



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Doctorado en Ciencias de la Salud

TESIS DOCTORAL

**Experiencia vivida producto de accidente de tránsito en
víctimas, familiares y personal de salud en un hospital de
Managua en el año 2024.**

Chamorro Segovia, Erick Alexander de Jesus

Tutor

PhD. Karen Vanessa Herrera Castro

**Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
UNAN-MANAGUA/CIES**

Universidad del Pueblo y para el Pueblo!



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA



Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud

Recinto Universitario Salvador Allende (RUSA)

Nombre de tesis

Experiencia vivida producto de accidente de tránsito en víctimas,
familiares y personal de salud en un hospital de Managua en el año 2024.

Tesis para optar al grado de
Doctor en Ciencias de la Salud

Autor/es

Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia

Tutor

Karen Vanessa Herrera Castro

Abril,2025





UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA





CARTA AVAL DEL TUTOR (A)

Por este medio hago constar que luego de haber acompañado en las diferentes etapas del proceso de elaboración de tesis, el informe final de investigación de tesis se encuentra conforme a lo que establece la guía metodológica para elaborar tesis de posgrado del CIES-UNAN Managua. Así como el cumplimiento de la normativa de estudio de posgrado UNAN- MANAGUA. Aprobado por el Consejo Universitario en sesión ordinaria No. 28-2024, del 15 de Julio 2024. De acuerdo al Título V Artículo 47 de la asignación del tutor de tesis como requisito para proceder con el acto de defensa.

A continuación, se detallan los datos generales de la tesis:

- Doctorado en Ciencias de la Salud
- Cohorte 2021 – 2024
- Autor: Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia
- Tutor: Karen Vanessa Herrera Castro.
- Título de la tesis: Experiencia vivida producto de accidente de tránsito en víctimas, familiares y personal de salud en un hospital de Managua en el año 2024.

Dado en la ciudad de Managua, Nicaragua, a los veinte días del mes de abril del año 2025.

Atte

Karen Vanessa Herrera Castro

Dra. Karen Vanessa Castro
Medico X Cirujano
Dra. Karen Vanessa Castro MPH, PhD.
PhD en Ciencias de la Salud Pública
Código 15645



Dedicatoria

A Raúl.

A Juan Benito.



Agradecimientos

A Dios.

A Jesús, el Nazareno.

A mi familia.

A mi tutora y coautora por su labor incansable y comprometida con los pasos de esta tesis, Dra. Vanessa Herrera.

A mis coautoras de artículos Dra. Mirliana Pereira y Dra. Natalie Figueredo, su tiempo, su compromiso y su ciencia para con esta tesis, es irremplazable.

A los participantes del estudio, infinitamente agradecido.

A las autoridades del hospital que nos permitieron realizar el estudio.

"Per scientiam ad veritatem."



Resumen

Objetivo: Explorar las experiencias vividas producto de accidente de tránsito en víctimas familiares y personal de salud.

Método: Estudio cualitativo, bajo el enfoque fenomenológico de van Manen. Se analizaron cuatro facetas: cuerpo vivido, tiempo vivido, espacio vivido y relaciones humanas vividas. Para el análisis de la información se utilizó el Software Atlas Ti, y la codificación de los verbatines.

Resultados: 10 víctimas de accidentes de tránsito, 10 familiares y 5 médicos entrevistados, el cuerpo vivido, estuvo acompañado de cambios físicos y psicológicos, en el caso del tiempo, se determinó una ralentización y preocupaciones por el futuro, las interacciones con el personal de salud y la colaboración familiar, así como el entorno social fue un punto de apoyo importante de las relaciones humanas vividas, y el espacio compartido en el hospital obtuvo un impacto en el bienestar de los pacientes y familiares, aunque se espera una estancia breve para el retorno al hogar. En el caso de los médicos asociaron el evento a una catástrofe que requiere un sentido profesional y bioético alto para la comunicación de malas noticias y generar estrategias de afrontamiento para disminuir los efectos del estrés postraumático.

Conclusiones: Se reveló el impacto físico y emocional de los accidentes de tráfico en pacientes y sus familias, quienes enfrentan vulnerabilidad y cambios en sus dinámicas de vida. También destaca el estrés y los efectos emocionales en los médicos tratantes, abordando necesidades integrales a atención urgente de un problema de salud pública que afecta a los sistemas de salud.

Palabras Clave: Accidente de tránsito, Experiencia Vivida, Investigación Cualitativa, Víctimas, Familiares, Personal de Salud.

Contacto: erick.chamorro@cies.unan.edu.ni



Abstract

Objective: To explore the experiences of family members and healthcare personnel following a traffic accident.

Method: Qualitative study using van Manen's phenomenological approach. Four aspects were analyzed: lived body, lived time, lived space, and lived human relationships. Atlas Ti software was used to analyze the information, and verbatim transcripts were coded.

Results: Ten traffic accident victims, ten family members, and five doctors were interviewed. The lived body was accompanied by physical and psychological changes. In the case of time, a slowdown and concerns about the future were determined. Interactions with healthcare personnel and family collaboration, as well as the social environment, were an important source of support for lived human relationships. The shared space in the hospital had an impact on the well-being of patients and family members, although a short stay is expected before returning home. In the case of doctors, they associated the event with a catastrophe that requires a high level of professionalism and bioethics in communicating bad news and generating coping strategies to reduce the effects of post-traumatic stress.

Conclusions: The physical and emotional impact of traffic accidents on patients and their families, who face vulnerability and changes in their life dynamics, was revealed. It also highlights the stress and emotional effects on treating physicians, addressing comprehensive needs for urgent attention to a public health problem that affects health systems.

Keywords: Traffic accident, lived experience, qualitative research, victims, family members, healthcare personnel.

Contact: erick.chamorro@cies.unan.edu.ni



Índice de contenido

Introducción	1
Antecedentes.....	3
Justificación	7
Planteamiento del Problema	9
Objetivos.....	10
Marco Teórico.....	11
Diseño Metodológico	23
Resultados.....	30
Análisis y Discución de Resultados	61
Conclusiones.....	69
Recomendaciones	70
Bibliografía.....	71
Anexos	87



Índice de Figuras

Figura 1. Enfoques Teóricos de los Accidentes de Tránsito; **¡Error! Marcador no definido.**

Figura 2. Vivencia en el accidente; **¡Error! Marcador no definido.**

Figura 3. La percepción ante el accidente; **¡Error! Marcador no definido.**

Figura 4: Experiencia vivida por víctimas.....; **¡Error! Marcador no definido.**

Figura 5: Experiencia vivida por familiares; **¡Error! Marcador no definido.**

Figura 6: Experiencia vivida por los médicos; **¡Error! Marcador no definido.**

Índice de Tablas

Tabla 1. Respuestas a partir del trauma; **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 2. Datos generales de las Víctimas; **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. Datos generales de los Familiares.....; **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. Datos generales del personal de salud. ..; **¡Error! Marcador no definido.**



Introducción

Los datos estadísticos indican que cada 23 segundos fallece una persona por accidente de tránsito en el mundo, esos son unos 3756 fallecidos al día. En las Américas, el 34 % de los fallecidos son conductores y pasajeros, el 45 % son peatones y motorizados; el 90 % de las colisiones ocurren en países de bajos ingresos (OMS, 2023), por lo tanto, los indicadores apuntan a un efecto negativo sobre la salud pública de la región.

La problemática de los accidentes de tránsito en Nicaragua es similar. Según el Ministerio de Salud las muertes por accidentes ocuparon el octavo lugar en el año 2022 (MINSA, 2022) y el anuario estadístico de la Policía Nacional reportó 939 fallecidos ese mismo año, un 6 % más que el año anterior, dejando con lesiones al doble de estos. Para el seguro social, el registro de traumatismos y causas externas asociados a los accidentes de trayecto son de 10791, un 7,95 % más que el año anterior (INSS, 2023).

La relevancia de evidenciar las experiencias vividas recae en que la reacción al evento está asociada a la gravedad del mismo, por lo tanto, a mayor amenaza percibida durante el accidente mayor gravedad de síntomas negativos en etapas de hospitalización (Montes, 2021, pág. 112), algunas investigaciones sugieren que las reacciones psicológicas de las víctimas de siniestros de tráfico pueden diferir en función de las circunstancias y vivencias personales de cada individuo e incluye factores como la autocompasión, el respaldo social, la capacidad de adaptación, la aceptación de la situación y el autocuidado juegan un papel clave en el proceso de recuperación de las personas afectadas.

El impacto que genera el accidente en la familia es proporcional a la gravedad de este, por lo que los miembros directos de la familia del afectado logran vivir experiencias y sentimientos negativos como shock, ansiedad, impotencia, etc., aunado a esto las limitaciones financieras que experimentan durante el cuidado del paciente hospitalizado son mayores si los afectados son los proveedores principales del insumo del hogar (Schiller & Anderson, 2003).

Al explorar lo que ellos viven se obtiene una perspectiva diferente de la situación y permite definir las vivencias del suceso, de igual manera evidencia que la falta de apoyo se asocia con el

desarrollo de estrés postraumático y con una dificultad para la inclusión en la vida normal, (Prang, Berecki-Gisolf, & Newnam, 2015).

El personal de salud está en constante exposición a estos eventos, por lo que las afectaciones se pueden trasladar a las vivencias y narrativas del entorno hospitalario y fuera de este. En este sentido las actitudes de los profesionales que responden inicialmente a un accidente son fundamentales para proporcionar una respuesta precisa, rápida y eficaz al incidente.

En el ámbito de la salud, el estrés es el mecanismo de adaptación como reacción a situaciones adversas de peligro o amenaza, mediante el cual aumenta el estado de alerta y se producen cambios fisiológicos y emocionales y en algunos casos trauma (Soriano-Sánchez & Jiménez-Vázquez, 2023). Los trabajadores de la salud están en la primera línea de atención lo que puede tener efectos debilitantes desde el punto de vista mental y físico. (Rocha Correia & Azevedo Dunningham, 2016).

Este estudio permitió explorar las experiencias vividas de las víctimas de los accidentes, sus familiares y además el personal de salud que los atiende, haciendo un recorrido desde el día que sucedieron los eventos hasta su estancia en el área de hospitalización, tratando de comprender los cuatro “existenciarios” propuestos por Van Manen: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad (las relaciones humanas vividas. (Van Manen, 2023)



Antecedentes

Internacionales

En Brasil en el año 2018 se realizó un estudio cualitativo con un enfoque sociológico con el objetivo de comprender las representaciones sociales de motociclistas que sufrieron accidentes de tránsito. El estudio concluyó que los motociclistas conciben su medio como una alternativa para viajar rápido y a un costo menor, además consideran que cuanto más se ha acostumbrado a la motocicleta mayor cantidad de infracciones cometén y se exponen a mayores situaciones de riesgo coincidiendo con representaciones de devaluación de la vida. Si colectivamente el riesgo adquiere a veces proporciones amenazadoras muchas mayores de lo que es real, en el ámbito individual el sujeto se siente a menudo atraído por él no teme nada porque se considera más fuerte que la muerte. (Souza, Malta, & Freitas, 2018).

En el 2019 en una investigación realizada en Irán, bajo el tema “*Interacción Emocional en Lesiones por Tráfico Vial: Un Estudio Cualitativo sobre Personas con Lesiones de la Médula Espinal*”, cuyo objetivo fue explorar la experiencia de las personas con dicha lesión, en la escena del accidente mediante el análisis del contenido. Los resultados obtenidos sugirieron que la interacción emocional da como resultado, acciones apresuradas de los transeúntes, movimientos inadecuados de los heridos e intervenciones que, a su vez, resultará en daños secundarios al paciente. El ambiente emocional de la escena y el nivel de estrés de los heridos y sus acompañantes, así como la insistencia del herido en escapar de la dura condición, han provocado que quienes carecen de conocimientos y experiencia médica trasladen al paciente de forma insegura y causen daños secundarios, como agravar las LME o incluso causarlas. (Sepahvand, Khankeh, Hosseini, & Akhbar, 2019)

Algunos estudios han demostrado sobre la base de las experiencias de los participantes, tres categorías principales de afectaciones debido al accidente de tránsito: limitaciones físicas, impedimentos para desempeñar responsabilidades profesionales y problemas familiares causados por el trauma. Los resultados del estudio demostraron que las lesiones les causaron diferentes limitaciones en sus vidas, básicamente, la naturaleza de las múltiples lesiones de tráfico en los pacientes causa modificaciones y limitaciones en sus rutinas de vida, crean una serie de cambios

negativos en los pacientes, tales como limitaciones de control, y cambios en los roles sociales y roles familiares.

El regreso a la vida normal era un proceso complejo, difícil y a largo plazo. y los requisitos para que estos pacientes volvieran a la vida normal incluía el acceso a la capacitación y el apoyo (tratamiento, enfermería y apoyo social) y la participación en actividades de autocuidado. Los resultados de estudios como éste ayudan a los responsables políticos a tomar medidas para la promoción de la salud y la recuperación de los pacientes con accidentes de tráfico, por lo que es necesario formar pequeños equipos con participación de los pacientes y sus familias, para la regulación de pautas informativas asistenciales, y también formar al personal sanitario y disponer de a un equipo especializado en traumatología y atención después del choque para la reintegración de los pacientes en el hogar y la comunidad. (Pashaei Sabet, Norouzi Tabrizi, Khankeh, Saadat, & Bastami, 2016)

Otra perspectiva relevante es la de los familiares. En este sentido un estudio exploró la experiencia de crecimiento postraumático de los cuidadores tras un accidente de tráfico en el que resultaron heridos niños y que provocó la hospitalización en cuidados intensivos en la provincia de Jiangsu, China. Los cuidadores tras vivir esta experiencia traumática describen que experimentaron cambios en la vida, mejora de la fortaleza personal, mejora de las relaciones y desarrollo de respuestas eficaces.

El estudio concluyó que los profesionales deben guiar a los cuidadores desde una perspectiva positiva, estimular sus puntos fuertes y su potencial, aumentar el apoyo y la comunicación del personal, promover el afrontamiento positivo, elaborar contramedidas de gestión para mejorar el nivel de experiencia de crecimiento postraumático de los cuidadores, y desarrollar estrategias para mantener una salud mental y el bienestar. (Hong Ni, Tao Lv, Hua Wu, & Wang, 2023)

En el caso del personal de salud, estudios exploraron los desafíos de los profesionales de la salud de emergencia en la atención de emergencia a través de la experiencia vivida, por medio de un diseño exploratorio cualitativo, sustentado en los principios fenomenológicos descriptivos de

Van Manen (1990). Se seleccionó deliberadamente una muestra de treinta profesionales sanitarios de cinco servicios de urgencias del Centro y Sur de Jordania, incluidos médicos, enfermeras y paramédicos de servicios de urgencias y prehospitalarios. El estudio encontró varias deficiencias en la atención que afectaban negativamente a los profesionales sanitarios, surgiendo dos temas, el primero en busca de claridad: el viaje inestable de los proveedores de atención de emergencia prehospitalaria y el segundo las frustraciones en la primera línea: ambigüedad de roles y agotamiento emocional en la atención de traumas, y autoridad limitada en intervenciones críticas. (Rajeh Saifan, y otros, 2024).

El enfoque de salud pública es posiblemente el más extenso y amplio en número de investigaciones. Al declarar que los accidentes de tránsito son un “problema de salud pública” las opciones son diversas, los perfiles epidemiológicos en los países en vías de desarrollo son numerosos y van desde áreas urbanas (Anand N, 2021) y áreas rurales (Mason HM, 2022), advirtiendo sobre la gravedad del fenómeno.

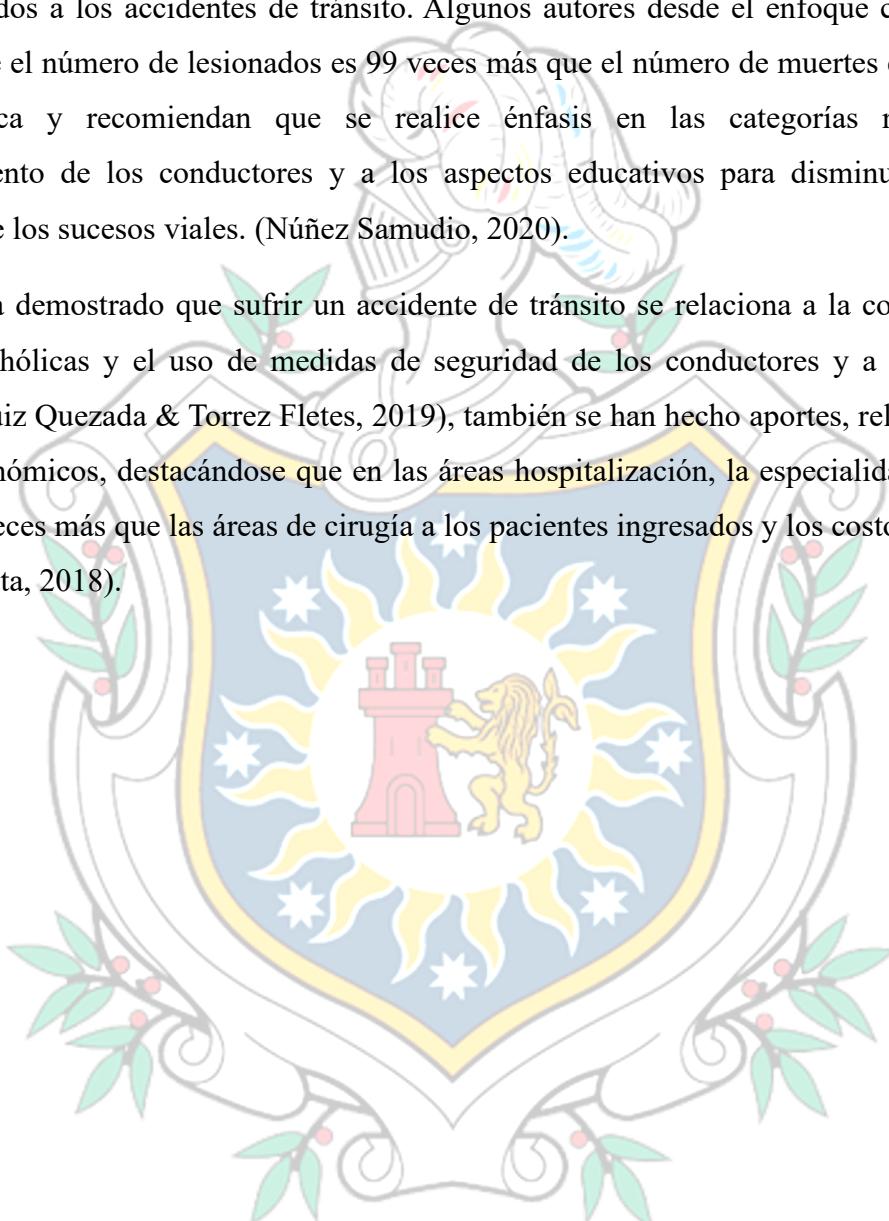
También se ha indagado sobre los años de vida perdidos (Murillo-Zamora E & et al, 2017), encontrándose que los accidentes “se pueden prevenir y es necesario hacer esfuerzos para reducir la carga económica y social asociada a ellos”, los factores de riesgo como el uso de celulares (Tábora Cruz, 2021) e ignorar los límites de velocidad (Pawlowski W & et al, 2019) también siguen siendo temas de interés desde el ámbito de la salud pública, y ofrecen una ventana de recomendaciones entre las que destaca “implementar tareas diseñadas para educar y motivar a la sociedad, hacia el cambio de comportamiento deseado, mejorando así la seguridad del tráfico.

La información ha sido utilizada para dictar políticas de salud y normativas nacionales e internacionales para tratar de disminuir los accidentes de tránsito, por ejemplo en “El Plan Mundial para la Seguridad Vial 2021-2030” el objetivo principal del plan es que se reduzca a la mitad el número de muertes y lesiones graves causadas por el tránsito, recomendando medidas y líneas estratégicas que involucren al gobierno, instituciones académicas y sociedad civil en temáticas para el mejoramiento de la seguridad vial.

Nacionales

La revisión de las investigaciones a nivel nacional revela que en los últimos años no existen estudios cualitativos sobre las experiencias vividas de las víctimas, sus familiares y el personal de salud asociados a los accidentes de tránsito. Algunos autores desde el enfoque cuantitativo han aportado que el número de lesionados es 99 veces más que el número de muertes en los países de Centroamérica y recomiendan que se realice énfasis en las categorías relacionadas al comportamiento de los conductores y a los aspectos educativos para disminuir las tasas de incidencia de los sucesos viales. (Núñez Samudio, 2020).

Se ha demostrado que sufrir un accidente de tránsito se relaciona a la conducta ante las bebidas alcohólicas y el uso de medidas de seguridad de los conductores y a la experticia al conducir (Ruiz Quezada & Torrez Fletes, 2019), también se han hecho aportes, relacionados a los factores económicos, destacándose que en las áreas hospitalización, la especialidad de ortopedia atienden 3 veces más que las áreas de cirugía a los pacientes ingresados y los costos son mayores. (Avilés Peralta, 2018).



Justificación

El desarrollo de estudios relacionados a la accidentabilidad de tránsito está fundamentado en un marco político-legal a nivel internacional, el objetivo principal es articularse con la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU, 2018), específicamente con el indicador 3.6 de reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo, además se encuentra sustentado en las convenciones de las naciones unidas sobre seguridad vial (ONU, 2020).

Ahora bien, existen otros ODS con los que se articula como el de ciudades y comunidades sostenibles, específicamente con la meta 11.2 que pide una mejora significativa en la seguridad vial, incluyendo una reducción sustancial del número de muertes y lesiones por accidentes de tránsito. Esto implica la necesidad de mejorar el diseño y la gestión del tráfico, así como la infraestructura vial y el transporte público, para hacer que las ciudades sean más seguras y accesibles para todos y con el ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico, donde los accidentes juegan un papel importante para determinar un impacto significativo en la economía, a través de los costos económicos y sociales asociados con lesiones, discapacidades y muertes.

A nivel nacional, el marco legal está sustentado en la Ley General de Salud (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 2003), específicamente en el título II, artículo 7, inciso 7, para “Definir las normas de organización, funcionamiento y financiamiento del plan de asistencia sanitaria por causa de accidentes de tránsito”. Otra de las legislaciones que sustentan esta investigación es la Ley 431 (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, 2014), ley para el régimen de circulación vehicular e infracciones de tránsito, con sus reformas incorporadas, cuyo objeto es establecer las normas de circulación vehicular y se designa a la Policía Nacional como la autoridad de aplicación, además se incluyen las definiciones y procedimientos en la atención de accidentes, y las sanciones por provocar muertes y lesiones.

La persistencia del problema de salud pública indica que se debe profundizar en el mismo ya que el marco normativo no es suficiente para reducirlo. Se requieren investigaciones que aborden el fenómeno sin deslindar las experiencias vividas en víctimas, familiares y personal de salud en el espacio, la racionalidad, la corporalidad y las interacciones humanas, de esta manera

delimitar acciones desde un enfoque humanístico, bioético y profesional, con apoyo de los involucrados y generando una responsabilidad compartida.

Para abordar la problemática de los accidentes de tránsito, se requiere aprender de las vivencias, las cuales juegan un papel esencial para dimensionar las afectaciones físicas, emocionales y sociales de las personas hospitalizadas, además de responder a los desafíos que se han percibido por parte de los familiares y sus consecuencias emocionales, conductuales y de resiliencia.

Para ilustrar los procesos de adaptación y reorganización de las acciones relacionadas con el tratamiento efectivo del trauma físico y emocional, también se requiere que se ponga de manifiesto la narrativa del personal de salud y sus equipos de trabajo, que están en constante interacción con esos pacientes y pueden aplicar estrategias de afrontamiento efectivas que ayudan a plantear soluciones humanas, bioéticas e integrales.

En este sentido el presente estudio brindó aportes científicos y teóricos que pueden ser insumos para programas de educación vial y atención integral a todas las víctimas (que no son solamente las que físicamente experimentan el suceso). Esta profundización fue necesaria dado la afectación de los indicadores que afectan la calidad de vida asociados a las altas tasas de morbimortalidad y el impacto económico y social. Solo de esta manera es posible proporcionar el apoyo psicológico, la atención oportuna y la reducción de los riesgos que favorezcan una política de salud, más humanizada y eficiente.

Las publicaciones científicas derivadas de la investigación aportaron a la reivindicación de las connotaciones del individuo en las situaciones traumáticas, ampliando así las reflexiones asociadas a sus familiares y el personal de salud, explorando los condicionantes para que sucedan los accidentes de tránsito, hasta la vulnerabilidad de los implicados, su comprensión, desafíos y técnicas de afrontamiento según la experiencia vivida de las tres poblaciones estudiadas.

Planteamiento del Problema

En el último año la investigación sobre accidentes de tránsito refleja que el conducir en estado de ebriedad es uno de los principales causales (Høye & Storesund, 2023), pero también la edad avanzada, por su relación con el deterioro cognitivo (Ishii & et al , 2023) y otros muestran asociaciones entre el uso del celular y los efectos negativos en el desempeño de la conducción, (Tábora Cruz, 2021).

Las investigaciones en Nicaragua sobre accidentes de tránsito han estado relacionadas al comportamiento epidemiológico, (Núñez Samudio, 2020) ,costos de atención (Pérez Orellana, 2019) , factores que inciden en la accidentalidad, (Ruiz Quezada & Torrez Fletes, 2019) atención a traumatismos y lesiones, (Aráuz Arostegui & Canales Díaz, 2021) y análisis espacial de los accidentes de tránsito, (Toval Ruiz, 2018). Aún no se ha estudiado el fenómeno de los accidentes desde el enfoque cualitativo, esto ha limitado considerablemente las nociónes sobre el tema y las directrices en salud pública que se pueden tomar a partir de los hallazgos.

Para establecer campañas de prevención y mitigar los efectos de este grave problema de salud pública es preciso profundizar en las experiencias de todos los afectados y bajo este enfoque integral, proponer acciones más eficaces y eficientes. La investigación científica ha demostrado una ausencia de estudios relacionados con las experiencias vividas de las víctimas, familiares y personal de salud, en su lugar han sido enfocadas en los procesos que suceden después del accidente y que se relacionan con la superación y resiliencia. (De Azevedo Andrade, Mattar Yunes, & Fernandes Martins, 2021).

Por lo anterior expuesto se ha definido la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la experiencia vivida producto de accidente de tránsito en víctimas familiares y personal de salud atendidos en un hospital de Managua en el año 2024?

1. ¿Cuál es la experiencia vivida por pacientes víctimas de accidente de tránsito en motocicleta en áreas de hospitalización?
2. ¿Cuáles son las implicaciones de la familia de las víctimas en los accidentes de tránsito?

3. ¿Cómo es la experiencia vivida por los médicos que atienden a víctimas de accidente de tránsito?

Objetivos

Objetivo General

Explorar las experiencias vividas producto de accidente de tránsito en víctimas familiares y personal de salud atendidos en Hospitales de Managua en el año 2024.

Objetivos específicos

1. Indagar la experiencia vivida por pacientes víctimas de accidente de tránsito en motocicleta en áreas de hospitalización.
2. Conocer las implicaciones de la familia de las víctimas en los accidentes de tránsito.
3. Describir la experiencia vivida por los médicos que atienden a víctimas de accidente de tránsito.



Marco Teórico

Existen diferentes perspectivas que buscan comprender cómo los siniestros viales se abordan desde múltiples ópticas. El orden en que se presentan no indica jerarquía, más bien sustentan de forma transversal los aspectos particulares del siniestro vial que influyen en la víctima, sus familiares y el personal de salud que los atiende.

Enfoques teóricos de los accidentes de tránsito

El enfoque teórico-económico sobre los accidentes de tránsito surgió en 1968, cuando Vickrey pone de manifiesto, cómo los elementos de las leyes entran en conflicto con los aspectos económicos de los siniestros viales, el autor refiere que las sanciones penales son medidas por grados de responsabilidad, por lo tanto, las transferencias de costos y compensación de los causantes de los siniestros al ofrecer algún pago a las víctimas por su solvencia de culpa o de negligencia es catalogado como una “negligencia contributiva”.

El autor sugiere que la compensación por los daños ocasionados, y los costos totales sean cubiertos en ambas direcciones (cuando sean dos involucrados), teoría que complica el indicador de problematización si se le suman nuevos participantes en el siniestro vial o cuando los aspectos asociados a los costos del sistema que cubre los servicios de seguro, no consideran los costos sociales que implican estos, cuando hay un aumento del volumen de tránsito, por ende, de la accidentalidad. (Vickrey, 1968, pág. 465). (Jansson, 1994, pág. 132)

La investigación más reciente sobre este enfoque expresa que en situaciones específicas se podrán orientar cargos financieros después de los accidentes para tratar de reducir la accidentalidad asociada al costo externo, la noción de culpa y negligencia (Lindberg, 2001, pág. 413). También la omisión de elementos de costo relevantes es otra brecha, esto incluye los traslados de las víctimas, la infraestructura en zonas rurales, los costes humanos y la disminución de ingresos familiares. (Bougna, 2022).

Desde el **enfoque psicológico**, la teoría de la acción razonada refiere que la acción-objetivo y contexto representan las nociones temporales de los individuos para sus vivencias y respuestas conductuales, por ejemplo, no es lo mismo “usar casco de seguridad en la moto” a definir que “la



próxima vez se usará el casco de seguridad para evitar una multa”, sugiriendo que el individuo razona a partir de lo que no desea vivir y no del peligro real que puede enfrentar.

Los factores determinantes están vinculados a las condiciones del vehículo y algunos elementos inherentes al conductor como la destreza, estado emocional y físico y existencia de distractores, que, sumados a la escasa visibilidad en las vías, al consumo de alcohol, al exceso de velocidad y a las condiciones de las carreteras aumentan el riesgo y la gravedad de los accidentes de tránsito (Villalobos-Parra, 2008).

Otro de los temas de interés de este enfoque han sido las comorbilidades en las fases agudas y crónicas del accidente de tránsito y las respuestas que se generan a partir del trauma, estableciéndose las siguientes fases establecidas por Carvajal, C. (2006):

Tabla 1. Respuestas a partir del trauma

1. Intento de sobrevivir y autoprotegerse	Mayor tolerancia del dolor-Retiro a sitio seguro-Estado de confusión.
2. Intento de adaptación	Respuesta asociativa y disociativa
3. Cuadros crónicos de Estrés (Trastornos de estrés postraumático)	Adaptación emocional
La experiencia del acontecimiento traumático permite que se evalúe la respuesta emocional.	

Fuente: Autoría propia, tomando como referencia el artículo de Carvajal, C. (2006): Fase aguda de estrés postraumático en los accidentes de tránsito.

En el caso de las afecciones crónicas, las personas que sufrieron lesiones de graves a moderadas fueron diagnosticadas con trastornos de estrés postraumático después de 2 años del trauma, esto generó sensaciones de re experimentar el trauma psicológico, en otros pacientes, el reposo absoluto en cama afectó la capacidad de autocuidado y la normalidad de la vida aumentando los síntomas de hiperactivación como ansiedad, irritabilidad y trastornos del sueño. (Li X, 2021)

Otro de los alcances de este enfoque fue abordado por Freud, en su libro “Psicopatología de la vida cotidiana” refiere que “el accidente hizo aparecer una larga y grave neurosis que, por último, se curó por el tratamiento psicoanalítico.

El autor menciona:

Los acontecimientos de la vida de un individuo, que se originan del accidente o el evento traumático, generan, dependiendo de su intensidad, la manera en que responde y los efectos patógenos que vayan de lo fáctico a lo vivenciado, si bien, no representa un patrón singular de todos los individuos, es una visión subjetiva que está intimamente relacionada con la conducta , la actitud y el comportamiento de los que ocasionan los accidentes y se lesionan, así como de sus familiares , círculos sociales y personal de salud. (Freud, 1976, pág. 156)

La conducta humana es una reconstrucción alternativa de los fenómenos que se viven, interactúan y se relacionan en los entornos conscientes e inconscientes de la vida, Kant refiere que esta refleja de mejor manera la existencia del hombre, ya sea replicando el patrón conductual o negando la nueva experimentación. (González Vallejos, 2020)

En los accidentes de tránsito, la conducta, ha sido tratada de relacionar a las actitudes y comportamiento humanos en el accidente, haciendo un recorrido histórico de conceptualizaciones de las mismas que van desde Allport en 1968 como un “estado neuropsíquico que dispone la actividad mental y física del individuo”, hasta Schiffman y Kanuk en 2005 como la “predisposición aprendida para responder de forma consciente ya sea favorablemente o no, con respecto a un objeto dado” (Urdaneta, 2019).

Desde el **enfoque de salud pública** ha tratado de analizar cómo el incremento de la población y el poder adquisitivo de los bienes automotores también está relacionado con este aumento de los sucesos. Para la prevención hay que incidir en tres puntos clave, el comportamiento humano, las vías y vehículos seguros y los modelos para prevenir los accidentes, este apartado ha sido profundizado desde el siguiente enfoque, el psicológico.

La evidencia muestra que los aspectos relacionados a la seguridad se han incrementado, la implementación de tecnologías de frenado, suspensiones asistidas, alertas de cambio de carril e incluso sensación de sueño, cámaras de visión y retrovisores integrados son algunos ejemplos, también la construcción y señalización de las carreteras y caminos es un trabajo exhaustivo de las autoridades, así como las estrategias policiales para prevenirlos.

Algunos autores han mencionado que:

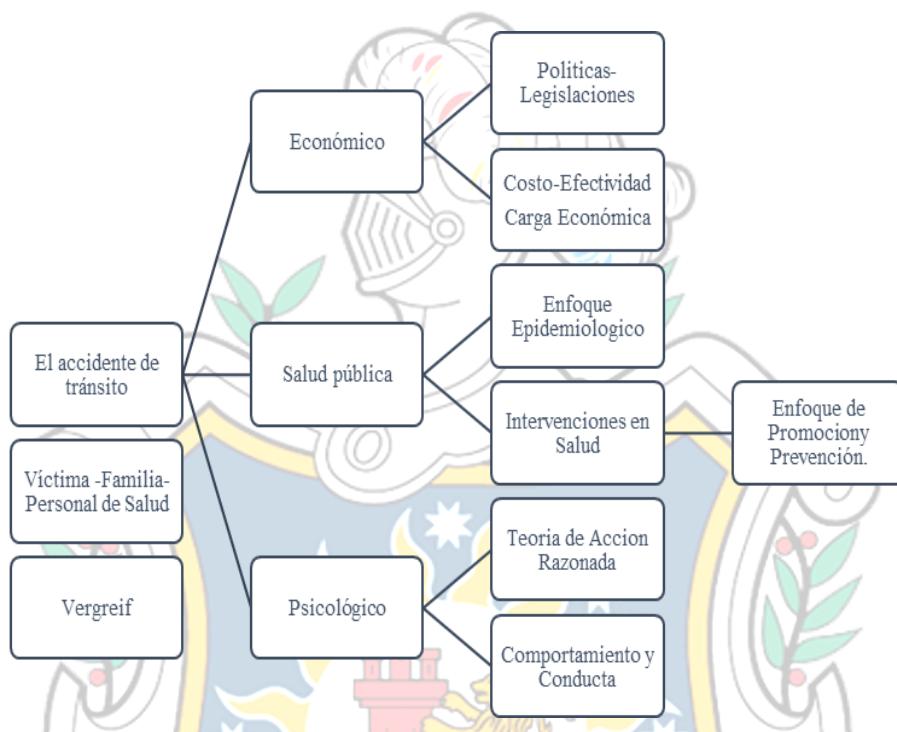
Las intervenciones de seguridad vial más efectivas son aquellas centradas en los factores relacionados con el vehículo o con las infraestructuras, es decir, las que reducen o eliminan el riesgo de padecer una lesión de tráfico y que no dependen del conocimiento o cambio de comportamiento de los usuarios. La legislación y la regulación también son efectivas, pero en menor medida, pues dependen del cumplimiento de los usuarios. Finalmente, las intervenciones centradas en los individuos, como la educación vial, son las menos efectivas, de modo que sólo se aconseja utilizar la educación vial como apoyo a otro tipo de intervenciones. Los recursos limitados se deberían utilizar para implementar únicamente aquellas intervenciones que se han demostrado efectivas para reducir las lesiones de tráfico (Novoa, 2009, pág. 553).

Es claro que la seguridad en las vías representa un relevante asunto de salud pública y debe ser tratado como una prioridad en el fomento de la salud. Los accidentes viales no solo ocasionan muertes humanas, sino también elevados gastos sociales, económicos y de salud. Por esta razón, es necesario un enfoque completo y multisectorial donde participen todos los actores sociales: desde los gobiernos y entidades sanitarias hasta los centros educativos, los medios de comunicación, las organizaciones civiles y la población en su conjunto. Es esencial que estas partes colaboren de manera activa para instruir, concienciar y fomentar comportamientos responsables en el espacio público. Además, la puesta en marcha de políticas de prevención, el robustecimiento de la infraestructura vial y el acceso a información precisa y constante son fundamentales para disminuir riesgos y salvar vidas. (Pico Merchán, 2011)

Desde este enfoque, otros autores apuntan a las estrategias desde el abordaje preventivo, estableciendo esquemas de pacificación del tráfico, tratando de limitar el número de vehículos automotores, además se enfoca en la necesidad de incluir datos en los anuarios estadísticos sobre el límite de velocidad, gramos de alcohol, enfermedades desencadenantes y seguimiento posterior a las lesiones graves (Elvik, 1999). Las sugerencias fundamentadas en las pruebas de los actores multisectoriales, indican la necesidad de implementar educación en todas las etapas de la vida acerca de la seguridad vial, fortalecimiento de las normativas de tránsito y educación a gran escala,

mejora de la infraestructura de tránsito integral e intervenciones enfocadas en la asistencia prehospitalaria.. (Carmona Clavijo, 2018)

Figura 1. Enfoques Teóricos de los Accidentes de Tránsito



Fuente: elaboración propia

La vivencia y la experiencia del accidente de tránsito.

El lugar donde se desarrollan las experiencias fue definido como el “lugar del sujeto”, éstas participan intrínsecamente con su biografía y configuración personal y particular del mundo, por lo tanto, la experiencia personal directa está vinculada con la visión de lo que el individuo adquiere de la realidad y su entendimiento. que transcurre en el individuo determina sus vivencias (Schütz, 1993, pág. 93) . La experiencia busca resaltar el concepto de la vivencia vivencial, sostiene que una obra, acción, vivencia son entidades únicas, no deducibles de lo común, pero creadas a partir de lo común, desde donde debe ser entendida. (Díaz Cruz, 1997, pág. 6).

La interpretación específica de una experiencia, y por ende, el modo específico de prestar atención a ella, se basa en la organización de dicha experiencia dentro del marco de la experiencia disponible. En otras palabras, una interpretación personal de esa experiencia desde la perspectiva de una nueva experiencia. (Schütz, 1993, pág. 107). La víctima del accidente, el que sufre en carne propia los procesos previos y posteriores del suceso, a fin de realizar una reconstrucción teórica e histórica debe recuperar lo vivido.

Es una manera eficiente de captar etapas y momentos que marcaron el estado actual, que puede estar acompañado de sentimientos de pérdida, pena y tristeza, en casos de moderados a graves en procesos de duelo y luto, aún sin ausencia física, más bien del enjambre de reacciones afectivos, conductuales y cognitivos. En la Figura 2. A continuación se resume lo vivido en el accidente:

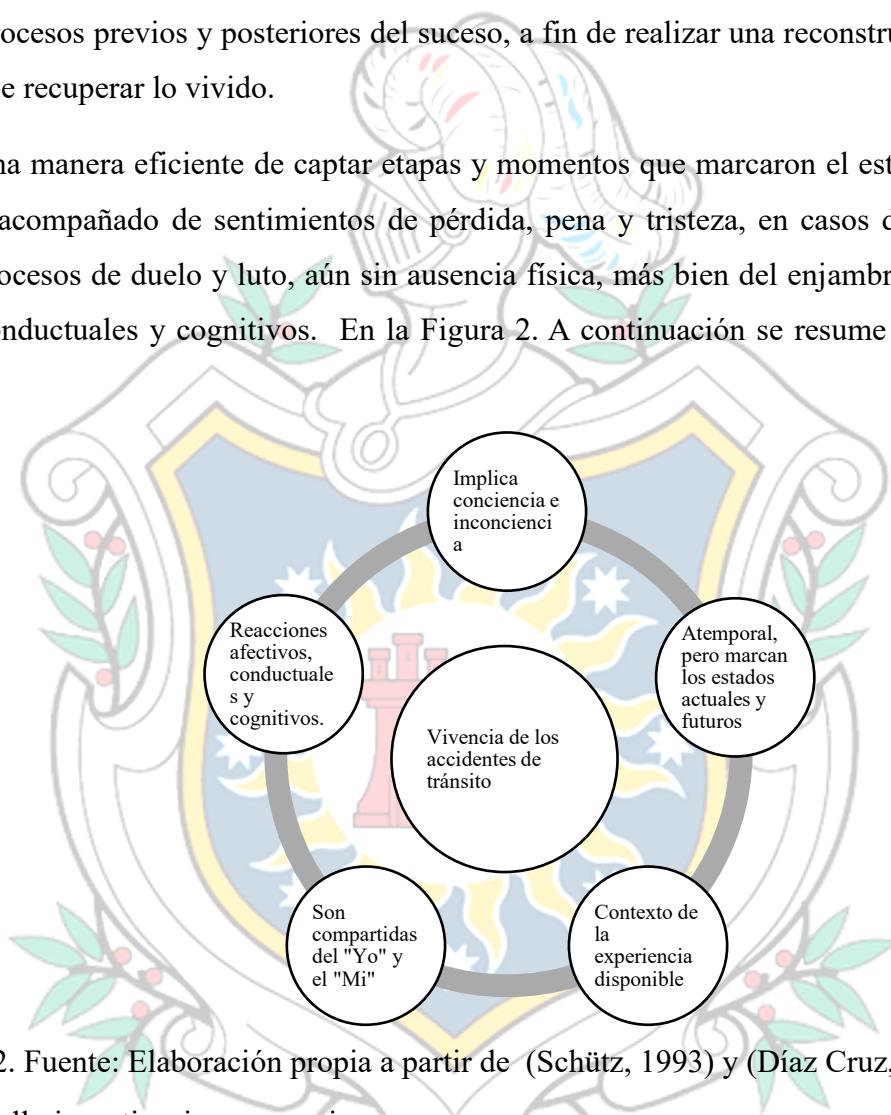


Fig. 2. Fuente: Elaboración propia a partir de (Schütz, 1993) y (Díaz Cruz, 1997)

Para ello investigaciones mencionan:

La vivencia expresa “las características propias del organismo y las del contexto, posibilita un modo de interpretar, valorar y otorgar sentido a la realidad, a la vez que refleja la unidad de aspectos socioculturales y personales”. La cultura y el hombre se moldean mutuamente por lo que la vivencia no se reduce a lo “individual”, no es “innata”, no es “interna” ni “cognitiva-racional”;



se desarrolla en la interacción con otros en la cultura. Las personas se desarrollan en función del contexto en el que participan (Erausquin, 2016, pág. 99).

Entonces, luego del suceso, cada aspecto cognitivo que se construye es más que la recreación de la experiencia y de las emociones, es la mera transformación de las dimensiones conocidas del ser, la reconfiguración de estas y las singularidades que implica compartir, ser partícipe y que conscientemente, existen otras personas evidenciando en ellos mismos sus nuevas vivencias y por ende estadios de transformación y diálogo.

Comprender cómo las personas entienden el proceso del accidente de tránsito requiere enfoques integrales donde se abordan elementos desde el estado psicosocial de la víctima y de la familia, desde el aviso del suceso y las horas posteriores, así como el contacto con el personal de salud.

Dependiendo de los resultados del accidente, la víctima experimentará algunas vivencias y dificultades con el apoyo familiar y tratará de establecer poco contacto con personas que les recuerdan sus dolores como médicos, paramédicos y enfermeras. Esto se podrá disminuir a medida que los sucesos hayan sido experimentados en más de una ocasión o en corte de tiempo de más de un año, las víctimas y personas cercanas buscarán personas que los ayudarán a “pensar en otra cosa”.

Metamorfosis de las vivencias que perciben las víctimas, familiares y personal de salud.

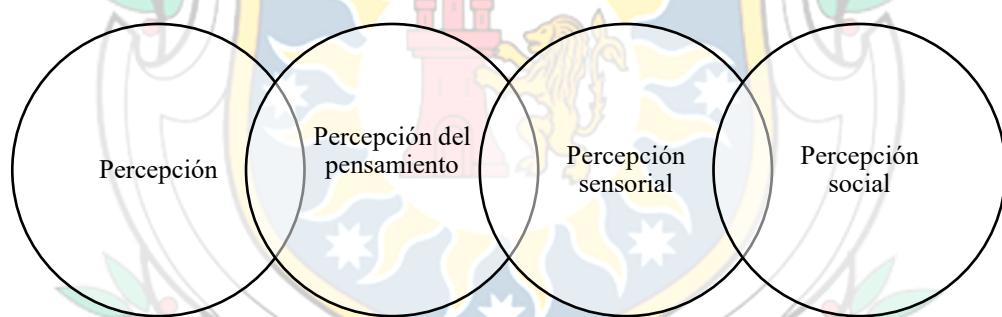
La Ley 431, ley de régimen de tránsito en Nicaragua, define al accidente de tránsito como la “Acción u omisión culposa cometida por cualquier conductor, pasajeros o peatones en la vía pública causando daños materiales, lesiones o muertes de personas, donde interviene por los menos un vehículo en movimiento” (pág. 1), entendiéndose que toda acción provoca no solo una reacción, sino una reacción en cadena, donde todos los procesos que participan son la causa de nuevas situaciones impredecibles.



Cuando el designio de las habitualidades de la vida es interrumpido por accidentes, en este caso relacionados con el tránsito de vehículos automotores, el entendimiento que se tiene es deducido como infructuoso y se interpola en el que lo experimenta, como negativo por excelencia, solo la pertenencia que ofrece la vivencia es la que podría dar matices positivos a un evento traumático, es decir el respaldo de la familia como principal zona de convergencia de impactos y cambios significativos.

Solamente la víctima no es la que entiende como sucede, los familiares y personal de salud, reciben información, que modifica las percepciones y sugestiona la conciencia con la realidad experimentada. Para el ciclo de vida del sistema familiar y el equipo de salud, se cambian por nuevas fases de percepción de los sucesos que ahora competen y son parte del nuevo núcleo, que se ha formulan de la recodificación de los datos y recuperación de la memoria. (Padilla, Sarmiento, & Ramírez , 2014)

Figura 3. La percepción de las víctimas, familias y personal de salud ante el accidente



Fuente: Elaboración propia a partir de (Ávila Martín , Sarmiento , & Muñoz de Rodríguez, 2017)

1. El impacto en familiares y personal de salud: Aunque la persona afectada (la víctima) experimenta el evento directamente, familiares y profesionales de salud también reciben información relacionada con esta experiencia. Esto altera sus percepciones y puede influir en su comprensión de la realidad de lo que está sucediendo.



2. Cambios en la percepción: La forma en que familiares y personal de salud perciben y entienden la situación pasa por una transformación. Esto se describe como "recodificación de datos" y "recuperación de la memoria", lo cual sugiere que van reconstruyendo su comprensión de la situación a medida que procesan la información y los recuerdos del evento.

3. Nuevas fases en el sistema familiar y del equipo de salud: Este proceso de cambio no solo afecta la percepción individual, sino que también modifica el "ciclo de vida" del sistema familiar y del equipo de salud. Es decir, las relaciones y dinámicas dentro de la familia y del equipo de atención se ajustan y entran en una nueva fase o etapa, influenciada por el evento y la forma en que todos lo han procesado.

Un evento traumático o significativo tiene un impacto en la percepción y las relaciones de todos los involucrados, llevando a un cambio en la dinámica familiar y profesional, a medida que intentan integrar esta experiencia en su comprensión de la realidad.

Claramente, las percepciones están íntimamente relacionadas a los enfoques teóricos que estudian los accidentes de tránsito, así como las estrategias de afrontamiento de este y la habilidad para ajustarse para la creación de intervenciones tempranas que puedan reducir el peligro de desarrollar trastornos asociados al trauma. (Ávila Martín , Sarmiento , & Muñoz de Rodríguez, 2017). Así como el locus control, que han sido definidos como “recursos personales que ayudan en el manejo de las variables del comportamiento, de las actitudes y de las emociones” (Oros, 2005).



Fenomenología Hermenéutica de M. Van Manen en Salud

El estudio de la experiencia vivida sugerido por Van Manen abarca tres momentos que conforman una estructura circular, ya que no concluyen con el tercero, ya que se encuentran en una constante reflexión sobre la vivencia experimentada. (Van Manen, 2017).

Primer momento: La vivencia experimentada durante la entrevista fenomenológica se enfoca en la recolección exhaustiva y detallada de los datos tal y como se viven, con el objetivo de capturar la esencia del fenómeno en estudio. Este procedimiento comienza con una pregunta meticulosamente planteada que facilita al entrevistado una conexión emocional y reflexiva con el suceso. Este tipo de interrogante no solo guía el diálogo, sino que también realza la experiencia narrada, produciendo una descripción más profunda y minuciosa. La receptividad emocional del entrevistado es fundamental, y se consigue mediante una escucha atenta y empática del investigador. Por lo tanto, la experiencia narrada empieza a adquirir forma, no como un mero relato de sucesos, sino como una experiencia que se expresa con significado y profundidad.

Después de la entrevista, el procedimiento prosigue con la escucha constante del audio, lo que facilita la detección de matices en el tono, pausas, emociones y otros elementos lingüísticos pertinentes. Esta atención al lenguaje y a los pormenores expresivos contribuye a entender con mayor profundidad cómo el entrevistado edifica su experiencia. Luego, se lleva a cabo una transcripción detallada, captando con precisión cada palabra, entonación y expresión de relevancia. Esta transcripción constituye el fundamento del proceso de codificación, en el que el material se divide, clasifica y se examina en la búsqueda de patrones y significados. En resumen, este método posibilita un acercamiento meticuloso y detallado a la experiencia subjetiva del participante, descubriendo aspectos escondidos del fenómeno y potenciando la interpretación de este desde un enfoque fenomenológico. (Guerrero-Castañeda & Menezes, 2017).

Segundo momento: Reflexionar acerca de la experiencia vivida conlleva un proceso detallado de estudio y entendimiento de lo experimentado, percibiéndolo de forma holística. No solo se trata de rememorar o relatar la vivencia, sino de mantener una conversación continua con ella, donde se reflexiona sobre su significado y se identifican aquellos asuntos o expresiones que proporcionan significado. Esta contemplación posibilita que el investigador se vincula con la esencia de la experiencia, y simultáneamente, valore su riqueza y complejidad. En este



procedimiento, las emociones, los gestos, las palabras y los silencios adquieren un significativo valor interpretativo, dado que desvelan dimensiones que frecuentemente no se detectan a simple vista. Así, la experiencia deja de ser un suceso independiente y se convierte en una fuente de conocimiento.

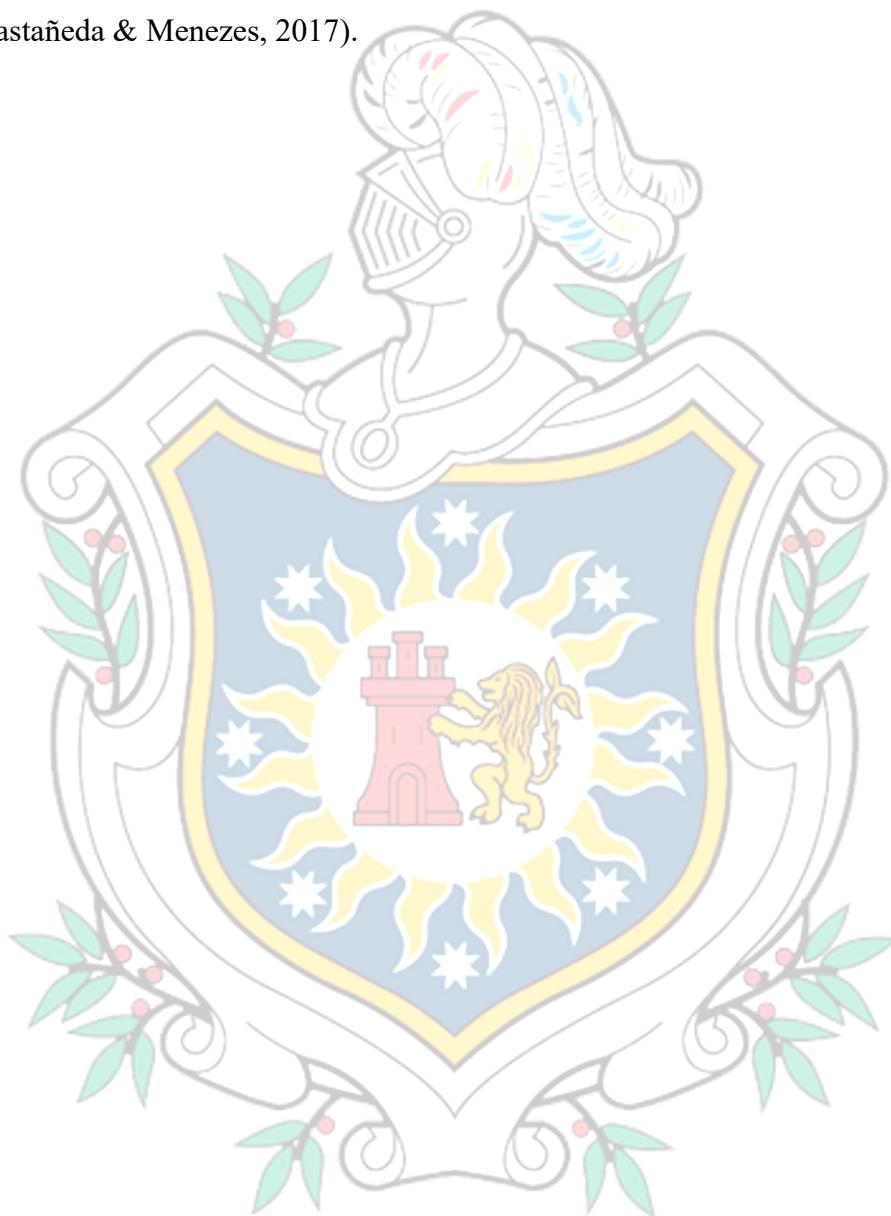
La estructura de la reflexión se lleva a cabo en dos niveles que dependen entre sí. Primero, la reflexión macro temática tiene como objetivo reconocer el significado fundamental de la vivencia, o sea, lo que representa su núcleo o sentido más profundo. Esta perspectiva global facilita entender el fenómeno desde un enfoque amplio y consistente. En segundo lugar, se lleva a cabo una reflexión micro temática, enfocada en el estudio minucioso de expresiones, frases o unidades de significado que, pese a su tamaño reducido, proporcionan elementos esenciales para desvelar el contenido de la experiencia. Estas expresiones funcionan como portales de acceso a lo experimentado, facilitando una interpretación más precisa de cómo se forma y se manifiesta la experiencia desde el punto de vista del participante. Los dos grados de reflexión potencian la comprensión fenomenológica y otorgan significado al fenómeno.análisis cualitativo (Errasti-Ibarroondo & et al, 2017).

Tercer momento: El análisis-descripción de la experiencia vivida representa un hito esencial en el proceso de investigación fenomenológica. En esta fase, el científico no se restringe a relatar los sucesos tal y como sucedieron, sino que se adentra en una interpretación detallada del fenómeno experimentado. Su labor consiste en dar significado a la experiencia, describiéndola de forma consciente y intencionada, y definiéndola mediante unidades de significado que desvelen su esencia. Esta descripción trasciende lo meramente superficial, intentando capturar lo más profundo y genuino de la experiencia. Por lo tanto, se necesita una postura reflexiva que facilite al investigador la conexión con los elementos más relevantes del relato, identificando los asuntos que surgen de forma natural y que proporcionan entendimiento sobre el fenómeno tal como se ha vivido.

Además de reconocer los asuntos de mayor relevancia, es crucial que el investigador diseñe la descripción no solo en la secuencia en la que se presentan los elementos, sino también en base a sus vínculos internos. Esta organización facilita la interpretación de la experiencia como un todo ordenado, fusionando las diferentes unidades de significado en un entramado que revele la esencia del fenómeno. El científico debe enfocarse tanto en el contenido explícito como en las sutilezas



subyacentes que emergen del discurso del entrevistado, lo que potencia la comprensión del fenómeno. Al revelar el fenómeno en su contexto más personal, se promueve una interpretación genuina, que puede darle voz a la experiencia desde el punto de vista de quien la ha vivido. Por lo tanto, se forma un entendimiento sensibilizado, profundo y humanizado del fenómeno estudiado. (Guerrero-Castañeda & Menezes, 2017).



Diseño Metodológico

1. Tipo de estudio

Esta investigación se realizó bajo el enfoque cualitativo, que es un ámbito de investigación por su propio derecho. Interconecta disciplinas, áreas y problemas. (Denzin & Lincoln, 2012). Se buscó explorar cómo las víctimas, familiares y personal de salud interactúan desde sus experiencias vividas y los significados que atribuyen.

En relación con el método, es fenomenológico, debido a que sustenta su objeto de estudio en las vivencias en relación a un evento, desde el punto de vista del individuo. Este método asume el estudio de los elementos más intrincados de la existencia humana, de lo que trasciende lo cuantificable.. (Fuster Guillen, 2019). En este marco, se adoptó el enfoque fenomenológico propuesto por Max van Manen. La fenomenología hermenéutica, según van Manen, se centra en la interpretación de las experiencias vividas, buscando comprender cómo las personas dan sentido a sus experiencias en el contexto de su vida diaria (Van Manen, 2016) Van Manen enfatiza la importancia de explorar las vivencias cotidianas y de captar el significado esencial de las experiencias humanas a través de la reflexión y la interpretación de los relatos de los participantes (Van Manen, 2017)

Según van Manen, "la fenomenología busca lograr una comprensión más profunda de la esencia o el significado de nuestras experiencias", en lugar de teorizar sobre ellas. Analiza cuatro facetas de las experiencias vividas: cuerpo vivido, tiempo vivido, espacio vivido y relaciones humanas vividas. El cuerpo vivido representa a un individuo existiendo en el mundo a través de su cuerpo, y establece relaciones con otros mediante su cuerpo. El tiempo vivido se refiere a la percepción del tiempo por parte de una persona y cómo el pasado, presente y futuro influyen en esa percepción, en lugar de ver el tiempo solo como una medida de reloj. El espacio vivido se enfoca en cómo un individuo experimenta de manera subjetiva los espacios que habita, coexistiendo en un entorno interpersonal con otros. Las relaciones humanas vividas tratan sobre las interacciones y la relación de una persona con los demás (Van Manen, 2023)

2. Lugar seleccionado para el estudio.



Hospital de Managua, con servicios médicos quirúrgicos y de hospitalización, como centro e de referencia nacional por su poder resolutivo.

3. Muestreo

La lógica del muestreo, en la investigación cualitativa, está sustentada en la idea de que la selección de los participantes es más intencionada y flexible, (Flick, 2007, pág. 51) se busca a menudo personas con experiencias y el objetivo no es la cantidad ni la estandarización, sino la riqueza, la profundidad y la calidad de la información. El número de participantes seleccionado fue de 10 personas víctimas de accidentes de tránsito, 10 familiares de los pacientes y 5 médicos de base de áreas de urgencia y hospitalización.

4. Unidad de análisis

En la investigación cualitativa la unidad de análisis se puede constituir con la pregunta de investigación, pero tiene la capacidad de reformularse, siempre y cuando el proceso de investigación continúe trazándose sobre los problemas principales. La unidad de análisis "tiene un referente abstracto", por lo tanto, esta no será un caso específico, sino todo el constructo de las experiencias vividas asociadas a los accidentes de tránsito, desde la mirada de las víctimas, sus familiares y el personal de salud (Archenti, 2007).

5. Unidad de observación

El investigador exploró las narrativas de los pacientes y los familiares que han sido afectados por accidentes de tránsito y que se encuentran en el entorno del hospital, así como los médicos de cabecera del área de hospitalización, de esta manera el investigador observó las interacciones entre el personal de salud y las personas afectadas, así como las dinámicas familiares y las reacciones emocionales en el entorno hospitalario.

6. Criterios de inclusión de los participantes del estudio.

De los pacientes

1. Pacientes ingresados al área de Hospitalización del hospital elegido para el estudio.
2. Ser mayores de edad.

3. Contar con las facultades mentales y físicas para firmar su consentimiento informado y entablar una conversación a profundidad.
4. Poseer una categoría de licencia de conducir como mínimo de grado 1 o 2 y 3, tener roles de acompañantes y peatones.

Del personal de Salud

5. Profesionales con título académico de médicos del área de Ortopedia, Emergencia y Psiquiatría.
6. Profesionales con experiencia de al menos 1 año de ejercer funciones de atención directa a estos pacientes.

De los familiares

7. Familiares directos del afectado y que han estado en el proceso desde el siniestro vial hasta el momento de la recolección de los datos.
8. Capacidad verbal y escrita para brindar consentimiento informado

8. Criterios de exclusión

1. Personas que estén participando en otro estudio científico.
2. Personas cuyas familias estén en desacuerdo con participar en la investigación.
3. Personal de salud que no esté de acuerdo con la investigación.
4. Personas que tengan vínculos personales, profesionales con el investigador principal.
5. Que sean incapaces de entablar una conversación verbal o por escrito.

9. Descriptores por objetivos

1. Indagar la experiencia vivida por pacientes víctimas de accidente de tránsito en motocicleta en áreas de hospitalización.

Tema	Subtemas
Datos generales	Edad, Sexo, Rol y Tipo de Vehículo.
Cuerpo Vivido	Corporeidad modificada



	Alineación Corporal Recuperación
Tiempo Vivido	Tiempo de Espera Tiempo de Recuperación Futuro Incierto
Relaciones Humanas Vividas	Relación con el Personal de Salud Relación con la Familia Relación con Compañeros y Amigos
Espacio Vivido	Hospital como espacio de cura y tensión Espacio personal y privacidad Retorno al Hogar

2. Conocer las implicaciones de la familia de las víctimas en los accidentes de tránsito.

Tema	Subtemas
Datos generales	Parentesco, Edad , Sexo y Tipo de Transporte
Cuerpo Vivido	Impacto de la noticia Dinámica Familiar
Tiempo Vivido	Percepción alterada El Presente y el Futuro
Relaciones Humanas Vividas	Los Cuidadores. Adaptación positiva tras el trauma. Relación con el personal
Espacio Vivido	Conflicto entre necesidad y malestar. Retorno al Hogar

3. Describir la experiencia vivida por los médicos que atienden a víctimas de accidente de tránsito.

Tema	Subtemas
Datos generales	Edad, Sexo, Especialidad, Años de Experiencia.



Cuerpo vivido al atender a víctimas	Impactos de las tragedias Comunicación de malas noticias
Tiempo vivido en el aquí y el después	Devenir de la emoción Afrontamiento
Relaciones Humanas Vividas	Narrativas que perduran Resignación

Técnicas e instrumentos

Para la recopilación de datos se empleó la entrevista semiestructurada a profundidad, que es un proceso de comunicación donde se recopila información de un individuo, vinculada a los sucesos experimentados por el entrevistado. (De Toscano, 2009). Su meta es recopilar datos a través de un diálogo profesional con uno o varios individuos para un análisis de investigación o para aportar a los diagnósticos o tratamientos sociales.. (Ruiz, 2012).

Esta no es una estrategia que solo busca obtener información sobre un individuo, sino que busca persuadir a ese individuo para comprenderlo desde su interior. El investigador cuenta con un "guion" que agrupa los asuntos que debe abordar durante la investigación.(Corbetta, 2007, pág. 351) Para efectos de esta investigación fueron elaborados 3 guiones, uno para la víctima del accidente de tránsito, uno para los familiares y otro para los médicos, que contienen las interrogantes que condujeron a obtener narraciones profundas y significativas.

9. Procesamiento y análisis de información

Las entrevistas fueron realizadas por investigadores, de género femenino y masculino, con experiencia probada en esta técnica, tuvieron una duración de 30 minutos en promedio y se llevaron a cabo en espacios seguros, privados y libres de interrupciones. La segmentación y codificación correspondió al análisis inicial en ATLAS Ti, esto requirió por parte del investigador un refinamiento de los documentos primarios (entrevistas transcritas) y escritura de las anotaciones para interrelacionar los códigos, lo que representó la fase de resultados. Para la saturación de los datos se utilizó la saturación teórica, la que se alcanzó cuando las entrevistas adicionales no



revelaron nuevos temas o conceptos relevantes sobre las experiencias vividas. (Saunders, y otros, 2018)

Las entrevistas fueron transcritas sin edición por el equipo de investigación. Para el análisis se utilizó el enfoque fenomenológico interpretativo de seis pasos de Van Manen.

Orientarse hacia la naturaleza de la experiencia vivida: Comenzar con un profundo interés en la experiencia que se desea estudiar.

1. Investigar la experiencia tal como la vivimos: Examinar cómo se experimenta directamente el fenómeno.
2. Reflexionar sobre los temas esenciales que caracterizan el fenómeno: Identificar y analizar los elementos fundamentales de la experiencia.
3. Describir el fenómeno en el arte de escribir y reescribir: Expressar las experiencias y reflexiones a través de una narrativa detallada y revisada.
4. Mantener una relación fuerte y orientada con el fenómeno: Permanecer enfocado y comprometido con la experiencia que se estudia.
5. Equilibrar el contexto de la investigación considerando las partes y el todo: Integrar los hallazgos dentro del contexto más amplio del estudio, manteniendo la coherencia entre los detalles y la visión global. (pág. 151)

Para asegurar la legitimidad del proceso de investigación, se implementaron meticulosamente los estándares de rigurosidad metodológica característicos de la investigación cualitativa. Dentro de estas características se encuentra la transferibilidad, que facilita la aplicación de los descubrimientos en situaciones parecidas; la dependencia, que garantiza la consistencia y estabilidad de los resultados a través del tiempo; la credibilidad, que alude a la autenticidad y lealtad de las interpretaciones respecto a la experiencia de los participantes; y la auditabilidad, que supone la capacidad de otros investigadores de seguir y corroborar el procedimiento realizado. Además, se tomó en cuenta la adecuación teórico-metodológica, asegurando la congruencia entre el marco teórico, la perspectiva fenomenológica adoptada y los métodos utilizados para la recopilación y estudio de los datos. (Montero, y otros, 2022). Las implicaciones éticas se enfocaron en la salvaguarda de los derechos, la dignidad y el bienestar de los participantes, en conformidad con las



regulaciones éticas nacionales e institucionales, antes de comenzar el proceso de selección se pidió y se logró la autorización oficial de las autoridades del hospital donde se llevó a cabo el estudio, además de la aprobación del comité de ética correspondiente. Estas medidas garantizaron que la investigación respetara los criterios éticos necesarios para investigaciones con individuos, protegiendo su integridad física, emocional y psicológica a lo largo de todo el estudio.

Se pidió el permiso de los participantes para registrar en formato de audio y luego convertirlo a texto. Se estableció el derecho de los participantes a interrumpir la entrevista o abandonar el estudio cuando lo estimen apropiado, incluyendo la eliminación de la información suministrada en las etapas de procesamiento o análisis, sin la necesidad de justificar su elección.

Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes antes de las entrevistas, y fueron protegidas mediante la encriptación de todos los archivos de audio y la transcripción a texto, con una contraseña disponible solo para el equipo de investigadores. La información de las entrevistas fue anonimizada para no identificar a los participantes y evitar vincularlos con la institución de salud de la que provenían. La identidad de quienes participaron solo es conocida por quienes realizaron las entrevistas.

9. Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas del estudio estuvieron ajustadas al dictamen de aprobación del comité de ética institucional del hospital, consentimiento informado de los participantes, presentación y aprobación del protocolo de investigación ante el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de la UNAN-Managua.

Este estudio no representó un beneficio económico para sujetos de estudio en calidad de entrevistados, ni de sus familiares y el personal de salud, sin embargo, presentara una dimensión de los accidentes de tránsito como parte del impacto social y familiar que genera en todos los involucrados, por lo que el investigador principal declara que no tiene conflicto de intereses con la realización de este.

Resultados

Víctimas de accidentes de tránsito

En la tabla 1 se observan las víctimas de los accidentes de tráfico entrevistados en el área de hospitalización, estos fueron todos adultos entre 33 y 44 años, en su mayoría hombres y conductores. La motocicleta fue el vehículo automotor involucrado en todos los accidentes.

Tabla 2. Características demográficas de las participantes de estudio

Código	Edad	Sexo	Rol	Vehículo
P2	24	Masculino	Conductor	Motocicleta
P6	25	Masculino	Conductor	Motocicleta
P3	28	Masculino	Conductor	Motocicleta
P5	30	Femenino	Conductor	Motocicleta
P4	32	Masculino	Conductor	Motocicleta
P1	33	Femenino	Acompañante	Motocicleta
P7	40	Masculino	Conductor	Motocicleta
P8	40	Femenino	Peatón	Motocicleta
P9	41	Masculino	Conductor	Motocicleta
P10	44	Masculino	Conductor	Motocicleta

Fuente: elaboración propia.

Tema 1. Cuerpo Vivido

El cuerpo vivido, desde la perspectiva fenomenológica de Van Manen, representa la manera en que el cuerpo no es solo una entidad física, sino un modo de ser en el mundo, un medio a través del cual los pacientes experimentan y comprenden su realidad. Para los pacientes accidentados, el cuerpo vivido se transforma en un foco de vulnerabilidad y fragilidad. En la población en estudio emergieron los siguientes subtemas:

Subtema: Corporalidad modificada.

Después de un accidente, la relación del paciente con su cuerpo cambia drásticamente. El cuerpo ya no se siente como un aliado confiable, sino como algo que ha fallado o ha sido dañado. La conciencia de las limitaciones físicas nuevas o exacerbadas cambia la manera en que el paciente

se percibe a sí mismo. El accidente revela la vulnerabilidad del cuerpo. Lo que antes se consideraba una estructura robusta y confiable ahora se percibe como frágil y susceptible a daños. Esta fragilidad es una fuente de angustia constante, recordando al paciente que su cuerpo ya no puede protegerlos de la misma manera. Los participantes mencionan:

P10: “*imagíñese que fui 4 veces al quirófano, con mucho miedo no le voy a mentir, mi juventud fue bien fregada , hice de todo en mi chavalada y entonces miedo casi nunca he tenido, pero esto sí me enseñó lo que es realmente miedo, usted sabe, que si entra al quirófano no sabe si va a volver a salir*”

P3: “*Me siento mal porque es primera vez que yo estoy así y desde que desperté de uci era solo llorar; claro porque yo tengo dos niñas yo quisiera recordar todo lo que pasó*”, cuando yo esté más viejo me va a traer unos problemas de salud”

Los pacientes experimentan una profunda tristeza, reflejando la percepción del cuerpo como algo herido, dañado, que ya no funciona de la manera habitual. El miedo emerge por el dolor físico y por la anticipación de un futuro incierto en cuanto a la funcionalidad del cuerpo. Los discursos también expresan un sentimiento de injusticia, una lucha interna por aceptar que el accidente ha alterado su corporalidad, a pesar de no ser ellos los causantes. El abandono se destaca en esta categoría, tanto en su manifestación emocional como física. Los pacientes sienten que su cuerpo ha sido abandonado por sus propias capacidades, y a la vez, experimentan un abandono social o institucional, donde no reciben el apoyo necesario. Esta percepción de un cuerpo que les falló o ha sido fallado por el sistema es intensamente vivida.

P5: “*Dolor; porque me partieron la pierna, y sentía dolor y dolor, y solo quería que me pusieran algo para no sentir dolor*”

P3: “*Angustia. Me deprimo y si me preguntas cómo me siento ahorita le digo deprimida porque llevo 15 días de estar en esta cama*”

P10: “*mire yo soy un conductor, una vez mire a un muchacho tirado en un accidente y lo iba a levantar y llevarlo al hospital y dije mejor no, después se me muere y tendría problemas...así*

fue a mi yo pase 45 minutos tirado en la carretera, si pasaban a la par, se orillaban y me tomaban la foto”

Subtema: Alineación Corporal.

Los pacientes pueden experimentar una desconexión con su propio cuerpo, como si ya no fuera parte integral de su ser. Este fenómeno es especialmente fuerte en los casos donde las lesiones son severas o han alterado significativamente la apariencia o funcionalidad del cuerpo. La desconexión se manifiesta en la dificultad para aceptar las nuevas limitaciones físicas o en la sensación de que el cuerpo se ha convertido en un objeto extraño que ya no responde como antes.

P4: “A veces se siente impotente no poder hacer algo por usted mismo da tristeza que más. Usted cree que yo quiero estar aquí. Depresión, miedo”

P1: “Para mí, es lo peor que le puede pasar a una persona, porque es un momento de incertidumbre y hasta que no caes al suelo, no sabes si estás viva o estás muerta”

De igual manera, en el entorno hospitalario, el cuerpo a menudo es tratado como un objeto a ser reparado. Este enfoque, aunque necesario para el tratamiento médico, deshumaniza la experiencia del paciente, quien se siente reducido a una serie de síntomas o procedimientos. La sensación de ser un objeto puede intensificar la alienación y la percepción de que el cuerpo es algo separado de la identidad personal.

P10: “(El Dr. Me dijo) mi objetivo es dejarte caminando, yo le dije no importa con solo que yo me logre sentar yo estoy bien, puedo agarrar el pedal yo, y cualquier empresa que mire que me pueda sentar me puede contratar, yo sé que no son dioses a como me dijo él, y yo le dije a mi hermana que creo que el doctor se enojó”

P3: “En el hospital público solo me dijeron que estaba fracturada pero no sabía más entonces estando aquí en admisión, de nuevo me hicieron que me esperara... perdí casi 8 horas desde que me pasó eso”

Subtema: Recuperación.



Durante la recuperación, los pacientes oscilan entre la esperanza de recuperar su funcionalidad y la desesperanza que surge cuando los progresos son lentos o inexistentes. En sus relatos, la esperanza es un factor motivacional crucial, pero la desesperanza puede invadir cuando el cuerpo no responde como se esperaba. Esta ambivalencia emocional es una parte integral del proceso de recuperación, donde cada pequeño avance se celebra, pero cada retroceso se siente profundamente.

P1: "Pues según el doctor, yo voy a tener una modificación en mi paso, pero yo voy a tener terapia y que probablemente tenga una pequeña diferencia, entonces pienso que no depende de mí, depende de Dios, no depende de los doctores y pues si me dan el trato y todo bien y pongo de mi parte, Dios me va a ayudar"

P4: "(quiero) recuperarme bien primeramente Dios salir de esto por que como le digo, desespera estar aquí, yo no quiero estar aquí pero como le digo las cosas pasan por algo y espero recuperarme bien y volver a mi trabajo lo más rápido que se pueda"

Tema 2. Tiempo Vivido

El tiempo vivido en la fenomenología de Van Manen se refiere a cómo el tiempo se experimenta subjetivamente. Para los pacientes accidentados, el tiempo se distorsiona; momentos que antes eran ordinarios ahora se vuelven significativos, mientras que el tiempo en los hospitales o durante la recuperación se alarga indefinidamente. En este tema, emergen los siguientes subtemas:

Subtema: Tiempo de Espera.

El tiempo, que fluía sin mayores complicaciones, se convierte en una serie de esperas y demoras. La espera en un entorno hospitalario se experimenta de manera intensa, donde cada minuto parece alargarse indefinidamente. Esta dilatación del tiempo es una carga emocional, ya que los pacientes están ansiosos por recibir respuestas o tratamientos que pongan fin a su sufrimiento. La percepción del tiempo se convierte en una tortura, donde la incertidumbre y el miedo amplifican cada segundo que pasa. Esta espera es física y emocional, en la cual los procedimientos administrativos se interponen entre el paciente y el alivio del sufrimiento.



P1: "Llegó la ambulancia rápido sinceramente, fue rápido, limpiaron, me cortaron el pantalón, me subieron a la camilla y me trasladaron al hospital público. Me limpiaron me hicieron unos rayos x y un ultrasonido, ahí no me podían trasladar; me hicieron aguantar voté mucha sangre ahí porque no tenía la orden de traslado"

P9: “uno se llena de desesperación, uno de los que tenía vehículos de la empresa me vino a dejar hasta aquí. Y es que uno se llena de angustia al llegar aquí y vengo y le digo que por lo menos me dieran algo para el dolor”

P2: "me hicieron que me esperara me tomaron los datos, me preguntaron por la hoja N.A.T. (trámite administrativo) de nuevo y pues con el compromiso que la iba a traer a las 8 de la mañana, con eso me atendieron, es bastante atraso por esa hoja"

La interrupción de la vida normal debido al accidente genera un profundo sentimiento de pérdida de tiempo. Los pacientes reflexionan sobre lo que podrían haber hecho o logrado si no hubieran sufrido el accidente. Esta reflexión sobre el tiempo perdido puede llevar a un sentimiento de lamentación y una percepción de que el accidente ha robado una parte valiosa de su vida.

P4: "Con mi trabajo siento que no lo puedo perder, pero al ser demasiado tiempo no sé si me van a estar esperándome o si van a encontrar alguien que me reemplace, o si cuando vuelva me puedan correr porque ya he sabido de casos que pasan así"

P7: "Me he sentido decepcionado porque estoy perdiendo de trabajar, no sé si voy a quedar con algún problema físico, no sé si voy a tener la misma movilidad, son cosas que pienso a futuro porque no sé si voy a quedar igual"

Subtema: Tiempo de Recuperación.

La recuperación tras un accidente no es un proceso lineal. Cada día puede traer avances, pero también retrocesos. Los pacientes refieren que, durante la recuperación, sienten que su vida está en suspenso. Las actividades y responsabilidades que antes definían su día a día quedan en espera, generando una sensación de estar detenidos en el tiempo, esto es experimentado con desesperación, ya que el futuro parece incierto y la vida tal como la conocían está en pausa. La

sensación de estar atrapados en este tiempo suspendido conduce a sentimientos de impotencia y desesperanza.

P1: “no sé cuánto tiempo va a tomar mi subsidio, y si todavía voy a tener mi trabajo”

P7: “Hay momentos en los que me siento como afligido como que me bajó la moral y empiezo a pensar qué bárbaro cómo me pasó esto”

P3: “yo sé que será poco a poco todo porqué tendré que ir a terapia, pero lo principal es recuperarme para ver a mis niños, quiero volver a ser como antes”

Subtema: Futuro Incierto.

En palabras de los participantes, uno de los aspectos más angustiantes del tiempo vivido tras un accidente es la incertidumbre que rodea la recuperación. Los pacientes no pueden prever con certeza si volverán a su estado anterior de salud o si vivirán con secuelas permanentes.

De los discursos emerge la idea de que la experiencia del accidente y la subsecuente recuperación obligan a los pacientes a replantearse su relación con el tiempo. Lo que antes se daba por sentado, como es la capacidad de planificar a largo plazo, de moverse libremente en el tiempo, ahora debe ser reconsiderado. Esta reconceptualización del tiempo conduce a una apreciación profunda de los momentos presentes, pero al mismo tiempo, refieren una sensación de pérdida en cuanto a lo que el futuro podría haber sido.

P7: “no sé por cuántos meses esto va a ser sostenible y la verdad tengo una incertidumbre que a veces en las noches ahí se me pone la cabeza a dar vueltas a ver qué voy a hacer”

P8: “solo estoy dejando pasar las horas que tal vez me pueden ayudar a recuperarme, el doctor me ha dicho que por el momento no hay riesgo de que pase a más porque me están controlando bastante, pero uno no sabe si puede empeorar”

Tema 3. Relaciones Humanas Vividas



Las relaciones humanas vividas, según Van Manen, son la manera en que las personas interactúan y se relacionan con los otros en su mundo. Para los pacientes accidentados, estas relaciones se reconfiguran en torno a su nueva condición, donde la dependencia y el apoyo se vuelven centrales y emergen los siguientes subtemas

Subtema: Relación con el Personal de Salud.

Los participantes refieren considerar al personal de salud como pieza fundamental en su cuidado y recuperación final. Valoran el que reciban el tratamiento y apoyo emocional. Sin embargo, observan que esto genera dependencia, lo que es difícil de aceptar para aquellos que estaban acostumbrados a ser independientes. También indican, que la relación con el personal de salud influye en la experiencia en la urgencia, donde la empatía y la comprensión hacen una gran diferencia en su bienestar emocional.

P10: “yo los primeros días, estaba afligido y llegó un camillero joven, que hace poquito me puse triste también, y me dijo: mire ese de al lado le quebraron todos los huesos, yo no sé cómo está vivo, y ese tiene un año de estar ahí y él se va con su familia a tirarse una cerveza y ahora usted que solo una pierna”

P9: “en eso llega un doctor y se sube el pantalón y me dijo toque aquí, yo tuve un accidente y perdí mi rodilla, tengo 27 años y me dijo corro, juego futbol hago de todo, yo tuve esa operación”

Por otro lado, emerge en sus discursos que el trato que reciben del personal de salud varía, y deja huella en su experiencia hospitalaria. La amabilidad y la comprensión son fundamentales y hacen que el paciente se sienta cuidado y valorado como persona. Por otro lado, la brusquedad o la falta de empatía agravan su sufrimiento, haciendo que el paciente se sienta como un número más en un sistema impersonal.

P6 “uno se siente acuerpado porque ahí te van diciendo mira tienes tal cosa vamos a hacer este procedimiento te vamos a llevar a tal lado entonces en eso uno se siente que está bien el seguimiento que le están dando sus doctores”



P9: "me enviaron a otra clínica, cuando llegue a la otra clínica, me atendieron mal, y el doctor que estaba así de frente metió una silla, me sentó y me llevaron y no me atendió ni hablo, pero ya salió otro y ese sí entró y me vio"

Subtema: Relación con la Familia.

La familia es el principal pilar de apoyo para el paciente, tanto físico como emocional, proporcionándole la fuerza necesaria para enfrentar los desafíos de la recuperación. La relación con la familia se intensifica, ya que los pacientes dependen de sus seres en lo que respecta a su evolución en la urgencia.

P2: "Ellos me están apoyando me vienen a visitar y se turnan para verme me han apoyado en eso. Bueno ellos se lo han tomado como, ya estás en el problema tienes que hacerle frente"

P4: "Si con mis hermanos. Ellos saben que yo soy una persona bastante eh... como le digo... sentimental y saben que me pongo a llorar de vez en cuando solito y me dicen no llores hombre ten fuerza, ten fe que todo va a salir adelante"

Los participantes también refieren que el accidente no solo afecta al paciente, sino también a su círculo familiar. Los miembros de la familia experimentan su propio trauma, preocupándose por el bienestar del paciente y lidiando con las consecuencias prácticas y emocionales del accidente. Esta dinámica fortalece los lazos familiares, pero también puede generar tensiones en el caso de que los roles y responsabilidades cambian drásticamente y algunos refieren impacto económico.

P1: "Mi mamá por haberme venido a ver noche, ella salió y al momento de relevar iba para su casa y una moto la accidentó y se choyó la cara y ella está en el otro hospital. Imagínese primero como víctima y después como espectadora y lo peor que es mi mamá, es horrible"

P6: "Yo todavía tengo unos niños pequeños, no me gusta que me vean así, imagínese que, dándose cuenta , llora desde la casa, ahora viniéndome a ver yo sé lo que es ella, entonces decidí en video llamada normal pues hablo con ella"



P7: "mis familiares también siempre están al pendiente porque no pueden venir, pero siempre están ellos ahí apoyándome económicoamente"

3.3 Subtema 3 Relación con Compañeros y Amigos.

Según lo referido por los participantes, los amigos y compañeros de trabajo ofrecen un apoyo valioso durante la recuperación. La solidaridad y el compañerismo dan un sentido de normalidad y le recuerdan al paciente que sigue siendo parte de su comunidad, incluso mientras se enfrenta a los desafíos del accidente. Este apoyo es una fuente de gran consuelo y motivación.

P1: "Ahorita lo que más me urgía era la era la donación (sangre) y tanto los amigos de mi esposo, como los míos nos han apoyado, en el trabajo hicieron una recolecta me apoyaron económico y la muchacha de recursos humanos, estuvo hasta la 1 de la mañana tramitando esa hoja" (hoja administrativa que es requisito para la atención)

P3: "Todos mis hermanos, mi suegros , primos me han apoyado cuando me accidente. Se turnan, en la mañana mi suegra a veces está una prima y en la noche mi hermana viene a las 6 de la tarde y se va tipo 10 am igual , mis jefes han estado pendiente de mi"

P5: "hubo gente que de inmediato me fueron ayudar, un muchacho que no conozco, y el muchacho salió rápido y me dijo te voy a llevar a la clínica sacó su carro y me dijo yo te llevo y me llevó"

Tema 4. Espacio Vivido

El espacio vivido se refiere al entorno en el cual se desarrollan las experiencias del individuo, influyendo en su percepción y sentimientos. En el caso de los pacientes accidentados, el espacio se redefine en torno a su vulnerabilidad. A continuación, los subtemas que emergieron:

Subtema: Hospital como espacio de cura y tensión.

Según los participantes, el hospital es un espacio que encarna la posibilidad de curación, pero al mismo tiempo es una fuente de tensión y ansiedad. El hospital es un lugar donde se reciben

los cuidados necesarios, que se ve rodeado por espacio donde la vulnerabilidad y el dolor son constantes. Esta ambivalencia genera sentimientos contradictorios hacia el entorno hospitalario, que es visto como un refugio y un lugar de sufrimiento.

Continuando con los discursos de los pacientes, los entornos hospitalarios pueden sentirse fríos e impersonales, lo que contrasta con la intimidad del hogar. La despersonalización del espacio, donde el paciente se convierte en un ocupante temporal de una habitación estéril, intensifica la sensación de alienación y aislamiento. La falta de familiaridad con el espacio puede hacer que el paciente se sienta perdido o desconectado de su sentido de sí mismo.

P9: "La ambulancia dilató en llegar porque supuestamente no había, llegaron uno de los bomberos y me trasladaron al hospital público ahí anduve dando vueltas dentro del centro de salud y el otro hospital como alrededor de 3 horas, al momento de que me trasladaron aquí sentí una paz porque ya estás en tu seguro y ya estás en tu hospital"

P8: "La situación de estar aquí encerrado y solo ver médico, ver al enfermero, ver a otros pacientes como vienen y se van antes que yo me pone peor"

Subtema: Espacio personal y retorno al hogar

En el hospital, la privacidad del paciente se ve comprometida constantemente, la habitación del hospital se convierte temporalmente en el espacio íntimo. No obstante, este espacio íntimo se reconfigura bajo nuevas reglas y dinámicas, donde la privacidad es limitada y el control sobre el entorno es mínimo. Esta reconfiguración los desconcierta, haciendo que anhelen el retorno a su hogar, donde el control sobre el espacio es mayor.

P1: "Pues el baño no lo estoy usando, estoy usando Pampers, en el traslado ellos me llevan en la camilla donde me tienen que llevar, el movimiento, ellos me ayudan con el pie (Señala a familiar) y yo me puedo mover un poco para cruzarme a la otra camilla eso es todo"

P2: "Mire si me dieran de alta sería como si ya estoy curado, ya sintiera un poco de alivio sintiera que ya volvería a caminar esto y las otras cosas así tengo fractura sí, pero sangrados y cosas así no"

P8: "Sinceramente estoy esperando con una alegría (el alta), todos los días le pregunto al doctor y me dice que no, que todavía está en proceso, que está en proceso, que espere que espere y aquí estoy esperando"

P7: "Porque estoy esperando el material, y pues ya quisiera que viniera ese material, fuera mi cirugía e irme a la casa a recuperarme en casa para estar más tranquila"

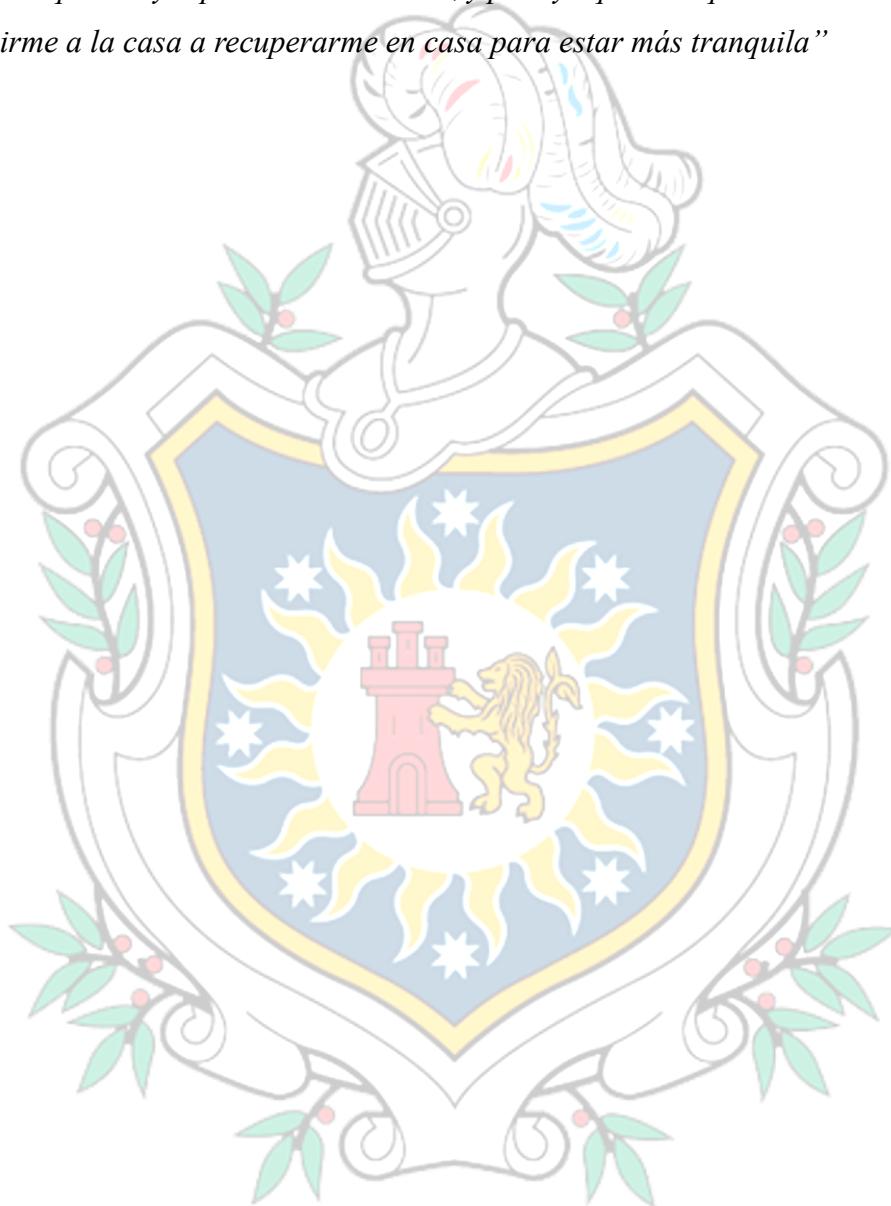
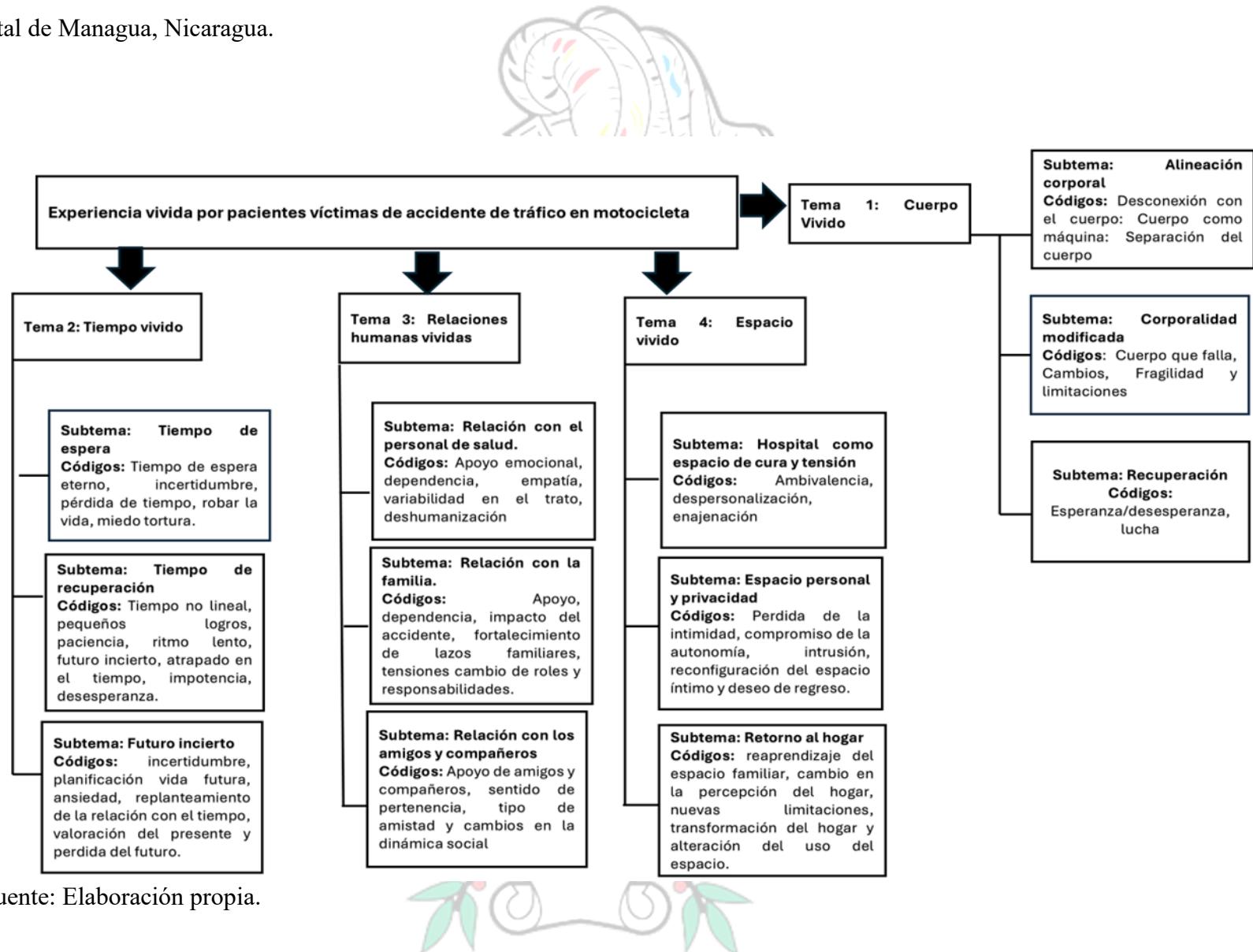


Figura 4: Resumen de resultados, experiencia vivida por pacientes víctimas de accidente de tráfico en motocicleta atendidos en un Hospital de Managua, Nicaragua.



Fuente: Elaboración propia.

Experiencia vivida por familiares de las víctimas de accidentes de tráfico

Se entrevistaron a 10 familiares de pacientes víctimas de accidentes de tráfico que se encontraban en las salas de hospitalización, las edades estuvieron comprendidas entre 21 y 51, 2 del sexo masculino y 8 del sexo femenino. En el caso del parentesco fueron 3 esposas y 3 madres, 2 hijas, 1 hijo y 1 hermano.

Tabla 3. Datos Generales de los Familiares

Parentesco	Edad	Sexo	Código
Hijo	21	Masculino	F1
Hermano	23	Masculino	F2
Hija	28	Femenino	F3
Esposa	31	Femenino	F4
Hija	35	Femenino	F5
Esposa	36	Femenino	F6
Esposa	39	Femenino	F7
Madre	42	Femenino	F8
Madre	46	Femenino	F9
Madre	51	Femenino	F10

Fuente: elaboración propia.

Tema 1. Cuerpo Vivido

Para los familiares entrevistados las experiencias de tipo físico y emocional son un punto de partida para los eventos traumáticos así como las repercusiones futuras, acá la dimensión del cuerpo no solo recepción lo que el dolor físico representa, sino que expresa las emociones y las vivencias negativas o positivas que deriven de los accidentes. Acá el tema del impacto de la noticia representa un subtema esencial para entender al cuerpo vivido a través de los familiares.

Subtema: Impacto de la noticia.

Revelando el dolor emocional: Desde su concepción teórica los dolores pueden repercutir en otras instancias que no estén afectadas físicamente, para los entrevistados el dolor emocional reveló afectaciones físicas importantes en el transcurso del proceso de hospitalización y surgieron

desde que se le brindaron las noticias del accidente y los procesos subyacentes, destacando que las emociones intensas fueron acompañadas de tensión muscular, fatiga y otros síntomas somáticos, reflejando el sufrimiento psicológico de manera tangible. En palabras de los participantes:

F1: "Cuando me dice a mí, siento que se me sube la sangre a la cabeza, porque el accidente de él fue en Puerto. O sea, para poder venir hasta el hospital son casi 12 horas de viaje"

F2: "Mi abuela, cuando llegó al lugar, se dio cuenta y ya se le disparó la presión"

F3: "Ay, no, yo quería que la tierra me tragara. Porque mi hijo, usted sabe, un dolor de madre no se compara con ningún dolor, digo yo. Se me subió la presión y todo. Además, yo pensaba lo peor"

F8: "Me llamaron gente conocida que vio el accidente y casi me vuelvo loca y tuve que buscar en que regresarme, porque ya iba viajando al trabajo"

Carga emocional: Destaca como un segmento importante de la vivencia del siniestro vial del familiar , y los efectos adversos que podrían desencadenar las malas noticias así como el cambio en los patrones de vida una vez que sucedió el incidente de esta manera este peso puede resultar abrumador y por lo tanto generar alteraciones importantes en la salud mental y física de la persona, llevándola a un estado de estrés constante. Los sujetos refirieron:

F4: "Tristeza, la verdad. No me imaginé ver nunca a mi papá en esa situación porque, o sea, nosotros lo vemos en la casa como un hombre fuerte, grande, un roble. La verdad, ahora verlo así, bien vulnerable y frágil, todo con el montón de sangre"

F7: "Al principio, me molesté porque me dijo que fue su responsabilidad. Sentí que no pudo controlar la moto por andar imprudente, y eso nos trajo estos problemas"

F: 10 "Cuando yo miro ese montón de sangre yo casi me desmayo, luego el doctor me llamó aparte y me dijo que lo iban a meter a quirófano que lo tenían que cortar la pierna, entonces en ese momento solté en llanto, me dijo que tratara yo de hablar junto con él para él decirle pues que le iba a cortar la pierna que por favor diera su autorización porque ahí ya estaba en riesgo la vida"

Subtema: La dinámica familiar.

Reorganización familiar: Cuando la cotidianeidad se ve alterada por un accidente de tránsito la familia explora un cambio importante en las dinámicas familiares de este modo, las modificaciones que pueden surgir, permite observar detalladamente una alteración. Este subtema permite identificar nuevas formas en las que las dinámicas familiares interactúan con el suceso, además como son resilientes y unifican esfuerzos para lograr sobreponerse al problema. Según los entrevistados:

F2: “Ahora hemos tratado de estar disponibles a toda hora, porque no se puede dejar sola a mi mamá, pero tampoco a mi abuela. Entonces, siento que ha cambiado 180°; se ha vuelto bien difícil lo de venir, lo de estar haciendo el papeleo, y cuidar de ella ha sido bastante complejo, la verdad

F6: “Bueno, perdí mi trabajo. Eso fue lo más duro, porque nosotros trabajamos los dos y nos ayudamos mutuamente. Con él hospitalizado, no podía ir a trabajar, ya que solo yo lo estoy cuidando. Ha sido difícil esa parte, porque sin trabajo, hay menos ingresos, y aquí se gasta bastante”

F7: “Tuve que pedir permiso en mi trabajo y usar todos los días de vacaciones acumulados para poder estar aquí. Se supone que las vacaciones son para descansar, y ahora estoy aquí cuidándolo antes de la cirugía”

Definir el suceso: Se refiere a como entienden el proceso que están viviendo y las percepciones que influyen en la dinámica y el proceso del duelo ante la perdida de la normalidad, así como las pautas para la recuperación de las lesiones, o las modificaciones que surgen en el bienestar físico y emocional. Los participantes describieron:

F2: “Es algo trágico, la verdad. Para todo, para el que lo sufre, para el que lo provoca”

F6: “Esto es horrible. Miro las noticias y cada día hay un accidente, un muerto o una persona lesionada. Empiezas a pensar en las personas detrás de esos casos, en quienes los cuidan y los lloran. Es duro. Nunca había sentido tanto estrés como ahora”



F8: “Es una cosa terrible como en un minuto te puede desgraciar la vida, como le digo solo Dios pudo ayudar a mi mamá. Uno anda buscando la vida, uno no anda en nada malo, pero es un gran peligro siempre andar en la calle”

F9: “Influye la falta de cortesía, yo veo que licencias se la dan a personas que son como animales o sea como que no han pasado por cursos no saben la responsabilidad de un vehículo, yo creo que tendríamos una buena educación vial , si hay respeto al conductor y al peatón”

Dependencia: Este concepto demuestra que existe una necesidad de apoyo constante y de cuidados por parte de los familiares involucrados de esta manera, los eventos que surgen modifican las relaciones para con los demás y expresa en cierta medida rasgos de vulnerabilidad, así como de apoyo en Refleja la necesidad de apoyo y cuidados por parte de familiares, amigos o profesionales de la salud después de un accidente, subrayando la vulnerabilidad y la importancia de la interdependencia en momentos críticos. Los participantes mencionaron:

F3. “La verdad, él ahorita es como un bebé porque yo no me puedo estar despegando tampoco; es como un niño pequeño, hay que cuidarlo, hay que darle, hay que hacerle cosas”

F8: “Ellos no van a bañarla como yo le voy a ayudar a bañarla no la van a ver cambiarse una toalla no la van a ver cambiarse su ropa, entonces tengo que estar yo aquí porque soy la mujer”

Tema 2. Tiempo Vivido

Como se ha mencionado anteriormente, el tiempo cobra una importancia relevante en el análisis de las vivencias traumáticas, en el caso de los familiares tiene aportes en cuanto a la experimentación del pasado y la planificación futura, además muestra una modificación subjetiva en las horas que duró la noticia y el momento de conocer el estado real del paciente. De acá surgen los siguientes subtemas.

Subtema: Percepción alterada del tiempo

Tiempo detenido: Al parecer, los eventos traumáticos están acompañados de sensaciones donde el tiempo se vuelve más lento o se detiene en puntos específicos como el de aguardar por la

llegada de una ambulancia o por el contacto con los médicos tratantes, si bien en este momento , se pueden intensificar algunas emociones como estrés y angustia, así como imaginación de escenarios catastróficos, existe un momento de serenidad al conocer el estado real del familiar. Como los participantes expresaron:

F1 “Esas 12 horas no tenían sentido; fueron las 12 horas más largas de mi vida. Qué cosa más horrible: una angustia, un dolor de cabeza, un desespero porque no lo podríamos ver. En ese momento, lo más duro fue cómo el tiempo se congeló y no pasaban las horas”

F1 “Porque eso es algo que pasa aquí en el hospital: las horas se van bastante lento, porque uno está quieto y no está en movimiento, así que las horas se hacen eternas”

F3: “Ya me vengo todo el día y en la noche trata el hermano de venir, pero lo más duro es estar en el día porque las horas se van un poquito más lentas”

F4: “Da aflicción saber que los días se pueden alargar y que va a ser más tiempo”

Subtema. El presente y el futuro: Este subtema emerge a partir los cambios en las percepciones del tiempo, si bien para algunos se detiene, para otros las vivencias in situ, así como las repercusiones futuras generan una especie de incertidumbre sobre lo que sigue en el proceso de atención, así como de los cuidados que se puedan, de aquí se derivan:

Cuerpo alterado: Los familiares al igual que las víctimas, tienen alteraciones corporales, no en la misma medida , pero si están relacionadas a la vulnerabilidad y sensaciones de dolor, así como a la pérdida del control. En lo que los participantes coincidieron:

F3: “Pero el impacto fue cuando lo vi en la cama con la pierna toda quebrada. Ahí sí me puse a pensar un montón de cosas: si le iban a cortar la pierna, si le iba a pasar algo en el quirófano. La mente en ese momento comienza a volar y a imaginarse solo cosas malas”

F6: “Cuando me dijeron que tenía varias fracturas, me angustié. Uno se va llenando de tristeza y miedo. Puede que esté en buenas manos con los médicos, pero a veces el sistema falla, y el medicamento no tiene la misma reacción en una persona que en otra”

F8: "Cuando yo llegué al hospital, y veo aquella herida que se miraba el hueso salido fue espantoso...yo no sabía cómo reaccionar para no asustarla más"

F10: "Tenía fregada toda la parte de la arteria y tenía fregado los nervios, prácticamente él tenía machacada la pierna y me dijeron pues que el corte iba a ser por debajo de la rodilla, entonces en ese momento solté en llanto"

Incertidumbre: Comprende estados de confusión que derivan de las consecuencias y del pronóstico del accidente, para los familiares esto afecta la toma de decisiones y establece una falta de claridad en el estado de salud del familiar, aunando a la carga emocional que se tengan de experiencias adversas previas. Para ello los sujetos describen:

F1: "Porque el problema es que a veces las lesiones son en la cabeza, y ahí es donde uno se pone a pensar: "¿Va a poder hablar? ¿Va a poder caminar? ¿Va a poder verte? ¿Va a poder interactuar con vos?". Tal vez eso es lo más difícil"

F7: "No quisiera que mi hijo, siendo relativamente joven, tuviera problemas para caminar, o que quedara cojo"

F8: "Terrible, porque yo tengo un hijo que me lo amputaron y cómo iba en moto, yo me imaginé que, al verle la herida expuesta en la rodilla, dije a este también me lo van a amputar como el otro".

Aprendizaje a través de la experiencia: Para los participantes, el evento derivo lecciones de vida, estas surgieron durante todo el proceso, pero establecieron oportunidades para no repetir patrones que pueden desencadenar accidentes. Los participantes señalaron:

F1 "Cómo era antes, no creo, porque aquí hay una lección de vida. No solo por la fractura de la pierna. Este tipo de situaciones, cuando uno anda de vago, le dan una lección tanto por la parte física como por la parte psicológica"

F2: "Esto nos dejó marcados; La parte física y la parte psicológica también se van a ver afectadas, porque a veces la he visto llorar y yo me pongo a llorar con ella por esto que nos pasó. No va a ser lo mismo y va a costar adaptarse a la movilidad; no va a ser lo que hacía antes"

F3: "Me pongo muy nerviosa por cualquier cosa, e imagino cosas que pueden pasarle, aunque ni siquiera le están sucediendo. He quedado tensa y nerviosa con lo del accidente de él, y no me gustaría que pasara otra cosa así"

F4 "Sentía culpable de que le habían dado la moto tan jovencito. En este caso, perdió su brazo, y saber que toda su vida iba a cargar con eso de no tenerlo. Lo peor es que era su brazo derecho, y era el brazo con el que escribía y todo"

F5: "Además de eso, la manera en que pasó me hace sentir culpa porque iba hablándole a él. Él también se siente culpable por lo que ocurrió. Nos distrajimos, íbamos hablando, y creo que eso nos pasó por no prestar atención a lo que uno está haciendo"

Esperanza: Este código muestra como los familiares de los afectados mantienen una actitud positiva ante el evento, al mismo tiempo establece los mecanismos para que el pronóstico del paciente sea satisfactorio a partir del apoyo que le puedan brindar sus familiares, a pesar de las dificultades. En palabras de dos de los participantes:

F4: "Yo pienso que no va a ser igual, porque esto lo dejará marcado para toda su vida, pero sí va a incorporarse de nuevo a su trabajo y a su manera de ser. Él es alguien alegre y siempre está apoyándonos a nosotros"

F10: "Mire el doctor le dijo que él va a salir de aquí pues tratar de ir caminando, aunque sea con unas muletas y eso a él lo tiene emocionado porque él tiene ganas pues de ya ponerse de pie a veces lo miro que él se pone en un solo pie ahí levantado trata de mantener el equilibrio"

Tema 3. Relaciones Humanas Vividas

Este tema es sumamente importante para conocer las dinámicas familiares después del accidente de tránsito. De aquí surgen los siguientes subtemas:

Subtema: Los cuidadores



Comprenden a las personas que están en primera línea de atención, así mismo aborda el rol crucial en el proceso de traslado, recuperación y seguimiento de los pacientes, para ello se ha mencionado que los familiares y personal de salud apoyan económica y socialmente:

F1: "Yo, más que todo, me he encargado de estar viniendo en las mañanas, y luego mi hermana, si tiene chance, trata de venir en la tarde. Ya la esposa de él, pues trata de venir en la noche y quedarse. Entonces, entre nosotros tres nos estamos dividiendo"

F3: "Han estado viniendo unos primos de él, han estado viniendo unos vecinos. Me han estado preguntando y, gracias a Dios, no me he sentido sola"

F9: "La parte de la ayuda económica también ha sido importante la vez pasada estuvieron recogiendo en el trabajo de él y en mi trabajo, recogieron otros compañeros del trabajo de mi marido recogieron dinero y lo otro tío de él, se han puesto las manos en el corazón y nos han dado dinero"

F10: "yo agradezco mucho que ahí me dicen, ahí están orando por el hermano, ahí estamos poniéndolo a la mano de Dios ahí hablamos con el de él en la iglesia entonces yo estoy tranquila"

El sostén financiero: Este código es sumamente importante para establecer los ajustes económicos que debe de realizar la familia una vez que se deben de cubrir gastos médicos para la recuperación en salud de los pacientes, además marca una tendencia de los familiares que son el sostén de la familia. Para los familiares lo describen como:

F4: "Me aflige bastante la parte de lo que vamos a hacer con él porque mi papá es el sustento de la casa. Aunque yo trabaje, el que aportaba más ingresos era él. Y ahorita, con él aquí, las ventas han estado bajas. La gente nos ha apoyado y algunos familiares, pero no es igual"

F2: "Nosotros no tenemos vehículo, así que hay que estar pagando taxi, y eso a veces es más caro porque uno necesita moverse rápido, y eso es difícil"

F3: "Estamos asumiendo (los gastos) de unos ahorritos que teníamos. La vez pasada estuvieron llevando dinero unos amigos de él del trabajo y ahora están apoyándose para ver la parte del arreglo (económico) porque el accidente de él fue culpa de otra persona"

F5: “Pero necesito trabajar para solventar todos los gastos que implica el accidente”

El abandono: Cuando los pacientes estuvieron expuestos a sensaciones de abandono puede generar percepciones de desamparo que se puede interpretar como falta de apoyo y afectar el pronóstico relacionado a la recuperación del paciente. Los sujetos mencionaron:

F3: “Se siente como abandonado porque su padre no ha estado pendiente de él y no lo ha venido a ver. He notado sus lágrimas cuando hablamos de esto; parece que no quiere hablar de su papá por ahora”

F4: “A las 3:00 de la mañana, solo estábamos mi hermano y yo, y una señora con un señor esperando. Entonces, esa parte de irte sintiendo solo y que la gente ya le están dando de alta, esa parte es fea porque uno se siente agobiado de que ahora solo quedamos con el problema”

F5: “Él no es de aquí de Managua, entonces su familia está afuera. Ya les avisé y todo, pero todavía no han venido. Mi familia, que anda en sus cosas, está en su trabajo. Prácticamente, solo estamos nosotros dos y mi mamá, que se está encargando de cuidar a los niños”

Subtema: Adaptación positiva tras el trauma.

En este sentido los familiares refieren que:

F5: “Comencé a llorar de desesperación. Me acuerdo de que una señora que está en la otra cama de hospitalización, que está con un señor, me ayudó porque me dijo que tratara de calmarme, que gracias a Dios no había pasado nada más grave, que él estaba consciente. Ella había visto cómo venían otros pacientes graves y que no tardan mucho, así que eso ya me calmó un poco”

F1: “Por ejemplo, el señor de al lado tuvo una descarga eléctrica y tiene afectada la pierna. Uno se pone a platicar con esa gente sobre cómo sobrelleva esto, cómo se sobrelleva lo otro, y se van ayudando mutuamente”



F4: “Aunque mi papá tenía una lesión seria en la pierna y todo, los médicos trataron de salvar su miembro; por lo menos él va a tener su pierna. Este muchacho no (otro paciente), yo hablé con el papa de él. Lo más que tenía era 17 años”

Resiliencia familiar: Si bien se han establecido códigos para el cambio en la dinámica familiar, se ha dejado un código único para establecer la capacidad de la familiar para realizar ajustes y cambios ante el evento adverso, en este sentido los participantes describieron:

F1 “Siento que nos hemos unido más. A veces, por estar en el celular o en nuestras cosas, no le damos tiempo ni de platicar con la familia. Estando aquí en el hospital, nos hemos dicho varias cosas que nos están uniendo en la adversidad”

F3: “Gracias a Dios hemos estado platicando bastante sobre las cosas que le han pasado. Por ejemplo, hemos hablado de cosas que nunca había sabido; yo tenía mucha estima por una novia de él, e imagíñese que, hasta este accidente, nos abrimos un poco los dos, si esto no pasa, yo no sabría qué mi hijo había sufrido tanto en ese momento”.

F6: “Pero las cosas pasan por algo, y quizás necesitábamos esto. Se lo dije a él: estamos tan ajetreados con la vida que a veces estas pausas son necesarias. No sabía lo que era estar de vacaciones por 15 días o una semana sin hacer nada. Aunque no es una situación bonita, hemos encontrado momentos de tranquilidad aquí sin pensar en el trabajo”

F10: “No se le ha dejado solo en ningún momento siempre hemos estado ahí para tomar las decisiones juntos desde la amputación, después el médico estuvo ahí conmigo y yo lo abracé, le di un beso, le traté de dar apoyo, porque es un buen hombre la verdad y no se merecía esto que le está pasando y ahora qué le pasó, yo le digo así es la vida y hay que salir adelante con esto”.

Subtema: Relación con personal de salud

El trato del médico y el bienestar: En los códigos descritos en el personal de salud, se ha ahondado por las relaciones entre el personal de salud y los familiares, sin embargo, es necesario especificar cuáles son las percepciones desde el familiar para con el pronóstico de los pacientes a partir del trato médico.

F10: "Yo no hallaba cómo decirle que le iban a cortar la pierna porque me soltaba en llanto, entonces yo le dije al médico pues que se lo dijera al suave y el médico fue bueno en el sentido de que le explicó que la pierna no la podían rescatar y que se la iban a cortar y además de eso le dije que tuviera calma porque en una amputación le puede quedar a él bien ya con una prótesis que él podía volver a caminar"

F2" Solo una vez nos tocó un médico un poco odioso, que fue un domingo en la mañana, pero de ahí en adelante, excelente. Pero la mayoría son lindas personas, están pendientes, vienen a verla"

F7: "El médico siempre se mantuvo a la orden, informándonos, sobre todo. Incluso nos ayudaron con el papeleo del seguro, ya que no habíamos presentado una hoja. Un doctor se ofreció a ayudarnos con eso, lo cual no es parte de su trabajo"

F8: "La atención no tan buena (en el otro hospital), yo miro la diferencia aquí los médicos se presentan cuando vienen, El Dr. (menciona el nombre) muy tranquilo, me ha explicado todo y me dice que todo lo de mi mamá, que va bien, que hay que ir avanzando"

La empatía del personal de enfermería: Para los familiares , el apoyo del personal de enfermería es fundamental para la recuperación y sensación de bienestar. Acerca de este equipo los participantes describieron:

F2: "Las enfermeras también están bastante bien, aunque algunas no vienen en el momento que les toca el medicamento"

F8: "El primer día que lo operaron él decía necesito ir al baño porque yo siempre fui a enfermería, a decirle mire él tiene dolor, tiene incomodidad yo siempre voy y ellas muy atentas me lo llevaron a sacar; lo llevaron al inodoro"

Tema 4. Espacio Vivido

Subtema: Conflicto entre necesidad y malestar.



El espacio restringido: Cuando los familiares exploran sensaciones de estar confinados en el hospital se suele acompañar de claustrofobia y angustia. Algunos de los sujetos expresaron que:

F2: “*Lo que más me estresa es estar encerrada y perder de hacer mis cosas*”

F6: “*Prácticamente estoy aquí mañana y noche desde que ocurrió el accidente; soy un habitante más del hospital*”

F8 “*Ha sido un gran cambio ella estaba afligida y desesperada allá (en otro hospital) hasta teníamos problemas para obtener información sobre su estado, había un infierno de calor*”

Vulnerabilidad corporal: El cuerpo como espacio vulnerable, es compartido tanto por los familiares y como los pacientes, respecto a este tema se mencionó por los participantes:

F1 “*Uno se protege más en el carro, porque cualquier cosa, cualquier golpe, la lata cuesta más que el cuerpo de uno. En moto, cualquier toquecito, cualquier caída, es una fractura o un desnucado, y pone más en riesgo tu vida*”

F2: “*No habíamos recibido bien la noticia, así que fue peor el impacto cuando ya la vimos tendida ahí en el piso. Yo no pude contener las lágrimas y mi abuela también*”

F4: “*Me dio tristeza y angustia de ver que estaba ahí en esa camita de la ambulancia. No sé, no me quiero acordar de eso*”

F5: “*Yo fui cesariada y no me gusta la idea del quirófano. Uno se siente vulnerable. Eso me lleva a pensar en un montón de cosas: la anestesia, el médico, el enfermero, cómo va a salir, cuánto tiempo va a tardar... Todo eso me estresa*”

F8 “*Me acuerdo cuando mi hermano se compró esa moto y mi mamá le dijo que mejor comprara la caja y mire ahora en esta situación que estamos y él ha tratado de andar siempre con cuidado, él no toma guardo, pero los accidentes pasan y uno en la moto el cuerpo es la carrocería y es lo que pega*”

Compartir el espacio y el trauma de otro: La vulnerabilidad del cuerpo se complementó con las sensaciones compartidas de dolor , en este aspecto los familiares son participes activos de

las sensaciones negativas Se refiere a los elementos espaciales y corporales que se transfieren de la víctima al familiar y del familiar a la víctima al momento de los sucesos más relevantes de la estancia hospitalaria. Dos de los participantes mencionaron que:

F2: "Allá en emergencia, con el montón de gente, uno se pone peor. Pero ya aquí en esta área de hospitalización, que solo son dos camas y el cuarto es más grande, uno, se puede poner de pie y ver el paisaje ahí en la ventana, y lo va asimilando mejor"

F6: "El tiempo que pasamos aquí no se lo deseo a nadie; porque a veces ves otros casos que son peores. La vez pasada tuvimos un compañero de cuarto que estuvo con nosotros 2 o 3 días y su situación se complicó, así que se lo llevaron a otra sala. Eso te pone más tenso, porque te preocupas más por los que están a tu alrededor"

Subtema: Retorno al hogar: Ha sido conformado por los verbatines que evidencian la necesidad de volver al espacio familiar y social previo al accidente de tránsito y ofrece un panorama mayor para la mejoría del paciente con los cuidados en casa. Los entrevistados mencionaron:

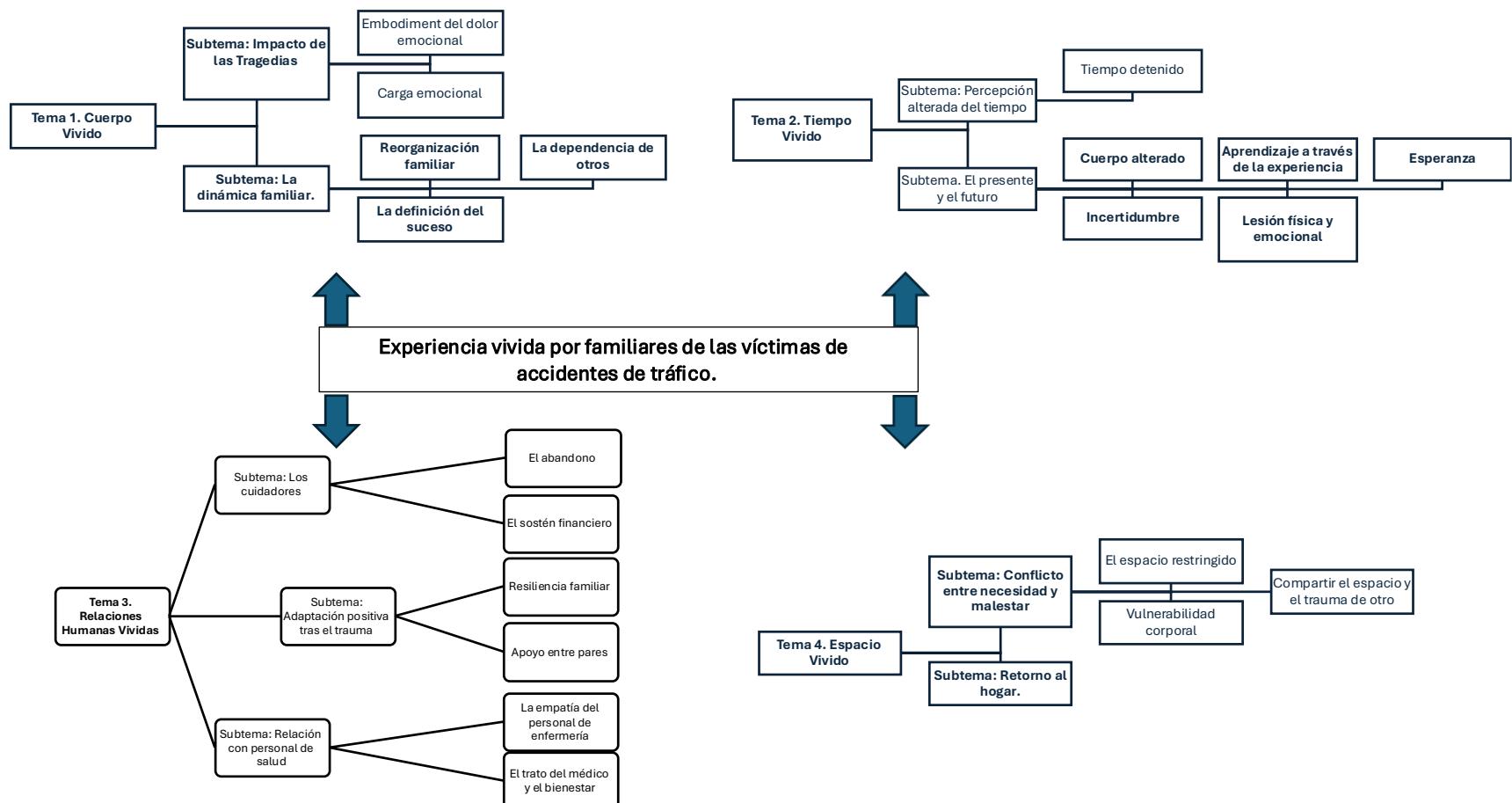
F3: "Yo no hayo la hora de llevármelo a casa porque ahí uno tiene más cuidado con él y se encuentra más relajado"

F4: "Yo creo que en casa habrá mejores condiciones. Aquí no puede entrar mucha gente; por ejemplo, solo los familiares. En cambio, allá puede llegar otra gente a visitarlo y ver cómo está mejorando, y se distrae un poco más"

F5: "Además de cómo lo vamos a cuidar, porque somos solo los dos. ¿Quién se va a venir de la casa para acá a verlo? Eso me aflige. En estos dos días he tratado de pensar bien qué está pasando y cómo puedo ayudarle, porque no lo quiero dejar solo"

F8: "Me imagino que le va a costar caminar al inicio, pero hay tendrá que ir mejorando. No sabemos quién la va a cuidar por que más bien ella me ayudaba a mí, pero hay vamos a ver"

Figura 5: Resumen de resultados experiencia vivida familiares víctimas de accidente de tráfico en motocicleta atendidos en un Hospital de Managua, Nicaragua.



Fuente : Elaboración propia.

Personal de salud que atiende a víctimas de accidentes de tránsito

Se entrevistó a cinco médicos especialistas, 4 hombres y 1 mujer, con un promedio de edad de 44.4 años, con un promedio de años de experiencia laboral de 15.4 años. Entre las especialidades, dos son ortopedistas y traumatólogos, dos son emergenciólogos y uno se desempeña como psiquiatra (Tabla 3).

Tabla 4. Datos sociodemográficos del personal de salud.

Código	Edad	Sexo	Especialidad	Años de experiencia
D5	32	Masculino	Ortopedista y Traumatólogo	5
D4	38	Femenino	Ortopedista y Traumatóloga	10
D2	40	Femenino	Emergenciólogo	10
D1	52	Masculino	Emergenciólogo	22
D3	60	Masculino	Psiquiatra	30

Fuente: elaboración propia.

Tema 1. Cuerpo Vivido

En este tema emergen los subtemas Impactos de las tragedias, con códigos asociados catástrofe y muerte y comunicación de malas noticias con los códigos comunicación del riesgo vital y de la muerte y asertividad.

Los médicos describen las situaciones enfrentadas en la atención a víctimas de accidentes de tránsito como devastadoras e inesperadas. Estas experiencias generan un impacto emocional profundo, caracterizado por una sensación de impotencia y frustración ante la fatalidad de los eventos. La muerte súbita y las graves lesiones de los pacientes afectan a los médicos, quienes deben mantener una actitud profesional mientras enfrentan su propio duelo, frustración y sensación de fracaso.

Citas de Participantes:

D2: “Como una catástrofe, todo inesperado, todo lo que aparece, de forma súbita es una catástrofe”

D3: “Una situación horrible, que puede tener consecuencias devastadoras”

D4: “En el abordaje de los pacientes con, incidencia de tránsito, la mayoría de ellos fallece a lo inmediato”

Por otro lado, los médicos enfrentan por un lado el desafío de transmitir información crítica, como es el riesgo vital, con consecuencias físicas, sociales y psicológicas y por otro, la carga emocional de ser portadores de noticias devastadoras. Esta dualidad genera un estado de tensión entre la necesidad de mantener la profesionalidad y la empatía hacia los pacientes y sus familias. Ante lo cual comentan:

D1: “La parte más compleja que lleva, un componente de sentido profesional y humano es transmitir la mala noticia”

D2: “Cuando viene la familia y tienes que dar esas noticias fatales y explicar que está en riesgo la vida”

D5: “De las partes más duras, es decirles a las mamás que sus hijos fallecieron”

Tema 2. Tiempo Vivido

En este tema emerge desde los subtemas el devenir de la emoción y el afrontamiento, con códigos asociados de tristeza y compasión y, por otro lado, ocio, religión, desconexión del entorno laboral y el apoyo social y profesional, respectivamente.

El devenir de las emociones que experimentan los médicos en la atención a víctimas son intensas y variadas. La vulnerabilidad, la tristeza y las fluctuaciones emocionales son comunes, y los médicos deben encontrar formas de manejar estas emociones para evitar el agotamiento. En este proceso se traen a la memoria diversos recuerdos y situaciones laborales y personales en que se evocan emociones similares.

El afrontamiento por otro lado emerge con estrategias en que se encuentran la reflexión y el apoyo religioso, donde algunos profesionales encuentran consuelo y fortaleza en la oración y la



lectura de libros inspiradores que les ayudan a procesar sus emociones y a liderar con empatía en su entorno laboral.

En palabras de los participantes:

D3: "Vivimos con subidas y bajadas de adrenalina, nos hemos adaptado bien, nos da un poco de lástima la pérdida de un ser humano"

D1: "Ahí es cuando uno dice que hay que reflexionar cada que suceden estas cosas y orar, a mí me ha ayudado mucho la lectura de libros como este de liderazgo, para tener que asumir esas emociones en trabajo y con el equipo"

Tema 3. Relaciones Humanas Vividas

A partir de los discursos de los participantes emerge este tema, que presenta como subtemas las Narrativas que perduran con los códigos recuerdos que impactan, impotencia y frustración y la Resignación, con los códigos: aceptación e interacción.

Las experiencias vividas y narradas por los médicos tienen un impacto emocional y psicológico duradero. Los casos específicos de familias afectadas y jóvenes con graves secuelas físicas permanecen vívidos en la memoria de los médicos, intensificando su carga emocional provocando una mezcla de tristeza, frustración y un sentido de responsabilidad continua tal como expresan:

D2: "Una muchacha de 16 años que perdió un miembro y pasar todo el proceso y la seguís viendo, entonces eso te impacta porque cuando no ves de nuevo al caso, el procesamiento de emociones es distinto que cuando le das seguimiento, porque ves cómo el paciente se va deteriorando poco a poco".

Por otro lado, la resignación en las relaciones humanas se manifiesta como una profunda aceptación de circunstancias ineludibles, reflejando una interacción constante entre el mundo interno del médico y su entorno. Este estado emocional, que puede traer al mismo tiempo tanto alivio como melancolía, significa una reconfiguración de expectativas y aspiraciones previas y lo refieren de esta manera:



D1: “hay que tener esa capacidad, de sobreponerse y tener el control del escenario, para darle fortaleza, consuelo y sentir”.

D4: “yo lo que pienso es actuar, actuar ya cuando se baja un poco el nivel de intensidad ya me da un poquito de cosa”.

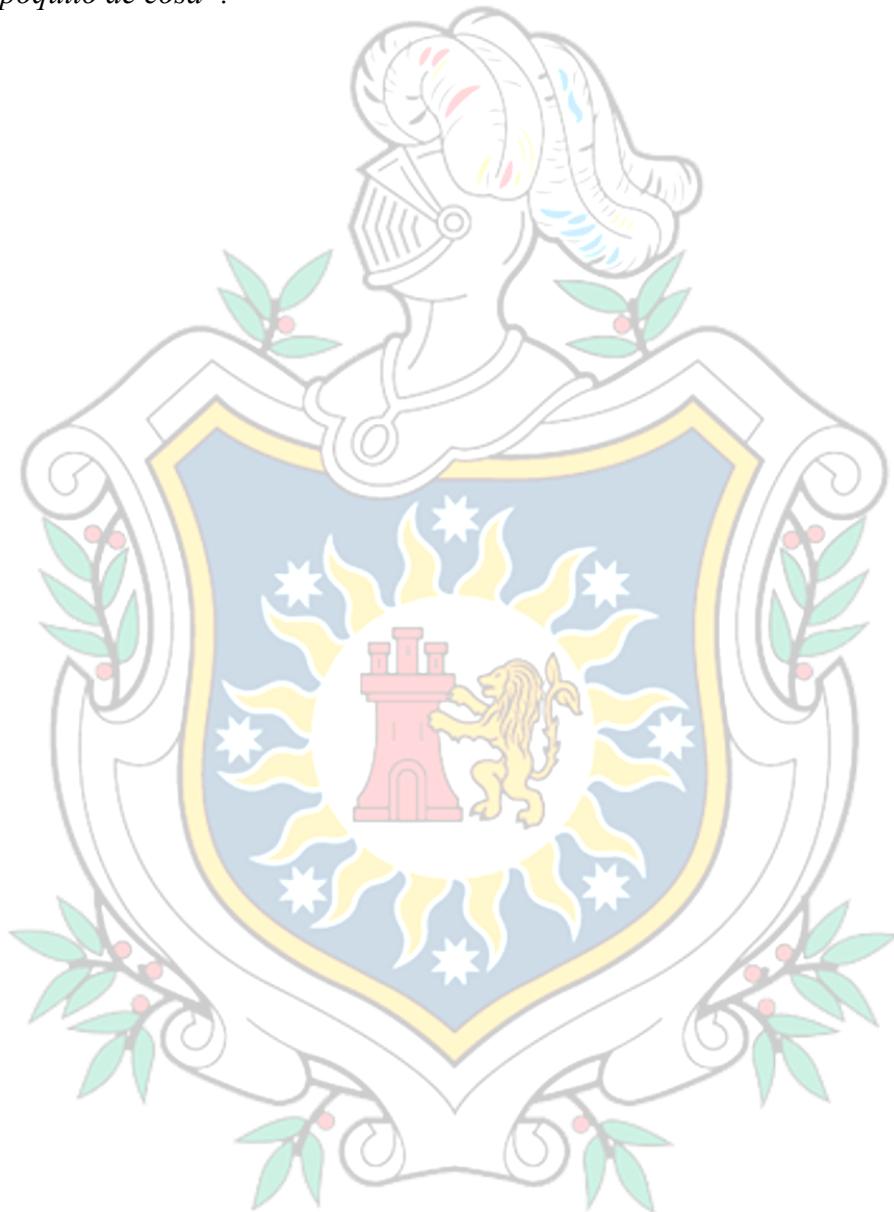
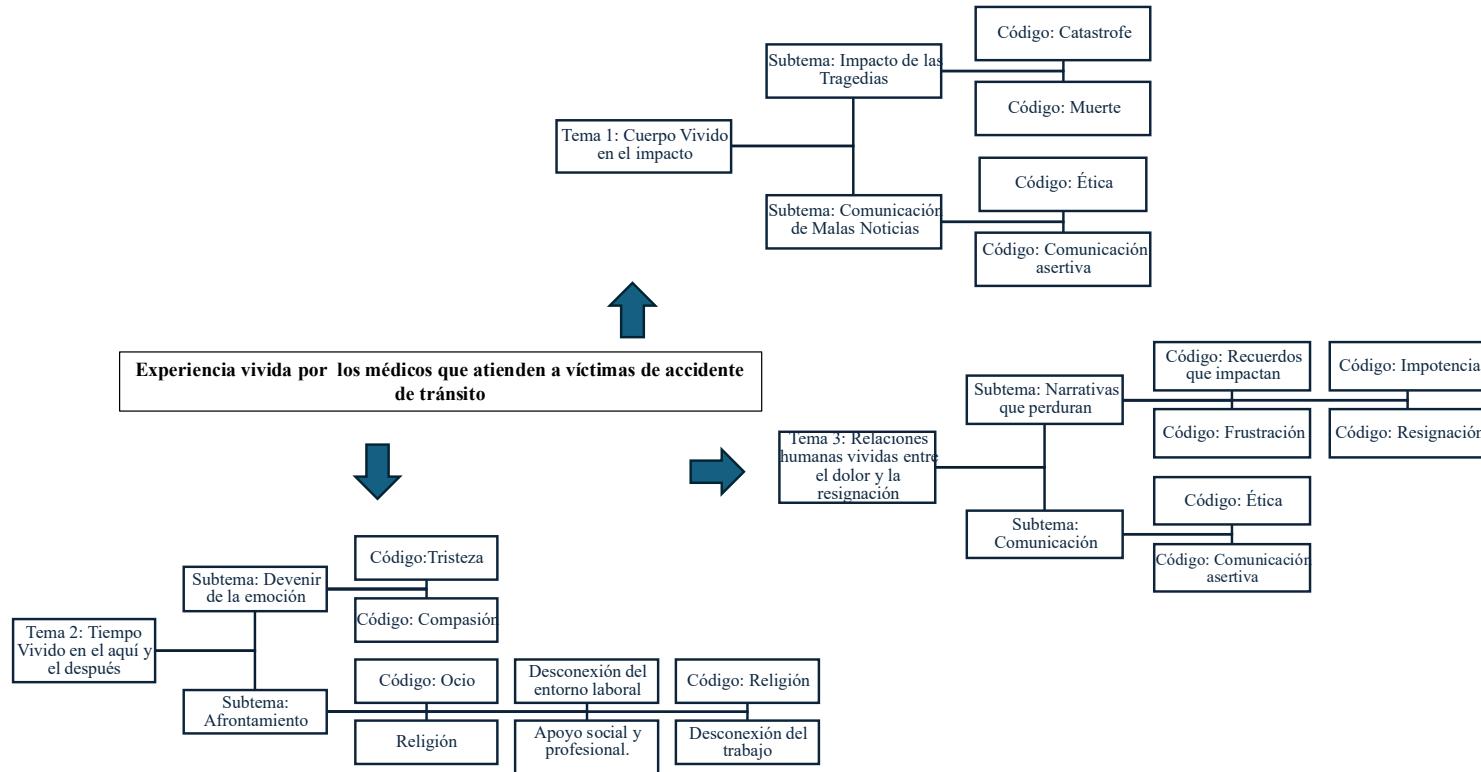


Figura 6: Resumen de resultados experiencia vivida por los médicos que atienden a víctimas de accidente de tránsito en hospitales
Managua, Nicaragua



Fuente: Elaboración propia.

Análisis y Discusión de Resultados

Tema 1. Cuerpo vivido

Los participantes expresaron que el dolor físico es acompañado de síntomas de ansiedad, confusión por las circunstancias, y mucho temor hacia la muerte, la mutilación, la inmovilización y otras alteraciones de su identidad e integridad corporal. La cercanía con la muerte y según el nivel de afectación, así como la naturaleza del suceso mismo puede ocasionar síntomas de estrés postraumático a futuro hasta en un 40% de los afectados (Feki & et al, 2024)

El hecho de aceptar que todo pasa por algo, que se espera un milagro, y que Dios interceda para la recuperación, es similar a lo planteado en el estudio de Hashemiparast et al., (2023) en el cual las personas afectadas y con dependencia percibían la vida como una prisión que el destino determina para ellas. Sin embargo, manifestaron el temor a la discapacidad y dependencia, sobre todo a la posibilidad de no volver a trabajar (Brown & et al, 2020) . El temor a la inestabilidad económica ha sido descrito en otras investigaciones (Chellamuthu, Kittu, Bahurupi, & Vasudevan, 2024).

Después de un evento traumático los afectados expresaron una serie de pérdidas en diferentes aspectos de su vida, pasando por una etapa de desconcierto e incredulidad, sentimientos de tristeza, desesperanza, muchos mencionan la injusticia porque no fue su culpa. Todas estas vivencias provocan alteraciones en su estado emocional lo cual puede afectar la forma como la persona afronta el proceso de rehabilitación y cómo se adapta a sus nuevas condiciones de vida. (Ávila Martín, Sarmiento, & Muñoz de Rodríguez, 2017)

En relación con el cuerpo vivido, la familia puesto que reciben de primera mano la noticia por parte de los médicos, requieren en algunos casos, que se incorporen medidas para reducir el impacto de la tragedia (Griffiths & Baker, 2024). Es sabido que el dolor emocional está relacionado con la empatía de las personas cercanas al sufrimiento y el deterioro de tipo físico y cognitivo, (Mena-Gutiérrez & et al., 2024) . Todos estos elementos integran efectos para sensaciones físicas en los familiares, compartir estas sensaciones con la víctima y extrapolarlos a

otros miembros, modifica la percepción que se tiene del cuerpo, la mente y la forma de vivir. (Gutierrez & Orjuela, 2023).

Cuando la dinámica familiar se ve alterada por accidentes de tránsito, se realizan ajustes a la organización de las tareas y responsabilidades de los miembros, que van desde el momento del aviso del accidente a las fechas posteriores en las que el paciente está ingresado, sin embargo, hay que destacar que las madres, esposas e hijas están en mayor contacto con las víctimas asumiendo un rol de cuidadoras. La literatura menciona que las mujeres tienen el saber innato de cuidar de otros. Es un trabajo emocional, con elevado contenido de estrés y sufrimiento (Billoud , 2022).

Las definiciones del accidente por parte de los familiares estuvieron relacionados a las atribuciones de responsabilidad y de culpabilidad, es decir cuando su familiar era culpable el discurso predominaba sobre la injusticia de la tragedia, pero cuando estaba provocado por otra persona los familiares expresan que se deben enfatizar en educación vial y responsabilidad al volante, por la tanto “la implicación es que los cambios en la seguridad sólo pueden producirse mediante cambios que aborden no sólo a las personas, sino también a los muchos componentes del sistema con los que las personas interactúan” (Holden, 2009).

Sobre el cuerpo vivido en los profesionales de salud que atienden a las víctimas de accidentes de tránsito, debido al contexto real del número alarmante de accidentes de tránsito, se podría pensar, que esto implica que se habitúan a situaciones complejas y entornos cargados de emociones. Sin embargo, para los participantes del estudio, la experiencia de atender a estas víctimas constituye una experiencia de extrema gravedad y desesperanza. Se observa una dualidad catástrofe-muerte que podría estar dada por la respuesta a la visión holística de la atención clínica para la prolongación de la vida (lo cual no siempre se logra en accidentes graves).

Los médicos describen estas situaciones como inesperadas y devastadoras, lo que genera un impacto emocional profundo al atender repetidamente a víctimas provoca una confrontación constante con detalles aversivos. La exposición continua de los equipos de salud a situaciones



traumáticas y muerte ha generado cuestionamientos sobre el desarrollo de factores protectores y factores de riesgo para la salud mental principalmente los relacionados con el estrés postraumático.

En ese sentido, estar expuesto a estas situaciones puede generar repercusiones psicológicas, emocionales y físicas que se darán en dependencia al tiempo de exposición, el tipo de evento, los factores personales y culturales, así como el nivel de empatía de cada individuo (Jones, 2017).

(Rajeh Saifan, y otros, 2024) Empleando el mismo enfoque fenomenológico de Max van Mannen, para estudiar las experiencias de los profesionales de la salud de emergencia reveló que los profesionales experimentan frustraciones como la ambigüedad de roles y el agotamiento emocional en la atención de traumas. En contraste, nuestro estudio, centrado específicamente en médicos, no encontró las mismas dificultades, pero sí identificó otros desafíos, como enfrentarse a la sensación de impotencia y frustración.

Comunicar las noticias ante las familias, resultó ser de los elementos más complejos, es una de las conversaciones más delicadas que enfrentaron los participantes en el estudio dado que cualquier situación que genere una sensación de desesperanza o limite las decisiones futuras del paciente, no solo impacta al paciente y la familia, sino que además pone en riesgo su salud mental y física de los médicos. (González-Cabrera, y otros, 2020).

Los médicos reconocieron la importancia del sentido ético y por otro destacaron que los miembros de la familia del paciente que mayormente se ven afectados con información negativa son las madres de un fallecido, el cual fue referido como el “más difícil de todos” La comunicación de malas noticias representa una competencia profesional indispensable de los profesionales de la salud, en este sentido algunos estudios refieren que no a todos los médicos se les ha brindado capacitación oportuna sobre estas temáticas (Oikonomidou, y otros, 2016) .

Tema 2. Tiempo vivido

Los pacientes entrevistados fueron llevados a los servicios de emergencia de hospitales públicos más cercanos que no siempre cuentan con todas las condiciones o están saturados de otras emergencias lo cual se traduce en tiempos de espera prolongados. La atención al trauma grave debe

ocurrir en los primeros minutos. La primera hora después del trauma se conoce como la "hora dorada". Si se proporciona el primer auxilio adecuado, las víctimas de accidentes de tráfico tienen una mayor probabilidad de sobrevivir y de reducir la gravedad de sus lesiones. (Gopalakrishnan, 2012).

Otro elemento por destacar es que al ser pacientes asegurados que se atienden por riesgo laboral necesitan documentos administrativos para poder ser atendidos en los hospitales del seguro social. Toda la espera y los trámites burocráticos pueden generar sentimientos de desamparo, desesperación y angustia, los cuales se potencian debido a que, en este contexto, es común que el paciente deje de ser visto como un sujeto y pase a ser considerado un objeto de intervención (Nicolau & et al, 2018).

Los familiares revelaron que se intensificaron emociones negativas mientras estaban en salas de espera a la expectativa de las noticias de los pacientes, este tiempo fue percibido como largo y tedioso, al igual que los traslados donde hubo variaciones entre distancias cortas y largas, donde ambas resultaban “más lentas”, estudios revelan que “la codificación del tiempo y su vinculación con los acontecimientos son cruciales para la memoria episódica” (Tsao, Sugar, Lu, & et al., 2018).

Las emociones que experimentan los médicos en estudio al atender a víctimas son complejas y diversas, pese a la dureza que muestran externamente reconocen que expresar su dolor junto a los afectados no ayuda a mejorar la situación, por lo que optan por mantener una compostura profesional para brindar el mejor apoyo posible. Los entornos hospitalarios no permiten expresar emociones y sentimientos empáticos hacia el duelo de los pacientes, convirtiéndose en un desafío para el rendimiento laboral y el bienestar emocional. (Córdoba-Rojas, Guerrero, Medina-Ch, Buitrago-Echeverri, & Sierra-González, 2021).

Los participantes del estudio, a lo largo de su carrera, han aprendido a gestionar las fluctuaciones de adrenalina y a adaptarse a situaciones intensas, aunque no dejan de sentir tristeza por la pérdida de vidas. Probablemente, el recuerdo de haber perdido algunas víctimas y las



mutilaciones accidentales les impacta negativamente al contrastar con su compromiso constante con el mantenimiento de la vida. (Abaz, Babbino, Volpi, & Valdez, 2016).

En relación con las emociones asociadas a la pérdida de vidas, investigaron el impacto de una pausa en el equipo de trauma tras la muerte de un paciente. Sus hallazgos sugirieron una mayor conexión con los pacientes y destacaron la necesidad de un momento de silencio después de una pérdida (Welch, y otros, 2022).

En el contexto de los médicos, afrontar la situación del accidente de tránsito, requiere de mecanismos personales y métodos de trabajo en equipo, los participantes refirieron que en algunos casos particulares se interiorizan los sucesos y se reflexiona sobre la frecuencia de estos en las áreas de trabajo, por lo que requiere de algunas estrategias para disminuir los efectos negativos de la exposición recurrente al trauma. Sin embargo, en algunos casos (dependiendo del evento) no tendrán efectos negativos, incluso les servirá como una experiencia en su desarrollo. En cambio, en algunos momentos perdurarán emociones y secuelas que requieren ayuda psicológica profesional, para mejorar las secuelas del trauma (Samper, 2016).

Estos datos concuerdan con la literatura, ya que algunos profesionales utilizan el deporte, la reevaluación de situaciones, el enfrentamiento activo de eventos, el retiro temporal y el apoyo psicológico como principales métodos para hacer frente a situaciones potencialmente traumáticas en el entorno laboral (Nascimento, y otros, 2022).

El recurso religioso mencionado por los participantes como estrategia de mitigación , ha sido documentado constantemente para la respuesta a la pérdida humana, en algunos casos ha sido visto como una confrontación evitativa y en otros como un recurso auxiliar para alterar el origen del duelo y manejar la demanda de factores estresantes y emociones característicos del proceso (Yoffe, 2015).

Se evidenciaron ciertos comportamientos de evitación relacionados con temas fuera del entorno hospitalario, así como una preferencia por actividades familiares y salidas con individuos de otras áreas profesionales, como respuesta al desgaste ocasionado. En otros casos, aislar el contenido de los accidentes de tránsito sin descartar el pensamiento subconsciente de protección,



constituyó un mecanismo de defensa efectivo contra el abanico de síntomas físicos y psíquicos que repercuten en la salud del profesional médico coincidente con lo mencionado por otros autores (Mingote, Moreno, & Gálvez, 2004).

Tema 3. Relaciones Humanas Vividas

En lo que respecta a la relación con la familia y los amigos, los entrevistados afirman que han sentido mucho apoyo que la familia se ha reorganizado con el fin de garantizar cuidados. Incluso mencionan el fortalecimiento de los lazos familiares y como han sido un elemento importante para dar ánimo y transmitir pensamientos positivos. Esto es coincidente con otras investigaciones que mencionan que la cercanía con la muerte genera una mayor valorización de los lazos afectivos, ya que no se sabe cuándo será el momento de la ruptura. (Quintes Avanci, Serpeloni, Pires de Oliveira , & De Asis, 2021)

Existen otros estudios que mencionan que los familiares también con víctimas y experimentan reacciones psicológicas como shock, negación, angustia e incertidumbre e incluso sugieren que se proporcionen intervenciones psicológicas y psicosociales por parte de profesionales de salud mental capacitados, como médicos y trabajadores sociales, para abordar la crisis. (Raju, Kanmani, Konar, Shukla, & Kukkehalli, 2021)

Si se tiene en cuenta el gran número de fallecidos y lesionados que demandan una atención de urgencia hospitalaria, recursos materiales para la atención médica y luego la rehabilitación de los lesionados que lo necesiten esto provoca gastos extensos al sistema de salud. Aunado a lo anterior el daño que provoca en la dinámica familiar por el estrés y la demanda económica que genera un paciente con secuelas y el impacto en la sociedad” (Díaz de la Rosa & et al, 2022). Muchos de los lesionados o sus familias fueron afectados por pérdida del empleo que era ingreso fijo del hogar.

Los médicos entrevistados refirieron que existen historias que los han dejado marcados y generado un impacto significativo. Los estudios revelan que los médicos sufren una profunda angustia psicológica, pero ocultan y reprimen sus emociones, afectando negativamente su bienestar psicológico. Se sienten transformados, lo que les lleva a modificar sus prácticas laborales, volviéndose hipervigilantes y evasivos. Su identidad personal y profesional se ve afectada,



presentando síntomas de trastorno de estrés postraumático. A pesar de ello, no consideran buscar apoyo psicológico, ya que esto no es parte de la cultura clínica en la que han sido formados desde la escuela de medicina (Barton-Sweene, 2021).

La responsabilidad ante el evento y la reflexión sobre las respuestas emocionales cuando las posibilidades de supervivencia disminuyen y las opciones de atención ante la gravedad de las lesiones se ven limitadas, conduce a un proceso de interiorización en respuesta a la realidad tangible que a pesar de su gran entrenamiento y compromiso los médicos no pueden resolver. Es justo reconocer que los acontecimientos de la víctima y el familiar, exportados a los médicos no poseen el mismo grado de afectación, sin embargo, no deben desestimarse puesto que algunos estudios refieren que podrían desarrollar trastornos mentales de leves a graves mientras se sobreeponen a la naturaleza rutinaria de los eventos (Samper, 2016).

La lesión y la muerte asociada al accidente son parte de las narrativas principales, además las repercusiones que dejan en los equipos son catalogadas como predictores de malestar emocional durante un periodo de tiempo y se agravan si el paciente permanece en el hospital o regresa continuamente pues revive las afectaciones emocionales como impacto, tristeza, tensión e impotencia . Las repercusiones en los médicos porque no son simples recuerdos sino repercusiones emocionales ante la exposición de estresores cotidianos. En la literatura se han establecido que el médico “no recuerda nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo. No lo reproduce como recuerdo, sino como acto; lo repite sin saber, naturalmente, que lo repite” (Freud, 1976)

Los resultados subrayan la necesidad de una atención integral centrada no sólo en las víctimas de accidentes de tráfico, sino también en los médicos que las atienden. Esto podría implicar el desarrollo de programas de apoyo psicológico y emocional para el personal médico, incorporando espacios de manejo del estrés y afrontamiento emocional en la formación y capacitación continua de los médicos de emergencias.

Tema 4. Espacio vivido

Los efectos secundarios al accidente incluyen dificultad para poder exponerse a diferentes estímulos relacionados con el acontecimiento traumático, la evitación de estos estímulos y la reexperimentación. Algunos aún experimentan emociones fuertes y llanto al narrar el suceso y recordar su ubicación en el sitio de ocurrencia "estar tirados en el piso", Otros expresan el abandono de que nadie lo levantara ni apoyara y en cambio tomaban fotografías.

En muchas ocasiones las afectaciones pueden no ser de manera inmediata y pueden exacerbarse al regresar o transitar los lugares donde ocurre el suceso. (Gómez-Gutiérrez, Chaparro-Morillo, Martín de Francisco, & Crespo, 2018) Asimismo, en este espacio personas afectadas han señalado barreras de comunicación con los médicos. (Brown & et al, 2020)

Los familiares de las víctimas atraviesan un periodo difícil durante la estancia de hospitalización ya que asumen un rol importante en el cuidado de las víctimas, además comparten con ellos su emociones negativas y positivas, creando transiciones significativas en su bienestar roles de cuidadores y lidiando con modificaciones en su rutina cotidiana. Las relaciones dentro de la familia se ven modificadas, y las madres y parejas suelen desempeñar el papel de cuidadoras principales

El retorno al hogar es la expectativa de mejora de la situación más visible en los resultados del estudio, pues que se relaciona con mejores condiciones. La literatura aconseja que el paciente debe estar bien entrenado acerca de la nueva situación de salud, y explica que el soporte familiar y social impacta de manera positiva en el egreso hospitalario, así como el manejo multidisciplinario. (Rodríguez, 2016).

Finalmente, dentro de las afectaciones a la dinámica y núcleo familiar, muchos reportaron agotamiento al tener que trabajar y luego asumir el rol de cuidadores, otros sacrificaron vacaciones y tiempo libre, pero más allá de todo esto la repercusión financiera es considerable, impactando la estabilidad económica de las familias y el regreso a casa es un objetivo importante, pero necesita adaptaciones y respaldo.



Conclusiones

Este estudio permitió comprender las experiencias vividas de un grupo de pacientes hospitalizados por accidentes de tráfico, revelando el impacto físico, psicológico y social. Los pacientes experimentaron vulnerabilidad e impotencia por su cuerpo alterado, enfrentando limitaciones actuales y temor al futuro.

Las familias también fueron afectadas en aspectos emocionales, laborales y económicos. Al ser la primera línea de apoyo de la víctima descuidan sus propias emociones por dar prioridad al suceso. Al pasar la mayor parte del tiempo de hospitalización realizan ajustes en las dinámicas familiares que van desde el abandono del trabajo hasta los cambios en las interacciones sociales.

En el caso de los médicos a pesar de poseer técnicas personales de afrontamiento al igual que en los eventos adversos, sus afectaciones son ignoradas pues se considera que están entrenados para estas situaciones, sin embargo los resultados evidencian rasgos de estrés postraumático y conductas evitativa compensatorias. Los médicos son víctimas indirectas y tienen necesidades de formación en entrenamiento emocional y de desarrollo de competencias de comunicación asertiva, empática y profesional para atenuar los posibles efectos psicológicos y emocionales a largo plazo.

En el caso de todos los afectados la respuesta del sistema de salud fue curativa y no se evidenciaron abordajes holísticos multidisciplinarios. En este sentido los resultados orientan al fortalecimiento de la atención centrada en las personas y a la intervención rutinaria de programas de salud mental para el personal de salud.



Recomendaciones

Para el Ministerio de Salud

1. Establecer mecanismos de seguimiento para la prevención de accidentes de tránsito y las secuelas que los pacientes, familiares y personal de salud viven en los distintos momentos después de siniestro, tanto a nivel físico, emocional y social.

Para el Sistema Nacional de Educación

2. Incorporar en la curricula educativa elementos de educación y seguridad vial en coordinación con el MINSA y la Policía Nacional con el fin de sensibilizar y aumentar la percepción del riesgo en peatones y futuros conductores.

Para la Policía Nacional

3. Brindar talleres de formación obligatoria, a todos los conductores del país , exigiendo el uso de dispositivos de seguridad vial.

4. Evaluaciones periódicas anuales de los conductores, con el fin de establecer competencias físicas y psicológicas para incursionar en las vías públicas.

Para el Hospital

5. Brindar talleres de capacitación, redes de apoyo y espacios de fortalecimiento de las competencias comunicacionales y de afrontamiento ante eventos traumáticos.



Bibliografía

- Abaz, B., Babbino, V., Volpi, M., & Valdez, P. (2016). Estudio del estrés postraumático en personal de salud que ha participado en eventos con víctimas múltiples. *Revista Argentina de Medicina*, 4(9), 40-49. Obtenido de <https://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/67/47>
- Alfaro Alvarez, C. &. (1977). Los accidentes de tránsito: creciente problema para la salud pública. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 310-318. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16146/v83n4p310.pdf>
- Almeida, M., Lobão, C., Coelho , A., & Parola, V. (2023). Emotional Management Strategies in Prehospital Nurses: A Scoping Review. *Nursing Reports*, 13(4), 1524-1538. doi:<https://doi.org/10.3390/nursrep13040128>
- Alvia, A., & Linares, S. (Junio de 2024). Accidentes de tránsito, un problema de salud pública: revisión sistemática. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(3), 313-332. doi:<https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v6i3.1101>
- Anand N, S. B. (2021). Perfil epidemiológico de accidentes de tráfico mortales en Puducherry, costa sur de la India. *Indian J Public Health.*, 203-205. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34135193/>
- Aráuz Arostegui, N., & Canales Díaz, A. (2021). Atención de traumatismos por accidentes de tránsito en los servicios de atención prehospitalaria de la ciudad de León, Nicaragua durante el tercer trimestre del año 2021. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/9269>
- Archenti, N. &. (2007). Los debates metodológicos contemporáneos. En N. A. A. Marradi, *Metodología de las ciencias sociales* (págs. 29-44). Obtenido de https://campuscitep.rec.uba.ar/pluginfile.php/138212/mod_resource/content/1/Archenti_Piovani_2007.pdf
- Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. (Enero de 2003). LEY GENERAL DE SALUD. *LEY N°. 423, aprobada el 14 de marzo de 2002*. Managua, Nicaragua. Recuperado el 13 de marzo de 2023, de

<http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/9e314815a08d4a6206257265005d21f9/0f963cae75ebd5dc0625715a005c0dc9?OpenDocument>

Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. (08 de Abril de 2014). *TEXTO DE LA LEY N° 431 "LEY PARA EL RÉGIMEN DE CIRCULACIÓN VEHICULAR E INFRACCIONES DE TRÁNSITO", CON SUS REFORMAS INCORPORADAS*. Managua, Nicaragua. Recuperado el 13 de marzo de 2023, de <http://legislacion.asamblea.gob.ni/normaweb.nsf/b34f77cd9d23625e06257265005d21fa/b55a35aabcb039306257cfb005181ef?OpenDocument>

Ávila Martín , L., Sarmiento , P., & Muñoz de Rodríguez, L. (2017). Evolución del proceso de afrontamiento y adaptación en adultos hospitalizados que experimentaron un trauma músculo esquelético por accidentes de tránsito. *Enferm. glob.* Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412017000400226&script=sci_arttext

Avilés Peralta, Y. (2018). Estimación de los costos directos generados de la atención a lesionados de accidentes de tránsito que fueron atendidos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) en el periodo de marzo a mayo del 2017. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/9393>

Barton-Sweene, C. (2021). *What Is the Lived Experience for Doctors When They Are Involved in a Serious Incident? A Descriptive Phenomenological Analysis*. Tesis Doctoral, University of East London, School of Psychology. doi:<https://doi.org/10.15123/uel.89965>

Benjet, C., & et al. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46. doi:[10.1017/S0033291715001981](https://doi.org/10.1017/S0033291715001981)

Bernasconi, R. (2000). Almost Always More Than Philosophy Proper. *JSTOR*. Obtenido de <https://www.jstor.org/stable/24654793>

Billoud , L. (2022). El cuidado de otros. Representaciones sociales de mujeres que cuidan personas mayores en una institución geriátrica. *Intersticios sociales*. doi:<https://doi.org/10.55555/is.23.371>

- Bougna, T. (2022). Literatura sobre análisis cuantitativo de los costos sociales de los accidentes de tránsito. *Accid Anal Prev.*, 16. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34429203/>
- Brown, K., & et al. (Aug de 2020). I've got to be independent!: views of older people on recovery following road traffic injury in New South Wales, Australia. *BMC Public Health*, 20(1). doi:10.1186/s12889-020-09391-0
- Campos, G., & López, C. (2008). Patologías mentales derivadas de los accidentes de tránsito. *Medicina Legal de Costa Rica*, 25(2), 27-34. Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v25n2/3736.pdf>
- Carmona Clavijo, G. B. (2018). Políticas e intervenciones para reducir lesiones por accidentes de tránsito: de la evidencia a la práctica. In *Anales de la Facultad de Medicina*, 244-251. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832018000300010&script=sci_arttext&tlang=en
- Carvajal, C. (2006). Fase aguda de estrés postraumático en los accidentes de tránsito. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 91-97. Obtenido de https://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_17_2/faseaguda.pdf
- Carvajal, C. (2011). Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*, 49(3), 221-224. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000300001>
- Chellamuthu, L., Kittu, D., Bahurupi, Y., & Vasudevan, K. (Mar de 2024). An Exploratory Study on Quality of Life among Road Traffic Accident Victims in India. *Indian J Community Health*, 35(1). doi:<https://doi.org/10.47203/IJCH.2023.v35i01.011>
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Córdoba-Rojas, D., Guerrero, D., Medina-Ch, A., Buitrago-Echeverri, M., & Sierra-González, Á. (s.f.). Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios. *Saude soc*, 30(3). doi:<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200478>

Corrales-Córdoba, D. (2024). Actividades de ocio y su relación con la salud mental en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Retos*, 1018-1025. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9702627>

Cy Leung, K., McCarthy, C., & M Mclean, L. (2023). Post-traumatic stress disorder in doctors: Origins, approach and Eye Movement Desensitisation and Reprocessing therapy. *Australas Psychiatry*, 31(2). doi:10.1177/10398562231166293

Da Costa , D., Schenker, M., Njaine, K., & Ramos, E. (Jul-Sep de 2017). Homicídios de jovens: os impactos da perda em famílias de vítimas1,2. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), 685-705. doi:<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300016>

De AzevedoAndrade, E., Mattar Yunes, M., & Fernandes Martins, L. (2021). Individual and family resilience and the role of support networks for victims of traffic accidents: an integrative review. *Ciencias Psicológicas*, 15(2). doi:<https://doi.org/10.22235/cp.v15i2.2111>

De Toscano, G. (2009). La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación. 45-73. Obtenido de https://colombofrances.edu.co/wp-content/uploads/2013/07/libro_reflexiones_latinoamericanas_sobre_investigacion_cu.pdf#page=48

Denzin, N., & Lincoln, Y. (2012). Ingresando al campo de la investigación cualitativa. En *Manual de investigación cualitativa*. Gedisa. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=490631>

Díaz Cruz, R. (1997). La vivencia en circulación. Una introducción a la antropología de la experiencia. *Alteridades*, 5-15. Obtenido de <https://alteridades.itz.uam.mx/index.php/Alte/article/view/522>

Díaz de la Rosa , C., & et al. (2022). Caracterización de los accidentes de tránsito en la provincia de Cienfuegos. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*, 36(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-215X2022000300007&script=sci_arttext

El-Mosry, F., Rodríguez-Orozco , A., & Santander-Ramírez, A. (2021). Post-traumatic stress disorder from a cognitive behavioral perspective. *Archivos de Neurociencia* , 25(4). doi:<https://doi.org/10.31157/an.v25i4.231>

Elvik, R. (1999). Incomplete accident reporting: meta-analysis of studies made in 13 countries. *Transportation research record,, 1*(1665).

Erausquín, C. (2016). La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en comunidades de práctica. *Anuario de investigaciones*, 97-104. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862016000100009&script=sci_abstract&tlang=en

Errasti-Ibarrondo, B., & et al. (2017). Conducting phenomenological research: Rationalizing the methods and rigour of the phenomenology of practice. *J Adv Nurs.* doi:<https://doi.org/10.1111/jan.13569>

Feki, R., & et al. (Feb de 2024). Prévalence et facteurs prédicteurs des troubles post-traumatiques chez les accidentés de la voie publique. *Pan Afr Med J.* doi:[10.11604/pamj.2024.47.89.38015](https://doi.org/10.11604/pamj.2024.47.89.38015)

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Washintong DC: Ediciones Morata, S.L.

Flores Elvir, N., & Espinoza Castillo, E. (2021). Lesiones causadas por accidentes de tránsito, atendidos en la delegación del Instituto de Medicina Legal del municipio de Somoto, Madriz, durante el primer semestre 2019. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/13453/>

Freud, S. (1976). *Obras completas Sigmund Freud* (Vol. Volumen XII). (T. d. Echeverry, Trad.) Amorrortu editores S.A.

Fuster Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y representaciones*, 201-229.

Gabbe, B., Simpson, P., & et al. (2016). Return to work and functional outcomes after major trauma. *Annals of surgery*, 623-632. Obtenido de https://journals.lww.com/annalsofsurgery/abstract/2016/04000/return_to_work_and_functional_outcomes_after_major.1.aspx

Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en Investigacion Cualitativa*. New Delhi: EDICIONES MORATA, S. L.

Gifre, M., Gil, A., Pla, A., Roig, T., & Monreal-Bosch, P. (2015). ¿Y después del accidente? Las necesidades psicosociales de las personas con traumatismo craneoencefálico y de sus familiares. *Gaceta Sanitaria*, 29(1). doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.02.002>

Gómez-Gutiérrez, M., Chaparro-Morillo, G., Martín de Francisco, C., & Crespo, M. (Jul de 2018). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de estrés postraumático por accidente ferroviario. ¿Éxito terapéutico o evitación?. *Clinica y Salud*, 29(2), 101-104. doi:<https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a15>

González Vallejos, M. (2020). Kant y la condición humana. *Ideas y Valores*, 123-142. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/809/80966753006/html/>

González-Cabrera, M., Ortega-Martínez, A., Martínez-Galiano, J., Hernández-Martínez, A., Parra-Anguita,, L., & Frías-Osuna, A. (2020). Design and Validation of a Questionnaire on Communicating Bad News in Nursing: A Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(2). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph17020457>

Gopalakrishnan, S. (Jul-Dec de 2012). A Public Health Perspective of Road Traffic Accidents. *J Family Med Prim Care*, 144-150. doi:[10.4103/2249-4863.104987](https://doi.org/10.4103/2249-4863.104987)

Griffiths , A., & Baker, E. (2024). Exploring the experiences of healthcare professionals when breaking bad news in major trauma care. *RCNI Journals*, 32(3). doi:[10.7748/en.2024.e2194](https://doi.org/10.7748/en.2024.e2194)

Guba, E., & Lincoln, Y. (2017). Paradigmatic Controversies, Contradictions, and emerging confluences. En N. Denzin, & Y. Lincoln, *The Sage Handbook of Qualitative Research* (pág. 191-215). Sage Publications.

Guerrero-Castañeda, R., & González-Soto, C. (2022). Experiencia vivida, Van Manen como referente para la investigación fenomenológica del cuidado. *Ciencia del Cuidado*, 19(3). doi:<https://doi.org/10.22463/17949831.3399>

Guerrero-Castañeda, R., & Menezes, T. (2017). Características de la entrevista fenomenológico en investigación en enfermería. *Revista Gaúcha de Enfermeria*. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67458>

Gutiérrez Porras , B. (2023). Los gastos directos de bolsillo relacionados con la salud: la paradoja de la cobertura universal y el riesgo del empobrecimiento de los hogares en Costa Rica. *Semana Transversalización del IC-2023 de la Universidad De La Salle*, (pág. 7). San José. doi:DOI: 10.31906/redpensar.v12i1.243

Gutierrez, A., & Orjuela, B. (2023). Resignificación del cuerpo de personas con discapacidad física a través de la movilidad activa en Bogotá D.C. *Revista Espacio Sociológico*.

Hashemiparast, M., & et al. (April de 2022). Experiences of living and coping with spinal cord disability due to road traffic injuries: A phenomenological study. *Sage Journals*, 25(3). doi:<https://doi.org/10.1177/14604086221076274>

Hasselberg, M., Kirsebom, M., Bäckström, J., Berg, H., & Rissanen, R. (2019). NO me sentía así en absoluto antes del accidente: ¿los hombres y las mujeres reportan diferentes consecuencias para la salud y la vida de una lesión por tránsito? *Injury Prevention*, 307-312. Obtenido de <https://injuryprevention.bmjjournals.com/content/25/4/307.abstract>

Heinonen, T. (2015). Interpretation of lived experiences: Philosophical approaches in the study of health and illness. *Sage Journals*, 5(4).

Hernández Sampieri, R. F. (2018). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Heron-Delaney , M., Kenardy, J., Charlton, E., & Matsuoka, Y. (2013). A systematic review of predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) for adult road traffic crash survivors. *Injury*, 1413-1422. doi:10.1016/j.injury.2013.07.011

Holden, R. (2009). People or systems? To blame is human. The fix is to engineer. *Professional safety*, 54(1). Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3115647/>

Hong Ni, Z., Tao Lv, H., Hua Wu, J., & Wang, F. (2023). Crecimiento postraumático en cuidadores de niños hospitalizados en UCIP por accidente de tránsito: un estudio cualitativo. *BMC Nurs.*, 8. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9948375/>

Howitt, D., & Cramer, D. (2011). *Introducción a Métodos de búsqueda en Psicología*. Essex: Pearson Education Limited. Obtenido de <https://handoutset.com/wp-content/uploads/2022/07/Introduction-to-Research-Methods-in-Psychology-Dennis-Howitt-Duncan-Cramer.pdf>

Høye , A., & Storesund, I. (2023). Alcohol y conducir: ¿Qué tan mala es la combinación? Un metaanálisis. *Traffic Inj Prev.*, 373-378. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37186642/>

INSS. (2023). *Anuario Estadístico*. Instituto Nicaraguense de Seguridad Social, División General de Estudios Económicos, Managua. Obtenido de https://inss-princ.inss.gob.ni/images/anuarios/Anuario_Estadistico_2022.pdf

Irela, C., Cedillo, R., Campo, M., Ornelas, R., & Góngora, J. (2014). Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud. *Acta Universitaria*, 24(5), 20-26. doi:<https://doi.org/10.15174/au.2014.600>

Ishii, H., & et al . (2023). Efecto del entrenamiento de conducción en accidentes automovilísticos y habilidades de conducción en personas mayores: Una revisión sistemática y un metanálisis. *Geriatr Gerontol Int.*, 771-778. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37828779/>

Jackson, V., & Emanuel, L. (2023). Navigating and Communicating about Serious Illness and End of Life. *The New England Journal of Medicine*, 390(1). doi:10.1056/NEJMcp2304436

Jansson, J. O. (1994). Cargos por externalidad de accidentes. *Journal of transport Economics and Policy*, 31-43. Obtenido de <https://www.jstor.org/stable/20053022>

Jones, S. (2017). Describing the Mental Health Profile of First Responders: A Systematic Review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(3), 200-214. doi:<https://doi.org/10.1177/1078390317695266>

Kockelmans, J. (s.f.). Phenomenological psychology: the Dutch school. Springer Science & Business Media.

Li X, S. L. (2021). Predicción del trastorno de estrés postraumático por trastorno de estrés agudo en sobrevivientes de accidentes de tráfico. *Turk J Med Sci.*, 2503-2509. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34165271/>

Lindberg, G. (2001). Seguros de tráfico y cargas de externalidad de accidentes. *Journal of Transport Economics and Policy*, 399-416. Obtenido de <https://www.ingentaconnect.com/content/lse/jtep/2001/00000035/00000003/art00004>

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciênc. saúde coletiva*, 613-619. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGNMBSv4h76tyg/?lang=es#>

Mason HM, L. P. (2022). Fallecimientos de tráfico por carretera en Australia rural y remota de 2006 a 2017: La necesidad de una acción específica. *Australian journal of rural health*, 252-263. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9313818/>

Mena-Gutiérrez, P., & et al. (2024). Experiencias de duelo anticipado en cuidadoras informales de la Región Metropolitana (Chile): cambios ocupacionales. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. doi:<https://doi.org/10.22235/ech.v13i2.3929>

Mes Guitz , L. (2022). Neurofisiopatología del estrés postraumático. *Revista Académica Sociedad Del Conocimiento Cunzac*. doi:<https://doi.org/10.46780/sociedadcunzac.v2i2.50>

Mingote, J., Moreno, B., & Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, 123(7), 265-270. doi:[https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74484-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74484-X)

MINSA. (2022). *Mapa Nacional de la Salud en Nicaragua*. Ministerio de Salud. Obtenido de <https://mapasalud.minsa.gob.ni/#Defunciones>

Mohammadi, H., & et al. (2023). Un meta-análisis para evaluar la prevalencia del trauma maxilofacial causado por diversas etiologías entre niños y adolescentes. *Dent Traumatol.*, 403-417. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37073864/>

Montero, A., Ramirez-Pereira, M., Robledo, P., Casas, L., Vivaldi, L., & Gonzalez, D. (2022). Conscientious objection as structural violence in the voluntary termination of pregnancy in Chile. *Frontiers in Psychology*, 13. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1007025>

Montes, S. A. (2021). Estrés postraumático luego de siniestros viales: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 103-122. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082021000100103&script=sci_arttext&tlang=pt

Murillo-Zamora E, & et al. (2017). Años de vida esperados perdidos por lesiones de tránsito en México. *Glob Health Action*, 7. Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/16549716.2017.1360629?needAccess=true>

Nascimento, J., Costa, T., Sarmento, S., Santos, K., Dantas, J., Queiroz, C., . . . Dantas, R. (2022). Análise do transtorno do estresse pós-traumático em profissionais emergencistas. *Acta Paulista de Enfermagem*. doi:<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03232>

Newbery, D. M. (1988). Cargos a los usuarios de la carretera en Gran Bretaña. *The Economic Journal*, 98(390), 161-176. Obtenido de <https://www.jstor.org/stable/2233312>

Nicolau, I., & et al. (2018). Considerações acerca da atuação da psicologia frente a situações de violência em um hospital de urgência e emergência. *Revista Médica de Minas Gerais*, 28(5). doi:<https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180124>

Novoa, A. M. (2009). Efectividad de las intervenciones de seguridad vial basadas en la evidencia: una revisión de la literatura. *Gaceta Sanitaria*, 553. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911109002167>

Núñez Samudio, V. (2020). Comportamiento epidemiológico de la mortalidad de víctimas infantiles por accidentes de tránsito en tres países Centroamericanos durante los años 2012-2015. Managua, Nicaragua. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/12851/>

Ochoa, C. (2012). *Proceso de duelo ante la perdida de su hijo(a) en un accidente de tránsito*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Obtenido de <https://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/2598>

Oikonomidou, D., Anagnostopoulos, F., Dimitrakaki, C., Ploumpidis, D., Stylianidis, S., & Tountas, Y. (2016). Doctors' Perceptions and Practices of Breaking Bad News: A Qualitative Study From Greece. *Health Communication*, 32(6), 657-666. doi:[10.1080/10410236.2016.1167991](https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1167991)

OMS. (2023). *Monitoring health for the SDGs. Sustainable Development Goals*. Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>

OMS-ONU. (2021). *Plan Mundial Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2021-2030*. Documento técnico, Geneve .

ONU. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content>

ONU. (2020). *Convección de las naciones unidas para la seguridad vial*. Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (CEPE). Obtenido de https://unece.org/DAM/road_Safety/Publications/United_Nations_Road_Safety_Conventions_sp_01.pdf

Oros, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de psicología*. Obtenido de <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17338/18077>

Palmela, C., & et al. (2022). Palmela Pereira C, Santos R, Santos A, Gonçalves C, Augusto D, Rodrigues A, Salvado F, Brilhante F. *J Forensic Odontostomatol.*, 2-21. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36623294/>

Pashaei Sabet, F., Norouzi Tabrizi, K., Khankeh, H., Saadat, S., & Bastami, A. (2016). Experiences of Encountering Physical Trauma Caused by Traffic Accidents: A Qualitative Study. *Health in Emergencies and Disasters Quarterly*, 187-192. Obtenido de <https://doi.org/10.18869/nrip.hdq.1.4.187>

Pawlowski W, & et al. (2019). Lesiones por tráfico en Polonia: magnitud y factores de riesgo. *Eur J Trauma Emerg Surg*, 815-820. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30746554/>

Pérez Orellana, S. (2019). Costos de atención a pacientes lesionados por accidentes de transito en el Hopital Nacional "San Juan de Dios" de San Miguel, El Salvador 2018. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/10653/>

Phillips, C., LeardMann, C., Gumbs, G., & Smith, B. (2010). Risk factors for posttraumatic stress disorder among deployed US male marines. *BMC psychiatry*, 10(52), 1-11. doi:10.1186/1471-244X-10-52

Pico Merchán, M. E. (2011). Seguridad vial y peatonal: una aproximación teórica desde la política pública, Hacia la promoción de la salud. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 190-204. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126696014.pdf>

Prang, K., Berecki-Gisolf, J., & Newnam, S. (2015). Recovery from musculoskeletal injury: the role of social support following a transport accident. *Health Qual Life Outcomes*. doi:<https://doi.org/10.1186/s12955-015-0291-8>

Quintes Avanci, J., Serpeloni, F., Pires de Oliveira , T., & De Asis, S. (Feb de 2021). Posttraumatic stress disorder among adolescents in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. doi:10.1186/s12888-021-03062-z

Rajeh Saifan, A., Al-Jaafreh , A., Mosleh , S., Mohammad Alsaraireh, M., Al-Yateem, N., Refaat Ahmed , F., & Arsyad Subu, M. (2024). The lived experiences of healthcare professionals working in pre-hospital emergency services in Jordan: A qualitative exploratory study. *International Emergency Nursing*, 73. doi:10.1016/j.ienj.2023.101405

Raju, B., Kanmani, T., Konar, S., Shukla, D., & Kukkehalli, R. (Apr de 2021). Prehospital Impact on Family Members of Road Traffic Accident. *Journal of neurosciences in rural practice*, 350-355. doi:10.1055/s-0041-1723063

Rocha Correia, A., & Azevedo Dunningham, W. (2016). Estimativa da ocorrência de transtorno do estresse pós-traumático em policiais militares da bahia. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*.

Rodríguez, M. (2016). Transición del cuidado hospitalario al cuidado ambulatorio. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(1). doi:<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.011>

Ruiz. (2012). Metodología de la Investigación Cualitativa. En R. O. I, *Metodología de la Investigación Cualitativa* (pág. 165). Bilbao: Deusto.

Ruiz Quezada, L., & Torrez Fletes, D. (2019). Factores que inciden en la accidentalidad de tránsito por motocicleta en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

de la UNAN-León de la modalidad regular durante el período de julio-agosto de 2017.
Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/7325>

Samper, L. (2016). Personalidad ante el trauma en el siglo XXI: Fragilidad y antifragilidad ante el trauma. *Sanidad Militar*, 72(3), 209-215. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712016000300007

Sareen , J., Belik, S., Afifi, O., Asmundson, G., Cox, B., & Stein, M. (2008). Canadian military personnel's population attributable fractions of mental disorders and mental health service use associated with combat and peacekeeping operations. *Am J Public Health*, 98(12). doi:10.2105/AJPH.2008.134205

Sathyannath, S., & et al. (Jul-Sep de 2021). Provision of Care Following Road Traffic Injuries in a District in South India: A Qualitative Analysis of Stakeholder Perspective. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 46(3). doi:10.4103/ijcm.IJCM_704_20

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., . . . Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*, 52. doi:10.1007/s11135-017-0574-8

Schiller, W., & Anderson, B. (2003). Family as a member of the trauma rounds: a strategy for maximized communication. *J Trauma Nurs.*, 93-101. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16502828/>

Schütz, A. (1993). *La contrucción significativa del mundo social*. Barcelona: Editorial Paidós.

Seligmann-Silva, M. (2002). Literatura e Trauma. *Pro-posições*, 13(3), 135-153. Obtenido de <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643943/11399>

Sepahvand, E., Khankeh, H., Hosseini, M., & Akhbar. (2019). Emotional interaction in road traffic injury: a qualitative study on people with spinal cord injury. *Journal of medicine and life*, 419-425. doi:10.25122/jml-2019-0078

Soriano-Sánchez, J. G.-V. (2023). Recurso de afrontamiento “locus de control” en enfermeros y pacientes: una revisión sistemática de estudios longitudinales. *Revista Estudios*

Psicológicos, 7-17. Obtenido de
<https://estudiospsicologicos.com/index.php/rep/article/view/87>

Soriano-Sánchez, J., & Jiménez-Vázquez, D. (2023). Recurso de afrontamiento “locus de control” en enfermeros y pacientes: una revisión sistemática de estudios longitudinales. *Revista Estudios Psicológicos*, 7-17. doi:<https://doi.org/10.35622/j.rep.2023.01.001>

Souza, H., Malta, D., & Freitas, M. (2018). Narrativas de motociclistas accidentados sobre riscos e os diversos meios de transporte. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 1159-1171. doi:<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0333>

Stefanidis , K., Mieran , T., Schiemer, C., & Freeman, J. (2023). Correlatos cognitivos de la reducción del rendimiento de conducción en adultos mayores sanos: Una revisión metaanalítica. *Accid Anal Prev*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37820426/>

Tábara Cruz, O. A. (2021). Efecto de las distracciones por el uso del teléfono celular durante la conducción. *Infraestructura Vial*, 61-70. Obtenido de
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/vial/article/download/46667/47576?inline=1>

Taylor, S. J. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Toval Ruiz, C. (2018). Análisis espacial de los accidentes de tránsito en la ciudad de León en el periodo enero-septiembre 2017. Obtenido de
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/6459>

Tsao, A., Sugar, J., Lu, L., & et al. (2018). Integrating time from experience in the lateral entorhinal cortex. *Nature*, 561, 57-62. doi:<https://doi.org/10.1038/s41586-018-0459-6>

Urdaneta, D. (2019). Actitud de los conductores involucrados en accidentes de tránsito con daños materiales. caso de estudio: municipio libertador del estado mérida. *Sapienza Organizacional*, 182-2016. Obtenido de
<https://www.redalyc.org/journal/5530/553066097011/html/>

Useche, S., & Llamazares, F. (2022). The guilty, the unlucky, or the unaware? Assessing self-reported behavioral contributors and attributions on pedestrian crashes through structural equation modeling and mixed methods. *Journal of Safety Research*, 329-341. doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jsr.2022.06.009>

Van Manen, M. (2017). Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. Routledge.

Van Manen, M. (2023). *Phenomenology of Practice. Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. New York: Taylor & Francis.
doi:<https://doi.org/10.4324/9781003228073>

Velez-Jaramillo, D., & et al. (2016). Costos de atención y rehabilitación de pacientes con lesiones por accidentes de tránsito en el mundo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2).
doi:<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a11>

Vickrey, W. (1968). Accidentes automovilísticos, derecho de daños, externalidades y seguros: la crítica de un economista. *Law and Contemporary Problems*, 464-487. Obtenido de <https://www.jstor.org/stable/1190938>

Villalobos-Parra, L. &.-G. (2008). Accidentes de tránsito. 5-7. Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/apc/v20n1/a01v20n1.pdf>

Welch, A., Esquibel, B., Osterloth, K., Kallies, K., Fitzsimmons, A., & Waller, C. (2022). Trauma and Death in the Emergency Department: A Time to PAUSE (Promoting Acknowledgment, Unity, and Sympathy at the End of Life). *J Trauma Nurs*, 29(6).
doi:10.1097/JTN.0000000000000671

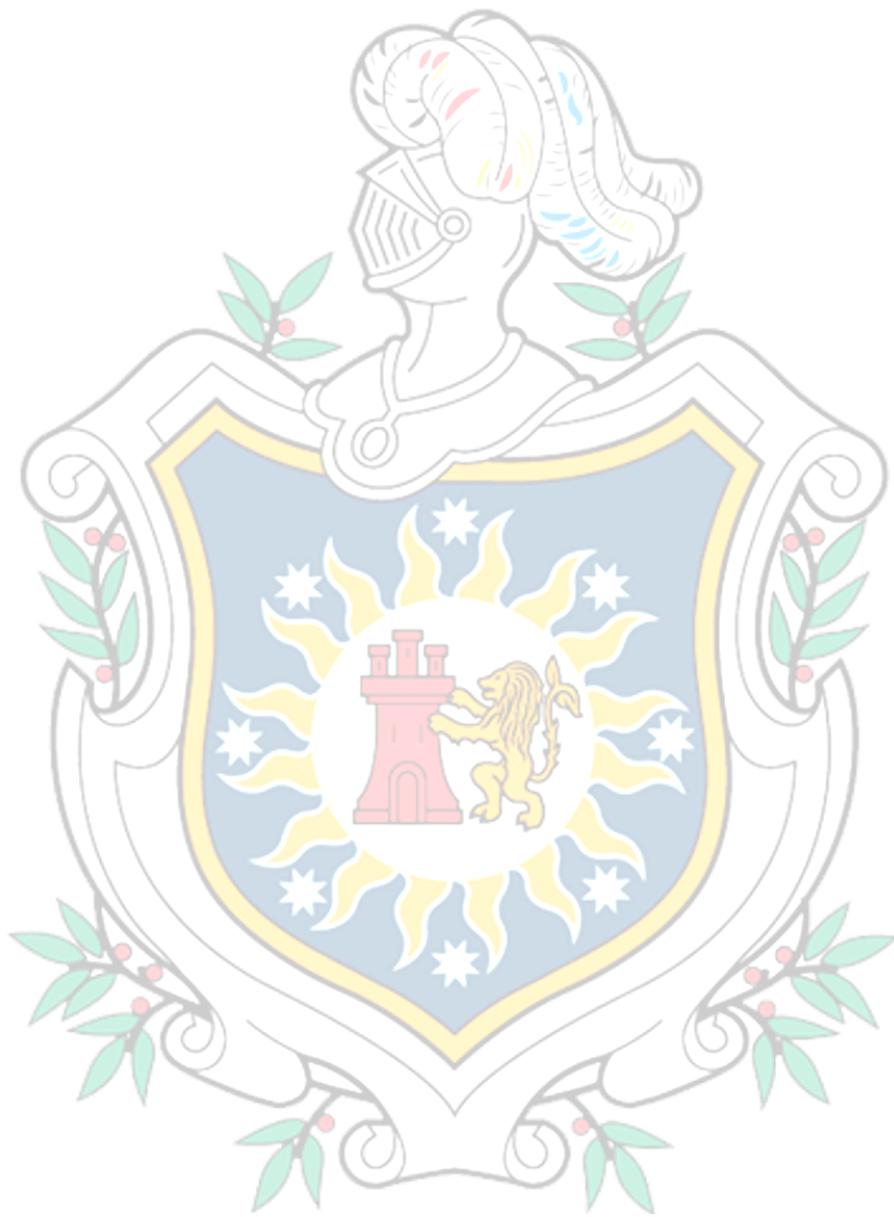
WHO. (2018). *Global status report on road safety*. Worl Healt Organization, Geneve.

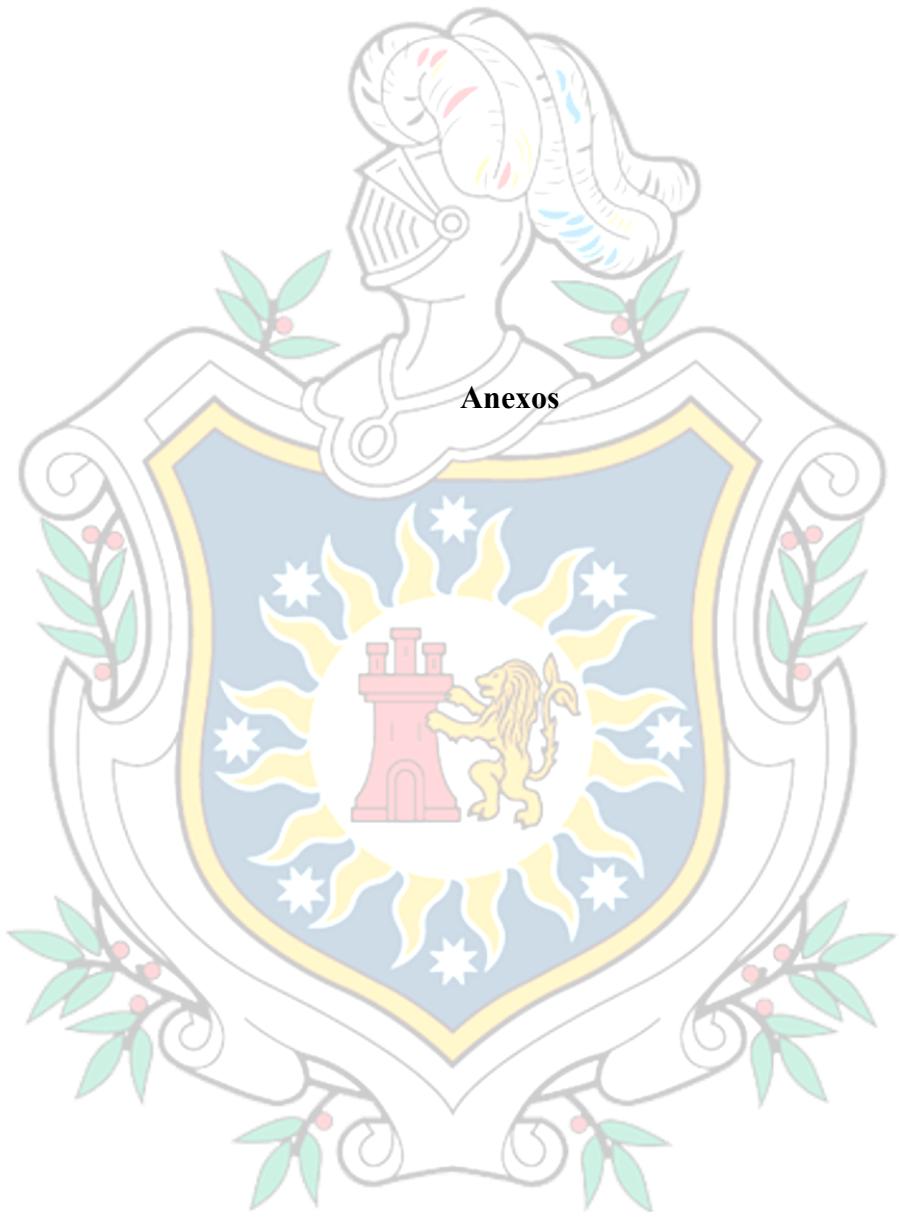
Wu, A. (2000). Medical error: the second victim. *BMJ*, 320(726).
doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>

Yadav, S., & Shrestha, S. (2017). A study on posttraumatic experience of road traffic accident afflicted maxillofacial trauma patient at tertiary hospital. *J Nat Sci Biol Med*, 40-45.
doi:10.4103/0976-9668.198358

Yoffe, L. (2015). Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido. *Avances en psicología*, 23(2), 155-176. doi:<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n2.160>

Yustika, S., & Senna, P. (2024). Compassion inThe Process ofRecovering Traffic Victims: A Qualitative Study onRoad Traffic Accident Experience. *Social Science and Humanities Journal*, 08(09), 4761-4772. doi:<https://doi.org/10.18535/sshj.v8i09.1293>





Anexo 1. Artículo Publicado

Artículo 1.

Título del artículo Lived experience of patients who are victims of motorcycle traffic accidents treated in hospitals in Managua, Nicaragua

Nombres de los autores:

Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Managua, Nicaragua Author
<https://orcid.org/0000-0001-9908-0917>

Karen Vanessa Herrera Castro Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Managua, Nicaragua Author <https://orcid.org/0000-0001-8860-2193>

Mirliana Ramírez-Pereira Universidad de Chile, Departamento de Enfermería. Santiago, Chile Author <https://orcid.org/0000-0003-1439-4162>

Natalie Figueredo-Borda Universidad Católica del Uruguay, Departamento de Bienestar y Salud. Montevideo, Uruguay Author <https://orcid.org/0000-0002-1508-7837>

DOI: <https://doi.org/10.56294/saludcyt20251047>

Como citar el artículo según la revista dónde fue publicado: Chamorro Segovia, E. A. de J., Herrera Castro, K. V., Ramírez-Pereira, M., & Figueredo-Borda, N. (2025). Lived experience of patients who are victims of motorcycle traffic accidents treated in hospitals in Managua, Nicaragua. *Salud, Ciencia Y Tecnología*, 5, 1047.

Dirección URL del artículo, en el caso de que esté disponible en Revistas de formato electrónico: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/1047>

Artículo 2.

Título del artículo: Experience as a physician attending to traffic accident victims in hospitals in Managua, Nicaragua.

Nombres de los autores:

Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Managua, Nicaragua Author
<https://orcid.org/0000-0001-9908-0917>



Karen Vanessa Herrera Castro Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Managua, Nicaragua Author <https://orcid.org/0000-0001-8860-2193>

Igor M. Ramos Herrera Universidad de Guadalajara, Departamento de Salud Pública. Guadalajara, México Author <https://orcid.org/0000-0002-9325-0660>

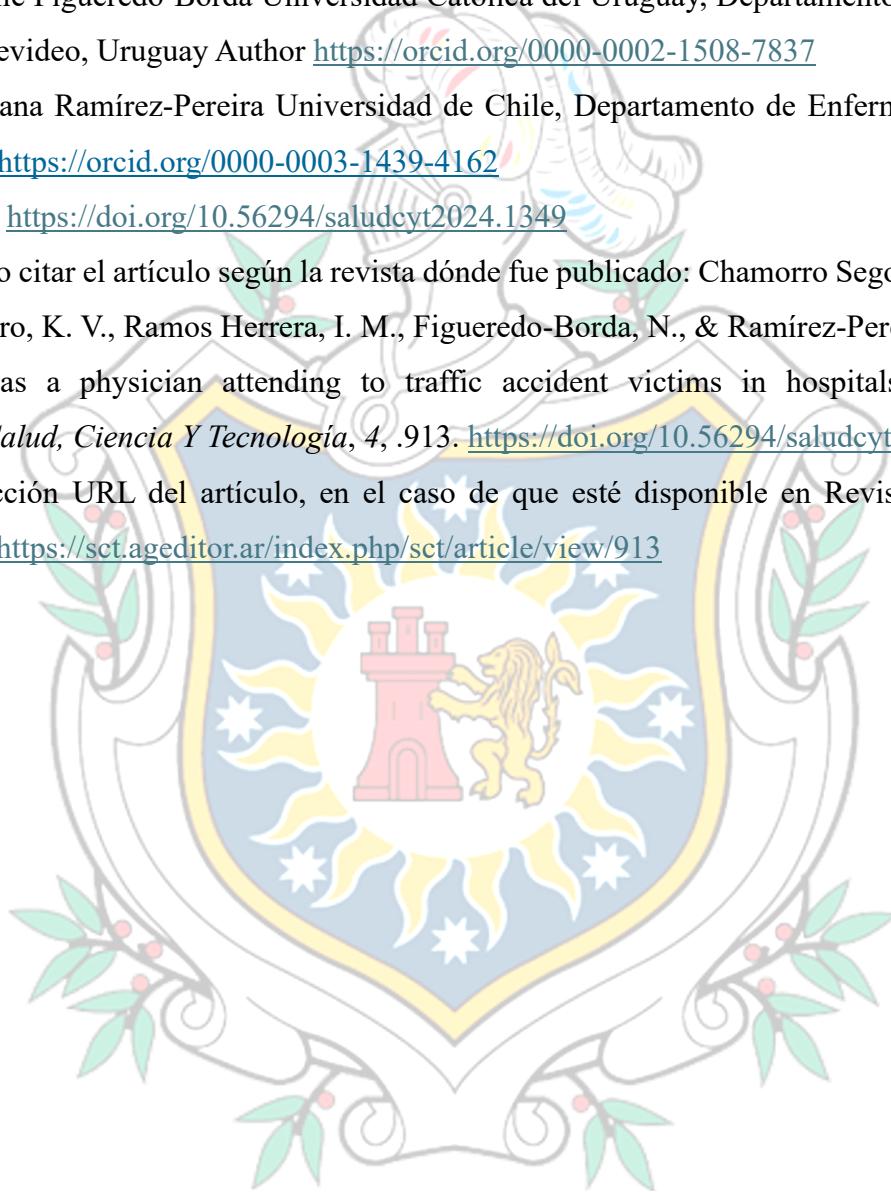
Natalie Figueredo-Borda Universidad Católica del Uruguay, Departamento de Bienestar y Salud. Montevideo, Uruguay Author <https://orcid.org/0000-0002-1508-7837>

Mirliana Ramírez-Pereira Universidad de Chile, Departamento de Enfermería. Santiago, ChileAuthor<https://orcid.org/0000-0003-1439-4162>

DOI: <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024.1349>

Como citar el artículo según la revista dónde fue publicado: Chamorro Segovia, E. A. de J., Herrera Castro, K. V., Ramos Herrera, I. M., Figueredo-Borda, N., & Ramírez-Pereira, M. (2024). Experience as a physician attending to traffic accident victims in hospitals in Managua, Nicaragua. *Salud, Ciencia Y Tecnología*, 4, .913. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024.1349>

Dirección URL del artículo, en el caso de que esté disponible en Revistas de formato electrónico: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/913>





Anexo 2 . Guion de entrevista.

Edad _____ Sexo _____ Dia del accidente _____ Hora del accidente _____ Rol que desempeñaba Conductor _____ Acompañante _____ Categoría de licencia de conducir _____. Tipo de vehículo _____ Diagnóstico clínico _____

Víctima

1. Hábleme de usted, a que se dedica.
2. Podría narrarme los hechos del día del accidente.
3. Para usted ¿Qué es un accidente de tránsito?
4. Cuénteme, en su cuerpo que cambios ha sentido.
5. Esos cambios han provocado alteraciones con respecto a sus emociones y sentimientos.
Podría hablarme de eso.
6. ¿Cómo se ha sentido con el personal de salud?
7. ¿Qué cosas ha experimentado desde que sufrió el accidente con sus familiares, amigos y vecinos?
8. ¿Qué piensa qué pasará después que sea dado de alta?
9. ¿Hábleme de su trabajo, como cree se desarrollarán las cosas?

¿Le gustaría agregar algo más?

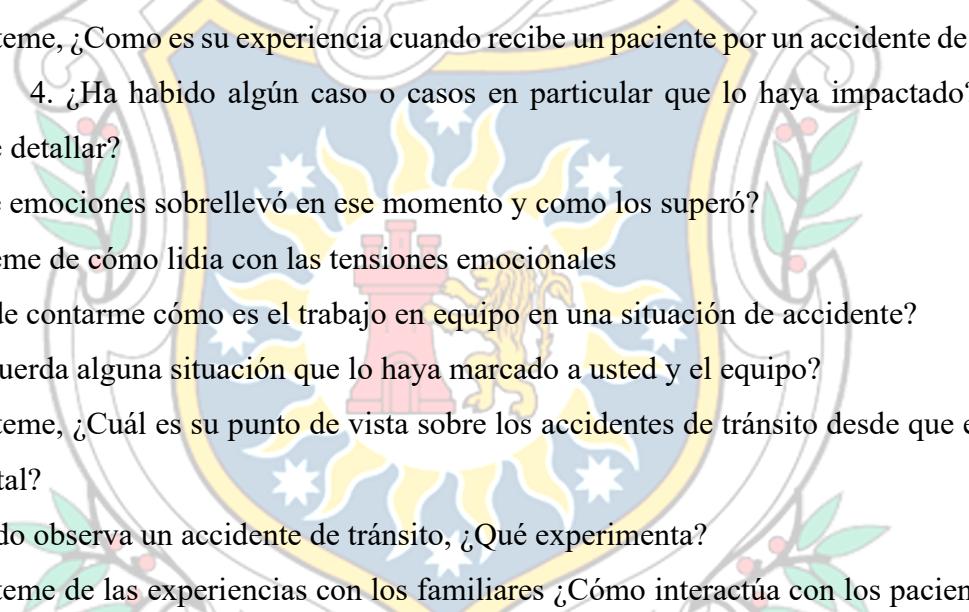
Familiar

1. Hábleme de su familia y del lugar donde vive ¿Cómo está conformada?
2. Hábleme del día del accidente, ¿Cómo se dio cuenta? ¿Qué pasó después?
3. Para usted ¿Qué es un accidente de tránsito?



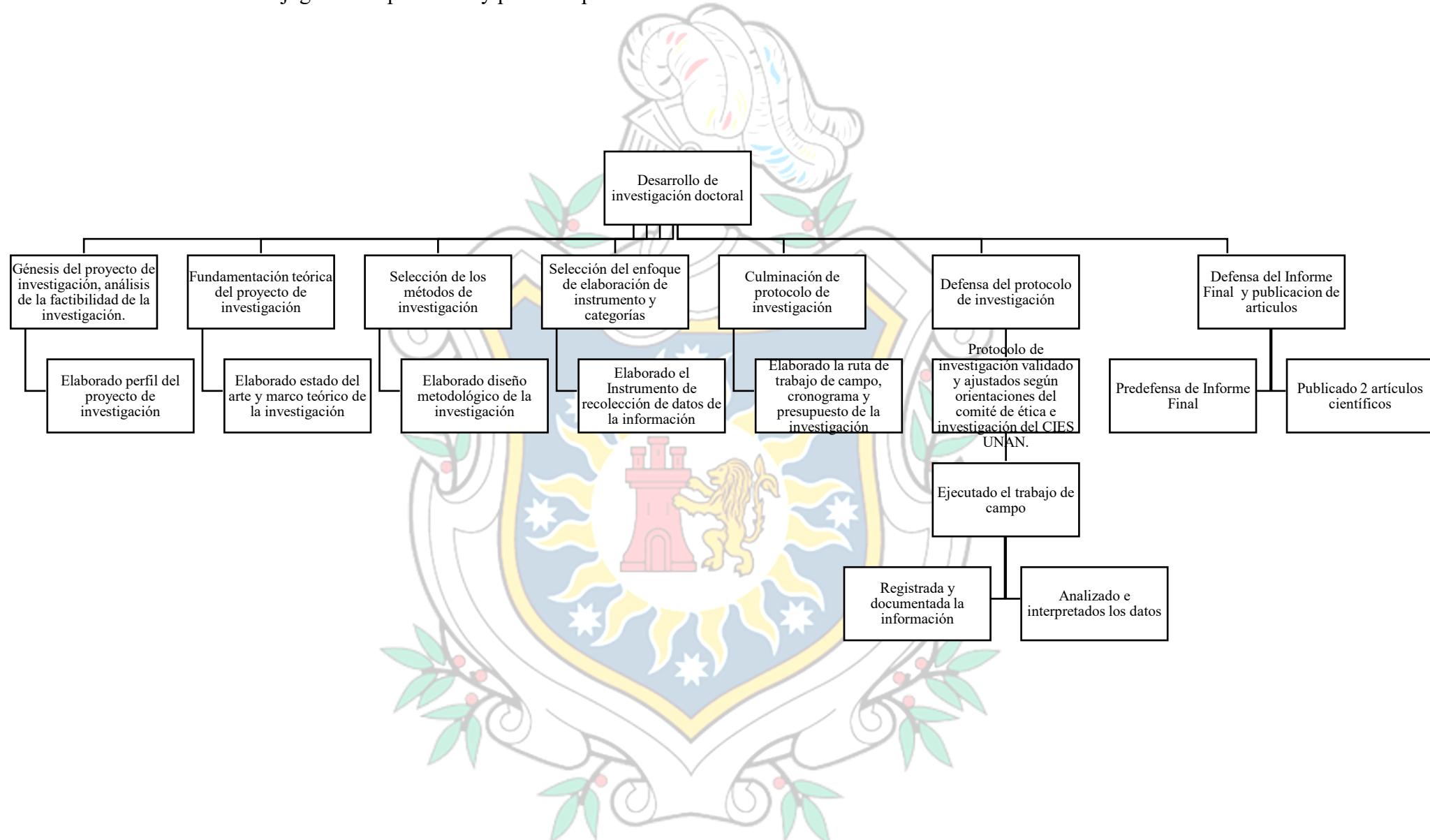
4. Podría hablarme de las emociones que ha sentido desde que inicio esta situación
 5. Cuénteme ¿Ha habido otras personas de la familia, vecinos o amigos que han apoyado en estos momentos?
 6. Ha tenido alguna consecuencia en la familia el hecho de que la persona esté hospitalizada
 7. ¿Cómo se ha sentido con el personal de salud?
 8. Hábleme de su familiar, ¿Qué ha pasado con él/ella desde el día del accidente?
 9. ¿Qué piensa que pasará después que sea dado de alta?

Personal de Salud

- 
 1. ¿Podríamos empezar esta entrevista contándome de usted y su especialidad? ¿Cuánto tiempo laborando en esa área?
 2. Para usted ¿Qué es un accidente de tránsito?
 3. Cuénteme, ¿Cómo es su experiencia cuando recibe un paciente por un accidente de tránsito?
 4. ¿Ha habido algún caso o casos en particular que lo haya impactado? ¿Me lo puede detallar?
 4. ¿Qué emociones sobrellevó en ese momento y como los superó?
 5. Hábleme de cómo lidia con las tensiones emocionales
 6. ¿Puede contarme cómo es el trabajo en equipo en una situación de accidente?
 7. ¿Recuerda alguna situación que lo haya marcado a usted y el equipo?
 8. Cuénteme, ¿Cuál es su punto de vista sobre los accidentes de tránsito desde que está en el hospital?
 9. Cuando observa un accidente de tránsito, ¿Qué experimenta?
 10. Cuénteme de las experiencias con los familiares ¿Cómo interactúa con los pacientes y sus familias después de un accidente de tránsito? ¿Alguna interacción en particular que recuerde?



Anexo 3. Flujograma de productos y procesos para culminación de tesis.





Anexo 4. Carta de solicitud de elaboración de estudio.

Managua, 10 de diciembre del 2023.

Teniente Coronel Dr. Rolando Jirón.

Subdirector Docente Hospital Militar Escuela Dr. "Alejandro Dávila Bolaños"

Su despacho.

Reciba cordiales saludos de mi parte, mi nombre es Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia, estudiante del Doctorado en Ciencias de la Salud que imparte el Centro de Investigación y Estudios de la Salud (CIES) de la UNAN - Managua, actualmente, estoy realizando mi tesis que lleva por tema:

Experiencia vivida producto de accidente de tránsito en víctimas, familiares y personal de salud en un hospital de Managua en el año 2024.

La tutora encargada de dirigir y supervisar todo el proceso, desde la recolección hasta la elaboración del artículo científico es la PhD. Karen Vanessa Herrera Castro, por lo que solicito de su apoyo y autorización para poder realizar la recolección en dicho hospital respetando las normativas propias de la institución y previa revisión por parte del comité de ética del Hospital.

Si más a que referirme y agradeciendo de antemano su colaboración

Atentamente

Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia.

Correo electrónico: erick.chamorro@cies.unan.edu.ni

Anexo 6. Carta de aprobación de comité de ética





**EL COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL MILITAR ESCUELA
"DR. ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS"**

CERTIFICA

Que el protocolo de investigación titulado "*Vivencias de las víctimas, familiares y personal de salud involucrados en accidentes de tránsito atendidos en el área de hospitalización del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" en el año 2024*", cuyos investigadores principales son *Erick Alexander de Jesús Chamorro Segovia* y *Dra. Karen Herrera Castro* fue evaluado y aprobado por parte del Comité de ética, en su sesión del **5 de enero del 2024** considerando la pertinencia de la investigación, el rigor metodológico, su calidad científica y el cumplimiento de las normas científicas, técnicas y éticas, nacionales e internacionales que rigen este tipo de investigaciones.

El trabajo de investigación es de tipo encuesta y se respetará cualquier norma de confidencialidad.

Con base en lo expresado anteriormente, el Comité de Investigación y Ética conceptúa que el proyecto cumple con todos los requisitos de calidad exigidos y en consecuencia otorga su aprobación; el respectivo concepto se consigna en el acta N° 001 del 2024 de la correspondiente sesión. **Código: SCEHM-2024-01.**

Se expide esta certificación el 5 de enero 2024

Miembro Comité de ética

Cc Archivo





¡Universidad del Pueblo y para el Pueblo!



