

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



PERCEPCIONES DE LOS CAMBIOS COGNITIVOS, CONDUCTUALES Y SOCIALES
GENERADOS A PARTIR DEL ESTADO DE COMA

Presentado por:

Dayro Enrique Díaz Martínez

Deibin Arnol Martínez Espinel

Pamplona, Norte de Santander

2018

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



PERCEPCIONES DE LOS CAMBIOS COGNITIVOS, CONDUCTUALES Y SOCIALES
GENERADOS A PARTIR DEL ESTADO DE COMA

Presentado por:

Dayro Enrique Díaz Martínez

Deibin Arnol Martínez Espinel

Directora:

PhD. Diana Janeth Villamizar Carrillo

Pamplona, Colombia

2018

AGRADECIMIENTOS

“La dedicación y esfuerzo permiten a la persona ver nuevos horizontes que los guiaran hacia el éxito” Díaz & Martínez, (2018).

Yo, Dayro Díaz Martínez, doy gracias en todo al Señor Jesucristo por sus infinitas bendiciones cada día sobre mi vida, por guiarme en este proceso académico, y formarme como un profesional integro. A mis padres Dairo Díaz y Yolanda Martínez, por su incesante apoyo e inmensurable amor, por creer en mí, y sacrificarse a cada instante, Dios lo bendiga por el resto de sus vidas. A mis queridos hermanos Yolibeth, Juan Guillermo, Yamith Esneider, Héctor Alonso, gracias por entenderme, gracias por su apoyo, ustedes significaron mucho para continuar este proceso de formarme como Psicólogo. A la docente Diana Janeth Villamizar, un ser humano intachable, dotado de extraordinarias capacidades para instruir y redargüir a tiempo, persona que con mucha benevolencia guió mi formación como Psicólogo investigador. A las familias, que se prestaron amablemente para poder realizar esta investigación. Por último, al programa de Psicología de la Universidad de Pamplona, a cada uno de los docentes que fueron mis maestros de estudio.

Yo, Deibin Martínez Espinel, doy gracias al creador por guiarme en este camino tan maravilloso, a mi madre Magdalena Espinel Molina por creer en mí, por el apoyo y su amor incondicional; gracias a mi padre Benjamín Martínez por la paciencia durante todo este proceso. A mis hermanos Ronald y Benjamín ya que de alguna manera contribuyeron en mi formación académica y personal. A mis primos Eduar y Gerson por su apoyo y motivación en esta carrera. A la docente Diana Villamizar una persona de gran admiración, por trasmitirme esa seguridad que la caracteriza, gracias por todo ese conocimiento durante mi formación académica y especialmente durante la realización del presente proyecto de investigación; al departamento de psicología por permitirnos cumplir el sueño de estudiar esta carrera tan hermosa y enigmática. También gracias a cada uno de los docentes del programa de psicología de la Universidad de Pamplona por aportar a mi formación personal y académica sus conocimientos y experiencias.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
Planteamiento del problema	18
Descripción del problema.....	19
Formulación del Problema.....	21
JUSTIFICACIÓN	22
OBJETIVOS	26
Objetivo General.....	26
Objetivos Específicos	26
ESTADO DEL ARTE.....	27
Investigaciones Internacionales.....	27
Investigaciones Nacionales.....	28
Investigaciones Regionales o locales	30
MARCO TEÓRICO.....	34
Capítulo I. Psicología de la Salud	34
¿Qué es la salud?	34
Definición de psicología de la salud.....	36
El desarrollo de la psicología de la salud	38
Calidad de vida	38
Prevención de accidentes.....	39
Accidentes en el hogar y en el lugar de trabajo.....	40
Accidentes de motocicleta y automovilísticos.....	41
Proyecto de vida	41
Estilos de vida.....	43
Capítulo II. Estado de Coma.....	45
Evaluación del coma.....	46
Diagnóstico del coma	47

Causas del coma	49
Trauma craneoencefálico.....	50
Tipos de coma.....	50
Proceso Cognitivo y Estado de Coma	53
Estado vegetativo.....	53
El despertar del coma	54
Capítulo III. Familia, redes de apoyo y centros de atención	56
Relaciones interdependientes	56
La familia.....	56
Las relaciones interpersonales	63
Comunicación.....	64
Las relaciones sociales.....	65
Unidad de cuidados intensivos (UCI) como red de apoyo al paciente en coma	68
El paciente crítico	68
Las familias en la UCI.....	69
Cuidados en las UCI.....	71
MARCO CONTEXTUAL	73
MARCO LEGAL	75
Ley 1616 de 2013.....	86
METODOLOGÍA.....	91
Tipo de Investigación	91
Diseño de Investigación.....	91
Población	92
Muestra	92
Validez y confiabilidad.....	92
Triangulación Poblacional.....	93
Juicio de Expertos.....	93
Prueba Piloto.....	93
Consentimiento informado	94
PROCEDIMIENTO	95
Instrumentos y técnicas	95

Variables	97
Técnicas para la recolección de la información cualitativa	100
Entrevista semiestructurada.....	100
Categorías	103
Operacionalización de categorías	104
Recursos.....	106
RESULTADOS CUALITATIVOS	107
Análisis de resultados.....	107
Análisis de contenido de subcategorías.....	107
Análisis general por subcategorías.....	205
Análisis Final Triangulación Poblacional	228
RESULTADOS CUANTITATIVOS	235
Datos Participante número uno (p1).....	235
Datos participante número dos (p2)	236
Resultados Prueba Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (Neuropsi) Atención y Memoria	237
Resultados BANFE-2 Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales	243
Resultados InCaViSa (Inventario de Calidad de Vida y de la Salud).....	250
DISCUSIÓN	255
CONCLUSIONES	259
RECOMENDACIONES.....	266
PROPUESTA.....	269
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	284
APÉNDICES.....	291

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1: Ficha técnica Banfe-2</i>	96
<i>Tabla 2: Ficha técnica Neuropsi</i>	96
<i>Tabla 3: Ficha técnica InCaViSa</i>	97
<i>Tabla 4: Operacionalización de categorías</i>	105
<i>Tabla 5: Análisis Subcategoría Relaciones Interpersonales (Presente)</i>	113
<i>Tabla 6: Análisis Subcategoría Relaciones Interpersonales (Pasado)</i>	114
<i>Tabla 7: Análisis subcategoría Relaciones interpersonales (prospectiva de futuro)</i>	121
<i>Tabla 8: Análisis subcategoría Relaciones de los procesos comunicacionales. (Presente)</i>	131
<i>Tabla 9: Análisis subcategoría Relaciones de los procesos comunicacionales (Pasado)</i>	133
<i>Tabla 10: Análisis subcategoría Relaciones de los procesos comunicacionales. (Prospectiva de futuro)</i>	134
<i>Tabla 11: Análisis Subcategoría Familia (Presente)</i>	140
<i>Tabla 12: Análisis Subcategoría Familias (Pasado)</i>	141
<i>Tabla 13: Análisis Subcategoría Familias (Prospectiva de futuro)</i>	144
<i>Tabla 14: Análisis Subcategoría Parejas (Presente)</i>	150
<i>Tabla 15: Análisis Subcategoría Parejas (Pasado)</i>	151
<i>Tabla 16: Análisis Subcategoría Parejas (Prospectiva de futuro)</i>	153
<i>Tabla 17: Análisis Subcategoría Amigos (Presente)</i>	156
<i>Tabla 18: Análisis Subcategoría Amigos (Pasado)</i>	157
<i>Tabla 19: Subcategoría Amigos (Prospectiva de futuro)</i>	160
<i>Tabla 20: Subcategoría Conductas de Riesgos (Presente)</i>	164
<i>Tabla 21: Subcategoría Conductas de Riesgos (Pasado)</i>	169
<i>Tabla 22: Análisis Subcategoría Conductas de Riesgos (Prospectiva de futuro)</i>	173
<i>Tabla 23: Subcategoría Conductas laborales (Presente)</i>	176
<i>Tabla 24: Subcategoría Conductas Laborales (Pasado)</i>	178
<i>Tabla 25: Subcategoría Conductas Laborales (Prospectiva de futuro)</i>	180
<i>Tabla 26: Subcategoría: Mejoras (Presente)</i>	183
<i>Tabla 27: Subcategoría: Mejoras (Pasado)</i>	185
<i>Tabla 28: Subcategoría: Mejoras (Prospectiva de futuro)</i>	187
<i>Tabla 29: Subcategoría: Proyecto de Vida (Presente)</i>	190

<i>Tabla 30: Análisis Subcategoría: Proyecto de Vida (Pasado).....</i>	<i>191</i>
<i>Tabla 31: Subcategoría: Proyecto de Vida (Prospectiva de futuro).....</i>	<i>194</i>
<i>Tabla 32: Análisis subcategoría Condición de Salud.....</i>	<i>199</i>
<i>Tabla 33: Análisis categoría Condición Económica.....</i>	<i>201</i>
<i>Tabla 34: Análisis subcategoría Condición Independencia Funcional</i>	<i>205</i>
<i>Tabla 35: Análisis general subcategoría Relaciones interpersonales</i>	<i>206</i>
<i>Tabla 36: Análisis general subcategoría Relaciones de los procesos comunicacionales.....</i>	<i>208</i>
<i>Tabla 37: Análisis general subcategoría Familia</i>	<i>211</i>
<i>Tabla 38: Análisis general subcategoría Parejas</i>	<i>214</i>
<i>Tabla 39: Análisis general subcategoría amigos</i>	<i>216</i>
<i>Tabla 40: Análisis general de subcategoría Conductas de Riesgos.....</i>	<i>218</i>
<i>Tabla 41: Análisis general subcategorías Conductas Laborales.....</i>	<i>220</i>
<i>Tabla 42: Análisis general subcategoría Mejoras.....</i>	<i>223</i>
<i>Tabla 43: Análisis general subcategoría Condición de salud.....</i>	<i>225</i>
<i>Tabla 44: Análisis general subcategoría Condición económica.....</i>	<i>226</i>
<i>Tabla 45: Condición de independencia funcional.....</i>	<i>228</i>
<i>Tabla 46: Análisis Final Triangulación Poblacional Categoría Social.....</i>	<i>230</i>

TABLA DE APÉNDICES

<i>Apéndice A: Entrevista semiestructurada Participante</i>	291
<i>Apéndice B: entrevista semiestructurada expertos</i>	299
<i>Apéndice C: Entrevista Semiestructurada Familia</i>	305
<i>Apéndice D: Consentimiento Informado Participante</i>	311
<i>Apéndice E: Consentimiento Informado Expertos</i>	312
<i>Apéndice F: Consentimiento Informado Familia</i>	313
<i>Apéndice G: Formato Juicio de Expertos</i>	314
<i>Apéndice H: Lamina Stroop</i>	318
<i>Apéndice I: Lamina 2 Resta Consecutiva</i>	319
<i>Apéndice J: Lamina 3 Resta Consecutiva</i>	320
<i>Apéndice K: Lamina 4 Funciones Ejecutivas</i>	321
<i>Apéndice L: Lamina 5 Laberinto</i>	322
<i>Apéndice M: Lamina 6 Objetos</i>	323

TABLA DE FIGURAS

Figura 1: Ubicación de Pamplona 73
Figura 2: Mapa Urbano de Pamplona 74
Figura 3: Árbol de categorías 104

RESUMEN

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo explorar las percepciones de los cambios cognitivos, conductuales y sociales generados a partir del estado de coma, se realizó el estudio de casos a dos participantes que estuvieron en estado de coma, dos familiares y dos expertos. El enfoque implementado fue de tipo mixto con preponderancia cualitativa; para el apartado cualitativo se implementó una entrevista con preguntas en diferentes perspectivas (pasado, presente y futuro) las cuales se validaron bajo la modalidad de juicio de experto, en la parte cuantitativa se realizó la aplicación de dos pruebas neuropsicológicas (BANFE-2 y Neuropsi) y una prueba de calidad de vida y la salud (InCaViSa). Para el análisis de resultados se realizó bajo la triangulación de tipo poblacional; la conclusión más relevante de la presente investigación va enmarcada a partir de los cambios sociales donde se evidenció el fortalecimiento en las relaciones familiares, interpersonales y demuestran un mayor valor por la vida a partir del estado de coma.

Palabras Claves: *Psicología de la salud, Estado de coma, Calidad de vida y Cambios cognitivos, conductuales y sociales.*

ABSTRACT

The present research project aims to explore the perceptions of cognitive, behavioral and social changes generated from the coma; the case study was carried out to two participants who were in a coma, two relatives and two experts. The implemented approach was of a mixed type with a qualitative preponderance; for the qualitative section, an interview was implemented with questions in different perspectives (past, present and future) which were validated under the modality of expert judgment, in the quantitative part the application of two neuropsychological tests was carried out (BANFE-2 and Neuropsi) and a test of quality of life and health (InCaViSa). For the analysis of results, it is carried out under population-type triangulation; the most relevant conclusion of the present investigation is framed from the social changes where the strengthening in the family, interpersonal relationships and demonstrates a greater value for the life from the state of comma was evidenced.

Key words: *Health Psychology, coma, quality of life, Cognitive, behavioral and social changes*

INTRODUCCIÓN

El trabajo de grado que se presenta a continuación procura explorar las percepciones de los cambios cognitivos, conductuales y sociales que se generan en personas que han estado en coma, aplicando técnicas mixtas con tendencia cualitativas de este estado de inconciencia, en una muestra voluntaria e intencional y por estudio de caso, por lo que ha sido elaborado bajo un marco teórico netamente relacionado con la salud pública y con aportes desde la interdisciplinariedad, encargadas de trabajar con el tipo de muestra en mención; pacientes en estado de coma, sus familiares en periodos de asimilación y la perspectiva de dos expertos en el área. La muestra seleccionada para esta investigación se realizó por la técnica de muestreo en cadena o por redes (Bola de nieve) donde se identificaron participantes claves los cuales se agregaron a la muestra, donde además estas personas o el mismo contexto aportaron información de otras personas que puedan proporcionar datos más amplios del tema a investigar los cuales fueron incluido a la muestra.

La metodología implementada en esta investigación fue de tipo mixta con preponderancia cualitativa, para el apartado cualitativo se implementó una entrevista semiestructurada la cual fue validada por tres juicios de expertos desde diferentes especialidades, cabe mencionar que esta entrevista fue dirigida a tres poblaciones diferentes (dos personas que han superado el estado de coma, dos familiares y dos expertos en el tema); lo que quiere decir que la entrevista se adecuó para el lenguaje de la población, cada una de estas entrevistas se realizaron con preguntas en diferentes prospectiva del tiempo (antes del evento, actualmente y en una prospectiva del futuro), sin embargo, en algunas preguntas no se toma en cuenta los conceptos de los expertos en un antes del evento, debido al no conocimiento que se tiene de la persona desde el punto de vista del antes; únicamente se toma en cuenta la actualidad y la prospectiva del futuro.

Por medio de la técnica cualitativa se evaluaron las siguientes categorías: social con las subcategorías de relaciones interpersonales, relaciones de los procesos comunicacionales, relación con la pareja, relación con los amigos, relaciones con la familia. Por otra parte, se utilizó una segunda categoría conductual con las subcategorías de conductas de riesgos y conductas laborales, y finalmente la categoría de calidad de vida con las subcategorías de proyecto de vida,

mejoras, condiciones de la salud, condiciones económicas y condiciones de independencia funcional.

De manera análoga, se aplican herramientas desde lo cuantitativo, aquí se implementaron dos pruebas neuropsicológicas aplicadas a las personas que superaron el estado de coma, estas pruebas son: BANFE-2 (Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales) y la Neuropsi-2 (Evaluación neuropsicológica breve en español; Atención y Memoria), además, también se realizó la aplicación de un inventario de calidad de vida y de la salud (InCaViSa), estas pruebas pretendían evaluar las variables cognitivas y de calidad de vida de los dos participantes P(1 y 2).

Este estudio, como resultado de un largo proceso de análisis, dedicación y vinculado al grupo de semillero de investigación (salud pública) de la Universidad de Pamplona, resulta ser importante porque, permite marcar la diferencia en relación con otros estudios, explorando campos que integran la medicina y otras disciplinas, además se encuentran aspectos relacionados con aportes de las vivencias y confirmación o apoyo de las herramientas cuantitativas que en su defecto son tres pruebas, que evalúan diferentes variables como atención y memoria y se identifican si hay afectaciones a nivel de los lóbulos cerebrales.

Una de las aproximaciones que tiene esta investigación es relacionado con la revisión documental del estudio sobre estados de coma y trastornos de la conciencia, la cual es una revisión analítica que se hace desde un enfoque neurofuncional, donde se describe el estado de alerta (vigilia) y la conciencia de la persona, infiriendo en que estos procesos son fenómenos biológicos de vital trascendencia en el ser humano, por lo que el conocimiento neurobiológico de las funciones y de sus alteraciones proporcionará al clínico herramientas útiles para un apropiado diagnóstico, manejo y pronóstico del paciente, y de acuerdo con los datos arrojados desde lo cualitativo y lo cuantitativo, la psicología como ciencia, por medio de esta investigación busca crear espacios de intervención e inclusión dentro de estos procesos, logrando por medio del abordaje psicológico los medios por el cual las personas logren encontrar posibilidades de una óptima recuperación.

Unas de las principales características de este proyecto de investigación, es la relación que mezcla la ciencia de la medicina con la psicología y el gran valor que le proporciona ésta en la evaluación, valoración, intervención, tratamiento y acompañamiento tanto de los pacientes como de los familiares que de una u otra forma son afectados drásticamente ante el evento o suceso en el que ha sido protagonista un miembro de su círculo familiar. Algunas de las causas por las cuales una persona puede entrar en estado de coma, pueden ser por algunas lesiones traumáticas a nivel del área de la cabeza, por accidente cerebrovascular, otros comunes, son los tumores cerebrales, también, el consumo de sustancias psicoactivas, provocando intoxicación por drogas o alcoholismo agudo, e inclusive por una enfermedad biológica, como diabetes o una infección.

El objetivo principal guarda estrecha relación con el marco teórico, como se mencionó al inicio, pretende explorar las magnitud proporcional de las alteraciones que hay cuando una persona, sufre accidente, o cualquier otra situación que le cause el entrar en estado de coma, el punto álgido de esta investigación, es el hecho de haber estado en coma, entendiendo que el cerebro ha pausado su actividad y no funciona al ritmo normal, factores como los medicamentos, los daños a nivel interno, hacen que ocurran modificaciones a nivel de conducta, en las relaciones sociales y las áreas cognitivas del cerebro.

Las conclusiones apuntan a que los cambios generados a nivel social se dieron de forma significativas en lo referente a las relaciones interpersonales, deduciéndose que antes de haber estado en situación de coma, las relaciones interpersonales eran buenas en el sentido de que se departían más tiempo en actividades poco beneficiosas para el desarrollo personal y sin aportes significativos para la sociedad en general, una vez se ha salido del estado del coma, estas se han fortalecido, haciendo que los procesos comunicacionales con los amigos y algunos familiares, tuvieran un cambio trascendental para el vivir de los afectados, con miras a fomentar los valores y buenas relaciones con las diferentes culturas modernas.

Asimismo, se puede evidenciar que en la subcategoría de las parejas, en la actualidad no se tienen proyectos de formalizar una relación con una persona, debido a miedos por situaciones que más adelante se puedan presentar, ocasionando complicaciones para llevar la relación con total normalidad, por consecuencia, para el caso del participante número uno P(1), éste prefiere

no oficializar una comunión; por lo que, prefiere frecuentar relaciones abiertas con varias personas a la vez y manteniendo en todo momento el cuidado de no mezclar los sentimientos, para no herir sensibilidades. La participante número dos P (2), se inclina por estar sola un buen tipo, mientras se dedica a su recuperación y tratamientos.

En lo que respecta a la segunda categoría, la conductual, se puede evidenciar que anteriormente los dos sujetos de estudio no se prevenían utilizando los elementos de protección personal (EPP), por lo que a raíz del suceso, hacen hincapié en la importancia que tiene la toma de decisiones y conciencia, en relación con el cuidado y respeto de las normas de tránsito y de bioseguridad, ante los riesgos inminentes a los que se está en la vida diaria, con el fin de evitar accidentes que comprometan en un futuro la salud física y mental, e interfieran en los quehaceres profesionales. Los participantes, son conscientes de que, si no se utilizan los elementos de protección personal, se está expuesto a que se sufran lesiones, infecciones, fisuras, y que de la misma forma las entidades oficiales, garantes de las normas del cuidado, impongan castigos, multas, comparendos por no acatar los reglamentos establecidos para cada acción.

La categoría relacionada con la calidad de vida y de la salud, en un antes del estado de coma, no se dan de manera efectiva y organizada, desprovistas de una proyección de vida a futuro, carentes de oportuna vida social; se destacaban por ser trabajadores para satisfacer las necesidades básicas y satisfacción de deseos. Posteriormente, el tener otra oportunidad de vida permitió reorganizar ideas, enderezar caminos con miras al bienestar personal, y mejoras en la calidad de vida. Las condiciones de salud en la actualidad, se ubican dentro de las mejores, entendiéndose de este modo, al comportamiento adoptado por el cuidado riguroso, que se ha despertado en cada uno de los dos sujetos accidentados, por otra parte se evidencia que a nivel económico deben velar por conseguir el sustento con trabajos no forzosos, los cuales no le impliquen probabilidades de riesgos.

Los resultados asociados a las variables cognitivas, arrojadas por las pruebas Neuropsi y BANFE-2 relacionadas con los procesos de atención, concentración, funciones ejecutivas y memoria, concluyen que, existen actualmente alteraciones en las fases de la memoria de trabajo (corto plazo), memoria de codificación y memoria de evocación; ubicándose su perfil general de

ejecución en una puntuación normalizada con puntajes que se califican como leves a moderados con tendencias a ser severas. Se destaca que los dos participantes logran estar orientados en tiempo y espacio, y realizan con total normalidad funciones ejecutivas, se observan buenas capacidades de fluidez verbal semántica, fonológica, no verbal y lecturas de palabras con identificación de colores.

Por otro lado, se infiere en que, los dos participantes presentan dificultades en la memoria de trabajo o memoria a corto plazo, por lo que durante la aplicación cada uno de ellos hace concurrente uso de materiales didácticos, prácticos y toma de notas con el objeto de mantener la información y no olvidar tan rápido la información que recién de cada una de las actividades que los investigadores aplican, estas mismas acciones van siendo analizadas por los evaluadores para su posterior análisis.

En este trabajo de investigación, el lector podrá encontrar algunos aportes obtenidos a partir de la experiencia de los familiares de los participantes, de los expertos quienes gracias al conocimiento sobre las área de la neuropsicología y el ser cuidadora de una persona en coma durante más de siete años, consideran que se dan cambios en los procesos de la información, la concentración y memoria de trabajo, por lo que indican puntualmente la gran importancia que tiene el abordaje desde la psicología social, clínica, de la salud y la neuropsicología, con el fin de lograr intervenir de manera multidisciplinar y también interdisciplinar apoyando y estimulando el aprendizaje, y así evitar desarrollar patologías que alteren el sistema neurológico de las personas que estuvieron o están en situación de coma.

La pretensión principal con este proyecto de investigación, tal como se ha anunciado en líneas anteriores, es explorar las alteraciones que se manifiestan en una persona que ha estado alguna vez en estado de coma, sea este producido por cualquiera de las causas conocidas; para el caso en particular de los dos sujetos éste se debió por accidente en motocicleta con inadecuados elementos de protección personal, por imprudencia al conducir a altas velocidades; por lo que, se presenta a continuación las descripciones de las diferentes categorías y de las fichas técnicas de las pruebas neuropsicológicas empleadas, de igual forma, se puede encontrar la triangulación población, y los respectivos resultados desde la metodologías cualitativa y cuantitativa.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema

El coma es una condición médica que retoma condiciones biológicas, psicológicas, y comunicativas de estado integral de salud, en el cual la persona permanece dormida e inconsciente, no tiene capacidad de movimiento alguno y tampoco tiene la capacidad de responder a estímulos tanto internos como externos, este estado puede ser causado por alguna enfermedad o como resultado de una lesión en el organismo. El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS, 2016) define el estado de coma como un estado de inconciencia profunda en el cual la persona está viva pero que no tiene capacidad de moverse y de responder a los estímulos del entorno. Su etiología va enmarcada hacia enfermedades que pueden causar este estado o como resultado de alguna lesión como el trauma craneoencefálico. Las personas en el estado de coma pierden la capacidad para pensar y de percibir su entorno, pero conservan los patrones de sueño y otras funciones como la respiración y la circulación las cuales permanecen intactas (funciones básicas).

Las causas del estado de coma dependen de la gravedad y el sitio donde se produjo la lesión o el daño neurológico, y estas pueden producir dificultades físicas, intelectuales y psicológicas cuando es superada, es por ello que se requiere de atención especial durante su transcurso. La atención médica está centrada principalmente en la prevención de neumonías y tratamiento, así como como una nutrición balanceada, además se requiere de un trabajo interdisciplinar para una óptima recuperación. La causa de muerte más común en personas que se encuentran en estado de coma es por neumonía la cual tiene su origen por la infección de un virus o bacteria principalmente en vías respiratorias y pulmones (NINDS, 2016).

Descripción del problema

Los pacientes que se encuentran en estado de coma permanecen en centros hospitalarios en unidades de cuidados intensivos (UCI) las cuales cuentan con herramientas y técnicas modernas que permiten la supervivencia de pacientes con daños cerebrales. Las probabilidades de muerte de un paciente en las UCI oscilan entre un 9% y un 35% según el tipo, la ubicación y la gravedad de la lesión (León, 2001).

En un estudio realizado por la Hospital Universidad del Norte (2014), afirman que la probabilidad de despertar depende de cuánto tiempo se ha permanecido en coma: si dentro de las dos semanas siguientes abre los ojos espontáneamente, aproximadamente el 74% de estos pacientes alcanzará un resultado satisfactorio; cuando los ojos están abiertos de la segunda a la cuarta semana, solo el 32% se recuperan, y si ocurre durante el segundo mes, lo lograría el 18%. Después de cuatro meses de coma causado por daño cerebral la posibilidad de recuperación parcial, no total, es inferior al 15%”.

En el paciente en estado de coma todos los reflejos del tallo cerebral están presentes y el corazón está latiendo al 100%. El electroencefalograma es una manera de vigilar la actividad neuronal de este tipo de paciente y mucha información que se recolecta por medio de esta herramienta indica que sí hay una actividad, pero con un tipo de disfunción córtico-subcortical severa. Según la CNN (Red de Noticias por Cable, 2013), cuando un paciente es declarado en estado de coma enfrenta tres escenarios: la muerte, caer en estado vegetativo o despertar y recuperarse. La recuperación de estos tipos de paciente se da de manera gradual en los centro médicos específicamente en la unidad de cuidados intensivos, aproximadamente tres de cada 10 pacientes de coma despiertan y se recuperan totalmente, según el estudio Prognosis coma no traumático, publicado en 1981 en la revista *Annals of Internal Medicine*, realizó el estudio más amplio y reciente en su tipo del estado de coma no traumático (CNN, 2013).

En el estudio anterior se presentaron los resultados de un grupo de 500 pacientes de Estados Unidos e Inglaterra en estado de coma no traumática es decir que no recibieron golpes en la

cabeza. El 27% de los pacientes despertó y logró recuperar sus funciones cerebrales y motrices, mientras que el 61% murió antes de un año y el 12% entró a un estado vegetativo en el que la actividad cerebral es mínima y no permite interacción con el mundo exterior. Según este estudio la persona que duró más años en estado de coma, pero que nunca se recuperó, fue la estadounidense Elaine Esposito, quien se mantuvo en esa condición durante 37 años, hasta su deceso en 1978 (CNN, 2013).

No se puede afirmar si los pacientes sueñan o escuchan durante el estado de coma. Los pacientes que recuperaron la conciencia después de estar en coma varios meses pueden tardar años en recuperar todos sus recuerdos y el control de sus movimientos, según el estudio La prognosis del coma médico, publicado en 2001 en el Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry (CNN, 2013).

Actualmente la información acerca de las consecuencias del estado de coma son muy limitadas desde la psicología, ya que en esta temática carece de investigaciones que permitan establecer los cambios que sufrieron las personas que han pasado por este estado de inconciencia, la mayoría de las investigaciones del estado de coma se fundamenta en la medicina y solo especifican que la recuperación es gradual y las consecuencias pueden ser de tipo motoras como daños neurológicos, desde el área de la psicología las investigaciones son aún más escasas con respecto a las percepciones de los pacientes acerca de los cambios cognitivos, sociales y conductuales (CNN, 2013).

En esta investigación se trabaja con personas que se han recuperado de este estado de inconciencia por muestreo en cadena, donde se identifican las percepciones de los cambios cognitivos, conductuales y sociales que se generaron en personas que han estado en coma, aplicando técnicas mixtas con tendencia cualitativas, con el fin de diseñar un manual instructivo en pro de la calidad de vida de las personas que han pasado por coma donde se establezca pautas específicas e información acerca del estado de coma y su proceso de recuperación, para clínicas, hospitales y centros médicos, con el fin de promover una óptima recuperación mental (CNN, 2013).

Formulación del Problema

¿Cuáles son las percepciones de los cambios cognitivos, conductuales y sociales presentes en personas que han superado el estado de coma, que permita el desarrollo de estrategias en salud pública para su manejo?

JUSTIFICACIÓN

En Colombia existen muchos casos de personas que han sufrido algún tipo de coma, y que dependiendo de su duración, de las complicaciones que se presentan durante el estado crítico, serán los cambios que se manifiesten en el paciente. Resulta difícil para las familias colombianas sobrellevar con un integrante del círculo familiar que se encuentra en este estado, no de enfermedad sino de un síndrome clínico que se identifica por la disminución de actividad de los órganos sensoriales y motores del cuerpo, y el estado de inconsciencia, el cual se describe dentro de ciertos niveles de complejidad de acuerdo al tipo de coma que le sea diagnosticado al paciente.

Resulta de mucho interés llevar a cabo esta investigación desde el área neuropsicológica, porque es muy poco estudiada esta población, no conociéndose datos de investigación actual que permita ahondar sobre aquellos temas de interés que caracterizan a las personas que están en coma. Con un estudio psicológico podemos explorar cuáles son exactamente esas modificaciones cognitivas conductuales que presenta una persona que ha estado en coma y ha logrado sobrevivir después de una larga lucha por volver a ejecutar actividades, identificando algunos tiempos que demarcan las causas y consecuencias (durante, y después), por medio de estudios mixtos, y de seguimiento.

Por medio de esta investigación se desea brindar estrategias que sirvan de apoyo a todos los pacientes que son dados de alta de la UCI, logrando identificar posibles lesiones emocionales que hayan sufrido, asimismo daños producidos a los familiares. Esta población se ve afectada en sus áreas cerebrales, más exactamente en su sistema nervioso central, alterando su memoria, sus capacidades motrices, su lenguaje, e inclusive llegan a tener desordenes psíquicos; no significa que lleguen a padecer con gravedad algún tipo de trastorno mental, pero si afecta mucho su noción del tiempo y seguridad personal.

De acuerdo a las lecturas realizadas, no es muy común que se toquen estos temas, las familias son muy discretas en revelar información, después que un paciente sale de la UCI, no se vuelve a

saber más de él; casos que se pueden citar como el de algunos famosos que han tenido la oportunidad de vivir, pero que, tiempo después no se sabe de su proceso de recuperación, otros no logran sobrevivir a esto debido a la magnitud tan compleja de los daños que como consecuencia produjeron su muerte. Para la ciencia de la psicología en general esta investigación es de gran relevancia, los resultados que se obtendrán a partir del estudio preliminar, permitirán dar un aporte significativo, brindando asesoramiento de medidas de afrontamiento por parte de los familiares, y equipo médico, y sin lugar a dudas este estudio desarrollara pautas esenciales a la hora de modificar pensamiento que limiten al paciente.

Dentro de unos cinco años el sistema de salud y sus políticas de servicios y acompañamiento contarán con la ayuda de un manual que les permitan orientar a las familias en su proceso de sobrellevar la situación con su paciente, la idea es que se logre brindar acompañamiento desde el área psicológica como ciencia que apoya la recuperación emocional, sentimental y mental de las personas. Hacer que la psicología tome fuerza dentro de los planteles clínicos y hospitalarios, siendo una fuente de reconocimiento para estos profesionales de la salud y que no sea vista como una ciencia opaca que no da resultados; sino como una disciplina que trabaja y promueve el bienestar integral a nivel general en todas las personas.

Por medio de los resultados de esta investigación, se plantea el diseño de un manual instructivo con pautas específicas que brindan información relacionada con el estado de coma y actividades que estimulen el desarrollo de las diferentes áreas afectadas en las persona que han estado en coma permitiendo, a los paciente, como a las familias proveerse de estrategias para la confrontación al desafío que inician con su integrante familiar en proceso inicial de crisis, donde el círculo social de este ser, se desmorona ante la imposibilidad de volver a ser el mismo de antes; es por esta razón que el psicólogo entra a jugar un papel sumamente indispensable para detectar los daños ocasionados y de esta forma, ayudar a la sociedad a que reconozcan que una persona en situación de coma no tiene todo perdido, que necesita compañía, esfuerzo y pequeñas dosis de motivación para aguardar la esperanza de seguir viviendo.

Por medio de los resultados, se hace el análisis de datos, los cuales permiten identificar las principales afectaciones y elaborar así un manual instructivo con información tanto para los

profesionales en el área de la psicología, como para las personas que han estado en coma, en el que se encuentran las instrucciones de aplicación y actividades dirigidas al entrenamiento de las áreas afectadas. A partir del diseño de esta cartilla, se hace el planteamiento para las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud. Posteriormente, luego de haber realizado varias aplicaciones, se espera que la sociedad a nivel local, regional, y nacional, reconozca mucho más acerca de esta temática y su abordaje desde el área de la psicología, siendo ésta, beneficiada por su aporte a la ciencia sobre el estado de coma y las formas en que el profesional en psicología trabaja en pro de la calidad de vida de los pacientes durante y después de este estado de inconciencia.

OBJETIVOS

Objetivo General

Explorar las percepciones de los cambios cognitivos, conductuales y sociales que se generan en personas que han estado en coma, aplicando técnicas mixtas con tendencias cualitativas, después de este estado de inconciencia para diseñar un manual instructivo en pro de la calidad de vida de estas personas.

Objetivos Específicos

Examinar el estado cognitivo actual de la persona por medio de las pruebas neuropsicológicas BANFE-2 y Neuropsi-2.

Establecer las condiciones de la salud y la calidad de vida que presentan los participantes en la actualidad, por medio de la aplicación de la prueba InCaViSa.

Conocer el proceso de afrontamiento del paciente y su familia durante y después del estado de coma a través de la entrevista semiestructurada.

Describir las características de los cambios cognitivos, conductuales, sociales del paciente y su familia durante y después del estado de coma por medio de la entrevista semiestructurada.

Diseñar un manual instructivo en pro de la calidad de vida de las personas que han pasado por coma donde se establezcan pautas específicas e información acerca del estado de coma y su proceso de recuperación, para clínicas, hospitales y centros médicos, con el fin de promover una óptima recuperación mental.

ESTADO DEL ARTE

En los últimos años ha crecido el interés en los investigadores por estudiar la relación que tiene un paciente en estado de coma y su proceso de recuperación en una unidad de cuidados intensivos (UCI), A continuación se recopilar información básica de nueve investigaciones realizadas en los contexto internacionales, nacionales o regionales y locales los cuales fundamentaran y aportaran conocimientos a la presente investigación.

Investigaciones Internacionales

En primer lugar un estudio publicado en una revista Española de medicina, en el año 2013, cuyos autores son: García, Sauri, Mesa & Villagómez, con el tema de: Estados de coma y trastornos de la conciencia: una revisión analítica desde un enfoque neurofuncional, donde se describe que el estado de alerta (vigilia) y la conciencia son fenómenos biológicos de vital trascendencia en el ser humano, por lo que el conocimiento de neurobiológico de las funciones y de sus alteraciones proporcionará al clínico herramientas útiles para un apropiado diagnóstico, manejo y pronóstico del paciente aquejado de tales anormalidades, se puntualiza en los conceptos de conciencia, ciclos del sueño-vigilia, vigilia y conciencia, flujo sanguíneo cerebral, metabolismo cerebral y autorregulación cerebral, conceptos clínicos, evaluación de la función neurológica del paciente en coma, estados de coma inducido. Como resultado se anota que los estados de vigilia y el sueño normal son eventos fisiológicos cuyos mecanismos neurofuncionales y bioquímicos son más o menos comprendidos. Su función se traduce en alteraciones del estado de alerta y en los diversos trastornos del sueño. Las alteraciones del estado de alerta son varias y son causadas por múltiples procesos que de manera común afectan la capacidad de vigilia y suelen poner en riesgo la vida.

La segunda investigación es una tesis doctoral de la Universidad de Salamanca con el título: Atención al paciente traumatizado grave y politraumatizado en una unidad de cuidados intensivos en la provincia de Salamanca, la cual data del año 2012, autor: González, J. Revela en

esta tesis que los traumatismos graves son considerados como un de las patologías con mayor repercusión en cuanto a la salud y también desde el punto de vista económico en la sociedad actual, a nivel mundial son la primera causa de mortalidad en adultos jóvenes y la que presenta mayor incidencia de años potenciales de vida perdidos esta tesis tiene como principal objetivo: describir y analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes adultos (mayores de 14 años) traumatizados graves y poli traumatizados que han precisado de ingreso en UCI en la provincia de Salamanca durante el período de estudio.

Después de realizar en esta investigación un estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal, sobre la atención al paciente con trauma grave en una unidad de cuidados intensivos en la provincia de salamanca, se llegaron a las conclusiones de que los pacientes poli traumatizados continúan siendo un gran grupo de ingreso dentro de la unidad de cuidados intensivos y que en España se ha notado que existe mayor número de pacientes ancianos que de jóvenes, con una incidencia lesional por caídas, la UCI juega un papel fundamental en la monitorización y tratamiento de los pacientes politraumatizado con lesiones extracraneales.

En esta investigación realizada en Chinan, Shanghái por Xiang Wu, Chao Zhang, Junfeng Feng, Qing Mao, Guoyi Gao, Y authorJiyao Jiang en el Renji Hospital tenía como objetivo estimulación eléctrica del nervio mediano derecho no invasivo para acelerar la recuperación y mejorar los resultados para los pacientes en coma traumáticos, con una metodología multicéntrica, prospectivo, aleatorizado por medio de un ensayo controlado que demostró la eficacia y seguridad de la estimulación nerviosa eléctrica (RMNS) en la aceleración de aparición del coma y la promoción de resultados a largo plazo se obtuvo como resultado la firmeza, la eficacia y seguridad de este tratamiento en este tipo de población en una etapa temprana 7 - 14 días después de la lesión. Esta investigación fue realizada en el 2017, bajo la supervisión de la School of Medicine, Shanghái Jiaotong University.

Investigaciones Nacionales

En el contexto nacional se encontró una investigación en la ciudad de Cali, Colombia en el año 2012 realizada en la Pontificia Universidad Javeriana que tenía por objetivo realizar un análisis comparativo entre un grupo control y pacientes con trauma craneoencefálico (TCE) para determinar si existen diferencias neuropsicológicas a los seis meses de evolución y así orientar programas de intervención acordes con las necesidades de esta población, se evaluó un total de setenta y nueve pacientes con antecedente de TCE con mínimo de seis meses de evolución y setenta y nueve sujetos en grupo control, el cual presentó una escolaridad promedio de once años frente a nueve años del grupo de TCE; ambos grupos con una media de treinta y cuatro años de edad, sin antecedentes neurológicos y/o psiquiátricos, Se aplicó la evaluación neuropsicológica breve en español Neuropsi a los dos grupos, se obtuvieron los siguiente resultados los grupos muestran diferencias significativas en las tareas de orientación, atención, memoria, lenguaje, lectura y escritura, se llegó a la conclusión de que el TCE deja secuelas neuropsicológicas significativas, aun seis meses después de ocurrido el evento traumático. Estos hallazgos sugieren que los pacientes con TCE requieren de tratamiento después de superar la etapa inicial, esta investigación fue realizado por María Cristina Quijano, Juan Carlos Arango, María Teresa Cuervo y Mónica Aponte.

En otras investigaciones realizadas en el contexto nacional en la universidad cooperativa de Colombia sede Bucaramanga en el programa de psicología titulada deterioro cognitivo en pacientes con trauma craneoencefálico que tenía como objetivo describir los déficits neurológicos, neuropsicológicos y psiquiátricos en pacientes con trauma craneoencefálico, esta investigación es un análisis sistemático de literatura donde la información recolectada se realizó a través de la indagación en las bases de datos de las siguientes universidades de la ciudad de Bucaramanga, “Universidad Cooperativa de Colombia”, “Universidad Pontificia Bolivariana”, “Universidad Autónoma de Bucaramanga”, “Universidad Industrial de Santander - Facultad de Salud”, tales como “EMBASE” “EBSCOHOST” “WEB OF SCIENCE” “RUBMED” E-LIBRO” “PROQUEST” y “PSICODOC”. En cada universidad la autora consultó obtuvo diferentes documentos y artículos archivados de investigaciones realizadas respecto al tema de interés, de la misma manera la autora indagó por la web seleccionando artículos, revistas, libros e investigaciones publicadas, las conclusiones que se obtuvieron en este análisis sistemático fueron que los trastornos que puede generar un TCE interfiere en el proceso de rehabilitación del

paciente y modifican considerablemente su calidad de vida. Esta investigación fue realizada Wendy Lorraine Cala Aparicio, Karen Dayanna Castellanos Durán y Yery Paola Niño Duarte en el año 2016.

Finalmente se recopiló información de una investigación realizada en la ciudad de Bogotá, Colombia en el año 2014 titulada "La Familia Del Paciente En Unidad De Cuidado Intensivo (Uci)" la cual tenía como objetivo realizar una revisión de los antecedentes teóricos y empíricos que permitan describir la experiencia de la familia del paciente en Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), se utilizó una metodología de revisión de literatura donde se emplearon artículos científicos como unidad de análisis, provenientes de bases de datos especializadas. se llegó a la conclusión de que la experiencia en la UCI son estresante y agotadora física y emocionalmente para la familia del paciente y no solo para éste además se estableció que el psicólogo tiene un campo de acción bastante amplio dentro de este contexto de la UCI, debido a que no está limitado a trabajar con el paciente, sino que puede intervenir con la familia, lo que conlleva a tener en cuenta que esta se sentiría escuchada, tendría una percepción de apoyo por parte del equipo tratante, favorecería la identificación de factores de riesgo que afecten el cuidado del paciente y el afrontamiento de la situación como pueden ser episodios depresivos, síntomas ansiosos, fatiga del cuidador, generalmente asociados con la experiencia en UCI. Esta investigación fue realizada por Larry Julián Tarquino Díaz bajo la supervisión de Ximena Palacios Espinosa en la universidad de Del Rosario en el programa de psicología.

Investigaciones Regionales o locales

En esta primera investigación realizada en la universidad de Pamplona por Bohórquez y Vargas (2017) titulada vivencias de una persona en el conflicto armado un estudio de resiliencia cuyo objetivo fue explorar las vivencias de una persona que ha sufrido violencia social por desplazamiento forzado a través de una metodología cualitativa con el fin de crear una propuesta para el manejo de la resiliencia en psicólogos en formación desde la psicología social y de la paz, esta investigación de tipo descriptiva y no experimental describe la historia de vida de una persona que ha sufrido y vivenciado la violencia social por desplazamiento forzado, este trabajo

de grado las estrategias de afrontamiento, el desarrollo afectivo emocional, la confrontación del autoestima y dimensión social donde la participante por medio de la narración cuenta sus experiencias, a través de estas vivencias se propuso estrategias para el desarrollo de la resiliencia como aporte de la psicología de la paz que sirva en la formación de psicólogos en el área de la psicología social de la universidad de Pamplona, esta trabajo de grado está compuesto por un análisis documental, historia de vida y entrevista de un experto, el análisis de resultados se da por medio de triangulación de técnicas con el fin de explorar dichas vivencias. Con esta investigación se responde a la necesidad de comprender lo que una persona puede vivenciar desde la violencia social por el desplazamiento forzado en Colombia y como después de estas experiencias se puede lograr satisfacción personal y una nueva proyección de sus vidas.

Otra investigación relacionada con percepciones realizada por Meneses & Pérez (2012) titulada percepciones de la imagen corporal, adaptación y reintegración social de personas quemadas y su familia desde una interpretación del modelo de creencias cuyo objetivo fue describir las percepciones de los sujetos quemados y su familias frente a su nueva imagen corporal, adaptación y reintegración a la sociedad mediante la aplicación de modelo de creencias facilitando el diseño de una cartilla informativa, en tipo de investigación implementa un estudio cualitativo describe las percepciones de la autoimagen en tres personas quemadas en edades que oscilan los 40 y 50 años, los instrumentos utilizado en este estudio fueron entrevistas semiestructuradas, observación directa en la que concluyeron que existe un cambio en el modelo de creencias, ya que el evento de las quemaduras pasan a ser parte de la realidad a través de su autoimagen, en los resultados se llegó a la conclusión de que los hombres no se adaptan a los cambios de imagen corporal que les permiten ser útiles y funcionales en su trabajo mientras que la mujer no acepta sus cambios por la pérdida de la estética y el rechazo social demostrando un temor al inicio de nuevas relaciones sociales la cual le impide una reintegración social, entre los resultados más relevantes se encontró que el evento de la quemadura pasa a ser parte de su realidad a través de procesos de ajustes de su imagen a través de áreas como el autoestima y seguridad para establecer nuevas relaciones sociales.

Esta investigación realizada a nivel regional, es un trabajo de grado llevado a cabo en la Universidad de Pamplona, en la Ciudad de Pamplona, Norte de Santander, en relación al tema de

Evaluación Neuropsicológica de un Paciente con Diagnóstico de Trauma Craneoencefálico (TCE) Severo, estudio ejecutado por los estudiantes: Calderón & Flórez en el año 2015, el cual tiene como finalidad realizar una evaluación de las funciones neuropsicológicas de un paciente con diagnóstico de trauma craneoencefálico (TCE) severo que permitiera establecer el grado de afectación de las funciones ejecutivas y los procesos cognitivos que deben ser evaluados con el fin de establecer el grado de alteración que permita proponer estrategias de intervención que mitiguen las consecuencias a mediano y largo plazo y que interfieren directamente en las áreas de funcionamiento. Realizado por medio de cinco fases que permitieron dar abordaje a la temática. La población fue un paciente de 21 años de edad. Diseñada mediante una metodología mixta, con la aplicación de la escala de inteligencia Wais IV, el mini mental State, la Figura Compleja de Rey Osterrieth y la Técnica de Historia Clínica. El objetivo es Evaluar las funciones Neuropsicológicas de un Paciente con Diagnóstico de Trauma Craneoencefálico (TCE) Severo, por medio de pruebas estandarizadas, estableciendo así el grado de afectación en las funciones ejecutivas y cognitivas. Los resultados de este trabajo de grado, indicaron que el paciente con Trauma Craneoencefálico (TCE), presenta dificultades en la memoria, memoria de trabajo, la velocidad de procesamiento, el razonamiento perceptual, la planeación y la percepción ya que tiene dificultades en el control, la regulación y la planeación eficiente de las conductas, así como para incorporar nuevos conocimientos.

En este estado del arte se recopiló información de nueve investigaciones de los distintos contextos internacional, nacional o regional y local; En el contexto local se recopiló información acerca de las vivencias el cual nos servirá para establecer una estructura de como recopilar información son las vivencias y experiencias de los participante incluyendo también la de percepciones como los es el título lo de la investigación, en segunda instancia se recolecto información de investigaciones relacionadas con traumas craneoencefálico que son la principal causa de coma, además cabe mencionar que gran parte de los participantes estuvieron en estado de coma por accidentes automovilísticos que ocasionaron trauma craneoencefálico, también se incluyeron investigaciones donde se implementaron las pruebas neuropsicológicas como la Neuropsi la cual se implementará en esta investigación y la BANFE-2. Con este estado de arte se busca tener una buena base para la presente investigación la cual aportará información de las diversas metodologías que se implementaron en estas investigaciones. Estas últimas

investigaciones regionales se dan desde la resiliencia y temas afines, ya que no se encontraron sobre temas de estado de coma.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico que se presenta a continuación, permite dar a conocer los diferentes conceptos acerca del problema de investigación para así tener un mayor entendimiento de la investigación. En el primer capítulo se definirá el estado de coma y los tipos de coma que existen, posteriormente se especifica las causas y las diversas enfermedades que puede llevar a una persona a este estado de inconciencia. En el segundo capítulo denominado psicología de la salud describirá de manera breve la conceptualización de este término y su relación con la enfermedad incluyendo calidad de vida.

Capítulo I. Psicología de la Salud

En el primer capítulo denominado psicología de la salud se describirá la relación entre psicología de la salud y la enfermedad, y como puede esta rama de la psicología puede ayudar en la calidad de vida a la persona enferma a través de la rehabilitación, intervención y cuidado desde un enfoque psicológico.

¿Qué es la salud?

¿Qué significa estar saludable? ¿Es la salud la ausencia de enfermedad o es la presencia de una condición de carácter positivo? ¿Cómo puede saber la gente si está sana o no? ¿Se trata de una condición singular o multidimensional? Según Brannon & Feist (2001), las definiciones de salud pertenecen a dos categorías distintas. Las que consideran la salud como un estado ideal y aquellas que hablan de la salud como un movimiento en una dirección positiva. La primera

definición implica que cualquier enfermedad o daño es una desviación de la buena salud y que el estado ideal puede restaurarse, eliminando la enfermedad. La segunda definición evita este problema, considerando la salud como una dirección sobre un continuo; el movimiento hacia un estado mayor de salud es mejor que el movimiento que se produce en dirección opuesta (p.20).

Brannon & Feist (2001), citan a Dwayne, “la salud es la ausencia de enfermedad. Puesto que no se siente enfermo la mayor parte del tiempo, cree que se trata de un estado saludable, aun cuando su estilo de vida incluye pocos comportamientos que le permitan alcanzar un grado superior de salud”(p. 21). Queriendo decir que si una persona no está enferma disfruta plenamente de salud haciendo algunas excepciones al concepto de salud.

En contraste con esto último, Robín citado por Brannon & Feist (2001), considera la salud como un estado positivo y no sólo como el hecho de hallarse libre de la enfermedad. En consecuencia, trabaja duro para conseguir una mejora en el bienestar total. Sus razones para llevar una dieta saludable, practicar ejercicio, no fumar y beber alcohol de forma moderada tienen poco que ver con el hecho de evitar la enfermedad, en este sentido se necesita de una larga tarea durante toda la vida para gozar de un bienestar (p.21).

Es fundamental tanto para la investigación como para la práctica de la psicología de la salud, la definición de salud. En 1948, la Organización Mundial de la Salud, definió a la salud como “el estado de bienestar completo en los aspectos físicos, mentales y sociales del ser humano y no sólo la ausencia de enfermedades o padecimientos” (OMS, 1948 citado por Taylor, 2007, p.4). Esto significa que todo ser humano para poder llegar a vivir sanamente debe acceder a la realización de diferentes prácticas que le promuevan y le garanticen una mejor calidad de vida, y una vida totalmente sana.

Taylor (2007) explica “Esta definición, la cual parecía ser muy adelantada para su tiempo, es el fundamento para el concepto de salud en el campo de la psicología de la salud. En lugar de definir la salud como la ausencia de enfermedad, ésta se reconoce como un logro el cual engloba un balance entre el bienestar físico, mental y social. Muchas personas utilizan el término “bienestar” para referirse a este óptimo estado de salud” (p.4). En conclusión la salud es un

estado de bienestar, físico, mental y social completo y no solo la ausencia de enfermedad, claramente, esta definición afirma que la salud constituye un estado positivo. (Brannon & Feist, 2001, p.21).

La psicología de la salud ha significado para las grandes instituciones de educación, entes sociales que velan por el bienestar físico y mental de las personas, tema primordial a la hora de llevar a cabo la realización de sus planes, programas y proyectos con el objetivo de avanzar en la lucha contra la ignorancia en la preservación de la salud. Para obtener detalladamente datos exactos que evidencien la magnitud de los problemas en salud no necesariamente tocaría recurrir a informes nacionales de un determinado gobierno, basta solo con analizar el área local para extraer la realidad que viven los ciudadanos, así, por esta ruta de investigación cada organización conoce claramente las problemáticas en salud que son de carácter pública e implementan las intervenciones adecuadas a cada caso.

Definición de psicología de la salud

La psicología como ciencia alude al completo estudio de las funciones ejecutivas básicas del ser humano, su sistema nervioso, y las razones basadas en el estudio biológico, del porqué un comportamiento se produce, qué ocasionan los cambios en los estados de ánimos de un individuo (Eduardo Cosacov, 2005). A partir del estudio de los procesos cognitivos, mentales, de sensaciones, entre otras, con el pasar de los años las especializaciones en psicología han dado origen a otras disciplinas las cuales estudian el comportamiento humano.

Brannon & Feist, (2001), exponen que existe una disciplina dentro del campo de la psicología, denominada psicología de la salud, que está relacionada tanto con la medicina conductual como con el estudio de la salud conductual. La psicología de la salud es la rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas (p.27). Cuando una persona está haciendo uso de

alguna sustancia que pueda afectar a otros, no solo se expone la salud de la persona, ya que, todos somos vulnerables con el simple hecho de convivir en una misma área.

La psicología de la Salud incluye una serie de contribuciones de la psicología a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo para la salud, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos sanitarios. Más específicamente, implica la aplicación de principios psicológicos a áreas relacionadas con la salud física, como puede ser el descenso de la tensión arterial, el control del colesterol, la disminución del estrés, el alivio del dolor, el abandono del consumo del tabaco y la moderación de comportamientos de riesgo, al tiempo que potencia la práctica regular de ejercicio, los chequeos médicos y dentales y comportamientos “seguros” (Brannon & Feist, 2001, p. 27).

Taylor (2007) afirma: “La psicología de la salud está dedicada al entendimiento de las influencias psicológicas en la salud de las personas, porque se enferman y cómo responden cuando se enferman. La psicología de la salud además de estudiar estos tópicos, promueve intervenciones con el fin de ayudar a las personas a estar saludables o para reponerse de las enfermedades. Por ejemplo, un investigador en el campo de la psicología de la salud podría estar interesado en por qué las personas continúan fumando aun a pesar de saber que el fumar aumenta el riesgo de padecer cáncer o enfermedades del corazón. La información acerca del porqué las personas fuman ayuda al investigador a entender tanto ese empobrecido hábito de salud como a desarrollar intervenciones con el fin de ayudar a las personas para dejar de fumar” (p.4).

La psicología de la salud se preocupa de todos los aspectos de la salud y enfermedad a lo largo del ciclo vital (Maddux, Roberts, Sledder y Wright, 1986) aludido por Taylor (2007). “Los psicólogos de la salud se enfocan en la promoción y mantenimientos de la salud, la cual incluye aspectos como que hacer para que los niños desarrollen buenos hábitos de salud, promoción de la práctica regular de algún tipo de ejercicio o deporte y de cómo desarrollar campañas publicitarias para lograr una alimentación balanceada en las personas. Los psicólogos de la salud también estudian los aspectos psicológicos en la prevención y tratamiento de enfermedades. Un psicólogo de la salud puede enseñar a las personas que desempeña actividades que involucran un alto grado

de estrés, como manejar éste de forma productiva y efectiva con el fin de evitar un efecto adverso en su salud”.

El desarrollo de la psicología de la salud

Como área identificable, la psicología de la salud recibió su primer espaldarazo importante en 1973, cuando el gaviote de Asuntos Científicos de la Asociación Psicológica Americana (APA) convocó un grupo de estudios para analizar el potencial del papel de la psicología en la investigación sanitaria. Tres años más tarde, este grupo de estudio (APA, 1976), informó de que había muy pocos psicólogos implicados en la investigación sanitaria y que, al mismo tiempo, aquellas investigaciones que estaban dirigidas por psicólogos en el área de la salud a menudo ni siquiera eran comunicadas en las publicaciones sobre psicología. Sin embargo, el informe veía posibilidades de futuro en las que la psicología de la salud podía ayudar a mejorar la salud y prevenir la enfermedad (Brannon & Feist, 2001, p.28).

Calidad de vida

Hace poco tiempo, la calidad de vida no era considerada como un concepto de importancia en psicología. Por muchos años, la calidad de vida era medida solamente en términos de la supervivencia y los signos y síntomas de enfermedad, sin ninguna consideración respecto de las consecuencias psicosociales de la enfermedad (Taylor, 2007). Sin embargo, las mediciones médicas son relaciones débilmente con las evaluaciones de la calidad de vida realizadas por los pacientes o sus familiares. De hecho, un estudio clásico de hipertensión (Jachuck, Brierley, Jachuck & Willcox, 1982, citado por Taylor, 2007) descubrieron que a pesar de que el 100% de los médicos reportaban que la calidad de vida de sus pacientes había mejorado con el uso regular de medicamentos para la hipertensión, solo la mitad de los pacientes estaban de acuerdo con esto y literalmente ninguno de sus familiares (p.287).

Algunas enfermedades y tratamientos son percibidos por los pacientes como “destinos peores que la muerte” ya que amenazan completamente actividades de vida altamente valoradas (Ditto, Druley, Moore, Danks & Smucker, 1996 citado por Taylor, 2007). Tal vez, el ímpetu más importante para evaluar la calidad de vida se centra en la tensión psicológica que experimentan los pacientes con enfermedades crónicas. El enfermo crónico es más propenso a sufrir depresión, ansiedad y estrés (Taylor (2007). La depresión, tensión psicológica y el neuroticismo contribuyen de manera sustancial al incremento del riesgo de mortalidad a partir de enfermedad crónica, los aspectos psicológicos durante el periodo de enfermedad se pueden desestabilizar haciendo que la persona pierda la esperanza y motivación de seguir viviendo, permitiendo que decadencia en todos los aspecto y llegando a ocasionar de manera más rápida su defunción (Taylor, 2007, p.288).

Taylor (2007), expone que “La calidad de vida tiene varios componentes, específicamente funcionamiento físico, estatus psicológico, funcionamiento social y sintomatología relacionada con la enfermedad o con el tratamiento de la misma, la calidad de vida entre las personas con enfermedades crónicas ahora se evalúa con atención centrada en cuanto afecta e interfiere el padecimiento y su tratamiento en actividades diarias como el dormir, comer, trabajar y realizar actividades sociales”. Lo que quiere decir que, para los pacientes con padecimientos más avanzados, tales evaluaciones incluyen si el paciente es capaz de bañarse, vestirse, ir al baño, comer sin ayuda, auto transportarse y tener continencia de esfínteres, esencialmente entonces, las evaluaciones de la calidad de vida sopesan el compromiso que las actividades diarias han sufrido a partir de la enfermedad y su tratamiento.

Prevención de accidentes

A pesar de lo jocoso, este trozo de verso ramplón capta algo importante. Los accidentes representan una de las principales causas de muerte previsibles en Estados Unidos. A nivel mundial, en el año 2002 murieron 1.18 millones de personas a consecuencia de lesiones en

accidentes de tránsito, y el costo económico estimado de estos accidentes es \$518 miles de millones por año (Organización Mundial de la Salud, 2004). Especialmente preocupantes son los accidentes de tráfico que representan una de las principales causas de muerte de niños, adolescentes y adultos jóvenes (Taylor, 2007, p. 88).

En Estados Unidos, cada año varios millones de personas son envenenadas, de las cuales 85% son niños, los accidentes de bicicleta causan más de 800 muertes por año, ocasionan más de 600.000 casos para las salas de emergencias y constituyen la principal causa de lesiones en la cabeza, por lo que el uso del casco se vuelve una acción preventiva importante. Los accidentes ocupacionales y su consecuente impacto en la invalidez constituyen un riesgo para la salud de los trabajadores especialmente. En consecuencia, las estrategias para reducir los accidentes han sido cada vez un punto más importante en las intervenciones e investigaciones de la psicología de la salud (Taylor, 2007, p. 88).

Accidentes en el hogar y en el lugar de trabajo

En cuanto a los accidentes que se pueden manifestar en diferentes lugares Taylor (2007) afirma que los accidentes en el hogar, como intoxicaciones accidentales y caídas, son las causas más frecuentes de muerte y de invalidez en niños menores de 5 años. Las intervenciones para reducir los accidentes en el hogar se realizan generalmente con los padres ya que son ellos los que tienen el control sobre el entorno del niño. Los padres se ven más inclinados a ocuparse de la prevención de daños si creen que los pasos que se les han recomendado verdaderamente evitan las lesiones, si se sienten informados y competentes para enseñarles medidas de seguridad a sus hijos y si se dan cuenta de la cantidad de tiempo que para esto se requiere.

Las estadísticas indican que los accidentes en casa y en el lugar de trabajo han disminuido en general. Esta disminución se puede deber, en parte, a mejores medidas de seguridad de los empleados en el lugar de trabajo y de los padres en el hogar. Las soluciones de la ingeniería social, tales como tapas de seguridad para los medicamentos y lineamientos estrictos en

seguridad ocupacional han contribuido a esta disminución. Los accidentes en el hogar y en el lugar de trabajo, por tanto, representan un dominio en el que las intervenciones han tenido bastante éxito en la reducción de la mortalidad (Taylor, 2007, p. 88).

Accidentes de motocicleta y automovilísticos

La principal causa de muerte por accidentes son los automovilísticos y de motocicleta. Hasta ahora se ha hecho poca investigación psicológica para ayudar a las personas a evitar los accidentes vehiculares. El trabajo en este sentido, más bien se ha concentrado en asuntos como el mantenimiento de las carreteras, el volumen de pasajeros y los estándares de seguridad en los automóviles. Sin embargo, la investigación psicológica puede ocuparse de factores relacionados con los accidentes, como la manera de conducir de la gente, la velocidad a la que conducen y el uso de medidas preventivas para incrementar la seguridad. (Taylor, 2007, p. 89).

Para concluir con este capítulo se pudo recopilar información acerca de la psicología de la salud y su proceso con la enfermedad, se establecieron diferentes conceptos por diversos autores lo cual permitirá tener más conocimiento sobre el tema de investigación, además se tuvo en cuenta la prevención de accidentes en el caso del coma las principales causas de este estado de inconciencia son los traumas craneoencefálicos y es causado por accidente automovilísticos, también se incluyó un apartado relacionado con la calidad de vida que es una de las categorías que se trabajara en la investigación y que permitirá conocer la calidad de vida de los participantes en el presente estudio.

Proyecto de vida

Los Proyectos de Vida entendidos desde la perspectiva psicológica y social integran las direcciones y modos de acción fundamentales de la persona en el amplio contexto de su

determinación-aportación dentro del marco de las relaciones entre la sociedad y el individuo. (D'Angelo, 2000). El Proyecto de Vida se distingue por su carácter anticipatorio, modelador y organizador de las actividades principales y del comportamiento del individuo, que contribuye a delinear los rasgos de su Estilo de Vida personal y los modos de existencia característicos de su vida cotidiana en todas las esferas de la sociedad. En el Proyecto de vida se articulan las siguientes dimensiones de situaciones vitales de la persona (D'Angelo, O., 2000):

- Orientaciones de la personalidad (Valores morales, estéticos, sociales, etc. y fines vitales)
- Programación de tareas-metas vitales-planes-acción social.
- Autodirección personal: Estilos y mecanismos psicológicos de regulación y acción que implican estrategias y formas de autoexpresión e integración personal y autodesarrollo.

La noción de Situación social de desarrollo (SSD), ofrece una posibilidad de comprensión de la formación del Proyectos de Vida a partir de la “posición externa” del individuo y la configuración de su experiencia personal, en la que se estructuran los siguientes componentes en sus dinámicas propias: las posibilidades o recursos disponibles de la persona, el sistema de necesidades, objetivos, aspiraciones, las orientaciones (o actitudes) y valores vitales de la persona, todos enmarcados en un contexto social múltiple y concreto, que necesita ser considerados en todas sus especificidades y relaciones, así como en su dinámica.

Con la aportación de las nociones de ley del desarrollo psíquico superior y zona de desarrollo próximo, el enfoque histórico-cultural vigotskiano aborda el desarrollo humano desde sus condiciones concretas de existencia materiales-espirituales psicológicas y el papel de los mediadores, otros significativos y productos culturales en la construcción dinámica de sentido y proyectos de vida de la persona. El interés pedagógico de semejante perspectiva puede ser importante, en tanto provee de una comprensión holística, dinámica y contradictoria de las articulaciones complejas del individuo y su contexto social mediato e inmediato; perspectiva en que las acciones educativas tienen que tomar el referente de los procesos psicológicos que se recortan en la dinámica mayor de las situaciones sociales y de las condiciones de la praxis individual-social. La dimensión de futuro y la construcción de los proyectos de vida de la persona.

La función principal de la personalidades su tendencia de orientación hacia el futuro. A. (D'Angelo O. 2000). Destacan, en ese sentido, la importancia de las tendencias a la autoactualización o autorrealización. Según (D'Angelo, 2000) la concepción sistémica de la personalidad, como estructura abierta y dirigida a fines, debe encontrar las condiciones de su posibilidad, más allá del propio funcionamiento psicológico considerado en su interioridad, en la realidad del individuo concreto que se halla en relación intrínseca con su contexto social.

Para concluir con este capítulo se abordaron temas relacionados con la salud y la psicología de la salud, además se incluirá la calidad de vida que se abordara como una categoría de la entrevista semiestructurada, la relación de la psicología de psicóloga de la salud y su aporte hacia el paciente enfermos contribuyen con un optima recuperación y evolución a la hora de abordar temas relacionados con calidad de vida, también se estableció un apartado relacionado con prevención en accidentes los cuales son importantes para prevenir posibles accidentes en lo que se resaltan accidentes en el hogar y accidentes automovilísticos que son la principal causa de traumas craneoencefálico que a su vez es la principal causa de los estados de coma. Es importante trabajar en los participantes el proyecto de vida posterior a su recuperación del estado de coma para conocer cuáles son sus intereses, sus capacidades y sus limitaciones por medio de la entrevista semiestructurada y así estar informado de lo que concierne a su futuro posterior a este estado de inconciencia.

Estilos de vida

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social (Wong, 2012).

Las primeras investigaciones realizadas desde el campo de la salud adoptan una perspectiva médico-epidemiológica. En la línea de lo explicado en apartados anteriores sobre la filosofía del modelo biomédico, desde este paradigma, la comunidad médica defendía que las personas practican estilos de vida insanos por su propia voluntad (Wong, 2012). Es decir, este modelo no reconocía la importancia del contexto social y de los factores psicológicos como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida. Precisamente porque culpabiliza a la víctima de sus hábitos o estilos de vida insanos, este enfoque ha recibido numerosas críticas.

A causa de la diversidad de disciplinas que utilizaron el término estilo de vida, existen innumerables definiciones y aplicaciones del mismo. En el caso de la disciplina de la salud, como se comentó más arriba, la oficina regional de la OMS para Europa, introdujo una definición que constituye la base de los estudios sobre estilos de vida saludables, porque a pesar de ser criticada por amplia, ambigua y poco operativa, tiene el reconocimiento de los expertos por introducir los principales factores que influyen en los estilos de vida (Wong, 2012). Por lo tanto, el término estilo de vida saludable tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen. Las características fundamentales del estilo de vida saludable, están resumidas en los siguientes cuatro apartados: Posee una naturaleza conductual y observable. En este sentido, las actitudes, los valores y las motivaciones no forman parte del mismo, aunque sí pueden ser sus determinantes.

Las conductas que lo conforman deben mantenerse durante un tiempo. Conceptualmente, el estilo de vida denota hábitos que poseen alguna continuidad temporal, dado que supone un modo de vida habitual. Así, por ejemplo, el haber probado alguna vez el tabaco no es representativo de un estilo de vida de riesgo para la salud. Por la misma regla, si un comportamiento se ha abandonado ya no forma parte del estilo de vida.

El estilo de vida denota combinaciones de conductas que ocurren consistentemente. De hecho, se considera al estilo de vida como un modo de vida que abarca un amplio rango de conductas organizadas de una forma coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales de cada persona o grupo. El concepto de estilo de vida no implica una etiología común para todas las

conductas que forman parte del mismo, pero sí se espera que las distintas conductas tengan algunas causas en común.

Capítulo II. Estado de Coma

En este capítulo se especificara el término coma y se explicara las diversas causas tanto endógenas como exógenas, además se describirá la evaluación clínica del estado de coma y la escala de coma de Glasgow la cual permite evaluar la profundidad del este estado de inconciencia. También se abordara el diagnóstico clínico del coma lo cual permitirá descartar otros motivos por el cual la persona esto en este estado de inconciencia.

Coma

El termino coma es utilizado pacientes que se encuentra en estado de inconciencia caracterizado por que la persona tiene los ojo cerrados de manera permanente y no pueden ser llevados a un estado funcional durante este estado. El estado de coma es la máxima degradación del estado de conciencia caracterizado por la pérdida de funciones como la capacidad de movimiento o responder a los diversos estímulos del ambiente. Ningún estímulo ya sea interno o externo puede despertar al sujeto; incluso estimulación por dolor no provoca respuestas intencionadas y pueden producir posturas anormales o descerebraciones(Misas, Milá, & Iroel, 2006).El coma es una condición médica que retoma condiciones biológicas, psicológicas, y comunicativos de estado integral de salud, en el cual la persona permanece dormida e inconsciente, no tiene capacidad de movimiento alguno y tampoco tiene la capacidad de responder a estímulos tanto internos como externos, este estado puede ser causado por alguna enfermedad o como resultado de una lesión en el organismo.

Normalmente el coma se produce cuando hay un daño en diversas áreas del diencéfalo y el tronco encefálico o en los hemisferios cerebrales en los cuales los pacientes no responden a ningún estímulo, el diencéfalo es la estructura del cerebro que se encuentra en la parte interna central de los dos hemisferios y por el pasan la mayor parte de fibras que van dirigidas hacia la corteza cerebral la cual es la encargada de las funciones de procesamiento de información del ser humano como percepción, pensamiento, juicio, decisión e imaginación.(León, Domínguez, & Domínguez, 2001).

Evaluación del coma

La evaluación clínica del estado de coma es una tarea muy compleja y el resultado de las diversas técnicas para evaluar este estado de inconciencia es relativo, algunas veces no se encuentran sustratos morfológicos que indiquen la causa exacta del coma, también se observa que hay deterioro o mejoras sin que hayan cambios en las estructuras del cerebro. La escala de coma de Glasgow es una de las herramientas más usadas para evaluar la profundidad del coma, la cual proporciona un método sencillo y fiable del nivel de conciencia en personas que hayan sufrido un trauma craneoencefálico pero no es útil en el coma prolongado o el estado vegetativo (León et al., 2001).

Con esta escala se valora de manera objetiva y precisa patrones de conductas en tres categorías de respuestas en primera instancia la estimulación adecuada para provocar la apertura ocular, en segunda instancia la calidad y tipo de respuesta verbal y por último la estimulación adecuada para obtener la mejor respuesta motora, los resultados de esta escala oscilan en puntuaciones entre 3 y 15 puntos. Entre más baja la puntuación del paciente en esta escala mayor profundidad del estado de coma, las puntuaciones que se encuentra por debajo de 9 se interpretan como daño cerebral severo y las puntuaciones que oscilan entre 3 y 5 se interpretan como como muy severo y se cataloga al paciente en coma profundo. Las puntuaciones que oscilan entre 9 y 13 puntos se interpretan como daño cerebral moderado y el paciente no se

encuentra en estado de coma, las puntuaciones superiores a 13 puntos se interpretan como daño cerebral leve (León, Domínguez, & Domínguez, 2001).

Diagnóstico del coma

Para un adecuado diagnóstico del estado de coma se debe hacer una revisión de los antecedentes personales, se debe descartar la existencia de enfermedades neurológicas o metabólicas previas, adicciones al alcohol o drogas de abuso y fármacos utilizados habitualmente por el paciente o los familiares, ya que en ocasiones hay intentos de autolisis con medicamentos prescritos a los mismos. Respecto a la presentación del coma es necesario precisar si hubo pródromos o síntomas neurológicos previos, así como la forma de comienzo y los síntomas antes del estado de inconciencia; ya que las formas bruscas orientan hacia hemorragia o infarto de tronco de encéfalo, hemorragia subaracnoidea, traumatismo craneoencefálico, sobredosis o intoxicación por fármacos; mientras que las formas progresivas sugieren encefalopatía de origen metabólico o herniación secundaria a lesiones supratentoriales.

La presencia de convulsiones o mioclonias pueden igualmente orientar hacia un estado epiléptico o bien anoxia o isquemia, hipoglucemia, trastornos electrolíticos, intoxicaciones y síndromes compresivos y posterior culminar en un estado de coma indefinido (Bandera, 2010). Se debe revisar la historia clínica del paciente para descartar la existencia de enfermedades neurológicas o metabólicas para un mejor diagnóstico.

Cuadro Clínico

El paciente en estado de coma manifiesta se manifiesta los siguientes síntomas: Hay disminución del estado de conciencia, incapacidad para despertar del estado de inconciencia lo cual le impide responder a estímulos del exterior, además presenta movimientos y posturas

Movimientos o posturas anormales tales como focalización, descerebración y/o crisis convulsivas, la exploración neurológica está dirigida a concretar el grado de profundidad del coma y si se acompaña de signos de focalidad (problemas en el funcionamiento del cerebro) que orienten a una patología estructural, en la exploración física se debe poner especial atención a el tamaño y reactividad de las pupilas , ya que mediante ello se puede determinar el nivel de la lesión cerebral y determinar lo localización exacta del área afectada con el cual se puede estipular el nivel de gravedad (Ibarra, 2012). Para establecer un cuadro clínico completo se deben tener en cuenta todas las características y síntomas que presenta el paciente en el estado de coma, esto contribuirá a establecer la gravedad de la lesión y el área afectada (León et al., 2001).

Exploración física

Para completar el diagnóstico del paciente es estado de coma se complementa con la implementación de aparatos, ya que estos pueden aportar datos muy útiles para un diagnóstico más general. Se hace una revisión en la presión arterial esto permite orientar o descartar una hemorragia cerebral, una encefalopatía hipertensiva o una nefropatía con coma urémico. La hipotensión arterial (presión arterial baja) puede aparecer en multitud de procesos, como diabetes mellitus, alcoholismo, intoxicación barbitúrica, hemorragia interna, infarto de miocardio, sepsis por gran negativos y enfermedad de Addison.

La existencia de bradicardia (ritmo cardíaco lento o irregular, inferior a 60 latidos por minuto) debe sugerir una hipertensión intracraneal o bloqueo aurículo ventricular. La taquicardia, con frecuencia cardíaca superior a los 140 lat/min, sugiere la existencia de un ritmo cardíaco ectópico con insuficiencia vascular cerebral. Ante un paciente comatoso y febril se pensará en una infección (neumonía, meningitis bacteriana) o en una lesión de los centros reguladores de la temperatura. La hipotermia se observa en casos de coma etílico o barbitúrico, hipoglucemia, hipotiroidismo e insuficiencia cardiocirculatoria (Ibarra, 2012). La hipotermia se puede producir trastornos de la conciencia cuando la temperatura es inferior a 31°C.

La respiración de Kussmaul (respiración rápida, profunda y laboriosa) es clásica de las acidosis metabólicas (diabetes mellitus e insuficiencia renal). La respiración de Cheyne-Stokes (respiración que tiene un ritmo inestable durante la noche) se observa en casos de afección de ambos hemisferios o ganglios basales y en los comas metabólicos o tóxicos. La respiración apnéusica suele ser secundaria a una lesión protuberancial baja por infarto o hemorragia. La respiración atáxica de Biot (respiración caracterizada por sus irregularidades completas) aparece en las lesiones bulbares, al igual que la respiración voluntaria por pérdida de automatismo de la respiración (síndrome de Ondine). La respiración superficial e irregular se produce por depresión del centro respiratorio, secundario a causas tóxicas exógenas. El paciente presenta hiperventilación en la acidosis metabólica, insuficiencia respiratoria, encefalopatía hepática o estimulación por analgésicos, el olor de la respiración puede, en ocasiones, dar la clave diagnóstica: olor vinoso (coma etílico), a manzanas (coma diabético), urinoso (coma urémico), factor hepático (coma hepático).

La inspección de la piel puede ser de ayuda si se observa cianosis (insuficiencia cardíaca o respiratoria), estigmas de hepatopatía e ictericia (coma hepático), coloración rojo-cereza (intoxicación por CO), palidez (hemorragia interna), melanodermia (enfermedad de Addison), coloración urinosa (insuficiencia renal) o signos de venopunción (drogadictos)(Ibarra, 2012). Es importante realizar un chequeo general del estado físico desde la forma de respiración hasta la presión arterial lo que permitirá tener un mayor conocimiento de las cualidades del paciente que se encuentra en estado coma y así hacer un diagnóstico más completo y llegar a la causa de este estado de inconciencia.

Causas del coma

La etiología o la causa del coma se divide clasifica en dos grupos: Neurológicos y bilógicos los cuales se originan por alteraciones del organismo, las causas ambientales que hace referencias a las fuentes externas que ocasionan el coma. Una de las principales causas del coma se debe a traumas craneoencefálicos, estos son golpes en el área del cerebro que afecta la

conciencia del individuo, los comas por trauma encefálicos dependen del lugar y gravedad de la lesión.

Trauma craneoencefálico

El trauma craneoencefálico (TCE) también llamada embolia encéfalo craneal es la alteración neuronal causada por un trauma afectando físicamente al encéfalo, el TCE es ocasionado por un impacto externo, los síntomas que presenta la persona en los minutos posteriores al golpe pueden incluir confusión, visión borrosa y dificultad para concentrarse (Murillo, Catalán & Muñoz, 2002). Los TCE ocupan en tercer lugar a nivel mundial como causa de mortalidad y compromete a personas en edad reproductiva y económicamente estables, son la principal causa de discapacidad de las personas debido a las secuelas que deja en el individuo, afecta principalmente a los jóvenes debido a su etapa de exploración y riesgos; se sabe que la principal causa de muerte en los pacientes con traumas múltiples es a causa del trauma craneoencefálico grave, cuya letalidad se estima hasta en un 50% .

Tipos de coma

El tipo de coma depende del lugar de la lesión o alteración que posee en paciente, existe diversidad de tipos de coma y diversas causas de este estado de inconsciencia que se describirán a continuación.

Coma Diabético

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce, el efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre). La diabetes de tipo

1 (anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil) se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina; la diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física (OMS, 2016).

La cetoacidosis diabética o coma diabético es una complicación metabólica aguda grave. Es más frecuente en aquellos pacientes tipo I, sin embargo los pacientes con Tipo II, frecuentemente la presentan cuando cursan con infección severa, cirugía. La mortalidad de esta situación clínica es menos del 7% cuando se atiende oportunamente, este porcentaje se incrementa cuando hay estado de coma o el desequilibrio hidroelectrolítico es severo. Recientemente se ha encontrado un estado mixto en cuanto a la osmolaridad plasmática, jugando un papel muy importante los niveles tanto de glucosa como de sodio, el desplazamiento de este último por la glucosa debe considerarse en el cálculo de osmolaridad ($N= 300 \pm 10$), recientemente se habla de una existencia de osmolaridad real, sin considerar dicho desplazamiento, lo importante indiscutiblemente en la cetoacidosis es la presencia de cuerpos cetónicos en sangre y en orina.

Coma supratentoriales

Este tipo de coma es producido por masas supratentoriales con lesión de estructuras diencefálicas profundas y del tronco encefálico. Se da por lo general a causa de traumatismos craneoencefálicos (TCE), hemorragias intracraneales, tumores, trombosis de senos venosos o hidrocefalias. La alteración del estado de conciencia puede deberse a herniación transtentorial central del diencefalo, habitualmente secundaria a lesiones ocupantes de espacio en regiones medias y altas intracraneales, frecuentemente en problemas crónicos o subagudos. Se manifiesta en primer lugar por alteración del estado de alerta, estupor y coma, seguido de miosis bilateral reactiva. Otra de las causas de alteración también se puede deber a una herniación transtentorial uncal que se da en lesiones expansivas de fosa y lóbulo temporal, frecuentemente requieren neurocirugía de urgencia. El primer síntoma suele ser la midriasis unilateral arreactiva o

lentamente reactiva, seguida de parálisis completa del III par craneal (Nervio oculomotor) y de alteración del estado de conciencia (López, 2008).

Coma subtentorial

Este tipo de coma es producido por lesiones compresivas o destructivas del tronco encéfalo en las que se encuentran hemorragias, infartos, tumores y abscesos subtentoriales. Algunas enfermedades metabólicas degenerativas, como el síndrome de Leigh o la esclerosis múltiple, y la migrañabasilar pueden manifestarse como coma subtentorial. Se presentan signos de localización de tronco (paresias de pares craneales, anomalías oculo vestibulares y alteraciones del ritmo respiratorio) precediendo o acompañando al estupor-coma (López, 2008).

Coma metabólico

Entre los coma de causas exógenas encontramos el coma metabólico, la principal causa de este tipo de coma son los fármacos en los que se encuentran Opiáceos y sus congéneres, anfetaminas, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos, anticonvulsivantes, salicilatos; En segunda instancia se encuentran los Tóxicos es este grupo se encuentra el consumo de Alcohol etílico (Intoxicación alcohólica, síndrome de abstinencia) y el alcohol metílico, y por último los trastornos físicos como los golpes de calor, cuando el nivel de temperatura del cuerpo humano supera los 40° y las hipotermias (Ibarra, 2012).

Comas endógenos

Entre las principales causas de comas endógenos encontramos la hipoglicemia donde los niveles de glucosa en la sangre se encuentran muy debajo de los normales, el cuerpo de la persona necesita glucosa para recuperar la energía, cuando la persona se encuentra inconsciente se interviene de manera inmediata regulando los niveles de azúcar en la sangre para su recuperación evitando que entre en coma. Otras de las causas de este tipo de coma son las Hipoxia en cual hay una Disminución de la tensión de oxígeno, es común en enfermedades pulmonares o cuando la persona requiere de hipoventilación, también se presenta cuando la persona tiene anemia, una enfermedad de la hemoglobina, intoxicación por monóxido de

carbono, o una enfermedad pulmonar crónica u una enfermedad del corazón, ciertas células del cuerpo son más sensibles que otras a la hipoxia como el cerebro, en particular, y esto puede causar daños irreversibles, el aporte de oxígeno debe ser rápidamente restablecido en individuo ayudándolo a que respire por sí solo o por medio de equipos de oxigenación.

Otras causas de coma endógenos encontramos la disminución del contenido sanguíneo de oxígeno, alteraciones metabólicas como Híper o hiponatremia, hipercalcemia, híper o hipomagnesemia, acidosis metabólica o respiratoria, híper o hipoosmolaridad, hipofosfatemia; Alteraciones endocrinas como como la Diabetes mellitus la cual se caracteriza cuando el cuerpo no tiene la capacidad de regular la cantidad de azúcar en la sangre, es; Enfermedades tiroideas coma tirotoxicosis; Enfermedades suprarrenales como la enfermedad de Cushing (causado por la exposición prolongada a un exceso de cortisol que es producida por las glándulas adrenales); Infecciones como la Meningitis(infección de las membranas que cubren el cerebro y la médula espinal), la encefalitis (irritación e hinchazón del cerebro, casi siempre debido a infecciones) y la Porfiria (Ibarra, 2012).

Proceso Cognitivo y Estado de Coma

Cuando el individuo despierta del coma, luego de unos días o semanas puede abrir los ojos pero no puede mantener una conexión con el ambiente que lo rodea y en dados casos no se reconoce a sí mismo, solamente hay actividad motora y esta depende del grado o causa de coma y las secuelas que trajo consigo; el sujeto entra en un estado vegetativo que puede llevar al mejoramiento o no, si este estado persiste en el tiempo puede provocar problemas para la persona que la padece, como las capacidades cognitivas las cuales pueden ser irreversibles y se puede correr el riesgo de muerte cerebral (Ibarra, 2012).

Estado vegetativo

Se suele confundir el estado vegetativo con el estado de coma, el estado vegetativo es una condición clínica que se manifiesta con falta de conciencia de sí mismo y del medio ambiente, acompañado con ciclos de sueño-vigilia, no se evidencia comprensión del lenguaje o expresión,

las funciones autonómicas están reservadas para apoyar las cardiorrespiratorias, acompañado de movimientos espontáneos o provocado de manera no intencionada, el estado vegetativo se caracteriza principalmente, como una desconexión entre el tálamo y la corteza, secundaria a un daño talámico bilateral, daño cortical difuso o daño a los conductos de la sustancia blanca. Diversos estudios han señalado que los pacientes en estado vegetativo persistente de origen traumático tienen daño difuso subcortical en la sustancia blanca, mientras que los casos de daño cerebral no traumático son de lesiones extensas de la corteza asociadas, la mayor parte de las veces, con daño talámico, Luego de una lesión cerebral traumática, o no, la conciencia se altera mientras se recupera espontáneamente o llega a ser permanente y crónica (Ibarra, 2012).

El estado de coma puede sobrevenir la ausencia de excitación, estímulo y apertura de ojos espontánea, sin ciclos de sueño-vigilia, los individuos no tienen conciencia de ellos mismos o el medio que los rodea durante la duración de este estado, carece de evidencia de respuestas o comprensión del lenguaje y expresión, no perciben ningún estímulo externo. Los pacientes que sobreviven y logran despertar comienzan una etapa de recuperación a las dos o cuatro semanas, y evolucionan a un estado vegetativo o mínimamente consciente.

El estado vegetativo se divide en persistente y permanente en donde la diferencia entre ellos es el tiempo de evolución según la lesión cerebral; cuando no es traumática se considera desde el inicio de la lesión hasta el tercer mes y para una lesión traumática es hasta un año de evolución (Carillo, Hernández, Puebla, &Castillo, 2012). Las personas en estado de coma suelen entrar en un estado vegetativo, durante este periodo la persona entra en recuperación y las posibilidades de ser como antes dependen de la causa del coma o gravedad del accidente, en el estado vegetativo se suele presentar falta de conciencia y el individuo suele desconocer el entorno que lo rodea y sus familiares.

El despertar del coma

El despertar o no del coma depende de diferentes factores, entre los que cabe mencionar la respuesta física a los tratamientos que se recibe por parte de los profesionales de salud, también el despertar de este estado de inconciencia depende de las respuestas fisiológicas ante las

lesiones y su gravedad. En relación a las medidas sanitarias que se ponen en marcha en los pacientes, y que se ejecutan para prevenir que se produzcan lesiones secundarias y para proteger al cerebro de más agresiones, es implementada en las unidades de cuidados intensivos donde se realiza un control de la presión en la cabeza para evitar más daños en el cerebro. Otro aspecto a cuidar es el azúcar en sangre, el cual debe estar en un determinado nivel para que no altere; A su vez existen los denominados comas irreversibles, son aquellos donde el paciente no despierta por haber sufrido muerte encefálica y que para determinarlas los expertos se basan en una serie de criterios clínicos que expresan que el daño cerebral es tan severo y mantenido, que es irreparable.

Los comas en donde las personas pueden despertar sin ningún problema son los comas inducidos, los hipoglicémicos generados por medicamentos que deprimen la conciencia o los generados con un accidente, pueden ser solventados si se evacua el hematoma en un determinado tiempo, los comas inducidos pueden ser revertido cuando el equipo médico así lo requiera (Ibarra, 2012). El despertar de un coma es un logro que depender del equipo interdisciplinar de las unidades de cuidados intensivo, estos contribuyen con el cuidado y recuperación de este tipo de paciente, pero también dependen de la causa, el lugar de la lesión y la gravedad de esta.

Para finalizar con este capítulo, cabe mencionar que el termino coma es utilizado en pacientes que se encuentra en estado de inconciencia caracterizado por que la persona tiene los ojos cerrados de manera permanente y no pueden ser llevados a un estado funcional durante este estado. Es por ello la importancia de esta definición para establecer las causas del coma y establecer el diagnóstico donde se encuentra el cuadro clínico, la exploración física y los tipos de coma; en este capítulo se recolecto información suficiente para entender la situación por la que los participante pasaron durante su estado de inconciencia, con esto se busca generar una mayor empatía a la hora de aplicación de la entrevistas estructuradas y la aplicación de las pruebas neuropsicológicas, con esta información se conocerá más acerca de las diferentes causas del coma.

Capítulo III. Familia, redes de apoyo y centros de atención

En este capítulo se abordara la temática sobre las redes de apoyo que tiene la persona que despierta de su estado de coma, posterior a este estado de inconciencia la persona por lo general recibe el apoyo de sus familiares y amigos quienes lo acompañaran durante su proceso de recuperación, además también se abordara la temática referente a los centro de atención donde la persona en estado de coma pasa su mayor parte del tiempo para su recuperación y despertar, también se especificaran los cuidados que se deben tener en cuenta durante este proceso o tiempo durante el cual la persona esta inconsciente en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales.

Relaciones interdependientes

El elemento común de las relaciones cercanas de un individuo es la interdependencia que significa la asociación interpersonal por medio de la cual dos personas se relacionan y en donde hay influencias entre la vida de uno como del otro, en esta interdependencia hay cambios mutuos de emociones, pensamientos e involucramiento de actividades conjuntas con la otra persona. Las relaciones cercanas con amigos o miembros de la familia también incluyen el elemento del compromiso y aceptación. La interdependencia ocurre en cualquier etapa del ciclo vital principalmente, ya que los vínculos de calidad con otros, son considerados universalmente importantes para el desarrollo óptimo del individuo (Baron & Byrne). Las relaciones interdependientes son un elemento en toda relación del individuo en la cual hay cambios de sentimientos, emociones, ideas y que se comparten por medio de la interacción con otros, este elemento es común en las relaciones con familiares, amigos y personas cercanas al individuo, las personas que despiertan del estado de coma recibe el apoyo incondicional de familiares y amigos lo que le permite un óptimo y adecuado desarrollo posterior al estado de inconciencia.

La familia

La familia es la forma de organización social entre los seres humanos, ligados entre sí por reglas de comportamiento y en la que cada miembro tiene una función específica. Oliva & Villa

(2013) afirman que la familia es el “grupo de dos o más personas que coexisten como unidad espiritual, cultural y socio-económica, que aún sin convivir físicamente, comparten necesidades psicoemocionales y materiales, objetivos e intereses comunes de desarrollo.

La familia es el principal componente de la sociedad conformada por seres humanos y que comparten intereses en comunes, cada uno de sus miembros tiene un rol específico, los padres transmiten a sus hijos valores y conocimientos los cuales los hijos implementarán para convivir con los demás creando estilos de comportamiento de acuerdo a estos valores y conocimientos recibidos, Según Arévalo (2014) afirma que la familia es una estructura social que se construye a partir de un proceso que genera vínculos de consanguinidad o afinidad entre sus miembros, la familia posee la característica de tener vínculos fuertes, que sin importar las adversidades cada miembro es apoyado por los demás en cualquier situación, pero esto varía según los valores que le fueron inculcados a cada uno de sus integrantes.

Por tanto, sin bien la familia puede surgir como un fenómeno natural beneficio de la decisión libre de dos personas, esta es un conjunto de personas bajo una estructura social unidos por un lazo ya sea en matrimonio, parentesco o de adopción las cuales desde el ámbito político es considerada como el núcleo de la sociedad. La estructura familiar varía con respecto a la forma tradicionales, sus funciones han cambiado a lo largo de los años, la globalización ha permitido nuevas composiciones de la familia, al igual el cambio del ciclo de vida y el rol de los padres, en especial el rol de la mujer ya que se ha visto en la necesidad de salir de su hogar en busca del sustento para el hogar.

Desde la psicología, la familia implica un cúmulo de relaciones familiares integradas en forma principalmente sistémica, por lo que son consideradas un subsistema social que hace parte del macro sistema social denominado sociedad (Oliva & Villa, 2013); esas relaciones son consideradas como un elemento fundamental en el proceso de desarrollo de la personalidad de cada uno de los integrantes que la conforman además de las enseñanzas que se imparte en ella. A continuación se especificaran la diversidad de los sistemas familiares que varía en cuanto a su composición, los números de elementos que las conforman y sus diferentes estructuras.

Familias nucleares

Es un modelo de familia tradicional, el cual está conformado por la presencia de un hombre y de una mujer, unida por el matrimonio, también la integran los hijos que tiene en común y que conviven bajo el mismo techo. Actualmente se denomina familia nuclear a la unión de dos personas que comparte un proyecto de vida en común, en el cual se generan sentimientos de pertenecía a cierto grupo y en donde hay un compromiso personal en cada uno de sus integrantes, el núcleo familiar se hace más complejo con la aparición de los hijos, en ese momentos los padres se hacen responsables de su crianza y socialización. Sin, embargo hay una separación de las familiares nucleares cuando existen procesos de separación o divorcio, y es común la unión posterior con una nueva pareja que conforman una familia nuclear reconstituida.

Dentro de la familia nuclear se observan con claridad las tres formas de relaciones familiares, en primera instancia la de adulto-adulto donde se relacionan la pareja o los adultos, en segunda instancia adulto- niño centrándose en la relación entre padre e hijo, y por último la relación entre niño-niño orientada a la relación que se da entre hermanos o hermanastro en las familias reconstituida, los elementos de protección en las familias nucleares es muy restringido en la actualidad debido a número reducido de hijos en estas familias. En la actualidad las parejas o adultos en las familias nucleares planean y premeditan la cantidad de hijos que desean tener, a diferencias de décadas anteriores que era al azar y la cantidad de hijos era mayor que en la actualidad. La consolidación de las relaciones en las familias nucleares se debe a la reducción del número de hijos que permiten proporcionas más tiempo de calidad, una mayor preparación de los padres en cuanto a educación y la influencia de la medios de comunicación que permiten un mayor desarrollo integral.

Las familias extensas

Las familias extensas, además de padres e hijos está integrada por otros parientes, este tipo de familia se presenta debido a factores como los sistemas de herencia y sucesión. Diversos estudios han demostrado que las familias extensas desempeñan un papel importante en el desarrollo afectivo del niño y funciona como su red de apoyo social familiar (Lourdes, 2003). La

convivencia diaria con abuelos, padres, hijos hermanos establecen redes de alianzas y apoyo principalmente para parientes que se encuentran trabajando en lugares lejanos o que permanecen fuera de hogar durante largo tiempo y que pueden dejar sus hijos con cualquier integrante de la familia extensa permitiendo una mayor interacción con cada uno de ellos.

En las familias extensas los abuelos llegan a desempeñar un papel importante, los hijos ven en ellos una alternativa de cuidado y educación, los nietos son cuidados por los abuelos, mientras sus padres se encuentran laborando, esto permitirá una mayor interacción y resulta crucial cuando las circunstancias familiares son difíciles. Las familias extensas se pueden también formar en las familias nucleares, cuando las familias nucleares se superan o divorcian, los hijos de estas separaciones buscan en los abuelos, tíos y otros familiares que contribuyen al apoyo psicológico permitiendo una estabilización en la familia. Los jóvenes en las familias extensas no abandonan el hogar si no es por razones laborales o matrimonio (Lourdes, 2003). Las familias extensas a diferencia de las nucleares integran entre sus miembros tíos, abuelos, hermanos permitiendo una mayor interacción entre sus integrantes, estas familias permiten un mayor desarrollo psicológico de los niños permitiendo una mayor adaptación a la vida social por la cantidad de interacciones que vivencia en el hogar.

Familias de padres divorciados

El divorcio era considerado como un problema aislado y silencioso por el temor de ser juzgados no solo por las familias sino también por la sociedad, actualmente es visto como una solución creativa de un problema que tiene como objetivo facilitar a la pareja insatisfechas la búsqueda de la salud mental fuera del matrimonio (Lourdes, 2003). Las causas del divorcio varía según la cultura y depende de la madurez emocional de la pareja, según Urdaneta (1994, citado por Lourdes, 2003) existen cuatro tipos de relaciones maritales que pueden llevar al divorcio o la separación.

En primera instancia cuando uno de los esposos toma el control de la relación asumiendo una postura dominante y el otro toma una de adaptación, los altos niveles de ansiedad que se presentan en la relación pueden causar que el rol del cónyuge adaptable sea ineficaz y el

dominante comience a distanciarse de forma emotiva y física, en segunda instancia cuando los dos asumen una postura dominante en la relación por lo que es común la ansiedad entre ellos, llevándolos a una separación de forma agresiva, en tercera instancia cuando hay una distancia emocional entre la pareja y hay un sobre involucramiento de uno sobre los hijos, y finalmente cuando la pareja asumen posiciones adaptativas que impiden solucionar problemáticas entre ellos, la principal característica de este tipo de relación son las constante interacción o la permanencia de estar muchos tiempo juntos, pero sus relaciones personales son altamente conflictivas, pues no llegan a solucionar sus problemas. Cuando el divorcio es inevitable, la situación ejerce una fuerte impactos sobre los hijos y el grado del efecto depende de la edad y el sexo de estos; El daño psicológico en los niños depende del funcionamiento integral que tenía la familia, si el apego estaba dirigido al padre que va a estar ausente el daño será mayor.

Familias reconstituidas

Tras la separación o divorcio, los progenitores vuelven a formar pareja con otros para iniciar una nueva relación, con vínculo matrimonial o sin él (Lourdes, 2003). Los segundos matrimonios son más complicados ya que hay más responsabilidades, la formación de una nueva familia representa mayor responsabilidad en las familias reconstituidas, así mismo se presentan dificultades para la integración de un nuevo padre y una adaptación para nuevos hijos y puede haber perdida de los roles tradicionales. El ciclo de la familia reconstituida continua su desarrollo posterior al establecimiento de límites, normas y reglas los cuales son fundamentales para estabilizar los sistemas.

Los niños en familias reconstituidas son criados por un padre o una madre con los que no tiene ningún vínculo genético, estos tiene que adaptarse a un padrastro o madrastra, se estima que un 25% de los niños vivaran en familias reconstituidas antes de ser adultos; La investigación más conocida sobre familias reconstituidas las ha realizado Heterington y sus colegas en Estados Unidos, los investigadores hicieron seguimiento a madres que se volvieron a casar cuando los niños tenían 10 años, descubrieron que los efectos eran diferentes para los niños y para las niñas, las niñas eran más felices cuando sus madres seguían solteras, las niñas cuya madres se volvieron a casar tenían problemas en especial su relación con sus padrastros que era difícil aceptar; En

cambio los niños cuyas madres se volvieron a casar mostraban menos problemas que aquellos donde sus madres permanecían solteras, los niños entablaban una relación positiva en ciertos aspectos (Golombok, 2006).

Familias monoparentales

La primera forma de familia monoparental se establece a partir del divorcio o separación cuando la pareja decide no seguir viviendo juntas, una de las características frecuentes en este estructura de familia aparece en la etapa de la sexualidad cuando los hijos toman el papel del padre ausente y hacen pareja con el progenitor como forma de protección y apoyo, es importante que los hijos mantengan contacto con el progenitor ausente ya que son figuras significativas en la vida, la relación frecuente con ambos padres reduce la sensación de pérdida y ansiedad de la separación permitiendo mantener un apego con ambos por el cual puede aprender y compartir experiencias y así fortalecer el afecto del hijo.

Una segunda forma de familia monoparental es aquella en donde uno de los padres muere, el padre que se encarga de la custodia de los hijos posterior a la muerte de su pareja afronta ciertas tensiones sobre las responsabilidades y tareas que debe asumir en adelante sumado al desajuste emocional por el suceso. Estas tensiones se van reduciendo a medida de que el padre o la madre reorganizan las metas del hogar y se adapta a la nueva situación. Por ultimo ciertas familias monoparentales hacen el papel de padres o madres solteros, sienten la fortaleza de criar a los hijos solos sin la necesidad de una pareja para ayudarlos, hacen el papel de padre y madre a la vez.

Familias adoptivas

Las familias adoptivas se caracterizan por la ausencia de vínculo biológico entre padres e hijos, otra de las características de este tipo de familia son los motivos que llevan a la adopción como por las características de las parejas que deciden adoptar, es difícil la adaptación de un niño que tiene ochos de edad y que pasado toda su vida en instituciones para menores que la de un niño recién nacido, la decisión de adoptar es un proceso complejo, según las estadísticas tiene mayor frecuencia el mujeres que en hombre, en la adopción de un menor la paternidad y la

maternidad son un poco difíciles ya que la adaptación mutua y el ajuste en el hogar depende de las características del niño o la niña y por otro lado la relación de los padres con el niño y viceversa (Lourdes, 2003).

Otro aspecto de las familias adoptivas es que deben enfrentarse a la reconfiguración una vez llega el hijo adoptivo enfocado a desarrollar el sentimiento de pertenencia hacia su nuevo hogar, existen dos tipos de adopciones, en primera instancia la tradicional en la que la pareja por problemas biológicos no puede tener hijos y toman la decisión de adoptar, en segunda instancia la adopción preferencial en parejas donde la opción es una opción independiente de su fertilidad.

Algunos estudios señalan que la dinámica familiar es estos tipos de familia tienen a la blandura educativa a las dinámicas de relación sumamente afectiva y comunicativa entre padres e hijos, la edad de los padres a la hora de adoptar desempeña un papel importante ya que hay una relación entre esta, la comunicación, el afecto y las técnicas disciplinarias que los padres adoptivos utilizan, en la actualidad la adopción es muy viable ya que pretende brindar hogares a niños que en su vida quieren sentir el amor y afecto de un padre y una madre a través de esta se le está brindando la oportunidad al niño de rehacer sus vidas bajo el seno de una familia.

Familias homosexuales

A partir de la globalización, la homosexualidad se ha ido expandiendo al tal punto que la sociedad requiere soluciones a conflictos psicológicos y sociales que plantean el concepto de familia homosexual como distinta de la tradicional o nuclear; Las familias homosexuales tienen a iniciar sus relaciones en lugares para gay donde no hay límites para manifestar sus conductas y emociones normalmente las amistades de estos individuos tienden a ser homosexuales. Los homosexuales viven de una forma ambivalente, buscan sus relaciones por sí solos, el número de familias homosexuales con hijos aumenta mediante el proceso de adopción, las mujeres manifiestan su homosexualidad posterior a un matrimonio heterosexual, no hay evidencias de que el desarrollo de un hijo de padres homosexuales estén comprometidos con esta tendencia de familia (Lourdes, 2003).

Las familias homosexuales se consagran cuando adoptan un hijo permitiendo su constitución, pero este depende del país donde se realiza este tipo de adopción y depende mucho de la legislación del lugar donde hay leyes que permiten este tipo de adopción.

Las relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales son los vínculos o lazos que tiene un individuo con su grupo social, familia, amigos o personas conocidas y el principal factor de esta relación es la comunicación. Es esencial para el ser humano el relacionarse con los demás ya que es fundamental e indispensable para el desarrollo integral y el fortalecimiento de las habilidades sociales, a través de esta relación el individuo puede intercambiar diversidad de información con otros individuos. Según Ibargüen (2014) una primera aproximación al concepto de relaciones interpersonales, exige separarlos para definir cada una de las que la componen para así tener mayor claridad y comprensión. En primera instancia el autor hace un análisis del término relaciones que significa vínculos e interacciones, es decir, cuando una persona, animal o situación establece relaciones con algo o alguien, se dice que tiene algún tipo de vínculo con ello y dicho vínculo se puede generar por distintos motivos o razones, dependiendo del contexto o caso particular.

En segundo lugar el autor define el término interpersonal que indica que se está haciendo referencia a lo ocurrido entre personas o seres humanos. Por consiguiente, una definición inicial en torno a las relaciones interpersonales es el conjunto de vínculos e interacciones establecidas entre seres humanos o personas, determinadas por factores como la etapa de la vida y el rol o papel desempeñado en un ámbito social específico, las relaciones interpersonales juegan un papel importante en el ámbito social ya que tiene en cuenta dos factores fundamentales el primero tiene en cuenta la situación del sujeto ante las demás personas o al menos con las personas con las que se relaciona diariamente o de mayor cercanía, en el caso de los adolescentes se puede identificar en este punto del ciclo de vida que las relaciones interpersonales con sus padres predomina la pasividad y el sometimiento a órdenes respetando las jerarquías y la autoridad ejercida, pero también ocurre lo contrario cuando el adolescente comienza a imponer órdenes a los padres y estos comienza a tener un papel de sumisos frente a sus hijos (Ibargüen, 2014).

El segundo factor que menciona el autor en el tipo de personalidad del individuo ya que es difícil establecer relaciones interpersonales con una persona agresiva y de temperamento fuerte que con una persona introvertida, calmada y mesurada, según Ibargüen (2014) es importante manifestar que son múltiples los factores que intervienen de manera directa e indirecta en el desarrollo de la personalidad y carácter del adolescente. Uno de los elementos de las relaciones interpersonales es la comunicación la cual permite crear vínculos con otros.

Comunicación

García (1996) afirma que comunicación humana es una necesidad personal que presupone participación, diversidad, algo que poseen solidariamente varias personas, al menos dos, e implica al mismo tiempo unidad, cierta concordancia o fusión de las partes para formar un todo: al menos una de ellas o ambas hacen donación de algo al otro. El proceso de la comunicación implica la participación de mínimo dos sujetos que interactúan entre sí por medio del lenguaje sea verbal o no verbal. Las características de la comunicación son la relación entre personas, participación mutua, entrega, y referencia al ser-sí-mismo. El elemento propio del ser humano es el proceso de aprendizaje que es aplicado en su interior por medio de la cognición, y la apertura, recepción y reciprocidad que configuran la comunicación hacen posible el proceso educativo como clave de personalización y socialización creadora.

Según Schmid, Maglio, Messoulam, Molina & Gonzales (2010) la evidencia generada por la investigación psicológica a lo largo de estos años, permite concluir que la relación con los padres es un poderoso factor protector de conductas de riesgo en adolescentes. Se ha señalado que los jóvenes que tiene mayor comunicación con padres y adultos, pueden resistir mejor la presión de los pares. Asimismo, la comunicación familiar funcional permite el desarrollo de un autoconcepto positivo. Es por ello que los autores reconocen que entre más comunicación haya en el entorno familiar mejor serán las relaciones interpersonales de los hijos con sus pares, a su vez los adolescente tendrá un pleno desarrollo de su autoconcepto.

De este modo, la capacidad de comunicación es una de las competencias que todo docente y padre debe poseer para ejercer la tarea de enseñar, se trata de una competencia fundamental ya que el habla del docente y los padres son el vehículo que le sirve para relacionarse con los estudiantes e hijos para generar un clima emocional positivo que permita un fácil aprendizaje en el aula y en el hogar (Keil, 2011). Por medio de esta capacidad, los padres y docentes puede lidiar con el adolescente puede ejercer como mediador ante posibles conflictos, así donde demuestra su autoridad y capacidad de control para aproximarse al adolescente e interesarse por él.

Las relaciones sociales

Las relaciones sociales son las múltiples interacciones que tiene el individuo a lo largo de su ciclo de vida, se caracteriza por la integración a un grupo basadas en reglas y normas que se deben respetar por su pertenecía. La socialización modifica, adapta y retroalimiente la conducta en un intercambio de creencias, reglas, aprendizajes, motivaciones, percepciones, sentimientos y emociones, el hombre como ser social necesita tener interacción con el contexto, con esta interacción contribuirá con el desarrollo emocional del individuo y fomentar la integración a la sociedad lo cual permitirá fortalecer sus habilidades sociales (Baron & Byrne, 2002) Entre las características que posee las relaciones sociales y que impiden generar vínculos con otros encontramos la soledad, la necesidad de afiliación y las habilidades sociales que se describirán a continuación .

La soledad

La soledad es un estado emocional de tristeza y dolor, un individuo que esta solo suele sentirse privado de las relaciones sociales, estudios han demostrado que la soledad es provocada, por una diferencia entre el nivel de contacto con otras personas y el nivel que la persona desea contactarse con otros, otros estudios afirman que entre menor contacto social se tenga una persona, más mayor será el sentimiento de soledad. Otras de las causas de la soledad es el nivel de timidez de la personas, la timidez puede provenir de muchas fuentes, en algunos casos puede ser un rasgo innato de la personalidad del individuo, la característica principal de la timidez es la

dificultad para socializar con otros individuos, tener conversaciones o la negación de salir con alguien.

Otras de las causas de la timidez es la desarrollada como una reacción aprendida en las interacciones fallidas con otros seres humanos y que posteriormente fueron reforzadas, los problemas interpersonales vivenciados por el individuo pueden despertar ansiedades sociales acerca del futuro evitando que el individuo interactúe con otros. La timidez y la soledad van ligados del alguna manera que provocan problemas en el individuo que en dados casos suelen ser dolorosos para él (Kassin, Fein & Rose, 2010).

Necesidad de afiliación

Como seres sociales, el ser humano se siente atraído por otros y a lo largo de su vida interactúa con los demás lo cual contribuye a mantener un óptimo estado mental, esta necesidad social comienza con la necesidad de afiliación la cual es definida como un deseo de establecer contacto social con otras personas, el ser humano es un ser social que en ocasiones desea estar con otros individuos para satisfacerse ya que consideran que las otras personas les proporcionan energía, atención, información y apoyo emocional. La afiliación es el primer paso para formar una relación social, de acuerdo con las perspectivas clásicas las personas se sienten atraídas por otras con quienes pueden tener una relación gratificante y satisfactoria (Kassin, et al, 2010). El objetivo de la afiliación es la integración en el grupo y obtener el reconocimiento de los demás, Las personas con esta necesidad suelen preferir el trabajo cooperativo, esta necesidad se inicia en la infancia con el desarrollo del apego.

Habilidades sociales

Las habilidades sociales representan un área compleja dentro del comportamiento humana ya que son conductas que se aprenden de forma natural y que se manifiesta en las relaciones interpersonales y en la forma en que el individuo se comunica con los demás. Según Carrillo (2015) el termino de habilidades sociales se puede definir desde tres aspectos, aceptación de iguales, desde lo conductual y desde la validación social. La definición de aceptación de iguales

maneja índices de aceptación de los iguales o popularidad. Un niño se considera socialmente hábil cuando es aceptado en la escuela o por los compañeros de juegos. El error de esta definición es que no identifica los comportamientos específicos relacionados con la aceptación de los iguales.

La definición conductual se refiere a la adquisición de habilidades sociales específicas y mutuamente satisfactorias. Se definen como aquellos comportamientos específicos de la situación que incrementan la probabilidad de asegurar o mantener el reforzamiento o disminuir la probabilidad de castigo (Carrillo, 2015). Estas definiciones no aseguran que los comportamientos seleccionados para la intervención sean socialmente hábiles e importantes. La definición desde de validación social según carrillo (2015) define las habilidades sociales como aquellos comportamientos que, en determinadas situaciones, da lugar a resultados sociales positivos para el niño, como por ejemplo, popularidad y aceptación. Se dan en situaciones donde el individuo se siente satisfecho socialmente y se da a conocer como una persona influyente de manera positiva adquiriendo acepción y popularidad.

Según Carrillo (2015) una conducta socialmente habilidosa implica tres componentes, el primero de ellos un componente conductual manifestado en un tipo de habilidad que posee el individuo para relacionare con los demás, un componente cognitivo el cual incluye pensamientos y juicios personales y un componente contextual ante una determinada situación que requiera una conducta diferentes. Las conductas habilidosas se desarrollan cuando hay un equilibrio entre los componentes y se manifiestan de acuerdo a lo que la sociedad considera aceptable y de forma asertiva.

Trianes, Jiménez y Muñoz (2007) consideran que las habilidades más relevantes que podrían tenerse en cuenta para ser introducidas en el currículum educativo para la infancia y adolescencia, estas son la negociación la cual lleva una solución al conflicto de manera satisfactoria, la asertividad que hace referencia a la habilidad del individuo de expresarse de manera amable sus propios derechos sin vulnerar los de los otros y el comportamiento prosocial que son aquellas acciones encaminadas a ayudar a otros de forma voluntaria. Con respecto al componente cognitivo y conductual hay que resaltar las influencias que tiene el entorno sobre

ellas ya que el individuo encuentra en constante interacción con el medio y este percibe, interpreta y construye sus propios procesos cognitivos.

Carrillo (2015) manifiesta que en las habilidades sociales intervienen dos componentes principales: Componentes verbales y componentes no verbales. El componente verbal es el componente por excelencia esta herramienta se utiliza para poder interactuar con los demás de manera consciente, directa y de fácil control, la principal falla en la comunicación verbal es la carencia de educación, cuando en una conversación no se habla a mismo nivel. El componente no verbal es primordial para acompañar el componente verbal, un ejemplo claro de este componente es la sonrisa ya que favorece el entendimiento de lo que se quiere decir ante los demás, Entre los componente no verbales más importantes encontramos los símbolos, signos y señas los cuales permiten la comunicación.

Unidad de cuidados intensivos (UCI) como red de apoyo al paciente en coma

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son las áreas de los hospitales donde los pacientes que ingresan se encuentran en un estado de salud grave o que presentan problemas que requieren una atención inmediata y que a su vez son susceptibles de su recuperación, los servicios que se presentan en estas unidades son de alta complejidad y tienen características particulares a diferencia de otros servicios hospitalarios. Con respecto a la tecnología implementada en las UCI, hay gran diversidad de equipos que permiten conocer diferentes variables fisiológicas, contribuyen con la interpretación de la situación clínica del paciente (Baena, 2007). La asistencia al paciente la realiza el personal la realiza un equipo conformado por médico especialistas en medicina intensiva, personal de enfermería y de apoyo con una disposición de 24 horas al día, durante el ingreso el paciente permanecerá en observación con diversos equipos tecnológicos para su tratamiento y vigilancia.

El paciente crítico

La medicina intensiva o medicina crítica es la rama de la medicina que se ocupa del paciente crítico, este es definido como aquel sujeto que presenta alteraciones fisiopatológicas, que ha

alcanzado un nivel de gravedad donde presenta una amenaza potencial para su vida y que son susceptibles para su recuperación, el paciente crítico presenta cuatro características que lo definen, la primera de ellas es la enfermedad grave, la segunda característica que presenta el sujeto físico es la dificultad para revertir la enfermedad, la tercera característica es la necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos, y por último la necesidad de una área técnica con equipamiento para una óptima atención(UCI).

Durante su estancia en las UCI los familiares de los pacientes críticos recibirán información de la evolución del sujeto, los familiares no pueden permanecer de forma continua con el paciente debido al espacio físico, el material utilizado y los cuidados continuos que recibe de los especialistas, enfermeros y auxiliares, esto depende de las condiciones de las UCI en los hospitales y según las normas establecidas por cada una de ellas (García& Martínez). Los avances tecnológicos han permitido un mejor pronóstico de los pacientes críticos permitiendo tener una mayor información de la fisiopatología además de una mejor monitorización de los enfermos, también han permitido la introducción de tratamientos más efectivos con respecto a la enfermedad o fisiopatología.

Las familias en la UCI

El entorno de la UCI es difícil tanto para el enfermo como para su familia, en primera instancia la relación entre la familia y el paciente genera privaciones en las interacciones, la presencia de estímulos para la familia poco usuales generan sensaciones incómodas y poco frecuentes en las UCI, además prácticamente un miembro de la familia deja su trabajo o actividades para dedicarse al cuidado del paciente (Tarquino, 2014). Los familiares de los pacientes en UCI pasan por un estado de serenidad a uno de preocupación por el estado de salud de su familiar, el cual se encuentra en constante observación, y en donde es notificada de posibles cambios en su estado actual.

En el ámbito de las UCIS gran parte de las familias, independientemente de sus características, desafían estas transformaciones convirtiéndose sistemáticamente en el mayor soporte de los enfermos de estas unidades, estas siguen un esquema propio de la familia

tradicional, donde cada uno de los integrantes presta atención al enfermo para facilitar la adaptación del paciente en estas unidades y así brindar un apoyo para mantener la unidad y su equilibrio emocional ante la situación por la que pasa. Las familias y enfermos que se encuentran en las UCI comparten la percepción del ambiente como extraño y nuevo, de estar envueltos de olores y estímulos diferentes a los que están normalmente acostumbrados y de encontrarse rodeados por médicos y enfermeras gran parte del tiempo, con aires de urgencia y angustia, esto afecta la percepción de los diferentes personas que se encuentran en las UCI ya sean familiares o pacientes, se sienten con ansiedad y desesperación, tienen la antigua creencia de que estas unidades son un lugar a donde se va a ver morir sus familiares. Las familias son aceptadas en el seno de las UCI como representantes legales de la persona enfermas, a las que se les informa los cambios y evolución de su familiar, a ellas se dirigen los esfuerzos informativos de los médicos por conservar la vida del paciente además también se les notifica el estado de conciencia en el que se encuentra.

A los familiares se les solicita el permiso para la utilización de tratamientos nuevos y en ocasiones riesgosas en donde la vida de la persona se puede perder. Cada paciente de las UCI pertenece a su familia, por lo tanto si está enfermo y si la enfermedad es grave, los miembros de la familia se sienten responsables de atender al enfermo asumiendo la obligatoriedad de permanecer a su lado durante el tiempo que permanezca en esta unidad. Los familiares generalmente son instalados en las salas de espera, se oficializa su papel de responsabilidad en donde se le notifica toda la información acerca de su familiar y su evolución. La conducta que les asigna la Sociedad, de manera informal, y la institución, con carácter formal, es doble: el acompañamiento solidario del enfermo y su representación legal (Pallares, 2003).

Lo más difícil y delicado para un médico en la UCI en su relación con los familiares del paciente es la de informar y pedir consentimiento, aspectos como realizar pruebas e implementar tratamientos delicados que impliquen cierto riesgo para la vida del paciente son parte su labor, como actores de estas unidades, donde gran parte de la población se encuentra en estados delicados y corren en riesgo de perder la vida. Como muchos de los enfermos críticos permanecen sedados e inconscientes, esta autorización la debe solicitar a sus familiares como los

representantes legales y oficiales del paciente, esto proyecta sobre ellas la responsabilidad legal (Pallares, 2003).

Los procedimientos que requieren consentimiento son de alta complejidad el involucran la vida del paciente es por ello la importancia de informar y notificar toda intervención riesgosas que vayan a implementar los médicos en las UCI, estos procedimientos deben ser autorizados por sus familiares cuando el paciente se encuentra sedado o inconsciente. Existen aspectos fundamentales en la representación de las familias en el seno de estas unidades que difieren mucho del papel que se les asigna en otros servicios hospitalarios, debido tanto a la gravedad oficial del enfermo crítico como a la propia estructura de la UCI (Pallares, 2003). La familia es un elemento esencial dentro del proceso de salud de todo individuo en la UCI, son el apoyo para una adecuada adaptación a estos lugares, además como representantes legales son los informados para la implementación de procedimientos quirúrgicos en las cuales está en riesgo la vida. Cuando una persona ingresa en las UCI, la familia no puede quedar excluida de participar en el internamiento, sino que debe ejercer un papel activo lo cual permitirá un cuidado integral y un entorno terapéutico óptimo para su recuperación.

Cuidados en las UCI

Los cuidados que deben tener las UCI se reúnen el cuatro grandes funciones donde se establecen de manera general los aspectos más importantes que se deben tener en cuanto a la atención de pacientes críticos en estas unidades, estas funciones son: Función de gestión, Función asistencial, Función de docencia y Función de investigación (Madrona, 2017).

– Función de gestión: permite “gestionar los recursos asistenciales (materiales, humanos y financieros) con criterios de eficiencia y calidad”.

– Función asistencial: se da en el 100% de los enfermeros de cuidados críticos y que proporciona el cuidado oportuno, integral e individualizado a través de la aplicación de la metodología enfermera (proceso de atención de Enfermería).

– Función de docencia: se desdobra en educación al paciente y educación al equipo. La formación de los futuros profesionales de Enfermería debe ser también un objetivo para la

Enfermería de cuidados críticos, ya que por esa formación pasa la calidad y excelencia aquéllos que desarrollarán en un tiempo su labor en nuestras unidades.

– Función de investigación: como elemento fundamental de la ciencia enfermera que permite generar conocimiento para la aplicar en la práctica y tomar nuevos problemas que surjan de esa práctica para investigar.

Para concluir con este capítulo cabe mencionar la importancia de las redes de apoyo que tiene el paciente en las unidades de cuidados intensivos, este apoyo permite tener una óptima recuperación de las personas que superan el estado de coma, a partir del despertar es importante dar seguimiento a la evolución de aspectos tales como los cognitivos y conductuales los cuales permitirá ver los cambios del individuo a partir del suceso. Es por ello la importancia de conocer las situaciones del paciente y sus familiares en las UCI lo cual permitirá tener un mayor abordaje de la experiencias y vivencias, en el apartado denominado las familias y las UCI se describió cual es el papel que deben tener los familiares de los pacientes críticos y cuáles son los roles como representantes legales durante su estancia en estos centro.

Teóricamente se recolecto información de las familias y sus diferentes estructuras lo cual permitirá tener un mayor conocimiento de los diferentes tipos y el papel de cada uno de sus integrantes, además se describió los cuidados que se deben tener en cuenta en las UCI las cuales son fundamentales para entender el proceso de atención que reciben los pacientes críticos en estas unidades. Finalmente es importante conocer aspectos como la familia, las relaciones interpersonales y sociales, las UCI y los diferentes cuidados para tener un mayor conocimiento a la hora de trabajar con pacientes que han pasado por estas unidades como los es la muestra que se trabajara en esta investigación.

MARCO CONTEXTUAL

El municipio de Pamplona identificada con NIT 800007652-6 y código DANE 54518, se encuentra situado en las coordenadas 72°39' de longitud al oeste de Greenwich y a 7°23' de latitud norte. Se encuentra situada a 2.200 metros sobre el nivel del mar. Limita al Norte con Pamplonita y Cucutilla, al sur con los municipios de Cácuta y Mutiscua, al oriente con Labateca y al occidente con Cucutilla. A Pamplona se la conoce como la "Ciudad de los mil títulos" gracias a sus innumerables apelativos, entre los cuales destacan: Ciudad Mitrada, La Atenas del Norte, Ciudad de las Neblinas, Pamplonilla la Loca, Ciudad Estudiantil, Ciudad Patriota, Muy noble y muy hidalga ciudad, Ciudad de Ursúa, Alcaldía de Pamplona (2018).

Cuenta con una extensión total de 318 Km², el área urbana posee una extensión de 59.214 Km² con 76.983 habitantes aproximadamente y la extensión rural de 1.176 Km², su distancias a la capital norte santandereana es de 75 kilómetros de San José de Cúcuta y 124 kilómetros a la capital de Santander, Bucaramanga. Alcaldía de Pamplona (2018).



Figura 1: Ubicación de Pamplona
Tomado de: Pagina de la alcaldía de Pamplona (2018).

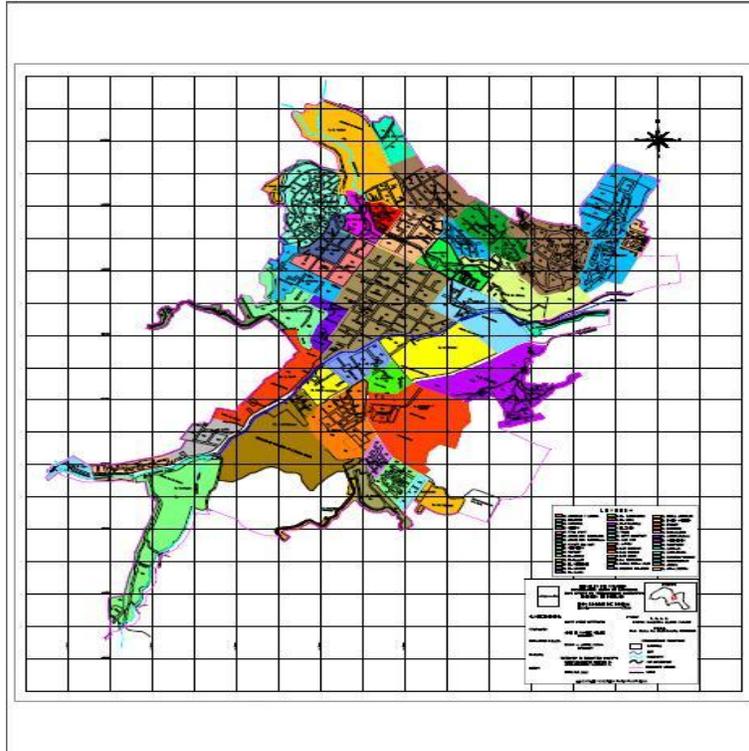


Figura 2: Mapa Urbano de Pamplona

Tomado de: Pagina de la alcaldía de Pamplona (2018).

MARCO LEGAL

Para la realización del marco legal se tuvo en cuenta leyes relacionadas con el ejercicio práctico del psicólogo, las normas desde la psicología de la salud, donde estas permitirán a la población estudiada apoyar las necesidades presentes y adquisición de beneficios fundamentados en cada una de las leyes mencionadas a continuación. En primer lugar se menciona la (Ley 1090, 2006) Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones.

En el artículo primero relacionado con la definición: se establece el concepto de la psicología como ciencia sustentada en la investigación y a su vez como una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida (Ley 1090, 2006).

Se debe tener en cuenta además el siguiente párrafo, en donde, teniendo en cuenta: La definición de salud por parte de OMS; En la que se subraya la naturaleza biopsicosocial del individuo, que el bienestar y la prevención son parte esencial del sistema de valores que conduce a la sanidad física y mental, que la Psicología estudia el comportamiento en general de la persona sana o enferma. Se concluye que, independientemente del área en que se desempeña en el ejercicio tanto público como privado, pertenece privilegiadamente al ámbito de la salud, motivo por el cual se considera al psicólogo también como un profesional de la salud.

Capítulo VI. Relacionado con el uso de material psicotécnico, de acuerdo con la misma ley (Ley 1090, 2006). En relación con la utilización de los materiales psicotécnicos para el estudio con carácter investigativo, de acuerdo con el artículo 45. Se estipulan textualmente lo siguiente: el material psicotécnico es de uso exclusivo de los profesionales en psicología. Es decir, los estudiantes podrán aprender su manejo bajo el debido acompañamiento de docentes y la supervisión y vigilancia de la respectiva facultad o escuela de psicología de la universidad a la que se está inscrito el estudiante con el proyecto de estudio investigativo.

Asimismo, el artículo 46 menciona que cuando el psicólogo construye o estandariza test psicológicos, inventarios, listados de chequeo, u otros instrumentos técnicos, debe utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos test deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, validez y confiabilidad. Y en el artículo 47 se esclarecen los cuidados que el psicólogo tendrá en la presentación de resultados diagnósticos y demás inferencias basadas en la aplicación de pruebas, hasta tanto estén debidamente validadas y estandarizadas. No son suficientes para hacer evaluaciones diagnósticas los solos test psicológicos, entrevistas, observaciones y registro de conductas; todos estos deben hacer parte de un proceso amplio, profundo e integral. De la misma forma en el artículo 48, se mencionan que los tests psicológicos que se encuentren en su fase de experimentación deben utilizarse con las debidas precauciones y cuidados posibles. Es preciso hacer conocer a los usuarios sus alcances y limitaciones.

De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, en el capítulo VII, en su artículo número 49, se menciona que, los profesionales de la psicología dedicados a la investigación se hacen responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización (Ley 1090, 2006). Por otra parte en el artículo número 50, habla de que los profesionales de la psicología al momento de llevar a cabo los planes o realizar investigaciones científicas, deben basarse en principios los éticos tales cómo el respeto y la dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes abordados (Ley 1090, 2006).

A su vez, en el artículo número 51, se recomienda evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Este sólo se usará cuando se cumplan algunas de las siguientes condiciones: primero que el problema por investigar sea importante; segundo que solo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información; y por último que se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación. Para los casos de trabajar con menores de edad y personas incapacitadas, el artículo número 52 menciona que el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante (Ley 1090, 2006).

Ley 911 de 2004, Responsabilidades Deontológicas para el ejercicio de la profesión de Enfermería.

El siguiente punto trata de la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones" (Ley 911, 2004). Amparados bajo la dirección del Congreso de Colombia, esta ley en su título número 1 sobre los principios y valores, del acto de cuidado de enfermería de principios y valores éticos, en su artículo número 1, tiene en cuenta el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería. Además, en el artículo número 2 se dan a conocer los principios éticos y de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, que orientarán la responsabilidad deontológica profesional de la enfermería en Colombia.

De las responsabilidades y cuidado por parte de los profesionales de la enfermería para la práctica y los cuidados, en su título III el capítulo número 2, menciona la capacidad de actuar con responsabilidad al tratar un paciente en cuidados intensivos, asimismo, el artículo número 9 dice que es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. De igual manera, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica (Ley 911, 2004). Si el profesional llega a violar

este artículo constituye una falta grave el cual de acuerdo con el párrafo: En los casos en que la ley o las normas de las instituciones permitan procedimientos que vulneren el respeto a la vida, la dignidad y derechos de los seres humanos, el profesional de enfermería podrá hacer uso de la objeción de conciencia, sin que por esto se le pueda menoscabar sus derechos o imponérsele sanciones.

El artículo número 11, menciona que el profesional de enfermería deberá garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios en los centros médicos. Tal garantía no debe entenderse en relación con los resultados de la intervención profesional, dado que el ejercicio de la enfermería implica una obligación de medios, mas no de resultados. La valoración ética del cuidado de enfermería deberá tener en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos y las precauciones que frente al mismo hubiera aplicado un profesional de enfermería prudente y diligente (Ley 911, 2004). Acerca del artículo número 12, en concordancia con los principios de respeto a la dignidad de todos los seres humanos y a los derechos a la integridad genética, física, espiritual y psíquica, el profesional de enfermería no debe participar directa o indirectamente en tratos crueles, inhumanos, injustos, degradantes o discriminatorios.

Según el artículo número 14, la actitud del profesional de enfermería con el sujeto de cuidado, será de apoyo, prudencia y excelente comunicación e información. También, deberá adoptar una conducta muy respetuosa y tolerante frente a las creencias, valores culturales y convicciones religiosas de los sujetos de cuidado (Ley 911, 2004). Cosa parecida sucede también con, el artículo 15. En el que, el profesional de enfermería en ningún momento hará a los usuarios o cualquiera de los familiares pronósticos o evaluaciones con respecto a los diagnósticos, procedimientos, intervenciones y tratamientos prescritos por otros profesionales, la violación de este artículo puede traer consigo sanciones graves.

En cuanto al artículo número 17, el profesional de enfermería, durante el proceso del cuidado al paciente, deberá proteger el derecho de la persona a la comunicación y a mantener los lazos afectivos con su familia y amigos aun frente a las normas institucionales que puedan limitar estos derechos. Similarmente en el artículo número 18 se encuentra escrito que el profesional de enfermería deberá guardar el secreto profesional en todos los momentos del cuidado de

enfermería y aún después de la muerte de la persona, salvo en las situaciones previstas en la ley (Ley 911, 2004), a modo de párrafo, debe entenderse como secreto o sigilo profesional, la reserva que debe guardar un profesional de enfermería con el fin de garantizar el derecho a la intimidad del sujeto de cuidado.

La tercera ley que apoya al proyecto es el (Plan Decenal de Salud Pública, 2012) El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021.

Es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida Minsalud (2012).

El Plan Decenal de Salud Pública se desarrolla a través de 8 dimensiones prioritarias y 2 transversales, cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas).

Cómo la salud pública es un compromiso de la sociedad con su ideal de salud, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia Minsalud (2012). El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000); así mismo,

plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten el despliegue de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes: primero, promover la salud mental y la convivencia y segundo la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia, Minsalud (2012).

Seguridad del paciente

En él (Plan Decenal de Salud Pública, 2012) Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.

Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia: Su propósito es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras, Minsalud (2012). Por otro lado, se formula guías técnicas de buenas prácticas en seguridad del paciente las cuales brindan a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales. Promoción de la cultura de seguridad del paciente: Su propósito es integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente, para fomentar el desarrollo de capacidades y la implementación de acciones de mejora.

La cuarta ley es la (Ley 1122, 2007) Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007, la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad, ley1122 (2007).

El capítulo IV relacionado con el aseguramiento, en su artículo número 14°, resalta la Organización del aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento ley1122 (2007).

Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado. (EPS'S). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento. A partir de la vigencia de la presente Ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación:

a. Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del SISBEN o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción. Conservarán los subsidios quienes a la vigencia de la presente Ley cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales que el Gobierno Nacional defina como prioritarias, ley1122 (2007).

De la prestación de servicios de salud, en el artículo número 25, sobre la regulación en la prestación de servicios de salud. Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social definirá: a. Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social los servicios de salud que pretenda prestar. El Ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales, ley1122 (2007).

Por otro lado definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo. Asimismo, el diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas. También se menciona que los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado, ley1122 (2007).

De acuerdo al artículo número 26, relacionado con la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas. La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso, toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de las empresas industriales y comerciales del Estado y de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud. En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE, ley1122 (2007).

Se dan unos párrafos en este artículo, y en el segundo se enuncia que la Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas. Especial interés tendrán los Departamentos de Amazonas, Casanare, Caquetá, Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés.

Con respecto al capítulo VI sobre Salud pública, en el artículo 32 menciona que la salud pública está constituida por políticas que buscan el garantizar de una manera integrada, la salud a la población por medio de acciones de salubridad la cuales van dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad, ley 1122 (2007).

Desde el punto de vista del artículo número 33°, Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo, Minsalud (2012). Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Teniendo en cuenta todo lo anterior, este plan debe incluir:

a. El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier Entidad Pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio.

b. Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de éstos en los distintos niveles educativos.

c. Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras.

d. El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS.

e. Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada periodo de cuatros años.

f. Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana.

g. Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir.

h. Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica.

i. Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria.

j. El plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se

revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización.

k. El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.

l. El Plan incluirá acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder a comportamiento de los indicadores de mortalidad materna.

Parágrafo 1°. El Estado garantizará, que los programas de televisión en la franja infantil, incluyan de manera obligatoria la promoción de hábitos y comportamientos saludables.

Parágrafo 2°. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto. Las personas que administran los recursos deberán contar con suficiente formación profesional e idónea para hacerlo.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social definirá los protocolos de atención que respondan a las prioridades definidas en el literal a) del presente artículo. El Ministerio definirá los protocolos de atención, remisión y tratamiento de los servicios de urgencias para los trastornos mentales de mayor prevalencia.

Parágrafo 4°. El Instituto Nacional de Salud se fortalecerá técnicamente para cumplir además de las funciones descritas en el decreto 272 de 2004 las siguientes:

a. Definir e implementar el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

b. Realizar los estudios e investigación que soporten al Ministerio de Protección Social para la toma de decisiones para el Plan Nacional de Salud, ley 1122 (2007).

Y por último la (Ley 1616, 2013) "Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones".

La Salud mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Ley 1616 /2013).

La Gestión Integrada para la Salud mental consiste en conjunto de políticas y lineamientos que orientan a los diferentes actores sociales para que desarrollen acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas y trastornos mentales y a la epilepsia. La transferencia de dichas políticas y lineamientos se desarrolla a través de procesos de asistencia técnica, asesoría, capacitación, gestión y coordinación intersectorial y mediante el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias, acorde a lo estipulado en la Dimensión Convivencia Social y salud Mental del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 con el fin de garantizar el derecho a la salud mental en Colombia.

Ley 1616 de 2013

El congreso de Colombia decreta

En su primer artículo, el objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación,

implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital, Ley 1616 (2013).

Desde la mirada al artículo tercero sobre la salud mental, definiéndose como un estado dinámico que el cual se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas, Ley 1616 (2013).

El artículo cuarto, asociado con las garantías en salud mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento, Ley 1616 (2013).

Las definiciones de la salud y sus demás componentes la encuentra en el artículo 5, donde se conocen las definiciones para la aplicación de la presente ley teniendo en cuenta las siguientes definiciones:

1. Promoción de la salud mental. La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las

necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

2. **Prevención Primaria del trastorno mental.** La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo. Relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

3. **Atención integral e integrada en salud mental.** La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

4. **Atención integral e integrada en salud mental.** La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

5. **Trastorno mental.** Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

6. **Discapacidad mental.** Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples 2 ocasiones comprender el alcance de sus

actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

7. Problema psicosocial. Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

8. Rehabilitación psicosocial. Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, habilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad, Ley 1616 (2013).

Conforme al título VIII. Sobre el sistema de información en salud mental artículo, en su artículo número 35, habla del sistema de vigilancia epidemiológica. En donde el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Territoriales de Salud 13 Departamentales, distritales y municipales a través del Observatorio Nacional de Salud deberán implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en eventos de interés en salud mental incluyendo: violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, víctimas del conflicto armado, entre otros, que permitan el fortalecimiento de los sistemas existentes tales como el sistema de vigilancia epidemiológica en violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil y peores formas de trabajo infantil, (Sivim), sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias

psicoactivas (Vespa), sistema de vigilancia de lesiones de causa externa (Sisvelse), y el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud, Ley 1616 (2013).

En el artículo 36 sobre el sistema de información. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales deberán generar los mecanismos para la recolección de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud de salud mental e incluirlos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud. De igual forma incluirá dentro del sistema de información todos aquellos determinantes individuales o sociales de la Salud Mental a efectos de constituir una línea de base para el ajuste continuo de la prevención y atención integral en Salud Mental, así como para la elaboración, gestión y evaluación de las políticas y planes consagrados en la presente ley. La información recolectada deberá reportarse en el Observatorio Nacional de Salud, Ley 1616 (2013).

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo mixta la cual utiliza el enfoque cuantitativo como cualitativo durante el proceso para la recolección de datos, según Hernández, Fernández & Baptista (2006) este tipo de diseño permite responder a las distintas preguntas de investigación planteadas en el problema. Por medio de este tipo de estudio se recolecta, analiza y se vincula tanto datos cualitativos como cuantitativos permitiendo describir el fenómeno, además se mezcla la lógica inductiva y deductiva para obtener resultados más completos sobre un mismo fenómeno.

Diseño de Investigación

Esta investigación está basada bajo un diseño transaccional o transversal lo cual permitió recolectar información en un solo momento o tiempo único este diseño tiene el propósito de describir variables y analizar su incidencia en un momento dado. Su alcance fue de tipo exploratorio con el objetivo de examinar un tema o problema de investigación poco estudiado en contexto donde se realizara la investigación, con el fin de identificar conceptos o variables promisorios y así establecer prioridades en investigaciones futuras y sugerir nuevos postulados, además tuvo un alcance de tipo descriptivo ya que se busca especificar las propiedades, las vivencias y percepciones del participante en su estado de coma. Según Hernández, Fernández & Baptista (2010) los estudio de caso son "estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta; analizan profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría".

Desde lo cualitativo será una investigación con un diseño narrativo, en este diseño el investigador recolecta datos sobre experiencias de los participantes, las vivencias y percepciones de personas que superaron el estado de coma y su experiencia en las unidades de cuidados intensivos. Los datos se obtienen de autobiografías, biografías, entrevistas, documentos,

artefactos y materiales personales y testimonios en este caso el acceso a la historia clínica del paciente si es posible para obtener información más completa (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Población

En la presente investigación la población son todas las personas que se han recuperado del estado de coma, sin importar su causa, en el municipio de Pamplona, Norte de Santander.

Muestra

Para la selección de la muestra se implementó el método en cadena o por redes (Bola de nieve) donde se identificaron participantes claves los cuales se agregaran a la muestra, donde además estas personas o el mismo contexto aportaron información de otras personas que puedan proporcionar datos más amplios del tema a investigar los cuales serán incluidos a la muestra en mención, cabe resaltar que la muestra también es por conveniencia ya que simplemente se estudiaran casos disponibles a los cuales se tiene acceso. Para la selección de la muestra se dará a conocer el objetivo de la investigación a doctores, enfermeras familiares y allegados los cuales aportara información de personas que estuvieron en coma y que se incluirán en el estudio si es posible el acceso.

En esta investigación se incluirán seis (6) personas que hayan estado en coma, se tuvo en cuenta personas mayores de 18 años, cabe mencionar que el tiempo del suceso del coma no haya superado los cinco años lo cual permitirá recolectar información reciente y obtener resultados de mayor relevancia.

Validez y confiabilidad

La presente investigación contó con la revisión y respectiva valoración de juicio de tres expertos, donde evaluaron cada uno de los ítems elaborados, distribuidos dentro de casillas relacionadas a las categorías y subcategorías, dónde se daba una calificación de pertinentes o no

pertinentes, buscando de esta forma obtener la construcción de una herramienta cualitativa válida y confiable para posteriormente ser aplicada y que permita la recolección de datos y la triangulación poblacional.

Triangulación Poblacional

Se aplicaron las técnicas de recolección de información, a tres muestras: la primera relacionada con los participantes, la segunda los familiares y la tercera los expertos. Desde este apartado se parte para continuar con el procedimiento de la investigación, que es realizar la triangulación de la información obtenida por cada sujetos de estudio; participantes que estuvieron en estado de coma, familiares y expertos.

Juicio de Expertos

Siguiendo las normas dentro de los proceso investigativos, una vez fue construida la prueba, se hizo la revisión de la entrevista semiestructurada, donde se les indica calificar como pertinentes o no pertinentes cada uno de los ítems que conforman las categorías y subcategorías, realizada por juicio de tres (3) de expertos voluntarios; el primer experto evaluador desde el área de la psicología de la salud, la docente Sandra Licette Padilla Sarmiento; el segundo desde el área de la Psicología clínica, el docente José Jairo Jaimes Duarte y por último una profesional desde el área de la neuropsicología, la docente Darwin Teresa Escalante Mantilla. Los tres pertenecientes a la facultad de salud y al programa de psicología de la universidad de Pamplona, Quienes evaluaron las entrevistas semiestructuradas para la posterior aplicación.

Prueba Piloto

Con esta sección se da el primer paso de aplicación de la entrevista semiestructurada corregida y validada por los juicios de expertos, aplicada a una sola persona quien no hace parte de la muestra, con el fin de no generar sesgo a la hora de extraer la información. Con este sujeto se procede a aplicar la entrevista semiestructurada, simulando ser uno de los presuntos sujetos de estudio de la muestra. La información otorgada por este individuo de ninguna forma será tomada

en cuenta al momento de llevar a cabo la realización de la triangulación de datos, puesto que sólo es un ejercicio práctico, de ensayo para prever pormenores durante la aplicación real.

Consentimiento informado

En este documento se resguardan bajo total confidencialidad todos los formatos de consentimiento informados con cada una de las informaciones aportadas por los sujetos que hicieron parte del proyecto de investigación, la cual consiste en salvaguardar la identidad en el estudio. Lo dicho hasta aquí da cuenta de que, toda la información solicitada a los sujetos y manipulada durante su construcción, es estrictamente con fines académicos, no teniendo intención alguna de poner en riesgo la integridad personal, ni generar beneficios económicos, u otro ajeno a al objetivo principal.

PROCEDIMIENTO

La presente investigación se realizará a través de la aplicación de dos entrevistas semiestructurada las cuales se validaran por tres expertos en el tema, como es un muestreo por redes estas entrevistas se realizaran a convenir con el participante y su familia, posteriormente realizada esta entrevista se procederá a la aplicación de las pruebas neuropsicológicas (BANFE-2, Neuropsi) y de calidad de vida y salud (InCaViSa), cabe mencionar que cada participante y su familia deberán llenar el consentimiento informado para implementación de los instrumento y técnicas, Posteriormente se realizara el análisis de resultados a través de la triangulación de técnica. A continuación se especificara cada una de los instrumentos y técnicas además del el objetivo de cada una de las pruebas neuropsicologías, también se adjuntara la entrevista semiestructurada que se implementara.

Instrumentos y técnicas

BANFE-2

Es un instrumento que agrupa un número importante de pruebas neuropsicológicas de alta confiabilidad y validez para la evaluación de los procesos cognitivos que dependen principalmente de la corteza prefrontal. La batería permite obtener no sólo un índice global del desempeño en la batería sino también un índice del funcionamiento de las tres áreas prefrontales evaluadas: corteza orbitomedial, dorsolateral y prefrontal anterior. También se cuenta con un perfil de ejecución en el que se observa un resumen de las puntuaciones normalizadas correspondientes a cada una de las subpruebas. Este perfil señala las habilidades e inhabilidades del sujeto en cada una de las áreas cognoscitivas evaluadas.

Nombre	BANFE 2 - Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas
--------	--

	y lóbulos frontales
Año de publicación	2014
Tipo de aplicación	Individual
Rango de aplicación	6 a 85 años
Duración	50 minutos
Autores	Julio César Flores Lázaro, Feggy Otrosky Shejet y Azucena Loxano Gutiérrez

Tabla 1: Ficha técnica Banfe-2

Neuropsi

Es un instrumento breve, confiable y objetivo que permite evaluar un amplio espectro de funciones cognoscitivas en pacientes psiquiátricos, geriátricos, neurológicos y pacientes con diversos problemas médicos. Incluye protocolos y perfiles de calificación para la evaluación cognoscitiva de población con nula escolaridad y para individuos con baja y alta escolaridad. El esquema está constituido por reactivos sencillo y corto.

Nombre	NEUROPSI, Evaluación neuropsicológica breve en español
Año de publicación	2014
Tipo de aplicación	Individual
Rango de aplicación	De 16 a 85 años.
Duración	De 25 a 30 minutos
Autores	Feggy Ostrosky-Solis, Alfredo Ardila, Monica Rosselli.

Tabla 2: Ficha técnica Neuropsi

InCaViSa

El Objetivo de este inventario es medir la calidad de vida de pacientes en una escala lo suficientemente inclusiva como para emplearse en cualquier condición crónica o aguda y sensible al efecto de las intervenciones.

Nombre	InCaViSa (Inventario De Calidad De Vida Y Salud)
Año de publicación	2014
Tipo de aplicación	Personas que atraviesan o han atravesado por alguna experiencia clínica.
Rango de aplicación	6 a 85 años
Duración	Entre 15 y 20 minutos.
Autores	Angélica Riveros, Juan José Sánchez Sosa, Mark de Águila

Tabla 3: Ficha técnica InCaViSa

Variables

Las variables que se presentan a continuación surgen de las pruebas neuropsicológicas (Banfe-2, Neuropsi) y de la prueba de calidad de vida (InCaViSa) las cuales se medirán de manera cuantitativa en cada una de las pruebas a cada uno de los participantes. Estas pruebas son de propiedad del laboratorio de psicología de la Universidad de Pamplona.

Pacientes en estado de coma: Persona que se encuentra en estado de inconciencia, está se encuentra viva pero es incapaz de moverse o responder a su entorno, Las personas en dicho estado han perdido su capacidad de pensar y percibir su entorno, pero conservan la función no cognoscitiva y los patrones normales de sueño (NINDS, 2016).

Coma: El estado de coma es la máxima degradación del estado de conciencia caracterizado por la pérdida de funciones como la capacidad de movimiento o responder a los diversos estímulos del ambiente (Misas et al, 2006).

Orientación: tiempo y espacio. (Orientación alopsíquica: el paciente sabe dónde está y qué fecha es) Autopsíquica (el paciente sabe quién es).

Memoria: Persistencia del aprendizaje a través del tiempo mediante el almacenamiento y la recuperación de la información.

Preocupaciones: Activación de esquema aprensivo de incapacidad tras un estado afectivo evocado por proposiciones ansiosas que implican impredecibilidad y/o incontrolabilidad.

Desempeño físico: capacidad en el desarrollo de movimientos o actividades específicas entre ellas: marcha, fuerza de agarre, flexibilidad y equilibrio, se evaluará a través de la prueba de cálida de vida InCaViSa.

Aislamiento: soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Percepción corporal: conocimiento inmediato y continuo que tiene el individuo de su cuerpo, en estado estático o en movimiento, en relación con sus diferentes partes y, sobre todo, en relación con el espacio y los objetos que nos rodean.

Familia: la forma de organización social entre los seres humanos, ligados entre sí por reglas de comportamiento y en la que cada miembro tiene una función específica.

Redes sociales: Son las múltiples interacciones que tiene el individuo a lo largo de su ciclo de vida, se caracteriza por la integración a un grupo basadas en reglas y normas que se deben respetar por su pertenencia.

Dependencia médica: es la situación de una persona que no puede valerse por sí misma. Es un grado elevado de discapacidad y disfuncionalidad que obliga al concurso, a la intervención, a la ayuda, al auxilio, al soporte y al cuidado personal.

Orientación: Permite establecer el nivel de conciencia y estado general de activación de una persona.

Atención: es la habilidad para orientarse hacia y enfocarse sobre un estímulo específico.

Concentración: es la habilidad para sostener o mantener la atención.

Memoria: Es un mecanismo o proceso que permite conservar la información transmitida por una señal después de que se ha suspendido.

Lenguaje: Es una herramienta básica de comunicación humana. Las alteraciones de lenguaje se pueden presentar a consecuencia de lesiones focales causando diversos tipos de afasias o por lesiones difusas.

Habilidades viso-espaciales: Se evalúan a través de la copia de dibujos sencillos o complejos o mediante la construcción de figuras tridimensionales.

Funciones ejecutivas: la capacidad de resolver problemas (abstracción y generalización) y las funciones ejecutivas que incluyen capacidad de planear, secuenciar y organizar información.

Lectura, escritura y Cálculo: La ejecución en estas tareas involucra la interacción de zonas lingüísticas y no lingüísticas, y la participación de áreas del hemisferio izquierdo y del hemisferio derecho, cada una contribuyendo con aspectos específicos.

Memoria de trabajo visoespacial secuencial: Evalúa la capacidad para retener y reproducir activamente el orden secuencial visoespacial de una serie de figuras.

Memoria de trabajo verbal, ordenamiento: Evalúa la capacidad para manipular mentalmente la información verbal contenida en la memoria de trabajo.

Generación de verbos: Evalúa la capacidad de producir de forma fluida y dentro de un margen reducido de tiempo la mayor cantidad de verbos (fluidez verbal).

Señalamiento autodirigido: Evaluación la capacidad para utilizar la memoria de trabajo viso-espacial para señalar de forma autodirigida una serie de figuras.

Técnicas para la recolección de la información cualitativa.

Continuando con el propósito central de la investigación y haciendo uso de las herramientas de recolección de información, se utilizan las siguientes técnicas desde la metodología cualitativas las cuales calificaron como pertinentes logrando así un índice mayor de veracidad y de confiabilidad en la herramienta.

Entrevista semiestructurada

Según Hernández, Fernández y Batista (2010) las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas). La entrevista semiestructurada se validaran a través de del juicio de expertos con un alto conocimiento acerca de la temática a estudiar, por medio de esta validez se lograra tener un alto grado de confiabilidad a la hora de recolectar información acerca del estado de coma. Cabe especificar que son dos entrevistas semiestructuradas las cuales serán aplicadas tanto al participante como a su familia, con estas entrevistas semiestructuradas se recolectara información de cada una de las categorías y subcategorías mencionadas anteriormente. La entrevista semiestructurada se divide en tres (3) grades categorías, cada una con sus respectivas subcategorías y las preguntas de cada una de estas van enmarcada en tiempos diferentes: Antes del evento, actualmente y Prospectiva de futuro, esto con el fin de recolectar información enriquecedora y con mayor profundidad acerca de la temática estudiada (Ver anexo1).

Técnica Uno: Entrevista Semiestructurada a Participantes

Esta es la primera técnica que se elaboró, teniendo en cuenta la población se utilizó una entrevista elaborada en lenguaje para los participantes objeto de estudio. Está compuesta por tres (3) grandes categorías y doce (12) subcategorías, Se elaboraron treinta (30) preguntas enmarcadas en tiempos diferentes: antes del evento, actualmente y en una prospectiva de futuro, cada subcategoría contiene tres preguntas en tres tiempos mencionados desde la primera (1) subcategoría hasta la subcategoría nueve (9); las tres últimas subcategorías para los participantes contienen solo un ítem en tiempo presente.

La aplicación se realizó de manera individual, en espacios libres de estímulos distractores, asimismo se tuvo en cuenta el tiempo del entrevistado, con el fin de que este factor no generara presión, afán, entorpeciendo los resultados requeridos, sino que cada uno se tomara su tiempo y evocar respuestas claras y verdaderas acordes a los cuestionamientos.

Para cada entrevistado en esta primera técnica se estima una duración de alrededor de una hora (1:00 h), debido a la temática de la investigación y a la sensibilidad que esta genera al momento de traer a colación los sucesos vividos, por lo que se hace necesario el uso de pausas y motivación para los participantes. Se observa que existe retracción por los participantes objeto de estudio.

Técnica Dos: Entrevista Semi-estructurada a Familiares

Esta es la segunda técnica que se elaboró, teniendo en cuenta la población se utilizó una entrevista elaborada en lenguaje para los familiares de los participantes objeto de estudio. Está compuesta por tres (3) grandes categorías y doce (12) subcategorías, Se elaboraron treinta (30) preguntas enmarcadas en tiempos diferentes: antes del evento, actualmente y en una prospectiva de futuro, cada subcategoría contiene tres preguntas en tres tiempos mencionados desde la primera (1) subcategoría hasta la subcategoría nueve (9); las tres últimas subcategorías para las familias contienen solo un ítem en tiempo presente.

La aplicación se realizó de manera individual, en espacios libres de estímulos distractores, asimismo se tuvo en cuenta el tiempo del entrevistado, con el fin de que este factor no generara presión, afán, entorpeciendo los resultados requeridos, sino que cada uno se tomara su tiempo y evocar respuestas claras y verdaderas acordes a los cuestionamientos.

Para cada entrevistado en esta segunda técnica se estima una duración de alrededor de una hora (1:00 h), debido a la temática de la investigación y a la sensibilidad que esta genera al momento de traer a colación los sucesos vividos, por lo que se hace necesario el uso de pausas y motivación para los participantes. Se observa que existe mayor aporte de información por las familias de los participantes objeto de estudio.

Técnica Tres: Entrevista Semiestructurada a Expertos

Esta es la tercera técnica que se elaboró, teniendo en cuenta la población se utilizó una entrevista elaborada en lenguaje para los expertos quienes son una cuidadora y una neuropsicóloga. Está compuesta por tres (3) grandes categorías y doce (12) subcategorías, Se elaboraron treinta (21) preguntas algunas enmarcadas en tiempos diferentes: antes del evento, actualmente y en una prospectiva de futuro, cada subcategoría contiene una o dos preguntas relativamente en tres tiempos.

La aplicación se realizó de manera individual, en espacios libres de estímulos distractores, asimismo se tuvo en cuenta el tiempo del entrevistado, con el fin de que este factor no generara presión, afán, entorpeciendo los resultados requeridos, sino que cada uno se tomara su tiempo y evocar respuestas claras y verdaderas acordes a los cuestionamientos.

Para cada entrevistado en esta tercera técnica se estima una duración de alrededor de dos horas (2:00 h), debido a la temática de la investigación y a la experiencia que cada uno tiene de la situación; se hace necesario el uso de pausas, y direccionamientos de las preguntas a los expertos ya que tienen a desviarse todo el tiempo del sentido de la pregunta.

Categorías

Las categorías surgen en base a los objetivos que se especificaron en la investigación, en ella surgieron cuatro categorías fundamentales (percepciones cognitivas, conductuales, sociales y la calidad de vida) cada una con sus respectivas subcategorías que se especificaran en el siguiente árbol de categorías, estas serán implementadas en la entrevista semiestructurada tanto de la familia como la del participante.

Árbol de Categorías

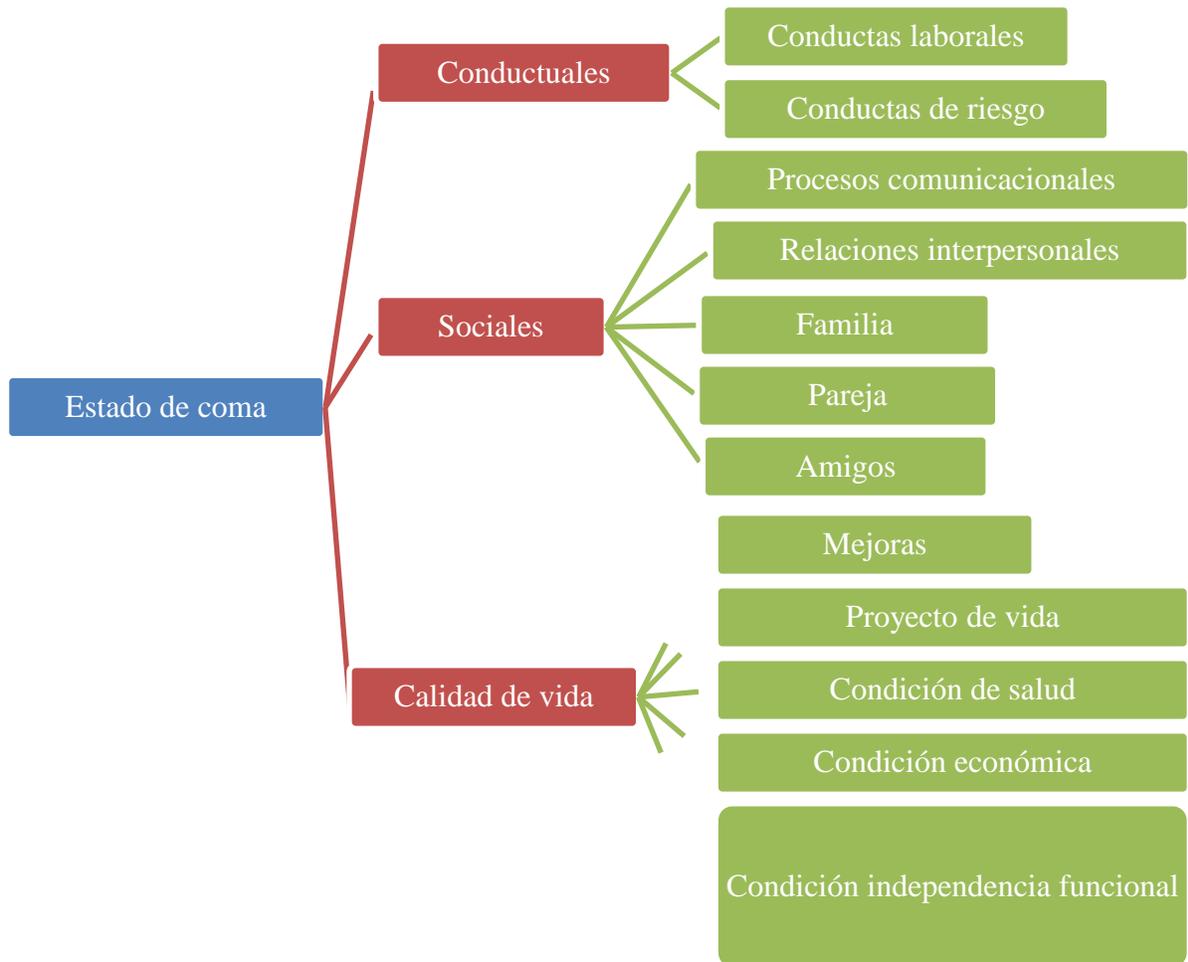


Figura 3: Árbol de categorías

Operacionalización de categorías

Estado de coma: estado de inconciencia el cual se caracteriza por que la persona tiene los ojos cerrados de manera permanente y no pueden ser llevados a un estado funcional durante este estado.

Categoría	Subcategoría
Conductual: conjunto de acciones que presenta el hombre a través de su existencia en la sociedad. Manera de como el individuo se guía o se comporta en su vida.	Conductas laborales: son los comportamientos que manifiesta el individuo en el ámbito laboral.
	Conductas de riesgo: Acciones peligrosas o arriesgadas realizadas cuando las circunstancias lo exigen.
Cognitivo: Procesos por los que conoce e interpreta la realidad, capacidad de entender, identificar, y planificar respuestas a los estímulos internos o externos.	Estado Mental: evaluación que se realiza para verificar las facultades de pensamiento de una persona.
	Estado Neurológico: Proceso complejo y ordenado, basado en la recogida de datos sobre el funcionamiento del sistema neurológico, a través de la observación, la interrogación y la exploración.
Social: Interacción que se da a partir del contacto entre dos personas, su principal característica es su pertenencia a un grupo que comparten una cultura e interactúan entre sí.	Amigos: Individuos con el cual se mantiene una amistad y con el que se establece un vínculo cercano.
	Familia: forma de organización social entre los seres humanos, ligados entre sí

	<p>por reglas de comportamiento y en la que cada miembro tiene una función específica.</p>
	<p>Relaciones Interpersonales: los vínculos o lazos que tiene un individuo con su grupo social, familia, amigos o personas conocidas y el principal factor de esta relación es la comunicación.</p>
	<p>Pareja: unión de dos personas, en un determinado momento, con un propósito común.</p>
	<p>Procesos comunicacionales: forma en que el individuo entiende, tanto emitiendo como de recibiendo mensajes ya sean orales, visuales, escritos, a través de símbolos, sonidos, gestos.</p>
<p>Calidad de Vida: Significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades.</p>	<p>Mejoras:</p> <p>Proyecto de vida: desde la perspectiva psicológica y social integran las direcciones y modos de acción fundamentales de la persona en el amplio contexto de su determinación-aportación dentro del marco de las relaciones entre la sociedad y el individuo</p>

Tabla 4: Operacionalización de categorías

Recursos

Recursos Humanos: Los jueces que validaran la entrevista semiestructurada para su aplicación, la directora que supervisara todo el proceso de investigación, los participantes que harán parte del estudio y los psicólogos en formación que realizaran todo el proceso de investigación.

Recursos técnicos y tecnológicos: Inventario de pruebas, entrevista semiestructurada del participante y de la familia, Pruebas neuropsicológicas (Banfe-2, Neuropsi) y prueba de calidad de vida (InCaViSa) pertenecientes al programa de psicología de la universidad de Pamplona, rejilla de respuestas.

Recursos económicos: El 100% de la totalidad de los recursos económicos van destinados a impresiones de manuales, hojas de respuestas, instructivos de aplicación de instrumentos, cartas de validación, solicitudes, consentimientos y otros para el desarrollo de la presente investigación.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Análisis de resultados

A continuación se dan a conocer matrices de doble entrada las cuales están constituidas por una primera casilla donde están ubicados los participantes los cuales se identifican con una abreviatura P1 y P2, seguidamente una segunda casilla donde se ubican las categorías de las familias de los participantes las cuales se identifican con la abreviatura P3 y P4 y finalmente una tercera casilla con las categorías de los expertos las cuales se identifican con P5 y P6. También se encuentra una segunda casilla denominada “Transcripción” la cual contiene información exacta de lo que las personas dieron a conocer durante las entrevistas, cabe recalcar que estas respuestas se colocan tal cual como respondieron los participantes, familiares y expertos. En la tercera casilla se encuentran las “Palabras claves” que hacen referencias a un pequeño resumen que condensa las características de las transcripciones, la cuarta casilla hace referencia a las “Unidades de análisis” las cuales se conforman por la lectura de todas las transcripciones y las palabras claves para condensar la información por análisis de contenido finalmente una última casilla denominada “Análisis psicológico” las cuales se realizan a partir de las unidades de análisis. Ha de tenerse en cuenta que el análisis de los resultados se hace teniendo en cuenta la forma de resultados cualitativa llamada análisis de contenido.

El análisis de datos cualitativos según Fernández, Hernández y Baptista (2014) se divide en cuatro pasos fundamentales; el primero busca realizar una exploración de los datos, en segundo lugar organizar los datos en unidades y categorías, en tercer lugar describir las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresiones; como cuarto paso comprender en profundidad el contexto que rodea a los datos y vincular los resultados con el conocimiento disponible para finalmente generar una teoría fundamentada en los datos.

Análisis de contenido de subcategorías

A continuación la primera matriz de análisis está enfocada en la subcategoría uno denominada relaciones interpersonales la cual se encuentra dentro de la categoría social, cabe

mencionan que dentro de subcategoría se encuentran tres preguntas en diferentes perspectivas (pasado, presente y futuro).

Categoría N° 1: SOCIAL**Subcategoría N°1: Relaciones Interpersonales (Presente)**

Pregunta 1: Actualmente ¿cómo considera sus relaciones interpersonales?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
participantes	P1	<i>No pues, eh, en cuanto a mis amigos y a mi familia después del accidente, de haber estado en estado de coma, en el que permanecí los lazos de interpersonales se fortalecieron bastante en ese entonces, ya tengo mayor apoyo de mi familia cuando antes no los tenía tanto como ahorita, siento que con mi familia para lo que sea los que necesito los tengo ahí a mis papas a mis hermanos, eh mis lazos de amistad de crecieron y ya tengo amigos que en vez de convidarme o invitarme para el desorden más bien me regañan que no me pongan a tomar tanto que no me ponga a fumar que... sí que... ordene mi vida, y considero que mis lazos interpersonales se han fortalecido bastante después del accidente.</i>	Se fortalecieron Apoyo de la familia Amistades crecieron	<u>Unidad de análisis I</u> Favorable o positivas P(1,2,3,4) <u>Unidad de análisis II</u> Desmejoradas por daños P(5,6)	Las relaciones interpersonales de los seis (6) participantes, son percibidas de forma favorable por cuatro (4) participantes y percibida de manera desfavorables por dos de ellos (2). Los más favorables son los practicantes que han superado el haber estado en coma, sintiendo que fortalecieron el apoyo familiar, crecieron sus expectativas de amigos; quienes le ayudaron a la recuperación, los familiares tiene una percepción un poco más lejana, no son tan concretos en lo que tiene que ver con las relaciones interpersonales, pero se puede deducir que eran percibidos como personas normales que eran adaptativas a las relaciones interpersonales, adicional a eso, existe una gran incongruencia o no hay concordancia entre los
	P2	<i>Pienso que son muy buenas, la verdad he tenido relaciones que me han servido para ayudar cada día mi proceso de recuperación.</i>	Muy buenas Ayudas En recuperación		
Familiar	P3	<i>Si, el actualmente tiene buenos amigos, él me dice que tiene una muy buenas amigas de su carrera que</i>			

		<p><i>siempre le ayudan y están pendiente de él, y a veces él se siente como solo. Ha hecho buenas amistades aun en medio de sus dificultades en la alcaldía de la ciudad de Pamplona en donde le han brindado mucho apoyo emocional y la oportunidad de seguir aprendiendo cada día muchas que le van a servir para más adelante en su futuro como profesional.</i></p>	<p>Un chico normal</p> <p>Locaso como siempre</p>		<p>expertos, quienes perciben el comportamiento dentro de los cuales está: lo social y a su vez las relaciones interpersonales son directamente afectadas por el daño irreversible que produce la lesión En el tallo cerebral.</p>
	<p>P4</p>	<p><i>Si, pues ella actualmente es buena con toda su red de amigos, siempre está allí dialogando con todos, aunque al principio después de haber salido del coma, se notaba un poco desorientada y no intervenía en las conversaciones a donde llegaba</i></p>	<p>Echada para adelante</p> <p>No media consecuencias</p>		

EXPERTOS	P5	<p><i>La Percepción De Un Daño Cerebral En Una Persona Tiene Un Cambio Dramático De su vida porque? Porque después de una secuela del daño cerebral la persona muy posiblemente no va a tener la misma capacidad funcional cognitiva y comportamental que tenía antes del daño cerebral, entonces cuando una persona tiene daño cerebral sea por una accidente cerebrovascular o un tramo craneoencefálico, o ya sea un tipo de infección, su infección se sube al cerebro y daña su digamos sus órganos cerebrales y sus estructuras cerebrales y esto es un cambio dramático para la persona, para la familia y para el entorno, entonces la percepción social, genera un cambio dramático muy fuerte porque vamos a encontrar con algún tipo de dificultad, vamos a tener cambios comportamentales y cambios funcionales. Por otro lado, pienso que las relaciones interpersonales, eso depende de muchas cosas, primero que todo del tiempo, no es igual un coma de horas a un coma de meses, sí, hay un problema que afecta generalmente los estados de coma que es la parte de la memoria y el área motora, entonces si hay un daño de amnesia y de áreas motoras puede haber un daño de áreas motoras del lenguaje, entonces la comunicación se puede ver afectada, entonces eso va a afectar la relaciones interpersonales.</i></p>	<p>No misma capacidad</p> <p>Daño cerebral</p> <p>Cambios dramáticos</p> <p>Percepciones sociales</p> <p>Dificultad del comportamiento</p> <p>Depende del tiempo del coma</p> <p>Memoria se afecta</p> <p>Lenguaje afectado</p> <p>comunicación afectada</p> <p>Afecta relaciones</p>		
----------	----	---	---	--	--

	P6	<p><i>Mmmmmm pues, definitivamente, no podría ser igual a antes de, Porque desafortunadamente uno lo aprendido a través de la vida, que el daño cerebral es Irreversible; entonces, posiblemente la parte más afectada, por más que las otras células hayan ayudado a que se recupere y como a mí me decían “eso no sé qué, haga le aquí así, hágale aquí a Sao” y bueno cada caso es distinto y pienso que... que no puede ser igual; el comportamiento tendrá que ser diferente y dependiendo de la parte del daño cerebral; es el comportamiento por el impacto del daño que le provocó en la cabeza y pues, Mmmmm haber, yo pienso que sería también como, cómo difícil, yo no creo que sea como muy fácil; porque de todas maneras si recobra su conciencia, tendrá conciencia de lo que le pasó de lo que vivió etcétera y de lo que va a vivir Entonces si no puede adaptarse puede quedar también con alguna fallita en el habla en los gestos en el caminar en el desplazarse pues él se va a volver como disminuido o se van a volver como agresivos o se van como a embobar creo yo no. pero definitivamente Tendría que haber sido una lesión Cómo no muy profunda para que la gente para que la gente pudiera tener una vida igual que antes pero yo pienso que no</i></p>	<p>No podría ser igual a antes</p> <p>Se afecta no es igual</p> <p>Cambia</p> <p>Difícil</p> <p>No fácil</p> <p>Se recobra conciencia pero no puede adaptarse</p> <p>Daño en el lenguaje</p> <p>Afectan relaciones interpersonales</p>		
--	----	---	--	--	--

		<i>puede ser nunca igual.</i>			
--	--	-------------------------------	--	--	--

Tabla 5: Análisis Subcategoría Relaciones Interpersonales (Presente)

Subcategoría Relaciones interpersonales (Pasado)

Pregunta 2: Hablemos un poco más de sus relaciones interpersonales ¿Cómo eran antes del estado de inconciencia?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	P1 <i>Bueno en cuanto a mis amigos o a mi círculo social más cercano, eh , era siempre que “vámonos a tomar, vámonos a tal loquera” por decirlo así, sin medir esto... eh consecuencias, eh en cuanto a mi familia, eh pues era muy desprendido de mi familia, entonces si yo me paraba en la cabeza a mí no me decían nada, no le prestaban atención a eso eh, me la pasaba pues , yo antes consumía demasiado alcohol y como estaba trabajando y tenía bastante dinero en el bolsillo entonces siempre... siempre permanecía tomando, mantenía en un ambiente que hoy en día yo considero toxico.</i>	Invitaciones a tomar Loqueras Desprendido de la familia Ambiente tóxico	<u>Unidad de análisis I</u> contraproducentes P(1, 2, 3) <u>Unidad de análisis II</u> Conveniente P(2, 4) Nota: La participante número dos (2) se ubica dentro de las unidades de análisis I y II ya que se considera en sus aportes a la pregunta, la importancia de fortalecer sus relaciones interpersonales haciendo parte en grupos masivos y la participación en protestas, pero infiere que de cierta forma se ve afectado su rendimiento	Las relaciones interpersonales vistas desde una prospectiva del antes del estado de coma, por los dos participantes y los dos familiares cercanos a los dos sujetos de estudio, son apreciadas de forma contraproducentes por tres (3) participantes y percibidas de manera conveniente por dos (2) de ellos. Dentro de los que se consideran convenientes está el participante dos recalcando la ventaja que se tenía en la participación social y que a su vez, ésta genera buena imagen en una persona. Asimismo el familiar P(4) resalta la capacidad que poseía
	P2 <i>Anteriormente me consideraba una chica un poco más de esas de estar en las marchas, en organización de paros, eso afectaba mi estudio pero bueno que más da, y pues mis amigos siempre me veían a mí como una pieza importante a la hora de exigir derechos como persona, como el ser</i>	Estar en marchas Estar en paros		

		<i>estudiante y recuerdo eso porque era mi estar de todos los días, ejejeeje.</i>	Pieza importante o líder	académico	como el ser alguien con tenacidad, arriesgada, sin miedo a nada. Los participantes 1, 2, 3, consideran las relaciones interpersonales como contraproducentes a causa de la red en la que estaban inmiscuidos tiempo antes del estado de coma, es decir que no eran tan favorables las relaciones interpersonales desprovista de responsabilidades, autocontrol, y medición de consecuencias. La P(2) califica para ambas categorías por la participación activa en los aspectos de la categoría II y se identifica cómo ésta insidia desfavorablemente en el rendimiento académico de esta participante.
Familiar	P3	<i>No pues él ha sido un chico normal, locaso como siempre, antes los amigos que tenía era saliendo a beber y fumar y eso no me gustaba mucho. Pero pues en el accidente, imagínese que fue terrible, fue tenaz, ver uno al hijo prácticamente muerto y muerto porque él estuvo a milímetros a milímetros, pero mejor dicho de que el cerebro explotara y él cuenta el cuento pero lo cuenta es de milagro, de puro milagro porque no nos daban los médicos señales de vida y que él se moría, que el moría por que el accidente fue muy grave.</i>	Locaso como siempre Fumaba con amigos		
	P4	<i>Yo conozco a farley desde hace muchos años y ella siempre se ha caracterizado por ser una persona muy echada para adelante, no le tenía miedo a nada, se le arriesgaba a las cosas y no tomaba precaución de las consecuencias que le podrían traer a ella.</i>	Echada para adelante Sin miedo a nada Arriesgada Poca precaución		

Tabla 6: Análisis Subcategoría Relaciones Interpersonales (Pasado)

Subcategoría Relaciones interpersonales (prospectiva de futuro)

Pregunta 3: En una prospectiva de futuro, cómo imagina sus relaciones interpersonales después de un proceso de tratamiento (si lo ha tenido) ?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	P1 <i>Bueno eh mis relaciones interpersonales se van a mantener igual o se van a fortalecer bastante y siempre van a estar las personas como más allegadas a mí que me van a decir ¡hey! Cúidese porque si hace esto va a ocasionarle problemas a su cabeza como dicen ellos, ¡hey! Trate de dejar de fumar, de tomar porque eso va traer repercusiones a futuro para su salud, entonces eh, pues mis relaciones interpersonales se van a tener igual y fortalecidas como siempre, siempre van a estar las personas ahí como que eh, de cierta forma me van a estar haciendo un llamado de atención.</i>	Mantener Igual o fortalecidas No tomar ni fumar Llamado de atención	<u>Unida de análisis I</u> Favorables P (1,2,3,4) <u>Unida de análisis II</u> Desfavorables P(3,5,6)	Del total de los participantes (6), cuatro (4) de ellos consideran que las relaciones interpersonales en prospectiva a futuro son favorables y dos (2) de los participantes de forma desfavorable. Los participantes que superaron el estado de coma consideran que hay más unión, que van a salir adelante y que los amigos son muy buenos; por otra parte los familiares consideran que puede salir adelante, pero que hay preocupación por los dolores de cabeza, a su vez también consideran que es importante sus cualidades como trabajadora y emprendedora para salir adelante. La percepción de los expertos (p5, p6) está un poco alejada los
	P2 <i>Si tengo un tratamiento que es durante dos años a partir de ser dada de alta de la Clínica y pues estoy tomando medicamento para unos fuertes dolores de cabeza que me dan, todo esto es debido a que tuve durante el accidente un trauma craneoencefálico con inflamación de cerebro y con edema cerebral lo que ha traído como consecuencia que se me</i>	Lo mismo Unión de lazos familiares Amigos son muy buenos	<u>Nota:</u> Es de mencionar que la respuesta del familiar del participante 1 (P3) se puede categorizar en las dos unidades de análisis ya que en la primera parte considera que su familiar saldrá adelante pero que tiene temor de los dolores de cabeza que presenta con	

		<i>dispare el dolor de cabeza con mucha frecuencia.</i>		frecuencia.	cuales consideran que no va a ser la misma y que presentaran alguna dificultad en el comportamiento o cambios emocionales debido al hecho.
Familiar	P3	<i>Con el favor de mi Dios yo sé que él va a salir adelante en todo, aunque si me da como miedo es que él vaya sufrir mucho más de esos dolores de cabeza tan fuertes que le da. Y yo me preocupo demasiado como madre que soy de mi muchacho.</i>	Salir adelante Dolores de cabeza Preocupación		
	P4	<i>Creo que va seguir siendo esa mujer emprendedora y trabajadora, ya que en la actualidad no lo puede hacer por las fracturas que tuvo en su cuerpo, mayormente en la pierna izquierda, esto de cierta forma le va a permitir poder tener mayor desenvolvimiento con sus relaciones de trabajo.</i>	Mujer emprendedora Mujer trabajadora Mejores relaciones de trabajo		
Expertos	P5	<i>Pues si se hace un proceso de rehabilitación y la persona logra, digamos recuperar un 70% de del lenguaje esa persona tiene un cambio dramático que va a afectar, porque el ya no es la misma persona, ósea, una de las cosas más delicadas con el daño cerebral es que la persona ya no va a ser la misma y eso es algo que la familia no acepta, a la familia le va a costar años aceptar que la persona no va a ser la misma, va a tener algún tipo de dificultad, va a</i>	Cambio Dramático Ya no va a ser la misma Falta de aceptación por la familia Alguna dificultad o problema Cambios comportamentales Cambios familiares,		

		<p><i>tener algún deterioro, v a tener algún problema y eso va a afectar mucho, igual que va a tener cambios del comportamiento. Entonces la afectación y los cambios de comportamientos son tan fuertes dependiendo del tipo de daño que pueden producir divorcios, digamos que cambios en la familia y también cambios sociales a nivel laboral hay que indemnizarlo hay que pensionarlo, si!</i></p>	<p>sociales y laborales</p>		
	<p>P6</p>	<p><i>Bueno yo no he tenido como mucho ese, bueno no mentiré sí puedo hablar de mi mamá Mi mamá tuvo un aneurisma en el año de 1962 Pues los médicos pensaban que eran de todo pero mi papá dice que cuando la vio que cayó en el patio la cogió y le cortó el dedo gordo del pie y le hizo un sangrado ehhh mi bis abuelo había sido mediquillo Pues eso decían así. Porque él no era médico algo le ha de haber enseñado algún médico que él lo hacía lo que aprendió Entonces el otro médico hablaba y decía que ese sangrado que se le hizo le sirvió a mi mamá porque si no hubiese sido más intenso el derrame cerebral. Mi mamá pues estuvo inconsciente porque ella no supo más qué fue lo que le pasó de durante 20 días y ya no, no, no supo Qué pasó de</i></p>	<p>Cambios emocionales</p> <p>Ninguna forma de expresión</p>		

	<p><i>durante esos días ya no recuerda nada no recuerda nada Y pues ya no, no recordaba nada y aún uno le llevaba frutas y no la comía Y decía vaya reparta le a las enfermeras ella pues eso sí ha sido muy generosa toda su vida. Pero ella después quedó muy afectada demasiado afectada ella lloraba, lloraba muy fácilmente mi mamá era una mujer muy fuerte pero después lloraba demasiada demasiado fácil, lloraba con mucha facilidad ehhh, ummmm y de todas maneras mi mamá se volvió un poquito taciturna, era una mujer muy alegre muy echada para adelante yo creo que eso fue lo que lo que también no te he más en mi mamá Después de que, que salió de ese episodio Obviamente el médico nos decía hay que operarla porque le quedó otro aneurisma Entonces eso podría traerle a mi mamá otra consecuencia Y le dijimos no doctor eso mejor déjela sí y él le mandó unas pastillas y le dijo y dijo que eso iba a durar solamente dos años pero fueron dos años en que pues ella o está viendo poco a poco digamos Quién era y no sé porque el doctor nos decía cosas tan espantosas. Yo le dije dejémosla si vamos a arriesgarnos y mi mamá nos duró 10 años más</i></p>			
--	--	--	--	--

	<p><i>pero si la mató el aneurisma porque pues ella dejó de tomar las pastillas según un homeópata dijo qué que no tomara esas pastillas que tomara unas agüitas, Y dejó de tomar las pastillas obviamente se le subió la tensión, se reventó el aneurisma y ahí si mi mamita murió. Pero ella mientras demoró los otros años ella trato de ser una mujer muy dinámica pero siempre hubo un cambio en su parte emocional Hubo mucho cambio Y ese esa parte emocional fue lo que más se le afectó, ahora con mi Santa Cruz le digo yo a Gilberto porque no puedo decir yo ahora qué... No mentirás yo pienso que al final del tiempo él había logrado algo porque eh hh un día nos quedamos mirando fijamente Y de pronto resultamos llorando Y fue un momento bonito (la entrevistada llora) y como él cantaba y tocaba los amigos Un día vinieron y le dieron serenata y lloró mucho y como que las cuerdas directas el sonido de la música como que le llegó pues al alma y la única expresión que tuvo fue llorar porque como él no tenía voz y no hablaba pues de lo contrario hubiese sido a gritos él lloró, por la expresión también de la cara, él fue tambor mayor batutero del, del colegio</i></p>			
--	--	--	--	--

	<p><i>Carmelitano cuando estudiaba. Un día lo saqué a Semana Santa para ver la procesión Y cuándo pasó la banda de guerra la expresión que tuvo de lo poco que le vi era de alegría por escuchar la música y de lo que él de pronto fue Pues para mí la persona en estado de coma o escucha o siente, Espero que mi Dios no le haya permitido sentirse a él cómo estaba ósea el estado en el que estaba muy terrible; Pero porque fueron ocho años de sufrimiento para él si lo hubiese sentido. Porque desgraciadamente el quedo sin ninguna forma de expresar al exterior, uno oye y ve películas donde dice al paciente cierre los ojos apreté la mano pero él nunca actuó yo siempre era por ejemplo si quedaba mal acomodado o mal acostado y si le dolía algo él no decía nada porque no tenía ninguna forma de expresión ni siquiera en las facciones. Ehhhh el tubo siempre un rostro muy tranquilo eso me tranquilizaba porque Él tenía un genio bien macho bien Machos genio de mi Santa Cruz, y durante su enfermedad nunca le vi un mal genio ni desesperación ni nada de eso, bonita la expresión esa de esa emocional que tenía ante la música porque esa vez si nos puso a llorar</i></p>			
--	--	--	--	--

		<i>a todos. El coma de Gilberto era denominado coma Vigil, porque él no decía nada no hacía nada pero él tenía espacios en el que dormía en el que estaba inconsciente y espacios en el que estaba despierto pero sólo abría los ojos suavemente y él estaba totalmente cuadripléjico porque no movía nada ni un dedo nada absolutamente nada Yo tenía que estar lo volteando para evitarle las escaras etcétera.</i>			
--	--	---	--	--	--

Tabla 7: Análisis subcategoría Relaciones interpersonales (prospectiva de futuro)

Subcategoría Relaciones de los procesos comunicacionales. (Presente)

Pregunta 4: Actualmente ¿Cómo maneja los proceso comunicacionales en el contexto de los amigos?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico	
Participantes	P1	<i>Bueno eh, en cuanto a la comunicación con mis amigos eeh, pues se mantiene bastante fluida hay amigos con los que yo antes mantenía poca relación o como yo estudie en dos colegios diferentes entonces los del primer colegio ya pues están muy alejados el día de mi accidente, cuando ,me accidente los dos colegios se</i>	Comunicación se mantiene fluida. Instituciones educativas se unieron. Compañeros recolectaron dinero.	<u>Unidad de análisis I</u> Comunicación fortalecida. P(1, 2, 3, 4, 5, 6)	En la actualidad el manejo de los procesos comunicacionales en el contexto de los amigos, los seis (6) participantes consideran que se han fortalecido las comunicaciones, manteniéndose constantes, los lazos de

	<p><i>unieron las personas que yo ya no contaba como amigos hacían esfuerzos para la recolección de dinero que necesitaba para la clínica, eh los lazos de amistad crecieron hay amigos que de la infancia por allá de primaria que aparecieron y pues ahorita pues hablamos mantenemos una comunicación muy buena y las relaciones se han fortalecido bastante.</i></p>	<p>Lazos de amistad crecieron.</p> <p>Buena comunicación con los viejos amigos.</p> <p>Fortalecimiento de amistades.</p>	<p><u>Unidad de análisis II</u> Desfavorable</p> <p>P(2)</p> <p><u>Unidad de análisis III</u> Consecuentes negativos P(3, 5, 6)</p>	<p>amistades crecieron, no se presentan expresiones soeces entre ellos, uno de los participantes buscó un nuevo círculo social en una iglesia; volviéndose más atenta con las personas que están a su alrededor, y se presenta desfavorable por el detrimento en la comunicación con la psicoterapeuta, a causa de las consultas monótonas y las mismas rutinas que realiza la profesional en sus consultas. Asimismo, la familia considera que en la actualidad se han fortalecido las redes de apoyo, participan como mediadores en medio de los conflictos cuando no se da el proceso de la buena comunicación con los amigos. Los expertos apuntan de manera considerable al fortalecimiento de la comunicación del participante que ha salido del estado de coma en relación con los amigos a que la comunicación es</p>
P2	<p><i>Yo pertenezco a una iglesia cristiana en la actualidad, anteriormente no era común que asistiera pero ya después de todo eso empecé a ir con más constancia, me visitaban y pues mis conversaciones ahora no contienen palabras groseras, además de eso soy muy amable, atiendo a la gente con mucha atención, entonces eso, creo que hace que la comunicación sea amena e interesante.</i></p> <p><i>Actualmente no asisto a psicología porque me parece muy ineficiente la psicóloga que me atiende, siempre es lo mismo, me pregunta lo mismo, y no me dice que hacer, es decir mi recuperación no ha sido por ella, sino por ir a la iglesia y distraerme mucho con mis amigos; no sé si la psicología toda es así, de solo preguntar y</i></p>	<p>Asistencia a grupo cristiano.</p> <p>No palabras soeces</p> <p>Muy amigable.</p> <p>Atenta con las personas.</p> <p>Corta relación con psicóloga</p> <p>Consulta monótona.</p> <p>Recuperación no por la psicóloga.</p>	<p><u>Unidad de análisis IV</u> Evaluación del daño P(5)</p> <p>Nota: la participante número dos (2) se ubica en las unidades de análisis I y II ya que considera que su proceso de comunicación es bueno en la actualidad pero a</p>	<p>amistades crecieron, no se presentan expresiones soeces entre ellos, uno de los participantes buscó un nuevo círculo social en una iglesia; volviéndose más atenta con las personas que están a su alrededor, y se presenta desfavorable por el detrimento en la comunicación con la psicoterapeuta, a causa de las consultas monótonas y las mismas rutinas que realiza la profesional en sus consultas. Asimismo, la familia considera que en la actualidad se han fortalecido las redes de apoyo, participan como mediadores en medio de los conflictos cuando no se da el proceso de la buena comunicación con los amigos. Los expertos apuntan de manera considerable al fortalecimiento de la comunicación del participante que ha salido del estado de coma en relación con los amigos a que la comunicación es</p>

		<i>preguntar y listo anotan en un papel y se van y no le dicen a uno más nada, por eso he dejado de ir a esas consultas, hasta un día discutí con esa psicóloga.</i>	Recuperación por amigos. Psicólogos rutinarios preguntar y anotar.	su vez manifiesta inconformidad o mala comunicación con su psicoterapeuta, la participante tres (3) quien es familiar se sitúa en las unidades de análisis I y III planteando buena comunicación en la actualidad, pero da a conocer las consecuencias que trajeron consigo el haber estado en coma, la participante cinco (5) quien es una experto, se ubica dentro de tres unidades de análisis (I, III y IV) puesto que, sus respuestas apuntan primero a las formas en la que se da una buena comunicación en la actualidad, seguidamente se vislumbra aspectos negativos sobre la persona y por último sugiere un protocolo de atención para mediar la situación y el participante número seis (6) se ubica en la unidad de análisis I y III, porque refiere la	definitiva y debe darse de forma clara, corta, hablarles de forma pausada, para que haya buena comprensión en lo que comparten sus compañeros y siempre entiendan las dificultades que presenta el paciente cada vez que realice cualquier intervención en medio de ellos. Por otro lado tres (3) de los participantes, dentro de su proceso de relación y comunicación cercana a los que estuvieron en estado de coma, manifiestan que en la actualidad hay consecuencias negativas que han repercutido en su vida después del suceso tal es el caso de un familiar quien constantemente compra vitaminas para el cerebro de su hijo, porque olvida mucho las cosas, por otro lado se cae mucho el cabello debido a la cantidad de antibióticos utilizados en la unidad de cuidado intensivos (UCI). Asimismo las
Familiar	P3	<i>El gracias a Dios me quedó normal es puro milagro de mi Dios, fue puro milagro, pero si a el uno no le puede confiar de que el guarde las cosas porque a él se le olvidan. Y bueno con los amigos es muy especial y ellos me dicen que a él se le olvidan las cosas, pero lo quien mucho y manejan una muy buena comunicación por celular, por Facebook, whatsapp y demás. El anteriormente no era así eso es ahora después del accidente y pues no fue mucho pero de todas maneras me quedó con esa secuelita de que se le olvidan las cosas, claro que yo le he dado muchas vitaminas para el cerebro por el dolor de cabeza y se le cae el cabello eso si es consecuencia de los procesos médicos que le daban en la clínica donde estuvo, tantos antibióticos porque eso eran bandejas de antibióticos, bandejas de medicamentos todos los días para poder desinflamar el cerebro de una forma normal, aunque me dijeron que de pronto</i>	Especial con amigos Comunicación por redes sociales. Vitaminas para el cerebro Caída del cabello por cantidad de antibióticos.		

		<i>el me quedaba con hematomas, con coágulos en el cerebro que tenían que operarlo, que para sacárselo; pero gracias a mi Dios, no sé, milagro de mi Dios! no le quedaron o no le sucedió eso.</i>		importancia de una buena comunicación en el momento en el cual se dan los hechos, asimismo, indica las consecuencias negativas que trajeron consigo el estado de coma en su familiar.	expertas consideran que hay falencias en la comunicación por que durante el accidente se afectaron áreas en el cerebro repercutiendo significativamente en los procesos de atención, concentración, memoria y retención de memoria, dando origen a afasias entorpeciendo la buena comunicación; por ende, hay incapacidad para trabajar normalmente, la persona se aísla, y manifiesta frecuentes episodios depresivos.
	P4	<i>Mmmm, pues ella trata siempre de mediar en medio de los conflictos que se presentan con los amigos, ante todo con los de la universidad, ya que ella siempre ha estado interesada por los temas de política de la universidad y cómo se manejan las informaciones dentro de la academia.</i>	Mediar en medio de los conflictos con amigos. interesada por las informaciones		
Expertos	P5	<i>Pienso que primero, hay que evaluar el nivel del daño y si este nivel afecta áreas como la memoria o retención de memoria, áreas motoras la persona simplemente ya no puede trabajar como lo hacía antes, queda con una incapacidad laboral, entonces ahí hay que mirar los niveles de incapacidad laboral. Ahora si la persona tuvo un daño en la capacidad cerebral y le afecto algunas áreas de la memoria pero finalmente tuvo un proceso de rehabilitación del 80% pues digamos que si puede volver a trabajar pero va tener dificultades también y esto es terrible es una situación dramática.</i>	Afecta áreas como memoria y retención de memoria Incapacidad laboral Daño en capacidad cerebral Posibilidades de trabajar por rehabilitación Volver a trabajar con dificultades Presentar afasias		Finalmente, de los seis (6) participantes, uno considera y propone medidas que pueden mejorar el proceso de la comunicación con los amigos; tales como: el identificar las rutas de acción para atender las necesidades que presenta la persona, realizar valoración psicológica, rehabilitación cognitiva o neurocognitiva, recibir diferentes tratamientos por parte de las entidades aseguradoras de riesgos

		<p><i>Bueno, en procesos comunicacionales él puede presentar algo que se llama afasia, las afasias que son dificultades ya sean para comprender el lenguaje o para articular el lenguaje</i> <i>Para una buena adaptación a la comunicación debe haber un proceso de rehabilitación antes que el paciente entre a trabajar ya que puede haber un tipo de dificultad para articular el habla o para comprenderlo, si! Entonces realmente antes que un paciente vuelva a su vida laboral tiene que haber una evaluación cognitiva o neurocognitiva para mirar los daños que produjo el accidente cerebral o pues sí, digamos que la etiología del daño cerebral, si fue un accidente cerebrovascular, si fue un trauma craneoencefálico con coma o si fue digamos que por algún virus o por alguna bacteria sí! Entonces lo primero que hay que hacer es una valoración después de la valoración si se encuentran daños a nivel del lenguaje, algún tipo de afasia ya sea para entender lo que le puede estar diciendo una persona es una afasia sensorial. O ya sea una afasia motora que es una dificultad para articular las palabras de tipo motor.</i> <i>Hay que hacer un proceso de</i></p>	<p>Valoración psicológica</p> <p>Rehabilitación cognitiva o neurocognitiva</p> <p>Recibir tratamiento</p> <p>Entidades evaluadoras de daños</p> <p>Reubicación del trabajador lesionado</p> <p>Aseguradora de riesgos laborales</p> <p>Capacitación familiar y demás trabajadores</p> <p>Hablarle pausadamente para buena comunicación</p> <p>Comunicación clara</p> <p>Comunicación corta</p>		<p>laborales, adicionalmente capacitar a la familia y demás trabajadores sobre las limitaciones que tendrá el integrante dentro grupo una vez retome las actividades que regularmente hacia antes de haber pasado por el delicado incidente.</p>
--	--	--	--	--	--

		<p><i>rehabilitación cognitiva, entonces el paciente la persona que fue afectada que tiene daño cerebral, tiene que ir a un neuropsicólogo, para recibir un tratamiento y la integración a la vida laboral se hace cuando, digamos en Colombia hay algo que se llama Juntas de calificación regional las cuales son entidades que evalúan el nivel de daño que ha tenido una persona y miran si la persona debe reubicarse en otro trabajo o si la persona puede volver a trabajar o si la persona queda pensionada, si!, entonces dependiendo de lo que diga la junta entonces si la persona vuelve a ser integrada a su ambiente laboral que tiene algún tipo de daño en el lenguaje pero es capaz de comunicarse de forma básica, los empleados deben recibir en la medida de lo posible una charla sobre la persona que va volver con daño cerebral de tal forma que se le pueda exponer las dificultades que va a tener la persona para realizar ciertas tareas y sería lo ideal y dentro de la comunicación de una persona con daño cerebral lo ideal cuando hay un problema de comunicación es hablarle pausadamente, no se le puede hablar de forma rápida y se le debe dar una orden cada vez no varias órdenes porque lo podemos</i></p>		
--	--	--	--	--

	<p><i>confundir , entonces en un principio sería una comunicación muy clara, muy corta, muy concisa, al punto, sin darle rodeos. Por otro lado, tendría que mirar el tipo de daño quizás sea de pronto una afasia donde él confunde la palabra P con T o M con S, eso sería bueno explicárselo al grupo familiar o al grupo laboral y decirles “él no va a decir mesa; sino tesa y tesa es mesa” entonces ya sabemos que la M la va a cambiar por la T. Yo pienso que los grupos laborales y la familia tienen que recibir una ayuda con un neuropsicólogo que pueda exponerles las situaciones que va a sufrir el paciente que tiene daño cerebral, es importantísimo que haga una asesoría un apoyo porque si las personas no reciben esta capacitación y el paciente llega de nuevo a la vida familiar y a la vida laboral pueden haber proceso de frustración para el paciente porque las personas no entienden porque ahora dice que es tesa y no mesa y antes lo decía bien, pueden empezar a decirle ¡ahí pero es mesa ahora usted porque dice tesa es mesa! Y entonces por esto pueden empezar a tener problemas de frustración y pueden irsenos para atrás según estudios</i></p>			
--	--	--	--	--

		<p>generalmente cuando hay daño cerebral cualquier proceso de depresión nos devuelve al paciente a nivel cognitivo, no lo deja avanzar, entonces yo pienso que es importante que haya algún proceso de capacitación con el grupo familiar y con el grupo laboral para poderles explicar las dificultades del paciente como tratarlo y cómo manejar la situación.</p>			
	<p>P6</p>	<p>Bueno yo creo que la comprensión del entorno, las personas que están cerca del enfermo son definitivas, para que ellos se adapten para que ellos no se sientan mal se sientan bien y, y que si quedaron con, con algún defecto con alguna situación mal tratar de entender eso y uno y uno como familia también entenderlos porque hay veces en que uno como familia si el paciente se pone a llorar por ejemplo en el caso de mi mamá de pronto uno dijera Ay mamá porque se pone a llorar y la persona que, que critica al paciente creo que se siente más se siente superior se siente que es muy perfecta. Entonces yo pienso que lo más importante es el entorno las personas con las que se relaciona que lo entienda que lo comprendas y que no lo critiquen</p>	<p>Comprensión de los amigos</p> <p>La comunicación es definitiva</p> <p>Entender dificultades</p> <p>Entorno de la comunicación</p> <p>Comprensión</p> <p>Caída afecta lenguaje</p> <p>Produce aislamiento</p> <p>Depresión frecuente</p>		

	<p>ya sea porque le haya quedado algún defecto no le critiquen esa situación y no lo hagan sentir mal, Mi esposo perdió el lenguaje totalmente. otro dato importante es que un día hacia el año de 1980, Gilberto se me cayó de las escaleras y se fue de para atrás, la casa resonó, él se cayó de para atrás pero él se levantó enseguida, eso fue en 1980 él estaba joven y bello, para ese entonces, el no perdió el conocimiento, el no perdió el habla; eso fue una noche. El vino y se acostó, se acostó bien y como al otro día a las 10:00am llegó a mi trabajo y la cabeza, la cara no era de color rojo; estaba morada, y dijo mi hija Tengo un dolorón de cabeza que no lo aguanto ya me tomé lo que sea y no me ha quitado el dolor de cabeza y de inmediato fuimos al médico y bueno para cortar el cuento el médico lo hospitalizó para controlar el dolor de cabeza pero fui difícil de quitarlo al final le daban sedantes pero no le hicieron ningún análisis para saber del porqué le dolía la cabeza, además yo le dije al médico de la caída y que se había golpeado pero ellos no le pararon como bolas a eso. Entonces él dijo no yo aquí no siento ningún alivio yo me voy es para la casa y como</p>			
--	---	--	--	--

	<p><i>él era así atravesado él dijo que se iba para la casa. Entonces el doctor le dijo !no; Váyase para Cúcuta para que lo viera el neurólogo y pues afortunadamente en ese momento una de mis hermanas que es enfermera cuando llegamos a saludarla me llamó y yo le conté porque estábamos allá y ella me dijo "Esther váyase rapidito para donde el médico, para la clínica porque Gilberto está que cae en coma, mírele como tiene dilatadas las pupilas y el dolor de cabeza, él debe tener algo, corra". Entonces bueno, fuimos a donde un neurólogo, lo miró, y de una vez lo hospitalizó, le hicieron un TAC y efectivamente había tenido un derrame pero el doctor me había dicho que había sido muy de buenas por qué la sangre siguió circulando por el cerebro y demás, eso lo descubrió ya después del TAC y con una punción que le hicieron, pero en esa época él perdió la memoria, estando en el hospital no sabía quién era, ni dónde estaba, entonces el perdió la memoria allí, el psiquiatra me había dicho que llamaba "amnesia postraumática " y bueno entonces le hicieron una cura de sueño como de tres días durmiendo día y noche, solamente le pasaban</i></p>			
--	--	--	--	--

		<p>suero. El doctor me explicó que hay "acción- reacción, el golpe fue atrás, pero el cerebro se iba todo hacia adelante y las células que se morían de pronto eran las frontales y no propiamente las del golpe y pues el en esa época cambio y cambio con el tiempo también y de ahí el quedó con eso, el ya no era la persona como era antes, perdió parte del sentido del olfato porque él decía que ya no le sabían, ni le olían las cosas, entonces como el usaba siempre gafas nunca supe si fue que se cayó por la visión y después de la caída se la afectaría un poco más. Desde entonces el duraba mucho tiempo como deprimido duró mucho tiempo después con esa actitud de tristeza, ya no era el jocosos, etcétera, esas tres cosas fueron las que he tenido que ver en estos 70 años que he vivido.</p>		
--	--	---	--	--

Tabla 8: Análisis subcategoría Relaciones de los procesos comunicacionales. (Presente)

Subcategoría Relaciones de los procesos comunicacionales. (Pasado)

Pregunta 5: Cuénteme un poco ¿De qué forma se daba el proceso de la comunicación en sus relaciones de trabajo?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	P1	Bueno como ya lo mencioné pues yo hice el cambio en dos colegios entonces estude en un salesiano y	Muy buena Mantener	<u>Unidad de análisis I:</u> Asertivo P (1,2,4)	Los procesos de la comunicación de los cuatro (4) participantes

		<i>después estudie en un público, en el salesiano pues estaban los amigos que estudiaron conmigo desde primaria eh, amigos con los que yo pues crecí, me crie, y a la hora de cambiar de colegio por la rivalidad entre colegios que hay en mi pueblo que son esos dos colegios pues yo me aleje bastante de ello, me aleje demasiado de ellos y pues yo ya no contaba con ellos, hasta que me accidente que me di cuenta que de verdad ósea yo contaba con ellos como amigos y como personas, entonces pues antes la relación era muy buena, cuando fue que hice el cambio de colegio ehh, ya me alejé no me hablaba con ellos y cuando fue el accidente todo el mundo se acercaba a hablarme y hoy en día todavía se mantienen las comunicaciones con ellos, todavía nos hablamos, son profesionales ehh me llaman para hacerme invitaciones de trabajo o me llaman para ver cuando me graduó o me llaman para sentarnos a hablar o cosas así.</i>	comunicaciones		
	P2	<i>Yo trabajaba anteriormente, ahora no lo hago, mi hermana con quien vivo ella me colabora en los gastos que tengo para la universidad y demás necesidades personales, o trabajo porque se me dificulta</i>	Activa	<u>Unidad de análisis II:</u> Poco asertivo	son percibidas de forma asertiva antes del evento tres de los participantes perciben el proceso como asertivos considerando que eran buenas y activas. La percepción del familiar del participante uno (p3) consideraba que eran un poco complicadas especialmente en los debates, pero a pesar de eso el familiar del segundo participante (P4) considera que son buenas.

		<i>doblarme, saltar de un lado a otro, pero antes sí, yo era muy activa y eso si siempre la puntualidad ha sido un fuerte.</i>			
Familiar	P3	<i>El nunca que yo sepa tuve problemas con las personas que trabajaba, aunque a veces es un poco terco al debatir temas él siempre ha respetado las opiniones. Gracias a Dios él no me quedo con otra secuela mayor porque si no yo fuese una madre muy sufrida. Me he aferrado mucho más a Dios después de esto que palabras no me alcanzan para decir gracias Dios mío por ayudarme en momentos de angustias con mi hijo.</i>	Terco al debatir		
	P4	<i>La comunicación como te digo era muy buena, ahora es un poco más restringida, no sé si es porque ella se fatiga mucho al hablar y por eso se detiene cada vez que se está tocando un tema en particular.</i>	Buena		

Tabla 9: Análisis subcategoría Relaciones de los procesos comunicacionales (Pasado)

Subcategoría Relaciones de los procesos comunicacionales. (Prospectiva de futuro)

Pregunta 6: Para los proyectos que piensa realizar a futuro ¿Qué importancia cree que tiene el proceso de la comunicación?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	P1	<i>Pues yo siempre he dicho y he considerado que los amigos son un pilar fundamental para la</i>	Amigos pilar fundamental	<u>Unidad de análisis I</u> Indispensable P(1, 2, 3, 4)	En relación a la importancia que tiene para las dos personas que

		<i>comunicación, porque usted siempre va a necesitar de ese amigo, de ese compañero, que lo conoce a usted muy bien y que usted también lo conoce a él que lo pueda ayudar en cualquier circunstancia de la vida. Entonces usted necesita algo o quiere algo y su amigo ehhh lo tiene, entonces usted se lo comunica y él de una u otra forma pues le va a ayudar.</i>	Amigos ayudan en la vida		estuvieron en estado de coma, el proceso de la comunicación para los proyectos a futuro, los cuatro participantes; de donde dos son familias, coinciden en que la comunicación fortalece las relaciones, considerándose estos como pilares fundamentales para que por medio de la comunicación se logren consolidar proyectos, asimismo, se da un aprendizaje significativo cada vez que hay buena relación entre los elementos de comunicación, permitiendo la independencia y el desarrollo de habilidades sociales como la empatía, asertividad, capacidades de definir un problema y evaluar soluciones.
	P2	<i>Muchísima Dayro, porque mira sino hay buena comunicación, no hay relación; yo quiero ser docente, estudio Biología y créeme que para mí lo más importante además de la concepción de la teoría en un buen proceso de aprendizaje académico y no académico; es la comunicación, ¡la buena comunicación!</i>	Comunicación fortalece relaciones Enseñanza aprendizaje Aprendizaje significativo		
Familiar	P3	<i>Es muy importante porque pienso que el hecho de que mi hijo no haya quedado sin hablar significa mucho para mí y para él, porque se puede proyectar a mejores cosas más adelante.</i>	Importante Poder comunicar Poder expresarse		
	P4	<i>Ella siempre me dice que le gusta comunicarse con las personas, y que le gusta conocer muchas culturas, muchas regiones pero ante todo su naturaleza</i>	Buena comunicación Permite conocer culturas Permite relación con el medio.		

Tabla 10: Análisis subcategoría Relaciones de los procesos comunicacionales. (Prospectiva de futuro)

Subcategoría Familia (Presente)

Pregunta 7: Actualmente ¿cómo describe la relación con su familia?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
mi lia	P1	<i>Bueno actualmente eh, ya después de haber estado en el accidente eh de haber como que escuchado mi familia noticias como que de esta no pasaba de esta me moría, eh cuento más con mi familia eh en cuanto a apoyo económico, apoyo emocional, eehhh cualquier cosa que yo necesite cuento con mi familia, ahora más que antes.</i>	Cuenta con la familia Apoyo económico Apoyo emocional	<u>Unidad de análisis I</u> Apoyo de la familia P(1,2,3)	Las relaciones con la familia de los (6) participantes, son percibidas de forma favorable por (3) de ellos, se evidencia que hay más apoyo por parte de la familia en el participante P1 que supero el estado de coma percibiendo que cuentan más con la familia, con respecto al segundo participante que supero el estado de coma divide su percepción en un apoyo por parte de su hermana pero que no cuenta con sus hermanos, con respecto a los familiares las opiniones se encuentran divididas ya que el familiar del P1 afirma que sus relaciones familiares han mejorados después del suceso, a diferencia del familiar del P2 el cual afirma que hay más desinterés por parte de la familia, teniendo en
	P2	<i>Tengo otros hermanos, pero no he logrado comprenderme, no sé la verdad creo que anteriormente habíamos tenido algunas dificultades y diferencia desde pequeños, con detalle no te sabría decirlos porque no recuerdo con claridad esas situaciones con ellos pero lo que sí sé, es que no es muy buena la comunicación, yo vivo es con mi hermana quien ha sido la persona que siempre me ha colaborado, ella trabaja en la universidad de pamplona como docente y es muy buena pero eso sí, es de un carácter, de un genio extremadamente rígido, yo me parezco a ella un poco, pero solo un poco.</i>	Poca comprensión No es muy buena Apoyo de la hermana	<u>Unidad de Análisis II</u> Sin apoyo de la familia P(3, 4,5, 6,)	
	P3	<i>Actualmente la relación ha mejorado gracias a mi Dios, ya él se relaciona</i>	Mejor relación con familiares	<u>Nota:</u> Es de mencionar que la participante dos es clasificada en las dos unidades de análisis mencionadas anteriormente ya que su relación familiar es buena con su hermana pero no con sus hermanos.	

		<i>un poco más con los primos, con los tíos, con el papa se comunica un poco más, aunque no son de tanto hablar, el papa siempre le dice que se cuide que no ande con malas amistades, ni subiéndose en motos, ni bebiendo hasta tarde de la noche.</i>			cuenta que este suceso fue más reciente. Con respecto a los expertos afirma que después de los sucesos donde hay lesiones en el cerebro es difícil tanto para la familia como de los involucrados directos, ya que puede haber dificultad para aceptar el integrante, que es dramático y pueden entrar en negación , hay probabilidades de abandonar el paciente ya que hay una dependencia tanto emocional como física, con respecto al último experto y de acuerdo a su experiencia vivencio soledad después de un tiempo del estado de coma, afirma que la familia se va alejando a medida de que pasa el tiempo.
	P4	<i>No tiene casi comunicación con las demás familias así de a mucho, la verdad algunos se mostraron desinteresados con su incidente y pues eso deja mucho que decir.</i>	Desinteresados		
Expertos	P5	<i>Bueno, como le comentaba a Dayro anteriormente, los cambios son dramáticos porque son cambios inesperados, cuando hay una persona con daño cerebral lo primero que sufre la familia es un duelo ¿Por qué? Porque la persona que ellos conocían ya no va a ser la misma y eso es terrible, eso es una de las cosa más fuertes que hay en el grupo familiar. Una etapa de duelo es lo más difícil porque para la familia es difícil aceptar que el familiar ya no es el mismo de antes, entonces la familia va a entrar en un shock emocional muy fuerte porque no va a poder entender de que si él o ella hablaba bien porque ya no habla o porque tiene problemas de memoria o porque terminó con una epilepsia o porque ya ahora se le olvida todo si! El cambio es dramático y se refiere a una situación de duelo. En Colombia no sé qué tanto se hace un trabajo con la familia que tienen</i>	Dificultad para aceptar Ya no es lo mismo Shock emocional Dramático No aceptan Falta de entendimiento Miembro aíslan Probabilidad de abandonar el paciente Persona dependiente Dependencia familiar Dependencia emocional y física		

	<p><i>una persona con daño cerebral en casa creo que es muy poco, porque realmente eso es bastante importante porque la familia puede en algún momento llegar atajar la persona con daño cerebral ¿Por qué ? porque ellos no entienden porque la persona ha cambiado tanto y a veces el no aceptan y al no aceptar niegan y pueden atacar de alguna forma a la persona con daño cerebral ¿Por qué ? porque ellos no entienden porque la persona ha cambiado tanto y a veces no aceptan y al no aceptar niegan y al negar pueden atacar de alguna forma, por ejemplo, si ella habla mal no le restan atención o la corrigen muy fuerte y ellos no van a entender que eso hace arte de un daño en el cerebro porque ellos no han estudiado eso sí! Y por eso muy duro ver a un ser querido que uno quiere tanto mal con una afectación viendo que ya no es la misma persona entonces ahí hay muchas cosas que ocurren en la familia; uno hay miembros que se aíslan de la persona afectada, ósea hay miembros que les duele mucho ver el daño y pueda que abandonen al paciente de alguna manera sí! ¿Hay que se presentan? Divorcios, si por ejemplo es un hombre que está casado se afectó la mujer puede pedirle el divorcio a él sí! Porque no solo pueden haber algún tipo de deterioro cognitivo sino también pueden haber cambios</i></p>			
--	--	--	--	--

	<p><i>comportamentales. Entonces en los cambios comportamentales es difícil que una mujer que tiene un hombre que comparte intimidad, que tenían una relación y lo ven que ya no es igual, que ya no es capaz que tiene comportamientos excesivos o que ha tenido algún otro tipo cambio en su comportamiento y en su forma de hablar y de interaccionar, la persona puede entrar en una crisis y una depresión porque ha perdido a su familia.</i></p> <p><i>Ellos después de una daño cerebral ya sea daño cerebral adquirido ellos pueden tener cambios cognitivos, que son de tipo de deterioro ya sea problemas en el lenguaje, problema de la memoria, problema de la percepción, problema para juzgar por ejemplo antes juzgaba bien ahora no lo hacen y pueden presentar problemas comportamentales como: apatía, obsesiones, pueden tener delirios, pueden ser agresivos.</i></p> <p><i>Cambios funcionales, hay cambios funcionales porque por ejemplo puede ser que la persona caminar como puede ser también que ya no vuelva a caminar, entonces se vuelve una persona dependiente de la familia, dependiente de la familia a nivel físico porque si ya no puede volver a caminar la tienen que bañar, cambiar, asistir o puede tener un daño en lo emocional hasta quien lo asiste en este</i></p>			
--	--	--	--	--

	<p><i>caso a su cuidador y ¿eso qué quiere decir? Que el siempre va a querer estar con alguien, que no va a querer estar solo, entonces eso va a cargar al cuidador y no le va a permitir llevar una vida normal. Y generalmente estas personas que han sufrido daños dependen de la familia. Es muy extraño que una persona que tenga un daño cognitivo no quiera volver a ver a su familia, es muy raro pero por lo general ellos tienen algún tipo de dependencia emocional y física dependiendo de los daños que tengan y pues se aferran al núcleo familiar porque han perdido entonces cuando hay un daño cerebral hay una pérdida de las capacidades cognitivas, funcionales, comportamentales, y se aferran a la familia porque son quienes realmente los pueden defender ya que ellos sufren una pérdida y la familia también sufre una pérdida porque aquel miembro que era capaz, que era independiente, que era autónomo y que ahora se ve como dependiente y como una persona que no logra la autonomía si! Entonces esto es muy complejo.</i></p>			
<p>P6</p>	<p><i>Pues lo que yo le decía no...pues Gilberto no pudimos ser cuidadoso de lo que iba a pasar, cada quien metido en su cuento, los chinos estudiando, uno en el trabajo y pues el también en su vida y ya, y con mi mamita no pude mirar mucho porque ella en esa época</i></p>	<p>Soledad</p>		

		<p>vivía en Bucaramanga, yo aquí, entonces fui a visitarla en momentos de crisis y ella pues vivía muy solita en la casa ya todos estábamos ya viejos y cada uno también vivía por su lado, entonces no podría decir así mucho después de que ella salió del suceso. Lo que si note fue que la tenía que llevar donde los chinos cada vez que yo tenía que viajar, hasta que bueno en 1984 partió. Entonces y con mi esposo si nunca pude verle cambios, solo gestos cuando estaba allí postrado.</p>			
--	--	---	--	--	--

Tabla 11: Análisis Subcategoría Familia (Presente)

Subcategoría Familias (Pasado)

Pregunta 8: ¿Cómo era la dinámica familiar antes del estado de coma?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes P1	<p>Antes era más deprendido como yo pues tenía un trabajo y tenía siempre dinero en el bolsillo entonces yo era por mi lado y yo solo daba reportes de que voy a salir pero nunca decía donde llegaba o me iba y hacia mis cosas y nunca contaba con mi familia y pues mi familia no me paraba bolas, de hecho ellos creían</p>	<p>Desprendido Independiente Libertinaje No contaba con la familia No esperaban nada</p>	<p>Unidad de análisis I Negativas P(1, 2, 3, 4)</p>	<p>La dinámica familiar de los dos participantes antes del estado de coma, no se daban en las mejores condiciones, eran un tanto complejas, aislados de toda afectividad y comunión, los sistemas de creencias en la familia</p>

		<i>que yo nunca iba a estudiar en una universidad que yo nunca iba a estudiar una carrera y que yo me iba a quedar era eh trabajando en el pueblo y perdido en el alcohol y en los malos pasos.</i>	Conceptos negativos		<p>generaban indiferencias con los participantes, haciendo que estos fueran tan desprendidos, poco allegados, no tenidas en cuenta las opiniones para la toma de decisiones sobre asuntos de índole familiar. La indiferencia con el núcleo familiar más cercano tomó vigor en la etapa de vida universitaria en plena adolescencia, donde había violación y desatención a las normas sociales imperantes, en particular aquellas relativas al cuidado y el bienestar personal. se debe agregar también que, uno de los participantes expone haber tenido desde mucho antes de haber estado en situación de coma, una espléndida relación con uno de sus integrantes de la familia siendo esta su hermana mayor con quien mantiene un vínculo afectivo más cercano a diferencia del que sostiene con sus padres y demás.</p>
	P2	<i>No sé, pues creo que ha sido muy normal como las demás relaciones con los amigos y digo normal porque en una familia algunos son buenos con uno, otros no son tan familiares.</i>	<p>Muy normal</p> <p>No tan familiares</p> <p>Algunas veces regular</p>		
Familiar	P3	<i>Él era despegado de la familia, no era tan allegado. Eso le importaba poco lo que la familia pensara de él, nunca visitaba, ni llamaba a nadie.</i>	<p>Despegado de la familia</p> <p>Poco allegado</p> <p>No tenía en cuenta opiniones</p> <p>No visitaba</p> <p>No llamaba</p>		
	P4	<i>Ella me ha comentado que casi no ha tenido muy buenas relaciones con sus padres ni sus hermanos, solo una hermana que trabaja en la universidad pero que es muy seria es la que le ha extendido la mano para ayudarla.</i>	<p>No muy buena relaciones con padres</p> <p>Buena relación solo con una hermana</p> <p>Hermana muy seria</p>		

Tabla 12: Análisis Subcategoría Familias (Pasado)

Subcategoría Familias (Prospectiva de futuro)

Pregunta 9: ¿Cómo imagina usted la relación con su familia dentro de algunos años?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	P1	<i>Bueno en una prospectiva de futuro, pues ahora que estoy estudiando he demostrado que puedo cumplir con mis responsabilidades académicas, personales ehh la familia en general desde hermanos, papas, tíos mi abuela ya me ven con otra cara considero que las relaciones pueden ser buenas, con una cara como de que tengo futuro, de que muchas cosas por dar como que yo voy a ser alguien en el futuro que le va a aportar demasiadas cosas a la sociedad y no como el “vago” que me consideraban antes.</i>	<p>Pueden ser buenas</p> <p>Consideran que va ser una persona con futuro</p> <p>Aportar cosas a la sociedad</p>	<p><u>Unidad de análisis I</u> Favorables o positivas P(1, 3, 4, 6)</p> <p><u>Unidad de análisis II</u> Conducta de atención y/o asistencia P(2, 5)</p>	<p>Concerniente a la relación del participante con la familia vista desde una prospectiva del futuro de los seis (6) participantes, son percibidas de forma favorables o positivas por los participantes uno(1), tres(3), cuatro(4) y seis (6) y apreciadas como conductas de atención y/o asistencia por los participantes número dos(2), Cinco (5).</p> <p>El P (1) considera favorables o positivos ya que prevé las relaciones con la familia dentro de algunos años como buenas, enriquecidas por el afecto y apoyo del núcleo familiar, de igual forma se proyecta a gran escala, como una persona que realice aportes significativos a la sociedad. Mirada desde el mismo punto de vista por</p>
	P2	<i>Pienso que poco a poco vamos creciendo y madurando por las diferencia, pero si, ya siendo unos profesionales nos ayudaremos mutuamente. Como la familia es un pilar muy importante para la salud emocional de uno Dayro, que si uno está molesto con algún miembro uno no está bien del todo sinceramente.</i>	<p>Ayuda mutua</p> <p>Creciendo y madurando</p>		
Familiar	P3	<i>Ayudándolos o ayudándonos a todos nosotros, el tiene una hermana y el la aconseja mucho y quiere ayudarle en sus estudios a ella, veo que es ese hermano que toda hermana quisiera</i>	<p>Ayudándonos</p> <p>Mejor relación con la hermana</p>		

		<i>tener, antes no era así sinceramente, yo le pido a Dios que ojala el nunca vaya a cambiar de un momento a otro se le meta alguna loquera rara por lo del accidente y cambie con todos o se me entre en la coma. Yo no quiero eso.</i>			
	P4	<i>Creo que un poco más unida, ella ha empezado a asistir a una iglesia cristiana se le ha notado que ha cambiado muchas cosas, ha aprendido a perdonar poco a poco.</i>	Más unidad Perdonar		los P (3), P(4), P(6) quienes consideran que las relaciones con la familia serán mejoradas y de más acercamiento con otros miembros debido a la consideración que se genere. Por otro lado son consideradas como de conductas de atención o asistencia a efectos de sugerencias o recomendaciones por uno de los expertos y un familiar no tan cercano pero conocedor de la situación de su allegada, haciendo alusión en primera instancia a mejorar la relación con un miembro de la familia, aprender a perdonar, corregir errores, con el fin de posteriormente lograr mayor unidad familiar, adicionalmente se estima la necesaria participación para el proceso de recuperación, la aceptación y la readaptación del participante, la ayuda de un profesional de la salud mental; en efecto un psicólogo. Permitiendo
Expertos	P5	<i>Pues la relación con la familia va a ser como te digo al principio, de un duelo, ya que se ha perdido algunas de sus capacidades y la familia debe afrontar esto. Debe haber una readaptación a ese miembro que ha perdido las capacidades, ahí se va a presentar depresión, ansiedad, por eso tiene que haber un psicólogo manejando la situación que va a presentar ehhh no se sabe si cambios comportamentales del paciente, y la familia tiene que aprender a tener cierta fuerza para aceptar la situación, ya después que acepta la situación ellos se reorganizan o se adaptan al nuevo miembro digamos, y digamos un nuevo miembro porque él tuvo un cambio. Generalmente buscan quien cuide a ese miembro, lo que pasa es que el trabajo debe ser en grupo porque tampoco se puede dejar a una sola persona</i>	Debe haber readaptación Ayuda psicológica Fuerza de aceptación		

		<i>cuidando a la otra con daño cerebral porque se cargan, entonces va haber otro paciente que es el cuidador.</i>			asistir las necesidades y así lograr establecer mayor trabajo en equipo y mejor relación con el resto del núcleo familiar.
	P6	<i>Pues yo pienso que es de más acercamiento, porque yo pienso que en estado de coma o cuando empieza a superarlo saber que me cuidaron bien. Eso depende también de como haya Sido el cuidado porque a mí decían, por ejemplo, que porque lo cuidaba y yo les decía "como no va a cuidar uno a una persona que uno la ve así" y es que eso le nace a uno atenderlo ya sea familia o no familia, entonces yo pienso que eso va a depender mucho de cómo haya Sido la atención. Yo pienso que sí Gilberto hubiese podido recapacitar o volver a ser un poquito el mismo, nos hubiéramos unido más, nos hubiéramos querido más (entrevistada llora largo rato).</i>	Más acercamiento Mejor atención Mas unidos		

Tabla 13: Análisis Subcategoría Familias (Prospectiva de futuro)

Subcategoría Parejas (Presente)

Pregunta 10: ¿Cómo es la relación con su pareja actualmente?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
ci	pa	<i>P1</i>	<i>Bueno como tal relación amorosa no, pero si tengo una relación</i>	No relación amorosa	En cuanto a lo relacionado con la dinámica de las

		<i>sentimental con alguien, ósea estoy saliendo con alguien pero no pero no en relación de pareja, son como encuentros casuales, entonces pues nos vemos ciertos días, a ciertas horas, en ciertos momentos eeehh pues si salimos a bailar y todo pero entonces muy a distancias sin haber formalizado nada como tal aunque, aunque el sentimiento ya se hace notar , ya está el que lo quiero mucho no puedo durar un día sin verlo, el que la quiero ver ya, cosas así.</i>	Encuentros casuales Mucha distancia No formalizar nada Aparición de sentimientos mínima	<u>Unidad de análisis I</u> Desfavorable P(1, 2, 3, 4, 5) <u>Unidad de análisis II</u> Fortalecida P(6)	relaciones de pareja en la actualidad de los seis(6) participantes cinco (5) de ellos describen que son desfavorables, en virtud de que, establecer una relación amorosa en el presente, no es una de las prioridades de los sujetos, prefieren mantener distancia con alguien cercano o cercana debido a la situación del incidente, propender por encuentros casuales pero de ninguna forma establecer vínculo afectivo amoroso u oficializar compromiso con alguna persona. Para tener una relación de pareja se requiere de mucho tiempo e interés y saber elegir a la persona indicada, por lo que, se limitan a hablar del tema con otros. Del mismo modo es considerada desfavorable por uno de los expertos, quien ha conocido de casos en los cuales una vez se sale del coma, el paciente queda con secuelas que son de mucho cuidado y en vista de esto la compañera o el
	P2	<i>No tengo pareja, la verdad no quiero por el momento tener algo con alguien, ya que ando mucho en otras cosas y no creo tener tiempo para eso.</i>	No pareja No interesada No hay tiempo		
Familiar	P3	<i>Él me dice que está hablando con una chica y salen, pero de resto yo le doy consejos ¡mijo tenga mucho cuidado con quien va estar andando, trate de buscar una mujer que lo quiera, que lo valore, que era la situación por la que usted ha pasado y sigue pasando! Porque el aún tiene secuelas de eso, el sufre de intenso dolor de cabeza y debe tomar unas pastas.</i>	Habla con alguien Consejos elegir buena pareja secuelas del accidente intenso dolor de cabeza medicamentos		
	P4	<i>Actualmente no tiene ninguna relación; ella me comenta que no quiere nada con algún chico por ahí,</i>	No tiene relación No quiere nada		

		<i>que tiene otras cosas en las que estar pendiente y sobre el tema casi no habla.</i>	Otras prioridades no toca el tema		compañero llega a tener cambios comportamentales muy fuertes, hay agresiones, se aburre, no se adapta a los cambios que sufre el nuevo miembro, la pareja cuidadora sufre un largo duelo y en ocasiones se entra en situación de crisis experimentando sentimientos de cansancio y agotamiento, desamparo, confusión, tristeza, estrés, tensión, generando la pérdida del equilibrio emocional por la situación. En la misma medida observa que su compañero no es el mismo ocasionando en la mayoría de los casos, divorcios, separaciones familiares, la familia comienza a hacer cosas diferentes y abandonan paulatinamente la atención con el paciente.
Expertos	P5	<i>Bueno eso si es variado, como te digo eso depende porque si los daños o la secuelas no son muy graves ósea, si las secuelas de daño cognitivos, cambios funcionales, cambios comportamentales no son muy graves, puede haber una adaptación siempre y cuando esté guiada por un psicólogo sí! Pero hay casos en los que la persona sufre unos cambios comportamentales muy fuertes, por ejemplo, hay un caso de un señor que tuvo un accidente cerebro vascular y genero una obsesión por la pintura, entonces en muchas ocasiones la y pueden haber divorcios puede ser que la pareja deje a su conyugue a pesar de lo dramática que es la situación si! Y eso doloroso ¿Por qué? Porque no es el mismo de antes el ya no es el mismo se obsesiona con la pintura, hace cosas raras, me asusta entonces la persona le va a costar trabajo adaptarse al nuevo miembro si, que de todas formas es un cambio y pues en muchas ocasiones han pedido el divorcio y los dejan. Uno no puede juzgar esos rompimientos maritales porque lógicamente la persona tiene un duelo también, ósea, tenía una pareja con quien compartían</i>	Buena adaptación Cambios comportamentales fuertes Daños producen divorcios No es el mismo Pareja hace cosas diferentes Dificultad para adaptarse al nuevo miembro Pareja sufre largo duelo Misma pareja pero diferente Crisis fuerte Hay agresiones La pareja se cansa Pareja no se compromete		Por el contrario, la experta número seis (6) quien fue una cuidadora que vivió por muchos años el escenario del cuidado a una persona que estuvo en estado de coma y que además de eso, fue dado

		<p><i>intimidad y de un momento a otro es la misma persona pero diferente, entonces ese dolor, ese adaptarme, hace que la pareja entre en una crisis muy fuerte por lo que se necesita de un apoyo psicológico para que no hayan agresiones ni peleas trayendo como consecuencia una ruptura. He visto dos casos como el de un señor que se le rompió una aneurisma y la mujer lo dejó después, él era un profesor de economía de una universidad, una persona muy inteligente la mujer lo dejó por el cambio que tuvo.</i></p>			<p>de alta sin esperanzas de vida, siendo llevado a pasar los últimos días en el seno de su hogar, menciona con total orgullo que inicialmente fue crítica la situación y dura la aceptación ya que no había comunicación entre ellos, pero que, poco a poco la relación con la pareja en ese estado se fortaleció, notándose siempre mucho acercamiento, atención, responsabilidad; ejerciendo todo por el bienestar y cuidado personal, haciendo énfasis en que todo depende del afecto, la fe y el amor que se le tenga a la persona durante la relación.</p>
	<p>P6</p>	<p><i>Pues bueno la relación de nosotros fue de mucho acercamiento, ehhhh realmente yo hice todo lo que estubo a mi alcance para que él estuviera bien, ehhhh pude lograr con observación, él tenía traqueostomia, sondas vesical, sondas gástrica y oxígeno, tubos por todas partes; ehhh tuve que adecuar la sala porque nosotros dormíamos en el segundo piso y pues tuve que adecuar la sala, por eso es que esto es falso (entrevistada toca paredes señalando) y buscar que él estuviera lo más confortable posible y yo lo atendí, yo le digo a la gente que el primer mes cuando me lo entregaron en la clínica en Cúcuta me dijeron " no hay nada que hacer , tiene que llevárselo para la casa" yo pensé que</i></p>	<p>Mucho acercamiento Hice todo por estar bien Inicialmente el mundo se vino encima No comunicación Dura aceptación Fe y amor Atención Esperanzadora Trato cuidadoso Mucha responsabilidad</p>		

	<p><i>el mundo se me venía encima porque pues en las condiciones de él, él era un hombre de 110 kg, alto, fornido, y verlo casi forrado en los huesos en menos de un mes o mes y medio sin ningún tipo de comunicación entre él y yo era duro, Fue muy dura la aceptación de esa situación, yo siempre he dicho que, en la medida que uno acepta las cosas, la vida se nos hace más fácil, y también pues la fe, el amor, entonces yo pienso que me dio muchísima fuerza y pude ofrecerle lo que pude, y bueno al principio conseguí a una enfermera que me enseñara el manejo, y pues si realmente fue muy efectiva esa ayuda , y cuando él estaba en ese entonces, nosotros íbamos a celebrar los 40 años de casados pero bueno no alcanzamos a hacerlos porque se nos atravesó la enfermedad de él. Pero es que uno acepte y segundo el afecto que uno tenga hacia el paciente, yo poco trata a de aceptar las cosas y pues yo seguía trabajando para poder resolver las cosas económicamente porque eso afecta la parte económica muchísimo. Él solo comía algún caldo, una sopa, Ensure, y nunca tomaba cuerpo, cuando uno lo estaba bañando eso era como uno estar lavando unos huesos, y yo decía " pero Gilberto no bota saliva, él tiene que pasar saliva, entonces un día inventé hacer gelatina y le di</i></p>	<p>Depende del afecto</p> <p>Fortalece cariño</p> <p>Parejas de ahora diferentes</p>		
--	--	--	--	--

	<p><i>gelatina, y paso gelatina, entonces yo dije le voy a seguir dando gelatinas" otro día yo inventé darle sopitas, calditos y pasaba hasta que un día dije voy a darle de masticar, esa emoción de él masticando y feliz, porque eso si el buena muela si fue toda la vida, entonces el masticando y pasaba y así, pues se dejaba la sonda pero sólo para pasarle la droga y entonces ya no lo volví a alimentar por esa sonda sino que ya era por la boca y note que se recuperaba un poco más. Tocaba estarlo volteando por qué las escaras eran muchas de las que se le formó en la UCI, para darle la comida me ayudaban los chinos, y también tuve muchachas del servicio llamémosla así y bueno para mí fueron mi mano derecha porque todos nos íbamos de la casa y quedaba el solo con ellas, entonces yo le dejaba lo de la sopita o alguna cosa o que me le dieran está Maizena y las señoras lo hacían mientras no estábamos y de resto pues aquí yo hice una camita al lado de él y cada dos horas me despertaba a voltearlo y casi dure dos años porque era muy grande el hueco que tenía en el coci de la escaras que se le había hecho en la UCI y como siempre boca arriba pues se le forman escaras y bueno una doctora me dio una crema que le teníamos que conseguir por cuenta de nosotros</i></p>			
--	--	--	--	--

		<i>pero al fin le fue saliendo carne y se le cerró y nunca más se la dejé volver a abrir. Entonces todo esto depende de la relación que se tenga, de la cercanía, del amor, de afecto, esa época de la relación de antes es diferente a la de ahora. Nosotros nos quisimos mucho, si tuvimos problemas y todo eso pero nos quisimos mucho y durante la enfermedad se fortaleció ese cariño.</i>		
--	--	---	--	--

Tabla 14: Análisis Subcategoría Parejas (Presente)

Subcategoría Parejas (Pasado)

Pregunta 11: Podría comentar ¿Cuál fue la mejor experiencia que tuvo en su relación de pareja, antes del evento ocurrido?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes P1	<i>Anteriormente eran totalmente diferentes, anteriormente yo no pensaba, ósea, yo... la idea de tener una relación de pareja con alguien para mí era algo innecesario, yo siempre estaba en mis cuentos con los amigos siempre era que vamos a tomar en que armar el parque, en salir a “gaminear”, gaminear entre comillas perdón... yo tenía una moto ehh salir hacer piques en las motos ósea era una vida muy desordenada y para mí el tema de mujeres siempre</i>	Innecesario Lo disfrutaba y ya	<u>Unidad de análisis I</u> Con experiencia P(1,3) <u>Unidad de análisis II</u> Sin experiencia P(2,4)	Las experiencias con relación a pareja por parte de los participantes (4) se percibe desde este análisis como escasas, los participantes afirman que eran innecesarias o no lo recuerdan, el participante uno afirma que en ese entonces eran innecesarias que solamente lo disfrutaba y ya, mientras que el participante dos no

		<i>fue ósea ultimo e innecesario... si se daba bien, llegaba lo disfrutaba y chao, ósea nada de quedarme estancado en una relación , ni meterle sentimientos</i>			recuerda alguna experiencias, con respecto a los familiares conocen muy poco acerca de los participantes con respecto a las experiencias de pareja afirmando que son reservados o que no conocen sobre ciertas experiencias.
	P2	<i>Ninguna que recuerde con claridad. Es un poco confuso la verdad intentar recordar cosas como esas por eso me limito a hacerlo y bueno.</i>	No recuerdo		
Familiar	P3	<i>No de esa parte si no le podría comentar porque él era muy reservado en lo de él, entonces no le podría comentar nada al respecto.</i>	Reservado		
	P4	<i>Mmmm ella no ha tenido relación así como tal nunca le he conocido, a no ser que no me lo haya querido comentar. Pero de resto no sé.</i>	Sin relación		

Tabla 15: Análisis Subcategoría Parejas (Pasado)

Subcategoría Parejas (Prospectiva de futuro)

Pregunta 12: ¿En qué lugar ha planificado vivir con la pareja? ¿Por qué?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	P1	<i>Pues yo una vez tuve una pareja con la que nos visionamos a futuro, como una ciudad, pues una ciudad principal como un Bucaramanga, un Bogotá donde las ofertas de empleo sean más abundantes, donde uno</i>	Ciudad principal (Bucaramanga, Bogotá)	<u>Unidad de análisis I</u> Bienestar P(1)	De acuerdo al interrogante sobre el lugar donde le gustaría vivir con la pareja y porque, de los cuatro (4) participantes uno (1) de ellos estima como
		Lugar con ofertas laborales	Conocer otro estilo de vida		

		<i>pueda conocer otros estilos de vida, donde uno pueda salir de la cajita del pueblo y conocer el mundo a nivel general, pero entonces si, como en ciudades principales, no sé dónde haya bastante industria y comercio.</i>	Donde haya mucha industria	<u>Unidad de análisis II</u> Sentido de pertenencia P(3)	bienestar el hecho de ubicarse en otro sitio con la pareja ya que esto les permite conocer otros estilos de vida, tener mejores ofertas laborales en ciudades capitales donde se mueve la industria, la productividad y la competitividad. El participante número dos(2) refleja sentido de pertenencia por su lugar de origen y menciona no tener interés por conocer o vivir en otro sitio; más bien vela por su región y lucha por las necesidades urgentes de su tierra Los participantes dos (2) y cuatro (4), perciben la situación como distracción en el sentido de que: viajar por diferentes lugares les ofrece la oportunidad de visitar zonas llenas de fauna y flora, les permite investigar y dar respuesta a sus inquietudes sobre el ecosistema; pero no serían sitios para establecerse por varios años.
	P2	<i>No tanto como vivir, sino irme a visitar lugares llenos de mucha flora y fauna, como te dije anteriormente que estudio biología, amo la naturaleza, todo lo relacionado con la vida me apasiona. Mi sueño es ser una gran bióloga.</i>	Visitar lugares llenos de fauna y flora Viajar por diferentes lugares	<u>Unidad de análisis III</u> Distracción P(2, 4)	
Familiar	P3	<i>por ahora no me ha comentado nada al respecto, él quiere es velar por su región de Norte de Santander ya que aquí se vive mucho la violencia paramilitar, el secuestro, el desplazamiento y eso de una u otra forma hace que los jóvenes que quieren su tierra no se vayan a otro lado , sino luchar por esta tierra, pero vivir en otra ciudad no.</i>	pocos comentarios velar por la región luchar por su tierra		
	P4	<i>Pues siempre le ha gustado lo relacionado con los viajes a lugar llenos de mucha naturaleza, lleno de verdes y de animales, mmmm otros lugares así, sería el amazonas allí hay demasiada vegetación. Pero vivir tal vez no, de pronto como te digo, para ir a investigar, conocer o cosas de esa línea pues.</i>	Viajes de aventuras Llenos de vegetación Llenos de animales Amazonas Vivir no Ir a investigar		

			Conocer		
--	--	--	---------	--	--

Tabla 16: Análisis Subcategoría Parejas (Prospectiva de futuro)

Subcategoría Amigos (Presente)

Pregunta 13: ¿Cómo es la relación con sus amigos actualmente?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	P1	<i>Actualmente si, si lo tengo es una amigo que lo conocí en la carrera, pues el ya actualmente no está porque él canceló carrera, canceló semestre pero yo con él, él está lejos y aun así chateamos, a veces el me llama yo lo llamo y él me cuenta las cosas que hace, yo le cuento las cosas que hago ehhe él se ríe de mí, yo me río de él y así ósea nos comunicamos bastantes y fue alguien que conocí yo en la carrera y pues es una persona muy bacana, muy bien.</i>	Buena comunicación Persona muy bacana	<u>Unidad de análisis I</u> Favorable P(1,2,3,4)	Las relaciones con los amigos de los seis participantes(6), son percibidas de forma favorable por (4) participante y percibidas de forma desfavorable por los expertos (2), los participantes (P1,P2) y familiares (P3,P4), afirmar que hay una buena comunicación, que los amigos contribuyen a la vida, que su relación con los amigos son buenas y amigables, con respecto a los expertos consideran que es difícil el cambio que tiene una persona que supera el estado de coma, que las secuelas pueden ser fuertes y ya no es lo mismo que antes, y que los amigos se pueden alejar,
	P2	<i>Tengo dos grandes amigos la una estudia medicina y el otro es un muchacho que conozco desde hace mucho tiempo, ello dos han contribuido a mi vida, me aconsejan y eso. De resto tengo varios compañeros de la universidad de la iglesia con quienes comparto pero cosas no personales de mi vida</i>	Amigos contribuyen a mi vida	<u>Unidad de análisis II</u> Desfavorable P(4,5)	
mi lia	P3	<i>Él siempre ha sido muy amigable, se puede decir desde chiquito porque él</i>	Muy amigable		

		<i>salía al parque y hablaba con todo el mundo..</i>			que al principio todo el mundo está con ellos y que ha medida de que pasa el tiempo se siente la lejanía y la soledad.
	P4	<i>Muy buena, ahora uno le pregunta cosas y siempre tiene una sonrisa en el rostro a la hora de decir las cosas, tiene mucho cuidado al hablar y llamarle la atención a alguna persona.</i>	Muy buena		
Expertos	P5	<i>Bueno, hay algo muy importante que hay que decir que tanto para la familia como para los conocidos es muy importante que reciban una capacitación sobre los cambios que sufre el paciente porque es mejor que los amigos conozcan para que los cambios en la persona no los tomen desapercibidos y ellos también de pronto entre en un shock sí! Y posiblemente eso se note mucho y el paciente se dé cuenta que no es el mismo, que tiene problemas, y eso a él lo va a empeorar. Pienso que eso es un trabajo muy fuerte con psicología para que ellos sepan que él no es como antes y sepan cómo actuar, porque cada vez que hay un daño cerebral si quedaron secuelas muy fuertes ehha la persona ya no es la misma y el asombro ante los cambios del paciente puede generar en los amigos, en la familia un shock, digamos que una depresión, un duelo, y lo que puede ocurrir es lo que yo le comentaba a Dayro; se pueden alejar, que se pueden ir que ya no pueden verlo, que les parece terrible</i>	<p>No es lo mismo</p> <p>Hay cambios</p> <p>Las secuelas pueden ser fuertes</p> <p>Ya no es lo mismo</p> <p>Depresión</p> <p>Se pueden alejar</p>		

		<i>si, y eso es malo para el paciente siempre es bueno que esté acompañado, que sienta el ánimo, que lo apoyen sí.</i>		
P6		<i>Bueno el primer año estuve muy acompañada, muy apoyada y venían los amigos porque como él era el comandante de la defensa civil aquí pues los querían los chinos y ellos al principio venían mucho y si por ejemplo si yo tenía que cambiar la bombona, ellos venían y me ayudaban a llevarla a cambiarla y todo eso y lo que fuera, lo que yo necesitara ellos me colaboraban mucho porque lo quería mucho, entonces sentía el afecto. Después ya de año y medio empieza la soledad y uno lo entiende ya los amigos casi no aparecen y hasta la familia deja de preocuparse y solo quien vive con el paciente debe aceptarlo porque es el pan nuestro de cada día, entonces se van alejando. Créame que , que yo pensé que cuando él murió ósea yo pensaba que el día en el que muriera no iba a ir nadie a su sepelio por nadie más volvió por aquí; a veces me preguntaban algunos pero de resto no venían ni nada y pues me callaron la boca porque afortunadamente me acompañaron personas muy especiales cuando él partió y se notaba el afecto que nos tenían.</i>	Soledad Alejamiento La familia deja de preocuparse	

--	--	--	--	--	--

Tabla 17: Análisis Subcategoría Amigos (Presente)

Subcategoría Amigos (Pasado)

Pregunta 14: Cuéntenos ¿Qué disfrutaba de compartir con sus amigos antes del evento?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	P1	<i>Antes del evento, del accidente salir en moto a dar vueltas a pasear a hacer piques, a correr a apostar plata, todo lo relacionado con motos, antes disfrutaba bastante de eso.</i>	Salir en motos Pasear Piques	Unidad de análisis I Positivas P(1, 2, 3, 4)	En relación con lo que disfrutaban los participantes que estuvieron en estado coma antes de ocurrido el evento, los cuatro (4) participantes a quienes iba dirigido el interrogante, valoran como positivos los momentos que departían con los amigos porque tenían más libertad de hacer las cosas; aun conociendo las consecuencias de sus acciones, planeaban salidas a diferentes lugares, cualquier tipo de eventos con la academia, utilizaban los vehículos sin la debida protección personal, consumían bebidas alcohólicas cada fin de semana con los
	P2	<i>Así que recuerde, más que todo las salidas de todo tipo y a todos los lugares, viajar con los amigos.</i>	Salidas de todo tipo Salir a diferentes lugares Viajar con amigos		
Familiar	P3	<i>Salir mucho de fiesta, veaaaaa... él siempre le gustaba era andar tomando mucho alcohol, era muy pesado cada vez que bebía y empezó a tener amigos por ahí. Yo pues vivía como mas siempre preocupada y le decía y él no me hacía mucho caso.</i>	Fiesta Consumir bebidas alcohólicas Departir con amigos		
	P4	<i>Ella siempre armaba sus salidas, siempre era la que decía vamos a hacer esto y esto, mejor dicho, era la que organizaba mucho los</i>	Salidas Iniciativa		

		<i>encuentros, lunadas, la que se interesaba, ahora pues casi no es así, ahora todo es con la iglesia, comparte mucho su tiempo a la oración, a la música cristiana y así.</i>	Encuentros Lunadas Algunos cambios		amigos y esto se convirtió en la rutina de los fines de semana.
--	--	--	--	--	---

Tabla 18: Análisis Subcategoría Amigos (Pasado)

Subcategoría Amigos (Prospectiva de futuro)

Pregunta 15: ¿Cuál cree que sería la situación más difícil que le pudiese pasar con un compañero?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	<i>Más que más adelante yo lo diría en la actualidad y es que mi amigo adquirió una enfermedad terminal entonces es bastante traumático y caótico porque cuando estamos hablando el empieza a llorar porque entra en crisis, en crisis existencial entonces empieza comentarme por lo que está pasando y como se siente entonces eso es bastante feo, más que en el futuro lo estoy viviendo ahorita en el presente y la vaina o el miedo que uno siente, usted sabe, que él llegue a morir, sin haber cumplido con las metas que él tenía en la vida.</i>	Una enfermedad terminal Crisis existencial Miedo	<u>Unidad de análisis I</u> Factores Psicológicos P(1,2,4,6) <u>Unidad de análisis II</u> Factores Biológicos P(1,5) <u>Unidad de análisis II</u> Factores ambientales P(3)	La situación más difícil que puede pasar un amigo o conocido de los seis (6) participantes, se clasifican en diferentes aspectos, en los factores psicológicos se encuentran cuatro (4) de los participantes; en los factores biológicos dos (2) participantes y en los factores ambientales uno (2) de los participantes. En los factores psicológicos los participantes afirman que las situaciones más difíciles que le puede pasar a un amigo son el miedo,
	<i>Que me diga mentiras, no me gusta</i>	Las mentiras	<u>Nota:</u> cabe mencionar que las respuestas de los	

		<i>que me digan mentiras, ante todo, la verdad y si algo no le gusta a alguien que me lo refiera a mí misma y no lo comente con otras personas que no tienen por qué opinar de uno.</i>		participantes se pueden clasificar en una o más unidades de análisis. El participante 1(P1) se encuentra dentro de las unidades de análisis factores psicológicos y factores biológicos.	la crisis existencial, las mentiras, el estrés y la soledad, dentro de los factores biológicos los participantes afirman que una enfermedad terminal, daño cerebral y la amnesia como aspectos o situaciones difíciles que le pueden pasar a un amigo, Dentro de los factores ambientales encontramos aspectos como un segundo o tercer accidente, o falta de cuidado como aspecto o situaciones que le pueden pasar a un amigo o familiar.
Familiar	P3	<i>Que tenga otro accidente con esos amigos que tienen moto, que no me lo cuiden, que me lo lleven por el mal camino y si es caso mi hijo vaya y tenga un tercer accidente.</i>	Un segundo accidente Que no se cuide Un tercer accidente		
	P4	<i>Mmmm pues haber, ella algunas me ha comentado que no le gusta que le den rodeos, ni que le pregunten tanto la misma cosa varias veces cuando y ella ha dado alguna respuesta, ella me ha comentado de una doctora que tiene o que tenía porque ya creo que dejo de asistir que le estresa mucho y que no ve resultados por lo que ella le ha hecho.</i>	El Estrés		
Expertos	P5	<i>Eso depende también, pienso que primero sería el nivel de conciencia, pero generalmente la conciencia se mantiene ¡no! Entonces si la persona es consciente de la perdida que tuvo porque después de un bien sea de un daño cerebral adquirido hay una pérdida de las capacidades cognitivas, entonces si la persona es consciente de su perdida ella querrá ocultar ese problema lógicamente ¡no! Ósea ella no querrá mostrar que tiene un daño a sus amigos por lo que es probable que si el daño es del</i>	Daños cerebral Enfermedad Amnesia		

	<p><i>habla pues ella no hable, o si el daño es a nivel motor pues que no se mueva. Ella no va a querer mostrarse diferente con sus facultades así como nosotros que no sales un grano horrible nos lo tapamos, porque no queremos que la gente por ejemplo si hay una reunión de los ex alumnos del colegio, de la universidad para una fiesta pues nos tapamos ese grano. Así es el paciente el podrá de pronto disimular parte de su pérdida pero el problema va a ser cuando ya sea evidente y tenga que moverse o este temblando y tenga que pararse pero no es capaz ¡sí! Entonces yo pienso que para el esto va a ser un choque por que tiene una perdida y no va a querer que sus amigos lo evidencien. Es el nivel de conciencia de la perdida lo que afecta a la persona con daño cerebral adquirida. Por otro lado dependiendo del daño hay una enfermedad que se llama prosopagnosia que es una dificultad para el reconocimiento de las caras un daño en la percepción visual y si la persona tiene prosopagnosia no va a reconocer a sus amigos, ni a su familia. También puede por otro lado que no se acuerde de las fiestas cuando uno le pregunte siendo esto un signo de amnesia y problemas motores son las dos cosas que más se afectan pero eso depende del daño</i></p>			
--	--	--	--	--

		<i>porque puede ser que hasta no se acuerde de sus amigos, borre episodios de los amigos.</i>			
	P6	<i>La soledad con la que va quedando, porque tarde que temprano va quedando solito, solito sin con quince conversar, ni quien lo mire; los amigos y los conocidos para un ser humano son importantes, pero uno se pone a mirar cómo se van alejando, cómo va quedando uno solo, en cuanto a mi mamá no pude ver porque yo tuve que venirme entonces no puedo decir nada al respecto porque me vine por el trabajo ya que solo me daban 3 o 4 días de permiso.</i>	Soledad		

Tabla 19: Subcategoría Amigos (Prospectiva de futuro)

Categoría N° 2: CONDUCTUAL**Subcategoría Conductas de Riesgos (Presente)**

Pregunta 16: ¿Qué hace para evitar situaciones de riesgos?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	P1	<i>Bueno pues para evitar situaciones de riesgo en cuanto al alcohol y cigarrillo que lo estoy tratando de controlar en la actualidad es alejarme de esas zonas de riesgo</i>	Controlar alcohol Controlar cigarrillo Alejar de zonas de riesgo	<u>Unidad de análisis I</u> Prevención P(1, 2, 3, 4, 5, 6)	En la actualidad para la prevención de riesgos de accidentes los seis (6) participantes comparten los criterios de: acatar las

		<i>ósea si por lo menos yo vivo vivía en la plazuela entonces ya ahorita voy a pasarme a vivir a campo amor para alejarme de esa zona de riesgo para yo decir no ya está muy lejos, entonces no voy a tomar ehhh, seguir hablándome con esos amigos que fuman pero entonces ya como con cierto distanciamiento que si me invitan a un cigarrillo yo como que lo cambien por un tinto o como que no, no puedo verme con ustedes o cosas así.</i>	Limitar Cambio de planes		normas de bioseguridad impartidas por la sociedad, para evitar riesgos a la salud física y mental, por tal motivo, se recomienda no consumir bebidas alcohólicas en exceso, controlar el consumo del cigarrillo, alejarse de las zonas de riesgo, por lo que esto se convierte en un problema de salud pública, desencadenando múltiples afectaciones en el rendimiento físico y psicológico de las personas, o en su defecto, de los estudiantes universitarios. Asimismo los familiares y expertos coinciden en que en el hogar desde un principio se les advierte, se les educa y se les anima a hacer uso correcto y obligatorio de los elementos de protección personal de calidad certificada, con el fin de evitar situaciones de riesgos y así tener una mejor calidad de vida.
	P2	<i>Ahora más que nunca utilizo las medidas de protección y hago que las demás personas las utilicen con eso podemos evitar.</i>	Medidas de protección Sensibilizar evitar		
Familiar	P3	<i>Yo siempre como madre le decía a el que siempre que fuera a subirse en moto utilizar el casco para que se cubriera la cabeza de algún golpe con la motocicleta con la que andaba. Los primos también le decían todo el tiempo que mucho cuidado.</i>	Alertaba Cubrirse la cabeza Familia advertía		
	P4	<i>Utilizar las herramientas de protección personal, después de saber lo que le ocurrió a ella, cada vez que subo a una moto, cada vez que subo una buseta me tomo de la mano de la barra o de la silla de adelante por si las moscas. Jajajajajajajaj entonces eso para algunos resultará un poco X, pero lo</i>	Utilizar medidas de protección Apoyarse en bases Protegerse Buscar bienestar		

		<i>hago y lo seguiré haciendo por mi bienestar.</i>			
Expertos	P5	<i>Bueno, en primer lugar que tenga algún tipo de protección para el caso de las personas que conducen vehículos como por ejemplo las bicicletas y las motocicletas son digamos que las personas más vulnerables ¿Por qué? porque muchas veces no llevan cascos, creen que si la policía les llama la atención o las demás personas lo hacen por molestarlo. En segundo lugar el casco que se compran es muy barato o de baja calidad y no les va a proteger el cerebro. En tercer lugar estarían protegidos de la cabeza pero lo que es la medula espinal, lo que es la columna con los huesos allí, por ejemplo, con un golpe allí puede producir una parálisis, entonces... deberían tener una protección mayor de estas áreas. Por lo anterior reitero que en primer lugar deberían buscar estar bien protegidos, que fuesen a lugares que no sean tan riesgosos, ósea que ellos pasaran por lugares donde no hay tantas mulas no hay carros pesados ni, ni tantos buses, conducir no a altas velocidades sino la velocidad permitida. Gran parte de los accidentes es por ir a altas velocidades y no poder coordinar los movimientos adecuados para evadir un bus, un camión o un</i>	<p>Usar protección</p> <p>Atender amonestación</p> <p>Material de calidad</p> <p>Proteger todo el cuerpo</p> <p>Visitar zonas no riesgosas</p> <p>Evitar altas velocidades</p> <p>Coordinar movimientos</p>		

		<i>pasajero, un peatón y no va a una velocidad baja; puede frenar, puede moverse, puede correrse pero si va a una alta velocidad no puede hacer esa acción anterior.</i>		
P6		<i>Pues bueno que se cuiden y que sigan las indicaciones y el cuidado que se imparte en la crianza o el medio y saber elegir las mejores y entonces pues conocerse porque el cuerpo siempre a uno le da alguna alerta de que algo no anda bien, y pues desafortunadamente Gilberto era un hombre que cuidaba mucho y vea, y uno mismo hace que todas la cosas pasen por tomar malas decisiones y no es por culpa de Dios, entonces si uno no se cuida el organismo se va deteriorando. Y cuando uno está en alguna enfermedad entonces se aprende a valorar lo que se tiene. En cuanto a los cuidadores, si uno tiene voluntad se puede colaborar muchísimo sin necesidad de estar pues todo el día pendientes de que no se desprenda de ahí. Hubo un doctor apellido Motta un fisioterapeuta, cuando llegamos a la clínica que me lo entregaron, él fue quien me lo recibió y me dijo que "qué tal que se despierte y se vea así en pañal, usted como cree que va a reaccionar" todo porque él era muy pulcro Gilberto era muy pulcro porque siempre era bien vestido todo el día y perfumado</i>	<p>Cuidarse</p> <p>Seguir indicaciones</p> <p>Cuidado de la crianza</p> <p>Evitar malas decisiones</p> <p>Valorar la vida</p> <p>Prever las consecuencias</p>	

		<i>y todo. El doctor le hacía las terapias y nosotros las pagamos y el doctor le cantaba, le hablaba , le visitaba y así no le pagará yo al doctor siempre venia, ya con el tiempo Gilberto fue cogiendo más carnecita y estaba muy bonito "mi churro", nunca se debe abandonar al paciente.</i>			
--	--	--	--	--	--

Tabla 20: Subcategoría Conductas de Riesgos (Presente)

Subcategoría Conductas de Riesgos (Pasado)

Pregunta 17: Podría mencionar ¿Qué conductas de riesgos aumentan las probabilidades de deterioro a la salud física y mental?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes P1	<i>Bueno conductas de riesgo, yo las hablo a partir de del accidente que tuve y las cosa que uno no tiene muy en cuenta y pues en la actualidad ni el tiempo pasado cercano es el consumir bebidas alcohólicas, en embriagarme ehhhh pues muy seguido y hasta un punto en el que ya pierdo la conciencia ósea yo antes del accidente yo solía tomar dos, tres días seguido que no perdía la conciencia ahorita tomo un solo día y ya pierdo la conciencia entonces el consumir bebidas ha ido causando como un degeneramiento a nivel cognitivo bastante grande, también</i>	Consumir bebidas alcohólicas Degeneramiento a nivel cognitivo Fumar Trasnochar	Unidad de análisis I Factores de consumo P(1,6) Unidad de análisis II Factores de desprotección (2,3,4,5,6) Unidad de análisis III Factores biológicos P(1,5) Unidad de análisis IV Factores ambientales P(1,2)	Las conductas de riesgo que aumentan la probabilidad de deterioro físico y mental de los seis participantes (6), son consideradas por dos (2) de los participantes con riesgo de consumo afirmando que factores como el consumir bebidas alcohólicas, fumas aumentan la probabilidad de deterioro, cinco (5) de los participantes afirma que los factores de desprotección tales como

		<i>como el fumar, fumar también causa demasiado daño y el trasnocho también causa alteraciones en el sueño en la persona que no permite que funcione bien en el día y todas esas cosas así.</i>		<p><u>Nota:</u> Cabe mencionar que dentro de las unidades de análisis mencionadas, varios de los participantes se pueden clasificar en una o más unidades de análisis.</p>	<p>el no acatar las normas de bioseguridad, el no usar casco cuando se conduce una motocicleta u omitir las medidas de protección ponen en riesgo la vida de la persona aumentando la probabilidad de deterioro tanto físico como mental. Los factores biológicos son considerado por dos(2) de los participantes como conductas de riesgo en los que se encuentra algún tipo de infección en el organismo o el deterioro cognitivo, factores que pueden aumentar la probabilidad de deterioro, finalmente los factores ambientales son consideradas por dos (2) de los participante como aspectos que aumentan la probabilidad de deterioro en la que encontramos el trasnochar y los traumas.</p>
	P2	<i>Yo pienso que a nivel general el no acatar las normas de bioseguridad hacen que uno esté todo el tiempo expuesto a peligros como el sufrir un accidente con químicos y si no se está debidamente protegido puede sufrir la persona quemaduras de segundo y tercer grado o en el caso particular, a nivel mental puede que dependiendo de la gravedad del trauma también a nivel psicológico la persona tenga problemas gravísimos.</i>	<p>No acatar las normas de bioseguridad</p> <p>Traumas</p>		
Familiar	P3	<i>Yo siempre como madre le decía a el que siempre que fuera a subirse en moto utilizar el casco para que se cubriera la cabeza de algún golpe con la motocicleta con la que andaba. Los primos también le decían todo el tiempo que mucho cuidado.</i>	<p>No usar casco</p>		
	P4	<i>Bueno como amigos que somos, teníamos la precaución de hacer uso de las medidas de protección personal cada vez que asistimos a laboratorios y al campo a realizar alguna excursión por parte de la universidad. En su familia si no sabría decirle porque casi ella no me</i>	<p>Medias de protección</p>		

		<i>hablo de la familia.</i>			
Expertos	P5	<i>Ósea por ejemplo cuales son los riesgos que puede correr una persona de sufrir un trauma craneoencefálico, como por ejemplo una persona que va en una moto sin casco y se golpea contra un bus, la primera causa o la primera o la primera consecuencia puede ser la muerte porque el cerebro es un órgano muy delicado que está protegido por la cavidad del cráneo pero el cráneo al ser un golpe fuerte se puede romper, entonces el rompimiento puede producir ehhhh.... digamos que... unos daños, de pronto pude causar infecciones en el cerebro y las lesiones que van a producir siempre son en la memoria, en el lenguaje, lesiones en las habilidades motoras y afectando a eso lo que puede pasar es que la persona entre en estado de coma, es decir después de la muerte si el no muere puede quedar en un coma por el nivel del golpe y el coma es un estado de inactividad cerebral que va a producir daños a nivele como el lenguaje, en áreas motoras, en áreas de la memoria, en áreas del movimiento, de la percepción , de la atención y algunas otras funciones ejecutivas y dependiendo de las áreas que se hayan afectado puede producir un síndrome.</i>	<p>No usar casco</p> <p>Infecciones en el cerebro</p> <p>Lesiones</p>		

	P6	<p><i>La causa del coma de mi esposo fue que a él le dio un infarto , le dieron varios pre infartos previos pero aquí no se le atendía hasta que le dio el infarto y fue mandado a la ciudad de Cúcuta y en la UCI estuve esperando que el efecto de la Aspirina que tomaba para la tensión se pasara porque le hicieron el cateterismo y tenía dos venas del corazón obstruidas entonces pues que le tenían que hacer operación de corazón abierto y la habían proyectado para el 14 de Julio pero al final el doctor me dijo que tocaba adelantarla por qué le daban pre infartos y eran muy seguidos y estaba con un alto riesgo de muerte entonces que adelantaban la operación. Por lo que la adelantaron para un sábado 12 de julio y como a las 3:00pm el doctor dijo que entrara y que me despidiera porque ya lo iban a pasar a cirugía, el doctor explicó que la operación era muy sencilla y que eso lo hacían mucho, que el riesgo era mínimo y que no tenía que irse de Pamplona después y que se quedaba después de eso un mes para hacerle terapias y unas cosas posoperatorias y después podía volver a hacer su vida normalmente mi esposo estaba muy contento de saber que iba a quedar bien y estaba muy positivo en relación con la operación. Mientras le daban infartos nunca perdió el</i></p>	<p>Tomar Desprotección</p>		
--	----	---	--------------------------------	--	--

	<p><i>conocimiento y cuando le dio el infarto mandó a llamar a la familia y nos dijeron que Gilberto no aguantaba más pero no perdió el conocimiento, antes de la cirugía los hijos, los nietos entraron a la sala y hablaron con él. La operación demoró toda la tarde desde las 3:00pm hasta las 10:00 pm y nosotros espere y espere pero algo pasó en esa cirugía porque después de los días siguientes yo no me había. Dado cuenta , me vine a dar cuenta fue cuando lo pasaron a la habitación que yo le vi dos peladuras en la cabeza a los lados y eran como unos cocidos, a él le debieron haber hecho algo, el médico si debe saber lo que pasó, pero algo le debió pasar allá dentro, el doctor lo único que me dijo que si había sido difícil la operación, que tenía unos huesos muy duros, que habían luchado para poder abrir el esternón y bueno nos dijo que fuéramos a verlo al día siguiente a las 11:00 am... Pues por ejemplo, él era hipertenso, él sabía que no debía fumar y fumaba, entonces una de las cosas que decían del infarto era por el tabaquismo, él también tuvo una época en la que tomaba mucho también, pero sobre todo el fumaba cada vez que podía, entonces en ese sentido nunca se cuidaba, pero si se tomaba todas las pastillas y nunca faltaba a las citas</i></p>			
--	---	--	--	--

		<i>médicas y tome pastillas y tome, yo le decía que parecía gallina tomando pastillas, y él me respondía que las tomaba porque se las mandaba el médico . Entonces la desprotección que uno más grande se da es en la forma de vivir.</i>			
--	--	---	--	--	--

Tabla 21: Subcategoría Conductas de Riesgos (Pasado)

Subcategoría Conductas de Riesgos (Prospectiva de futuro)

Pregunta 18: Desde su experiencia ¿Que recomendaciones daría a otras personas con el propósito de evitar accidentes que los lleven a una unidad de cuidados intensivos (UCI)?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	P1	<i>Bueno los consejos pueden ser muchos yo lo voy a hablar desde el accidente que me tocó a mí personalmente que fue un accidente de tránsito y es en manejar con precaución yo antes cuando tuve el accidente yo manejaba pues a altas velocidades no utilizaba el casco de protección manejaba en contra vías entonces manejar con precaución, respetar las señales de tránsito y saber qué, que el día en el que está en la moto uno hace imprudencias, uno no tiene porqué correr ósea vaya con calma , cuídense en salud como</i>	Muchos consejos	Unidad de análisis I Prevención P(1, 2, 4, 5, 6)	Desde la experiencia de cada uno de los seis (6) participantes, acerca de las recomendaciones en una prospectiva del futuro para evitar posibles accidentes en las personas, se consideran por cinco de los seis participantes, tomar conciencia como medidas de prevención de accidentes que los puedan llevar a una unidad de cuidados intensivos (UCI), manejar con precaución,
			Manejar con precaución		

		<i>dice mi papa y pues corra o no corra va a llegar a su casa va a llegar a donde tiene que ir entonces para que correr.</i>	Dejar la prisa	<u>Unidad de análisis II</u> Desconfianza P(2, 3, 5)	caminar por sitios que no atenten contra la integridad física, hacer uso de los elementos de protección personal, respetar las normas de tránsito, salir a tiempo al lugar de destino, no ser necios; ser inteligentes, moderarse y aceptar los errores con el fin de mejorar y así evitar daños tanto a nivel personal como a terceros. De la misma manera, una vez se ha salido del estado de coma por un accidente ya sea este causado por algún aparato vehicular, o cualquier otro, se genera una desconfianza, que de acuerdo con los participantes dos (2), tres (3) y cinco (5), hay temor de volver a subirse, dado el caso, a una motocicleta o al aparato de donde se originó el incidente, considerándolo como lo peor que se podría utilizar; esto afecta a nivel mental en la confianza, la concentración, entre otras situaciones que se generan a partir de esto.
	P2	<i>Que no utilicen motos, lo peor que pueden hacer uno es subirse a una moto y más aun sin casco, si pasa un accidente y el casco es muy bueno pues si se protege la cabeza pero y ¿el resto del cuerpo qué? queda expuesto a que una rama o unas piedras y demás elementos caigan sobre él y dañen los miembros inferiores y superiores. Lo otro es que respete las señales de tránsito y no ir a altas velocidades en un aparato auto vehicular.</i>	No utilicen motos Usar elementos de protección Seguir indicaciones Respetar señales de tránsito No exceso de velocidad		
Familiar	P3	<i>Noooooo... lo primero que nos dijeron fue que nada de motos, ósea él sabe que no puede andar en motos, porque lo menos tenía ocho meses de haber salido del estado crítico y subió moto a andar y volvió y se me accidentó y el golpe fue en la cabeza, ósea que el con el tiempo ha ido sanando gracias a mi Dios, es que lo que Dios hace lo hace perfecto, entonces no voy a pensar en el futuro tener cosas malas con él; no porque Dios me lo tiene para cosas muy buenas, pero el a los ocho meses de haberse agarrado una moto yo no sé si fue por el aire o al recibir el aire y la velocidad y eso volvió y se estrelló</i>	Nada de motos Tener cuidado Vivo de milagro Repite accidente		

		<p>y casi se me mata mas bien. Ahora toca tener mucho cuidados con las motos porque empezado que a él se le olvidan mucho las cosas últimamente al tiempo viene y es que se medió acuerda, pero es que es un peligro porque. Toca estar pendiente de él porque está en tratamiento y se le hacen tomografías porque puede resultar un tumor y no se sabe qué cosa pueda pasar con ellos.</p>			
	P4	<p>Que seamos inteligentes a la hora de salir de casa, es decir caminemos con mucho cuidado, andemos con mucho cuidado, no nos creamos con súper poderes, respetemos las normas de tránsito a toda hora, utilicemos los equipos de protección personal por muy incómodos y voluminosos que sean.</p>	<p>Ser inteligente Cuidadosos Respetar señales de tránsito Usar elementos de protección personal</p>		
Expertos	P5	<p>Bueno en primer lugar la persona como ha tenido un evento traumático, lo más probable es que también no vuelva a usar, por ejemplo, si tuvo un accidente en una moto que le causó el coma; no vuelve a usar más las motos, o si en un animal evita hacerlo si! Le coge miedo, llega a tener un trauma, entonces digamos que las recomendaciones son similares las que producen de ir despacio de... yo pienso de que la persona después de haber tenido un</p>	<p>Temor a usar moto Temor a usar animal causa de accidente Ir despacio No manejar por ansiedad Evitar riesgos Acatar normas</p>		

	<p><i>coma no vuelva a montarse en un moto y si lo hace debe despertar mucha ansiedad en la persona, entonces las recomendaciones son de evitar situaciones riesgosas como por ejemplo caídas ya sean subiéndose a un árbol ya sea caminando en un piso liso o bajar escaleras sin cogerse de las barandas o ya sea porque en el baño a veces hay muchas caídas por el jabón , entonces yo creo que ahí la sugerencias seria mirar como actos seguros para que la persona no vuelva a tener accidentes ya sean dentro de la casa, en el trabajo. También es importante que la familia este muy atenta, porque si fue en una moto la familia le impida subirse en esos vehículos hasta que logre una completa recuperación porque realmente la moto es de lo peor para un ser humano ya que la persona va totalmente desprotegida su cuerpo y puede sufrir daños por todos lados.</i></p>	<p>Familia este atenta</p> <p>Moto es lo peor</p>		
<p>P6</p>	<p><i>Digamos lo mismo, si ya tiene su medicación, seguir. Ehhhh si tiene que hacer cambios de vida, ser conscientes de eso, de que tiene que cambiar, ehhhh hábitos malos, para tener mejor calidad de vida, ehhh ir a hacerse los controles cuando tenga que hacerlos, y pues asumir su nueva vida, tener conciencia de lo que tiene, del defecto que tiene y saber que si no se cuida las consecuencias puede</i></p>	<p>Seguir medicación</p> <p>Posibles cambios en su vida</p> <p>Tomar conciencia</p> <p>Eliminar malos hábitos</p> <p>Ir a controles</p>		

		<p><i>ser peores.</i> <i>Que no sean tan necios, el problema es que, pues, eso nunca le va a pasar a uno. Y uno vive engañado de que siempre vamos a estar muy bien, el problema del ser humano es de creerse como autosuficiente, eso a mí no me va a pasar, entonces como no me va a pasar, hacen las cosas como a medias, no se cuidan y siguen en eso, entonces, deben dejar de ser necios y tomar conciencia porque tomando conciencia y aceptando las cosas se vive mejor, y tratar de moderar los malos hábitos de vida.</i></p>	<p>No ser necios</p> <p>Ninguno está exento de...</p> <p>No autosuficientes</p> <p>Aceptar errores</p> <p>moderarse</p>		
--	--	--	---	--	--

Tabla 22: Análisis Subcategoría Conductas de Riesgos (Prospectiva de futuro)

Subcategoría Conductas laborales (Presente)

Pregunta 19: Actualmente ¿Cómo es su desempeño laboral donde trabaja?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
<p>Participantes</p> <p>P1</p>	<p><i>Bueno eh en la alcaldía el voluntariado que estoy haciendo pues me han dejado permanecer más por mis relaciones sociales ehh yo puedo, tengo la facilidad de entablar relaciones sociales con los chicos de los colegios, con los padres de familias, con algunos docentes con una facilidad como que es muy muy</i></p>	<p>Buenas relaciones</p> <p>Me gusta hablar con la gente</p> <p>Facilidad para hablar</p>	<p><u>Unidad de análisis I</u> Bueno P(1,3)</p> <p><u>Unidad de análisis II</u> Malo P(2,4,5,6)</p>	<p>El desempeño laboral de los (6) participantes, son percibidas como buenas por tres (3) de los participantes, en los que se encuentra el primer participante (P1) y su familiar (P3), quienes consideran que tiene</p>

		<i>fluida, entonces eso me permite pues estar allá haciendo voluntariado estar en con una constate acción y me gusta bastante el estar en contacto con la población, hablar con la gente a mí no me importa si son de esos que catalogan como ñeros o que, que si están en la cárcel por algún delito no , porque yo con cualquier persona tengo la facilidad de hablarme y entablar un relación por decirlo así, amistosa.</i>			
	P2	<i>No trabajo, cuido en la casa a mi sobrina y mi hermana me ayuda, pero si trabajara no tendría dificultades, solo en trabajos que requieran fureza.</i>	Sin dificultades Dificultades en trabajos que requieran fuerza		
Familiar	P3	<i>Pues él está en pamplona y le toca viajar a Bogotá a exámenes y viene a mi casa y allá en pamplona está haciendo un voluntariado en la alcaldía y me comenta que es muy bueno porque la gente ha simpatizado mucho con él, todos le saludan, toma café con algunas personas y así.</i>	Es bueno		
	P4	<i>Ella depende económicamente de la hermana, aun no trabaja, estudia todavía y pues prefiere tomarse un café con los amigos, así no la dejamos estar sola. Pero si actualmente trabajara las lesiones del accidente tendría mucha</i>	Depende de la hermana Dolores en las lesiones		facilidades para laborar por sus buenas relaciones y facilidad para comunicarse con otro, a diferencias del segundo participante (2) y su familiar (P4) quienes consideran que no tiene dificultades pero que todavía se evidencia secuelas a partir del accidentes y que depende actualmente de la hermana, a su vez presente dificultades para laborar en trabajos que requieran fuerza, con respecto a los expertos afirma que la capacidad para laborar después de un accidente depende de una valoración general de sus capacidades y el grado de lesión en el cerebro y la zona afectada.

		<i>influencia ya que todavía siente dolores.</i>			
Expertos	P5	<i>Es importante evaluar que lesiones tiene una persona y si tiene la misma capacidad laboral, yo la verdad no he conocido la primera que haya tenido un coma y este trabajando, entonces yo pienso que lo que toca hacer primero es que la persona después de haber salido del estado de coma, entre en un proceso de valoración, de evaluación a fin de que se puede evidenciar cuales serían las secuelas; y de acuerdo con las secuelas se decide si la persona puede seguir trabajando.</i>	<p>Depende de las lesiones</p> <p>Se realiza proceso de valoración para evaluar su capacidad</p>		
	P6	<i>En el caso de mi mama, mamacita comenzó a vivir la vida normal, ella asumió después todo el rol de la casa solita, o con los nietos; yo la vi normal, ella como le digo fueron doce años que vivió después de lo que le pasó y pues estuvo bien, a ella cuando le dio eso, la sangre no le coágulo en la cabeza, la sangre siguió circulando en el cuerpo y no se habían dado cuenta de lo que le había pasado, cuando en el hospital le hicieron una punción y salió sangrosa, y el médico digo que era que había tenido un derrame cerebral. Entonces pienso que también, de pronto lo que hizo mi papá que estaba ahí en el ese</i>	<p>Depende del grado de lesión en el cerebro y la zona afectada</p>		

	<p><i>momento, le pudo haber servido, por la sangría esa que le hizo para que no hubiese sido peor, entonces la sangre circuló, el médico con lo de Gilberto me explicaba que un derrame cerebral es como cuando uno se corta y la sangre queda aguantada como en un recipiente y no sale y viene uno y le hecha agua y con el tiempo se va decantando, entonces mientras no haya como un coágulo o como algo que haga presión sobre el cerebro y lo dañe, la sangre se revuelve con el líquido cefalorraquídeo hasta que se va depurando y pues, entonces ese tiempo en el que duran como en coma, como en que no saben que es, y que se les olvida hasta de cómo se llaman, pero vea que Gilberto después recuperó la memoria, pero si de pronto si hubieron algunos muchos cambios a nivel emocional. Mi esposo estuvo en coma durante mucho tiempo y no pudo volver a trabajar, eso también del grado de lesión en el cerebro y la zona afectada, yo creo que mi esposo hubiera tenido dificultades porque entre mayor tiempo en estado de coma, hay mayor tiempo de recuperación.</i></p>			
--	--	--	--	--

Tabla 23: Subcategoría Conductas laborales (Presente)

		<i>gustado trabajar y siempre ha estado ocupado en cosas, cuando lo veo es que me dice “mama estoy en tal parte, haciendo tal cosa” y yo pues ya con el tiempo fui entendiendo de que él estaba creciendo y que pues ya tomaba decisiones por sí mismo y lo dejaba.</i>	Ocupado Decisiones por sí mismo Libertad de trabajar		planes y proyectos, con toda la libertad para realizar sus labores diarias, independientes a la hora de tomar decisiones por sí mismos.
	P4	<i>Ella era muy trabajadora como le dije anteriormente, ahora le toca quedarse quieta y tomarse sus medicamentos, porque solo el tratamiento que tiene es ese, porque de resto tiene con otra doctora que creo que es psiquiatra o psicóloga pero ha dejado de asistir allí.</i>	Trabajadora Independiente		

Tabla 24: Subcategoría Conductas Laborales (Pasado)

Subcategoría Conductas Laborales (Prospectiva de futuro)

Pregunta 21: A futuro, ¿Cómo se imagina que puede ser sus condiciones laborales?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes P1	<i>Bueno mi desempeño laboral a futuro ehhhh en cuanto a conceptos teóricos de mi profesión pues estoy un poquito flojo no tengo muy buena retentiva para esto, pero yo me fortalezco bastante es en las relaciones sociales en la facilidad</i>	Poco conocimientos Facilidad de comunicación Brindar oportunidades	<u>Unidad de análisis I</u> Favorables P(1,2,3,4) <u>Unidad de análisis II</u> Desfavorables (5,6)	El imaginario o perspectiva a futuro de las condiciones laborales son percibidas de los seis (6) participantes, son percibidas por (4) de los participantes de forma

		<i>que tengo yo de acercarme a una población ehhh, ehhhh comunicarme con ellos sacarles información, en brindarles asesorías, en ayudar como por lo menos para un proyecto que estoy trabajando de consumo de sustancias psicoactivas, en brindarles opciones de vida que no sean solo delinquir y consumir drogas, sino que tengan una forma más de vivir.</i>			favorables, los más favorables son los participantes y sus familiares afirmando que a pesar los pocos conocimientos tienen facilidad de comunicación, aceptación y manifiestan que hay probabilidades de oportunidades para trabajar; en cambio los expertos se enfatizan que estas personas que superaron el estado de coma pueden presentar algún tipo de dificultad dependiendo del grado de la lesión y la duración del estado a su vez afirman que son pocas las posibilidades de tener una vida como antes.
	P2	<i>Pienso que las personas me van a aceptar como soy y tendré la oportunidad de trabajar como cualquier otra persona sin ningún tipo de impedimento.</i>	Aceptación Oportunidad de trabajar		
Familiar	P3	<i>Pienso que mi hijo va a tener muchas oportunidades de trabajo, siento que la gente no le va a tener lastima por lo que ha vivido, lo único es que debe cuidarse mucho.</i>	Muchas oportunidades de trabajo		
	P4	<i>Pienso que a donde toque puertas se les van abrir, ella es de carácter un poco fuerte pero lo sabe manejar y sé que le va a ir muy bien ejerciendo su carrera como bióloga.</i>	Buenas oportunidades Le va a ir muy bien		
Expertos	P5	<i>A futuro se ve muy comprometida, dependiendo del grado de la lesión, las personas que superan el estado de coma pueden presentar alguna dificultad.</i>	Puede presentar alguna dificultad		
	P6	<i>Yo pienso que hubiera Sido la</i>	Pocas posibilidades de		

		<i>persona más feliz, volver a ser lo que era, así fuera con limitaciones, volver a su defensa civil, volver a estar con los muchachos en todas las actividades, colaborar como me colaboraban aquí, yo creo que él hubiera si? Eso y yo creo que uno con el paso de los años anhela cosas que de pronto no ha podido tener, o hacer, pero yo creo que hubiéramos tratado de tener una relación casi normal, dentro de lo que se hubiera haber sido y de las consecuencias que hubieran quedado.</i>	retomar el trabajo Depende de las consecuencias		
--	--	--	--	--	--

Tabla 25: Subcategoría Conductas Laborales (Prospectiva de futuro)

Categoría N° 3: CALIDAD DE VIDA**Subcategoría: Mejoras (Presente)**

Pregunta 22. En la actualidad ¿Qué puede mejorar de su vida, teniendo en cuenta la situación por la que ha pasado?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes P1	<i>Bueno en cuanto a tener una mejor calidad de vida, ¿Qué puedo mejorar? Ehhh esto que comenté hace un momento que es el consumo de bebidas embriagantes y el consumo del tabaco, del cigarrillo, y el consumo esporádico de consumo de sustancias psicoactivas. Ósea no es que la consuma as todos los días si</i>	Tener mejor calidad de vida No fumar No beber alcohol No consumo de SPA	<u>Unidad de análisis I</u> Aspectos negativos, toma de conciencia P(1, 2, 3, 4, 5, 6)	En relación a, sobre qué pueda mejorar el participante de su vida teniendo en cuenta la situación por la que ha pasado, los seis (6) participantes consideran aspectos negativos al comportamiento carente de

		<i>no que llega un amigo un día x y me dice vamos a fumar marihuana yo como que bueno vamos a fumar marihuana, yo sé que todas esas cosas causan un degeneramiento a nivel cognitivo en mí, entonces tratar de alejarme, dejar de fumar cigarrillo ehh olvidarme de las sustancias psicoactivas, el alcohol ehh reducirlo al máximo, eh entonces cosas así que, me pueden, me pueden no, sé que me van a generar una mejor calidad de vida a futuro.</i>	Abstenerme Reducir		responsabilidad y de autocontrol personal, asimismo, se recomienda que haya mayor interacción con las familias y no se descuiden los intereses personales como el estudio. También, se prevé por el fortalecimiento en la toma de conciencia para así tener una mejor calidad de vida, absteniéndose de todo tipo de conductas inapropiadas; fumar, consumir alcohol en exceso, con el fin de reducir el riesgo de sufrir alguna enfermedad.
	P2	<i>Mmmmm pues, de mi vida, yo diría lo muy loca que soy a veces, es que sí, soy muy loca a veces tengo muchos arrebatos, entonces digamos que eso sería lo único, aunque para mí eso no es malo, sino que la gente lo mirara como el ser una persona que no es seria.</i>	Lo muy loca Arrebatos Para mí no es malo		
Familiar	P3	<i>Ehhh si, él nos recomendó porque yo pensé que él no pudiera volver a estudiar, pero por recomendación el medico nos dijo, pónganlo a estudiar para que el no sufra de amnesia y se le borre el cerebro y esas fueron las recomendaciones que él nos dio y yo lo que a estudiar por orden médica para que el cerebro a él no se le fuera a borrar por el accidente que tuvo y gracias pues a mi Dios y mire que hasta me salió bien en el estudio o no sé en la universidad como será</i>	Dedicar más al estudio Ser responsable en todo		

		<i>pero yo lo he visto normal.</i>			
	P4	<i>Está bien, o bueno algunas veces le noto un poco distraída, pensativa, si uno le pregunta en que piensas, ella se ríe y dice que no tiene nada, y refiere siempre que es una "loca" que no le pare bolas. Pero de todas formas eso no es normal.</i>	Distracción Desorientada Ser loca		
Expertos	P5	<i>Yo pienso que una persona que ha sufrido un coma, que ha tenido una perdida cognitiva; toda persona que tiene daño cerebral, es una persona luchadora porque finalmente sigue luchando por su vida, por superarse, no se encierra en sí misma, sino que busca estar en medio de su núcleo familiar, de amigos y debe seguir yendo a terapias e ir a las diferentes actividades para mejorar sus niveles de rendimiento, de capacidad cognitiva para mi es una persona luchadora.</i>	Persona luchadora Superarse No se encierra en si Busca compañía Ir terapias Mejor funcionalidad		
	P6	<i>Para ellos afortunadamente, mmmm no se dan cuenta que estuvieron en coma, ni que pasaron coma, se darán cuenta de las secuelas si es que se recobran, si es que ven y se pueda contar lo que pasó, porque una persona en estado de coma no interactúa con nadie, uno no sabe si esa persona piensa, queda uno con la incertidumbre para toda la vida, es algo que nunca la ciencia puede</i>	Mas interacción Tomar conciencia Poder superar el estado de coma mayor relación con la familia		

		<p><i>explicar de esa fase de coma, uno no sabe si ellos tengan conciencia de sí están en coma, pues yo no creo porque si están en coma, dicen los escritos que no tienen conciencia de nada, entonces pues no, no sería, es decir, no habría esa conciencia porque están en estado de coma y también volvemos a lo mismo; el poder superar el estado de coma, todo va a depender de tamaño de las secuelas y del entorno familiar o del entorno del ambiente que tenga.</i></p>		
--	--	--	--	--

Tabla 26: Subcategoría: Mejoras (Presente)

Subcategoría: Mejoras (Pasado)

Pregunta 23. Cuéntenos un poco, ¿cómo era su condición de vida antes de haber ocurrido el incidente?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes P1	<p><i>Bueno antes del accidentes me dice?... eh hh yo estaba estudiando pero a la vez estaba trabajando entonces eh hh yo perdí años de colegio por estar trabajando, perdí años de colegios por estar embriagándome, yo mantenía con dinero en el bolsillo siempre sí, porque trabajaba pero entonces lo que trabajaba era para tomar, para tomar o para invertirlo a la moto</i></p>	<p>Me gustaba embriagarme</p> <p>Trabajaba para tomar</p> <p>Vida desordenada</p>	<p><u>Unidad de análisis I</u> Aspectos favorables P(3,4)</p> <p><u>Unidad de análisis II</u> Aspectos desfavorables P(1,2)</p>	<p>Las condiciones de vida antes de ocurrido el accidente de los participantes (6), son percibidas de forma favorable solo por los familiares (P3,P4) quienes consideraban que sus parientes llevaban una condiciones de vida buena y organizada, la</p>

		<i>ehhh tenía una vida muy desordenada, como le decía al principio yo no pensaba en estudiar en universidad, yo pensaba en ejercer mi profesión como a nivel ya como más general en alguna empresa algo así, en donde pagaran bueno y seguir viviendo como estaba viviendo en un desorden total.</i>			percepción de los participantes (P1,P3) que superaron el estado de coma dice todo lo contrario que afirmaban que llevaban una vida desorganizada donde el participante uno (P1) manifestó que le gustaba embriagarse, y solo trabajaba para tomar.
	P2	<i>Era muy diferente porque todo el tiempo vivía en la calle o en el trabajo, ahora mi ruta es la universidad, la iglesia llamada centro cristiano la que queda bajando de la casona al parque, la casona porque aquí es donde más comparto un café con mis compañeros y amigos, entonces antes me podía comprar lo que yo quisiera, ahora no, ahora me toca espera de mi hermana. Antes llevaba una vida desordenada, pero uno aprende a partir de la experiencia.</i>	Vivía en la calle Vida desordenada		
Familiar	P3	<i>Eran buenas, nunca le faltaba nada, lo único era que el no hacía caso a los consejos que se le daba. Era difícil con él. Ahora no es así, todo es totalmente muy raro con él porque ha cambiado muchísimo gracias a Dios.</i>	Buenas No le faltaba nada		
	P4	<i>Se cuidaba, asistía a las reuniones para armar paro, para organizar congresos en la universidad y demás. Siempre llegaba a donde estaba yo</i>	Se cuidaba Organizada		

		<i>para relajarse un poco y desestresarse. Ella no sufría de esos dolores de cabeza que le da ahora en estos meses después de salir del coma.</i>			
--	--	---	--	--	--

Tabla 27: Subcategoría: Mejoras (Pasado)

Subcategoría: Mejoras (Prospectiva de futuro)

Pregunta 24. ¿Qué le gustaría modificar de su vida para poder obtener completamente sus logros?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico	
Participantes	P1	<i>Ehhh, la dedicación, me gustaría ser más dedicado a mis cosas porque pues uno cuando uno se dedica a hacer algo y de corazón ehheh uno logra muchas cosas y pues yo no cuento con dedicación, ósea si yo veo que hago algo y veo como que alguna falencia yo como que ash! Lo dejo votado y ya, no insisto, no soy perseverante, eso me gustaría mejorarlo.</i>	Mas dedicación Más sentido de pertenencia Mas perseverancia	<u>Unidad de análisis I</u> Indiferencia P(1, 6) <u>Unidad de análisis II</u> Prevención P(2, 3, 4, 5)	Siguiendo con la perspectivas de querer mejorar algo con el fin de obtener completamente los logros, el participante uno (1) y seis (6), comentan que, para que exista un cambio en la conducta se requiere cambiar patrones de la personalidad relacionado con la indiferencia, que interfieren en la obtención
	P2	<i>Como te dije anteriormente lo muy loca, aunque eso para mí no es una traba en mi carrera, pero la gente o algunos compañeros me lo han referido entonces, comprendo un</i>	Dejar de ser muy loca Corregir errores		

		<i>poco que sería eso.</i>			
Familiar	P3	<i>Que no ande tanto en motos y que deje de pensar que la vida es para gozarla de la forma más incorrecta que existe. Que él no sabe lo que una familia sufre cuando un hijo tiene un accidente y más cuando entra en coma por más de diez días seguidos.</i>	No andar en motos Tomar conciencia Tener en cuenta preocupación de otros		y cumplimiento de los objetivos propuestos, aceptación de por vida, actitud de control, fortalecer el sentido de pertenencia y tratar de no tener actitud negativa ante los problemas. Los participantes dos (2), tres (3), cuatro (4) y cinco (5), creen que se debe poseer conductas de prevención con el fin de un futuro poder obtener completamente los logros sin impedimentos, causados por accidentes que provoquen lesiones a nivel físico o cognitivo en las personas, dejar de actuar sin responsabilidad, no realizar tareas pesadas, debido a que ya no dispone de la suficiente resistencia y podría estar presto a sufrir otra gravedad. De igual forma la frecuente concurrencia a los tratamientos y controles médicos, deben ser incluidos en la agenda de las prioridades; el desinterés o desatención de esto, conlleva sin duda alguna, a que el paciente
	P4	<i>Pues, yo creo que así con urgencia nada, solo que se le dificulta realizar tareas pesadas por su problema de rodilla, que no puede realizar ningún trabajo pesado. La idea es que ella se cuide de todo golpe.</i>	Nada con urgencia No tareas pesadas Evitar golpes		
Expertos	P5	<i>Que asista a terapia sin lugar a dudas para que pueda rehabilitarse, te hablo de terapias y controles médicos constantes, esto es de por vida, la salud es algo serio, se deteriora, el cuerpo siente y madura dependiendo de cómo lo hagamos madurar, no se puede vivir una vida después de un coma como si anda hubiese pasado.</i>	Asistir a terapia Controles médicos Cuidar el cuerpo		
	P6	<i>Aceptación, sería lo único, aceptación y si uno puede ayudarles a que, bueno si usted ehhhh, así no este cojo, eso ahora pues uno le coloca unas zapatillas o en su caso unas zapatillas más grandes o vaya dónde el... Cómo consejitos, como una actitud positiva, pero lo más importante es que el vea una segunda</i>	Aceptación de por vida Actitud negativa Dejar complejos Que los comentarios no le afecten		

		<i>oportunidad, que no se murió, que de pronto pudo haber quedado o medio torcido el ojo o la boca; con terapia se puede mejorar o aceptándolo picándole el ojo a todos y buscarle como el lado amable de su defecto y que él lo acepte y trate de sobrellevar esa situación, aunque no hay quien no se burle del defecto del otro para hacerle sentir mal, el entorno familiar, la aceptación y de pronto ayudarle sería lo más importante.</i>	Dejarse ayudar		no logre obtener una recuperación eficiente la cual es lograda bajo un trabajo de calidad con un acompañamiento interdisciplinar.
--	--	--	----------------	--	---

Tabla 28: Subcategoría: Mejoras (Prospectiva de futuro)

Subcategoría: Proyecto de Vida (Presente)

Pregunta 25. ¿Quiénes han sido las personas que han tenido mayor influencia en su vida y de qué manera?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
<i>Participantes</i> P1	<i>Bueno ehh yo siempre voy a decir que para eso han sido mis papas y mi abuela, ellos siempre me están diciendo, dándome consejos, ehh ellos para que nunca me regañan, sino que siempre me agarran y me dan consejos, me dicen dedíquece al estudio saque su carrera adelante, deje de tomar tanto n fume, entonces ellos siempre me están dando como que esas orientaciones para mejorar mi calidad de vida y pues es lo que he estado tratando de hacer.</i>	Papas Abuela	<u>Unidad de análisis I</u> Familia P(1,4,5,3) <u>Unidad de análisis II</u> Amigos P(2) <u>Unidad de Análisis III</u> Pareja	Las personas con mayor influencia en la vida de los participantes (6), según los mismos son los papas y los abuelos, considerando que siempre es importante los consejos y los llamados de atención por personas que influyen en sus vidas, para la P2 son más importante los amigos ya que ellos le extiende la mano cuando lo necesitan. Para los familiares las personas que

	P2	<i>Mi gran amigo llamado Mateo Molina, él es un chico que ha estado siempre que lo necesito el me extiende su mano, me escucha, me aconseja a pesar de ser un joven menor que yo, tiene una madures que me quedo aterrada, lo que no tiene otro chico lo encuentro en el.</i>	Amigos	P(6)	más influencia tienen en los participantes son la familia y los primo; según los expertos que consideran que la familia y la pareja tiene una gran influencia en los proceso de recuperación y acompañamiento ya ellos son el primer grupo social y el núcleo más poderoso para un ser humano, si cuando hay un problema.
Familiar	P3	<i>Es su familia sin lugar a dudas, siempre que él tiene algo y siente ahora acude a nosotros todos y pues estamos aquí siempre para ayudarle en todo.</i>	Familia		
	P4	<i>Pues, ella a mí me considera como una persona muy especial y me ha dicho que soy como un hermano que siempre estoy allí para ayudarle al igual ella para mi tiene un significado muy especial.</i>	Primo		
Expertos	P5	<i>La familia siempre, la mama, el papa, los hermanos. Ya que son el primer grupo social y es el núcleo más poderoso para un ser humano, si hay problemas en la familia; desestabiliza inmediatamente a ese ser humano. Es diferente, si hay un problema en un barrio la familia no se desestabiliza sino solamente los vinculados del barrio.</i>	Familia (Padres y Hermanos)		
	P6	<i>Pues nosotros dos teníamos muchas cositas que íbamos a hacer, yo le decía que vendiéramos la casa y</i>	Pareja		

	<p><i>compráramos un apartamentico para los dos solos, comemos dónde nos provoque, o de pronto viajar. Entonces quien tiene mayor influencia es la pareja en el sentido de que la pareja es pareja y si no es pareja pues entonces el otro se cae, no se sostiene; es que la pareja, por eso son dos, un par, si uno se cae, se apoya en el otro y se apoya para no caer, y si están juntos y se caen, pues se caen los dos o sino, pues no se cae ninguno.</i></p> <p><i>En el caso de la familia es que, el gran problema de los seres humanos es que cada quien va cogiendo su propia vida, su propio camino, van haciendo sus propios proyectos, entonces cada quien arrégleselas como pueda. Y con eso no quiero decir que eso esté mal, sino que uno a veces crítica porque no están muchas veces con uno, no le ayudan a uno como uno quisiera , etcétera, pero es que cada uno tiene su vida hecha; por ejemplo en el caso de nosotros, ya muchos hijos grandes, unos estudiando, otros trabajando y yo como les voy a decir "quédense con sus papás" pues uno a veces entonces como que quisiera que estuvieran más con uno, pero también entonces, cómo combinar y los raticos que se estaban con él, lo cuidaban. El cuándo veía el Chavo del Ocho se sonreía, es decir, las cosas que eran</i></p>			
--	--	--	--	--

		<i>como muy de él, como que algo quedo, bueno a él se le murió el 80% de su lado izquierdo que fue el que más murió y parte del lado derecho, que es el del afecto, el de las artes y todo eso me explicaban, por eso él no podía hablar, caminar, reconocer , todo eso se le murió, entonces esas cosas del entorno</i>			
--	--	--	--	--	--

Tabla 29: Subcategoría: Proyecto de Vida (Presente)

Subcategoría: Proyecto de Vida (Pasado)

Pregunta 26. Podría comentarnos ¿Cuáles eran sus intereses personales, antes de ocurrir el incidente?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	P1	<i>No, antes, ehh el único interés que yo tenía era en hacer dinero, en tener plata, no pensar más nada sino en trabajar y hacer plata y tener motos y esa vida que uno tenía de pelao ósea ese pensamiento que uno tiene de joven ehhh algo salido de foco y yo no pensaba en más nada sino en hacer plata.</i>	Hacer mucho dinero No tener preocupaciones Tener motos	Unidad de análisis I Preparación P(1, 2, 3, 4)	Se tenía en cuanto a los intereses personales de los dos sujetos de estudio, antes de ocurrido el incidente el prepararse profesionalmente en una universidad y de esta forma satisfacer las necesidades básicas; no dejando a un lado los caprichos. Formarse para ser competentes, trabajar y tener mucho dinero, eran una de las prioridades de los participantes quienes
	P2	<i>Pues proyectos personales muchos, muchos, muchos; primeramente ser una profesional muy competente y capacitada para desenvolverme en el mundo laboral, pero de resto uno de</i>	Ser profesional Ser competente Capacitada		

		<i>mis grandes intereses en la biología.</i>	Ser bióloga		llegaron a una alma mater como muchos, con el sueño de convertirse en grandes personas letradas, pero que sin apresurarnos a conocer el futuro, fueron víctimas por su inapropiado comportamiento que los condujeron a un grave accidente provocando inducirlos a coma.
Familiar	P3	<i>Pues él siempre quería era trabajar para tener dinero y darse mucho gusto con sus amistades.</i>	Trabajar Tener dinero Darse gustos		
	P4	<i>Si ella tiene muchos intereses en su vida, pero así que sepa, ella sueña con ser una gran bióloga y luchar por el medio ambiente, que todos respiremos un ambiente sano y que podamos vivir un poco más en este mundo.</i>	Ser profesional Defender el medio ambiente		

Tabla 30: Análisis Subcategoría: Proyecto de Vida (Pasado)

Subcategoría: Proyecto de Vida (Prospectiva de futuro)

Pregunta 27. ¿De qué forma puede superar los impedimentos que la realidad le plantea para lograr realizar sus sueños?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	<i>la dedicación y el esfuerzo que uno le ponga a todo, ehhh por lo menos en cuanto a impedimentos ehhh que tenga actualmente yo creo que nunca va haber un impedimento si usted le pone las ganas y la dedicación a lo que quiera hacer ehhh nunca va haber impedimento, entonces ehhh si por lo menos en algún momento llego a tener algún contratiempo, un</i>	Dedicación Esfuerzo Ganas Dedicación	Unidad de análisis I <u>Factores motivacionales</u> (P1, P2, P3, P4, P5) Unidad de Análisis II <u>Factores Ideológicos</u>	Con respecto a la superación de impedimentos de los seis (6) participantes, consideran que la motivación es un factor importante por cinco (5) de los participantes quienes considera que pueden superarlos a través

Familiar		<i>impedimento en cuanto a lo económico para seguir con mis proyectos de estudio, existen mil formas de adquirir un préstamo, de adquirir dinero, con los que uno puede seguir adelante, seguir estudiando y sacando su carrera adelante, entonces la dedicación , yo siempre voy es hacer énfasis en la dedicación que es lo que a mí me falta bastante.</i>		(P2) Unidad de Análisis III <u>Factores biológicos</u> (P5, P6) <u>Nota:</u> Cabe mencionar que dentro de las unidades de análisis mencionadas, varios de los participantes se pueden clasificar en una o más unidades de análisis.	de dedicación, esfuerzo , ganas, dedicación, responsabilidad, constancias y perseverancias, el participante P2 considera que factores como Dios y la meditación también contribuyen en la superación de impedimentos para cumplir los sueños, con respecto a los expertos hay una división de opiniones, afirmando que es importante un trabajo interdisciplinar que ayuden a la persona que estuvo en cuenta teniendo en cuenta los cuidados, hábitos saludables pero también tiene en cuenta factores como la superación, el apoyo y la adaptación a su nuevo estilo de vida.
	P2	<i>Me he aferrado mucho a Dios, tengo mucha confianza y espero mucho en él, pienso que cuando uno se acerca a Dios con toda sinceridad y de corazón, nuestra conciencia está muy bien, y seguir estudiando como siempre, con mucha responsabilidad, puntualidad, exigirse mucho uno mismo, sé que muchas cosas algunas veces no andan muy bien, pero toca echarle ganas siempre. No desesperarse mucho, cuando me desespero, siento que me estoy asfixiando ahora, entonces busco la meditación, hago oración y me siento muy bien. O llamo a mis dos mejores amigos y salgo con ellos y hablamos de política, de las problemáticas sociales que se presentan en la región y me calmo de todo eso.</i>	Dios Confianza Responsabilidad Meditación Amigos		
	P3	<i>Estudiando y superándose como lo ha venido haciendo en estos meses, me ha demostrado ser un buen hijo que</i>	Estudiando Superándose		

		<i>sueña con muchas cosas y que quiere lo mejor para sus hermanos.</i>			
	P4	<i>Yo pienso que la perseverancia, la constancia, que ella nunca se rinda y que nunca desmaye cuando quiera conseguir algo.</i>	Perseverancia Constancias		
Expertos	P5	<i>La forma en cómo se rehabilite una persona o paciente que sale de un estado de coma, dependiendo de la casusa de un coma, de eso también dependerá el proceso de cuidado interdisciplinar con el paciente. Existen muchos casos de personas que han logrado llevar una vida alegre aun sin poder hacer lo que antes del diagnóstico del coma podían hacer para el caso de un derrame cerebral que causó ya sea un coma inducido o un coma natural, la persona queda posteriormente con una agnosia o una afasia y ella puede seguir por medio de ayuda que desafortunadamente no se les brinda, con una vida muy pero muy normal.</i>	Depende del cuidado interdisciplinar		
	P6	<i>Sí como ayudarlo a ser consciente, de las posibilidades que tiene ahora es decir no recalcarlo tanto lo que perdió sino lo que tiene, que miren hacia adelante y pues apoyarlo en lo que se pueda, para que pueda esperar, yo creo que uno deberá quedar con el miedo de que le va a volver a dar lo mismo. Lo que si es</i>	Mirar hacia delante Apoyarlo Adaptar al cambio Hábitos Saludables Ayuda de superación		

		<p><i>que se deben adaptar al cambio y comer lo que deben comer por su necesidad, que las Personas que son cercanas que sean conscientes de las limitaciones que él tiene, y de cómo le puede ayudar a superar tu hagan causa común en ayudar y que no lo sientan como una carga; pero un problema es que cuando hay un enfermo ya es una carga , ya nadie quiere echarse esa carga, entonces todo el mundo va sacando el cuerpo y verán a ver quién le descarga el bulto y por eso es que hoy en el mundo hay tanta gente abandonada pobrecitos!, Ancianos.</i></p>	<p>Que no lo sientan como una carga</p>		
--	--	--	---	--	--

Tabla 31: Subcategoría: Proyecto de Vida (Prospectiva de futuro)

Condición de Salud

Pregunta 28. ¿Cómo considera usted que es su estado de salud en general?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	P1	<p><i>Bueno ehhe aunque han pasado varios años desde el accidente ehhe yo por lo menos hace como quince días, dure semana y media con un dolor leve pero constante de cabeza y aunque tomaba pastillas ehhe ehhe me mantenía como en cuidado y no se me quitaba el dolor de cabeza. Ehhe ya</i></p>	<p>Constante dolor de cabeza</p> <p>No estar de pie</p> <p>No puedo caminar</p> <p>largo trayecto</p>	<p><u>Unidad de análisis I</u> Desfavorables P(1, 2, 3, 4, 5)</p>	<p>De los seis (6) participantes, cinco de ellos consideran el estado actual de salud a nivel general como desfavorable, a consecuencia de que se producen en los dos</p>

	<p><i>para lo que fue pues esto golpes esto ya físicos como lo dela pierna que me la partí ehh siempre voy a tener problemas con eso, ósea no puedo durar mucho tiempo en la posición de una pierna porque me va a doler, no puedo caminar mucho porque me va a doler y ya no puedo ehheh asolearme porque sé que me va doler la cabeza ehheh entonces actualmente en cuanto a mi salud siempre va a existir como el que, el que no haga eso o que tiene que cuidarse hey! Ya no puede hacer lo era antes porque si no entonces usted se va a ver impedido en muchas cosas en cuanto al nivel salud. Yo no recuerdo cosas específicas del colegio que llegan amigos a comentar ¿no que se acuerda tal día que estábamos en no sé dónde ; y yoooo la verdad no me acuerdo o personas del colegio no acuerdo ósea, me acuerdo los que son siempre conmigo, pero que decir de aquellos del salón a nivel general no, ósea no me acuerdo, en cuanto al día de mi accidente no me acuerdo de nada de lo que hice ese día del accidente, ni como fue, perdí totalmente la memoria ese día, ehheh mi mama cuenta que cuando me accidente cuando me desperté del coma, los primeros días yo no recordaba ni quien era ella, ni quien era mi papa ni porque había llegado allá ósea yo</i></p>	<p>Olvido constante</p> <p>Cuidado de por vida</p> <p>Dificultad para recordar</p> <p>Olvido con facilidad</p> <p>Muy pasivo</p>	<p><u>Unidad de análisis II</u></p> <p>Oportuno</p> <p>P(6)</p>	<p>participantes que estuvieron en coma ininterrumpidos y punzantes dolores de cabeza, provocando que no haya tolerancia a ciertos sonidos, ruidos y brillos, de igual forma no se toleran algunos climas tanto calientes como fríos porque ocasionan continuos dolores en partes del cuerpo donde hubo alguna lesión. El estar de pies o caminar durante mucho tiempo, en la actualidad, impide que se realicen actividades diversas; no se puede subir de peso porque esto traería como producto el desplazarse con mucha dificultad. Para los participantes resulta desfavorable el hecho de vivir constantemente en terapias médicas y psicológicas porque no cuentan con la disposición, los recursos o el tiempo requerido para desplazarse a un centro hospitalario. Describiendo la misma situación, estas personas, tienden a olvidar las cosas muy rápido y de manera</p>
--	---	--	---	---

		<p><i>los dos primeros días después del coma no tenía memoria , estaba en blanco y entonces esto se muchos cosas que se me olvidaron y actualmente ehhh hay esto cositas que se me olvidan fácilmente ósea yo digo voy hacer tal cosa y aunque la anote se me olvida que la anote , se me olvida los nombres de las personas, se me olvidan rostros, ehhh entonces siempre tengo bastante dificultad en cuanto a memoria. Antes del accidente era muy agresivo ahora no, soy como más pasivo ya no me gustan los pleitos y antes disfrutaba de una pelea, no si será por la edad,</i></p>			<p>constante, es decir, se les desarrolla la memoria a corto plazo donde según un experto de las funciones neuropsicológicas, hay bajos niveles de estimulación cerebral, bajos niveles de activación celular por la inflamación que ocurrió en el cerebro en el accidente; los edemas cerebrales, en donde en vista de esto provocaron al coma inducido por varios días. En consecuencia se evidencia desorientación temporo-espacial produciendo bajo rendimiento, actitud pasiva, insuficiente proactividad, sentimientos de frustración, problemas para conciliar el sueño por lo que se altera el ciclo circadiano. Por otro lado y desde otra perspectiva, uno de los expertos; el número seis (6), percibe el estado de salud en general del paciente como oportuno porque se convierte en una persona más consiente de la vida, siempre anda motivado y de cierta forma</p>
	P2	<p><i>Tengo un control médico debido al trauma craneoencefálico que tuve el cual me produjo una fuerte inflamación en el cerebro con edema cerebral, adicionalmente tuve fractura en miembro inferior izquierdo con minuta. Yo estuve en coma por diecisiete días seguidos, fue un coma inducido para que no me afectara el cerebro drásticamente. Tengo muchos dolores de cabeza constantes, el clima caliente me lo hace tener mucho mayor, debo cuidarme demasiado ya que el doctor me dijo que no debía recibir ningún otro golpe en la cabeza, no lastimarme la pierna izquierda, no debía engordar porque dañaría el</i></p>	<p>Controles médicos Tuve inflamado el cerebro Problemas en la rodilla Frecuentes dolores de cabeza No tolero el clima caliente No engordar Cuidar implante Controles médicos Problemas de sueño</p>		

		<p><i>implante que tengo en la rodilla y cada dos meses viajo a controles médicos y esto debe ser durante dos años aproximadamente.</i></p> <p><i>A veces no puedo conciliar el sueño muy fácilmente por lo que me pongo a cantar, en la iglesia canto mucho entonces como hay grupos de oración y de canto y pertenezco a alabanza, me pongo a cantar.</i></p>			despierta en el familiar el valor de la fe y la esperanza.
Familiar	P3	<p><i>Él debe estar asistiendo constantemente a terapias, porque aun presenta algunas secuelas que le dejo el accidente, como fuertes dolores de cabeza y eso no es normal, me preocupa mucho porque uno no sabe que pueda llegar a ser.</i></p>	<p>Asistir a terapias</p> <p>Secuelas</p> <p>Fuertes dolores de cabeza</p>		
	P4	<p><i>Bueno, ella debe estar asistiendo cada dos meses a controles médicos, para que le realicen TAC, y todo eso que le hacen para ver si el cerebro le está funcionando bien y que no vaya a recaer en alguna cosa, aunque ella a veces se siente como mal por ese dolor de cabeza frecuente que le da. Tratamos de no dejarla sola, sino estoy con ella la llamo para saber dónde está y la invito a tomar siempre un café con otros compañeros.</i></p>	<p>Asistir a controles</p> <p>A veces mal</p> <p>Dolor de cabeza</p> <p>No dejarla sola</p>		
Expertos	P5	<p><i>La verdad si la persona ha estado en coma en un tiempo estimado de un año, los daños aún son fuertes.</i></p>	<p>Daños persisten</p> <p>Bajos niveles de</p>		

	<p><i>Ustedes tienen que mirar la escala de Glasgow, la escala de Glasgow dice que si el coma es de pocas horas; los daños son mínimos, pero si el coma es de un año; los daños son muy graves porque la persona puede levantarse y no poder caminar, no poder hablar ni nada; todo esto porque el cerebro estuvo inactivo durante mucho tiempo y hay después una actividad muy baja entonces hay un bajo nivel de estimulación cerebral, esos bajos niveles de estimulación cerebral más los golpes que sufrió la persona pueden producir a nivel celular algo que se llama Necrosis Celular; esto es entonces cuando el tejido se daña y el daño se puede ir agrandando poco a poco con el paso del tiempo y esas células muertas es un aprendizaje que la persona adquirió, una información. Entonces debido a la necrosis celular y a los bajos niveles de actividad celular del cerebro, va haber un daño mayor. Entonces si la persona despierta después de cierto tiempo va a estar perdida en el tiempo, en la ubicación por lo que toca reprogramarlo.</i></p>	<p>estimulación cerebral</p> <p>Necrosis celular</p> <p>Daños se agrandan</p> <p>Bajos niveles de actividad celular</p> <p>Desorientación temporo-espacial</p> <p>reprogramarlo</p>		
<p>P6</p>	<p><i>Pues el estado en general lo va a determinar la actividad que él haga, la alimentación, el modo de vida entonces pues ehhhh yo creo que la persona va a estar más consciente de</i></p>	<p>Depende de la actividad que haga</p> <p>Más consciente</p>		

		<i>lo que haga o deje de hacer o lo que debe dejar de hacer si tiene una actitud positiva ante la vida. Pero si lo dejamos que se deprima y todo, pues se va a volver a enfermar y puede volver a caer en eso o peores enfermedades " es que y no deprimido no le inspira sino es malas intenciones, entonces, ojala que cada persona siquiera una sola persona que lo esté continuamente motivando, con una persona haría mucho y que no los dejen a la deriva.</i>	siempre acompañado continua motivación		
--	--	--	---	--	--

Tabla 32: Análisis subcategoría Condición de Salud

Condición Económica

Pregunta 29. Teniendo en cuenta el evento, ¿Cuáles son las condiciones económicas que usted vive actualmente?

participantes		Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
Participantes	P1	<i>Ehh, bueno actualmente estoy económicamente bien, ya que estoy ya a punto de terminar mi estudio que con esfuerzo seguí, ehhhh mis padres me ayudan y estoy haciendo un voluntariado en la alcaldía que me ayuda a mi futuro laboral</i>	Económicamente bien	<u>Unidad de análisis I</u> Buenas (P1, P3)	De los seis (6) participante, dos (2) de ellos consideran que actualmente se encuentran en buenas condiciones económicas, en cambio la participante P2 depende de su hermana ya que el evento por el que paso dejo secuelas en su cuerpo y afirma que no es muy
	P2	<i>Como te decía, dependo de mi hermana actualmente, así que no puedo hacer trabajos pesados ni que</i>	no son buenas Dependo de mi hermana	<u>Unidad de análisis II</u> Malas (P2)	

		<i>requieran de mucha exigencia mental, es decir que no son buena ya vez.</i>		<u>Unidad de análisis III</u> Dificultad (P4, P5, P6)	buena su situación económica, ya que estas secuelas le impiden trabajar actualmente. Se realizó una tercera clasificación con respecto a la unidad de análisis denominada dificultad, en la que se tiene en cuenta su economía y probabilidad de trabajar, el familiar (P4) del participante uno (P2) afirma que su familiar a partir de las secuelas del accidente tiene dificultades para trabajar y por ello no posee ingresos actualmente, a su vez también por recomendación del médico se le prohibió el trabajo forzoso, los expertos (P4, P5) afirman que hay dificultades para trabajar más cuando hay accidentes de tránsito o Traumas que afecten directamente al cerebro, a su vez también consideran que los accidentes y enfermedades ocurren sin importar el estrato social.
Familiar	P3	<i>En el momento nosotros le ayudamos en lo que necesite para los gastos en la universidad, los gastos de sus necesidades personales y así otras cosas, él es un chico que se rebusca por ahí también. Pero nada de trabajar cosas donde requiera de mucha fuerza.</i>	Ayudamos en los gastos Se rebusca		
	P4	<i>A ella se la dificultado un poco trabajar y actualmente no tiene ingresos, , ya que el medico también le prohibió que realizara trabajos forzoso, ósea que no se fuera a lastimar ni a sufrir algún otro golpe en la cabeza, porque podría ser mortal para ella .</i>	Dificultad para trabajar		
Expertos	P5	<i>No sabría decirte, no sé. Yo lo único que sé, es que generalmente las personas que conducen carros, motos y vehículos, son los más vulnerables, los que más sufren de daños cerebrales ocurrido por un grave accidente y diagnosticado con TCE que son productores de coma, pero de resto no puedo expresar una cifra de los estratos. Yo te podría decir que la primera causa de daño cerebral adquirido es la conducción, porque una persona que conduce tiene más probabilidades de sufrir trauma</i>	Dificultad para trabajar Carros y motos más vulnerables TCE		

		<i>craneoencefálico y esta puede ser de estrato o estrato 4 o 5, entonces eso depende de las secuelas y es un poco difícil volver a retomar su trabajo, ya que se tiene que adaptar a las exigencias del trabajo.</i>		
	P6	<i>¡Ahí! Esa si no tengo ni idea, yo creo que las enfermedades son un denominada común de todo el mundo: los pobres, porque son pobres, los ricos porque tienen mucho estrés y no hacen sino malgastar la plata, y los de clases media porque somos desordenados, entonces en todas las clases sociales hay posibilidades de que cualquiera pueda sufrir una situación de riesgo, unas por unas y otras por otras. Por esa razón no creo que haya una clases sociales en las que mayormente se vean más los estados de coma, eso no importa si es de los estratos medios bajos, altos, s la condición de vida de casa persona, el estrés.</i>	Los accidentes ocurren en todas las clases sociales Las enfermedades	

Tabla 33: Análisis categoría Condición Económica

Condición Independencia Funcional

Pregunta 30. Describa por favor, ¿Cómo realiza las tareas de la vida cotidiana una vez salido(a) del estado de coma?

participantes	Transcripción	Palabras Claves	Unidad de Análisis	Análisis Psicológico
---------------	---------------	-----------------	--------------------	----------------------

Participantes	P1	<i>Ehhh pues al principio fue demasiado difícil, esperar que me trajeran y me atendieran pero ya después fui adquiriendo mucha destreza para poder realizar las cosas, aunque si acepto que mi vida cambio en algunas cosas, a veces se me olvidan algunas cosas y así, pero ya he tomado mayor responsabilidad después de lo terrible que me sucedió.</i>	<p>Inicialmente difícil</p> <p>Adquisición de destrezas</p> <p>Vida cambió</p> <p>Se olvidan algunas cosas</p> <p>Responsabilidad</p>	<p><u>Unidad de análisis I</u> Perturbadas o limitadas P(1, 2, 3, 5)</p> <p><u>Unidad de análisis II</u> Activa P(1, 2, 4, 6)</p> <p>Nota: los participantes uno (1) y dos (2), se ubican dentro de las unidades de análisis I y II, ya que perciben sus funciones como perturbadas o limitadas y a su vez esto permite que sean activos y desarrollen otras habilidades que no poseían anteriormente y así efectuar los asuntos de manera individual.</p>	<p>Sobre la realización de las tareas en la vida diaria, de los seis (6) participantes, cuatro (4) de ellos dijeron que la independencia funcional estaban perturbadas y limitadas, mencionando que la vida había cambiado una vez sucede un trágico incidente como el de haber estado en coma por trauma craneoencefálico durante más de diez días seguidos. Debido a los traumas intracraneales hay datos importantes sobre algunas alteraciones en la memoria y dificultad adquisición de nueva información, tanto semántica cómo episódica, lo cual constituyen las principales quejas cognitivas de los afectados por traumas craneoencefálicos y de sus familias. Razón por la cual no se pueden ejercer tareas con total normalidad, siempre hay una dificultad para cada situación. Los participantes uno y dos perciben esto como una ventaja porque les</p>
	P2	<i>Con total cuidado, no me subo a una moto por nada del mundo, yo veo una moto y siempre me dan nervios, solo recuerdo que ese día del accidente que estaba tirada en el suelo y perdí el conocimiento de dijeron en el hospital a donde me llevaron de urgencias esa madrugada siendo alrededor de las doce de la noche. Yo casi no me hablo con el chico con el que iba en la moto porque el para mí fue quien cometió la imprudencia, el solamente se raspo algunas partes y quien más sufrió heridas fui yo y gracias a Dios no paso a mayores y estoy aquí contando la historia frente a ti, entonces casi no le he visto más a él sino una o dos veces de resto no tengo más comunicación. Cada vez que debo hacer algo que requiera de fuerza pido el favor a alguien que se encuentre a mi lado, a veces me dan mareos, soy una</i>	<p>Total cuidado</p> <p>Pedir favor</p> <p>No hacer esfuerzos</p> <p>Un poco distraída</p> <p>Mareos</p> <p>despacio</p>		

		<i>persona que me quedo mirando fijamente durante mucho tiempo. Camino con mucho cuidado por el problema de mis pies izquierdo.</i>			<p>permite desarrollar nuevas habilidades, buscar otros medios de superación personal y derribar obstáculos, es por esto que se identifican como personas incluyentes e influyentes dentro de los diversos grupos sociales. Los participantes uno (1) dos (2) cuatro (4) y seis (6) consideran el estado de incapacidad como la forma de adquirir otras habilidades, aprender a utilizar la inteligencia y otros mecanismos de acción permite fortalecer, reactivar y reprogramar áreas del cerebro que fueron lesionadas.</p>
Familiar	P3	<i>Él no puede levantar tanto peso porque en la pierna le aplicaron cuatro cirugías y casi me lo dejan sin pierna.</i>	<p>No levantar tanto peso</p> <p>Cuidado de por vida</p>		
	P4	<i>Se desenvuelve muy bien a la hora de opinar, ella ya lleva mucho tiempo trabajando con estudiantes de la universidad y sus criterios sirven mucho a la hora de llevar a cabo un proyecto dentro del alma mater.</i>	<p>Buen desenvolvimiento</p> <p>Activa</p> <p>Buenos argumentos</p>		
Expertos	P5	<i>Yo creo que después de un estado de coma las pérdidas son grandes sí! Y la persona también necesita rehabilitación y lo que yo más recomiendo a una persona que ha estado en coma es que busque ayuda psicológica para ella como para su familia, es lo primordial, es inaudito que una persona que ha sufrido de estado de coma vuelva a su casa como si nada, no es posible; los servicios de salud deben proveerle al paciente una valoración cognitiva y funcional a modo de que la persona pueda saber cuáles fueron las pérdidas que tuvo después de un estado de coma, después empezar un proceso de rehabilitación de al menos dos años y finalmente un</i>	<p>Pérdidas son grandes</p> <p>Con ayuda</p> <p>Valoración cognitiva y funcional</p>		

		<p><i>acompañamiento psicológico eso debiera ser una ley de por lo menos tener servicios de atención por un psicólogo o neuropsicología y esto hace que la persona tenga una recuperación de su autoestima, el cerebro es plástico, entre más joven más rápido puede recuperar las funciones que perdió por el coma, puede recuperar su vida, su autoestima si logra tener un proceso de rehabilitación para minimizar los daños. El proceso de rehabilitación requiere de otras disciplinas como el fonoaudiólogo, fisioterapeuta, medico neurólogo, terapeuta ocupacional apoyarlo para mirar brindarle el proceso de recuperación.</i></p>			
	<p>P6</p>	<p><i>La primera sería : darle gracias a Dios por la oportunidad que les está dando, por qué es que uno pide y a veces se le olvida dar gracias; en segundo lugar , seguir las indicaciones, hacerse los tratamientos que tenga que hacerse con calma, con cariño, aceptando que hay que hacer, manejo emocional, manejar las relaciones interpersonales. Que el cuidador se cuide, porque uno siente el cansancio y se le altera a uno el reloj biológico cuando atiende a alguien, las relaciones sociales se quedan estancadas, no se viven nuevas experiencias, además uno no</i></p>	<p>Orar a Dios</p> <p>Seguir indicaciones</p> <p>Hacerse los tratamiento</p> <p>Manejo de las emociones</p> <p>Manejo de las relaciones</p>		

		<i>se comunica con la persona en coma y eso es difícil h yo no tengo solo dos años de viuda, sino son 10 años a pesar de haberlo tenido aquí en la casa y eso. Pero estaba diferente.</i>			
--	--	---	--	--	--

Tabla 34: Análisis subcategoría Condición Independencia Funcional

Análisis general por subcategorías

A continuación se realiza un análisis de las subcategorías, donde se unifica las respuestas y se realiza un análisis general de las diferentes prospectivas (pasado, presente y prospectiva a futuro) de los participantes (Personas que superaron el estado de coma, sus familiares y expertos) donde de manera general se recolecta la información y se realiza un análisis general de cada.

Categoría Social

Subcategoría	Preguntas	Análisis subcategorías
	<i>Pregunta 1: Actualmente ¿cómo considera sus relaciones interpersonales?</i>	Dentro de esta subcategoría se encuentra tres preguntas, cada una en diferente prospectiva (Pasado, presente y futuro), En primera instancia las relaciones interpersonales se clasifican en dos unidades favorables y desfavorables por los participantes (6), teniendo en cuenta que los expertos tienen una percepción diferente con respecto

<p>1. Relaciones interpersonales</p>		<p>a las personas que superan el estado de coma, afirmando que siempre que hay una lesión o daño cerebral, se evidencian cambios en las relaciones interpersonales de la persona. Con respecto a las relaciones interpersonales antes del evento se clasifican en dos aspectos contraproducentes y convenientes, las contraproducentes consideran que las relaciones antes del evento eran un poco tóxicas, tenían una vida social buena con actividades nocivas para la salud.</p>
	<p><i>Pregunta 2: Hablemos un poco más de sus relaciones interpersonales ¿Cómo eran antes del estado de inconciencia?</i></p>	<p>Con respecto a la prospectiva a futuro los participantes y familiares consideran que pueden ser positivas, destacan las capacidades y sus cualidades como aspectos importantes en sus relaciones interpersonales. Los expertos tienen una convicción diferente afirmando que puede haber cambios debido a la lesión o estado de coma que pueden afectar las relaciones interpersonales. De manera general las relaciones interpersonales fueron buenas, son y serán buenas especialmente por los mismo participantes, a diferencia de los expertos que afirman que una lesión en el cerebro siempre será reflejada en las relaciones con las personas cercanas.</p>
	<p><i>Pregunta 3: En una prospectiva de futuro, cómo imagina sus relaciones interpersonales después de un proceso de tratamiento (si lo ha tenido)?</i></p>	

Tabla 35: Análisis general subcategoría Relaciones interpersonales

Subcategoría	Preguntas	Análisis subcategorías
2. Relaciones de los procesos comunicacionales	<p><i>Actualmente ¿Cómo maneja los proceso comunicacionales en el contexto de los amigos?</i></p>	<p>Con respecto a los proceso comunicacionales actuales , los participantes y familiares considera que tienen buena comunicación con las personas allegadas, especialmente después del evento del estado de coma, donde se evidencio más unión; la opinión de los expertos está un poco alejada a la de los familiares y participantes, afirma que a partir de un estado de coma, afirmando que a partir de este evento dramático puede afectar la comunicación con sus familiares y allegados impidiendo una adecuada comunicación dependiendo del grado de la lesión y la duración.</p>
	<p><i>Cuénteme un poco ¿De qué forma se daba el proceso de la comunicación en sus relaciones de trabajo?</i></p>	<p>Con respecto a la pregunta enfatizada antes del evento, los participantes y familiares afirman que sus procesos comunicacionales fueron excelentes sin ningún inconveniente y finalmente las pregunta con perspectiva a futuro considera que los amigos son un pilar fundamental en los proceso comunicacionales permitiendo fortalecer la enseñanza y el aprendizaje para aprender más del medio,</p>
	<p><i>Para los proyectos que piensa realizar a futuro ¿Qué importancia cree que tiene el proceso de la comunicación?</i></p>	<p>Finalmente concluyendo con el análisis de esta subcategoría de “Relaciones de los procesos comunicacionales” la percepción de los familiares y participantes son consideradas favorables teniendo en cuenta que los amigos contribuyen al desarrollo comunicacional, con respecto a los expertos estas habilidades se pueden desarrollar, pero</p>

		depende del grado de afectación y duración del estado de coma y el proceso de recuperación.
--	--	---

Tabla 36: Análisis general subcategoría Relaciones de los procesos comunicacionales

Subcategoría	Preguntas	Análisis subcategorías
3. Familia	<i>Actualmente ¿cómo describe la relación con su familia?</i>	<p>La subcategoría de las familias, se compone de tres preguntas abarcadas en tres tiempos (antes del evento, actualmente, prospectiva del futuro).</p> <p>En relación con la actualidad son consideradas las relaciones con la familia de forma favorable por (3) participantes, se evidencia que hay más apoyo por parte de la familia del P (1) quien superó el haber estado en coma, las relaciones familiares han sido mejoradas, favorables después del suceso. con respecto al P(2), se mantiene distanciamiento con el grupo familiar, perdura en la actualidad la misma relación o cercanía con su hermana mayor a quien considera</p>
	<i>¿Cómo era la dinámica familiar antes del estado de coma?</i>	

	<p><i>¿Cómo imagina usted la relación con su familia dentro de algunos años?</i></p>	<p>como pieza fundamental para su proceso de recuperación y construcción del proyecto de vida, los familiares tienen diferentes perspectivas, tal es el caso del P(3) quien afirma que a pesar de que el suceso ocurrió hace más de 5 años la familia tuvo más cercanía, actualmente son favorables, a diferencia del P (4) quien refiere que a pesar de que el evento ocurrió hace poco tiempo, los vínculos familiares no se proyectan favorables, persisten las indiferencias, la falta de interés y la poca importancia por el otro. Paralelo a lo anterior el P(5) deduce que las relaciones con la familia se alteran después de ocurrido el incidente dramático, manifiesta que se torna difícil la relación debido a que deben desatenderse otras obligaciones por asistir las necesidades del P(1) o P(2), asimismo, pueden haber dificultades para aceptar al integrante, y pueden entrar en negación, hay probabilidades de abandonar el paciente ya que hay una dependencia tanto emocional como física. Con respecto al último experto P(6) y de acuerdo a su experiencia; experimentó soledad después de un tiempo de sobrellevar con el estado de coma del esposo, afirma que la familia se inquieta por la salud del enfermo pero que la distancia se va dando con el pasar del tiempo.</p> <p>Desde la perspectiva del antes del evento la dinámica familiar de los dos participantes antes del estado de coma, no se daban en las mejores condiciones, eran un tanto complejas, aislados de toda</p>
--	--	--

		<p>afectividad y comunión, los sistemas de creencias en la familia generaban indiferencias con los participantes, haciendo que estos fueran tan desprendidos, poco allegados, no se tomaban en cuenta las opiniones para la toma de decisiones, se recalca la buena relación del P(2) con una familiar desde mucho antes del incidente.</p> <p>En lo que respecta a las relaciones del participante con la familia, vista desde una prospectiva del futuro de los seis (6) participantes, son percibidas en una primera unidad de análisis como favorables o positivas por los P(1), P(3), P (4) y P(6) y en una segunda unidad de análisis apreciadas como conductas de atención y/o asistencia por los participantes número dos(2), Cinco (5). El P (1) considera favorables o positivos ya que prevé las relaciones con la familia dentro de algunos años como buenas, enriquecidas por el afecto y apoyo del núcleo familiar, de igual forma se proyecta con optimismo, como una persona hará aportes significativos a la sociedad. Mirada desde el mismo punto de vista por los P (3), P(4), P(6) quienes consideran que las relaciones con la familia serán mejoradas y de más acercamiento con otros miembros ya que con el paso del tiempo se pueden ignorar malos entendidos y generar un ambiente eficaz. Desde otro punto de vista, son consideradas como conductas de atención o asistencia a efectos de sugerencias o recomendaciones por uno de los expertos P(5) y un familiar P(2) aludiendo a que</p>
--	--	--

		<p>primeramente se deben mejorar las relaciones con la familia, aprender a perdonar, corregir errores, para que así se logre mayor unidad familiar, adicionalmente se estima la necesaria de la familia como factor indispensable para el proceso de recuperación, atender y entender la nueva vida permitirá la aceptación y la readaptación del P(1) y P(2), se debe contar con la ayuda de un profesional de la salud mental; en efecto un psicólogo, permitiendo asistir las necesidades y así lograr establecer mayor trabajo en equipo y mejor relación con el resto del núcleo familiar.</p>
--	--	---

Tabla 37: Análisis general subcategoría Familia

Subcategoría	Preguntas	Análisis subcategorías
4. Parejas	<p><i>¿Cómo es la relación con su pareja actualmente?</i></p>	<p>Para la subcategoría sobre parejas, vista desde tres perspectivas del tiempo en primera instancia, la actualidad de los seis(6) participantes cinco (5) de ellos describen que se dan de forma desfavorables, infieren en que establecer una relación amorosa en el presente, no es una de las prioridades, la prioridad es el estudio; prefieren mantener distancia con alguien que les llama la atención, y sólo establecer encuentros casuales pero de ninguna forma establecer vínculo afectivo amoroso u oficializar compromiso. Otras de las</p>
	<p><i>¿Cuál fue la mejor experiencia que tuvo en su</i></p>	

	<p><i>relación de pareja, antes del evento ocurrido?</i></p>	
	<p><i>¿En qué lugar ha planificado vivir con la pareja? ¿Por qué?</i></p>	<p>razones por la que no se ha conformado relación amoroso es debido a que, para tener una relación de pareja se requiere de mucho tiempo e interés y saber elegir a la persona indicada, que pueda ayudar a sobrellevar la vida de los P (1) y P(2) por tanto, se limitan a hablar del tema con otras personas. Asimismo se considerada desfavorable por uno de los expertos P(5), quien ha conocido de casos en los cuales una vez se sale del coma, el paciente queda con secuelas que son de mucho cuidado y en vista de esto la compañera o el compañero llega a tener cambios comportamentales muy fuertes, hay agresiones, se convierte en una relación aburrida y agotadora, no se adapta a los cambios que sufre el nuevo miembro, la pareja cuidadora sufre un largo duelo y en ocasiones se entra en situación de crisis experimentando, desamparo, confusión, tristeza, estrés, tensión, pérdida del equilibrio emocional producida por la situación. De donde resulta que, en su mayoría se dan separaciones, divorcios, la familia comienza a hacer cosas diferentes y abandonan paulatinamente la atención con el paciente. Por el contrario, el otro experto P(6) quien fue una cuidadora que vivió por muchos años el escenario del cuidado a una persona que estuvo en estado de coma, menciona con mucho agrado, que inicialmente fue crítica la situación y dura la aceptación ya que no había comunicación entre ambos, pero que, poco a poco la relación con la pareja en ese estado se fortaleció,</p>

		<p>notándose siempre mucho acercamiento, atención, responsabilidad; a diferencia de otras personas, ella con sus valores éticos y morales, comprendía la nueva vida y hacia hasta lo imposible por el bienestar y cuidado personal; menciona que ese actuar depende solamente del afecto, la fe y el amor que se le tenga a la persona durante la relación.</p> <p>El P(4) percibía las relaciones de pareja como escasas, afirman que eran innecesarias o no lo recuerdan, el P(1) afirma que en ese entonces eran innecesarias que una relación en la edad adolescentes se disfruta y no se tienen compromisos, mientras que el P(2) no recuerda experiencias. Se observa que los familiares conocen muy poco acerca de las relaciones de parejas de los P(1) y P(2) afirmando que son reservados o que nunca han tenido la suficiente confianza para expresarse sobre sus gustos.</p> <p>Finalmente, se evidencia que ya una vez se ha conocido la situación de los P(1) y P(2) sobre el lugar donde le gustaría vivir con la pareja y porque, de los cuatro (4) participantes uno de ellos estima que el hecho de vivir con la pareja generaría bienestar, ya que, esto les permite conocer otros estilos de vida, tener mejores ofertas laborales en ciudades capitales donde se mueve la industria, la productividad y la competitividad. El P(2) es ubicado dentro de dos unidades de análisis, refleja sentido de pertenencia por su lugar de origen y menciona no tener interés por conocer o vivir en otro sitio;</p>
--	--	---

		<p>más bien vela por su región y lucha por las necesidades urgentes de su tierra y así generar bienestar para sí mismo y para su territorio.</p> <p>Por otro lado los P(2) y P (4), perciben la situación como plan de distracción en el sentido de que: viajar por diferentes lugares les ofrece la oportunidad de visitar zonas llenas de fauna y flora, les permite investigar y dar respuesta a sus inquietudes sobre el ecosistema; pero no serían sitios recomendados para establecer hogar.</p>
--	--	--

Tabla 38: Análisis general subcategoría Parejas

Subcategoría	Preguntas	Análisis subcategorías
5. Amigos	<i>¿Cómo es la relación con sus amigos actualmente?</i>	<p>Las relaciones con los amigos son percibidas en la actualidad de forma favorable por (4) participantes y percibidas de forma desfavorable por los expertos (2), los participantes P(1) y P2) y familiares (P3,P4), afirman que hay una buena comunicación, los amigos contribuyen positivamente en la vida; generan distracción y desarrollan la motivación extrínseca. Por el contrario, para la actualidad los expertos P(5,6) consideran que es difícil el cambio que tiene una persona que supera el estado de coma, las secuelas pueden</p>
	<i>Cuéntenos ¿Qué disfrutaba de compartir con sus amigos antes del evento?</i>	

	<p><i>¿Cuál cree que sería la situación más difícil que le pudiese pasar con un compañero?</i></p>	<p>ser fuertes y ya no es lo mismo que antes, y que los amigos se pueden alejar, que al principio algunos se preocupan pero luego ya no están con ellos y que ha medida de que pasa el tiempo se siente la lejanía y la soledad.</p> <p>Considerado por los P(1, 2, 3, 4) sobre lo que disfrutaban los P(1, 2) que estuvieron en estado coma, antes de ocurrido el evento, valoran como positivos los momentos que departían con los amigos porque tenían más libertad de hacer las cosas; aun conociendo las consecuencias de sus acciones, planeaban salidas a diferentes lugares, cualquier tipo de eventos con la academia, utilizaban los vehículos sin la debida protección personal, consumían bebidas alcohólicas cada fin de semana con los amigos y esto se convirtió en la rutina de los fines de semana.</p> <p>En mención de una prospectiva futura la situación más difícil que podría pasar con los amigos o conocidos, se clasifican en diferentes aspectos, en factores psicológicos dónde se ubican cuatro (4) de los participantes; en los factores biológicos dos (2) participantes y en los factores ambientales uno (1) de los participantes. En cuanto a los factores psicológicos los participantes afirman que las situaciones más difíciles que les podrían pasar con un amigo son los miedos, la crisis existencial, las mentiras, el estrés y la soledad. Dentro de los factores biológicos los participantes afirman que una enfermedad</p>
--	--	--

		terminal, daño cerebral y la amnesia como aspectos que alterarían las relaciones con los amigos haciéndose difícil por el resto de la vida. Dentro de los factores ambientales en la relación con los amigos se encuentran aspectos como un segundo o tercer posible accidente, a causa de la falta de cuidado y la toma de conciencia.
--	--	---

Tabla 39: Análisis general subcategoría amigos

Categoría dos. Conductual.

Subcategoría	Preguntas	Análisis subcategorías
6. Conductas de Riesgos	<i>¿Qué hace para evitar situaciones de riesgos?</i>	<p>En la actualidad para la prevención de riesgos de accidentes los participantes (1, 2, 3, 4, 5, 6) comparten los criterios de: acatar las normas de bioseguridad impartidas por la sociedad, para así evitar riesgos a la salud física y mental, por tal motivo, se recomienda no consumir bebidas alcohólicas en exceso, controlar el consumo del cigarrillo, alejarse de las zonas de riesgo, por lo que esto se convierte en un problema de salud pública, desencadenando múltiples afectaciones en el rendimiento físico y psicológico de las personas, o en su defecto, de los estudiantes universitarios.</p> <p>Asimismo se recalca que los familiares y expertos coinciden en que en el hogar desde un principio se advierte sobre los riesgos que tiene en la vida cuando no se toman y acatan las normas; por eso, se</p>
	<i>Podría mencionar ¿Qué conductas de riesgos aumentan las probabilidades de deterioro a la salud física y mental?</i>	

	<p><i>Desde su experiencia ¿Que recomendaciones daría a otras personas con el propósito de evitar accidentes que los lleven a una unidad de cuidados intensivos (UCI)?</i></p>	<p>les educa y se les anima a hacer uso correcto y obligatorio de los elementos de protección personal con calidad certificada, para así evitar situaciones de riesgos y promover mejor calidad de vida.</p> <p>Las conductas de riesgo que aumentan la probabilidad de deterioro físico y mental son consideradas por dos (2) de los participantes como el riesgo de consumo que se produce a partir del hábito, afirmando que factores como el consumir bebidas alcohólicas, fumar aumentan la probabilidad de deterioro cognitivo, cinco (5) de los participantes afirma que los factores de desprotección tales: como el no acatar las normas de bioseguridad, el no usar casco cuando se conduce una motocicleta u omitir las señales ponen en riesgo eminente la vida de la persona. Se consideran factores de riesgo biológicos por dos(2) participantes el exponerse a algún tipo de infección y no usar los elementos de protección personal (EPP) alterando el organismo, asimismo se tienen en cuenta factores ambientales que producen riesgo a salud física y mental el trasnochar seguidamente, causando desorden en el ciclo del sueño.</p> <p>Desde la experiencia de cada uno de los participantes P(1, 2, 3, 4, 5, 6), acerca de las recomendaciones en una prospectiva del futuro para evitar posibles accidentes en las personas, se consideran por 5, la toma de conciencia como primera medida de prevención de accidentes que los puedan llevar a una unidad de cuidados intensivos</p>
--	--	--

		<p>(UCI), manejar con precaución, caminar por sitios que no atenten contra la integridad física, hacer uso de los EPP, respetar las normas de tránsito, salir con tiempo al lugar de destino, no ser necios; ser inteligentes, moderarse y aceptar los errores con el fin de mejorar como personas y así evitar daños personales y a terceros.</p> <p>De la misma manera, una vez se ha salido del estado de coma por un accidente ya sea este causado por algún aparato vehicular, o cualquier otro, se genera una desconfianza, que de acuerdo con los participantes dos (2), tres (3) y cinco (5), hay temor de volver a utilizar el elemento con el que ocurrió el accidente, considerándolo como lo peor que se podría utilizar; esto afecta a nivel psicológico ya que produce desconfianza, inseguridad, desequilibra la concentración, entre otras.</p>
--	--	---

Tabla 40: Análisis general de subcategoría Conductas de Riesgos

Subcategoría	Preguntas	Análisis subcategorías
	<p><i>Actualmente ¿Cómo es su desempeño laboral donde trabaja?</i></p>	<p>En la actualidad son percibidas como buenas por tres (3) de los participantes, en los que se encuentra el P(1) y su familiar (P3), quienes consideran que tiene facilidades para laborar, gracias a las buenas relaciones que ha establecido con amigos, situación contraria</p>

<p>7. Conductas Laborales</p>	<p><i>¿Cómo se desempeñaba en su vida laboral antes de ocurrir el evento?</i></p>	<p>ocurre con la P(2) y su familiar (P4) quienes consideran que no tiene dificultades pero que todavía se evidencia secuelas a partir del accidentes y que depende actualmente de la hermana, a su vez presente dificultades para laborar en trabajos que requieran fuerza, con respecto a los expertos se afirma que la capacidad para laborar después de un accidente depende de una valoración general de sus capacidades y el grado de lesión en el cerebro y la zona afectada.</p> <p>Se describe por los P (1, 2) el desempeño laboral tiempo antes de haber estado en coma, como un proceso un poco limitado, debido a que habían normas que les impedían actuar contrariamente, existía poca comunicación durante el horario, ya que se limitaban a solo trabajar; los diálogos se daban por fuera de los establecimientos, se presentaban indiferencias con cierto personal del equipo de trabajo, razón por la cual existía riesgos psicosociales; como por ejemplo el estrés laboral, clima laboral por debajo de la media. Por otra parte los familiares tienen una percepción un poco más abierta, considerando que eran personas comunes, trabajadoras, sin limitaciones, capaces de llevar a cabo programas, planes y proyectos, haciendo uso de todas las herramientas metodológicas para realizar sus labores diarias, independientes a la hora de tomar decisiones por sí mismos.</p>
	<p><i>A futuro, ¿Cómo se imagina que puede ser sus condiciones laborales?</i></p>	

		<p>El imaginario o perspectiva a futuro de las condiciones laborales son percibidas por (4) de los participantes de forma favorables, los más favorables son los participantes y sus familiares afirmando que a pesar de los pocos conocimientos, tienen facilidad de comunicación, aceptación y manifiestan que hay probabilidades de oportunidades para trabajar; en cambio los expertos se enfatizan en que estas personas que superaron el estado de coma pueden presentar algún tipo de dificultad dependiendo del grado de la lesión y la duración del estado, a su vez afirman que son pocas las posibilidades de tener un eficiente desempeño laboral.</p>
--	--	--

Tabla 41: Análisis general subcategorías Conductas Laborales

Categoría tres. Calidad de Vida

Subcategoría	Preguntas	Análisis subcategorías
	<p><i>En la actualidad ¿Qué puede mejorar de su vida, teniendo en cuenta la situación por la que ha pasado?</i></p>	<p>Sobre la categoría de mejoras, en la actualidad, teniendo en cuenta la situación por la que se ha pasado, los seis (6) participantes consideran que uno de los aspectos que se deben modificar, en todo</p>

8. Mejoras		<p>ser humano son los desfavorables o negativos del comportamiento como la falta de responsabilidad, de autocontrol, adquisición de conciencia, mejoramiento en la toma de decisiones, interiorización de valores y del sentido de vida, asimismo, se recomienda que haya mayor interacción con las familias y no se descuiden los intereses personales como realización del proyecto de vida.</p>
	<p><i>Cuéntenos un poco, ¿cómo era su condición de vida antes de haber ocurrido el incidente?</i></p>	<p>Las condiciones de vida antes de ocurrido el accidente de los participantes, son percibidas de forma favorable sólo por los familiares (P3,P4) quienes consideraban que sus parientes llevaban una condiciones de vida buena y organizada, refiriéndose a la estadía de la vivencia en la ciudad de Pamplona, por motivo de estudio; La percepción de los participantes (P1,P2) que superaron el estado de coma dicen todo lo contrario, afirmando que, llevaban una vida desorganizada donde el (P1) manifestó que le gustaba embriagarse, y sólo se motivaba a trabajar por darse gustos personales y satisfacer sus deseos de diversión.</p>
	<p><i>¿Qué le gustaría modificar de su vida para poder obtener completamente sus logros?</i></p>	<p>Considerando supuestos cambios en la conducta para mejorar la calidad de vida y así mismo obtener logros, el P (1 y 6), comentan que, para que exista un cambio en la conducta se requiere : cambiar patrones de la personalidad relacionado con las indiferencias; las cuales interfieren en el camino del éxito y no permiten el cumplimiento de los objetivos, aceptación de por vida y actitud de</p>

		control, asimismo fortalecer el sentido de pertenencia y tratar de no tener actitud negativa ante los problemas. Los P(2, 3, 4, 5), creen que se debe poseer conductas de prevención, alianza y adherencia a los tratamientos y controles médicos, incluyéndose en la agenda de las prioridades; el desinterés o desatención de esto, conlleva sin duda alguna, a que el paciente no logre obtener una recuperación eficiente la cual es lograda con el apoyo o acompañamiento interdisciplinar.
--	--	--

Tabla 42: Análisis general subcategoría Mejoras

Subcategoría	Preguntas	Análisis subcategorías
9. Proyecto de Vida	<i>¿Quiénes han sido las personas que han tenido mayor influencia en su vida y de qué manera?</i>	Las personas con mayor influencia que participan en el proyecto de vida de los participante P(1, 2) consideran que son favorables por cuatro de ellos y percibida de manera desfavorables por dos. Los favorables son los participantes que han superado el haber estado en coma, sintiendo que fortalecieron el apoyo familiar; ya sea por uno o varios miembros de la familia, amigos, sociedad, crecen las expectativas de amigos quienes ayudan al proceso de recuperación y por ende alientan el estado emocional y favorecen las propuestas de
	<i>Podría comentarnos ¿Cuáles eran sus intereses personales, antes de ocurrir el</i>	

	<p><i>incidente??</i></p>	<p>continuidad con los objetivos.</p>
	<p><i>¿De qué forma puede superar los impedimentos que la realidad le plantea para lograr realizar sus sueños?</i></p>	<p>En cuanto al antes del coma, habían intereses personales por los P(1, 2), antes de ocurrido el incidente tales como: la preparación profesional en una entidad universidad, conseguir puestos de trabajo, velar por el bienestar personal y familiar consiguiendo de este modo la satisfacción de las necesidades básicas.</p> <p>Con respecto a la superación de impedimentos de los seis (6) participantes, es considerada la motivación como factor relevante por cinco (5) de ellos, quienes consideran que pueden superarse las barreras por medio de la dedicación, esfuerzo, ganas, responsabilidad, constancias y perseverancias. El P (2) considera que factores como Dios y la meditación también contribuyen en la superación de impedimentos para cumplir los sueños, con respecto a los expertos hay una división de opiniones, no consideran necesario lo anterior y afirman que es importante un trabajo interdisciplinar que ayuden a la persona que estuvo en coma, teniendo en cuenta los cuidados, hábitos saludables pero también tener en cuenta factores como la superación, el apoyo y la adaptación a su nuevo estilo de vida.</p>

Tabla 43: Análisis general subcategoría Proyecto de vida.

Subcategoría	Preguntas	Análisis Subcategoría
10. Condición de salud	<i>¿Cómo considera usted que es su estado de salud en general?</i>	<p>Para este apartado no se tienen en cuenta los tiempos del antes del coma, ni la perspectiva de futuro, únicamente se describe la salud en general en tiempo actual en donde cinco de los participantes consideran el estado de salud como desfavorable, debido a que han quedado secuelas en los P(1, 2) como consecuencias del fuerte impacto en la cabeza, que les produjo trauma craneoencefálico, refieren tener constantes dolores de cabeza, provocando que no haya tolerancia a ciertos sonidos y luces, de igual forma los participantes mencionan que no se toleran algunos climas tanto calientes como fríos ya que les ocasionan continuos dolores en las partes del cuerpo donde hubo alguna lesión y tienen platinos, al llover y hacer relámpagos sienten dolores donde se ubica el platino, asimismo el estar mucho tiempo de pies o caminar durante largo rato, hace que se deba tomar descanso cada quince minutos, por otro lado hay limitaciones para la realización de múltiples actividades; no se puede subir de peso porque esto genera malestar y el no poder caminar normalmente. Para los P(3, 4) el estado actual es bueno pero debido a los tratamientos se presentan dificultades, haciendo que se convierta en una situación un tanto desfavorable por el hecho de asistir a terapias médicas y psicológicas, deben</p>

		<p>desplazarse en vehículos como busetas, taxis, particulares y muchas veces no se cuenta con la disposición, los recursos o el tiempo requerido para desplazarse a un centro hospitalario. Actualmente ambos participantes tienden a olvidar con mucha frecuencia las cosas deduciendo memoria a corto plazo. De acuerdo con el P(5) experto en el área de la neuropsicología, hay bajos niveles de estimulación cerebral, bajos niveles de activación celular por la inflamación que ocurrió en el cerebro por el accidente; los edemas cerebrales, en donde provocaron el coma inducido por varios días. En consecuencia se evidencia desorientación temporo-espacial ocasionando bajo rendimiento, actitud pasiva, bajos niveles de proactividad, sentimientos de frustración, problemas para conciliar el sueño por lo que se altera el ciclo circadiano.</p> <p>Por otro lado y desde otra perspectiva, uno de los expertos P(6), percibe el estado de salud en general del paciente como oportuno porque se convierte en una persona más consiente de la vida, siempre anda motivado y de cierta forma despierta en el familiar el valor de la fe y la esperanza.</p>
--	--	--

Tabla 44: Análisis general subcategoría Condición de salud

Subcategoría	Preguntas	Análisis Subcategoría
11. Condición económica	<i>Teniendo en cuenta el evento, ¿Cuáles son las condiciones económicas que usted vive actualmente?</i>	<p>Por lo que corresponde a las condiciones económicas de los P(1 y 2), el P(1) valora la situación actual como mejores, la P(2) expresa que son buenas pero que depende de un familiar y no de ella propiamente como lo hacía antes debido a turbación ocasionando por el accidente dejando secuelas en su cuerpo. Los familiares P(3 y 4) perciben dificultad en los dos sujetos de estudio, creen que están muy limitados, por ende su economía se ve en aprietos porque dependen de sus familiares. De igual forma los expertos P(5 y 6) afirman que hay dificultades para trabajar más cuando se está incluidos en accidentes de tránsito, debido a que genera incapacidades médicas, no pueden trabajar, las empresas no ofrecen oportunidades de empleo porque estas necesitan de fuerza, traslados y generan gastos para ellas. En cuanto a la probabilidad de accidentes, se infiere en que no hay estrato social para que una persona este expuesta a peligros, muerte, enfermedades; ocurren sin importar el nivel estrato.</p>

Tabla 45: Análisis general subcategoría Condición económica

Subcategoría	Preguntas	Análisis Subcategoría
<p>12.</p> <p>Condición de independencia funcional</p>	<p><i>Describe por favor, ¿Cómo realiza las tareas de la vida cotidiana una vez salido(a) del estado de coma?</i></p>	<p>Con relación a la realización de las tareas en la vida diaria o a la condición de independencia funcional, cuatro (4) de los participantes mencionaron que la independencia funcional estaba perturbada y limitada, la vida ha cambiado una vez sucede un trágico incidente y haber estado al borde de la muerte, la vida cambia de una u otra forma, cuando se es inducido al estado de coma durante más de diez días seguidos, por el hecho de que el cerebro no esté funcionando naturalmente esto implica riesgos para el sistema nervioso. Debido a los traumas intracraneales hay datos importantes sobre algunas alteraciones en la memoria y dificultad adquisición de nueva información, tanto semántica como episódica, lo cual constituyen las principales quejas cognitivas de los afectados por traumas craneoencefálicos y de sus familias. Razón por la cual no se pueden ejercer tareas con total normalidad, siempre hay una dificultad para cada situación.</p> <p>Los P(1 y 2) perciben esto de una manera paradójica e irrisoria para algunos, como una ventaja porque les permite desarrollar nuevas habilidades, buscar otros medios de superación personal y derribar obstáculos, es por esto que se</p>

		<p>identifican como personas incluyentes e influyentes dentro de los diversos grupos sociales.</p> <p>Los participantes uno (1) dos (2) cuatro (4) y seis (6) consideran el estado de incapacidad como la forma de adquirir otras habilidades, aprender a utilizar la inteligencia y otros mecanismos de acción permite fortalecer, reactivar y reprogramar áreas del cerebro que fueron lesionadas.</p>
--	--	--

Tabla 46 Condición de independencia funcional

Análisis Final Triangulación Poblacional

A continuación se describirá la triangulación de las percepciones de las categorías de manera general en las tres poblaciones (participantes, sus familias y expertos), se basan principalmente en la percepción de cada una de las categorías, se tiene en cuenta el aspecto en común de las tres poblaciones y aspectos en diferencia.

Población	Análisis categoría uno Social	Aspectos en común	Aspectos en diferencia
Participantes	Los aspectos que se tienen en cuenta en la categoría social por parte de los participantes que superan el estado de coma, son la importancia de aspectos sociales favorables	1. Con respecto a los aspectos en común, se evidencia la importancia de las relaciones sociales por	1. Las diferencias con respecto a la categoría social, entre cada una de las poblaciones, se dan en la importancia que le dan a las

como las relaciones interpersonales, la familia, la pareja y los procesos comunicacionales, como apoyo fundamental para llevar a cabo una buena recuperación durante y después del evento, esos aspectos fueron un poco diferentes antes del evento ya que tenían relaciones tóxicas, pero que fueron cambiando a partir de la situación por la que pasaron.

Familia

Con respecto a las familiares de los participantes consideran importante el apoyo de la familia, amigos y pareja en los procesos de recuperación, consideran el aspecto social como apoyo para mejorar su calidad de vida, también resaltan sus capacidades y cualidades como aspecto que le ayudaran a relacionarse con los demás en una perspectiva a futuro. La experiencia con respecto al evento hace que los familiares, perciban el apoyo de la pareja, amigos y allegados como fundamental en el proceso de recuperación de la persona que estuvo en coma. También considera importante los procesos comunicacionales como factor importante a la

parte de los familiares y participantes en los procesos de acompañamiento y recuperación, se evidencia en las dos participantes una percepción favorable con respecto a la categoría social, mas unidad entre sus integrantes,

2. Los expertos incluyen otros aspectos afirman que pueden haber cambios para bien o para mal dependiendo del grado de la lesión y las afectaciones tanto biológicas como psicológicas, pero que se puede retomar las relaciones sociales de manera gradual.

relaciones sociales, por una lado los participantes afirman que a partir del evento saben con qué personas contar y son más selectivos, los familiares afirman que es importante todo el apoyo durante y después de las del evento, con respecto a los expertos la gran diferencia radica en la integración de diferentes aspectos para una adecuada recuperación, afirmando que si hay cambios que pueden ser leves o severos, pero que en si cambia la relación con los demás, ya que las lesiones en el cerebro se ven reflejada a corto, mediano y largo plazo.

hora del acompañamiento.

Expertos	<p>Con respecto a los expertos, los cuales tiene una percepción diferente con respecto a categoría social, afirman que después del estado de coma quedan secuelas que pueden afectar las relaciones sociales de estas personas, su recuperación se da de manera gradual y depende de los proceso de recuperación, cabe menciona que los expertos tiene una percepción más holística de estos procesos de recuperación, ya que integran aspectos como el lugar de la lesión, el tiempo del coma, el proceso de duelo, los eventos dramáticos por los que puede pasar la familia, es por ello su percepción de cambios esta categoría.</p>
-----------------	--

Tabla 47: Análisis Final Triangulación Poblacional Categoría Social

Población	Análisis categoría dos conductual	Aspectos en común	Aspectos en diferencia
Participantes	Con respecto a la categoría conductual se	1. De las tres poblaciones la	1. Los expertos a diferencia de los

enfaticaron en las conductas de riesgo, los participantes afirman tener un cambio significativo con respecto a las conductas que presentaban antes del evento, ahora se consideran más conscientes a la hora de relacionarse con el entorno, un mayor cuidado con respecto a los riesgos que trae consigo el no utilizar las medidas de protección, cabe mencionar que los dos participantes sufrieron accidentes de moto, lo que les ocasiono trauma craneoencefálico, causa del coma que sufrieron. Ahora son más precavidos, más anticipados y sobre todo se percibe un mayor arraigo a las normas y reglas.

gran incidencia radica en que una persona que supera un estado de coma se vuelven más conscientes y precavidos en situaciones que presenten algún tipo de riesgo.

2. Se evidencia cambios favorables, especialmente al acatamiento e las normas por parte de las tres poblaciones.

participantes y familiares afirman que hay cambios significativos a partir de un una evento que involucre una lesión en el cerebro, que se pueden ver reflejados en la conducta del paciente, pueden ser leves o moderados.

2. Los familiares afirman que sus parientes son más cuidadosos e inteligentes, y que presenta mayor respeto a las nomas.

Familia Se pudo determinar que a partir de la información recolectada por los familiares con respecto a la categoría conductual, la cual se enfatizó en las conductas de riesgo, se afirma que los cambios conductuales con respecto al evento de sus parientes, ocasiono que estos fueran más conscientes de los peligros que trae consigo el no utilizar las medidas de protección

adecuadas, esto hizo que fueran más precavidos en sus vidas, especialmente cuando corren un riesgo. Según los familiares, nota en sus parientes que son más inteligentes, cuidadosos y mayor respeto a las normas.

Expertos Con respecto a los expertos afirman que las conductas de riesgo aumentan la probabilidad de un accidente, afirmando que las personas tiene cambios conductuales notables a partir de una lesión en el cerebro, las personas que llegan a superar todas sus capacidades a partir de un accidente se vuelven más precavidas, especialmente en situaciones o eventos de riesgo, a partir de las experiencias las personas son más conscientes a la hora de tomas decisiones, tiene mejores hábitos y son más apegados a las normas.

Población

Análisis categoría tres calidad de vida

Aspectos en común

Aspectos en diferencia

Participantes Dentro de los aspectos que se tuvieron en cuenta en la categoría calidad de vida se encuentran la condición de salud, proyecto de vida, condiciones económicas y las condiciones de independencia funcional, donde los participantes afirmaron tener un claro proyecto de vida, pero se evidencia secuelas físicas que afectan su rendimiento,

Familia Por otro la familia, tiene una percepción favorable con respecto a sus parientes en la categoría calidad de vida, según estos depende de gran medida de sus capacidades y cualidades afirmando que la actitud que tiene ellos los hará triunfar; a su vez también afirma que su condición física es regular debido a las secuelas que dejó el accidente por el que pasaron, los familiares consideran importante el apoyo de la familia en los procesos de recuperación para mejorar sus condiciones

Expertos Con respecto a los expertos afirman que la calidad de vida de una persona depende de su proceso de recuperación, teniendo en cuenta que

cuando hay una lesión en el cerebro, se evidencia que estas personas presentan dificultades en aspectos tales como memoria, atención, razón y percepción, los cuales pueden ser categorizados en leves o severos, esta personas presentan dificultades dependiendo el área del cerebro afectada, los expertos considera que estas persona comienza un proceso de adaptación a su nueva vida, el cumplimiento de su proyecto de vida depende de gran medida del proceso de recuperación y del grado de las secuelas. Desde lo psicológico los expertos afirman que la calidad de vida también depende también de la actitud que tenga la persona ante la nueva situación y de las personas que la apoyen a cumplir sus objetivos. Otro factor importante es la motivación y superación, que no los vean como una carga, sino que también depende del apoyo de su familia, parejas y amigos.

RESULTADOS CUANTITATIVOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de las pruebas neuropsicológicas (BANFE-2, Neuropsi) y de calidad de vida (InCaViSa).

Datos Participante número uno (p1)

DATOS GENERALES

Nombre: Participante 1

Edad: 25 años

Género: Masculino

Fecha de Nacimiento: 7 de Septiembre de 1993

Escolaridad: Universitario

Fecha de Evaluación: 30 de Marzo 2018

MOTIVO DE CONSULTA:

“Participante número uno (1) requiere de la aplicación de la prueba neuropsicológica breve en español (Neuropsi), con el fin de realizar una valoración de la atención, memoria y demás funciones ejecutivas, por motivos de haber sufrido accidente, siendo diagnosticado con Trauma craneoencefálico, habiendo comprometido su cerebro y producido edema cerebral, el participante fue inducido a coma por alrededor de diecinueve días (19) en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander”.

Resumen de historia clínica

Participante número uno oriundo de Tibú en Norte de Santander, reside actualmente en la ciudad universitaria de Pamplona (Norte de Santander) desde hace aproximadamente seis (6) años, se le solicitó participar bajo consentimiento informado para valorar la presencia de deterioro cognitivo.

De acuerdo con la entrevista el participante manifiesta datos referentes a su salud en el cual se evidencia que a nivel neurológico sufrió un accidente hace pocos años en una motocicleta, siendo diagnosticado con Trauma craneoencefálico, comenta que se le realizó un TAC cerebral, según el relato del participante con algunas pequeñas complicaciones a nivel cerebral. Actualmente no está consumiendo los medicamentos por falta de presupuesto.

Manifiesta vivir sólo en la ciudad de Pamplona, anteriormente no tenía buenas relaciones con la familia, las relaciones con los amigos eran exclusivamente para planes de consumir alcohol, fumar cigarrillos y realizar piques; según lo refiere él mismo. Comenta que se le ha realizado a partir del accidente y del haber estado en coma, resonancias magnéticas, TAC cerebral entre otras. Refiere presentar disminución en la agudeza visual y auditiva, deteriorada después de haber salido del coma, comenta que él estudió podría ser factor desencadenante.

Padres sin ningún tipo de enfermedad médicas, psicológicas; la madre refirió haber tenido un parto normal durante su embarazo, sin complicaciones.

Datos participante número dos (p2)

DATOS GENERALES

Nombre: Participante 2

Edad: 30 años

Género: Femenino

Fecha de Nacimiento: 12 de Septiembre de 1987

Escolaridad: Universitaria

Fecha de Evaluación: 13 de Abril 2018

MOTIVO DE CONSULTA:

“Participante número dos (2) requiere de la aplicación de la prueba neuropsicológica breve en español (Neuropsi), con el fin de realizar una valoración de la atención, memoria y demás funciones ejecutivas, por motivos de haber sufrido accidente, siendo diagnosticado con Trauma craneoencefálico, habiendo comprometido su cerebro con síntomas de edema cerebral, el participante fue inducido a coma por alrededor de diecisiete días (17) en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en la ciudad de Cúcuta, norte de Santander”.

Resumen de historia clínica

La participante dos tiene 30 años de edad, oriunda de Pamplona, reside actualmente en la ciudad, se le solicitó participar bajo consentimiento informado para valorar la presencia de deterioro cognitivo producido por el accidente en moto en la ciudad el cual le produjo un trauma craneoencefálico y posteriormente un coma inducido. Para evitar inflamación en el cerebro.

De acuerdo con la entrevista la participante manifiesta datos referentes a su salud en el cual se evidencia que a nivel neurológico fue afectada y sufrió un accidente hace pocos años siendo de parrillera en una motocicleta en horas de la madrugada, siendo diagnosticada con Trauma craneoencefálico severo, comenta que se le realizó un TAC cerebral, según el relato de la participante dieron como resultado algunas pequeñas complicaciones en el cerebro.

Manifiesta convivir con una hermana quien es docente en la ciudad de Pamplona, anteriormente no tenía buenas relaciones con la familia, las relaciones con los amigos eran exclusivamente para planes de salir a acampar, tomar café, estar en marchas, liderar paros estudiantiles en la universidad de pamplona.

No se obtiene datos relacionados con el embarazo de la madre, ni aspectos de enfermedades médicas o psiquiátricas.

Resultados Prueba Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (Neuropsi) Atención y Memoria

La información que sigue a continuación permite visualizar los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba de Evaluación Neuropsicológica Breve en español (NEUROPSI), Atención y memoria, 2 ediciones; realizada a dos participantes con un rango de edad entre los 16 a 30 años de edad y un rango de escolaridad entre 10 y 22 años de estudio, para lo cual se anexan tablas de perfiles generales de ejecución, hojas de resumen con las puntuaciones totales, historias clínicas, observaciones médicas y neurológicas y consentimiento informado de cada uno.

Resultados Cuantitativos

NEUROPSI.

Esta prueba mostró un puntaje total de 197 puntos en su puntuación total natural, al pasarse a puntuación normalizada, se observa que el puntaje es menor a 45 puntos según ubicación de puntuación total normalizada , lo que quiere decir que el participante está entre 0 y 69 para alteración severa.

Asimismo se describen detalladamente los puntajes para describir el perfil general de ejecución por cada una de las subpruebas en donde el paciente mostró más bajo rendimiento y que posiblemente presenta deterioro cognitivo. Son las siguientes:

Orientación: Se evaluó el nivel de conciencia y estado de activación donde se obtiene un resultado de siete (7) puntos ubicándolo en un puntaje normalizado normal, indicándose confiable integración de la atención, la percepción y la memoria espacial, el participante se encontraba orientado espacial y temporalmente.

Atención y Concentración: Se evalúan la integralidad de las funciones cognitivas de atención y concentración, el puntaje total para esta subpruebas fue de 46 puntos, ubicándolo en normal. Con una buena atención el participante se le facilita de modos distintos la ejecución cognitivo-conductual, ya que sirve tanto para reducción como para incrementar el procesamiento de cierta

información en el cerebro, señales externas e internas. Se puede deducir que el participante tiene control atencional, no presenta ningún trastorno ni síndrome atencional.

Memoria: Esta subprueba evalúa la memoria de trabajo, codificación y evocación, se evalúa a la memoria como mecanismo o proceso que permite conservar la información transmitida por una señal, el puntaje total para esta subprueba es de 78, ubicándola dentro de las puntuaciones normalizada leve moderado.

La memoria de trabajo está normal alto con un puntaje de 11, en cuanto a la codificación se ubica en leve a moderado ya que su puntaje para dibujar una curva no superó los 6 puntos, posteriormente al dibujar la misma figura sin verla no fue capaz de anotar los detalles precisos obtenido un puntaje de 7 que está dentro de lo severo, pero se recalca que tiene buena memoria para recordar caras donde obtuvo un puntaje de normal. En cuanto a la memoria de evocación presentan mucha dificultad se ubica dentro de moderado con tendencias hacia el nivel de severo, dificultad para poder recordar una historia. Se deduce que el paciente tiene memoria a corto plazo ya que tiene una capacidad limitada, por el descubrimiento de que la información se pierde sobre todo por un proceso de desplazamiento y por una tasa más lenta de olvido, dificultades en la recuperación o en la organización de la evocación.

Funciones Ejecutivas: se evalúa al participante la fluidez verbal tanto semántica como fonológica y la no verbal, en esta subprueba obtiene un puntaje de 52, ubicándolo como puntaje total normal, lo que quiere decir que el participante tiene buena capacidad de leer de forma rápida, e identificar colores.

Se deduce que el participante en las pruebas de atención y funciones ejecutivas obtiene un puntaje normalizado de 101 puntos ubicándolo de acuerdo con la tabla de puntuaciones totales como normal, a diferencia de la memoria donde presentó el mayor déficit con un puntaje total natural de 92 puntos y una puntuación normalizada menor de 45 puntos lo que quiere decir que se ubica dentro de alteraciones leves a moderadas con tendencias hacia alteraciones severas.

Análisis clínico

Se presenta el análisis realizado por el evaluador después de haber procesado de manera exhaustiva la información obtenida a través de la aplicación de la prueba Neuropsi.

Presentación y conducta:

La aplicación de la prueba se realiza en horas de la mañana 9:00am, en el lugar de la casa Águeda Gallardo, se presentó durante la aplicación ruido de banda musical, sacando como conclusión que interfirió un poco en la concentración. Inicialmente se le observa atento, colaborador e interesado. En la primera pregunta para evaluar la orientación se le observa dudas al momento de responder por el día en el que se encontraba realizando la prueba, responde pensativo no seguro, tiene buena orientación espacial.

Algunas pruebas las realizó sin complicaciones, en otras no seguía correctamente la instrucción. Se le observa pasivo.

Atención y Concentración:

En general utiliza buenos mecanismos de regulación y control que le posibilitan el logro de las tareas que implican atención selectiva, dividida, concentración. Se le destaca la capacidad que tiene para los cálculos.

No fue interrumpido por los estímulos externos del ambiente.

Memoria:

Presenta dificultad para retener información, exactamente en la sección de evocación de palabras, historias, figuras, nombres, se le considera memoria a corto plazo.

Funciones Ejecutivas:

Tiene iniciativa para la realización de las tareas, ejecuta bien los movimientos con las manos para realizar los ejercicios manuales, se percibe asimismo como una persona capaz formula diferentes estrategias aprendidas desde la psicología para resolver tareas.

Recomendaciones

Es importante dedicar más tiempo a actividades que involucren la memoria, con el fin de estimular los proceso de evocación, inicialmente debe practicar con elementos simples, se le

sugiere que dedique más tiempo a la lectura, a escritura, con el fin de mejorar la memoria y no permitir que la información se borre tan fácilmente.

Se anexan los resultados de las pruebas neuropsicológicas en los apéndices (Ver Apéndices).

Resultados Neuropsi Participante 2

La información que sigue a continuación permite visualizar los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la prueba de Evaluación Neuropsicológica Breve en español (NEUROPSI), Atención y memoria, 2 ediciones; realizada a dos participantes con un rango de edad entre los 16 a 30 años de edad y un rango de escolaridad entre 10 y 22 años de estudio, para lo cual se anexan tablas de perfiles generales de ejecución, hojas de resumen con las puntuaciones totales, historias clínicas, observaciones médicas y neurológicas y consentimiento informado de cada uno.

Resultados Cuantitativos

Esta prueba mostro un puntaje total de 196 puntos en su puntuación total natural, al pasarse a puntuación normalizada, se observa que el puntaje es menor a 45 puntos según ubicación de puntuación total normalizada, lo que quiere decir que la participante está entre 0 y 69 para alteración severa.

Asimismo se describen detalladamente los puntajes para describir el perfil general de ejecución por cada una de las subpruebas y así identificar donde la participante mostró más bajo rendimiento y que posiblemente presenta deterioro cognitivo. Se conocen a continuación:

Orientación: Se evaluó el nivel de conciencia y estado de activación donde se obtiene un resultado de siete (7) puntos ubicándolo en un puntaje normalizado total normal, indicándose confiable integración de la atención, la percepción y la memoria espacial, el participante se encontraba orientado espacial y temporalmente.

Atención y Concentración: Se evalúan la integralidad de las funciones cognitivas de atención y concentración, el puntaje total para esta subpruebas fue de 38 puntos, ubicándolo en normal con algunas dificultades para los cubos en progresión. Con una buena atención la participante se le facilita de modos distintos la ejecución cognitivo-conductual, ya que sirve tanto para reducción como para incrementar el procesamiento de cierta información en el cerebro, señales externas e internas. Se puede deducir que la participante tiene control atencional, no presenta ningún trastorno ni síndrome atencional.

Memoria: Esta subprueba evalúa la memoria de trabajo, codificación y evocación, se evalúa a la memoria como mecanismo o proceso que permite conservar la información transmitida por una señal, el puntaje total para esta subprueba es de 84, ubicándola dentro de las puntuaciones totales normalizada como alteración leve a moderada.

La memoria de trabajo está normal con un puntaje de 9, en cuanto a la codificación se ubica en leve a moderado ya que su puntaje para dibujar una curva fue de 33 puntos, posteriormente al dibujar la misma figura sin verla no fue capaz de anotar los detalles precisos obtenido un puntaje de 12 que está dentro de las alteraciones severas, pero se recalca que tiene buena memoria para recordar caras donde obtuvo un puntaje de 1 normal. En cuanto a la memoria de evocación presentan mucha dificultad se ubica dentro de la alteración severa, dificultad para poder recordar una historia. Se deduce que la participante tiene memoria a corto plazo ya que tiene una capacidad limitada, por el descubrimiento de que la información se pierde sobre todo por un proceso de desplazamiento y por una tasa más lenta de olvido, dificultades en la recuperación o en la organización de la evocación.

Funciones Ejecutivas: se evalúa al participante la fluidez verbal tanto semántica como fonológica y la no verbal, en esta subprueba obtiene un puntaje de 52, ubicándola como puntaje total normal, lo que quiere decir que la participante tiene buena capacidad de leer de forma rápida, e identificar colores.

Se deduce que la participante en las pruebas de atención y funciones ejecutivas obtiene un puntaje normalizado de 87 puntos ubicándolo de acuerdo con la tabla de puntuaciones totales

como normal, a diferencia de la memoria donde presentó el mayor déficit con un puntaje total natural de 99 puntos y una puntuación normalizada menor de 45 puntos lo que quiere decir que se ubica dentro de alteraciones leves a moderadas con tendencias hacia alteraciones severas.

Recomendaciones

Para la participante es importante dedicar más tiempo a actividades que involucren la memoria, con el fin de estimular los procesos de evocación, inicialmente debe practicar con elementos simples, se le sugiere que dedique más tiempo a la lectura, a escritura, con el fin de mejorar la memoria y no permitir que la información se borre tan fácilmente.

Se anexan los resultados de las pruebas neuropsicológicas.

Resultados BANFE-2 Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales

La Banfe-2 es un instrumento que agrupa un número importante de pruebas neuropsicológicas de alta confiabilidad y validez para la evaluación de los procesos cognitivos que dependen principalmente de la corteza prefrontal. La batería permite obtener, no sólo un índice global del desempeño en la batería, sino también un índice del funcionamiento de las tres áreas prefrontales evaluadas: corteza orbitomedial, dorsolateral y prefrontal anterior. La Banfe-2 también cuenta con un perfil de ejecución en el que se observa un resumen de las puntuaciones normalizadas correspondientes a cada una de las subpruebas. Este perfil señala las habilidades e inhabilidades del sujeto en cada una de las áreas cognitivas evaluadas.

Informe Participante uno (1)

Datos personales

Fecha de Evaluación: 9 de Abril del 2018

Género: Masculino

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: Universitaria

Lateralidad: Derecho

Edad: 24 años

Hoja de resumen BANFE-2

ÁREA	SUBPRUEBA	PUNTUACIÓN	
		NATURAL	CODIFICADA
ORBITOMEDIAL	Laberintos. Atravesar (codificado).	0	4
	Juego de cartas. Porcentaje de cartas de riesgo (codificado).	19	5
	Juego de cartas. Puntuación total (codificado).	35	4
	Stroop forma "A". Errores tipo Stroop (codificado).	0	5
	Stroop forma "A". Tiempo (codificado).	145	1
	Stroop forma "A". Aciertos.	82	
	Stroop forma "B". Errores tipo Stroop (codificado).	0	4
	Stroop forma "B". Tiempo (codificado).	109	2
	Stroop forma "B". Aciertos.	84	
	Clasificación de cartas. Errores de mantenimiento (codificado).	0	3
	SUBTOTAL		194
PREFRONTAL ANTERIOR	Clasificación semántica. Número de categorías abstractas (codificado).	4	3
	Selección de refranes. Tiempo (codificado).	177	1
	Selección de refranes. Aciertos.	5	
	Metamemoria. Errores negativos (codificado).	2	4
	Metamemoria. Errores positivos (codificado).	3	3
	SUBTOTAL		16
DORSOLATERAL. MEMORIA DE TRABAJO	Señalamiento autodirigido. Perseveraciones (codificado).	4	3
	Señalamiento autodirigido. Tiempo (codificado).	220	1
	Señalamiento autodirigido. Aciertos.	22	
	Resta consecutiva "A". 40-3. Tiempo (codificado).	54	3

	Resta consecutiva "A". 40-3. Aciertos.	13	
	Resta consecutiva "B". 100-7. Tiempo (codificado).	220	1
	Resta consecutiva "B". 100-7. Aciertos.	7	
	Suma consecutiva. Tiempo (codificado).	58	1
	Suma consecutiva. Aciertos.	20	
	Ordenamiento alfabético. Ensayo # 1 (codificado).	2	3
	Ordenamiento alfabético. Ensayo # 2 (codificado).	5	2
	Ordenamiento alfabético. Ensayo # 3 (codificado).	5	3
	Memoria de trabajo visoespacial. Secuencia máxima.	4	
	Memoria de trabajo visoespacial. Perseveraciones (codificado).	0	5
	Memoria de trabajo visoespacial. Errores de orden (codificado).	1	4
	SUBTOTAL		94
DORSOLATERAL. FUNCIONES EJECUTIVAS	Laberintos. Planeación (sin salida) (codificado)	3	3
	Laberintos. Tiempo (codificado).	35	3
	Clasificación de cartas. Aciertos.	37	
	Clasificación de cartas. Perseveraciones (codificado).	4	4
	Clasificación de cartas. Perseveraciones diferidas (codificado).	5	3
	Clasificación de cartas. Tiempo (codificado).	600	1
	Clasificación semántica. Total de categorías (codificado).	21	5
	Clasificación semántica. Promedio total animales (codificado).	9	5
	Clasificación semántica. Puntaje total (codificado).	24	4
	Fluidez verbal. Aciertos (codificado).	9	2
	Fluidez verbal. Perseveraciones (codificado).	1	3
	Torre de Hanoi 3 discos. Movimientos (codificado).	8	5
	Torre de Hanoi 3 discos. Tiempo (codificado).	22	5
	Torre de Hanoi 4 discos. Movimientos (codificado).	28	4
	Torre de Hanoi 4 discos. Tiempo (codificado).	77	5
	SUBTOTAL		89

PUNTUACIONES TOTAL	PUNTUACIÓN NATURAL	PUNTUACIÓN NORMALIZADA	DIAGNÓSTICO
Subtotal orbitomedial	194	95	Normal
Subtotal prefrontal anterior	16	79	Alteración leve-moderada
Total dorsolateral (MT + FE)	183	70	Alteración leve-moderada
Total Batería de Funciones Ejecutivas	393	73	Alteración leve-moderada

Informe

Como se puede evidenciar en la tabla 1, se observan cuatro columnas, en la primera de ellas se encuentra el área que evalúa la BANFE-2 en las que se encuentra el área Orbitomedial, el área Prefrontal anterior, el área Dorsolateral en la que se evalúa la memoria de trabajo y el área Dorsolateral que evalúa las funciones ejecutivas, en la segunda columna se observa las subpruebas que evalúa las diferentes áreas de la batería, en la tercera columna encontramos las puntuaciones, la cual se divide en naturales y codificadas, las puntuaciones naturales que se obtienen en cada una de las subpruebas (15), la conversión para convertir estos resultados a puntuaciones codificadas se encuentran en el manual de la BANFE -2.

Con respecto a las puntuaciones totales de cada una de las áreas se evidencia que el participante obtuvo una puntuación natural en el área orbitomedial de 194 puntos equivalente a una puntuación codificada de 95, clasificada en un grado de alteración de normal, de acuerdo a la interpretación el participante tiene un adecuado control emocional, tolerancia a la frustración y agresividad, con respecto a la puntuación prefrontal anterior el participante obtuvo una puntuación de 79, clasificada en el rango de 70 a 84 (Alteración leve moderada) y finalmente en el área dorsolateral se evidencia afectaciones en la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas con una puntuación de 70 (Alteración Leve moderada), se evidencia que durante la aplicación el participante requiere del tiempo límite en las subpruebas de clasificación de cartas con un total de 10 minutos. Con respecto al total de la prueba obtuvo una calificación total de 73 clasificada en alteración leve moderada.

Informe Participante dos (2)**Datos personales****Fecha de Evaluación:** 9 de Abril del 2018**Género:** Masculino**Ocupación:** Estudiante**Escolaridad:** Universitaria**Lateralidad:** Derecho**Edad:** 24 años**Hoja de resumen BANFE**

ÁREA	SUBPRUEBA	PUNTUACIÓN	
		NATURAL	CODIFICADA
ORBITOMEDIAL	Laberintos. Atravesar (codificado).	0	4
	Juego de cartas. Porcentaje de cartas de riesgo (codificado).	11	5
	Juego de cartas. Puntuación total (codificado).	18	2
	Stroop forma "A". Errores tipo Stroop (codificado).	2	2
	Stroop forma "A". Tiempo (codificado).	86	3
	Stroop forma "A". Aciertos.	82	
	Stroop forma "B". Errores tipo Stroop (codificado).	0	4
	Stroop forma "B". Tiempo (codificado).	79	3
	Stroop forma "B". Aciertos.	84	
	Clasificación de cartas. Errores de mantenimiento (codificado).	1	2
	SUBTOTAL		191
PREFRONTAL ANTERIOR	Clasificación semántica. Número de categorías abstractas (codificado).	8	5
	Selección de refranes. Tiempo (codificado).	108	3

	Selección de refranes. Aciertos.	4	
	Metamemoria. Errores negativos (codificado).	5	2
	Metamemoria. Errores positivos (codificado).	0	5
	SUBTOTAL		19
DORSOLATERAL. MEMORIA DE TRABAJO	Señalamiento autodirigido. Perseveraciones (codificado).	5	3
	Señalamiento autodirigido. Tiempo (codificado).	117	3
	Señalamiento autodirigido. Aciertos.	21	
	Resta consecutiva "A". 40-3. Tiempo (codificado).	63	3
	Resta consecutiva "A". 40-3. Aciertos.	7	
	Resta consecutiva "B". 100-7. Tiempo (codificado).	120	3
	Resta consecutiva "B". 100-7. Aciertos.	1	
	Suma consecutiva. Tiempo (codificado).	65	3
	Suma consecutiva. Aciertos.	20	
	Ordenamiento alfabético. Ensayo # 1 (codificado).	2	3
	Ordenamiento alfabético. Ensayo # 2 (codificado).	5	2
	Ordenamiento alfabético. Ensayo # 3 (codificado).	5	3
	Memoria de trabajo visoespacial. Secuencia máxima.	2	
	Memoria de trabajo visoespacial. Perseveraciones (codificado).	2	1
	Memoria de trabajo visoespacial. Errores de orden (codificado).	3	3
	SUBTOTAL		78
DORSOLATERAL. FUNCIONES EJECUTIVAS	Laberintos. Planeación (sin salida) (codificado)	4	2
	Laberintos. Tiempo (codificado).	15	5
	Clasificación de cartas. Aciertos.	61	
	Clasificación de cartas. Perseveraciones (codificado).	4	4
	Clasificación de cartas. Perseveraciones diferidas (codificado).	5	3
	Clasificación de cartas. Tiempo (codificado).	170	5
	Clasificación semántica. Total de categorías (codificado).	10	5
	Clasificación semántica. Promedio total	5	3

	animales (codificado).		
	Clasificación semántica. Puntaje total (codificado).	27	5
	Fluidez verbal. Aciertos (codificado).	16	3
	Fluidez verbal. Perseveraciones (codificado).	1	3
	Torre de Hanoi 3 discos. Movimientos (codificado).	20	1
	Torre de Hanoi 3 discos. Tiempo (codificado).	103	2
	Torre de Hanoi 4 discos. Movimientos (codificado).	17	5
	Torre de Hanoi 4 discos. Tiempo (codificado).	58	5
	SUBTOTAL		112

PUNTUACIONES TOTAL	PUNTUACIÓN NATURAL	PUNTUACIÓN NORMALIZADA	DIAGNÓSTICO
Subtotal orbitomedial	191	86	Normal
Subtotal prefrontal anterior	19	95	Normal
Total dorsolateral (MT + FE)	190	75	Alteración leve-moderada
Total Batería de Funciones Ejecutivas	400	77	Alteración leve-moderada

Como se puede evidenciar en la tabla 1, se observan cuatro columnas, en la primera de ellas se encuentra el área que evalúa la BANFE-2 en las que se encuentra el área Orbitomedial, el área Prefrontal anterior, el área Dorsolateral en la que se evalúa la memoria de trabajo y el área Dorsolateral que evalúa las funciones ejecutivas, en la segunda columna se observa las subpruebas que evalúa las diferentes áreas de la batería, en la tercera columna encontramos las puntuaciones, la cual se divide en naturales y codificadas, las puntuaciones naturales que se obtienen en cada una de las subpruebas (15), la conversión para convertir estos resultados a puntuaciones codificadas se encuentran en el manual de la BANFE -2.

Con respecto a las puntuaciones totales de cada una de las áreas se evidencia que el participante obtuvo una puntuación natural en el área orbitomedial de 191 puntos equivalente a una puntuación codificada de 91, clasificada en un grado de alteración de normal, de acuerdo a la interpretación el participante tiene un adecuado control emocional, tolerancia a la frustración y agresividad, con respecto a la puntuación prefrontal anterior el participante obtuvo una

puntuación natural de 19 equivalente a una puntuación codificada de 95 que según el manual se encuentra en el rango de 85 a 115 equivalente a norma. (Alteración leve moderada) y finalmente en el áreas dorsolateralse evidencia afectaciones en la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas con una puntuación de 77 (Alteración Leve morado), se evidencia que durante la aplicación el participante requiere, finalmente el participante obtuvo una puntuación codificada total de 77, clasificada en alteración Leve moderada.

Resultados InCaViSa (Inventario de Calidad de Vida y de la Salud)

A continuación se presentan los resultados de cada uno de los participantes, donde se expondrán cada uno de los informes donde se evidencia la evaluación de las variables y su respectiva interpretación de acuerdo a la tabla de clasificación que se encuentra en el manual de la prueba mencionada.

Informe Participante uno (1)

Datos sociodemográfico

Edad: 24 años

Padecimiento: Trauma Craneoencefálico

Fecha de Aplicación: 30 de Marzo del 2018

Tiempo del inicio del padecimiento: 19 días

Sexo: Masculino

Ocupación: Estudiante

Calificación percentilar en Calidad de Vida

	Puntuación total	Muy alta	Alta	Baja	Muy baja
Preocupaciones	16				
Desempeño Físico	13				
Aislamiento	17				
Percepción Corporal	12				
Funciones Cognitivas	16				
Actitud ante el Tratamiento	6				
Tiempo Libre	8				
Vida Cotidiana	5				

Familia	17				
Redes Sociales	14				
Dependencia Medica	0				
Relación con el Medico	12				

Tabla #

En el presente apartado se realiza la interpretación de cada una de las categorías que evalúa la InCaViSa, cabe mencionar que esta interpretación se fundamenta bajo el manual de la misma.

Preocupaciones: El participante obtuvo una puntuación de 16 equivalente a muy bajo, donde se evidencia que tiene pocas preocupaciones, se siente apoyado y comfortable con quienes lo rodean y posee redes de apoyo eficaces.

Desempeño físico: El participante obtuvo una puntuación de 13 equivalentes baja, su capacidad para realizar actividad física esta levemente deteriorada, puede haber umbrales bajos a dolor (percibe fácilmente sensaciones desagradables).

Aislamiento: El participante obtuvo una puntuación de 17 equivalente a bajo, cuenta con el aprecio y afecto eficaz que requiere, se percibe merecedor de la estimación que recibe de quienes le rodean. En general implica un autoconcepto positivo y habilidades funcionales en su medio.

Percepción corporal: El participante obtuvo una puntuación de 12 equivalente a muy bajo, se percibe a sí mismo como poco atractivo o físicamente diferente, puede haber atención selectiva, aparente señales de desagrado hacia su persona.

Funciones cognitivas: El participante obtuvo una puntuación de 16 equivalentes a muy bajo, hay una disminución notable de su capacidad de memoria y concentración. Pueden mostrar estados emocionales parecidos a la depresión en los que estas fallas explican sentimientos de inutilidad, enojo o ansiedad.

Actitud ante el tratamiento: El participante obtuvo una puntuación de 6 equivalente a alto; comprende la importancia de seguir el tratamiento médico en el manejo de su salud. Asume las rutinas derivadas de su tratamiento como una situación necesaria y poco intrusiva.

Tiempo Libre: El participante obtuvo una puntuación de 8 equivalente a baja; el proceso de enfermedad se conceptualiza como una limitación infranqueable para el disfrute del tiempo libre al que estaba acostumbrado; implica además sentimientos de nostalgia por actividades que ha dejado de llevar a cabo.

Vida Cotidiana: El participante obtuvo una puntuación de 5 equivalente a baja; El proceso de enfermedad y su manejo representa una pérdida importante en su salud y estilo de vida. Puede experimentar continuamente sentimientos de enojo, tristeza y desesperanza.

Familia: El participante obtuvo una puntuación de 17 equivalente a alta; indica que al menos para un miembro de la familia es importante y le representa apoyo y afecto significativo.

Redes Sociales: El participante obtuvo una puntuación de 14 equivalente a alta; cuenta con personas a su alrededor que puede ayudarle a resolver contingencias cotidianas o inesperadas, de manera eficaz. En general hay un sentido de tranquilidad y certidumbre acerca de su futuro y autoeficacia.

Dependencia Médica: El participante obtuvo una puntuación de 0 equivalente a muy baja; se reconoce como protagonista de su condición de salud. Suele acompañarse de independencia y autoeficacia.

Informe Participante dos (2)

Datos sociodemográfico

Edad: 30 años

Padecimiento: Trauma Craneoencefálico, con edema cerebral

Fecha de Aplicación: 6 de Abril del 2018

Tiempo del inicio del padecimiento: 17 días

Sexo: Femenino

Ocupación: Estudiante

	Puntuación total	Muy alta	Alta	Baja	Muy baja
Preocupaciones	20				

Desempeño Físico	4				
Aislamiento	9				
Percepción Corporal	19				
Funciones Cognitivas	4				
Actitud ante el Tratamiento	12				
Tiempo Libre	18				
Vida Cotidiana	7				
Familia	9				
Redes Sociales	4				
Dependencia Medica	0				
Relación con el Medico	9				

Preocupaciones: La participante obtuvo una puntuación de 20 equivalente a muy bajo, se puede evidenciar que la participante tiene pocas preocupaciones, siente el apoyo y acompañamiento de las personas que la rodean.

Desempeño físico: La participante obtuvo una puntuación de 4 equivalentes muy bajo, presenta dificultades leves para realizar actividad física se evidencia el deterioro, puede haber umbrales bajos a dolor (percibe fácilmente sensaciones desagradables).

Aislamiento: La participante obtuvo una puntuación de 9 equivalente a muy bajo, cuenta con el aprecio y afecto eficaz que requiere, se percibe merecedor de la estimación que recibe de quienes le rodean. En general implica un autoconcepto positivo y habilidades funcionales en su medio.

Percepción corporal: La participante obtuvo una puntuación de 19 equivalente a muy bajo, se percibe a sí mismo como una persona poco atractiva o físicamente diferente, puede haber atención selectiva, aparente señales de desagrado hacia su persona.

Funciones cognitivas: La participante obtuvo una puntuación de 4 equivalentes a alta, posee capacidad de concentración, aprendizaje y recuperación de la información. Es un indicador de un nivel razonable de bienestar emocional.

Actitud ante el tratamiento: la participante obtuvo una puntuación de 12 equivalente a muy baja; Reciente el tener que seguir un tratamiento médico y el estar enfermo. Es el indicador más poderoso en la escala de adhesión inadecuada, acompañada de actitudes y creencias que la obstaculizan o imposibilitan.

Tiempo Libre: El participante obtuvo una puntuación de 18 equivalente a muy bajo; el proceso de enfermedad se conceptualiza como una limitación infranqueable para el disfrute del tiempo libre al que estaba acostumbrado; implica además sentimientos de nostalgia por actividades que ha dejado de llevar a cabo, preocupación para realizar actividades que no puede debido a su condición.

Vida Cotidiana: El participante obtuvo una puntuación de 7 equivalente a baja; El proceso de enfermedad y su manejo representa una pérdida importante en su salud y estilo de vida. Puede experimentar continuamente sentimientos de enojo, tristeza y desesperanza por su condición.

Familia: El participante obtuvo una puntuación de 9 equivalente a muy baja; la puntuaciones bajas en esta are implican problema serios de interacción, muy probablemente por desacuerdo o conflictos importante o “imperdonable” para el paciente, puede haber un abandono del paciente o hacia él, real o afectivo de su familia.

Redes Sociales: El participante obtuvo una puntuación de 4 equivalente a muy bajo; El medio social le parece adverso, indiferente o agresivo. Suelen presentar dificultades en habilidades básicas de interacción, son comunes pensamientos de indefensión y desesperanza.

Dependencia Médica: El participante obtuvo una puntuación de 0 equivalente a muy baja; se reconoce como protagonista de su condición de salud. Suele acompañarse de independencia y autoeficacia.

DISCUSIÓN

A continuación se presentan la teoría que sirve para fundamentar los resultados obtenidos, tanto cualitativos como cuantitativos, donde se realiza un análisis que da soporte a la investigación, en este apartado se hará una relación de postulados teóricos con la presente investigación teniendo en cuenta teorías que confrontan los resultados (variables y categorías) con la pregunta problema y objetivo de investigación.

En primera instancia cabe mencionar que el estado de coma es un estado de inconciencia donde el paciente se encuentra “dormido”, carece de respuesta a cualquier estímulo y es incapaz de percibir o responder a inducciones externas o a las necesidades internas, éste es un estado de temporalidad limitada, se caracteriza por un cuadro agudo, ya que si se perpetúan las condiciones que está generando el coma, al cabo de unas pocas semanas la persona puede despertar y restaurar sus ciclos sueño-vigilia (Gracias & Saury, 2013). En la presente investigación se trabajó con una muestra de dos participantes los cuales estuvieron en estado de coma durante 17 y 19 días respectivamente, cabe mencionar que los participantes sufrieron accidentes de tránsito por motocicleta, lo que produjo trauma craneoencefálico y posterior estado de coma.

La principal característica del trauma craneoencefálico (TCE) es la lesión en alguna área de cerebro, según Luque & Boscá) esta es definida como “cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica”, esta definición con respecto al TCE permite tener una idea más clara y precisa de este daño cerebral, daño o situación por la que pasaron los participantes, lo que posteriormente los llevo a estado de coma durante 17 y 19 días respectivamente.

Según Ríos, Castaño & Bernabeu (2007, Citado por González, Giraldo, Ramírez & Quijano, 2011):

El TCE trae como consecuencia un variado espectro de dificultades e incapacidades potenciales, que pueden surgir a nivel físico, cognitivo, comportamental y social, como

consecuencia de la lesión cerebral. De las secuelas mencionadas, los déficits cognitivos son considerablemente incapacitantes para el sujeto. Los más comunes se observan en la disminución del nivel de alerta y en la velocidad del procesamiento de la información, en el déficit de atención y memoria, en el aprendizaje, en las alteraciones del lenguaje (la comunicación) y las funciones ejecutivas. (p.2).

De acuerdo a los autores las personas que superan el trauma craneoencefálico manifiestan cambios cognitivos, así corroboran la información aportada por los expertos durante las entrevistas semiestructuradas aplicadas, teniendo en cuenta el grado de la lesión, el área afectada y la duración de la misma; por consiguiente los expertos consideran que es importante el trabajo interdisciplinar afirmando que :

“La Percepción De Un Daño Cerebral En Una Persona Tiene Un Cambio Dramático Porque después de una secuela del daño cerebral la persona muy posiblemente no va a tener la misma capacidad funcional cognitiva y comportamental que tenía antes del daño cerebral, entonces cuando una persona tiene daño cerebral sea por una accidente cerebrovascular o un trauma craneoencefálico, o ya sea un tipo de infección, su infección se sube al cerebro y daña su digamos sus órganos cerebrales y sus estructuras cerebrales y esto es un cambio dramático para la persona, para la familia y para el entorno, entonces la percepción social, genera un cambio dramático muy fuerte porque vamos a encontrar con algún tipo de dificultad, vamos a tener cambios comportamentales y cambios funcionales”.

De acuerdo a lo afirmado por la experta y los autores, las personas tiene algún cambio significativo en algunas funciones ejecutivas especialmente en atención y memoria.

Con respecto a la familia se evidencia una percepción social favorable, donde afirman que sus parientes (personas que superaron el estado de coma), han fortalecido sus vínculos después del evento, según González, Giraldo, Ramírez & Quijano (2011) En segundo lugar, el aspecto social que incluye la percepción del paciente sobre los cambios que habían podido generarse después del TCE en las actividades y roles sociales, dentro de la dinámica familiar, de pareja, laboral y en

sus relaciones interpersonales en general. Los autores considera que posterior al evento traumático es importante el apoyo de la familia y allegados del paciente, ya que en primera instancia afirma que del sujetos es importante ya que se hace una evaluación personal de las consecuencias del evento y su estado emocional donde se refleja el nivel de autoestima y autoconcepto tras el suceso.

En segundo lugar, el aspecto social que incluye la percepción del paciente sobre los cambios que habían podido generarse después del TCE en las actividades y roles sociales, dentro de la dinámica familiar, de pareja, laboral y en sus relaciones interpersonales en general.

Por otro los cambios conductuales se ven reflejados en la prevención de conductas de riesgos, los participantes se consideran más precavidos, a situaciones de riesgo debido a la experiencia o eventos por el que pasaron, los familiares afirman que hay un cambio significativo favorable con respecto al uso de elementos de bioseguridad en los diferentes contextos, según Zabala, Muñoz y Quemada (2003) las alteraciones específicas que se evidencian a partir de la superación de estado de coma o TCE se encuentra: déficit para dirigir la atención a un estímulo, disminución de la capacidad para mantener el foco atencional durante un periodo determinado, fallas en el control de distractores, dificultad para cambiar la atención de una tarea a otra o llevar a cabo actividades que exigen atender a dos elementos simultáneamente . De acuerdo a los resultados de las pruebas Neuropsicológica se evidencia alteración en diversas funciones ejecutivas especialmente en memoria.

Cuando el individuo despierta del coma, luego de unos días o semanas puede abrir los ojos pero no puede mantener una conexión con el ambiente que lo rodea y en dados casos no se reconoce a sí mismo, solamente hay actividad motora y esta depende del grado o causa de coma y las secuelas que trajo consigo; el sujeto entra en un estado vegetativo que puede llevar al mejoramiento o no, si este estado persiste en el tiempo puede provocar problemas para la persona que la padece, como las capacidades cognitivas las cuales pueden ser irreversibles y se puede correr el riesgo de muerte cerebral (Ibarra, 2012). De manera genera y recalando los resultados cuantitativos y cualitativos se evidencia cambios cognitivos en los participantes, las

puntuaciones obtenidas en la aplicación de las pruebas neuropsicológicas se encuentran por debajo de las puntuaciones promedio.

Finalmente cabe recalcar la importancia de los procesos interdisciplinarios posterior a un evento traumático, el apoyo familiar los cuales contribuyen a que el paciente se sienta el acompañamiento de sus allegados; a su vez cabe también recalcar la estimulación cerebral en las funciones ejecutivas como memoria, atención, concentración y orientación posterior a un evento traumático.

CONCLUSIONES

Este proyecto de investigación asociado con el área de la psicología bajo el tema de percepciones de los cambios cognitivos, conductuales y sociales, generados a partir del estado de coma, de la facultad de salud, programa de psicología de la universidad de Pamplona, da como conclusiones los siguientes:

Las siguientes conclusiones van enmarcadas a los objetivos de la investigación y la pregunta problema, para ello se realizará una breve descripción de la investigación. En primera instancia, la metodología implementada en esta investigación fue de tipo mixta con preponderancia cualitativa, en el apartado cualitativo se implementó una entrevista semiestructurada la cual fue validada por tres expertos, cabe mencionar que esta entrevista fue dirigida a tres poblaciones diferentes (dos personas que han superado el estado de coma, dos familiares y dos expertos en el tema), cada una de estas entrevistas se realizaron con preguntas en diferentes prospectiva del tiempo (antes del evento, actualmente y en una prospectiva del futuro). Por medio de esta técnica se evaluaron las siguientes categorías: social, conductual y la calidad de vida.

En la parte cuantitativa se implementaron dos pruebas neuropsicológicas donde se aplicaron a las personas que superaron el estado de coma, estas pruebas son: BANFE-2 (Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales) y la NEUROPSI-II (Evaluación neuropsicológica breve en español; Atención y memoria) además también se realizó la aplicación de un inventario de calidad de vida y de la salud (InCaViSa), estas pruebas pretendían evaluar las variables cognitivas y de calidad de vida de las dos participantes P(1 y 2).

En segunda instancia, desde el apartado cualitativo los resultados se analizaron con diferentes matrices que buscaban analizar las diferentes categorías y subcategorías y finalmente se realizó la triangulación poblacional que buscó de manera general describir cada una de las categorías teniendo en cuenta, las diferencias y aspectos en común de las poblaciones abordadas.

Las conclusiones más significativas se basan de acuerdo a las variables y categorías, con respecto a las categorías; la primera se relacionada con lo social se incluyen subcategorías referentes a las relaciones interpersonales deduciéndose que antes de haber estado en situación de coma, las relaciones interpersonales eran buenas en el sentido de que se departían más tiempo en actividades poco benéficas y sin aportes significativos a la vida personal, una vez se ha salido del estado del coma, estas se han fortalecido, haciendo que los procesos comunicacionales con los amigos, algunos familiares, tuvieran un cambio trascendental para el vivir de los afectados, con miras a fomentar los valores y buenas relaciones entre la sociedad actual.

En cuanto a la categoría conductual se evidencia que anteriormente los dos sujetos de estudio no se prevenían utilizando los elementos de protección personal (EPP), para la actualidad han hecho hincapié en la importancia que tiene la toma de decisiones y conciencia, ante las situaciones y riesgos inminentes de la vida diaria, con el fin de evitar inconvenientes que comprometan en un futuro la salud física y mental, asimismo la categoría relacionada con la calidad de vida de los dos sujetos en un antes del estado de coma, se describían como desorganizados, sin proyectos de vida, carentes de buena vida social; se destacaban por ser trabajadores para satisfacer las necesidades básicas y complacer los deseos. Posteriormente, el tener otra oportunidad de vida permitió reorganizar ideas, enderezar caminos con miras al bienestar

personal, las condiciones de salud actual se ubican dentro de las mejores, entendiéndose de este modo, al cuidado y meticulosidad que se ha despertado en cada uno de los dos sujetos, por otra parte se evidencia que a nivel económico deben velar por conseguir el sustento con trabajos no forzosos, los cuales no le impliquen probabilidades de riesgos.

Por lo que se refiere a las variables cognitivas, relacionadas con los procesos de atención, concentración, funciones ejecutivas y memoria, se logra concluir que existen actualmente alteraciones en la memoria de trabajo, memoria de codificación y memoria de evocación; ubicándose su perfil general de ejecución en una puntuación normalizada con puntajes que se ubican en leves a moderados con tendencias a ser severas. Se destaca que los dos participantes logran estar orientados temporoespacialmente, y realizan con total normalidad funciones ejecutivas destacándose excelentes capacidades para la fluidez verbal semántica, fonológica, no verbal y lecturas de palabras con identificación de colores. Asimismo se infiere en que los dos participantes tienen memoria a corto plazo, por lo que hacen concurrente uso de materiales didácticos, prácticos y toma de notas con el objeto de recordar y no olvidar tan rápido.

Tanto los familiares como los expertos, consideran que si hay presencia de cambios en el proceso de la información, la concentración y memoria, por lo que indican puntualmente la gran importancia que tiene el trabajo desde la psicología social, clínica, de la salud y la neuropsicología, es decir, constante apoyo multidisciplinar y también interdisciplinar con el propósito de apoyar y estimular el aprendizaje, y así evitar desarrollar patologías que alteren el sistema neurológico de las personas que estuvieron o están en situación de coma.

Con relación a los temas abordados desde el marco teórico, el primer capítulo donde se hace alusión al tema de la psicología de la salud, se concluye que es fundamental poseer conductas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud física y mental, para mejorar la calidad de vida de las personas, favorecer el autoconcepto, la autoestima, y creer en las capacidades individuales como aspecto fundamental para la autorrealización de todos y cada uno de los seres en los quehaceres del continuo existir. La psicología de la salud es un tema público que contempla mitigar malos hábitos de estilos de vida no saludables y propender por experiencias sanas.

Para el caso del capítulo segundo relacionado con el estado de coma, se evidencia que el más común es el estado de coma inducido, debido a que se debe inducir a paciente con el fin de evitar inflamación de cerebro, ya que esto podría genera complicaciones en el paciente, posibles daños irreversibles, hasta la misma muerte en segundos, los accidentes automovilísticos se ubican dentro de los números uno, en ser causantes de estados de inconciencia según las estadísticas a nivel de Latinoamérica, siéndose en la mayoría de veces diagnosticado con trauma craneoencefálico leve, severo o moderado. Se considera el cuello y el cráneo como una de las partes del cuerpo con mayor cuidado, en Colombia actualmente se han incrementado los índices de accidentalidad a causa de los servicios de moto taxis.

Se concluye que el aporte del capítulo número tres, sobre las relaciones interpersonales , de parejas son relevantes para el proceso de recuperación de toda persona que sufre a algún accidente y que además se evidenció en esta investigación las fortalezas que tienen las relaciones con la familia, los amigos, los procesos de la comunicación juegan un papel muy importante a la hora formarse asimismo como personas capaz.

En la actualidad desde la psicología como tal no se hayan investigaciones explicitas sobre el abordaje de percepciones de alteraciones o cambios que han sufrido las personas que han estado en coma, las relacionadas en este proyecto de investigación datan de otras regiones en años diferentes y desde otras disciplinas, por tal motivo se considera como innovador el proyecto de investigación ejecutado por los estudiantes de pregrado del programa de psicología.

En relación al primer objetivo sobre examinar el estado mental y neurológico actual de la persona por medio de las pruebas neuropsicológicas Banfer-2 y Neuropsi se concluye que los dos participantes tienen un estado mental y neurológico normal con inclinación de leves a moderadas de acuerdo con los puntajes normalizados arrojados por las tablas de puntuaciones totales de cada prueba aplicadas, puntualmente los participantes retienen información en el momento pero al presentarse otro estímulo repentino, pierden inmediatamente la concentración y se frutan.

Por otro lado, se aplicó a cada uno de los dos participantes P(1 y 2) un inventario que evalúa la calidad de vida actual de las personas que han sufrido algún incidente, denominado Inventario

de la Calidad de Vida y la salud (InCaViSa), deduciéndose que los participantes tienen preocupaciones sobre el nivel bajo, obviamente hay problemas en el desempeño físico en los dos sujetos de estudio, de acuerdo con la prueba hay momentos de soledad, los participantes tienden a sentirse solos cuando no tiene compañía, por eso buscan salir y realizar alguna actividad que les distraiga buen tiempo.

La (InCaViSa) es una prueba validada en Colombia que arroja datos exactos y permiten además concluir en un 100% que los participantes P(1 y 2) se ven asimismo “percepción corporal” como mal, pero se limitan a realizar ejercicio físico porque no ven resultados rápidos en los centros de acondicionamiento físico, se les imposibilitan hacer exceso de peso, ya que sufren dolores constantes por el peso de su propio cuerpo.

Con respecto al segundo objetivo sobre conocer el proceso de afrontamiento del paciente y su familia durante y después del estado de coma a través de la entrevista semiestructurada, se obtiene que para los participantes durante el estado de coma, inicialmente era algo totalmente crítico y difícil de aceptar, las esperanzas se tornaron débiles, sus pensamientos estaban confinados y la toma de decisiones condicionadas y restringidas ante el desvanecido estado de inconciencia, paralelo a esto, la familia aguardó todo el tiempo esperanza y fe, considerando a cada instante aguardar una segunda oportunidad de vida para su pariente.

En el caso del P(1) de género masculino con duración en coma de 19 días y hace más de cinco años, se evidencia que el proceso de afrontamiento después del estado de coma fue más comparecido por miembros de la familia, a diferencia del P(2) de género femenino con duración en coma de 18 días y hace menos de año y medio, se fortalece de cierta forma la estrecha relación que tenía con un solo miembro de la familia, pero que poco a poco se ha acercado más a pesar de las indiferencias con el resto del núcleo familiar, de igual forma ha ido ensanchando su red de amigos, que le aporten al mejoramiento y desarrollo integral y contribuyan al sentido de vida se observa proceso de resiliencia efectivo por parte de estos.

Para el tercer objetivo acerca de establecer las características de los cambios cognitivos, conductuales, sociales en el proceso de afrontamiento del paciente y su familia durante y después

del estado de coma por medio de la entrevista semiestructurada, se concluyen aspectos generales sobre los cambios cognitivos encontrados en los participantes P(1 y2) siendo la memoria la principal afectada, sin lugar a dudas la familia durante el proceso, no pierden las esperanzas de vida, mas sin embargo son realistas al saber que se tendrán alteraciones de cualquier tipo, cuando se afecta el cerebro en su totalidad, más aun cuando el paciente se debe inducir al coma. Por otro lado a nivel de cambios conductuales se evidencia que son favorables ya que hay incremento en la toma de decisiones, de conciencia y sentido de vida, los familiares custodian permanentemente el comportamiento para así evitar retroceso en el proceso de la recuperación, el afrontamiento ha sido eficaz. Y por último a nivel social, las relaciones durante el evento iniciaron a estructurarse positivamente, actualmente se fortalecieron las relaciones interpersonales, se hizo público el nombre de los P(1 y 2) logrando se reconocidos por toda la comunidad pamplonesa y la comunidad universitaria, a quienes miran con asombro y ejemplo de superación personal.

En cuanto al último objetivo relacionado con diseñar un manual instructivo en pro de la calidad de vida de las personas que han pasado por coma donde se establezcan pautas específicas e información acerca del estado de coma y su proceso de recuperación, para clínicas, hospitales y centros médicos, con el fin de promover una óptima recuperación mental, por lo cual se creó teniendo en cuenta las necesidades urgentes de las personas durante el estado de coma, asimismo se diseñaron estrategias de intervención desde la psicología para trabajar en los centros hospitalarios haciendo que los psicólogos puedan integrarse y hacer parte durante el proceso de recuperación y tratamiento sirviendo de apoyo en el momento en que el paciente este en estado de coma, para ello se seguirá el debido proceso médico, no violar los conductos regulares, con el fin de lograr el acceso al trabajo con el paciente postrado en cama.

El objetivo de esta cartilla es creas las indicaciones exactas una vez descubierto el misterio que se escondía detrás de una persona y una familia que afrontaron el estado de coma y nunca han recibido la verdadera atención y asistencia psicológica. Por otro lado la cartilla pretende abordar a la familia con pasos claros a seguir, para cuando una persona esta y estuvo en coma, convirtiéndose en un maestro de apoyo para los sujetos accidentados, asimismo la cartilla contiene aspectos relacionados con las medidas de prevención de accidentes, toma de conciencia, de decisión, y actividades que ejerciten la memoria, el cálculo, con tips psicológicos, esta misma

cartilla trae consigo actividades manuales, para rellenar, también destaca la importancia de ir a un psicólogo una vez por semana o por mes.

Teniendo en cuenta la pregunta problema sobre cuáles son las percepciones de los cambios cognitivos, conductuales y sociales presentes en personas que han superado el estado de coma, que permita el desarrollo de estrategias en salud pública para su manejo se logra evidenciar que el aporte arrojado por cada una de las técnicas utilizadas es la voz de la situación que han experimentados personas con necesidades especiales como el haber sufrido el estado de coma, entendiéndose este como un estado profundo de inconciencia en el que los sujetos están vivos, pero de ninguna manera responde a los estímulos del exterior, una vez se sale del coma, dentro de los días establecidos por el servicio de la unidad de cuidados intensivos, se despierte una nueva persona llena de dudas, con muchas incertidumbres, con deseos de saber que paso, entonces es en este apartado donde debe entrar en acción el psicólogo o neuropsicólogo.

A partir de la identificación de los cambios cognitivos, conductuales y sociales generados a partir del estado de coma, se establecen pautas que permiten el desarrollo personal y atención oportuna desde la psicología, más exactamente desde el abordaje de la psicología de la salud para el manejo de las posibles alteraciones psicológicas producidas en los participantes P(1 y 2).

RECOMENDACIONES

En relación con la investigación que se llevó a cabo, surgen diversidades de recomendaciones, desde la perspectiva de las percepciones de los cambios cognitivos, conductuales y sociales generados a partir del estado de coma, de dos estudios de casos, e identificar las percepciones de las familias y expertos relacionados con el estado de inconciencia, antes de todo, se recomienda que haya por parte del personal médico y asistencial, un buen trato hacia el paciente, haciendo uso de la empatía, la comunicación asertiva y del altruismo, se entiende que las personas están pasando por momentos críticos, asimismo la familia afrontan una situación difícil de creer y de considerar. Es por ello que las noticias hacia los familiares no deben ir acompañadas de tensión y zozobra o al decir un diagnóstico, no se digan mentiras, sino que siempre se sepa decir la verdad de forma clara y concisa.

Hay que mencionar además, que el psicólogo es imprescindible, tomando papel de los asuntos que le competen dentro de sus quehaceres como psicólogo profesional, por eso se requiere la participación activa de un profesional de la salud mental o neuropsicológica al interior de los centros médico para todas las unidades de cuidados intensivos donde se evidencian constantes casos de personas que son inducidas a coma, y de esta forma poder realizar seguimiento psicológicos a los pacientes y a los familiares en el mismo momento de la vivencia del estado, tomando datos y demás.

Con referencia a investigaciones que se puedan realizar en algunos días, meses o años, se recomienda trabajar aspectos relacionados con la alianza terapéutica y la adherencia al tratamiento terapéutico, debido a que en la mayoría de los casos, las situaciones persisten cuando no se toman en serio la salud mental y física, por ende en la sociedad existen tantas personas que desprestigian la labor de un psicólogo, aludiendo a que no se trabaja correctamente, y que todo el tiempo no se evidencian resultados.

Por otro lado, recomienda a los investigadores hacen uso de la ética profesional para este tipo de investigación, el conseguir la población se tornó un poco difícil debido a la temática, tocando la sensibilidad de tanto de los sujetos que estuvieron en estado de coma, de igual forma a los

familiares, y no dejando a un lado el criterio de los expertos quienes consideran el tema como novedoso pero a la vez delicado. Por lo tanto, la confidencialidad es primordial, el secreto profesional permitirá sacar adelante un proyecto de investigación y eludir complicaciones durante el procedimiento de recolección de información.

Es importante señalar que cuando se está interrogando, tanto los participante como las familias, se cohiben de dar respuestas o detalles del suceso, por tal razón se recomiendan primero que todo, no hacer preguntas directas y a secas, hacer cuestionamientos un poco más abiertos para que la persona pueda ofrecer mayores detalles, y recabar mucho en la pregunta; cada vez que el entrevistado responda de forma corta o a secas, sin mayores datos para la investigación, ya que esta población se cierra a solo dar respuestas cerradas.

Continuando con la intención de diseñar un manual instructivo en pro de la calidad de vida de las personas que han pasado por coma donde se establezca pautas específicas e información acerca del estado y su proceso de recuperación, se hace necesario, que una vez se dé a conocer el producto para clínicas, hospitales y centros médicos, y este sea avalado por la juntas directivas, se dé capacitación en general y con la presencia del personal asistencial a las personas que tienen un paciente en estado de coma, sea cual sea el nivel de gravedad de coma, de esta forma se busca el trabajo directo y se promueve una óptima recuperación mental, haciendo que la psicología suba aún más su rango dentro de las especialidades de la salud.

Prosiguiendo con la recomendaciones, y desde el punto de vista de la prestación de servicios en salud, se pretende recopilar información sobre el estado de atención de las IPS y EPS, al ofrecer tratamientos que sean completos, a las personas que han pasado por una situación de coma debido a un accidente y donde se haya sufrido de trauma craneoencefálico, o que el coma haya sido por otra causas, con el fin propiciar o gestionar más adelante la creación de un proyecto de ley, con asesoría de los entes gubernamentales que vincule la atención especial para el proceso de recuperación y los derechos de servicios de salud indispensables que tienen estas personas.

Desde las conductas de riesgo es importante que desde el campo de la psicología de salud se implementen la promoción de campañas enfatizadas en la utilización de los elementos de bioseguridad, que permitan concientizar a la población sobre las ventajas del uso de estos elementos que permitan prevenir futuros accidentes. Esta reconversión se tiene en cuenta a partir de la experiencia del participante del presente estudio quienes afirmaron que es importante el uso de cascos y rodilleras a la hora de conducir motocicleta, pero que también se tenga en cuenta los elementos de bioseguridad que se requiere en los diferentes contextos (trabajo, oficina, el respeto a las normas, etc).

Se pretende que la facultad de salud de la universidad de Pamplona, incorpore dentro de sus planes de estudio el manual diseñado, ya que este sirve para las áreas de la enfermería, psicología (psicología clínica y de la salud), fonoaudiología, terapia ocupacional, fisioterapia, medicina, ofreciendo estrategias de recolección de actividades que puedan surgir por los estudiantes y docentes para atender esta población desde sus disciplinas que permitan la rehabilitación y funcionalidad del paciente. Bajo el abordaje psicológico se enfatiza en que se busca mejorar la calidad de vida de la persona.

A los estudiantes del programa de psicología se insta a investigar y explorar otras áreas de la salud, a que añoren ser grandes investigadores por medio de la dedicación y la curiosidad, que pertenezcan a semilleros de investigación con el fin de enriquecer el vocabulario, el conocimiento, y meticulosidad para la generación de ideas de investigación, siendo ejemplos a otros de diferentes programas y vistos cómo estudiantes de psicología preparados y actualizados para enfrentarse a las realidades que demanda el mundo actual, de esta forma se callaran a ignorantes que tienen una mala percepción de lo que es el trabajo de la psicología.

Se requiere que los docentes principalmente los del programa de psicología, pugnen o esfuercen a sus estudiantes a la investigación, que se salga de la monotonía de todo estos años, en vista de que todos siempre saben las misma cosas básicas, se provea el docente de herramientas en las diferentes disciplinas con el fin de crear ideas de investigación con toque psicológico en busca de la acreditación social, más que la acreditación de alta calidad

institucional. Siendo la psicología en un futuro, una carrera imponente, admirada, con renombre y peso gracias a la calidad humana de estudiantes y docentes.

PROPUESTA

Es importante la implementación de la siguiente propuesta como aporte realizado en la presente investigación para los psicólogos que se encuentra en los centros hospitalarios, lo cual servirá como guía informativa para el acompañamiento del paciente en su proceso de recuperación del estado de coma, así como información para la prevención de conductas de riesgo a los usuarios de los centros médicos a través de capacitaciones y campañas.

Presentación

El presente manual instructivo da a conocer diversas estrategias e información, las cuales van dirigidas a personas que han superado el estado de coma y que de alguna manera contribuirán a su recuperación mental, este manual es de uso exclusivo para el psicólogo(a) que se encuentra al interior de centros hospitalarios lo cual permitirá la aplicación de diferentes tareas que permitirán contribuir al proceso de recuperación del paciente.

Por otro lado, este manual se enfatiza en tres áreas fundamentales que debe abordar el psicólogo, el área social que busca fortalecer el vínculo de los pacientes con su familia y pareja durante el proceso de recuperación del paciente, el área cognitiva enfatizada en la estimulación cognitiva a través de ejercicios y el área conductual que busca la prevención de conductas de riesgo en prospectiva a futuro tanto de los pacientes como de los usuarios de los centros hospitalarios, esta información podrá ser utilizada para la realización de campañas y capacitaciones por el psicólogo.

Área Social

Posterior a este estado de coma la persona por lo general recibe el apoyo de sus familiares y amigos quienes lo acompañarán durante su proceso de recuperación. Las relaciones cercanas con

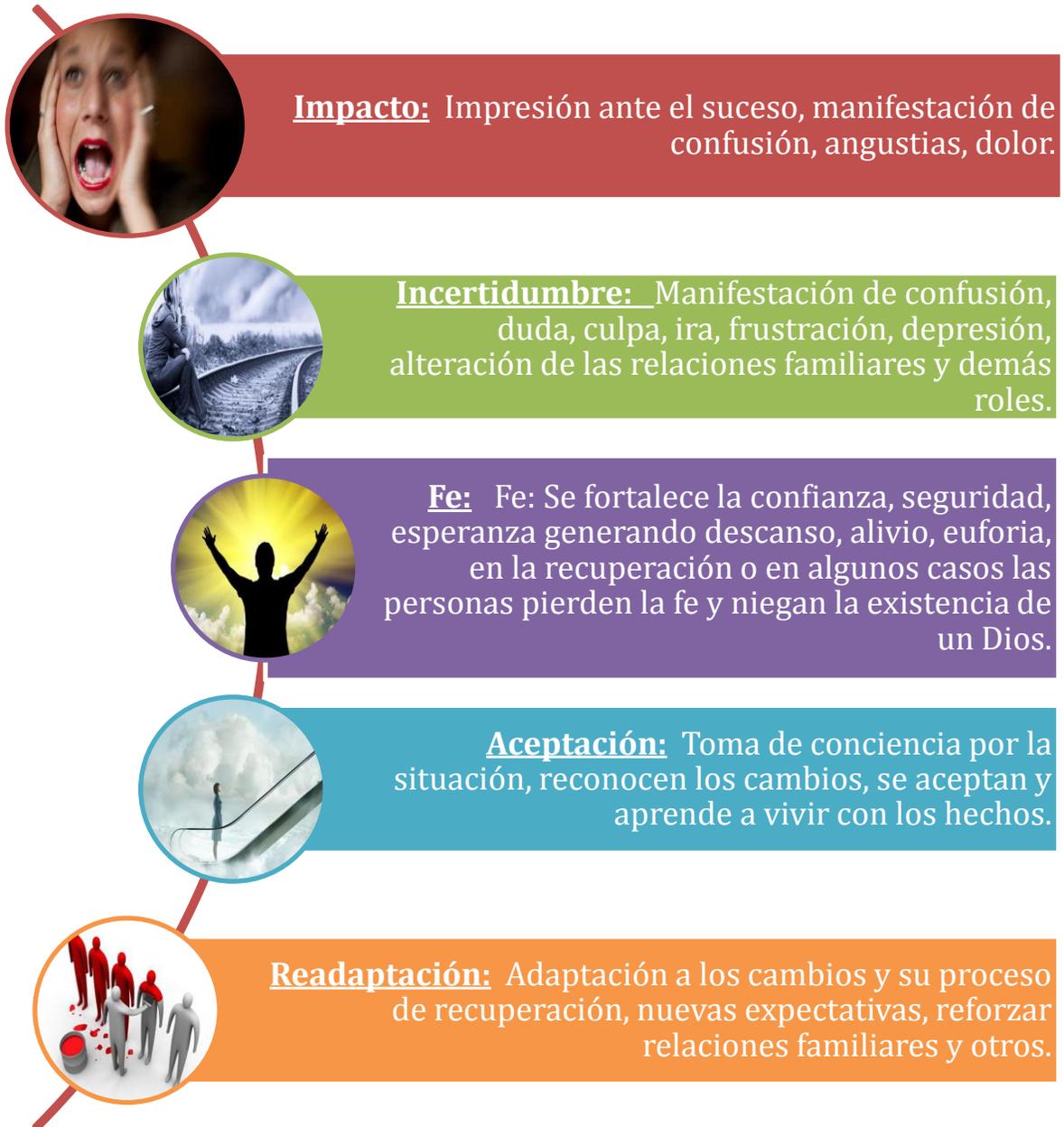
amigos o miembros de la familia también incluyen el elemento del compromiso y aceptación durante el proceso de recuperación del paciente (Baron & Byrne, 2005).

Durante el proceso de estado de coma, la persona y la familia atraviesan por ciertas etapas emocionales o de duelo debido al incidente traumático por el que se encuentra el paciente. Por lo que es evidente, que se alteran las relaciones sociales en el sujeto accidentado, las familia, las parejas y la interacción del paciente con los amigos, por tal motivo, se hace necesario brindar desde la psicología pautas específicas que promuevan el desarrollo social y la readaptación al cambio con el propósito de fortificar la toma de decisiones de los pares.

Etapas Emocionales durante el Estado de coma de la Familia, Pareja y Amigos

Estas etapas están divididas en cinco fases, las cuales se presentan durante el proceso del estado de coma, desde que el sujeto sufre el acontecimiento, su traslado al centro hospitalario, su valoración, y luego el diagnóstico de coma con cada una de los tratamientos hasta el dado de alta para así llegar hasta la fase final relacionada con la readaptación a los posibles cambios causados por el nivel de alteración.

Etapas Emocionales



RECOMENDACIONES GENERALES ETAPAS EMOCIONALES

Teniendo en cuenta las etapas, se realizan las siguientes recomendaciones tanto para los pacientes como para las familias, los amigos y las parejas en su proceso de asimilación y afrontamiento.

Actividades Psicoterapéuticas

1. Impacto

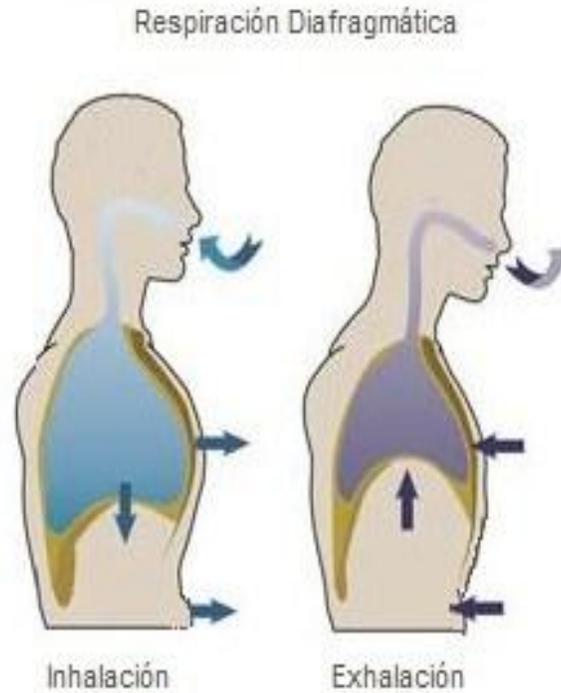
a. Manifestación de confusión: Si usted es familiar, amigo o pareja y ya se ha enterado del accidente de su familiar, trate en lo posible de mantener la calma, aprópiase del papel de líder en la familia quien deberá informar al resto el estado del accidentado o enfermo. Si a usted lo ven confundido y descontrolado lo más probable es que el resto se guie por la expresión de sus emociones; del mismo modo trate en lo posible de saber dar la noticia, no se exprese con información amarillista ni alarmante, siempre diga la verdad adecuadamente.

b. Angustias y dolor: Usted que es familiar, amigo o pareja, considere necesario no estar solo en el momento de la noticia, trate de no alarmar al resto de los vecinos aledaños a su vivienda; esto en muchas ocasiones promueve la angustia en la persona por los comentarios malintencionados o desinformados que en vez de consolidarse como apoyo, arrastra hacia el pensamiento irracional del doliente.

Práctica el ejercicio de la respiración diafragmática o abdominal la cual consiste en lo siguiente:

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Se realiza de forma suave, lenta, despacio muy profunda y contrayendo el abdomen para que el aire se desplace hasta lo más profundo del diafragma. Posteriormente se ubica la persona en una postura cómoda y sin distractores ubicando una mano exactamente donde se ubica al abdomen y la otra mano ubicada en el pecho para así iniciar dirigiendo el aire hacia la parte baja de los pulmones e inhalar y exhalar suavemente sin forzarse ni causar mareos, esta se puede repetir hasta diez veces



Respiración Diafragmática

2. Incertidumbre

Para los acompañantes de la persona que se encuentra en estado de coma el profesional en psicología les indica que deben realizar las siguientes situaciones.

A. Delegar a uno o dos familiares con estabilidad emocional que estén al tanto del estado del paciente durante el estado de coma, ellos serán los delegados por resto para mantener información veraz, confiable, de primera fuente.

B. Mantener frecuente comunicación con el equipo médico de turno.

C. Solicitar apoyo inmediato por psicología para llevar la situación serenamente.

D. Una vez se reciba información por parte del profesional, se informará al resto del núcleo familiar la evolución del paciente.

3. Fe

En esta etapa por lo general los familiares refuerzan su fe haciendo que la esperanza anime los corazones afligidos y reconforte el alma de los quebrantados. Por tal razón el componente de la espiritualidad nunca debe pasar por alto, o por el contrario en algunos casos los familiares y demás cercanos puede que lleguen a mostrarse escépticos o nieguen la existencia de un ser supremo o de cualquier otra creencia, esta reacción se debe al no ver resultados rápidos de mejoría en el familiar en estado de coma.

4. Aceptación

En esta etapa por lo general los familiares refuerzan su fe haciendo que la esperanza anime los corazones afligidos y reconforte el alma de los quebrantados. Por tal razón el componente de la espiritualidad nunca debe pasar por alto, o por el contrario en algunos casos los familiares y demás cercanos puede que lleguen a mostrarse escépticos o nieguen la existencia de un ser supremo o de cualquier otra creencia, esta reacción se debe al no ver resultados rápidos de mejoría en el familiar en estado de coma.

5. Readaptación

En esta etapa final es en donde el trabajo debe ser mancomunado con el objeto de quitar cargas y preocupaciones sabiendo que el familiar ya fue dado de alta de la unidad de cuidados intensivos y que se debe retomar el ritmo de la vida.

Para ello esta cartilla contempla la realización de diferentes actividades que conllevan al tratamiento cognitivo para el estimulación de las funciones ejecutivas como atención, memoria, concentración, pensamientos y razonamiento; de la misma forma para el área social.

ASPECTOS PSICOINFORMATIVOS

¿Qué hace el psicólogo?

La principal función del psicólogo es la realización de intervención psicoterapéutica la cual consiste en lo siguiente.

Mientras la persona esta en proceso de recuperación después de superar el estado de coma el psicólogo debe utilizar actividades que estimulen la memoria haciendo que no se le olviden las informaciones al paciente.

Utilizar la técnica de autobiografía, en donde el profesional con el apoyo del familiar utilicen herramientas como la lectura, dar los saludos de los demás familiares, mencionar que todo estará bien en todo momento.

Utilización de la musicoterapia para la relajación y creación de esperanza de vida.

Recuperación Física

Este aspecto va más relacionado con el trabajo desde la fisioterapia o terapia ocupacional el cual consiste en el proceso de tratamiento para la persona que sale del coma buscando la corrección de la postura, mejorar las posiciones de sentado, coordinación de movimientos; no obstante el psicólogo es el encargado de promover la salud mental y motivar la adherencia al proceso de tratamiento terapéutico por lo que el trabajo va ligado a brindar estrategias que favorezcan el desarrollo personal y físico inducido por la reestructuración del pensamiento.

Identificación de debilidades y fortalezas

Se invita a algunos de los familiares o pareja actual del paciente a una jornada deportiva o cualquiera de interés sugerido por el tratante, durante la estancia en la salida el psicólogo va a preguntarle al paciente, cuales con las debilidades que el presenta en cuanto al desempleo físico y cuáles son sus mayores fortalezas, para que sean escritas y posteriormente fortalecidas.

FAMILIA

Durante el estado de coma

Además de la asistencia al paciente durante su proceso de recuperación, se hace necesario implementar estrategias psicoeducativas dirigidas a los familiares sobre efectos que trae un estado de coma y las formas de como poder adaptarse al cambio.

Por parte del centro hospitalario o unidad de cuidados intensivos debe proveerse un manual que contenga información relacionada con el estado de coma y los cuidados que debe tener la familia.

Después del estado de coma

Promover las terapias psicológicas formativas de forma grupal e individual. Estas se harán con la familia, parejas y algunos amigos cercanos al sistema familiar donde se expondrán durante los encuentros juegos, dinámicas grupales para mejorar las relaciones y afianzar la convivencia. Luego hacer hincapié sobre la importancia que tiene la adherencia a los procesos de tratamiento: informar sobre la relevancia que tiene la continuidad de las actividades para el proceso de recuperación óptima del paciente y de la familia.

PAREJA

Durante el estado de coma

El acompañamiento a las parejas por un profesional en salud mental, es pieza fundamental para la recuperación del paciente por medio de Fortaleciendo la confianza en el otro Generar pensamientos de esperanza Propositivo, creativo, recursivo y resiliente.

Toma de decisiones

¿Qué haría si su pareja queda en estado vegetativo?

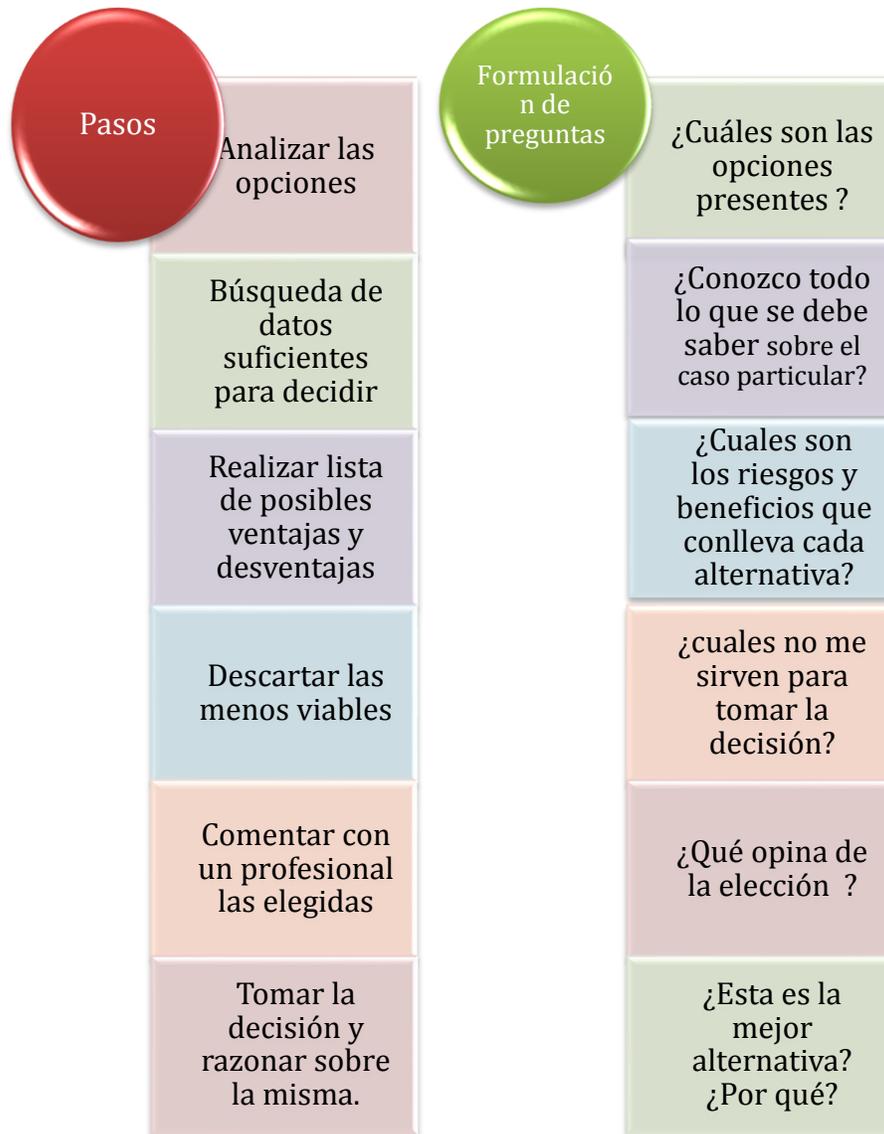
Si el parte médico le diría que su pareja no va a sobrevivir ¿De qué forma afrontaría la noticia?

Si es apto para donación de órganos ¿Estaría dispuesto(a) a realizar dicha donación?

Indudablemente las consecuencias son muchas, pero en esta cartilla se brinda la orientación correspondiente para ayudar a que las parejas sepan tomar decisiones sin ningún tipo de presión por parte de los médicos o de los amigos.

Con el apoyo del psicólogo a cargo, se busca fomentar la toma de decisiones para los casos en el que si las personas no están en la capacidad emocional, puedan ser guiados profesionalmente.

Diseño de un paso a paso para toma de decisiones.



Díaz, Martínez & Villamizar (2018)

ÁREA COGNITIVA

El deterioro cognitivo se produce al perderse habilidades funcionales concretas del cerebro como consecuencia de la aparición de lesiones en las zonas que las controlan. La sintomatología asociada a este hecho se manifiesta en aspectos muy concretos de la función mental: Alteraciones del habla y el lenguaje (Sanitas, 2018).

Pérdida de memoria.

Alteraciones en la capacidad de percepción.

Cambios de comportamiento.

Pérdida de habilidades como el cálculo, el pensamiento abstracto o la capacidad de discernimiento.

A continuación se presentan una serie de ejercicios que servirán para estimular el área cognitiva de las personas, que contribuirá al proceso de recuperación del individuo. Se recomienda proceder a la aplicación de pruebas neuropsicológicas estandarizadas para evaluar a profundidad los diferentes procesos psicológicos y neuropsicológicos, estos ejercicios son solo para realizar una valoración inicial después del despertar del paciente. Cabe mencionar que algunos ejercicios requieren conocimientos previos para su solución.

Atención Selectiva

Atención Selectiva: La atención selectiva, se refiere a la actividad que pone en marcha y controla los procesos y mecanismos por los cuales el organismo procesa tan sólo una parte de la información, o da respuesta tan sólo a aquellas demandas del ambiente que son realmente útiles o importantes para el individuo (Sánchez, 2011) .

Objetivo: Evaluar la capacidad de inhibición de respuesta del individuo.

Instrucciones: Se le presenta la lámina 1 (Ver apéndice H) al paciente, la cual contiene 25 palabras impresas de diversos colores, se le indica al individuo que debe leer en voz alta las palabras que se encuentran en la lámina, este ejercicio permitirá al individuo evaluar y entrenar la velocidad de procesamientos y la atención selectiva contribuyendo al desarrollo cognitivo del paciente en proceso de recuperación.

Memoria de Trabajo

Memoria de trabajo: hace referencia a una habilidad cognitiva fundamental para la conducta compleja, resultando imprescindible para mantener una interacción con el mundo de forma inteligente y flexible, y siendo esencial para llevar a cabo cualquier actividad relacionada con el pensamiento, la planificación y el lenguaje (Rodríguez, 2010).

Objetivo: Evaluar la capacidad de desarrollar operaciones matemáticas por medio de una resta.

Instrucciones: Para el ejercicio de memoria de trabajo se le presenta al individuo la lámina 2 (Apéndice I) se le indica a la persona que se realizara una resta consecutiva a partir del número 98 de 9 en 9, realizando la primera operación el resultado es 89, se le indica a la persona que continúe la secuencia; esta operación se debe realizar de forma mental evitando que el individuo utilice sus dedos u otro elemento para contar.

Razonamiento Matemático

Razonamiento Matemático: incluye las capacidades de identificar, relacionar y operar, y aporta las bases necesarias para poder adquirir conocimientos matemáticos (Canals, 2001). Este razonamiento permite desarrollar competencias que se refieren a la habilidad de solucionar situaciones nuevas de las que no se conoce de antemano el método mecánico de resolución.

Objetivo: Evaluar la capacidad de razonamiento del individuo por medio un ejercicio de lógica matemática.

Instrucciones: Para el ejercicio de razonamiento matemático se hace presenta al paciente la lámina 3(Apéndice J), donde la persona debe evaluar el resultado del problema de acuerdo a las figuras y así determinar el valor de cada uno de los elementos, con la finalidad de resolver la operación de la última fila. Para ello es importante que el individuo realice la valoración de cada una de las frutas de acuerdo a los resultados que se observan en la lámina.

Funciones Ejecutivas

Funciones Ejecutivas: Las funciones ejecutivas son un conjunto de habilidades implicadas en la generación, la supervisión, la regulación, la ejecución y el reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos complejos, especialmente aquellos que requieren un abordaje novedoso y creativo (García & Bechara, 2010)

Objetivo: Evaluar la capacidad de ejecución de un plan para el cumplimiento de una meta.

Instrucciones: Se le presenta al individuo la lámina 4 (ver apéndice K) donde se evidencia un imágenes de una tarea, el objetivo del ejercicio es ordenar las figuras para el cumplimiento de la actividad.

Planificación

Planificación: Es la habilidad cognitiva que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, la formación de planes y programas, el inicio de las actividades y operaciones mentales, la autorregulación de las tareas y la habilidad de llevarlas a cabo eficientemente con antelación de lo que puede suceder (Corredor, Galeano & Giraldo, 2008).

Objetivo: Evaluar la capacidad de planeación viso espacial.

Instrucciones: Se presenta al individuo la lámina 5 (Apéndice L), con un lápiz la persona debe resolver el laberinto empezando desde el numero 1 hasta finalizar con el asterisco, sin tocar o atravesar las paredes, se le indica a la persona que evite borrar y levantar su mano.

Memoria Visual

Memoria Visual: permite la percepción de estímulos que van a formar parte de la representación que cada uno tiene del mundo. Las escenas visuales que se perciben pueden mantenerse por fracciones muy pequeñas de tiempo, ya que compiten con otras que continuamente se siguen presentando, cada una acompañándose de un mensaje o estímulo significativo y otras que pueden actuar como interferencia.

Objetivo: Evaluar la capacidad de memoria visual y retención de objetos.

Instrucciones: Se presenta al individuo la lámina 6, (Apéndice M), durante 30 segundo, se retira la lámina y se le entrega al sujeto un lápiz y una hoja en blanco, donde deberá escribir el nombre de los objetos que se encontraban en la lámina.

ÁREA CONDUCTUAL

Según Adés & Lejoyeux (2004) **la conducta de riesgo** es definida como “la búsqueda activa y repetida del peligro en donde el sujeto pone en juego su vida. Esta conducta difiere de las acciones arriesgadas realizadas cuando la situación es impuesta por condiciones de trabajo, se distingue por una gran atracción al riesgo y especialmente por las sensaciones fuertes relacionadas con el enfrentamiento del peligro y la muerte” (p. 202).

Adés & Lejoyeux (2004; Citado por Brijaldo, 2011) afirman que existen tres aspectos del riesgo: el riesgo subjetivo en el cual, el individuo tiene la impresión de exponerse cuando se compromete en una actividad. El riesgo objetivo que en algunas oportunidades es minimizado o desconocido por el sujeto. Y el riesgo real que se caracteriza por una acción que trae como consecuencia resultados fatales.

A continuación se encuentra información para el psicólogo (a) de los centros hospitalarios que servirán para la realización de campañas y capacitaciones en la prevención de conductas de riesgos más frecuentes. (Normas básicas de seguridad laboral e higiene industrial), esta información va enfocada a la prevención de conductas de riesgo de los usuarios de los centros médicos.

ÁMBITO LABORAL

- 1.** Mantén limpio y ordenado tu puesto de trabajo.
- 2.** No dejes materiales alrededor de las máquinas. Colócalos en lugar seguro y donde no estorben el paso.
- 3.** Recoge las tablas con clavos, recortes de chapa y cualquier otro objeto que pueda causar un accidente.
- 4.** Guarda ordenadamente los materiales y herramientas. no los dejes en lugares inseguros
- 5.** No obstruyas los pasillos, escaleras, puertas o salidas de emergencia con herramientas de trabajo.

EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

- 1.** Utiliza el equipo de seguridad que la empresa pone a tu disposición

2. si observas alguna deficiencia en el equipo de protección, ponlo enseguida en conocimiento de tu superior.
3. mantén tu equipo de seguridad en perfecto estado de conservación y cuando esté deteriorado pide que sea cambiado por otro
4. Lleva ajustadas las ropas de trabajo; es peligroso llevar partes desgarradas, sueltas o que cuelguen.
5. En trabajos con riesgos de lesiones en la cabeza utiliza el casco
6. Si ejecutas o presencias trabajos con proyecciones, salpicaduras, deslumbramientos, etc., utiliza gafas de seguridad.
7. Si hay riesgos de lesiones para tus pies, no dejes de utilizar el calzado de seguridad.
8. Cuando trabajes en alturas colócate el cinturón de seguridad.
9. Tus vías respiratorias y oídos también pueden ser protegidos: infórmate.

ESCALERAS DE MANO

1. antes de utilizar una escalera comprueba que se encuentre en perfecto estado.
2. no utilices nunca escaleras empalmadas una con otra, salvo que estén preparadas para ello.
3. la escalera debe estar siempre bien asentada. Cerciórate de que no se pueda deslizar.
4. al subir o bajar, da siempre la cara a la escalera.

SEGURIDAD VIAL (AUTOS)

1. Usa correctamente el cinturón de seguridad y comprueba que los acompañantes lo usen y saben desabrocharlo.
2. Respeta las señales de tráfico.
3. Durante los viajes largos haz un descanso breve cada dos horas (tres como máximo).

4. Si notas sueño para en lugar seguro y descansa unos minutos

SEGURIDAD VIAL (MOTOCICLETAS)

Equipos de protección personal en el manejo de motocicleta

Guantes

Gafas Protectoras

Vestuario (colores Reflectivos)

Botas de seguridad

Chaleco

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adés, J. & Lejoyeux, M. (2004). Conduites de risque. EMC-Psychiatrie, 1, 201-215.
- Alcaldía de Pamplona, (2018). *Mi municipio, Información del municipio*. Pamplona, Norte de Santander, Colombia. Copyright © 2016 101 S.A.S.
- Arévalo, S. (2014). *El concepto de familia en el SIGLO XXI*. Ponencia presentada en el Foro Nacional de Familia. Bogotá D.C., 15 de mayo de 2014. Dirección de Justicia Formal y Jurisdiccional.
- AXA Colpatría.(2018).*Higiene y seguridad Industrial. Manejo Seguro de Conductas básicas en bioseguridad: manejo integral* Motocicletas
- Baena, V. (2007). El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo. Universidad de Antioquia. Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería. Medellín, Colombia
- Bandera, P. (2010). EL COMA EN LA URGENCIA. Hospital Clinico Universitario Virgen de la Victoria. Campus Universitario Teatinos. Málaga, España
- Bárcena-Orbe, A., Rodríguez-Arias, C.A., Rivero-Martín, B., Cañizal-García, J.M., Mestre-Moreiro, C., Calvo-Pérez, J.C., Molina-Foncea, A.F., & Casado-Gómez, J.. (2006). Revisión del traumatismo craneoencefálico. *Neurocirugía*, 17(6), 495-518. Recuperado en 02 de octubre de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732006000600001&lng=es&tlng=es.
- Baron, R. Byrne, D. (2005). *Psicología social: Relaciones cercanas*. Editorial Pearson Prentice Hall. Capítulo 10 P 309, 10° edición. 309. ISBN 13: 978-84-205-4332-1. España.
- Baron, R. Byrne, D. (2005). *Psicología social: Relaciones cercanas*. Editorial Pearson Prentice Hall. Capítulo 10 P 309, 10° edición. 309. ISBN 13: 978-84-205-4332-1. España.
- Brannon, L. Feist, J. (2001). *Psicología social*. Editorial PARANINFO Thomson. Learning. 1°Edicion. ISBN 84-9732-020-4, Madrid, España.

- Brijaldo, S.(2011). *Relación entre conducción riesgosa y presencia del rasgo Búsqueda de Sensaciones en conductores de servicio público*. Universidad Pontificia Bolivariana. Escuela de Ciencias Sociales. Facultad de Psicología. Floridablanca, 2011.
- Calderón, I. Flórez, L. (2015). Evaluación Neuropsicológica de un Paciente con Diagnostico de Trauma Craneoencefálico (TCE) Severo. Trabajo de grado. Universidad de Pamplona, Facultad de Salud, Programa de Psicología. Pamplona, Norte de Santander, Colombia.
- Canal, M.A. (2001): “Vivir las matemáticas” Barcelona: Ed. Octaedro Rosa Sensat.
- Carillo, R; Hernández, R; Puebla, P; Castillo, A. (2012). Estado vegetativo: Conceptos actuales. *Medicina Interna de México Volumen 28, núm. 2, marzo-abril 2012*
- Carrillo, G. (2015). Validación de un programa lúdico para la mejora de las habilidades sociales en niños de 9 a 12 años. Tesis doctoral. Universidad de granada, facultad de psicología, departamento de la personalidad y evaluación y tratamiento psicológico. Granada, 2015.
- Corredor, A; Galeano, D & Giraldo, J. (2008). Relación de las funciones ejecutivas de planificación y organización con respecto al juego en los niños y niñas de 5 y 6 años del colegio Santa María de la Esperanza de Facatativá. Universidad de la Sabana Facultad de Educación Licenciatura en Pedagogía Infantil, Chía 2008
- D'Angelo, O. (1989). Proyecto de vida y desarrollo integral humano. *Revista Internacional Crecemos* 3(2). La Habana, Cuba.. Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/07D050.pdf>.
- F. Murillo; A. Catalán; M. A. Muñoz. (2002). Tratados de cuidados físicos y emergencias: Traumatismo craneoencefálico. ARAN Ediciones S.L. Capítulo 50, p 1595. España: ISBN 84-95913-04-6.
- García, A; Bechara, A.(2010). *Neuropsicología de las funciones ejecutivas*. *Psicothema*, vol. 22, núm. 2, 2010, pp. 227-235 Universidad de Oviedo Oviedo, España

- García, C. Martínez, C.(2013)La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista médica Latinoamérica. Medicina Critica 2017;31(3):171-173. México
- García, M. (1996). *Comunicación y Relaciones Interpersonales*. Artículo Dialnet. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- García, S. Sauri, S. (2013). *Estado de coma y trastornos de la conciencia: una revisión analítica desde un enfoque neurofuncional. Parte I*. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas. Volumen 18, Núm. 1, enero-marzo, 2013
- Golombok, S. (2006). *Modelos de familia ¿Qué es lo que de verdad cuenta?* 1º Edición. Editorial GRAO de IRIF, S.L. ISBN 13:13-978-84-7827-460-7 Barcelona, España
- Gonzales, J. (2012).Atención al paciente traumatizado grave y politraumatizado en una unidad de cuidados intensivos en la provincia de Salamanca. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca. España
- González D; Giraldo C; Ramírez, D; & Quijano M. (2011). Cambios en la calidad de vida en pacientes con trauma craneoencefálico severo después de un programa de rehabilitación. Pontificia Universidad Javeriana, Cali – Colombia
- Hospital Universidad del Norte. (2014).Paciente en coma, un largo despertar de la vida. El Heraldo. 13 de agosto del 2014
- Ibargüen, I. (2014). *Relaciones interpersonales y calidad de vida en la adolescencia (12 a 16 años)*. Un campo de acción para el deporte. Universidad del valle, instituto de educación y pedagogía. Santiago de Cali. 2014
- Ibarra, I. (2012). Guía clínica de manejo del paciente en coma. Instituto nacional de rehabilitación. Secretaria de salud. Manual de guías clínicas. Marzo del 2012.México.
- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. (2016). Coma. Office of Communications and Public Liaison. Bethesda, MD 20892; diciembre 20, 2016

- Kassin, S. Fein, S. Rose, H. (2010). *Psicología social*. Séptima edición. Editorial Cengage Ediotres S.A. de C.V. ISBN-13: 978-607-481-246-6. Santa fe, México
- Keil, G. (2011). Comunicación en el ámbito escolar en relación con los procesos de enseñanza y aprendizaje. Análisis de la interacción docente-alumno. Universidad abierta interamericana. Facultad de investigación y desarrollo educativo
- León, J., Domínguez, J., & Domínguez, M. (2001). Coma y Estado Vegetativo: Aspectos médico-legales. *Revista Española de Neuropsicología*, 3, 63–76.
- León, José; Domínguez, María; Domínguez, María. (2001). Coma y estado vegetativo: aspectos legales. *Revista española de neuropsicología*. Laboratorio de Neuropsicología. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla
- Ley 1090. (6 de Septiembre de 2006). *Por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. (C. C. Psicólogos, Ed.) Obtenido de http://colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006.pdf
- Ley 1122. (2007). *Ministerio de la Protección social*. Recuperado el Martes 8 de Mayo de 2018, de Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx>
- Ley 1616. (21 de Enero de 2013). *"POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"*. Recuperado el Martes 8 de Mayo de 2018, de Ministerio de la Protección social (Minsalud): https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
- Ley 911. (5 de Octubre de 2004). *Por el cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el Martes 8 de Mayo de 2018, de http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=59

- López, J. (2008). Alteración de la conciencia: estupor o coma. Asociación Española de Pediatría. Sección Neuropediatría. Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza
- Lourdes, L. (2003). *Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax México. Primera edición. ISBN 968-860.671.5 México
- Madrona, I. (2017). *Cuidados básicos de Enfermería de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos*. Revista Electrónica de PortalesMedicos ISSN: 1886-8924. Certificado n°: 22147 Volumen XII. Número 5 - Marzo 2017.
- Meneses, L. Perez, L. (2012). Percepciones de la imagen corporal, adaptación y reintegración social de personas quemadas y su familia desde una interpretación del modelo de creencias. Universidad de pamplona. Facultad de salud, programa de psicología. Pamplona, norte de Santander, Colombia.
- Minsalud, (2012). Plan decenal de salud pública 2012-2021: la salud en Colombia la construyes tú. Ministerio de salud y protección social, Bogotá, Marzo 15 de 2013. Grupo de comunicaciones.
- Misas, M., Milá, S., & Iroel, E. (2006). COMA. Revista de Las Ciencias de La Salud de Cienfuegos, 11(2006), 45–51.
- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS). (2016). Coma. Office of Communications and Public Liaison. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. National Institutes of Health Bethesda, MD 20892
- Oblitas, L. (2006). Enciclopedia de la psicología de la salud. Bogotá: PSICOM
- Oblitas, L. (2007). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. 2da. Edi. México: plaza y Valdés.
- Oliva, E. Villa, J. (2013). *Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Justicia Juris, ISSN 1692-8571, Vol. 10. N° 1. Enero – Junio de 2014 Pág. 11-20.

Organización Mundial de la salud (OMS). (2016). Temas de salud: diabetes recuperada de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

Pallares, A. (2003). *El mundo de las unidades de cuidados intensivos: La última frontera*. Universidad Rovira I Virgili. Facultad de Letras Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Tesis Doctoral. ISBN: 978-84-693-0718-2/DL:T-428-2010.

Plan Decenal de Salud Pública. (2012). Recuperado el 2012, de GOBIERNO DE COLOMBIA: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

Quijano, MC; Arango, JC; Cuervo, MT; Aponte. M. (2012). Neuropsicología del trauma craneoencefálico. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia. *Rev. Cienc. Salud* 2012; 10 (1): 21-31.

Red de Noticias por Cable (CNN). (2013). Cerati 3 años en coma. turgentelatina Inc
Fuente:cnn.com.mx

Ríos, S., Castaño, B. & Bernabeu, M. (2007). Farmacoterapia de las secuelas cognitivas secundarias a traumatismo craneoencefálico. *Revista de Neurología*, 45, 563-570.

Rodríguez, J. Fajardo G. & Mata, P. (2006). Sistema automatizado para el estudio de la memoria visual de corto plazo. Dirección de Enseñanza. Hospital General Dr. Manuel Gea González Secretaría de Salud. Calzada de Tlalpan Núm. 4800. Col. Toriello. Guerra, México, D. F

Rodríguez, R. (2010). Cambios en la memoria de trabajo Asociados al proceso de Envejecimiento. Universidad complutense de Madrid. Departamento de psicología Básica. Madrid, 2010. ISBN: 978-84-693-3500-0

Sánchez, A. (2011). *Atención selectiva como mecanismo de regulación Emocional y factor de vulnerabilidad a la depresión*. Universidad complutense de Madrid. Facultad de Psicología. ISBN: 978-84-695-1110-7

Sanitas. (2018). Áreas cognitivas recuperado de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/demencias/areas-cognitivas.html>

- Schmid, V; Maglio, A; Messoulam, N; Molina, F; Gonzalez, A.(2010). La Comunicación del Adolescente con Sus Padres: Construcción y Validación de Una Escala desde un Enfoque Mixto. Revista Interamericana de Psicología. Universidad de Buenos Aires.CONICET, Argentina
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. (2007).Manual de bioseguridad. Alcaldía Mayor de Bogotá
- Tarquino, I. (2014). *La familia del paciente en unidad de cuidado intensivo (uci)*. Universidad del Rosario. Escuela de medicina y ciencias de la salud. Programa de Psicología. Bogotá, Noviembre De 2014.
- Taylor, S. (2007). Psicología de la salud. Sexta edición. Editorial McGraw-Hill interamericana México, D.F. ISBN-13: 978-970.10-6238-8, enero 2007
- Trianes, M.V., Jiménez, M., Muñoz, Á. (2007). Relaciones sociales en la infancia y en la adolescencia y sus problemas. Madrid: Pirámide. Madrid: Pirámide.
- Vargas, A. Bohórquez, N. (2017). Las vivencias de una persona en el conflicto armado un estudio de resiliencia. Trabajo de grado. Universidad de Pamplona. Facultad de salud, programa de psicología. Pamplona, norte de Santander, Colombia.
- Vica Servicios. Respiración Diafragmática información recuperada de <http://www.vicaservicios.es/2018/10/18/ejercicios-de-respiracion-y-relajacion/>
- Wong, C. (2012). Estilos de vida. Universidad De San Carlos De Guatemala. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. FASE I, AREA DE SALU PÚBLICA I. Compilación con fines docentes
- Wu,X; Zhang,X; Feng, J; Mao, Q; Gao, G;Jiang; J(2017).Right median nerve electrical stimulation for acute traumatic coma (the Asia Coma Electrical Stimulation trial). Department of NeurosurgeryRenji Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiaotong UniversityShanghaiChina.

APÉNDICES

Apéndice A: Entrevista semiestructurada Participante



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARTICIPANTE



SOCIAL

A. Relaciones Interpersonales

1. Actualmente ¿cómo considera sus relaciones interpersonales?

2. Hablemos un poco de sus relaciones interpersonales ¿Cómo eran antes del estado de inconciencia?

3. En una prospectiva de futuro, cómo imagina sus relaciones interpersonales después de un proceso de tratamiento (si lo ha tenido)?

B. Relaciones de los procesos comunicacionales.

4. Cómo maneja sus procesos comunicacionales en el contexto de los amigos, actualmente?

5. Cuénteme un poco ¿De qué forma se daba el proceso de la comunicación en sus relaciones de trabajo?

6. Para los proyectos que usted piensa realizar a futuro ¿Qué importancia cree que tiene el proceso de la comunicación?

C. Familias

7. ¿Actualmente cómo describe la relación con su familia?

8. Cómo era la dinámica familiar antes del estado de coma?

9. ¿Cómo imagina usted la relación con su familia dentro de algunos años?

D. Parejas

10. ¿Cómo es la relación con su pareja actualmente?

11. Podría comentar ¿Cuál fue la mejor experiencia que tuvo en su relación de pareja, antes del evento ocurrido?

12. ¿En qué ciudad ha planeado vivir con su pareja? ¿Por qué?

E. Amigos

13. Cómo es la relación con sus amigos actualmente?

14. Cuéntenos ¿Qué disfrutaba de compartir con sus amigos antes del evento?

15. ¿Cuál cree que sería la situación más difícil que le pudiese pasar con un compañero?

CONDUCTUAL

F. Conductas de Riesgos

16. Podría mencionar ¿Qué conductas de riesgos aumentan las probabilidades de deterioro a la salud física y mental?

17. ¿Qué hace para evitar situaciones de riesgos?

18. Desde su experiencia ¿Que recomendaciones daría a otras personas con el propósito de evitar accidentes que los lleven a una unidad de cuidados intensivos (UCI)?

G. Conductas laborales

19. Actualmente ¿Cómo es su desempeño laboral donde trabaja?

20. ¿Cómo se desempeñaba en su vida laboral antes de ocurrir el evento?

21. A futuro, ¿Cómo se imagina que puede ser sus condiciones laborales?

CALIDAD DE VIDA

H. Mejoras

22. En la actualidad ¿Qué puede mejorar de su vida, teniendo en cuenta la situación por la que ha pasado?

23. Cuéntenos un poco, ¿cómo era su condición de vida antes de haber ocurrido el incidente?

24. ¿Qué le gustaría modificar de su vida para poder obtener completamente sus logros?

I. Proyecto de Vida

25. Podría comentarnos ¿Cuáles eran sus intereses personales, antes de ocurrir el incidente?

26. ¿Quiénes han sido las personas que han tenido mayor influencia en su vida y de qué manera?

27. ¿De qué forma puede superar los impedimentos que la realidad le plantea para lograr realizar sus sueños?

J. Condición de Salud

28. ¿Cómo considera usted que es su estado de salud en general?

K. Condición Económica

29. Teniendo en cuenta el evento, ¿Cuáles son las condiciones económicas que usted vive actualmente?

L. Condición Independencia Funcional

30. Describa por favor, ¿Cómo realiza las tareas de la vida cotidiana una vez salido(a) del estado de coma?

Apéndice B: entrevista semiestructurada expertos

PERCEPCIÓN SOCIAL



**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
EXPERTOS
PERCEPCIÓN SOCIAL**



A. Relaciones Interpersonales

1. ¿Cómo describe las relaciones interpersonales de las personas que han sufrido traumas cerebrales o cualquier otro incidente que afecte directamente al cerebro?

2. ¿Cómo considera que son las relaciones interpersonales del paciente que se recupera del estado de coma?

3. En una prospectiva de futuro, ¿Cómo describiría las relaciones interpersonales de un paciente que se recupera del estado de coma?

B. Relaciones de los procesos comunicacionales.

4. Como profesional de la salud, ¿Qué es lo más importante para la adaptación en la comunicación del paciente que se integra nuevamente a su vida laboral?

C. Familias

¿Qué cambios considera que hay en una persona que supera el estado de coma en relación con su dinámica familiar?

5.

6. ¿Cómo cree que es la relación del paciente con su familia, después del estado de coma?

D. Parejas

7. ¿Cómo es la relación del paciente que se recupera del estado de coma con su pareja?

E. Amigos

8. ¿Qué importancia tiene para la recuperación de un paciente que ha salido del coma los amigos y demás conocidos?

9. Teniendo en cuenta la relación con los amigos ¿Cuál cree que sería la situación más difícil de sobrellevar para una persona que ha estado en coma?

PERCEPCIONES CONDUCTUAL

F. Conductas de Riesgos

10. ¿Cuáles son las principales consecuencias que trae el exponerse a situaciones de riesgo sin las medidas de protección?

11. ¿Qué recomendaciones emitiría a las personas con el fin de evitar posibles accidentes?

12. ¿Qué recomendaciones le daría a una persona para evitar que vuelva a tener algún incidente que lo lleve a un estado de coma?

G. Conductas laborales

13. Actualmente ¿Cómo detalla la vida laboral de una persona que superó el estado de coma?

14. A futuro ¿Cómo se imagina que será la vida laboral de una persona que ha pasado por un estado de coma?

CALIDAD DE VIDA

H. Mejoras

15. Cómo considera son las condiciones de vida de una persona que ha pasado por un coma?

16. ¿Qué recomendaciones daría a alguien que ha sufrido un accidente y que ha comprometido gravemente su cabeza?

I. Proyecto de Vida

17. ¿Quiénes han sido las personas que han tenido mayor influencia en los proyectos de vida de un paciente que ha pasado por el estado de coma y de qué manera?

18. ¿De qué forma se puede superar los impedimentos y los miedos que la realidad le plantea a una persona que ha superado el estado de coma?

J. Condición de Salud

19. ¿Cómo considera el estado de salud en general de una persona tiempo después que ha salido del coma?

K. Condición Económica

20. Regularmente en que población o estrato socioeconómico hay mayor prevalencia de personas que entran en estado de coma?

L. Condición Independencia Funcional

21. Describa por favor, ¿Qué tareas recomienda realizar a las personas que han superado el estado de coma o se han recuperado de algunos accidente graves?

Apéndice C: Entrevista Semiestructurada Familia



**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
FAMILIA
SOCIAL**



A. Relaciones Interpersonales

1. ¿Describa las relaciones interpersonales de su familiar antes del estado de inconciencia?

1. ¿Cómo considera son las relaciones interpersonales de su familiar actualmente?

2. En una prospectiva de futuro, ¿Cómo imagina las relaciones interpersonales de su familiar después del proceso de tratamiento, (si lo tiene)?

B. Relaciones de los procesos comunicacionales.

3. Cuénteme un poco ¿De qué forma se daba el proceso de la comunicación de su pariente en las relaciones de trabajo?

4. Actualmente, ¿Cómo maneja su familiar los procesos de comunicación?

5. Para los proyectos que su familiar piensa llevar a cabo ¿Qué importancia tiene el proceso de la comunicación para él?

C. Familias

6. ¿Cómo era la dinámica familiar de su pariente antes del incidente?

7. ¿Actualmente como es la relación del allegado con sus demás familiares?

8. ¿Cómo imagina a su pariente y su círculo familiar dentro de algunos años?

D. Parejas

9. ¿Conoce usted, como era la relación de pareja de su familiar antes del evento ocurrido?

10. ¿Cómo es la relación de pareja de su pariente, en la actualidad?

11. ¿En qué ciudad ha planeado vivir su familiar con la relación de pareja que tiene?

E. Amigos

12. Cuéntenos ¿Qué era lo que su pariente disfrutaba de compartir con sus amigos antes del evento?

13. Desde su perspectiva como pariente, ¿Cómo es la relación con los amigos actualmente?

14. ¿Cuál cree usted es la situación más difícil que le pudiese ocurrir a su pariente con un amigo?

CONDUCTUAL

F. Conductas de Riesgos

15. Describanos, ¿Cómo prevenían las situaciones de riesgos en su sistema familiar?

16. ¿Qué hace usted como familiar para prevenir posibles accidentes?

17. ¿Qué recomendaciones daría a otras personas, para evitar posibles incidentes como el de su pariente?

G. Conductas laborales

18. Coméntenos un poco ¿Cómo era el desenvolvimiento laboral o de los quehaceres de su pariente antes de que pasara el incidente?

19. Actualmente ¿Cómo es la vida laboral de su pariente teniendo en cuenta el incidente que ha tenido que afrontar?

20. A futuro ¿Cómo imagina la vida laboral de su familiar?

CALIDAD DE VIDA

H. Mejoras

21. Cuéntenos un poco, ¿cómo eran las condiciones de vida de su pariente antes de haber ocurrido el incidente?

22. En la actualidad ¿Cómo describe la calidad de vida de su pariente, teniendo en cuenta la situación por la que ha pasado?

23. ¿Qué cree que su familiar debe reestructurar de la vida para así poder obtener completamente sus logros?

I. Proyecto de Vida

24. Podría comentarnos ¿Conocía cuáles eran los intereses personales de su pariente, antes de ocurrir el incidente?

25. ¿Quiénes han sido las personas que han tenido mayor influencia en la vida de su familiar y de qué manera?

26. ¿De qué forma cree que su pariente, puede superar los impedimentos que la realidad le plantea para lograr realizar sus sueños?

J. Condición de Salud

27. Cómo considera actualmente, el estado de salud en general de su familiar?

K. Condición Económica

28. Teniendo en cuenta el evento sucedido, ¿Cuáles son las condiciones económicas que vive su familiar actualmente?

L. Condición Independencia Funcional

29. ¿Cómo considera usted que son las funciones o tareas que realiza su pariente en la vida diaria?

Apéndice D: Consentimiento Informado Participante

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE

Yo _____ identificado(a) con C.C _____ manifiesto que: He recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y horarios que se seguirán a lo largo del proceso.

Declaro que:

1. Participo de esta aplicación de manera voluntaria con el fin de evaluar los procesos de los cambios cognitivos, conductuales y sociales generados a partir del estado de Coma.
2. Soy informado de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines académicos, como lo establece el artículo 30 de la Ley 1090 del 06 de Septiembre del 2006 en el cual se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones: *“Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del Psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.”*

Y el artículo 46 *“Cuando el psicólogo construye o estandariza test psicológicos, inventarios, listados de chequeo, u otros instrumentos técnicos, debe utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos test deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización validez y confiabilidad.”*

Por lo que autorizo a Dayro Enrique Díaz Martínez y Deibin Arnol Martínez Espinel a realizar la respectiva entrevista Semiestructurada en _____ el día _____ / _____ de 2018.

Nombres y apellidos	Identificación	Firma

Apéndice E: Consentimiento Informado Expertos

CONSENTIMIENTO INFORMADO EXPERTOS

Yo _____ identificado(a) con C.C _____ manifiesto que: He recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y horarios que se seguirán a lo largo del proceso.

Declaro que:

1. Participo de esta aplicación de manera voluntaria con el fin de evaluar los procesos de los cambios cognitivos, conductuales y sociales generados a partir del estado de coma en que ha estado un paciente.

2. Soy informado de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines académicos, como lo establece el artículo 30 de la Ley 1090 del 06 de Septiembre del 2006 en el cual se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones: *“Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del Psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.”*

Y el artículo 46 *“Cuando el psicólogo construye o estandariza test psicológicos, inventarios, listados de chequeo, u otros instrumentos técnicos, debe utilizar, los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos test deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización validez y confiabilidad.”*

Por lo que autorizo a Dayro Enrique Díaz Martínez y Deibin Arnol Martínez Espinel a realizar la respectiva entrevista Semiestructurada en _____ el día ____ / ____ de 2018.

Nombres y apellidos	Identificación	Género
Ocupación	Título	Firma

Apéndice F: Consentimiento Informado Familia

CONSENTIMIENTO INFORMADO FAMILIAR

Yo _____
 identificado(a) con C.C _____ manifiesto que: He recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y horarios que se seguirán a lo largo del proceso.

Declaro que:

1. Participo de esta aplicación de manera voluntaria con el fin de evaluar los procesos de los cambios cognitivos, conductuales y sociales generados a partir del estado de Coma de mi familiar.

2. Soy informado de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines académicos, como lo establece el artículo 30 de la Ley 1090 del 06 de Septiembre del 2006 en el cual se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones: *“Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del Psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.”*

Y el artículo 46 *“Cuando el psicólogo construye o estandariza test psicológicos, inventarios, listados de chequeo, u otros instrumentos técnicos, debe utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos test deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización validez y confiabilidad.”*

Por lo que autorizo a Dayro Enrique Díaz Martínez y Deibin Arnol Martínez Espinel a realizar la respectiva entrevista Semiestructurada en _____ el día ____ / ____ de 2018.

Nombres y apellidos	Identificación	Género
Ocupación	Parentesco	Firma

Apéndice G: Formato Juicio de Expertos

**PERCEPCIONES DE LOS CAMBIOS COGNITIVOS, CONDUCTUALES Y SOCIALES GENERADOS A PARTIR DEL
ESTADO DE COMA
PRIMERA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
PARTICIPANTES
JUICIO DE EXPERTOS**

Acontinuación se encontraran 30 reactivos que abordarán todas las categorías del proyecto de investigación, marque con X la que considere, pertinente, no pertinente, posteriormente, encontrará un cuadro de pertinentes con las siguientes observaciones.

Cada subcategoría consta de tres (3) preguntas cada una clasificadas en tiempos diferentes: antes del evento, actualmente y prospectivas de futuro.

Criterios Categorías	Subcategorías	Pertinente	No pertinente	Pertinentes con la siguientes Observaciones	
1. Sociales	1. Relaciones Interpersonales				
	1. (antes del evento)	Desde sus perspectivas, ¿Describa por favor, como eran sus relaciones interpersonales antes del estado de inconciencia?			
	2. (Actual)	¿Cómo considera son sus relaciones interpersonales actualmente?			
	3. (Prosp. de futuro)	En una prospectiva de futuro, cómo imagina sus relaciones interpersonales después de un proceso de tratamiento (si lo ha tenido)?			
	2. Relaciones de los procesos comunicacionales.				
	4. (antes del evento)	Cuénteme un poco ¿De qué forma se daba el proceso de la comunicación en sus relaciones de trabajo?			
	5. (Actual)	¿Cómo maneja sus proceso comunicacionales en el contextos de los amigos, actualmente?			
	6. (Prosp. de	Para los proyectos que usted piensa realizar a futuro ¿Qué importancia cree que tiene el proceso de la comunicación?			

	futuro)				
	3. Familias				
	7. (antes del evento)	¿Cómo era la dinámica familiar antes del estado de coma?			
	8. (Actual)	¿Actualmente como describe la relación con su familia?			
	9. (Prosp. de futuro)	¿Cómo imagina usted la relación con su familia dentro de algunos años?			
	4. Parejas				
	10. (antes del evento)	Podría comentar ¿Cuál fue la mejor experiencia que tuvo en su relación de pareja, antes del evento ocurrido?			
	11. (Actual)	¿Cómo es la relación con su pareja actualmente?			
	12. (Prosp. de futuro)	¿En qué ciudad ha planeado vivir con su pareja? ¿Por qué?			
	5. Amigos				
	13. (antes del evento)	Cuéntenos ¿Qué disfrutaba de compartir con sus amigos antes del evento?			
	14. (Actual)	¿Cómo es la relación con sus amigos actualmente?			
	15. (Prosp. de futuro)	¿Cuál cree que sería la situación más difícil que le pudiese pasar con un compañero?			
	6. Conductas de Riesgos				
2. Conductuales	16. (antes del evento)	Podría mencionar ¿Qué conductas de riesgos aumentan las probabilidades de deterioro a la salud física y mental?			
	17. (Actual)	¿Qué hace para evitar situaciones de riesgos?			

	18. (Prosp. de futuro)	Desde su experiencia ¿Que recomendaciones daría a otras personas con el propósito de evitar accidentes que los lleven a una unidad de cuidados intensivos (UCI)?			
	7. Conductas laborales				
	19. (antes del evento)	¿Cómo se desempeñaba en su vida laboral antes de ocurrir el evento?			
	20. (Actual)	Actualmente ¿Cómo es su desempeño laboral donde trabaja?			
	21. (Prosp. de futuro)	A futuro, ¿Cómo se imagina que puede ser sus condiciones laborales?			
3.Calidad de Vida	8. Mejoras				
	22. (antes del evento)	Cuéntenos un poco, ¿cómo era su condición de vida antes de haber ocurrido el incidente?			
	23. (Actual)	En la actualidad ¿Qué puede mejorar de su vida, teniendo en cuenta la situación por la que ha pasado?			
	24. (Prosp. de futuro)	¿Qué le gustaría modificar de su vida para poder obtener completamente sus logros?			
	9. Proyecto de Vida				
	25. (antes del evento)	Podría comentarnos ¿Cuáles eran sus intereses personales, antes de ocurrir el incidente?			
	26. (Actual)	¿Quiénes han sido las personas que han tenido mayor influencia en su vida y de qué manera?			
	27. (Prosp. de futuro)	¿De qué forma puede superar los impedimentos que la realidad le plantea para lograr realizar sus sueños?			
	10. Condición de Salud				
		28.	¿Cómo considera usted que es su estado de salud en general?		
11. Condición Económica					

	29. Teniendo en cuenta el evento, ¿Cuáles son las condiciones económicas que usted vive actualmente?			
	12. Condición Independencia Funcional			
	30. Describa por favor, ¿Cómo realiza las tareas de la vida cotidiana una vez salido(a) del estado de coma?			

Observaciones generales:

Firma del evaluador

Nombres y apellidos: _____

Tarjeta profesional N °: _____

Apéndice H: Lamina Stroop



Apéndice I: Lamina 2 Resta Consecutiva

98	89			

Apéndice J: Lamina 3 Resta Consecutiva

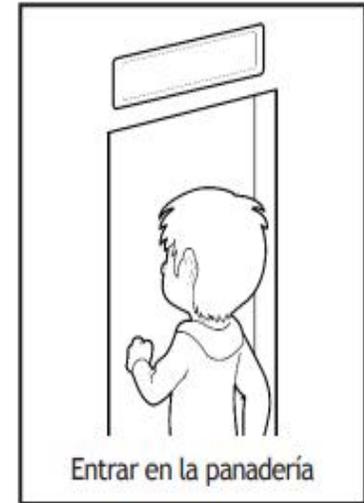
$$\text{Apple} + \text{Apple} + \text{Apple} = 30$$

$$\text{Apple} + \text{Banana} + \text{Banana} = 18$$

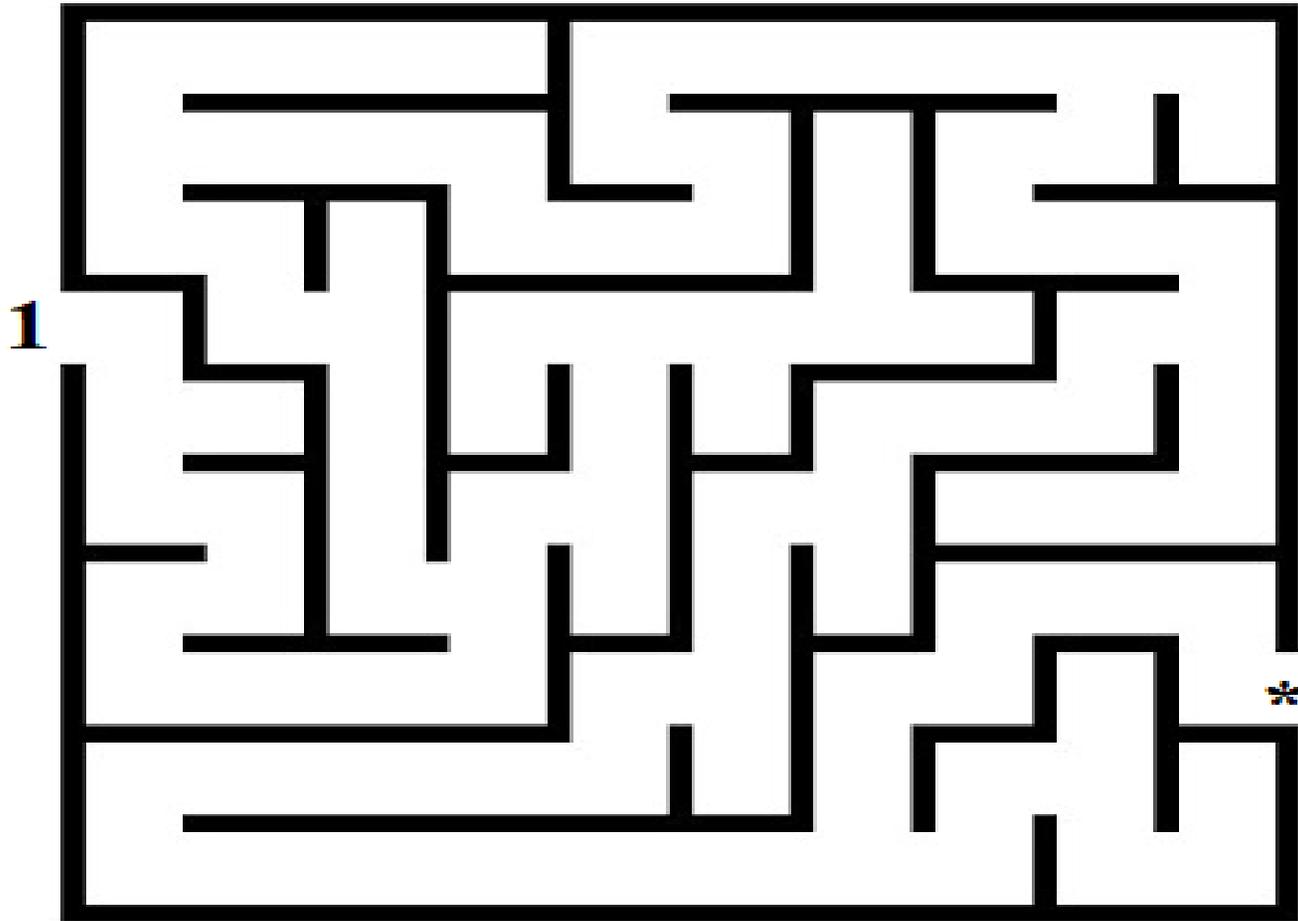
$$\text{Banana} - \text{Coconut} = 2$$

$$\text{Coconut} + \text{Apple} + \text{Banana} = ?$$

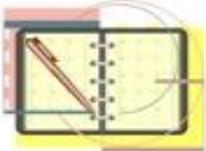
Apéndice K: Lamina 4 Funciones Ejecutivas



Apéndice L: Lamina 5 Laberinto



Apéndice M: Lamina 6 Objetos

					
PARAGUAS	GORRA	LLAVERO	MOCHILA	CARTERA	MAQUINILLA DE AFEITAR
					
PAÑUELO	CEPILLO DE DIENTES	AGENDA	PASTA DE DIENTES	PEINE	CHAMPÚ
					
TARJETA DE CRÉDITO	SOMBRERO	JABÓN	PERFUME	TOALLA	ENCENDEDOR