

**CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION EN PACIENTES
EGRESADOS DE UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO.CARTAGENA. 2009**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
INNA ELIDA FLOREZ TORRES**

**ESTEFANY CARPIO JIMENEZ
ELIANA PATRICIA HERRERA ALARCON
YOLEIDIS JOHANA REYES NARVAEZ
SANDRA LUCIA TORRES CONTRERAS
MARIA ANGELICA VECCINO AMADOR
DIANA CAROLINA ZAMBRANO BARRIOS**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

2009

**CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION EN PACIENTES
EGRESADOS DE UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO.CARTAGENA. 2009**

COINVESTIGADORES

**ESTEFANY CARPIO JIMENEZ
ELIANA PATRICIA HERRERA ALARCON
YOLEIDIS JOHANA REYES NARVAEZ
SANDRA LUCIA TORRES CONTRERAS
MARIA ANGELICA VECCINO AMADOR
DIANA CAROLINA ZAMBRANO BARRIOS**

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

2009

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a DIOS por guiarnos por el camino correcto y darnos la oportunidad de poder asumir este proyecto de grado y sacarlo adelante.

De una manera muy especial a nuestros tutores de la Universidad de Cartagena, y compañeros que siempre nos apoyaron.

A nuestros padres, y hermanos por la tolerancia que siempre han tenido, pues sin su apoyo incondicional no hubiese sido posible cristalizar este sueño, para seguir complementando nuestra formación académica.

A las Instituciones de la ciudad de Cartagena que aceptaron y apoyaron este proyecto y en especial a los pacientes, que aceptaron participar, pilares fundamentales de este desarrollo

RESUMEN

OBJETIVO: Describir la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Cartagena 2009.

METODOLOGIA: Estudio descriptivo, realizado en 171 pacientes hospitalizados en cinco unidades de cuidados intensivos de la ciudad de Cartagena durante los meses de abril a junio a 2009. Se empleó la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. Se utilizaron medidas de tendencia central y coeficiente de variación para valorar los factores que miden las estrategias y recursos de afrontamiento para la adaptación.

RESULTADOS: Del total de participantes, el (50,3%) fueron mujeres y (49,7%) hombres. La capacidad de afrontamiento y adaptación a nivel global fue alta, en el 63,2%, el 19,9%, presentó mediana capacidad. La baja capacidad sólo reportó 1,2%. Por factores, el 3, proceso de alerta presentó una mayor puntuación (46,2%) en alta capacidad en las estrategias de afrontamiento, y en el factor 4, procesamiento sistemático el (45,0%), se ubicó en el nivel, muy alta en los recursos utilizados para la adaptación.

CONCLUSION: Los pacientes egresados de las unidades de cuidado intensivo, reflejaron un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales, percibiendo la situación como controlable. El Modelo de Roy permite a las enfermeras identificar en los pacientes estrategias adecuadas o inefectivas y direccionar el cuidado.

PALABRAS CLAVES: afrontamiento, adaptación, unidad de cuidado intensivo. Fuente: (DeCs, BIREME).

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the capacity of coping and adaptation in patients gone away from units of intensive care of the Cartagena`s city 2009.

METHODOLOGY: Descriptive study realized in 171 patients hospitalized in five units of intensive care of the city of Cartagena during April to June 2009. Roy used the Scale of measurement of the process of coping and adaptation. There were in use measures of central trend and coefficient of variation for valuing the factors that measure the strategies and resources of coping for the adaptation.

RESULTS: Of the whole of participants, (50, 3 %) was women and (49, 7 %) men. The capacity of coping and adaptation worldwide was high, in 63, 2 %, 19, 9 %, presented medium capacity. The low capacity only bring 1, 2 %. For factors, 3, process of alert presented a major punctuation (46, 2 %) in high capacity in the strategies of coping, and in the factor 4, systematic processing (45, 0 %), was located in the level, very high in the resources used for the adaptation.

CONCLUSSION: The patients gone away from the units of intensive care reflected a style of active coping with strategies centered on the problem so much cognitive as comportamentals, perceiving the situation as controllable. The Model of Roy allows to the nurses to identify in patient suitable or ineffective strategies and to drive the care.

KEY WORDS: Coping, Adaptation and units of intensive care. Source (DeCs, BIREME).

INTRODUCCION

1. METODOLOGIA	8
1.1 Tipo de estudio	8
1.2 Población y muestra	8
1.3 Muestreo estratificado	8
1.4 Criterios de inclusión	9
1.5 Criterios de exclusión	9
1.6 Técnicas y procedimientos	9
1.7 Aspectos éticos	10
1.8 Análisis estadístico.....	10
2.RESULTADOS	11
2.1 Características sociodemográficas.....	11
2.2 Capacidad de Afrontamiento y Adaptación global y por factores.....	11
3. DISCUSION	14

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

INTRODUCCION

El aumento en la morbilidad por enfermedades crónicas, como la enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, el cáncer, las enfermedades respiratorias, entre otras, sumado a condicionantes como los actuales estilos de vida poco saludables de la población, la persistencia de la tendencia al consumo de sustancias nocivas, la contaminación ambiental, el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos para las enfermedades crónicas; han contribuido al aumento de su incidencia, al riesgo de enfermar y a la presencia de complicaciones, hospitalizaciones en unidades de alta tecnología, incapacidad y muerte (1).

La supervivencia o la muerte de los pacientes en una unidad de cuidado intensivo (UCI), dependen del equilibrio dinámico entre la magnitud de la enfermedad y la suficiencia de las respuestas fisiológicas protectoras esenciales para conservar el aporte de sustratos y el medio interno, necesarios para el metabolismo y la función celular de todo el cuerpo. Los resultados de la asistencia ofrecida en las UCIs han sido frecuentemente valorados por estudios de morbilidad y de mortalidad, ésta última, ha sido definida como el primer marcador en la práctica asistencial (2).

Oliveros H et al. informan que los motivos más frecuentes de ingreso a las unidades de cuidados intensivos en Colombia son las complicaciones de la enfermedad vascular aterosclerótica y los cuadros infecciosos severos; incluso en poblaciones de pacientes quirúrgicos en los cuales la sepsis de origen abdominal y la peritonitis secundaria se encuentran dentro de las cinco principales causas de admisión (3).

La enfermedad grave y la hospitalización en una (UCI), es una experiencia inesperada y relevante por el compromiso físico y emocional que representa (4). Como situación de crisis trae consigo el sufrimiento debido a que genera dolor, alteraciones físicas y psicológicas, la proximidad de la muerte y la desesperanza.

Las personas que se encuentran en una unidad de cuidados intensivos están expuestas a un sin número de estímulos que generan respuestas adaptativas o respuestas de afrontamiento. El afrontamiento se define como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza una persona para atender las demandas del ambiente, los cuales actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad; es esencial para la salud y el bienestar (5).

Las respuestas adaptativas varían de acuerdo a cada persona; entendiendo que ellas se definen como todos aquellos esfuerzos necesarios para dominar las demandas que desbordan al individuo, independientemente de su eficacia o de cuál sea su valor intrínseco (6).

Las estrategias de afrontamiento juegan un papel clave para el manejo de la enfermedad, el mantenimiento de la salud o bien la recuperación. Callista Roy reconoce que el afrontamiento constituye una variable crucial para comprender el efecto del estrés sobre la salud y la enfermedad (7). Las estrategias comportamentales, buscan controlar el estímulo o estresor en forma directa, actuando frente al problema que la persona considera es susceptible de modificar. Estas también pueden ser evasivas cuando la persona siente que no puede actuar ante el estímulo y lo rechaza en forma consciente o inconsciente.

Las afectivas hacen referencia a los intentos que realiza la persona para controlar las reacciones emocionales que el problema genera. Se manifiestan con la expresión de sentimientos frente a sí mismo y frente a otros, aceptando estos sentimientos o resignándose a permanecer en esa condición.

Las cognitivas, pueden ser de dos tipos: aquellas que buscan minimizar las consecuencias y el impacto de la situación, negando su gravedad o ignorándola, y aquellas que, por el contrario, se enfocan en la situación y se ocupan de ella. Las personas intentan mantener el control de las situaciones percibidas como difíciles mediante la utilización de respuestas racionales, en donde están presentes estrategias comportamentales y cognitivas que permiten dar solución a la situación (7).

La capacidad de afrontamiento es el resultado de la interacción entre las demandas sobre el individuo (originadas en el ambiente o en sí mismo), los recursos personales disponibles y los recursos ambientales, entre los cuales se incluyen los sociales. Los problemas de afrontamiento surgen cuando se altera la estabilidad en la relación entre la persona y el ambiente, como sucede cuando las demandas superan los recursos disponibles, o cuando los recursos de afrontamiento disminuyen progresivamente tratando de responder a las demandas (7).

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. Estos planteamientos constituyen una base fundamental para comprender el Modelo de de Callista Roy y la Teoría de Mediano Rango sobre el Proceso de Afrontamiento y Adaptación, derivada del mismo (7).

En forma frecuente los pacientes hospitalizados, críticamente enfermos, presentan estrategias inefectivas de afrontamiento. Direccional, el rol de enfermería hacia la identificación de dichas respuestas a fin de lograr la adaptación y generar diagnósticos e intervenciones acordes a la situación, se constituye en un aspecto fundamental para ofrecer un cuidado de enfermería holístico.

El objetivo del estudio fue describir la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Cartagena 2009. Para lograrlo, se determinaron las características sociodemográficas de los pacientes, e identificaron las respuestas comportamentales, cognitivas y emocionales para lograr la adaptación.

1. METODOLOGIA

1.1 Tipo de estudio: Se desarrolló un estudio descriptivo.

1.2 Población y muestra: La población estuvo constituida por los pacientes egresados de cinco unidades de cuidados intensivos de la ciudad de Cartagena. La muestra la integraron 171 pacientes, seleccionados a través de un muestreo estratificado. Para el cálculo, se tuvo en cuenta el total de pacientes hospitalizados en las unidades, durante el último trimestre de 2008.

Donde:

$$N= 431$$

$$P= 20\%$$

$$E= 5\%$$

$$Z= 1.96^2$$

$$Q= 1 - P$$

$$n = \frac{n=N*Z^2 P*Q}{E^2 (N-1) + Z^2 (P*Q)} = \frac{431 * 3.8416 (0.20 * 0.8)}{0.0025 (430) + 3.8416 (0.20 * 0.8)} = 156$$

n=156 + 10% de las perdidas= 171 pacientes.

1.3 Muestreo estratificado

Institución hospitalaria	Ne	Fracción muestral (%)	Pacientes a encuestar
UCI GESTION SALUD	126	29,2	50
UCI HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	49	11,4	19
UCI BOCAGRANDE	59	13,7	23
UCI CARTAGENA DEL MAR	97	22,5	38
UCI CRECER	100	23,2	40
Total	431	100,0	171

1.4 Criterios de inclusión: Pacientes adultos egresados de las unidades de cuidado intensivo de cinco instituciones de la ciudad de Cartagena, en condición de salud estable, que desearon participar voluntariamente y firmaron su consentimiento.

1.5 Criterios de exclusión: Pacientes en condición de salud estable egresados de uci, hospitalizados en sala general recibiendo soporte ventilatorio, con alteraciones mentales y estados de inconciencia.

1.6 Técnicas y procedimientos: Para describir las estrategias de afrontamiento y adaptación, se empleó la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS) de Callista Roy, basada en una teoría de mediano rango sobre el proceso de afrontamiento y adaptación, derivada de su modelo conceptual.

La escala consta de 47 reactivos, cinco dimensiones o factores, el patrón de respuesta es de cuatro puntos, que va desde 1 = nunca, a 4 = siempre. El puntaje puede oscilar entre 47 a

188 puntos, a mayor puntaje significa un uso más consistente de estrategias de afrontamiento. Con relación a los cinco factores, los tres primeros miden los comportamientos, las reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación. Estos son:

Factor 1: recursivo y centrado (10 ítems): Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y busca resultados

Factor 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems): Resalta las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones.

Factor 3: proceso de alerta (9 ítems): Representa los comportamientos del yo personal y físico, y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas.

Factor 4: procesamiento sistemático (6 ítems): Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.

Factor 5: 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.

La confiabilidad del instrumento en su versión en español fue informada por Gutiérrez y colaboradores en una muestra de 417 sujetos mayores de 50 años en contexto colombiano, con una función mental intacta, evaluada a través de la consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de 0,88 (24).

Para evaluar la capacidad de afrontamiento y adaptación, se tuvo en cuenta la categorización, realizada a la escala por Gutiérrez C, a nivel global y por factores, teniendo en cuenta los puntajes mínimo y máximo, como aparece en el siguiente cuadro:

Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Puntaje Global
Baja capacidad	11-19	13-23	9-16	6-11	8-14	47-82
Mediana capacidad	20-28	24-33	17-23	12-15	15-20	83-118
Alta capacidad	29-36	34-42	24-29	16-20	21-26	119-153
Muy Alta capacidad	37-44	43-52	30-36	21-24	27-32	154-188

1.7 Aspectos éticos: La investigación respetó los parámetros éticos para estudios con seres humanos contenidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y se clasificó, de riesgo mínimo (8).

1.8 Análisis estadístico

Una vez diligenciados los datos se incorporaron en una matriz creada en Microsoft Excel y se procesaron en el programa Statistical Package Socials Sciencies (SPSS) versión 15.0, con el cual se generaron estadísticas descriptivas sobre las características sociodemográficas de los pacientes, asimismo, medidas de tendencia central, coeficiente de variación del puntaje obtenido por el grupo a nivel global y por factores.

2. RESULTADOS

2.1 Características sociodemográficas

Participaron 171 pacientes, con edades entre 18 y 88 años y una media de 50,8 IC 95% (48,1 – 53,6). Con relación al sexo, (50,3%) fueron mujeres y (49,7%) hombres. Los estratos socioeconómicos predominantes fueron el 2 y 3 (71,3%) y en menor porcentaje el 6 con un (1,2%). La escolaridad estuvo representada en un (24,0%) en primaria incompleta, primaria completa (20,5%), secundaria incompleta (18,7%), secundaria completa (16,4%) técnicos (7,0%), universitario completo (6,4%) y universitario incompleto (2,9%). Los participantes en un (43,9%), son casados, el (15,8%) solteros, en unión libre (24,6%), viudos (11,7%) y separadas (4,1%). La religión predominante fue la católica, en un 70,8% (ver tabla 1).

El 64,3% de los pacientes es de procedencia urbana 64,3%, el 49,1% pertenecen al régimen subsidiado, y un 46,8% al contributivo. El 45,0% se dedica al hogar, seguidos por los empleados en un 25, %, y en menor porcentaje, los estudiantes en un 3,5% de los casos (Ver tabla 2).

De los 171 participantes, el (36,3%) reportaron alteraciones cardiovasculares, alteraciones respiratorias (13,5%), seguido de sepsis y complicaciones quirúrgicas con un (9,4%), alteraciones neurológicas (5,8%), traumas, alteraciones gastrointestinales, estados de choque, alteraciones metabólicos con un (4,7%), alteraciones hematooncologicos (4,1%) y en menor porcentaje, las alteraciones renales (2,9%) (Ver tabla 3).

2.2 Capacidad de Afrontamiento y Adaptación global y por factores

La capacidad de afrontamiento y adaptación de los pacientes egresados de UCI, a nivel global fue alta, promedio de 133,8, con una mediana de 136, coeficiente variación de 15,2 (Ver tabla 4). El 63,2% se ubican en el nivel de alta capacidad, el 19,9% en mediana capacidad. La baja capacidad de afrontamiento y adaptación solo reporto 1,2% (Ver figura 1).

Por Factores, los participantes se ubicaron en los siguientes niveles

Factor 1: Recursivo y centrado, se obtuvo un promedio de 32,3, con una mediana de 33 y un coeficiente de variación de 17,9 (Ver tabla 4). Se encontró que el 44,4 % de los participantes presentan alta capacidad, el 31,6% muy alta capacidad, el 21,6% mediana capacidad y el 2,3% baja capacidad (Ver figura 1).

El estar atento a cualquier cosa relacionada con la situación, estar dispuesto a modificar su vida radicalmente con tal de salir de la crisis, y obtener la mayor información posible para aumentar las opciones fueron los ítems en donde se reportan mejores resultados (63,7%, 56,1% y 55,6% respectivamente). El desarrollar un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación es el ítem que reporta una mayor proporción de pacientes ubicados en la categoría nunca. (Ver tabla 5).

Factor 2: Reacciones físicas y enfocadas, con un promedio de 31, una mediana de 31 y coeficiente de variación de 24 (Ver tabla 4). El 40,9% hace parte de la mediana capacidad de afrontamiento, el 32,2 % presenta una alta capacidad de afrontamiento y el 19,9% corresponde a baja capacidad de afrontamiento (Ver figura 1).

Los ítems, al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas, trato de hacer frente a la crisis desde el principio y solo puedo pensar en lo que me preocupa; fueron los que mostraron una mayor proporción de pacientes con un mejor resultado (41.5%,39.8% respectivamente). Asimismo, uno de cada tres pacientes que hacen parte del estudio reportan rendirse fácilmente. (Ver tabla 6).

Factor 3: Proceso de alerta, se obtuvo un promedio de 26, una mediana de 27 y un coeficiente de variación de 20,2 (Ver tabla 4). El 46,2% presentaron alta capacidad, 25,7% muy alta capacidad, el 21,6% una mediana capacidad y el 6,4% baja capacidad de afrontamiento (Ver figura 1).

Referente a este factor los ítem que mayor puntuaron fueron, poder seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez, poner los sentimientos a un lado y ser muy objetivo

acerca de lo que sucede, obtener buenos resultados al manejar problemas complejos, fueron los ítems que arrojaron mayores hallazgos; (45%, 43.3% y 35.7 respectivamente), y en menor proporción con un 7% nunca adoptan rápidamente nuevas capacidades cuando estas resuelven sus problemas (Ver tabla 7).

Factor 4: Procesamiento sistemático, se obtuvo un promedio de 18,9, una mediana de 20, coeficiente de variación de 23,6 (Ver tabla 4). El 45% se ubico en muy alta capacidad, alta capacidad 36,3 mediana capacidad 8,2 y baja capacidad de afrontamiento 10,5. (Ver figura 1).

La mayor proporción de participantes siempre llaman al problema por su nombre y tratan de verlo en su totalidad; analizan la situación como realmente es; y tratan de mantener equilibrio entre la actividad y el descanso (52%; 48.5% y 45.6%). Un 7.6% nunca se toma el tiempo necesario y no actúa hasta que no tener una buena comprensión de la situación (Ver tabla 8).

Factor 5: Conocer y relacionar, se obtuvo un promedio de 25,7, una mediana de 26 y coeficiente de variación de 17,1(Ver tabla 4). El 43.3% de los pacientes se encontró entre alta capacidad, el 42.7% muy alta capacidad y mediana capacidad de afrontamiento 14% (Ver figura 1).

Los ítems, me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo, trato de recordar las estrategias o las soluciones que me han servido en el pasado, aprendo de las soluciones que han funcionado para otros; fueron los que revelaron mayor proporción de pacientes con un mejor resultado (61.4%; 56.7% y 44.4%). Poder relacionar lo que sucede con las experiencias pasadas o con los planes futuros reportó un 4.7% en la categoría nunca (Ver tabla 9).

3. DISCUSION

Los pacientes egresados de las unidades de cuidado intensivo, presentaron alta capacidad de afrontamiento y adaptación, ante la crisis generada por los estresores y las demandas del ambiente, propios de la UCI.

Similares hallazgos, informaron Martínez A, et al. en un estudio, en el cual, la estancia de los pacientes en una unidad de cuidados coronarios no fue percibida como problemática, fue vista en general como algo necesario hacia la recuperación (9).

Asimismo, Beltrán O, en una investigación sobre la experiencia de adultos críticamente enfermos hospitalizados en UCI, reportó, como respuestas de afrontamiento para la adaptación, que el padecimiento de la enfermedad grave y la UCI significó una motivación para cambiar la forma de vivir y de pensar; es decir, esta experiencia permitió avanzar en el aprendizaje y en el crecimiento personal, resolver la experiencia, aceptarla, darle significado, y evitar las condiciones que producen daño (10). Lo anterior es similar a lo reportado en el presente estudio en el cual los pacientes reflejan un estilo de afrontamiento centrado en estrategias cognitivas, que buscan encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable, buscando solucionar directamente la situación.

Estos hallazgos son consistentes con los planteamientos de Livneh, las estrategias cognitivas pueden ser de dos tipos, aquellas que buscan minimizar las consecuencias y el impacto de la situación, negando su gravedad o ignorándola, y aquellas que, por el contrario, se enfocan en la situación y se ocupan de ella. Las personas intentan mantener el control de las situaciones percibidas como difíciles mediante la utilización de respuestas racionales, en donde están presentes estrategias comportamentales y cognitivas que permiten dar solución a la situación. (11).

Contrario a los resultados del presente estudio, Carvalho A, en una investigación guiada por el modelo de adaptación de Callista Roy, cuyo propósito fue conocer las repercusiones psicosociales del adolescente después del trasplante renal hospitalizados en UCI y los mecanismos de adaptación utilizados en su nueva condición de vida; identificó problemas de adaptación, como limitación física, vergüenza, miedo al rechazo e impotencia. Sin embargo, esos adolescentes pudieron afrontar de manera positiva tal situación y mejorar la adaptación a su nueva condición, lo que les permitió un tratamiento más eficaz y, consecuentemente, una mejor calidad de vida (12).

Así mismo Del Barrio et al. observó que los pacientes de UCI relatan su experiencia como negativa debido a las alteraciones cognitivas, la incomodidad por los equipos y procedimientos invasivos, limitación de movimientos, incapacidad para hablar, sed, ruido y dolor; además reportaron dificultad para dormir, alteración de la imagen corporal y preocupación por la insatisfacción en las necesidades básicas. (13). Estos resultados son contrarios a la presente investigación en la cual son bajas las proporciones de pacientes que reportan malestar en cuanto a alteraciones cognitivas y dificultades para la realización de actividades físicas.

Con relación a la capacidad de afrontamiento, en los factores 1,3,4,5 se encontró en los pacientes egresados de UCI, un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales, para el control de la situación. A pesar de la carencia de investigaciones que informen estrategias de afrontamiento y adaptación discriminadamente por factores, diversos autores han ratificado que este tipo de afrontamiento activo favorece la adaptación positiva del paciente a su condición médica. (14). Similares hallazgos encontró González A, en una investigación sobre calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos, determinó que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las orientadas al problema, las cuales se refieren a las conductas dirigidas a confrontar la realidad y el tener una reapreciación positiva, manejando sus consecuencias. (15)

Contrario a lo anterior, los estilos pasivos, implican una tendencia a perder el control sobre la situación y se pasa a depender de otros; éstos se han relacionado con un aumento en la severidad del dolor, depresión y elevado deterioro funcional (16,17). Similares resultados se encontraron en el presente estudio en el Factor 2, reacciones físicas y enfocadas, en donde se encontró una mediana capacidad de afrontamiento, con un estilo de afrontamiento pasivo y estrategias de afrontamiento variadas, que no generaron en los pacientes, respuestas tan efectivas que le permitieran adaptarse y confrontar la situación de forma óptima.

Martínez A, et al. con relación a las respuestas de afrontamiento, identificaron en los pacientes hospitalizados en UCI coronarias, estrategias de afrontamiento pasivas como, la negación, la evitación, el escape y la resignación como conformidad ante el sufrimiento (9). La literatura respalda que en las estrategias emocionales y en las comportamentales de evasión, los individuos tratan de evitar los estímulos mediante este tipo de respuestas, que en muchos casos llevan a la persona a resignarse a la situación sin buscar una alternativa de solución (11).

Es importante destacar que la capacidad de afrontamiento y adaptación le permite al ser humano hacer frente a las situaciones adversas, sobre todo ante la enfermedad y la hospitalización, de ahí la importancia que las enfermeras valoren los sistemas de apoyo personales, familiares y sociales de los pacientes para fortalecer los mecanismos de afrontamiento y adaptación como estrategia activa para la aceptación, recuperación y rehabilitación del paciente críticamente enfermo (18).

Se concluye, que los participantes del estudio, presentaron una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, reflejando un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales, perciben la situación como controlable y buscaron encontrar significado a la hospitalización en UCI.

La escala, diseñada por Callista Roy permitió identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación que la persona utiliza para hacer frente a situaciones críticas, como la hospitalización en UCI y se constituye en una herramienta para generar diagnósticos

propios de la disciplina y direccionar la práctica para lograr la adaptación ante estrategias inefectivas que aparecen de forma muy frecuente en los pacientes críticamente enfermos.

Como fortalezas, este estudio, se constituye en un importante aporte para la validación de una teoría de mediano rango de enfermería, que fortalece la práctica profesional, y para la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, los resultados enriquecen la investigación disciplinar y el cuidado de enfermería.

Las limitaciones se relacionan con la extensión del instrumento para su aplicación a este tipo de pacientes y las dificultades para completar la muestra, dada, la estancia hospitalaria prolongada de los pacientes en UCI

Se recomienda continuar la investigación que permita establecer la relación entre las diferentes variables sociodemográficas, tipo de enfermedades de los pacientes y la capacidad de afrontamiento y adaptación. Además, el diseño e implementación de planes de cuidados de enfermería orientados a identificar estrategias de afrontamiento, adecuadas o inefectivas, a fin de favorecer la adaptación de las personas hospitalizadas en UCI.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sánchez B. El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. Actualiz enferm 2002; 5 (1): 13-16.
2. Negrin R, Betancourt J, Sánchez MI, Monterrey Y, Negrin del Pino R. Morbimortalidad en una unidad de cuidados intensivos. Rev. Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2006; 5(2).
3. Oliveros H, Martínez F, Lobelo R, Santrich D. Factores de riesgo determinantes de mortalidad postoperatoria en UCI, en los pacientes quirúrgicos de alto riesgo. Rev Col Anesthesiol 2005;(33): 17-23.
http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/24-1/8_Mortalidad.pdf
4. Casado, F. Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. Apuntes de Psicol. 2002; 20(3): 11-12.
<http://www.portalsaludmental.com/Article75.html>
5. Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, Durán M, 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. Rev. Aquichán 2007; 7 (1): 54-63
6. Rodríguez J, Zurriaga R. Estrés, enfermedad y hospitalización. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada: 1997 Capítulo 2.
7. Veloza M, Moreno M E, 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. Bogota: El manual moderno; 2007. pp. 13-25

8. Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
9. Martínez A, Rodríguez A, Rodríguez C, Rodríguez A. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Enferm Cardio* 2005; (34) 15-21. En línea <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3401.pdf>.
10. Beltrán Salazar ÓA, La enfermedad grave, una oportunidad. *Invest Educ Enferm*. 2008; 26(1): 68-77.
11. Livneh H. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Conceptual Framework. In: *Rehabilitation Counseling Bulletin*. Washington: Spring, 2001; 44 (3): 151
12. Carvalho ALB, Guedes MVC, Lopes MVO. Transplante Renal: Abordando los adolescentes a través de lá Teoria de Roy. *Tempus Vitalis Revista Internacional*. 2004; 4 (2): 29-36. En línea http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/original/adapmadroy401642009105123.pdf
13. Del Barrio M, Lacunza M, Armendáriz A. pacientes con transplante hepático: su experiencia en cuidado intensivo. Estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva* 2001; 12(3): 135, 136-41. En línea <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2013710>
14. Carrobbles, J. A., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 2003; 15 (3): 420-426. En línea <http://www.psicothema.com/pdf/1082.pdf>

15. González A, Padilla A, Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México, Univ. Psychol. 2006; 5 (3): 501-509. En línea <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/456/313>
16. Brown, G. K, Nicassio P.M. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. 1987; Pain 31: 53-64. En línea www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3696743
17. Brown, G. K., Nicassio, P. M. & Woolston, K. A. Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1989; 57: 652-657. En línea <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2794186>
18. Fuentes González N, Ojeda Medina AA. Soporte y red social en el adulto maduro con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal. Biblioteca Las casas, 2007; 3(3). En línea <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0261.php>. Consultado agosto 20

ANEXOS

Tabla 1. Distribución de los pacientes según género, estrato socioeconómico, escolaridad, estado civil y religión

Sexo	Nº	%
F	86	50,3
M	85	49,7
Estrato	Nº	%
1	36	21,1
2	71	41,5
3	51	29,8
4	9	5,3
5	2	1,2
6	2	1,2
Escolaridad	Nº	%
Sin Escolaridad	7	4,1
Primaria Incompleta	41	24,0
Primaria Completa	35	20,5
Secundaria Incompleta	32	18,7
Secundaria Completa	28	16,4
Técnico	12	7,0
Universitario incompleto	5	2,9
Universitario completo	11	6,4
Estado civil	Nº	%
Soltero	27	15,8

Viudo	20	11,7
Separado	7	4,1
Unión libre	42	24,6
Casado	75	43,9
Religión	Nº	%
Católica	121	70,8
Evangélica	27	15,8
Testigo de Jehová	8	4,7
Otros	15	8,8
Total	171	100,0

Tabla 2. Distribución de los pacientes según ocupación, procedencia y afiliación en Salud

Ocupación	N°	%
Estudiante	6	3,5
Hogar	77	45,0
Trabajador Independiente	38	22,2
Trabajador Dependiente	43	25,1
Otros	7	4,1
Procedencia	N°	%
Rural	61	35,7
Urbano	110	64,3
Afiliación en salud	N°	%
Sin afiliación	4	2,3
Régimen Subsidiado	84	49,1
Régimen Contributivo	80	46,8
Medicina Prepagada	3	1,8
Total	171	100,0

Tabla 3. Distribución de los pacientes encuestados según diagnóstico

Tipo de Diagnostico	Nº	%
Alteraciones renales	5	2,9
Alteraciones metabólicos	8	4,7
Alteraciones hematooncológicos	7	4,1
Traumas	8	4,7
Alteraciones gastrointestinales	8	4,7
Estados de Choque	8	4,7
Alteraciones neurológicas	10	5,8
Quirúrgicos	16	9,4
Sepsis	16	9,4
Alteraciones respiratorias	23	13,5
Alteraciones cardiovasculares	62	36,3
Total	171	100,0

Tabla 4. Niveles de afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de UCI por factores

Factor	Rangos	Promedio I.C. 95%	Coefficiente de Variación(%)
Factor 1	11-44	32,3 (31,4 - 33,2)	17,9
Factor 2	13-52	31,0 (29,9 - 32,1)	24,0
Factor 3	9-36	26,0 (25,2 - 26,7)	20,2
Factor 4	6-24	18,9 (18,2 - 19,5)	23,6
Factor 5	8-32	25,7 (25,1 - 26,4)	17,1
Total	47-188	133,8 (130,8 – 136,9)	15,2

Tabla 5. Factor 1. Recursivo y centrado

Ítems	Nunca(%)	Rara Veza(%)	Algunas Veces(%)	Siempre(%)
Propongo una solución nueva para un problema nuevo.	5,3	17,0	28,7	49,1
Obtengo la mayor información posible para aumentar mis opciones.	4,7	15,8	24,0	55,6
Trato de que todo funcione a mi favor.	6,4	8,2	33,3	52,0
Identifico como quiero que resulte la situación y luego miro como lo puedo lograr.	7,6	15,8	29,2	47,4
Trato de redirigir mis sentimientos para enfocarlos constructivamente.	8,2	16,4	27,5	48,0
Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la situación	3,5	8,2	24,6	63,7
Trato de ser recursivo para enfrentar la situación.	3,5	10,5	31,6	54,4
Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida radicalmente.	12,3	9,9	21,6	56,1
Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones.	7,0	18,7	22,8	51,5
Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación	17,0	14,6	31,0	37,4

Tabla 6. Factor 2. Físico y enfocado

Ítems*	Nunca(%)	Rara Vez(%)	Algunas Veces(%)	Siempre(%)
Tengo dificultad para completar tareas o proyectos.	22,2	48,0	14,0	15,8
Solo puedo pensar en lo que me preocupa.	39,8	26,9	21,6	11,7
Encuentro la situación demasiado compleja, con más elementos de los que puedo manejar.	31,6	33,9	21,1	13,5
Parece que actúo con lentitud sin razón aparente.	31,6	33,9	21,1	13,5
Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo.	25,7	34,5	18,7	21,1
Tiendo a paralizarme y confundirme al menos por un tiempo	31,0	32,7	17,5	18,7
Encuentro difícil explicar cual es el verdadero problema	30,4	31,6	21,6	16,4
Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga.	31,6	31,0	17,5	19,9
Por alguna razón no parezco beneficiarme de mis experiencias pasadas.	26,9	27,5	24,6	21,1
Experimento cambios en la actividad física.	28,7	40,4	19,3	11,7
Trato de hacer frente a la crisis desde el principio.	39,8	31,6	13,5	14,6

Me doy cuenta que me estoy enfermando.	38,0	33,3	17,0	11,7
Me rindo fácilmente.	20,5	25,1	21,6	32,7
Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas.	41,5	30,4	12,9	15,2

* ítems inversos

Tabla 7. Factor 3. Proceso de alerta

Ítems	Nunca(%)	Rara Vez(%)	Algunas Veces(%)	Siempre(%)
Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez.	14,6	12,3	28,1	45,0
*Soy menos eficaz bajo estrés	43,3	21,1	17,5	18,1
Me siento alerta y activo durante el día.	11,2	14,7	31,2	42,9
Pongo mis sentimientos a un lado y soy muy objetivo acerca de lo que sucede.	14,6	12,3	29,8	43,3
Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos.	11,1	18,1	35,1	35,7
Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de la gente cuando tengo que ir a lugares desconocidos	12,9	14,0	33,9	39,2
Soy más eficaz bajo estrés.	21,1	12,9	35,7	30,4
Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como ellos sucedieron.	14,6	13,5	28,7	43,3
Adopto rápidamente nuevas capacidades, cuando estas pueden resolver mi problema.	7,0	22,8	28,7	41,5

* ítems inversos

Tabla 8. Factor 4. Procesamiento Sistemático

Ítems	Nunca(%)	Rara Vez(%)	Algunas Veces(%)	Siempre(%)
Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad.	8,2	10,5	29,2	52,0
Me tomo el tiempo necesario y no actúo hasta que no tengo una buena comprensión de la situación	7,6	12,3	31,6	48,5
Pienso en el problema sistemáticamente, paso a paso	11,7	14,0	25,7	48,5
Analizo la situación como realmente es.	8,2	16,4	26,9	48,5
Trato de mantener equilibrio entre la actividad y el descanso.	10,5	14,0	29,8	45,6
Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar.	15,8	12,9	23,4	48,0

Tabla 9. Factor 5. Conocer y relacionar

Ítems	Nunca(%)	Rara Ve(%)	Algunas Veces(%)	Siempre(%)
Trato de recordar las estrategias ó las soluciones que me han servido en el pasado.	1,8	11,1	30,4	56,7
Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo.	1,8	12,3	24,6	61,4
Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones.	2,9	12,9	29,2	55,0
Utilizo el humor para manejar la situación.	7,6	18,1	33,3	40,9
Puedo relacionar lo que sucede con las experiencias pasadas o con los planes futuros	4,7	15,2	33,3	46,8
Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros.	5,3	19,9	30,4	44,4
Miro la situación positivamente como una oportunidad ó desafío.	12,3	17,0	30,4	40,4
Planteo diferentes soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar	10,5	17,0	29,2	43,3

Figura 1. Grado de capacidad de Afrontamiento y Adaptación por factores y global de los pacientes egresados de UCI

