

Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo

RESUMEN

Objetivo: identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universidad de La Sabana, en Chía, Colombia. **Materiales y métodos:** estudio de tipo cuantitativo descriptivo desarrollado en el segundo semestre del 2010, que incluyó 61 familiares. Para la recolección de la información se utilizó el instrumento Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy. Para el análisis de datos se utilizaron medidas de tendencia central, test estadísticos de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Los rangos de edad de los participantes oscilaron entre 18 y 65 años, con una participación mayoritaria del género femenino (67,2 %) sobre el masculino (32,8 %). **Resultados:** se consideró que la capacidad de afrontamiento y adaptación fue alta al obtener un puntaje del 85,2 % y baja con puntaje del 14,8 %. Se observó que en una gama de estrategias de afrontamiento y adaptación las utilizadas con mayor frecuencia por los familiares fueron: las de factor físico y enfocado (factor 2, relacionado con bajo afrontamiento), y factores combinados recursivo y centrado (factores 1 y 3, relacionados con alta capacidad de afrontamiento). **Conclusiones:** las estrategias de afrontamiento utilizadas por los familiares fueron las dirigidas a la solución del problema, caracterizándose por hacer frente a la situación desde un principio, planeando actividades dirigidas a modificar la conducta y desarrollar objetivos específicos que contribuyan con la solución del mismo.

PALABRAS CLAVE

Relaciones familiares, adaptación, cuidados intensivos, enfermería. (Fuente: DeCS, BIREME).

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Jiménez Ocampo, V. F., Zapata Gutiérrez, L. S., Díaz Suárez, L. (2013). Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*. Vol. 13, No. 2, 159-172.

1. Enfermera. Magíster en Enfermería. Coordinadora de Unidades Estratégicas de Desarrollo, Clínica Universidad de La Sabana, Chía, Colombia. vivianjo@clinicaunisabana.edu.co
2. Enfermera. Magíster en Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica Colombia, Colombia. linaszg@gmail.com
3. Enfermera. Magíster en Educación. Directora de tesis. lettyds@gmail.com

Recibido: 9 de julio de 2012
Enviado a pares: 22 de julio de 2012
Aceptado por pares: 13 de mayo de 2013
Aprobado: 17 de mayo de 2012

Ability to Cope and Adapt in Relatives of Adult Patients Hospitalized at an Intensive Care Unit

ABSTRACT

Objective: The study identifies the ability of relatives of adult patients in the intensive care unit at Clínica Universidad de La Sabana, in Chía, Colombia, to cope and adapt. **Materials and methods:** This was a quantitative descriptive research initiative developed during the second half of 2010. It included 61 family members. Callista Roy's Coping and Adaptation Process Scale was used to collect the data, which was analyzed with measures of central tendency and Mann-Whitney and Kruskal-Wallis statistical tests. The age of the participants ranged from 18 to 65 years, with the majority being females (67.2 %) as opposed to male (32.8 %). **Results:** In terms of the capacity to cope and adapt, 85.2 % scored high and 14.8 % scored low. It was found that, within a range of strategies for coping and adapting, those used most frequently by family members were the physical and focused factor (factor 2, associated with a limited ability to cope), and the recursive and centered factors combined (factors 1 and 3, associated with a high ability to cope). **Conclusions:** The coping strategies used by family members were aimed at solving the problem and were distinguished by dealing with the situation from the beginning, planning activities to change behavior, and pursuing specific objectives that contribute to a solution.

KEYWORDS

Family relations, adaptation, intensive care, nursing. (Source: DeCS, BIREME).

Capacidade de enfrentamento e adaptação dos familiares do paciente idoso hospitalizado em uma unidade de tratamento intensivo

RESUMO

Objetivo: identificar a capacidade de enfrentamento e adaptação dos familiares do paciente idoso hospitalizado na unidade de tratamento intensivo da Clínica Universidad de La Sabana, em Chía (Colômbia). **Materiais e métodos:** estudo de tipo quantitativo descritivo desenvolvido no segundo semestre de 2010, que incluiu 61 familiares. Para a coleta da informação, utilizou-se o instrumento Escala de Medição do Processo de Enfrentamento e Adaptação de Callista Roy. Para a análise dos dados, utilizaram-se medidas de tendência central, teste estatísticos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. A faixa etária dos participantes oscilou entre 18 e 65 anos, com uma participação maioritária do gênero feminino (67,2 %) contra 32,8 % do masculino. **Resultados:** considerou-se que a capacidade de enfrentamento e adaptação foi alta ao obter uma pontuação de 85,2 % e baixa com pontuação de 14,8 %. Observou-se que, em uma série de estratégias de enfrentamento e adaptação, as utilizadas com maior frequência pelos familiares foram: as de fator físico e enfocado (fator 2, relacionado com baixo enfrentamento) e fatores combinados recursivo e centrado (fatores 1 e 3, relacionados com alta capacidade de enfrentamento). **Conclusões:** as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares foram as dirigidas à solução do problema e se caracterizavam por enfrentar a situação desde um princípio, ao planejar atividades direcionadas a modificar a conduta e desenvolver objetivos específicos que contribuíssem com a solução deste.

PALAVRAS-CHAVE

Relações familiares, adaptação, terapia intensiva, enfermagem. (DeCS, BIREME).

Introducción

El objetivo de las unidades de cuidado intensivo es brindar atención al paciente en estado crítico o grave de salud. La persona en este estado presenta alteraciones vitales de uno o más órganos que ponen en peligro su vida e ingresa a la unidad de cuidado intensivo adultos (UCI) para ser sometido a monitoreo continuo, reanimación, mantenimiento de signos vitales, tratamiento definitivo, recibir cuidados de enfermería específicos dada su situación de salud y lograr de esta forma su recuperación (1-4).

Sin embargo, este paciente cursa con una situación que involucra procesos fisiológicos diversos que pueden tener resultados definitivos (incluyendo la muerte) por lo que al mismo tiempo deriva en cambios en el estado psicológico de las familias y cambia el ambiente social. Esto supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del paciente, con efectos en los familiares e inestabilidad en su dinámica emocional, observando en ellos estrés, ansiedad, preocupación, irritabilidad, culpa, frustración, depresión e incertidumbre que se traducen en un constante deseo de información clara y concreta de su paciente (5-8).

Molter desarrolló un estudio donde identificó 45 necesidades específicas de los familiares del enfermo crítico después de un proceso de enfermedad de uno de sus miembros, necesidades que hacen referencia a aspectos de información, ayuda, atención de calidad, bienestar, horarios flexibles de visita, aspectos de entorno, etc., llegando a la conclusión de que es enfermería quien cubre mejor la mayoría de estas necesidades (9).

Las familias de los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo requieren cuidados, atención e información oportuna. Con frecuencia se les observa en las salas de espera con manifestaciones de diferente índole de acuerdo con el contexto de sus vivencias y necesidades. Es conocido por cualquiera, aun por aquellos no familiarizados con las unidades de cuidado intensivo, que las primeras visitas pueden ser alarmantes; crean angustia, expectativas con relación a la cantidad de dispositivos de monitoreo, equipos de mantenimiento de la vida y controles ambientales necesarios para garantizar un cuidado con calidad (10).

El afrontamiento del individuo y sus familiares al impacto de la hospitalización en la UCI como un fenómeno no predecible genera desorganización y caos inicial (es un cambio brusco y des-

equilibrante) en el que el asesoramiento de los profesionales de enfermería y su actuación son primordiales. Esto ha demostrado ser útil para la evolución del paciente, y contribuye al mantenimiento de la salud del núcleo familiar en unos momentos donde su permanente equilibrio es crucial (11). El concepto de afrontamiento ha tenido una evolución conceptual y metodológica fruto de los diferentes enfoques que se han utilizado para su estudio. La descripción de la naturaleza y las características del afrontamiento, así como su definición conceptual y operativa, han variado dependiendo de la perspectiva desde la que se ha abordado su estudio y del campo de aplicación en el que se han realizado las investigaciones.

Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como un proceso cognitivo y conductual constantemente cambiante que se desarrolla para manejar las demandas específicas externas o internas, que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo. Es un subconjunto de actividades adaptativas que implican esfuerzo y que no incluyen todo aquello que hacemos con relación al entorno (12). Al mismo tiempo, desde la perspectiva de enfermería, la adaptación se define como el ajuste que realiza el organismo a los cambios ambientales, según lo menciona Pitel, basado en la premisa que existe y se tiene que identificar un mecanismo de control y un regulador fisiológico que explica por qué el organismo mantiene un ambiente interno constante (13).

Peplau afirma sobre la adaptación que el comportamiento de la persona es moldeado por momentos en el campo interpersonal para lograr la integración armoniosa del comportamiento con otros estímulos en los diversos campos psicosociales; con esto introduce la perspectiva de que una mala adaptación lleva a la aparición de los estados de enfermedad, motivo por el cual la enfermera debe conocer y comprender el proceso normal de adaptación para identificar lo anormal desde su origen y así brindar un mejor cuidado (14).

El afrontamiento y la adaptación son conceptos muy importantes para la calidad de vida de un individuo porque son fenómenos dinámicos en los cuales se realizan procesos de integración entre este y el entorno, que generan estilos y estrategias para afrontar una situación. El fenómeno de afrontamiento presenta diversas conceptualizaciones debido a su enfoque en varias disciplinas, pero los mayores desarrollos conceptuales se han abordado fundamentalmente desde la perspectiva de enfermería a partir del Modelo de Adaptación de Callista Roy (15).

Roy redefine el proceso de afrontamiento y adaptación como los patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones de la vida diaria y los periodos críticos mediante comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia (16). Los procesos adquiridos de afrontamiento se desarrollan a través de estrategias como el aprendizaje, donde las experiencias a lo largo de la vida contribuyen a responder de forma habitual a un estímulo particular del entorno. Del mismo modo, los patrones adquiridos están determinados por el subsistema cognitivo y se relacionan en la conciencia, y gracias al procesamiento de la información la persona interactúa y otorga un significado a los estímulos ambientales internos y externos. A partir de estos dos subsistemas el individuo interpreta en forma particular los estímulos generando un estilo para afrontar la situación y unas estrategias, que pueden ser adaptativas o inefectivas, que se manifiestan en los cuatro modos de adaptación (17).

El estudio tuvo como objetivo la identificación del nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo como herramienta para profundizar en el abordaje de intervención de los pacientes y sus familias.

Materiales y métodos

El estudio fue de tipo cuantitativo descriptivo transversal, realizado en el segundo semestre del 2010. Se aplicó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy, que mide la capacidad de afrontamiento y adaptación de los individuos en condiciones de salud y enfermedad, basada en su teoría de mediano rango. Se obtuvo una muestra de familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universidad de La Sabana en Chía, Colombia. El tamaño de la muestra fue calculado mediante la expresión usual para poblaciones infinitas cuando el objetivo central lleva latente la estimación del promedio poblacional. Con una participación de 61 familiares, se logró superar el punto de corte con una desviación estándar del total de la escala en la muestra de 14,52 puntos, asumiendo un error máximo de 3 puntos de la escala del CAPS, y un intervalo de confianza del 95 %.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta en el proceso de recolección de la información fueron los siguientes:

- Familiar del paciente que ingrese a la unidad de cuidados intensivos adultos de la Clínica Universidad de La Sabana con un grado de consanguinidad directa (papá, mamá e hijos) o según grado de afinidad (esposo, esposa o compañero (a) permanente).
- Familiar mayor de edad y menor de 70 años.

Para el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos éticos: respeto a las políticas y normas institucionales; consentimiento informado; respeto a la autonomía, la privacidad y la confidencialidad; confiabilidad y fidelidad con la información que brindó el familiar. Además, se ponderaron y respetaron los aspectos culturales, los valores y las creencias (18).

La validez de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) de Roy se fundamenta en diversos estudios que han determinado la confiabilidad de la misma en sus versiones en inglés, tailandés y español (19-21), siendo la versión en español validada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana, en donde se determinó la validez facial y la confiabilidad (consistencia interna y estabilidad, presentando un alfa de Cronbach de 0,088), con el fin de evaluar su comportamiento y dominio (22).

La escala está conformada por 47 ítems agrupados en cinco factores, con una calificación Likert de cuatro puntos, que varía desde 1 = nunca, hasta 4 = siempre; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. El puntaje total puede oscilar entre 47 a 188 puntos.

Los individuos con un puntaje entre 117-188 poseen una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, interpretada como mayor frecuencia en el uso de las estrategias de afrontamiento.

Los individuos con un puntaje entre 47-116 poseen una baja capacidad de afrontamiento y adaptación, interpretada como poca frecuencia en el uso de las estrategias de afrontamiento.

Con relación a los cinco factores propuestos por Roy, los tres primeros miden los comportamientos, las reacciones y los recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación, a saber (23):

Factor uno: recursivo y centrado (10 ítems). Este factor refleja comportamientos de la utilización del yo y de los recursos que se concentran para expandir las entradas del sistema cognitivo de la información, considerando actitudes respecto a la solución de problemas como el ser creativo y buscar resultados.

Factor dos: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems). Resaltan las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones.

Factor tres: proceso de alerta (9 ítems). Representa los comportamientos del yo personal respecto a las características de cada persona como las expectativas, los valores, las virtudes y las metas, y los comportamientos del yo físico haciendo referencias a aspecto físicos, funcionalidad, salud y estado de enfermedad, compuesto por las sensaciones corporales y la imagen corporal. Este factor se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas.

Factor cuatro: procesamiento sistemático (6 ítems). Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.

Factor cinco: conocer y relacionar (8 ítems). Describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros usando la memoria y la imaginación.

En cuanto a la forma de puntuación de la escala Roy indica que el puntaje total de cada estrategia lo conforma la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems. Para obtener el puntaje total de la escala se suman los puntajes totales obtenidos en cada factor, el rango de puntaje para los 47 ítems va de 47 a 188. A su vez, para dar una puntuación total a la escala, es necesario tener en cuenta que existen ítems con puntajes inversos.

La propuesta utilizada para clasificar a los sujetos de la muestra con relación a la capacidad de afrontamiento y adaptación fue la desarrollada por González, quien según el puntaje obtenido por el sujeto lo asigna a una categoría de alta o baja capacidad (Tabla 1).

Análisis estadístico

Se realizó una comparación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación y las variables sociodemográficas para analizar si el puntaje total dado por la escala difería entre el género,

los grupos de edad, la escolaridad y el grado de consanguinidad-afinidad. Para el análisis se tomó como recurso de comparación los test estadísticos de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis (24).

La información recolectada se ingresó en una base de datos construida en el programa Excel versión 2007, para el análisis estadístico correspondiente.

Resultados

Variables sociodemográficas

Participaron 61 familiares, 32,8 % hombres y 67,2 % mujeres, se encontró que el 44,2 % de los participantes estaban en el rango de 18 a 40 años. Con respecto al nivel educativo, la mitad de los participantes tienen estudios técnicos (39,3 %), seguido por estudios de secundaria (29,5 %), universitarios (23 %) y primarios (8,2 %). Respecto al grado de consanguinidad-afinidad, los participantes indicaron con mayor frecuencia ser hijo/a(s) (4 %) y esposo(a) (33 %) (Gráfica 1).

Se realizó el cálculo de la capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo encontrando: alta capacidad de afrontamiento y adaptación (85,2 %), y baja capacidad de afrontamiento y adaptación (14,8 %) (Gráfica 2).

Para identificar y analizar las estrategias de afrontamiento y adaptación utilizadas con mayor frecuencia se realizó un análisis de los cinco factores (Tabla 2). Descriptivamente, los familiares con baja capacidad de afrontamiento y adaptación utilizaron el factor físico y enfocado (factor 2); por otro lado, los familiares con alta capacidad de afrontamiento y adaptación utilizaron las combinaciones de los factores: recursivo y centrado, y proceso de alerta (factores 1, 3).

Posteriormente, para analizar las reacciones y los comportamientos utilizados con mayor frecuencia en los factores mencionados se analizaron cada uno los ítems de los factores en donde se obtuvo baja y alta capacidad de afrontamiento, es decir los factores 2, 1 y 3 respectivamente.

Los participantes con baja capacidad de afrontamiento utilizaron las reacciones de afrontamiento físico y enfocado, factor 2 (Tabla 3), que se caracterizaron por identificar su dificultad para

expresar el verdadero problema cuando lo enfrentan, dificultad para completar tareas, actividades o proyectos; en ocasiones reaccionan con exageración, tienden a paralizarse y a confundirse por un rato, y no utilizan sus experiencias pasadas para enfrentar la situación.

Los participantes con alta capacidad de afrontamiento y adaptación presentaron la combinación de los factores 1 y 3, recursivo y centrado con proceso de alerta, respectivamente. Se observa que el comportamiento adoptado está enfocado en la solución del problema y la atención está dirigida a la situación, a la que hacen frente desde un principio; asimismo, sus actividades están dirigidas a modificar su conducta basados en la planificación y el desarrollo de objetivos específicos que ayuden a la solución del problema (Tablas 4 y 5).

Con el fin de conocer las estrategias de afrontamiento más usadas por los participantes se analizaron los ítems con mayor puntaje de los factores 4 y 5, Procesamiento sistemático y Conociendo y relacionando, respectivamente, en donde se observa que las estrategias utilizadas con mayor frecuencia están dirigidas al análisis detallado y sistemático de la situación, estas estrategias son: llaman al problema por su nombre y tratan de verlo en su totalidad, piensan en todo el problema paso a paso, tratan de aclarar las dudas antes de actuar. También se observa que recurren con mayor frecuencia a la imaginación para la solución del problema presentándose preferencia por: relatar lo que sucede con sus experiencias pasadas o planes futuros; mirar la situación positivamente como una oportunidad/desafío; sentirse bien de saber que está manejando el problema lo mejor que puede y se plantean muchas ideas como soluciones posibles a la situación, aunque parezcan difíciles de alcanzar (Tablas 6 y 7).

El estudio de comparación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación y las variables sociodemográficas (género, grupos de edad, escolaridad y grado de consanguinidad-afinidad) mostró que no existe diferencia significativa entre estas (Gráficas 3-6).

Discusión

Los resultados encontrados con respecto a la capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares ante la situación de crisis como es la de tener un familiar hospitalizado 85,2 % mostraron una alta capacidad de afrontamiento y adaptación y un 14,8 % una baja capacidad de afrontamiento y adaptación. Los familiares con

baja capacidad utilizaron las reacciones: físico y enfocado, respondiendo que presentan dificultad para completar tareas, encuentran el problema demasiado complejo y les es difícil explicar cuál es el verdadero problema. Una posible explicación para este resultado se puede encontrar en el concepto que indica que cuando un evento estresante es percibido como fuera del control personal, las personas tienden a utilizar estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción como primera opción de respuesta a las demandas que provienen de tal evento estresante (25, 26).

Dentro de los comportamientos más frecuente adoptadas por los familiares con alta capacidad de afrontamiento se encontró que presentaron la combinación de los factores 1 y 3, recursivo y centrado con proceso de alerta, respectivamente, respondiendo con mayor frecuencia a la categoría de siempre en los siguientes ítems: reúnen la mayor cantidad de información posible para aumentar las opciones a fin de solucionar el problema, están atentos a cualquier cosa relacionada con la situación, hacen frente a las situaciones desde el principio y desarrollan un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación. La utilización de estas estrategias de afrontamiento se puede relacionar con lo descrito por Moos cuando menciona que en el afrontamiento cognitivo se recurre a la planeación, se ensayan mentalmente una serie de acciones por seguir, analizándose sus consecuencias, y se acepta la realidad del evento estresante tratando de cambiarlo para obtener efectos positivos (27).

Los resultados de la alta capacidad de afrontamiento reflejada en los familiares ante la hospitalización de un ser querido en la unidad de cuidado intensivo ratifican lo descrito por Roy con relación al procesamiento de la información; cuando el individuo se enfrenta a un problema se construyen nuevos conocimientos a través de los recuerdos y las experiencias nuevas, lo cual le permite desarrollar nuevas capacidades o destrezas para la solución de problemas (15).

Con relación a las estrategias de afrontamiento y adaptación de los factores 4 y 5: procesamiento sistemático, y conociendo y relacionando, más utilizadas por los familiares, se observó que respondieron con mayor frecuencia a la categoría de siempre en los siguientes ítems: llaman al problema por su nombre y tratan de verlo en su totalidad, piensan en todo el problema paso a paso, tratan de aclarar las dudas antes de actuar. También se observa que recurren con mayor frecuencia a la imaginación para la solución del problema, encontrando relevancia en los siguientes

ítems: pueden relatar lo que sucede con sus experiencias pasadas o planes futuros, miran la situación positivamente como una oportunidad/desafío, se sienten bien de saber que están manejando el problema lo mejor que pueden y se plantean muchas ideas como soluciones posibles a la situación, aunque parezcan difíciles de alcanzar.

Los resultados de la alta capacidad de afrontamiento reflejada en los familiares ante la hospitalización de un ser querido en la unidad de cuidado intensivo ratifican lo descrito por Roy con relación al procesamiento de la información: cuando el individuo se enfrenta a un problema se construyen nuevos conocimientos a través de los recuerdos y las experiencias nuevas, lo cual le permite desarrollar nuevas capacidades o destrezas para la solución de problemas (15).

Livneh describe que la persona utiliza tres tipos de estrategias de afrontamiento: comportamentales, efectivas y cognitivas; si se observa a la luz de los resultados, se identifican estas estrategias en los familiares de los pacientes, y se refuerza la interpretación del afrontamiento como un proceso en donde la interacción permanente individuo-ambiente desencadena múltiples estrategias según situaciones particulares. La capacidad y las estrategias de afrontamiento hacen visibles las características personales relacionadas con los pensamientos, los sentimientos y las acciones individuales propias de un ser holístico quien, al utilizar los recursos de afrontamiento innatos y adquiridos busca adaptarse a un ambiente cambiante (28).

Conclusiones

- Los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo presentaron una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, observándose con mayor frecuencia el uso de estrategias dirigidas a la solución del problema, caracterizadas por hacer frente a la situación desde un principio, planear actividades dirigidas a modificar la conducta y el desarrollo de objetivos específicos que contribuyan con la solución del problema.
- Los comportamientos de uso más frecuente por los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo que obtuvieron alta capacidad de afrontamiento fueron los enfocados en lo recursivo y centrado (factor 1) y proceso de alerta (factor 3). En donde se observa que el comportamiento adoptado está enfocado en la solución del

problema, atención dirigida a la situación y hacer frente a la situación desde un principio; las actividades están dirigidas a modificar su conducta basándose en la planificación y el desarrollo de objetivos específicos que ayuden a la solución del problema.

- Las reacciones físicas de afrontamiento y la fase de entrada para el manejo de situaciones (factor 2) fueron las de uso más frecuente en los familiares que tuvieron baja capacidad de afrontamiento y adaptación, identificándose su dificultad para expresar el verdadero problema cuando lo enfrentan; dificultad para completar tareas, actividades o proyectos; reaccionan con exageración; tienden a paralizarse y a confundirse por un rato, y no utilizan sus experiencias pasadas para enfrentar la situación.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares y las variables sociodemográficas de género, grupos de edad, escolaridad y grado de consanguinidad-afinidad.
- El cuidado de enfermería no solo involucra la atención dirigida a solucionar las respuestas orgánicas del ser humano. Es importante que el enfermero brinde un cuidado holístico con base en el conocimiento y la comprensión del subsistema cognitivo, ya que le permite identificar respuestas en cada individuo que potencialicen su proceso de adaptación.
- La aplicación de teorías de mediano rango, como lo es la teoría de adaptación de Roy, contribuye al desarrollo del conocimiento disciplinar y, por ende, a mejorar las intervenciones de cuidado de los individuos en sus procesos de salud-enfermedad.

Recomendaciones

Existen pocas investigaciones en relación con las intervenciones de las familias de pacientes críticos, y muy pocas sobre cómo mejorar su adaptación. Una estrategia para reforzar este bajo afrontamiento obtenido en el factor 2 es continuar haciendo partícipe a la familia en el cuidado del paciente como una medida de apoyo para promover su adaptación y la satisfacción de sus necesidades.

Para el enriquecimiento de la disciplina profesional es importante continuar investigando en este campo, potencializando en los familiares las estrategias empleadas para el afrontamiento y la adaptación durante el proceso de hospitalización de su ser

querido en la UCI y, a partir de estas, plantear intervenciones de cuidado que aseguren la completa adaptación.

En términos de las limitaciones del estudio cabe destacar que la semántica del instrumento es compleja y los ítems que

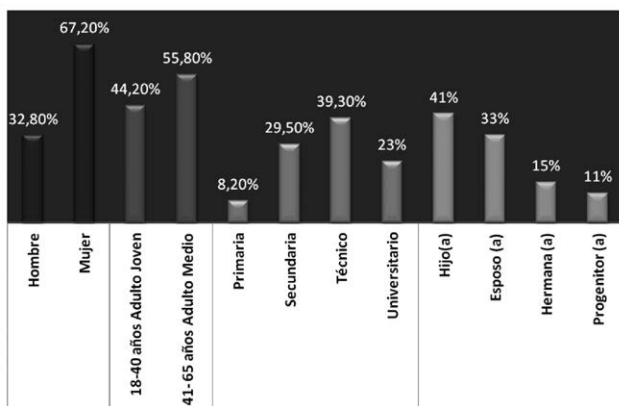
lo conforman son extensos, lo que representó dificultad en la comprensión de las preguntas por parte de los familiares. Se recomienda realizar una revisión de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) fundamentada en la investigación.

Referencias

1. Gómez P. El ingreso en la unidad de cuidados intensivos, la repercusión en el familiar del paciente. *Boletín de Psicología*. 2006;87:61-87.
2. Bernat R. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Estudio cuantitativo. España: *Enfermería Clínica*; 1999. pp. 19-27.
3. Oliva et al. Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. España: *Enfermería Intensiva*; 2003. pp. 49-60.
4. Gutiérrez B et al. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI. Revisión sistemática de estudios cualitativos. España: *Enfermería Global*; 2008.
5. Bond E et al. Needs of Family Members of Patients with Severe Traumatic Brain Injury: Implications for Evidence-Based Practice. Columbia: *Critical Care Nurse, American Association of Critical Care Nurses*; 2003. pp. 63-72.
6. Nelson D, Plost G. Registered Nurses as Family Care Specialists in the Intensive Care Unit. USA: *Critical Care Nurse*; 2009. pp. 46-52.
7. Santana K. Necesidades de Familiares de Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva: Analisis Comparativo entre Hospital Público y Privado. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15.
8. Díaz N, Díaz A. Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *Nure Investigación*. 2004;10.
9. Lautrette A et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007;356(5):469-478.
10. Torres L, Morales A. Participación de familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la sociedad andaluza de enfermería de cuidados críticos. *Revista Internacional para el cuidado del paciente crítico*; 2004.
11. Singer P, Martin D, Kelner M. Quality end-of-life care. Patients' perspectives. *JAMA*. 1999;281(2):163-168.
12. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
13. Pitel M. Physiological Adaptation in man. *Nursing Science*. 1963:263-271.
14. Peplau HE. Interpersonal Relations and the Process of Adaptation. *Nursing Science*. 1963:272-279.
15. Veloza M, Moreno ME, Crespo O, Gutiérrez E. Proceso de afrontamiento y adaptación. En Gutiérrez M. *Universidad de La Sabana. Adaptación y cuidado en el ser humano. Una visión de enfermería*. Bogotá: El Manual Moderno; 2007. pp. 13-25.
16. Roy C. *The Roy Adaptation Model*. 3 ed. New Jersey: Pearson; 2009.
17. González Y. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica: un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo de soporte emocional para mantener y fortalecer la capacidad de proceso de afrontamiento cognitivo y la adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica a partir del modelo de adaptación y la teoría de proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy [tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.
18. Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.

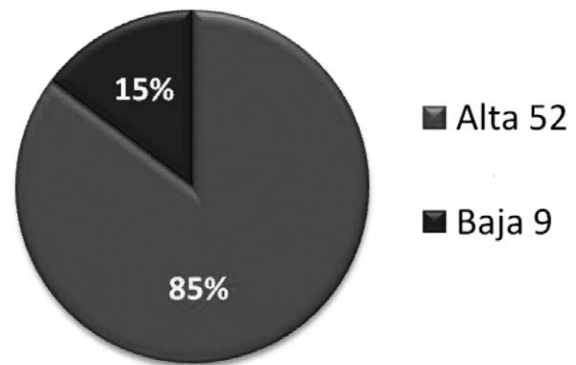
19. Roy C, Prangtip Ch. Coping and Adaptation Processing Scale English and Thai Versions. Roy Adaptation Association Bulletin. 2004;6(2):4-6.
20. Chayaput P. Development and psychometric evaluation of the Thai Version of the coping and adaptation processing scale. Boston College, William F. Connell, Graduate School of Nursing. 2004; p. 22-27.
21. Chayaput P. Psychometric Properties of the Thai Version of the Coping and Adaptation Processing Scale. Roy Adaptation Association Bulletin. 2005;8(1):6.
22. Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, Durán MM, López C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. Aquichán. 2007;7(1):54-63.
23. Roy C. Coping and Adaptation Processing Scale: Development and Testing (en prensa); 2004.
24. Ruis F, Varon F. Bioestadística. España: Thonson Editores; 2005.
25. Evans P. Stress and Coping. En Pitts M, Phillips K (Eds.). The Psychology of Health. An introduction London: Routledge; 1993. pp. 31-45.
26. Miller S, Summerton J, Brody DS. Styles of Coping With Threat: Implications for Health. Journal of Personality and Social Psychology. 1988;54(1):142-148.
27. Moos RH, Schaefer JA. Coping resources and processes: Current concepts and measures. En Goldberger L, Shlomo B. (eds.). Handbook of Stress. Theoretical and clinical aspects; 1993. pp. 234-257.
28. Livneh H. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A conceptual Framework. Bulletin. 2001;44(3):151-161.

Gráfica 1. Variables sociodemográficas



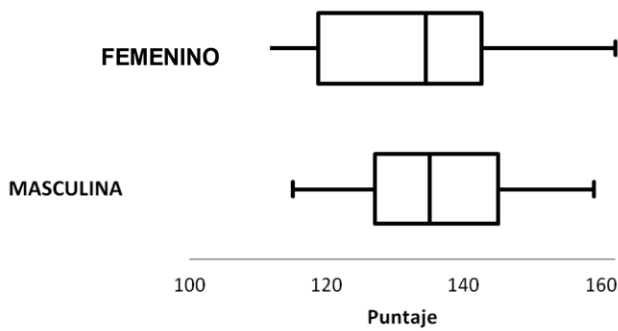
Fuente: datos obtenidos mediante aplicación de CAPS a los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universitaria Teletón.

Gráfica 2. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo



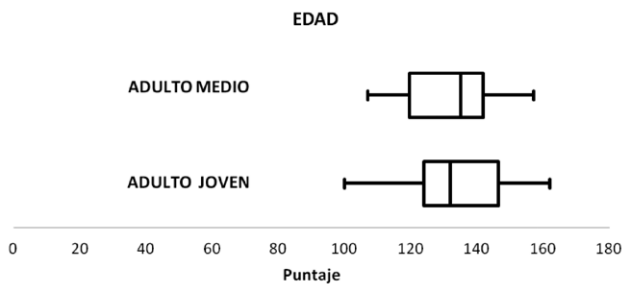
Fuente: datos obtenidos mediante aplicación de CAPS a los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universidad de La Sabana.

Gráfica 3. Comportamiento descriptivo de la variable género comparado con la capacidad de afrontamiento y adaptación



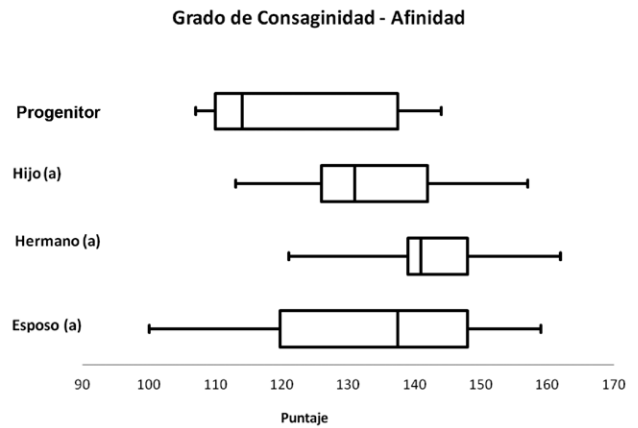
Fuente: datos obtenidos mediante aplicación de CAPS a los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universidad de La Sabana.

Gráfica 4. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos correlacionado con la edad



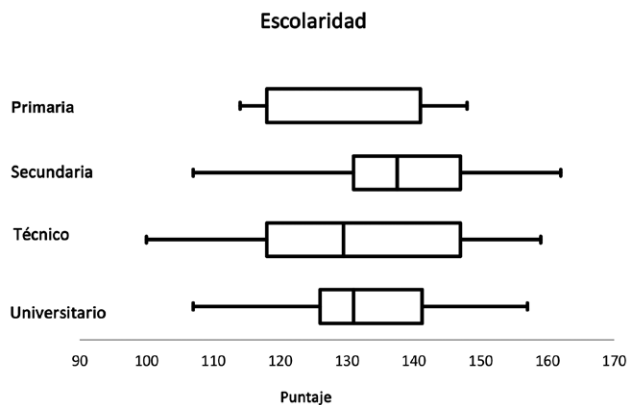
Fuente: datos obtenidos mediante aplicación de CAPS a los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universidad de La Sabana.

Gráfica 5. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos correlacionado con el grado de consanguinidad-afinidad



Fuente: datos obtenidos mediante aplicación de CAPS a los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universitaria Teletón.

Gráfica 6. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos correlacionado con la escolaridad



Fuente: datos obtenidos mediante aplicación de CAPS a los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universidad de La Sabana.

Tabla 1. Categorización de la capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación según González (17)

Estrategias de afrontamiento	Puntuación	Categorías de la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación	
		Baja capacidad	Alta capacidad
Recursivo y Centrado Factor 1	11-44	11-27	28-44
Físico y Enfocado Factor 2	13-52	13-32	33-52
Proceso de alerta Factor 3	9-36	9-22	23-36
Procesamiento sistemático Factor 4	6-24	6-18	19-24
Conociendo y relacionando Factor 5	8-32	8-24	25-32
Escala Total	47-188	47-117	118-188

Tabla 2. Estrategias de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo

Clasificación	Bajo	Fr (%)	Alto	Fr (%)
Factor 1	2	3	59	97
Factor 2	55	90	6	10
Factor 3	12	20	49	80
Factor 4	24	39	37	61
Factor 5	31	51	30	49
Total	9	15	52	85

Fuente: datos obtenidos mediante aplicación de CAPS a los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universidad de La Sabana.

Tabla 3. Análisis de los ítems del factor 2

Ítems	Nunca (%)	Rara vez (%)	Algunas veces (%)	Siempre (%)
5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para completar tareas, actividades o proyectos.	8	30	23	39*
8. Solo puedo pensar en lo que me preocupa.	1,6	11,4	42	45*
13. Encuentro el problema o crisis demasiado complejo, con más elementos de los que yo puedo manejar.	0	13	59*	28
35. Por alguna razón no saco beneficio de mis experiencias pasadas.	11,5	32,5	44*	12
47. Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas.	0	5	26	69*
15. Parece que soy más lenta para actuar sin razón aparente.	1,5	11,5	46	41
20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo.	21	34,5	34,5*	10
23. Cuando se me presenta un problema tiendo a paralizarme y a confundirme por un rato.	1,5	27	52,5*	19
24. Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema.	14	17	64*	5
33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga.	23	8	57	12
39. Experimento cambios en la actividad física.	33	57	10	0
43. Esta situación me está enfermando.	5	9	49	37
45. Me rindo fácilmente.	69	23	5	3

Fuente: datos obtenidos mediante aplicación de CAPS a los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universitaria Teletón.

Tabla 4. Análisis de los ítems del factor 1

Ítems	Nunca	Rara vez (%)	Algunas veces (%)	Siempre (%)
4. Reúno la mayor cantidad de información posible para aumentar mis opciones a fin de solucionar el problema.	1,5	8,5	39	51*
7. Trato de hacer que todo funcione en mi favor.	8	11,5	46	34,5
19. Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la situación.	0	1,5	24,5	74*
26. Trato de obtener más recursos para enfrentar la situación.	0	8	54	38
42. Tiendo a hacer frente a las situaciones desde el principio.	0	6,5	37,5	56*
10. Identifico cómo quiero que resulte la situación, luego miro cómo lo puedo lograr.	1,5	5	41	52,5*
46. Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación.	1,5	10	29,5	59*
2. Propongo una solución nueva para una situación nueva.	0	26	49	25
34. Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones.	3	11,5	39,5	46
16. Me empeño en redirigir mis sentimientos para reenfocarlos constructivamente.	3	11	46	40
29. Con tal de salir del problema o situación estoy dispuesto a cambiar mi vida radicalmente.	0	21	53	26

Fuente: datos obtenidos mediante aplicación de CAPS a los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universidad de La Sabana.

Tabla 5. Análisis de los ítems del factor 3

Ítems	Nunca	Rara vez (%)	Algunas veces (%)	Siempre (%)
1. Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez, incluso en una crisis o con un problema.	5	10	70*	15
44. Adopto rápidamente un nuevo recurso cuando este puede resolver mi problema o situación.	1,5	16,5	59	23
18. Cuando dejo mis sentimientos a un lado soy muy objetivo acerca de lo que sucede.	3	15	54	28
40. Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como sucedieron.	0	24,5	26,5	49*
11. Soy menos efectivo bajo estrés.	10	29	33	28
17. Cuando estoy en una crisis o con un problema me siento alerta y activo durante todo el día.	1,5	38	36	24,5
25. Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos o complicados.	0	20	60	20
27. Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de las personas cuando tengo que ir a lugares desconocidos.	3	10	70	17
31. Soy más efectivo bajo estrés.	31	15	38	16

Fuente: datos obtenidos mediante aplicación de CAPS a los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universidad de La Sabana.

Tabla 6. Análisis de los ítems del factor 4

Ítems	Nunca	Rara vez (%)	Algunas veces (%)	Siempre (%)
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad.	0	6,5	31	62,5
12. Me tomo el tiempo necesario y no actúo hasta que tenga una buena comprensión de la situación.	1,5	18	52,5	28
14. Pienso en todo el problema paso a paso.	1,5	21	34,5	43
22. Analizo la situación y la miro como realmente es.	3	28	29,5	39,5
41. Trato de aclarar las dudas antes de actuar.	0	6,5	29,5	64
30. Trato de mantener el equilibrio entre mis actividades y el descanso.	0	15	67	18

Fuente: datos obtenidos mediante aplicación de CAPS a los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universitaria Teletón.

Tabla 7. Análisis de los ítems del factor 5

Ítems	Nunca	Rara vez (%)	Algunas veces (%)	Siempre (%)
36. Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros.	0	11	74	15
6. Trato de recordar las estrategias o soluciones que me han servido en el pasado.	6	20	61	13
21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones.	0	21	52	27
32. Puedo relatar lo que sucede con mis experiencias pasadas o planes futuros.	3	16	35	46
37. Miro la situación positivamente como una oportunidad / desafío.	0	16	30	54
9. Me siento bien de saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo.	0	8	49	43
28. Utilizo el sentido del humor para manejar la situación.	13	56	28	3
38. Me planteo muchas ideas como soluciones posibles a la situación, aunque parezcan difíciles de alcanzar.	0	16	43	41

Fuente: datos obtenidos mediante aplicación de CAPS a los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universitaria Teletón.