno de los miembros y comienza el miedo en los miembros de la familia. (3)

1. Confrontación: la noticia del evento para el total de los informantes los tomó por sorpresa, un hecho estresante que, inminentemente produce una crisis, cuando para ellos una situación de tal magnitud es inusual. Llega a ser sorpresivo para el cuidador. Los primeros momentos significan miedo, incertidumbre y angustia, reflejando el no tener claro cómo actuar ni qué medidas tomar para dar solución al problema. (3)

I14 E1: "Pues, eso es difícil de describir un apretamiento en el pecho, del susto, del miedo por la impresión yo estaba durmiendo y me despiertan con tremenda noticia, y yo me asuste demasiado"...

2. El autocontrol: aunque no de la mejor manera, se presenta en el primer momento, el encuentro del individuo con la situación estresante o el problema ocasiona una gran inestabilidad emocional y familiar, de mayor intensidad al comienzo, con manifestaciones de ansiedad, angustia, miedo, temor y nerviosismo, expresiones de llanto y tristeza que a medida que pasa el tiempo se modifica logrando estabilizarse el estado de ánimo del individuo, llegando a controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales. (3)

I1E1: "cuando yo vi al niño así, pues me entraron los nervios y el llanto y el desespero, eso fue terrible ese momento que yo

viví"...yo mejor dicho, me puse fue a llorar y me entraron los nervios de una vez, pero para que, yo me calmé, me seque las lágrimas y bueno pa adelante"...

3. Escape-evitación: alberga una esperanza de mejoría de las secuelas, situación que se mantiene durante todo el proceso a través del tiempo; utilizan otras estrategias como comer, fumar, beber alcohol, o usar otras drogas o medicamentos como mecanismo mediador de la situación estresante. (3)

I10E1: "yo si hubiera agradecido a Dios que esa mujer no quedara sufriendo por ahí, si no que se fuera a descansar, por que el sufrir de esa manera, no eso es mejor dejar de existir y ya saz se acabo". "yo hasta comía de mas, llegue a agarrar el vicio del cigarrillo, ya eran de cuatro y cinco paquetes diarios"....

La persona a cargo de todo el cuidado, del confort y bienestar del paciente, suele verse afectada en su esfera física y emocional.

4. Salud y capacidad física: es muy frecuente que esta situación comprometa de manera directa su salud y estado físico. Dentro de estas afectaciones se encuentran alteración del apetito y patrón del sueño, cansancio, debilidad, depresión, fatiga mental, ansiedad, caídas, exacerbación de los antecedentes patológicos, parestesias, dolores musculares, entre otros. (3)

I6E2: "lo que ha traído este accidente es problemas para mi salud, vivo con cansancio en las espaldas, los brazos; no es que a él hay que hacerle todo es como un chino pequeño"... "Dígame de la tensión, ahh también he descuidado el tratamiento"...

Estrategias de afrontamiento en la etapa de recuperación

Se presenta cuando los familiares ya han superado el impacto inicial y están asumiendo la realidad. (3)

Informante1 Entrevista1
Informante10 Entrevista1
Entrevista6 Informante2

Informante14 Entrevista1

1. La planificación: en los informantes la planificación del cuidado se centró en acciones como asistencia en la alimentación, autocuidado (higiene y arreglo personal, terapia farmacológica), asistencia a controles médicos, apoyo emocional, incorporación a la sociedad, etc. (3)

I10E2: “después traerla acá a mi casa, instalarla, cuidarla. Desde la mañana empiezo que bañándola, vistiéndola, echándole la crema en el cuerpo, curándole las yagas que tiene, estar pendiente de sus comidas, de los ejercicios, mejor dicho todo es todo”.

2. Cambio de roles: del total de los informantes se logró identificar una reestructuración de la mayoría de actividades cotidianas que solía realizar: cambio de roles; que hacen suya la necesidad de contribuir al cuidado de este individuo, prescindiendo del desarrollo de actividades cotidianas en el hogar o en el lugar de trabajo. (3)

I1E2: “Pues sí, dejar de trabajar, convertirme prácticamente en la señora de la casa porque me la paso es acá metida. He dejado de salir ya pa ningún lado voy porque cuando no es una cosa es la otra y prefiero quedarme encerrada en la casa...”

3. Distanciamiento: surge un deseo profundo de no permitir que le afecte lo que está viviendo, procurando desviar los pensamientos, evitación intencional de ideas, recuerdos o experiencias que son desagradables (no pensar en el problema). (3)

I6E3: “me gustaría es como tratar de no dejar que esto me siga afectando tanto; como salir a donde las otras viejas a hablar, ir al mercado allá uno se entretiene y se las consigue a todas, y también se entera uno de los chismes del barrio”.

4. Situación socioeconómica: la solvencia o no de los recursos económicos, influye en gran manera

en que el afrontamiento de las secuelas de la enfermedad sea adecuado o no respectivamente. (3)

Para el 93% de los informantes las dificultades económicas en la familia se incrementaron, situación que afectó la planificación de los cuidados y el afrontamiento del problema.

5. Relaciones afectivas: el cuidador al percibir a su familia unida, cobra ánimo y fortaleza, involucrando a todos en los cuidados parciales de su familiar afectado. Para él se convierte en una verdadera fuente de apoyo emocional ver a los parientes cercanos compartiendo y conociendo las vivencias y contribuyendo a sobrellevarlas, desde las circunstancias individuales. (3)

I3E1: “eso la relación de la familia siempre ha sido así cada quien por su lado y pero algo si donde mi papá tuviera plata eso usted los vería a todos acomodados, más que claro, yo he sido la más retirada de la familia pero acá con mi papa me siento bien”...

6. Autocontrol: liberar las emociones puede ser eficaz para afrontar determinadas situaciones difíciles, pero llega un momento, en que el cuidador percibe que no encuentra a nadie que pueda llegar a escucharlo y comprender su vivencia. (3)

I6E4: “Son muchos los sentimientos que todavía tengo, la impotencia de no verle mejoría a su comportamiento a que todavía no quiera hacer nada por sí mismo, quisiera no llorar y hacerme fuerte, pero ellas se salen y me toca estar escondiéndome de todos”...

7. Búsqueda de apoyo social: esta estrategia es utilizada con amigos o parientes, cuando los cuidadores tienden a contar los sentimientos, hablar para ser tranquilizado, explicar detalles de las vivencias, etc. (3)

Informante10 Entrevista2
Informante1 Entrevista2
Informante6 Entrevista3

Informante3 Entrevista1
Informante6 Entrevista4

I6E1: “Fue difícil...Gracias a Dios pues familia si tenemos y nos ayudaron”... “y pues cuando eso tenía a mi hermana acá ese también fue un apoyo...”hubo apoyo de todos con los vecinos.

8. Apoyo espiritual: (refleja el uso de la oración y la creencia en la ayuda de un líder o Dios). (5)

En el 100% de los informantes se logró apreciar una búsqueda de apoyo espiritual, solo acudiendo a un apoyo espiritual hallan tranquilidad, descanso para su interior, y logran recobrar esa esperanza y convicción que en algún momento del proceso de afrontamiento perdieron, debido a las exigencias del mismo.

Estrategias de afrontamiento en la etapa de reorganización

En esta etapa, según Montilla A. (2006), se aceptó la realidad y hubo resolución de una crisis. Se estabiliza la nueva situación familiar, se asumen nuevos roles si es necesario, mantener la participación activa del enfermo. Está en disposición de solicitar información continuada sobre la enfermedad para entender su evolución y la fase en la que el enfermo se encuentra. (3)

1. Aceptación de responsabilidades: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema. (6)

En la mayoría de los casos quien debe asumir la responsabilidad del cuidado es una mujer, hermana, madre o hija. Del total de los informantes aproximadamente el 80% eran mujeres. La relación de consanguinidad encontrada en la mayor parte de los cuidadores fue madre-hijo.

I6E2: “Yo como mamá de él quiero hacer lo que sea porque se ponga mejor, no hay nada más triste que verlo convertido en otra

persona y que no sea independiente como antes...le doy todo mi amor... cada quien ha hecho de su parte para que se mejore...”.

2. Independencia y vida personal: existe un abandono casi total de cada una de las actividades sociales, laborales y afectivas. (3) En el 80% de los informantes, el ocio y diversión se ha relegado y puesto a un lado, así, su arreglo personal ha sido olvidado y no se le atribuye la misma importancia que solía tener.

I8E3 : “Mejor dicho sin vida propia, mi vida es como de otra Catalina, soy otra en todo sentido, tengo un nuevo hijo, mis otros hijos me odian, apagada, amargada, desempleada y con los sueños pal carajo”.

3. Tensión emocional familiar: la persona vive esta crisis de una manera dramática, se juzga constantemente, se culpabiliza y presenta de forma constante un estado emocional negativo que dificulta el afrontamiento, pues está tan concentrado en estos aspectos que finalmente terminan no solucionando el problema o considerando que jamás lo va a solucionar. (3)

I10E1: “Que Dios me perdone, pero yo todavía no me acostumbro a tener que cuidarla. Me da rabia tener que hacerle todo como si fuera una china pequeña, y por más que quiera hacerlo con gusto no puedo. Lo hago como obligada”.

4. Autocontrol: se manifiestan los apoyos externos, lo cual proporciona cierto grado de seguridad, sin embargo, aun influyen aspectos como la soledad, tristeza y depresión, que ocasionan una nueva inestabilidad caracterizada por la sensación de sentirse abandonado. (3)

5. Reevaluación positiva: es una estrategia que la mayoría de las personas utilizan, dándole un nuevo sentido a su vida, perciben de forma positiva la enfermedad y las situaciones que se desprenden de ella y salen fortalecidos. (3)

I7E3: “Uno aprende mucho, a ser humilde, tener autodominio de las cosas que siente y tratar de vivir conforme a lo que se presenta y no renegar de la vida. Aunque es una experiencia amarga sale algo de bueno”.

6. Hacerse ilusiones: es una estrategia que permite tener un afrontamiento más efectivo, pese a que está basado sobre pensamientos irreales o en varias ocasiones olvidando la realidad. (3)

I6E1: “yo pienso que eso después va a mejorar o sea eso va cambiando...que uno debe esperar que las cosas se van dando y que él en un futuro pues no estará mal que no va a tener problemas sino que al contrario va a estar mejor”.

Conclusiones

Los cuidadores de las personas que sufrieron el Traumatismo Craneoencefálico (TCE) por lo general fueron mujeres, correspondiendo al 80% de la población de estudio, las cuales disponen de su vida y habilidades para brindar lo mejor de sí; cubriendo las necesidades físicas y emocionales de ésta. Se ubican en el grupo etáreo comprendido entre 25 a 60 años. El 60% de los cuidadores del estudio presentan bajos niveles de escolaridad y estratos socioeconómicos entre 1, 2 y 3; el 40% de ellos se encuentran dedicados a labores del hogar.

La familia se convierte en el fundamento y agente principal de la recuperación prolongada de la persona lesionada y las adaptaciones a la discapacidad. La relación de consanguinidad encontrada en la mayor parte de los cuidadores del presente estudio fue (madre-hijo), seguidamente de otros tipos de relaciones filiales como cónyuges, hermanos y tías.

El proceso de afrontamiento se estructuró en 3 etapas que se complementan y se viven de

manera secuencial cambiando a lo largo del tiempo y varían como resultado de la severidad del mismo y el uso de recursos disponibles (intrafamiliares, amigos y profesionales).

Se identificó que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema más utilizadas y consideradas en gran medida por estas familias fueron: confrontación, búsqueda de apoyo social, planificación, situación socioeconómica y aceptación de responsabilidades. De algunas de las anteriores categorías surgieron subcategorías tales como: cambio de roles, apoyo espiritual e independencia y vida personal.

Se identificó que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción más utilizadas y consideradas en gran medida por estas familias fueron: reevaluación positiva, autocontrol, tensión emocional familiar, relaciones afectivas, distanciamiento, escape y evitación. De algunas de las anteriores categorías emergieron subcategorías tales como: Salud y capacidad física, hacerse ilusiones.

En la etapa inicial del proceso de afrontamiento desorganización, el impacto brutal del evento traumático es sorpresivo para el cuidador; le confiere inseguridad, miedo e incertidumbre. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas en esta etapa fueron: confrontación, autocontrol, escape-evitación y salud - capacidad física.

Dentro de la segunda etapa de recuperación, ya las familias superan el impacto inicial e inician asumiendo su realidad. Las estrategias más utilizadas por los cuidadores fueron: planificación, cambio de roles, distanciamiento, situación socioeconómica, relaciones afectivas, autocontrol, búsqueda de apoyo social y apoyo espiritual.

En la etapa final del proceso de reorganización, se aceptó la realidad y hubo resolución de una crisis. Los cuidadores principales emplearon como estrategias de afrontamiento: aceptación de responsabilidades, independencia y vida personal, tensión emocional familiar, autocontrol, reevaluación positiva y hacerse ilusiones.

Referencias Bibliográficas

1. Moreno P., Blanco C. Epidemiología y clasificación del daño cerebral. En Neuropsiquiatría del daño cerebral. Ed. I., 1996; 5(7):1-5. Disponible en: (Consultado 13 nov 2010).
2. Equipo de Rehabilitación cognitiva (FLENI) Traumatismo del cráneo. Una guía para la familia. [8 pág.] (s. f.). Disponible en: http://www.fleni.org.ar/variados/fleni_traumatismos_de_craneo.pdf (Consultado 13 nov 2010).
3. Montilla A. El paciente y la familia ante la enfermedad. 2006; [pág. 1-9] Disponible en: <http://www.aehc.es> (Consultado 19 abr 2011).
4. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company. 1984. [pág. 1-8] Disponible en: www.medicrit.com/Revista/v2n7_05/V2N7_107.pdf (Consultado 14 abr 2011).
5. Fantin M., Florentino M. Correché M. Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de san luis. Rev. Fundamentos en Humanidades 2005;VI(011):163-180. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/184/18411609.pdf> (Consultado 14 abr 2011).
6. Artaso b., Goñi A., Biurrun A. estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia. C. Med. psicosom. 2002;(60/61):38-45 <http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/Cuader-60-61-Trabaj6.pdf> (Consultado 14 abr 2011).

Bibliografía

1. Alderman N., Fry R., Youngson, H. National Head Injury Foundation (NHIF-1989) improvement of self-monitoring skills, reduction of behavior disturbance and the dysexecutive syndrome: comparison of response cost and a new programme of self-monitoring training. Neuropsychological rehabilitation. Rev. de Medicina Interna y Medicina Crítica. Febrero, 2005; 2 (7):107-148. (Consultado 14 abr 2011).
2. Alva A. La investigación cualitativa. Análisis de los datos e interpretación de los resultados. Bogotá 2011; 7 p. (Consultado 13 nov 2010).
3. González B. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev. Cubana de Medicina General Integral. Julio, 2000; 16 (5):508-538. (Consultado 13 nov 2010).
4. Guzmán F. Corporación editora médica estudios cerebrales. Trabajo de Grado. Enfermería. Cali: Universidad del Valle. Facultad de Salud. 2008; 153 p. (Consultado 14 abr 2011).
5. Organización Mundial De La Salud (OMS). Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un comité de expertos. Ginebra, 1976; 40 p. (Consultado 14 abr 2011).
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre prevención de los

traumatismos causados por el tránsito. Ginebra, 2004; 57 p. (Consultado 13 nov 2010).

7. Quintero L. Trauma, abordaje inicial en los servicios de urgencias. Epidemiología del trauma y prevención del trauma. 2003; 20 (20):1-4. (Consultado 14 abr 2011).

8. Roca M. Apoyo social. Su significación para la salud humana. Cuba, 2000; 42 p. (Consultado 13 nov 2010).