

**AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE CUIDADORES
PRINCIPALES FAMILIARES DE PACIENTES SOMETIDOS A
PROCEDIMIENTOS CARDIOINVASIVOS**

**Investigador
YISETH KATHERINE ROJAS PICÓN**

**Asesor
ADRIANO AGATÓN DÍAZ GÓMEZ**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTAGENA
2015**

**AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE CUIDADORES
PRINCIPALES FAMILIARES DE PACIENTES SOMETIDOS A
PROCEDIMIENTOS CARDIOINVASIVOS**

**Investigador
YISETH KATHERINE ROJAS PICÓN**

**Trabajo de Investigación para optar al título de Magíster en
Enfermería con énfasis en cuidado a las personas y a los colectivos**

**Asesor
ADRIANO AGATÓN DÍAZ GÓMEZ**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTAGENA
2015**

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Cartagena de Indias, Colombia.

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta investigación a Dios, quien me ha regalado la vida y la sabiduría para culminar este proyecto, por todas las bendiciones que ha puesto en mi camino.

A mi madre Milena Rojas por todo su amor, comprensión y paciencia, por sus valiosos consejos haciéndome una persona de bien.

A mi esposo Humberto Gámez por apoyarme incondicionalmente para la consecución de mis objetivos.

A la memoria de mi abuela Blanca Picón, quien no pudo ver mi triunfo, pero sé que desde el cielo mi muñequita siempre me cuida.

TABLA DE CONTENIDO

	PÁG.
Lista de Tablas	6
Lista de Anexos	7
Resumen	8
Abstract	9
1. Introducción	10
2. Objetivos	19
2.1 Objetivo general	19
2.2 Objetivos específicos	19
3. Marco teórico	20
3.1 Enfermedad cardiovascular y procedimientos cardioinvasivos	20
3.2 El cuidador principal familiar en la enfermedad cardiovascular y los procedimientos cardioinvasivos	21
3.3 Afrontamiento y adaptación	25
3.4 Modelo de adaptación de Callista Roy	26
4. Metodología	33
4.1 Tipo de estudio	33
4.2 Población y muestra	33
4.3 Criterios de inclusión	33
4.4 Criterios de exclusión	33
4.5. Instrumentos, técnicas y procedimientos para la recolección de la información	34
4.5.1. Instrumentos	34
4.5.2. Técnicas y procedimientos	36
4.6 Aspectos éticos	37
4.7 Operacionalización de variables	39
5. Resultados	42
6. Discusión	45
7. Conclusiones	51
8. Recomendaciones	53
Agradecimientos	54
Referencias Bibliográficas	55
Tablas	63
Anexos	70

LISTA DE TABLAS

	PÁG.
Tabla 1: Sexo y estado civil de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasivos.	64
Tabla 2: Escolaridad de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasivos.	64
Tabla 3: Ocupación, estrato socioeconómico y religión de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasivos.	65
Tabla 4: Número de personas con las que conviven los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasivos.	65
Tabla 5: Tipo de familia y tipo de relación de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasivos.	66
Tabla 6: Procedimiento realizado a los pacientes de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasivos.	66
Tabla 7: Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasivos.	66
Tabla 8: Escala de Medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS): ítems en cantidades y porcentajes.	67

LISTA DE ANEXOS

	PÁG.
Anexo 01: Características sociodemográficas y Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) de Callista Roy en español, versión abreviada.	71
Anexo 02: Permisos institucionales.	75
Anexos 3: Certificación para la utilización del instrumento	79
Anexo 4: Consentimiento informado	80

RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación de los Cuidadores Principales Familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos en Valledupar, entre Febrero 2014 y Febrero 2015.

Metodología: Estudio cuantitativo, con diseño descriptivo y enfoque transversal, realizado en 230 cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos. El instrumento fue la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy en español, versión abreviada. Se utilizó una encuesta sociodemográfica para identificar las características sociales de la población objeto de estudio. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva.

Resultados: La edad promedio de los sujetos fue de 40,8 años, el 93,9% fueron hombres. Los cuidadores principales familiares mostraron una mediana capacidad de afrontamiento y adaptación con el 50,0%, baja capacidad con 47,0% y un 3,0% con alta capacidad. Ellos siempre refieren “sentirse bien cuando creen que manejan los problemas lo mejor que pueden”, mientras que casi nunca “proponen diferentes soluciones para resolver la situación”.

Conclusión: los sujetos reflejaron una mediana capacidad de afrontamiento y adaptación ante estímulos focales, contextuales y residuales propios de la situación de salud de su ser querido; expresando un estilo de afrontamiento centrado en estrategias de tipo cognitivo, comportamentales y afectivas, procurando controlar los estímulos medioambientales. El afrontamiento de los sujetos obedece a las características individuales para manejar situaciones difíciles o de las capacidades, internas o externas, con las que cuenta la persona para hacer frente a la situación potencialmente estresante.

Palabras clave DeCS: Adaptación, Cuidadores familiares, Familia, Procedimientos quirúrgicos cardiovasculares.

ABSTRACT

Objective: To determine the skill degree of confrontation and adaptation in the main caregivers, which are relatives of patients undergoing to cardioinvasive proceduces in Valledupar, between February 2014 to February 2015.

Methodology: It is a quantitative study, with a descriptive desing and transversal focus, made in 230 principal relatives caregivers, which are the main relatives of patients, sumited to cardioinvasive proceduces. The tool used was the measurement range of the Callista Roy's confrontation and adaptation process, in Spanish, abridged version. Here was used a sociodemographic survey to identify the social characteristics of the target population.

Results: The average age of the person was of 40,8 years, the 93,9% were men. The principal relatives caregivers showed a medium skill of confrontation and adaptation with the 50,0%, low skill with 47,0% and a 3,0% with high skill. They always refer "feel good when they belive they handle the problems as best they can", while almost never "propose different solutions to resolve the situation".

Conclusion: The individuals showed a medium ability of confrontation and adaptation to focal contextuals and residuals stimuli, typical of the health situation of their loved one, expressing a confrontation style, centered in cognitive, behavioral and afective strategies, seeking to control the environmental stimulus. The confrontation of the main principal relative caregivers obey to the individuals characteristics to manage difficult situations of the internal and external skill, which one the person count to do in front to the event of stressful situation.

Main Words DeCS: adaptation, relative caregiver, family, cardiovascular surgical procedure.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas, incluyendo en éstas las enfermedades cardiovasculares, se han convertido en un problema de salud pública, formando parte de las primeras causas de morbilidad y mortalidad, no sólo en nuestro país sino a nivel mundial (1), pues cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa; además de traer como consecuencias secuelas que afectan la calidad de vida e independencia de las actividades de la vida diaria, modificando el estilo de vida no sólo de los pacientes, sino de su cuidador principal familiar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), ratifica esta afirmación cuando al revisar los datos correspondientes al año 2012 muestra que murieron por esta causa 17,5 millones de personas, es decir 3 de cada 10 (2). Las muertes por enfermedad cardiovascular afectan por igual a ambos sexos y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por Enfermedad Cardiovascular, sobre todo por cardiopatías y Accidente Vascular Cerebral, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte (3).

Aunado a esto, las estadísticas publicadas por la Asociación Estadounidense del Corazón (American Heart Association, AHA) para el año 2014, informan que al menos 85,6 millones de personas en este país sufren algún tipo de enfermedad cardiovascular y proyectan que para el año 2030 el 43,9% de la población de Estados Unidos presenta alguna forma de enfermedad cardiovascular (4). Además, la creencia que las enfermedades cardíacas afectan principalmente a los hombres es incorrecta. De hecho, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte entre las mujeres; en la actualidad, estas enfermedades causan casi medio millón de muertes de mujeres anualmente (5). Aproximadamente un tercio (33%) de las muertes por enfermedades cardiovasculares fueron prematuras (antes de los 75 años de edad, la expectativa de vida promedio aproximada durante el año 2014) (5).

De igual manera, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (6), informa que en Latinoamérica las enfermedades cardiovasculares son la causa más frecuente de defunción y discapacidad, tanto en los hombres como en las mujeres. Específicamente en Argentina, se realizaron 10.476 cirugías cardíacas en 172 centros de todo el país, lo cual indica una tasa de uso de una intervención invasiva cada 2.673 habitantes por año (374 cirugías por millón) (7).

A su vez, en el informe de Prioridades para la salud cardiovascular en las Américas 2011 publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (8), según el perfil epidemiológico de la región un alto porcentaje de la población adulta de menos de 70 años de edad está en riesgo de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años: hasta un 41% de los hombres y el 18% de las mujeres en países con tasas muy bajas de mortalidad, hasta el 25% de los hombres y el 17% de las mujeres en los países con tasas bajas de mortalidad y hasta un 8% de los hombres y el 6% de las mujeres en los países

con tasas muy altas de mortalidad; este riesgo de sufrir eventos cardiovasculares implicaría la realización de procedimientos invasivos de cardiología para diagnosticarlos y/o tratarlos, que a su vez conllevaría a nuevas estrategias aplicadas de afrontamiento y adaptación no sólo del paciente, sino también del cuidador principal familiar. Así mismo, publicó que para el 2013 las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el cuarto puesto (4/67) dentro de las principales causas de mortalidad en las Américas con un 5,56% de todas las edades; mientras que en los mayores de edad ocupó el tercer puesto con 7,80% (9).

Las enfermedades cardiovasculares, según Anchique (10) el estado de rehabilitación cardiovascular en nuestro país ocupa el primer lugar de mortalidad tanto para hombres como para mujeres mayores de 45 años. Según los registros del Observatorio Nacional de Salud en Colombia de diciembre de 2013 (11), se notificó la más alta proporción de fallecimientos por enfermedades cardiovasculares con el 25.4% del total de muertes, y la menor proporción fue en el año 1998 con 21.6% de las muertes.

Esta tendencia se observa tanto en hombres como en mujeres durante los últimos 20 años, llegando a estadísticas alarmantes de 80 fallecimientos diarios (44 hombres y 36 mujeres) según datos publicados Noviembre de 2014 por el Ministerio de Salud de Colombia, por medio del Observatorio de Salud Cardiovascular, Diabetes y Enfermedad Crónica Renal (OCADER) (12, 13). Según los registros del Ministerio de Salud y la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud en Colombia sobre los indicadores básicos de salud publicado en Junio de 2014, la tasa de mortalidad general por enfermedades circulatorias fue de 114.58 por 100.000 habitantes y 66,81 por 100.000 habitantes para mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (14), lo que se representa en un 28% de todas las causas de muerte a nivel Nacional (15).

Para el departamento del Cesar, las enfermedades isquémicas del corazón son la primera causa de mortalidad (incluyendo en este grupo las enfermedades cardiovasculares) con 404 casos en el año 2011, cifra que se mantiene relativamente cercana en el año 2012 con 306 casos según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE- (16). Específicamente en la ciudad de Valledupar, según datos oficiales de la Secretaría de Salud Municipal, se presentaron 1441 casos de enfermedad cardiovascular para el año 2012 (17).

Las personas que padecen enfermedad cardiovascular, y que presentan factores de riesgo asociados modificables como una dieta malsana, obesidad, el sedentarismo, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol; y no modificables como la hipertensión arterial y la diabetes, tienen aproximadamente un 80% más de riesgo para las complicaciones de la enfermedad cardiovascular (18). Las complicaciones más preponderantes son la aterosclerosis coronaria, infarto agudo del miocardio, angina de pecho, enfermedad vascular periférica, aneurisma de aorta, accidente cardiovascular isquémico, accidente cardiovascular hemorrágico, hipertensión arterial prolongada,

insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal, cardiomiopatía, arritmias cardíacas, dislipidemia y albuminuria, entre otras; esta evolución puede ser imprevisible y mortal (19).

Para evitar estas complicaciones el paciente con enfermedad cardiovascular debe ser sometido, dependiendo del estadio de la patología en que se encuentre, del porcentaje de obstrucción circulatoria y de los resultados de exámenes preliminares, a una intervención quirúrgica cardiovascular, que no es más que un procedimiento invasivo en el cual al paciente se le hacen correcciones de obstrucciones de placas de ateroma en las arterias coronarias, para recuperar la irrigación sanguínea de la zona afectada (20). Los más realizados son el cateterismo cardíaco, la angioplastia coronaria, implantación de marcapaso y/o desfibrilador, bypass coronario o revascularización miocárdica, cirugía cardíaca con circulación extracorpórea y trasplante cardíaco.

El cateterismo cardíaco estudia la morfología y funcionalidad de las arterias coronarias, las presiones de las cavidades, el funcionamiento de las válvulas y valora el estado del músculo cardíaco. Permite descartar lesiones en las arterias coronarias y la severidad y extensión de las mismas. Los estudios cuantifican el riesgo de muerte durante la prueba en 0.8 por cada mil casos; el riesgo de complicación embólica arterial con repercusión neurológica o sistémica en 0.6 por cada 1000 casos y el riesgo de infarto agudo de miocardio en el 0.3 por cada mil casos (21). La angioplastia coronaria es la técnica para tratamiento de las lesiones estenóticas y ateromatosas de las arterias coronarias, dejando en la zona tratada una malla metálica (stent), que quedará incorporada permanentemente a la pared arterial para evitar re-estenosis (22).

Por otro lado, la implantación de marcapaso ayuda a regular el ritmo del corazón en casos de frecuencia cardíaca lenta, rápida o irregular, o de bloqueo en el sistema de conducción eléctrica del corazón (20). El desfibrilador implantable es para aquellos pacientes que tienen una frecuencia cardíaca elevada de forma anormal, que les produce síncope y afecta la capacidad de bombeo del corazón y no han obtenido mejoría con el tratamiento farmacológico (20).

El Bypass coronariopermite mejorar el flujo sanguíneo al corazón creando una nueva ruta o derivación alrededor de una sección obstruida o dañada de la arteria, mediante el uso de una vena del mismo paciente; el procedimiento crea una nueva ruta por la que puede fluir la sangre, para que el músculo cardíaco pueda recibir la sangre rica en oxígeno que necesita para funcionar adecuadamente (20).

Por su parte, la cirugía cardíaca con circulación extracorpórea (CEC) tiene como objetivo corregir los defectos y mejorar el funcionamiento cardíaco, se acompaña de una respuesta inflamatoria sistémica, caracterizada por vasodilatación y por disminución de la resistencia vascular sistémica; esta condición patológica se traduce en importante morbilidad y mortalidad (23). Mientras que el trasplante cardíaco se realiza cuando hay complicaciones graves como la enfermedad arterial coronaria y la cardiomiopatía

idiopática (20); es importante mencionar, que éste último no se realiza en la ciudad de Valledupar debido a que no se han adecuado instalaciones físicas para su habilitación y adecuado funcionamiento.

En la ciudad de Valledupar, dichos procedimientos no distan de éstas indicaciones. Sin embargo, se realizan en su gran mayoría los procedimientos cardioinvasivos de baja y mediana complejidad, puesto que no se cuenta con la infraestructura y dotaciones en lo concerniente a quirófanos cardiovasculares idóneos para llevar a cabo procedimientos de alta complejidad. Según datos de la Secretaría de Salud Departamental del Cesar (16, 17), en la ciudad de Valledupar se realizaron los siguientes procedimientos invasivos: 481 cateterismos cardiacos, 333 angioplastias, 117 implantes de marcapaso, 96 ablaciones con radiofrecuencia, 96 revascularizaciones miocárdicas, entre otras intervenciones cardiovasculares.

Cabe resaltar, que el número de procedimientos cardiovasculares que se realizan ha experimentado un crecimiento exponencial (24). Las complicaciones de estas intervenciones oscilan, según distintas series, entre el 0,5% y el 1% tras procedimientos diagnósticos, el rango se eleva al 0,9% y 9% tras angioplastia con balón, entre el 2,9% y el 12,5% tras aterectomía, al 5,7% y 17% tras el implante de stent, al 5,2% y 10% tras valvuloplastía mitral percutánea (VMP) y al 10% y 37% tras procedimientos complejos y tras colocación de balón de contrapulsación (24).

Las estadísticas anteriormente descritas, evidencian el gran número de pacientes con enfermedad cardiovascular, la mayoría de ellos son intervenidos quirúrgicamente con fines terapéuticos para prolongar la vida, exponiéndose a los riesgos y posibles complicaciones propios de los procedimientos invasivos. Esta situación, genera en los pacientes distintos grados de dependencia familiar, debido a la nueva condición física secundaria al procedimiento cardioinvasivo y a las diversas situaciones que lo obligan a requerir cuidado permanente, necesitando a una persona cercana a asumir el rol de cuidador principal familiar.

Según esto, las personas con alteraciones cardiovasculares y sus cuidadores principales familiares, están expuestos a una cantidad de estímulos que generan respuestas de afrontamiento o adaptación. El cuidador principal familiar tiende a ser autoexigente y perfeccionista debido al deseo de poder abarcarlo todo y hacerlo todo bien (25), lo que conlleva a la aplicación de una serie de medidas para realizar el afrontamiento y la adaptación (sea positiva o negativamente) de la nueva condición de salud de su paciente. Los cuidadores principales familiares juegan un papel muy importante en el proceso de recuperación y/o rehabilitación de un paciente sometido a procedimiento cardioinvasivo, dado que por un lado sirven de soporte al paciente en su enfermedad, recordándole la medicación, acompañándolo a las consultas médicas, entre otras, y por otro lado, le prestan el necesario apoyo psíquico, emocional y social para que el paciente pueda afrontar la enfermedad en las mejores condiciones posibles (25).

Cabe resaltar, que la realización de un procedimiento invasivo de cardiología, genera una crisis no solo en el paciente sino en los cuidadores principales familiares (25), debido a que la condición de salud de su ser querido y el pronóstico de éste último, la concepción que se tenga sobre lo que es y representa un procedimiento invasivo de cardiología, la falta de apoyo emocional por parte del personal de salud, el cual centra su intervención en el paciente dejando de lado al cuidador principal familiar y la situación que éste vive derivada del estado de salud y la situación de intervención quirúrgica de su ser querido, son entre otros, factores que fomentan en el núcleo familiar el desarrollo e implementación de mecanismos de afrontamiento inefectivos que afectan su bienestar integral (25).

Además, cuando un paciente es sometido a un procedimiento invasivo de cardiología, el estilo de vida cambia para él y su cuidador principal familiar, que se convierte en un ser indispensable para el paciente. Este recurso es imprescindible en tiempos de crisis convirtiéndose en una herramienta de apoyo para la expresión de emociones y la búsqueda de información de manera general (26). De ésta manera, el cuidador principal familiar sufre profundas transformaciones en su vida a raíz del diagnóstico de enfermedad cardiovascular y aún más cuando se ve necesaria la realización de un procedimiento cardioinvasivo. Este debe asumir tareas extras, lo que ocasiona sobrecarga y estrés, además la preocupación de cuidar y asumir decisiones de la persona cuidada, quien es dependiente en múltiples aspectos de su vida diaria (26).

Un estudio realizado por García en España (27) acerca del impacto al brindar cuidados, mostró las principales cargas de cuidar así: tener gastos extra, no disponer de tiempo suficiente para sí mismo, consecuencias en la situación laboral, dificultad para alternar actividades de cuidado con actividades propias, dificultades económicas, falta de intimidad, afecciones de salud, cambio de domicilio, repercusiones en las relaciones familiares y con sus amigos. Los cambios antes mencionados, los sufre el cuidador principal familiar, quien debe modificar su estilo de vida y dependiendo de éstas transformaciones se llevarán a cabo unas estrategias para afrontar la nueva condición de salud. Dichas estrategias tienen un grado de capacidad de afrontamiento y adaptación, que se pretenden determinar en nuestra investigación.

Como se mencionó, los cuidadores familiares con frecuencia se enfrentan a un cambio en el estilo de vida y rutinas de cuidado. Sin embargo, para mantener sus capacidades del arte de cuidar, deben utilizar adecuadas estrategias de afrontamiento y adaptación porque de ello depende el bienestar de la persona que ha sido sometida a un procedimiento invasivo de cardiología. Además, el apoyo familiar produce estímulos positivos (28) que favorecen el proceso de adaptación.

En la propuesta de la teorista, la adaptación estaría vinculada en esta investigación con las funciones desarrolladas por el cuidador principal familiar que trabajan como un todo, satisfaciendo las necesidades y dependencia del paciente sometido al

procedimiento cardiointensivo. Según esto, el cuidador desarrolla unos mecanismos de afrontamiento tanto cognitivos como reguladores; el primero de ellos se refiere a la forma en la que piensa, siente y actúa el responsable del cuidado, reflejándose en los reguladores que sería las funciones motoras desarrolladas para llevar a cabo las tareas adicionales que representa esta nueva situación de salud de su paciente (28).

En este orden de ideas se producen unas respuestas o procesos de salida que resulta en la manera en la que el cuidador principal familiar asume la situación del paciente. Estas respuestas pueden ser favorables o no, dependiendo del grado de capacidad de afrontamiento que tenga la persona, considerando éste el propósito u objetivo de la presente investigación. Asimismo, los vínculos en el ser humano son imprescindibles, las personas cercanas al paciente sometido a procedimientos cardiointensivos asumen el rol de cuidadores principales familiares, a pesar de verse en la obligación de modificar sus estilos de vida acostumbrados.

Lo anterior es reafirmado por Chaparro (29) quien manifestó que la formación de vínculos en el ser humano tiene su origen en las relaciones de cuidado existentes a lo largo de la vida y que existen teorías que aplican para las situaciones en las que se encuentra en riesgo. Desarrollando una metodología cualitativa llegó a la conclusión que el esquema construido muestra al inicio una separación entre las dos personas de la díada (paciente-cuidador), y a medida que se comparte la experiencia y van haciéndose más cercanos los intereses, la díada alcanza mayor expansión de su conciencia en el cuidado. En el mismo sentido, la funcionalidad de la persona con enfermedad crónica disminuye y el nivel de habilidad de cuidado aumenta.

Efectivamente, la familia constituye la red de soporte social de mayor importancia (30) con relación a los cuidados de las personas sometidas a procedimientos cardiointensivos y la modificación de sus hábitos y estilos de vida. Aunque sea un hecho paradójico, los cambios en la dinámica social afectan a las relaciones familiares facilitando e impulsando estas relaciones entre grupos de parientes o bien debilitándolas y convirtiéndolas en una fuente de tensión, creándose una contradicción entre el sentimiento y la obligación de ayudar al familiar sometido a una intervención cardiovascular y el interés personal o la urgencia de satisfacer las demandas individuales y el propio bienestar (30).

Por otra parte, investigaciones realizadas en el 2011, muestran la aplicabilidad de la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy, las cuales denotan el gran uso de este instrumento. Flórez (31), pretendía describir la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo de Cartagena, Colombia. Para ello aplicó dicho instrumento a 171 sujetos, permitiendo evidenciar que el Modelo de Roy permite a las enfermeras identificar en los pacientes estrategias adecuadas o inefectivas y orientar el cuidado. Leyva (32), utilizó el instrumento de Roy en 22 mujeres con cáncer de mama, lo que mostró que las pacientes

se adaptan y afrontan su problema de salud con un nivel de adaptación integrado y compensatorio pudiendo distinguir que donde se presenta dificultad es en el modo físico y fisiológico.

Recientemente, Suárez y Monroy en el 2012 (33), llevaron a cabo la aplicación de la escala de afrontamiento y adaptación en padres durante el postoperatorio de cardiopatía congénita con el fin de medir el proceso con una muestra de 71 padres. Este estudio arrojó que la pareja como apoyo social, favoreció el proceso de afrontamiento de los padres, promoviendo la adaptación a la situación de salud de sus hijos.

Igualmente Jiménez en el año 2013 (34) publicó una investigación donde se incluyó a 61 familiares entre los 18 y 65 años de edad utilizando la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS) de Callista Roy, lo que les permitió concluir que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo, 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.

Es preciso traer a colación, que en la ciudad de Valledupar, se ha estudiado el afrontamiento de familiares ante diversas patologías; sin embargo, no hay investigaciones sobre la situación de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos a pesar del crecimiento exponencial del número de intervenciones realizadas en la ciudad que se ha presentado en los últimos años, resaltando la necesidad e importancia de realizar este estudio. Además, es importante destacar que los cuidadores principales familiares realizan una labor fundamental durante el proceso de afrontamiento y adaptación para el paciente, descuidando su propia respuesta ante el estímulo (intervención de su paciente).

Lo anterior se contrasta con referentes teóricos que plantean que la familia es el principal recurso de apoyo, siendo el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social (30), en el que se puede incluir la enfermedad cardiovascular y la intervención invasiva como una contingencia en la vida del paciente. En este caso, al ser procesos con alta dependencia de cuidados, esta situación se puede ver agravada por sentimientos de pérdida y por la incapacidad de afrontar la nueva situación (35). Se trata de un proceso largo en el tiempo, puesto que en un momento inicial, el entorno familiar puede no tener la capacidad de responder bien al cuidado que requiere el paciente sometido al procedimiento cardioinvasivo.

La manera cómo reaccionan los pacientes y sus cuidadores principales familiares, como se evidencia en las investigaciones planteadas anteriormente, puede ser positiva o negativa. Callista Roy reconoce que el afrontamiento es una variable que ayuda a comprender el efecto que produce el estrés sobre el proceso de salud y enfermedad,

siendo clave para la recuperación de la salud y la rehabilitación (36). Mientras que la adaptación, la define como el proceso y resultado de la interacción entre el ser humano y el ambiente (37). Así, el profesional de enfermería debe tener en cuenta la capacidad de autodeterminación del paciente y del cuidador principal familiar, y los mecanismos que emplean para lograr la adaptación.

Dado lo anterior, es necesario reconocer a los cuidadores principales familiares como protagonistas en las dinámicas de cuidado en el contexto de intervención quirúrgica cardiovascular, convirtiéndose en uno de los principales desafíos investigativos que sin duda aportarán aún más al conocimiento disciplinar y por consiguiente a la práctica profesional. De allí resulta la necesidad de realizar una investigación para determinar el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimiento cardiointensivo, y conocer las medidas de afrontamiento, lo que significaría una motivación para cambiar la forma de vivir y de pensar, además de servir de base para la toma de decisiones respecto a la vida futura. De esta misma manera, permitirá mejorar la respuesta a situaciones de estrés en el contexto familiar desde el control de forma directa del estímulo.

Según lo expuesto, el afrontamiento y la adaptación del cuidador principal familiar del paciente sometido a un procedimiento cardiointensivo, es un tema interesante de estudiar para comprender mejor todas sus implicaciones en el cuidado, tratamiento y/o rehabilitación del paciente cardiovascular; en las manifestaciones de las experiencias vividas por cada uno de los cuidadores principales familiares y las estrategias utilizadas para afrontar esta situación, determinando así el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación. A pesar del conocimiento existente sobre el tema, no hay amplias evidencias de identificación del grado de la capacidad de afrontamiento y adaptación en la práctica de los cuidados dirigidos al cuidador principal familiar, y mucho menos de aquellos dedicados a velar por la situación de salud y rehabilitación del paciente sometido a un procedimiento cardiointensivo en la ciudad de Valledupar.

Ésta es una investigación que aportó conocimiento a la disciplina de enfermería en relación con el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación, pero sobre todo por la identificación de las estrategias utilizadas por los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a un procedimiento cardiointensivo debido a que a pesar de la importancia del rol del cuidador principal familiar, éste es dejado de lado en el proceso de recuperación; sin tener en cuenta que el cuidador principal familiar es el factor clave para la rehabilitación del paciente lo que hace que entendiéndolo y ayudándolo, sea una forma de contribuir al mejoramiento del paciente. Dicha identificación de las estrategias favorecerán al profesional de enfermería para brindar un cuidado que permita direccionar positivamente el proceso de afrontamiento y adaptación a la nueva condición de salud de la diada paciente-cuidador principal familiar.

Además, se evidenció la importancia de aplicar procesos psicométricos como los instrumentos de medición en la disciplina de enfermería con el fin de facilitar y brindar mayor confiabilidad a los procesos investigativos. Esto evidencia la existencia de instrumentos propios de la enfermería que permiten intervenir por medio del cuidado familiar en un proceso complejo como es el afrontamiento, con el ánimo de lograr la adaptación. Al ser utilizado el instrumento de medida de afrontamiento y adaptación por profesionales de enfermería interesados en conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos, se buscará direccionar en forma efectiva el cuidado de enfermería.

En cuanto a la realización de ésta investigación, fue factible debido a que se contó con los recursos necesarios para la implementación de la misma, lo que incluye a la población que fue objeto de estudio, el tiempo y la disposición, los medios físicos, económicos y emotivos para llevarla a cabo.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a un procedimiento cardioinvasivo en la ciudad de Valledupar durante el periodo entre Febrero de 2014 y Febrero de 2015?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos en la ciudad de Valledupar en el periodo entre Febrero de 2014 y Febrero de 2015.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos.
- Identificar en los pacientes sometidos a procedimientos cardiovasculares invasivos el tipo de procedimiento realizado.
- Describir las principales estrategias de afrontamiento y adaptación empleadas por los cuidadores principales familiares de los pacientes sometidos a un procedimiento cardioinvasivo.

3. MARCO TEÓRICO

Las personas con alteraciones cardiovasculares que han sido sometidos a un procedimiento invasivo de cardiología y sus cuidadores principales familiares, están expuestos a una cantidad de estímulos que producen unas respuestas de afrontamiento o adaptación. Debido a la responsabilidad que posee el cuidador principal familiar, éste tiende a ser autoexigente y perfeccionista, lo que conlleva a la aplicación de una serie de estrategias para lograr dicho afrontamiento y adaptación (25).

3.1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y PROCEDIMIENTOS CARDIOINVASIVOS

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo, según datos arrojados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (6). Representan la primera causa de morbilidad y mortalidad en Colombia (10). Estas afirmaciones muestran la cantidad de procedimientos invasivos de cardiología realizados debido a la necesidad de supervivencia de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Los procedimientos cardioinvasivos son aquellos en los cuales el paciente es sometido a una intervención quirúrgica para hacer correcciones de obstrucciones de placas de ateroma en las arterias coronarias. Los más realizados son el cateterismo cardiaco (derecho o izquierdo), la angioplastia coronaria, implante de marcapaso, desfibrilador o sincronizador, cirugía de revascularización coronaria (Bypass coronario) o la cirugía cardiaca con circulación extracorpórea (CEC) (38).

Todos estos procedimientos se llevan a cabo a un paciente con el fin de mejorar la calidad y la prolongación de la vida. Pero, cuando se diagnostica una enfermedad cardiovascular, específicamente la realización de un procedimiento cardioinvasivo, la persona diagnosticada y los familiares experimentan diferentes emociones debido al impacto que produce la preocupación e incertidumbre por el estado de salud y el pronóstico del paciente. Sin embargo, es importante que los familiares afronten la situación de enfermedad del paciente y comprendan que necesitan tener una red de apoyo que les permita participar activa y eficazmente en la recuperación de su familiar, así como de formar un ambiente saludable mediante la cooperación de un equipo interdisciplinario, donde el enfermero debe liderar la educación en salud y estrategias de afrontamiento a ese familiar que se convertirá en cuidador principal.

Como se mencionó, la realización de un procedimiento cardioinvasivo no sólo afecta al paciente, pues genera un impacto en su entorno familiar. Una persona sometida a una intervención cardiovascular desarrolla, dependiendo del procedimiento realizado, diferentes grados de dependencia física, social, psicológica, espiritual y económica; esta circunstancia, demanda en su familia o contexto inmediato el afrontamiento y

adaptación a la nueva situación de salud y de dependencia, de lo que surge el cuidador principal familiar.

De acuerdo con esto, usualmente se evidencia en las investigaciones existentes, que el estilo y la calidad de vida de las personas con intervención quirúrgica cardiovascular, se encuentra estrechamente relacionada con el apoyo de su familia y específicamente de su cuidador principal familiar (26). Por todo esto, el cuidador principal familiar debe asumir un rol antes, durante y después del procedimiento, que permita suplir las necesidades de cuidado del paciente. El papel del cuidador principal familiar y las tareas que debe asumir varían de acuerdo con varios factores condicionantes como son la relación y grado de parentesco con el paciente, la edad de ambos, las redes sociales de apoyo disponible, la disponibilidad y el tiempo para cuidar. Estas condiciones confluyen en un común denominador que es la importancia de la figura del cuidador principal familiar, por cuanto éste sustituye la ausencia de cuidado que puede proporcionarse el paciente a sí mismo.

Por lo tanto, el cuidador principal familiar se constituye en la persona que asume diversas tareas de cuidado personal e instrumental, que interactúa con el personal de salud, administra el tratamiento y maneja los efectos secundarios de éstos. De la Cuesta, citada por Carreño (26), realizó un estudio cualitativo en Colombia en el que demostró que los cuidadores familiares posibilitan el cuidado en casa; demuestra que el cuidado se da en el hogar y que es una actividad colectiva en la cual se distribuyen las tareas de cuidado, es decir, se comparten las cargas. De ésta manera afirma que existe un cuidador principal y otros secundarios que lo apoyan. En la investigación, se hará énfasis en el cuidador principal familiar.

3.2. EL CUIDADOR PRINCIPAL FAMILIAR EN LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y LOS PROCEDIMIENTOS CARDIOINVASIVOS

En América Latina se ha observado que las personas que tienen un familiar con enfermedad crónica, teniendo en cuenta que el paciente cardiovascular está incluido en esta categorización, tienen la obligación de desempeñarse como cuidadores, pero no cuentan con la orientación requerida (39). Se ha documentado de manera importante una deficiente habilidad de cuidado entre estos cuidadores principales familiares, pero también se han identificado en ellos fortalezas diferentes a las de otras latitudes, que pueden apoyar el servicio requerido como la disponibilidad de soporte social para los cuidadores (39).

Es por ello, que se precisa definir al cuidador principal familiar del paciente que ha sido sometido a un procedimiento cardioinvasivo, el cual hace referencia a la persona adulta, con un vínculo de parentesco cercano que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad, y participa con ellos en la toma de decisiones. Éstos realizan o supervisan las actividades de la vida diaria en busca de compensar las disfunciones existentes de parte del receptor de cuidado (40). Según

investigaciones realizadas por Pinto (41), para familiares de pacientes con enfermedad crónica, los cuidadores principales familiares son en su mayoría mujeres de edad intermedia, menores que el receptor de cuidado, con estados civiles variados, algunas empleadas y otras amas de casa, con niveles de educación y socioeconómicos heterogéneos, quienes por lo general cuidan al ser querido desde el momento del diagnóstico y llevan cuidándolo más de seis meses. Estas personas sienten que la actividad ocupa la mayor parte del día y, por lo general, desconocen el rol que asumen.

La realización de un procedimiento cardiointensivo genera una crisis no sólo en el paciente sino también en el cuidador principal familiar, debido a que la situación de salud de su ser querido y el pronóstico de éste último, la concepción que se tiene sobre lo que es y representa un procedimiento invasivo de cardiología, la falta de apoyo del profesional de la salud que centra sus cuidados en el paciente dejando de lado al cuidador y la situación que éste vive derivada del estado de salud y la situación de intervención quirúrgica de su ser querido, son entre otros, factores que fomentan en el núcleo familiar el desarrollo e implementación de mecanismos de afrontamiento inefectivos que afectan su bienestar integral. El transcurso de adaptación generado posterior a la realización de un procedimiento cardiointensivo, implica la necesidad de proporcionar una serie de cuidados en el proceso de rehabilitación los cuales, según lo expresado por Isla (42) “son administrados principalmente por el cuidador principal familiar, quien suministra el esencial apoyo y suele ser el que asume la máxima responsabilidad y, por lo tanto, soporta la mayor sobrecarga física y emocional del cuidado del paciente”.

El cuidador principal familiar pasa a ser el responsable de los cuidados y por tanto del proceso de recuperación y/o rehabilitación del paciente sometido a un procedimiento cardiointensivo. Afirmando lo dicho por Hegelson (43), este tipo de apoyo “incide de manera directa en las cogniciones, emociones y conductas de los enfermos y de manera indirecta se convierten en un lastre de las emociones negativas generadoras de estrés, proveyendo al individuo de estilos de afrontamiento favorables que se convierten en la fuente de prácticas emocionales de apoyo”, recordando que el proceso de afrontamiento y adaptación del paciente depende en gran medida de la capacidad de afrontamiento y adaptación del cuidador principal familiar. Esta afirmación fue probada por Suárez (33) quienes en la investigación sobre afrontamiento y adaptación realizada en padres o madres con hijos en postoperatorio de cardiopatía congénita en la Fundación Cardioinfantil de Bogotá, concluyeron que el apoyo social favorece el proceso de afrontamiento de éstos padres, promoviendo la adaptación a la situación. Este recurso es imprescindible en tiempos de crisis convirtiéndose en una herramienta de apoyo para la expresión de emociones y la búsqueda de información de manera general.

Debido a los cambios que debe realizar el paciente sometido a procedimiento cardiointensivo y su cuidador principal familiar, éste se convierte en un ser imprescindible para el paciente. Apoyando esto, Solano (44) dice que “un padecimiento

cardiovascular genera cambios importantes en el estilo y la calidad de vida afectando este proceso no sólo a la persona que la padece sino además a los miembros de su familia”. Por ende, la familia constituye la red social de apoyo de mayor importancia con relación a los cuidados de las personas sometidas a procedimientos cardioinvasivos y la modificación de sus hábitos y estilos de vida. Roig (45) afirma que “la actitud adoptada así como la experiencia vivida por la persona más cercana al paciente puede repercutir positiva o negativamente en los procesos de adaptación y rehabilitación de la enfermedad, sus creencias y percepciones acerca de la patología y del procedimiento realizado pueden ayudar o desfavorecer en el momento de promover cambios acerca de su estilo de vida”. Aunque sea un hecho paradójico, los cambios en la dinámica social afectan a las relaciones familiares facilitando e impulsando estas relaciones entre grupos de parientes o bien debilitándolas y convirtiéndolas en una fuente de tensión, creándose una contradicción entre el sentimiento y la obligación de ayudar al familiar sometido a una intervención cardiovascular y el interés personal o la urgencia de satisfacer las demandas individuales y el propio bienestar.

Según lo anterior, Chaparro (29) expresa que “ser un cuidador familiar es una respuesta innata de las familias para atender una situación nueva y bastante estresante. Los cuidadores familiares apoyan en gran medida la sobrevivencia del ser humano en varias etapas del ciclo vital”. Al ser sometido un paciente a un procedimiento cardioinvasivo, las actividades familiares inducen a que uno de sus miembros tome la decisión, ya sea voluntaria, por sugerencia de la familia o por obligatoriedad; de asumir el rol de cuidador principal, lo que fomenta el inicio de una relación fraternal que se caracteriza por intercambios, empatía, trato especial y emociones. Barrera (40, 46), concluye que este rol de cuidadores, por lo general, lo asumen las mujeres por su tradición de cuidado en las familias.

Ser cuidador principal familiar de un paciente que ha sido sometido a un procedimiento cardioinvasivo involucra ver la vida de manera distinta debido a que experimenta cambios importantes en el desempeño de sus roles habituales, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas y donde se tiene poco conocimiento, asumir responsabilidades o realizar actividades y acciones de cuidado físico, social, psicológico y espiritual para atender las necesidades cambiantes de la persona que está a su cargo. El grado de compromiso depende de la demanda de cuidado que el paciente requiera, así como de las características del cuidador principal familiar. Pinto (41) afirma que “en la forma como el cuidador se adapta a estos cambios influyen factores específicos como sus características personales, la severidad de la enfermedad del paciente, y los ajustes que debe hacer en su estilo de vida y en el rol familiar para satisfacer las demandas de cuidado”.

También es importante traer a colación que cuidar en el hogar implica una relación íntima con la otra persona por la que se muestra preocupación, sintiéndose el cuidador principal familiar una persona menos libre (47) y con la obligación y responsabilidad

del cuidado (48). Cuidar en el hogar por parte de un familiar incluye algunos tipos de cuidados: actividades instrumentales llamadas cuidados domésticos, cuidados relacionados con las actividades de la vida diaria también llamados cuidados físicos o cuidados personales, cuidados sanitarios más o menos complejos, actividades de gestión y relación con los servicios socio-sanitarios y cuidados psicosociales (49). Por todo esto, asumir la responsabilidad de ser cuidador principal familiar conlleva a atender necesidades del paciente que fue sometido a un procedimiento cardiointensivo, corriendo el riesgo de olvidar las necesidades propias del cuidador, convirtiéndose en un verdadero y olvidado paciente.

Aunado a lo anterior, Pinto (41) refiere que “el cuidador en cumplimiento de sus roles experimenta diferentes sentimientos que pueden ir desde la culpa hasta la satisfacción, también se debe observar que hay otros sentimientos como la soledad, la tristeza, el nerviosismo, la falta de ocio y descanso, que van generando en el cuidador una situación problemática que le impide ser feliz y lograr un mínimo de bienestar”. En muchas ocasiones, las necesidades de los cuidadores principales familiares no se detectan en forma oportuna porque al tener limitados recursos y tiempo libre, no tienen acceso a servicios y programas de salud, no hay apoyo y el cuidado se torna pesado y prolongado (41); situaciones similares comprometen el bienestar físico y psicológico de los cuidadores principales familiares de los pacientes sometidos a un procedimiento cardiointensivo que asumen la responsabilidad del cuidado, constituyéndose esto en un factor de riesgo para el mantenimiento de la salud. Por lo tanto, el fomento de la habilidad del cuidado a los familiares del paciente cardiointensivo, como una manera de cuidar a los cuidadores principales familiares, es una tarea fundamental del profesional de enfermería.

En este proceso es decisivo el papel del profesional de enfermería, pues es la figura que generalmente da confianza y contención a los pacientes sometidos a un procedimiento y sus cuidadores principales familiares. “Hacer visibles a quienes son invisibles en el sistema es un gran reto para enfermería. De igual forma fortalecer las habilidades de cuidado de los cuidadores familiares es una de sus principales funciones” (50). En este sentido es necesario que se establezcan vínculos en el marco del cuidado; vínculos que empiezan por reconocer el estatus de persona al paciente y su cuidador principal familiar y los cuales se van desarrollando a través del cuidado en situaciones cotidianas.

Los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiointensivos necesitan ser tenidos en cuenta, capacitados, involucrados, necesitan vivir el proceso de cuidado como una experiencia de vida; no como una carga, un acto de agradecimiento, una situación estresante. Así, a pesar del diagnóstico, del pronóstico y del desenlace final de la enfermedad, esta experiencia de cuidado, podrá transformar su vida y la de la persona que cuida (26). Debido a esto, es preciso que ante esta situación los profesionales de la salud, específicamente enfermería, velen por que la experiencia de cuidado de éste cuidador principal familiar resulte más llevadera y más

efectiva para su propio bienestar y el de la persona a quien cuida; por esta razón es necesario describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores principales familiares de pacientes cardiovasivos, con el fin de identificarlas y diseñar, a futuro, tácticas de cuidado tendientes a preparar o capacitar a estos cuidadores principales familiares para propender por una mejor calidad de vida para ellos, hecho que se verá reflejado en la persona que tendrá a su cargo.

3.3. AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN

En lo relacionado con el afrontamiento y la adaptación, según González (51), “el fenómeno del afrontamiento fue introducido a la disciplina de enfermería en la década de los 70 por Johnson, al realizar estudios seminales respecto al fenómeno utilizando la conceptualización desarrollada por el psicólogo Lazarus”.

Lazarus y Folkman, citado por González (52), describe el afrontamiento como “procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas o externas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo”, y que “mediante el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas se permitiría alcanzar una adaptación satisfactoria” (52). Además, estos autores afirman que toda crisis genera una perturbación, pero a la vez posibilita una oportunidad de cambio y desarrollo personal (52) que mediante el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas permitiría alcanzar una adaptación satisfactoria. En general, la finalidad adaptativa de las estrategias de afrontamiento consiste en mantener un balance emocional, preservar una imagen de sí satisfactoria y el sentido de competencia personal, sostener relaciones sociales y prepararse para futuras situaciones problemáticas (52).

Otros teóricos que han abordado el estudio de este fenómeno, referidos por González (51), son: Sholotfeld, Nyamathi y AdelinMcHE. Esta última teórica definió el afrontamiento como “los esfuerzos individuales del paciente con problemas de salud para sobrellevar la enfermedad y adaptarse a ella”. Para Hanlsted, Bennety Cuningham “el afrontamiento es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés”. Así mismo, González (51) define la adaptación como un proceso complejo, cambiante y continuo, que requiere muchas reacciones, “el proceso de conformarse a las exigencias del yo y del entorno”. Por su parte, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (54), identificó el afrontamiento inefectivo como un diagnóstico de enfermería. Para ese mismo año, Carpenito (54) lo definió como “el manejo de los factores de estrés internos o externos hacia la adaptación”.

Finalmente, Roy (55) define el afrontamiento como “los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente; estos esfuerzos actúan como un todo para mantener sus procesos vitales de la persona y su integridad y bienestar”. Cuando ocurre el proceso de afrontamiento, las personas se

mueven hacia niveles más altos de funcionamiento y tiene mayores posibilidades de crecimiento, dominio y adaptabilidad”.

Aunado a lo anterior, Roy adoptó la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Helson, cuyos principios filosóficos están enraizados en el humanismo, en la veritativity y en la unidad cósmica, dos términos que han sido incorporados últimamente y que tienen especial significado para Roy (56); ella define la adaptación como "el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental" (36).

3.4. MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

Un modelo conceptual es un esquema mental que muestra una visión particular de la práctica, sustentada en principios científicos y filosóficos y en unos valores (56). Por su complejidad, los modelos conceptuales requieren ser analizados para comprender su significado y alcance y de esta manera facilitar su aplicación en el cuidado del paciente. Uno de los que ha tenido mayor aceptación es el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Presentado por primera vez en 1970, desde esa época ha mostrado un proceso permanente de expansión acorde con el desarrollo de la disciplina de enfermería (57).

En la actualidad, el modelo ha evolucionado hacia una visión de reciprocidad (37), donde se resalta que los seres humanos son sistemas adaptativos holísticos, que funcionan con partes interdependientes y actúan en unidad de propósito, no en respuesta causa – efecto. El modelo enfatiza en la mutualidad de las personas con otros, con el mundo y con la figura de Dios.

El desarrollo que ha tenido este modelo ha motivado su aplicación por las enfermeras en diferentes países alrededor del mundo, entre ellos, algunos latinoamericanos, y sus resultados son evidentes a través de los productos de investigación publicados en revistas de enfermería. La Boston Based Adaptation Research in Nursing Society (BBARNS) (58) realizó un análisis de los primeros 25 años de desarrollo de la investigación basada en el modelo de Roy, en el período comprendido entre 1970 y 1994. El grupo analizó 163 estudios, de los 464 encontrados, que se clasificaron teniendo en cuenta los modos y procesos de adaptación, estudios relacionados con los estímulos, estudios de intervención y desarrollo de instrumentos. Los resultados de este análisis permiten confirmar algunas proposiciones que plantean directrices para la aplicación del modelo en la práctica de enfermería, relacionadas con la valoración de comportamientos y de estímulos, la rotulación de diagnósticos de enfermería y el establecimiento de metas e intervenciones de enfermería.

Con relación al estudio anteriormente descrito, el grupo de investigadores estableció que el modelo de adaptación de Roy es uno de los más utilizados en Brasil, México, Colombia, Chile y Perú. En esta indagación preliminar no se encontró una recopilación

y análisis de los resultados de la aplicación del modelo en América Latina, lo cual adquiere importancia cuando se desean conocer los avances en su estudio y aplicación, para fundamentar la práctica profesional, señalar vacíos del conocimiento, generar preguntas de investigación e identificar las personas interesadas en el conocimiento del modelo para fortalecer las redes de investigadores (28).

Así pues, Roy (55) afirma que el modelo de adaptación es esencial para la salud y el bienestar, y se constituye en la variable más importante para comprender el efecto del estrés sobre la salud y la enfermedad, es clave para el manejo adecuado de la enfermedad y el mantenimiento de la salud o su recuperación (36). Por tanto, el afrontamiento se visualiza como una estrategia útil para comprender la relación dinámica que se genera entre la persona y el medioambiente.

El estudio de los procesos de afrontamiento para la adaptación tiene un interés central debido a que de su eficacia depende el mantenimiento, rehabilitación y recuperación de la salud. Este proceso hace referencia a todos los esfuerzos que realiza una persona para controlar los estímulos del medioambiente, así como a las diferentes estrategias que utiliza permanentemente para afrontarlos.

El afrontamiento es de gran interés para enfermería, y por esta razón ha sido abordado por diferentes teóricas de la disciplina, entre ellas Roy, quien en su modelo conceptual de adaptación considera a la persona como un sistema adaptativo holístico, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia (59). Es el receptor de los cuidados, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

Según Roy (37), la adaptación es “el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental”. Con base en esta conceptualización, se puede suponer que el proceso cognitivo, de alguna manera, representa la percepción que tiene el paciente y su cuidador principal familiar de la situación, con base en valores, creencias, capacidades, aspiraciones, reacciones afectivas ante esta y otras experiencias anteriores frente a situaciones críticas, así como los mecanismos que han utilizado para enfrentarlas.

En el modelo de adaptación de Roy, es importante resaltar el Sistema Adaptativo Humano (SAH), donde ella afirma que “los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones y a la sociedad como un todo” (37). Según ese sistema adaptativo humano, las personas se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos desde mucho tiempo atrás (37). Debido a esto, el profesional de enfermería debe considerar a la persona como un ser único, digno, libre y autónomo, el cual forma parte de un contexto del que no se puede separar. Dado esto,

cada persona tiene una percepción diferente e individual de las situaciones a las que se enfrenta.

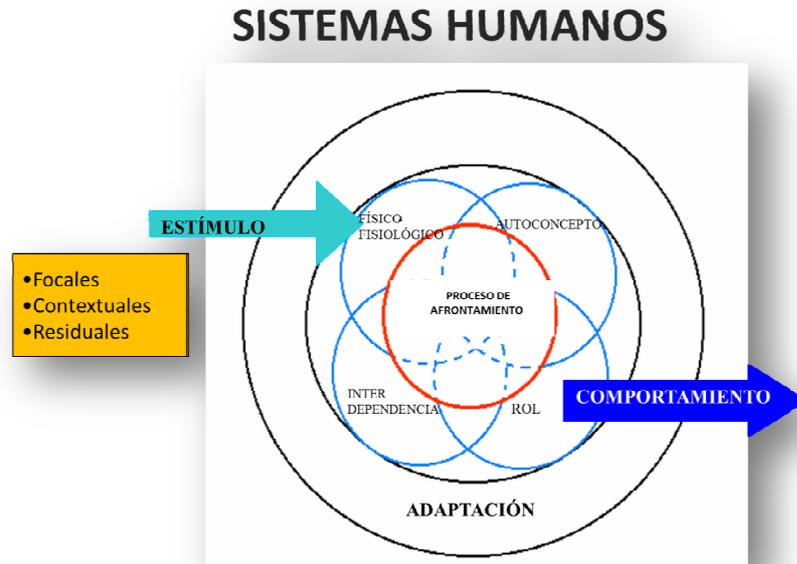


Figura 1. Representación diagramática de los sistemas adaptativos humanos.
Tomado de Roy, Callista; Andrews, Heather. The Roy adaptation model,
Editorial Appleton y Lange, p. 50 (fig. 2-3), 1999.

Al comprender el sistema adaptativo humano de cada cuidador principal familiar del paciente cardiovascular, se debe promover la adaptación, lo que permitirá establecer las estrategias efectivas de afrontamiento para lograr la meta del profesional de enfermería, la cual, según el modelo es promover la adaptación, entendida ésta como un estado de bienestar del ser humano.

En su modelo de adaptación, Roy se refiere al afrontamiento y a los procesos de adaptación como a un constructo multidimensional que representa las respuestas o modos fisiológicos y psicosocial. Como sistema posee niveles jerárquicos pues abarca procesos cognoscitivos tanto a nivel de entradas o estímulos, procesos internos o centrales, como de salidas o respuestas (37). Roy define el ambiente como “todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo” (37). Desde este punto de vista, el profesional de enfermería, el paciente y el cuidador principal familiar del paciente cardiovascular, forman parte del entorno de cada uno, y en él se establece una relación de reciprocidad. El enfermero y cuidador principal familiar afectan de forma positiva o negativa la adaptación del paciente; a su vez, el enfermero afecta la adaptación del cuidador principal familiar.

El entorno se relaciona directamente con unos estímulos (procesos de entradas). En su modelo, Roy los define como “todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema adaptativo humano con el ambiente” (37). Según lo anterior, la capacidad de adaptación a los cambios generados luego de que un ser querido ha sido sometido a un procedimiento cardiointensivo, la persona y su cuidador principal familiar, depende fundamentalmente de la magnitud de la situación y de los recursos disponibles. Roy clasifica los estímulos en focales, contextuales y residuales.

Los estímulos focales son aquellos que desencadenan la situación y por lo tanto, los primeros que la persona debe enfrentar, tales como una enfermedad o un evento externo y para lo cual requiere consumo de energía (31) en el caso de ésta investigación, corresponden a los que se enfrenta la persona con un ser querido sometido a un procedimiento cardiointensivo, que están representados por procedimientos que ponen en peligro la vida de su familiar.

Los contextuales son otros estímulos presentes que influyen en la situación, y aunque no son el centro de atención o de consumo de energía, influyen en la forma como la persona puede afrontar el estímulo focal (31). En el cuidador principal familiar de paciente sometido a un procedimiento cardiointensivo, éstos están representados por las características del procedimiento, la situación de salud de su ser querido y el pronóstico de éste último, entre otras.

Y, los residuales son aquellos que aparentemente no tienen una relación directa en el momento de la valoración, pero después llegan a ser contextuales o focales (31), estos pueden ser una expectativa, un valor, una actitud o una creencia, producto de experiencias pasadas. En la situación del cuidador principal familiar del paciente cardiointensivo, estos estímulos se consideran factores que se encuentran en el ambiente, el cambio en el estilo de vida, los sentimientos de pérdidas, modificación de valores y filosofía de la vida.

Cabe resaltar, que los estímulos siempre están presentes y son relevantes al conjugarse con otros, porque desencadenan respuestas adaptativas o inefectivas en el individuo, en nuestra investigación en el cuidador principal familiar. En la medida en que cambia la situación, los estímulos también cambiarán y aquellos que en algún momento fueron residuales, podrían convertirse en contextuales e incluso en focales.

Por otra parte, el nivel de adaptación, según Roy “representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido” (37). Es decir, es un estímulo interno, que implica la interrelación constante de la persona con el ambiente y representa la condición de los procesos vitales que afectan la habilidad del sistema para responder en forma positiva a la situación. El nivel de adaptación nos muestra la interacción del paciente sometido a un procedimiento cardiointensivo con el ambiente, es decir, las modificaciones que realiza la persona, y en esta investigación el cuidador principal familiar, para adaptarse a la nueva situación.

El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. En el nivel compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, tratando de restablecer la organización del sistema. El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos anteriormente descritos son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de afrontamiento y adaptación (37). Es preciso anotar que la condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación de brindar el cuidado al ser querido sometido al procedimiento cardiointensivo.

En este orden de ideas, el individuo desarrolla unos mecanismos de afrontamiento que Roy los organiza por subsistemas regulador y cognitivo (procesos centrales). El primero de ellos es el proceso que se opera en el sistema adaptativo humano para enfrentar los estímulos y se basa en las respuestas del sistema neuroquímico ante un estímulo y su acción sobre los órganos efectores. Las entradas son de naturaleza química y se transmiten a través de los sistemas circulatorio y nervioso (37).

El subsistema cognitivo es el otro sistema que permite el afrontamiento de los estímulos, el cual se fundamenta en las actividades complejas que desarrolla el sistema nervioso central, para interpretar los estímulos ambientales, internos y externos. Según Roy, la cognición se relaciona con “las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar” (37). Los procesos cognitivos pueden expresarse a través de funciones motoras como el lenguaje, los movimientos y la expresión corporal, los cuales están enmarcados por la conciencia, que tiene la capacidad de percibir e interpretar los estímulos del medio ambiente.

Todo estímulo produce una respuesta (procesos de salida) y la respuesta o mecanismo de afrontamiento puede ser de tipo aproximativo o evitativo (60). El primero de ellos incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que aproximan al problema que está generando el estrés o las emociones negativas concomitantes. El segundo, incluye las estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar o evitar la consideración del problema. Por lo que el afrontamiento que pueda realizar el cuidador principal familiar de un paciente sometido a un procedimiento invasivo de cardiología depende de las características individuales para manejar situaciones difíciles o de las capacidades, internas o externas, con las que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante (61). Estos elementos son llamados recursos de afrontamiento, los cuales juegan un papel importante dentro del proceso de afrontamiento puesto que pueden influir en la elección de las estrategias de afrontamiento a ser empleadas.

Estas respuestas o mecanismos de afrontamiento dan lugar a las estrategias utilizadas por la persona para controlarlos estímulos medioambientales. Según Livneh (62) las

estrategias utilizadas por el cuidador principal familiar del paciente sometido a un procedimiento cardiointensivo, puede ser de tres tipos: comportamentales, afectivas y cognitivas. Las estrategias comportamentales pretenden controlar el estímulo o estresor en forma directa, actuando frente al problema que la persona considera es susceptible de modificar. Pueden ser evasivas cuando la persona siente que no puede actuar ante el estímulo y lo rechaza en forma consciente o inconsciente (31, 55, 62). Las estrategias 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 a los demás (31, 55, 62).

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 las 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 (31, 55, 62).

Por su parte, la capacidad y las estrategias de afrontamiento permiten visualizar 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 (63). Su identificación permite a las enfermeras notar en las personas, y en esta investigación en los cuidadores principales familiares de paciente sometido a procedimiento cardiointensivo, estrategias adecuadas o inefectivas y orientar el cuidado.

La identificación de estos recursos de afrontamiento, permite al profesional de enfermería evidenciar en los cuidadores principales familiares de pacientes cardiointensivos estrategias adecuadas o inefectivas y orientar el cuidado. Para ello, el profesional de enfermería al evidenciar el estímulo, relaciona sus conocimientos con la situación que está enfrentando el cuidador principal familiar del paciente cardiointensivo, para lograr así comprender las respuestas que se manifiestan por medio de los modos de adaptación física, fisiológica y psicosocial. Roy, en su modelo de adaptación define la salud como “el proceso de ser y llegar a ser un todo integrado” (59). Salud significa adaptación y para ello afrontamiento de situaciones nuevas para el individuo; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

Mientras que la meta de la enfermería Roy la define como “un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermero” (59). Por ende, es la promoción de la adaptación del sistema humano, la cual busca mantener la integridad y la dignidad, contribuyendo a promover, mantener y mejorar la salud y la calidad de vida, y a morir con dignidad (37).

Ante su complejidad del modelo conceptual de Roy, y la importancia de su utilidad para la práctica de enfermería, la doctora Roy construyó el instrumento Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS: Coping Adaptation Processing Scale), con el fin de identificar estrategias que la persona utiliza para afrontar situaciones difíciles. Dicha escala se construyó con el propósito de llenar un vacío de conocimiento en la práctica sobre la valoración y comprensión del subsistema cognitivo y así identificar la forma como las personas utilizan sus habilidades para controlar las situaciones difíciles que le ocasionan estrés y promover la adaptación a la misma (31).

Esta Escala de Medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación inicialmente estaba conformada por 47 ítems y cinco factores: los 3 primeros factores median los comportamientos, las reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas y los 2 últimos median las estrategias empleadas para sobrellevar la situación. Actualmente, Sarmiento (64) mostraron la versión abreviada de dicha escala, la cual está conformada por 33 ítems, perdiendo la agrupación factorial, con un formato liker para puntuación que oscila entre 0 y 3; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil (31). El puntaje crudo oscila entre 0 y 99, un mayor puntaje indica que hay un uso más consistente de estrategias de afrontamiento (65).

De acuerdo con la metodología de estratificación óptima con fronteras de Dalenius utilizada por Sarmiento (64), una baja capacidad de afrontamiento se obtiene con un puntaje entre 0 y 56, una mediana capacidad con 57 a 70 puntos, una alta capacidad entre 71 y 99 puntos. Esta categorización establece sus puntajes mínimos y máximos de acuerdo a la cantidad de ítems que los evalúa; permiten indicar una baja, mediana o alta capacidad para utilizar estrategias y la forma cómo se actúa frente a una situación.

4. METODOLÓGIA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo de corte transversal.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población y muestra del estudio la constituyeron el total de cuidadores principales familiares (CPF) de pacientes atendidos en cuatro instituciones de salud de la ciudad de Valledupar que fueron sometidos a un procedimiento cardiointensivo durante el periodo comprendido entre Febrero de 2014 y Febrero de 2015, relacionados de la siguiente manera:

Número de pacientes sometidos a procedimientos cardiointensivos en Valledupar, distribuidos por Institución de Salud.

INSTITUCIÓN	Nro. DE PACIENTES
Clínica del Cesar Ltda.	83
Clínica Valledupar Ltda.	73
Salud Total EPS	45
Consultorio cardiovascular Dr. Luis A. Pumarejo	29
TOTAL	230

Fuente: Datos del estudio.

4.3. Criterios de Inclusión:

- Ser cuidador principal familiar, mayor de 18 años, sin alteración del estado de conciencia.
- Ser cuidador principal familiar de paciente sometido a un procedimiento cardiointensivo residentes en la ciudad de Valledupar.
- Ser cuidador principal familiar de paciente sometido a procedimiento cardiointensivo que no supere los doce meses de realizada la intervención, debido a que según Suárez (33) éste es el tiempo que se considera de latencia para el proceso de afrontamiento y adaptación a la nueva situación.
- Ser cuidador principal familiar de paciente atendido en cualquiera de las diversas Instituciones de salud de la ciudad de Valledupar.
- Deseo de participar en la investigación.

4.4. Criterios de Exclusión:

- Cuidadores que no pertenezcan al vínculo familiar del paciente.
- Cualquier limitación física o mental que le impida autodiligenciar la información requerida en el instrumento.

4.5. INSTRUMENTOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.5.1. INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información del paciente sometido a procedimiento cardiointensivo, se tuvo en cuenta los datos suministrados por la Institución de salud en los cuales fueron atendidos, relacionada con datos de identificación, cédula de ciudadanía, sexo, edad en años cumplidos, procedimiento realizado con su respectiva fecha entre Febrero de 2014 y Febrero de 2015, Empresa Promotora de Salud (EPS) a la cual pertenecía, teléfono y dirección para contactar al paciente y así mismo a su cuidador principal familiar.

Por otra parte, para la recolección de la información del cuidador principal familiar se utilizó una encuesta o ficha sociodemográfica, con la que se determinaron las características sociales, demográficas y familiares de los cuidadores principales familiares de los pacientes sometidos a procedimientos cardiointensivos. La encuesta constaba de dos partes, en la primera se obtuvieron los datos de identificación del informante, a saber: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y religión. En la segunda parte se recogieron los datos de identificación de la familia de convivencia, como son: nivel socioeconómico, miembros de convivencia, grado y línea de parentesco entre el paciente y el cuidador principal familiar, tipo de familia y tipo de relación con el paciente.

Para determinar el grado de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales familiares de los pacientes sometidos a procedimientos cardiointensivos se utilizó la Escala de Medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) de Callista Roy (55, 59), en español por Gutiérrez (55, 64, 67), versión abreviada (67) (Ver Anexo 01), que fue diseñada con el fin de identificar estrategias que la persona utiliza para afrontar situaciones difíciles y adaptarse a ellas. Dicha escala, está basada en la teoría de mediano rango “Proceso de Afrontamiento y Adaptación”, consta de 33 reactivos (sin agrupación factorial, como ocurría con la escala antigua de 47 ítems), patrón de respuesta tipo liker, desde 0 = nunca a 3 = siempre.

El puntaje puede oscilar entre 0 a 99 puntos, a mayor puntaje significa un uso más consistente de estrategias de afrontamiento (34, 54). Es importante resaltar que la escala

de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy ha sido validada en tres investigaciones, en su versión inglés, thailandés y español. La primera de ellas fue la realizada por la autora (55, 59), a un grupo de 243 personas con lesión en la médula espinal y a otro grupo de 104 personas con tumores benignos de la base del cráneo con secuelas de lesión de pares craneales, sin compromiso cognitivo. Los resultados demostraron una alta consistencia interna (Alpha de Cronbach 0,94).

La segunda investigación fue llevada a cabo por Chayaput (55, 66, 67), quien estableció la validez y confiabilidad en Thailandés, aplicándola a 554 pacientes agudos medico quirúrgicos en tres hospitales de Tailandia, sin trastornos cognitivos. Los resultados arrojados demostraron una confiabilidad alta; sin embargo, hubo diferencias en el factor 2 de la escala, según el autor debido a diferencias culturales o étnicas y a diferencias demográficas como la educación.

La tercera investigación fue realizada por Gutiérrez (57) con el fin de certificar la validez facial y la confiabilidad en su versión en español del instrumento por medio un panel de expertos y la aplicación a 417 personas con función mental intacta, de Chía y Bogotá, durante el periodo entre agosto de 2005 a marzo de 2006. El reporte de dicha investigación confirmó la validez facial y la confiabilidad de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy, evaluada a través de la consistencia interna, presentando un Alfa de Cronbach de 0,88 (57).

Otras contribuciones para la validación de la escala, ha sido aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 para valorar las propiedades psicométricas del instrumento en la población mexicana por parte de Lazcano (36), en la cual se concluyó que la escala tiene consistencia interna y validez de constructo incipiente. Algo que resaltó en éste estudio fue su análisis, el cual reportó un factor más de lo reportado por Roy, y con mayor variación explicada.

Para el año 2011, Botero (67) realizó la investigación titulada “validez de constructo de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy versión en español”, la cual revisó y ajustó semántica y teóricamente la escala y posterior a ello generó la versión abreviada del mismo que pasó de 47 a 40 ítems con una comprensión semántica adecuada y autodiligenciable. Para ello, pasó por un proceso de validez facial ante 182 personas, para realizar una nueva revisión a los ítems que presentaron mayor dificultad en la comprensión. En una segunda fase se realizó un panel de expertos para un reajuste según los resultados para iniciar la validez de constructo con la aplicación de éste nuevo instrumento y un análisis factorial.

Recientemente, Sarmiento (64) determinó la validez de constructo de la Escala, versión modificada en español, bajo un estudio que indicó una buena validez de apariencia (95%), contenido (0,83) y confiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0,70. Además, la evidencia de la alta confiabilidad y validez al haber aplicado la escala CAPS en tres idiomas diferentes (5, 59,67), certifica la utilidad del instrumento en diversas

culturas. Asimismo, con esta investigación se condujo el análisis de la escala de acuerdo con la metodología de estratificación óptima con fronteras de Dalenius, para determinar el grado de afrontamiento y adaptación, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación.

GRADO DE CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN	PUNTAJE GLOBAL
Baja Capacidad	0-56
Mediana Capacidad	57-70
Alta Capacidad	71-99

Fuente: Sarmiento P., Botero J., Carvajal .G. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy. Versión modificada en español.

4.5.2. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Dentro de los pasos que se siguieron para la ejecución de la investigación se tuvo en cuenta los siguientes: permisos, capacitación y entrenamiento al grupo de encuestadores, prueba piloto, recolección de la información en la población, codificación, procesamiento estadístico de los datos y análisis de los resultados; los cuales están descritos a continuación:

Para llevar a cabo la investigación se hizo necesario solicitar la autorización o el permiso por escrito de las Instituciones a la que pertenecían los pacientes sometidos a procedimientos cardiointensivos (Ver Anexo 02), y con esa base de datos se accedió a los cuidadores principales familiares. Además, se hizo necesaria la certificación para la utilización del instrumento por parte de las directivas de la Universidad de la Sabana en Bogotá (Ver Anexo 03).

Una vez obtenidos los permisos, se procedió a capacitar y entrenar al grupo de encuestadores, los cuales fueron estudiantes de la asignatura de medicina interna y cuidado crítico de octavo semestre del programa de enfermería de la Universidad Popular del Cesar. Estas actividades se realizaron con el propósito de dar adecuado manejo técnico de los instrumentos y para mantener los aspectos éticos en la recolección de la información. Se les brindó una debida educación a los encuestadores acerca del instrumento, de los ítems que incluye y su debida interpretación, la forma de llenar el cuestionario y los aspectos éticos de la investigación.

La encuesta sociodemográfica fue diseñada por la investigadora y se utilizó para la recolección de los datos del cuidador principal familiar, la cual fue anexada ala Escala de Medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) de Callista Roy (Ver Anexo 01). Dicha encuesta fue ensayada mediante una prueba piloto antes de la aplicación real de la investigación, con el fin de determinar la validez, confiabilidad y errores que pudiesen presentarse en la aplicación del instrumento, la cual fue realizada con un total de 20 personas con características similares a la población objeto de

estudio, lo que permitió promediar el tiempo de aplicación de la misma y la claridad de las instrucciones impartidas por el encuestador entrenado.

Para la recolección de la información y una vez identificado los cuidadores principales familiares, se determinó su dirección de residencia, se procedió a diligenciar el consentimiento informado (Ver anexo 04) el cual nos certificaba la aceptación formal por parte del cuidador principal familiar que cumplía con los criterios de inclusión para participar en la investigación y que diligenció la encuesta voluntariamente. Asimismo, se explicó y entregó al sujeto participante un folleto en el cual se consignaron los datos relevantes de la investigación (título, objetivos, propósito de la investigación, la metodología con la que se aplicaba el instrumento de Callista Roy y lo que se pretendía demostrar con el estudio) y datos de ubicación del investigador principal (celular y correo electrónico) en caso que deseara recibir alguna información adicional o tuviese dudas con respecto al estudio.

Después, el encuestador diligenció la encuesta sociodemográfica (Ver anexo 01) para mantener el contacto con el cuidador principal familiar. Es importante aclarar que estos datos se mantuvieron en medio físico y luego de la visita domiciliar se ingresaron a una base de datos en el programa Microsoft Excel®, diseñado exclusivamente para el estudio.

Posterior a esto, se procedió a explicar el instrumento Escala de Medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) de Callista Roy y la forma correcta de diligenciarla y luego se permitía un tiempo para su desarrollo de 15 minutos, de acuerdo a lo promediado en la prueba piloto. La persona encargada de aplicar la encuesta, estuvo presente y atenta a cualquier inquietud que tuviese el cuidador principal familiar con respecto al diligenciamiento adecuado de la misma. Finalmente, se agradecía la participación y colaboración y se le informaba que al terminar la investigación se le darían a conocer los resultados de la misma utilizando los medios masivos de comunicación de la ciudad.

Una vez aplicado el instrumento a la población sujeto de estudio y al obtener todos los datos requeridos se realizó la codificación y tabulación. Se elaboró una base de datos con la información mínima sociodemográfica de cada participante y con los datos propios de la escala de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. Para el análisis estadístico se empleó el programa Microsoft Excel®, para la estadística descriptiva. Se estimaron las medidas de tendencia central, estadísticos de dispersión, y estadísticos de posición y se obtuvo la consistencia interna de la aplicación del instrumento en la población de estudio.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación mantuvo los parámetros éticos para estudios con seres humanos incluyendo el consentimiento informado, la participación voluntaria, el manejo

confidencial de la información y la autorización institucional correspondiente. La información fue recolectada por los encuestadores previa capacitación de los mismos, y previo conocimiento por parte de cada uno de los cuidadores principales familiares de los pacientes sometidos a procedimientos cardiointensivos con información relevante de la investigación como el propósito del estudio (Ver Anexo 04).

Es importante resaltar, que la investigación tuvo en cuenta la normatividad del Ministerio de Salud Pública de Colombia, específicamente la Resolución 08430 del 04 de Octubre de 1993 (68) en su Artículo 11, en el párrafo “A”, el cual lo clasifica en una “Investigación sin riesgo”, teniendo en cuenta que “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”; todo esto debido a que los instrumentos aplicados fueron cuestionarios. Además, la identidad de los sujetos participantes en la investigación se mantuvo en absoluta confidencialidad y se diligenció el consentimiento informado, según la Resolución 08430 del 04 de Octubre de 1993 en sus Artículos 06, 15 y 16 (68).

Por otra parte, fueron considerados los aspectos éticos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (69) sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; y en la Ley 911 de 2004 del Congreso de Colombia “Código de Ética de Enfermería de Colombia” (70), relacionado a la protección de la vida, la salud, la dignidad, integridad, derecho a la autodeterminación, intimidad y confidencialidad de la información brindada por los sujetos participantes de la investigación; todo esto soportado por el consentimiento informado (68).

4.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</i>	<i>DIMENSIONES</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>NIVEL DE MEDIDA</i>
Características socio-demográficas y familiares	Aspectos biológicos, sociales, culturales, económicos y familiares, propios de las personas que participan en este estudio.	Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Razón
		Sexo	Femenino	Cualitativa	Nominal
			Masculino		
		Estado civil	Soltero	Cualitativa	Nominal
			Casado		
			Unión Libre		
			Separado		
			Divorciado		
			Viudo		
		Escolaridad	Sin escolaridad	Cualitativa	Ordinal
			Primaria completa		
			Primaria incompleta		
			Secundaria completa		
			Secundaria incompleta		
			Técnico		
		Ocupación	Profesional	Cualitativa	Nominal
			Hogar		
			Obrero		
			Técnico		
			Independiente		
			No trabaja		
			Administrativo		
		Pensionado			
Estrato Socioeconómico	1	Cuantitativa	Discreta		
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
Religión	Católica	Cualitativa	Nominal		
	Evangélica				
	Adventista				

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</i>	<i>DIMENSIONES</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>NIVEL DE MEDIDA</i>		
			Testigo de Jehová	Cualitativa	Ordinal		
			Otra				
		Grado de Parentesco	Primer Grado				
			Segundo Grado				
			Tercer Grado				
			Cuarto Grado				
		Línea de Parentesco	Consanguinidad			Cualitativa	Nominal
			Afinidad				
			Adopción				
		Tipo de Familia	Nuclear			Cualitativa	Nominal
			Extensa				
			Monoparental				
		Tipo de relación familiar con el paciente	Padres			Cualitativa	Nominal
			Hijos				
			Suegros				
Yerno/Nuera							
Hermanos							
Abuelos							
Nietos							
Cuñados							
Tíos							
Sobrinos							
Primo							
Tipo de procedimiento realizado al paciente cardiointensivo	Es un procedimiento invasivo en el cual al paciente se le hacen correcciones de obstrucciones de placas de ateroma en las arterias coronarias, para recuperar la irrigación sanguínea de la zona afectada. A mayor complejidad del procedimiento realizado al paciente, mayor será el estímulo focal del cuidador principal familiar.	Tipo de procedimiento cardiointensivo	Cateterismo cardiaco	Cualitativa	Nominal		
			Angioplastia				
			Stent				
			Marcapaso				
			Desfibrilador				
			Ablación por radiofrecuencia				
			Reemplazo valvular				
			Revascularización miocárdica				

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</i>	<i>DIMENSIONES</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>NIVEL DE MEDIDA</i>
Estrategias de afrontamiento y adaptación	<p>El afrontamiento son los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente.</p> <p>La adaptación es un proceso en el cual las personas utilizan la conciencia para crear la integración con el ambiente.</p>	Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy en español, en versión abreviada	Baja Capacidad		
			Mediana Capacidad		
			Alta Capacidad		

5. RESULTADOS

La capacidad de afrontamiento y adaptación encontrada en los 230 cuidadores que participaron en la investigación, de acuerdo a los hallazgos encontrados, muestran que existe en los cuidadores principales familiares mediana capacidad de afrontamiento y adaptación en el 50,0% (115) de los participantes, una baja capacidad de afrontamiento y adaptación en el 47,0% de ellos (108), y una alta capacidad de afrontamiento y adaptación en el 3,0% (7 cuidadores principales familiares) (Ver Tabla 7). El total de la escala de afrontamiento y adaptación mostró un promedio de 52 puntos (DE=13,5), con una mediana de 57 puntos y una moda de 64 puntos, lo que ratifica que la mayoría de los participantes se encuentran en mediana capacidad de afrontamiento y adaptación.

Los cuidadores principales familiares de los pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos participantes en el presente estudio, se encontraban en edades comprendidas entre los 18 y 91 años de edad y una media de 40,8 (DE=16) (Ver Tabla 1). Se observa además que los cuidadores principales familiares de los pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos son hombres 93,9% (216); los cuales tenían una relación de pareja con la persona sometida al procedimiento en el 78,7% de los participantes (158), predominando la unión libre como estado civil en el 44,8% (103) y con menor participación el estado civil divorciado 1,3% (3) (Tabla 1).

De los participantes del estudio el 45,3% (104) ha realizado estudios secundarios, de los cuales el 28,3% (65) de los participantes realizaron de forma completa el nivel de básica secundaria y el 17,0% (39) de manera incompleta; en cuanto a estudios superiores el 11,7% (27) logró terminar el nivel técnico, mientras que sólo el 0,9% (02) manifestó tener estudios tecnológicos. Es de resaltar que los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos en los niveles extremos de formación tienden a tener resultados similares, es así como el 8,7% (20) de los participantes son analfabetas y el 13,0% (30) universitarios (Tabla 2).

En cuanto a la ocupación de los cuidadores principales familiares se evidencia en los resultados obtenidos, el 41,3% (95) de ellos se dedican a las tareas del hogar, el 19,1% (44) son trabajadores independientes; el 25,2% (58) de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos desempeñan en diferentes oficios y en la condición de pensionados se encuentra el 2,2% (5) (Tabla 3).

El estrato socioeconómico predominante en los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos fue el 2 en el 52,2% (224), seguido del estrato 3 en el 25,8% (108), luego el estrato 1 en el 17,9% (77) y en menor porcentaje el estrato cuatro en el 4,7% (20). El 66,1% (152) de los participantes en el estudio reconocen la religión católica como su credo religioso, practican la religión evangélica el 26,1% (60), seguidos de los que pertenecen a otra religión (ateos en su

mayoría) con 7,4% (17) y los testigos de Jehová con una representatividad del 0,4% (1) (Tabla 3).

En cuanto a la tipología de familia que representa a los participantes del presente estudio, se encontró que el 60,0% (138) de ellos, el tipo de familia es la nuclear, a una familia extensa pertenece el 34,8% (80) y en último lugar la monoparental con 5,22% (12) (Tabla 5).

Referente al tipo de relación existente entre el cuidador principal familiar y el paciente sometido al procedimiento cardiointensivo, presentada en la tabla 5, se encontró que el 39,13% (90) son hijos (as), el 21,74% (50) cónyuges y el 14,78% (34) son padres/madres; en menor medida se encontró el 1,74% (4) fueron tíos (as) de los pacientes cardiovasculares, 1,30% (3) fueron sobrinos y el 0,87% (2) fueron primos los cuidadores.

En la tabla 6 se presentan los resultados relacionados con el tipo de procedimiento cardiointensivo realizado a los pacientes con problemas cardiovasculares en la ciudad de Valledupar y se encontró que al 31,7% (73) de ellos se les realizó cateterismo cardiaco (también llamado cineangiografía o arteriografía coronaria), seguidos por la angioplastia con implantación de Stend en el 27,8% (64); mientras que en menores porcentajes se encontraron la ablación por radiofrecuencia y el reemplazo valvular (aórtico y/o mitral) con 2,2% (5) cada uno y en último lugar la implantación de desfibrilador con tan sólo el 0,4% (1) de los casos.

Al preguntarles a los participantes del estudio acerca de las principales estrategias de afrontamiento y adaptación empleadas por ellos ante la situación de su familiar de ser sometido a un procedimiento cardiointensivo, el 69,1% (159) manifestó que siempre “se sienten bien cuando creen que manejan los problemas lo mejor que pueden, el 58,7% (135) que siempre “aceptan el problema o situación difícil como es o como se presenta”, igual respuesta se obtuvo en el 51,3% (118) al preguntarles, “cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación”, el 44,8% (103) respondió siempre cuando se les pregunto “cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar” con e igual respuesta “siempre” se obtuvo en el 40,9% (94) cuando se les preguntó “cuando tengo un problema o situación difícil adopto rápidamente nuevas habilidades para resolver el problema” (Tabla 8). Estas cifras fueron determinadas por el número de cuidadores principales familiares que respondían “siempre” a los ítems evaluados con el instrumento aplicado.

Se obtuvo la respuesta “casi siempre” en el 53,5% (123) de los cuidadores principales familiares cuando durante el proceso de afrontamiento y adaptación a la nueva condición de salud de su paciente se les preguntó “Cuando tengo un problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones” e “intentar orientar sus sentimientos y emociones para enfocarlos

de forma provechosa”; el 46,5% (107) de los sujetos participantes en la investigación dicen “estar pendientes de cualquier cosa relacionada con la situación”; el 43,5% (100) que “buscan todos los medios posibles para enfrentarla”; el 40,9% (94) “intentan aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar”; mientras que el 38,3% (88) manifiestan “sentirse atentos y activos durante el día”, “desarrollan un plan que tiene una serie de acciones o pasos para enfrentar la situación” y “tienen muchas expectativas acerca de la manera como se resolverá el problema” (Tabla 8).

Por su parte, el 46,1% (36) de los participantes que dieron como respuesta “casi nunca” al preguntarles “Cuando tengo un problema o situación difícil, propongo diferentes soluciones para resolver la situación aunque estas parezcan difíciles de alcanzar”, el 35,7% (82) tuvo igual respuesta a la preguntas “Cuando tengo un problema o situación difícil, puedo seguir varias indicaciones al mismo tiempo” y “Cuando tengo un problema o situación difícil, experimento cambios en el funcionamiento de mi cuerpo”, el 34,8% (80) de los participantes respondieron casi nunca a la pregunta “Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas” y el 33,9% (78) considera que casi nunca “Tiendo a reaccionar de manera exagerada cuando tengo un problema o situación difícil”. Por su parte, corresponde a la respuesta “casi nunca” el 45,7% (105) respondió que “Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles” y el 35,7% (82) respondió que casi nunca “Cuando estoy preocupado por un problema o situación difícil tengo dificultad para completar actividades, tareas y proyectos” (Tabla 8).

Ante las preguntas del instrumento aplicado a los participantes, el 62,2% (143) de los cuidadores principales familiares respondieron “nunca” a la pregunta “Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente”, “Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga”, para el 54,8% (126), al preguntarles “Cuando tengo un problema o situación difícil, siento que es complicado hablar del problema” el 53,5% (123), respondió que nunca y el 49,6% (114) consideró que nunca “Tiendo a reaccionar de manera exagerada cuando tengo un problema o situación difícil” y para el 48,7% (112) considera que nunca “Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil” (Tabla 8).

6. DISCUSIÓN

Cuando una persona asume el rol de cuidador principal familiar de un paciente sometido a procedimiento cardiointensivo, emergen unos cambios repentinos en el estilo de vida, situaciones confusas y que producen ciertas limitaciones; por lo cual se desarrollan comportamientos y pensamientos para enfrentar la situación, conocidos como afrontamiento (71).

Los 230 cuidadores principales familiares de los pacientes sometidos a procedimientos cardiointensivos que participaron en el presente estudio muestran una mediana capacidad de afrontamiento y adaptación con un 50,0%, mientras que el 47% de ellos presentan baja capacidad y sólo el 3% mostraron alta capacidad de afrontamiento y adaptación ante esta situación estresora. Estos hallazgos son contrarios a los encontrados por Jiménez (34), donde el 85,2% de los sujetos estudiados presentaron alta capacidad de afrontamiento y adaptación; y a los resultados de Suárez (33) donde ambos grupos estudiados (pareja de padres y madre/padre solo) se ubican en alta capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación. Condiciones como esta puede ser explicada por las situaciones particulares atravesadas por los individuos en el momento de la aplicación de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy (CAPS) y por los contextos socioculturales de las poblaciones estudiadas, al respecto Roy (37) expresa que el afrontamiento se visualiza como una estrategia útil para comprender la relación dinámica generada entre la persona y el medioambiente, el cual incluye todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos. Desde este punto de vista, las características sociodemográficas y el profesional de enfermería, forman parte del entorno que afecta positiva o negativamente al cuidador principal familiar, que a su vez influye en el proceso de afrontamiento y adaptación del paciente a su nueva condición de salud y anota además que la adaptación “representa la condición del proceso vital”, lo que muestra la interacción del cuidador principal familiar con el ambiente, es decir, las modificaciones que realiza la persona para adaptarse a la nueva situación, que en esta investigación se obtuvo mayor porcentaje en la mediana capacidad.

Con relación a las características sociodemográficas, se encontró que la edad promedio de los participantes fue de 40,8 años, similar a lo descrito por Monroy (33) para los padres cuidadores de niños en periodo postoperatorio de cardiopatía congénita, quienes en mayor porcentaje (52,1%) se encontraban en la adultez intermedia que contempla edades entre los 31 a los 40 años. Este promedio de edad de los cuidadores principales familiares se debe a que en esta etapa de la vida se está marcado de manera creciente por diferencias individuales basadas en las elecciones y experiencias previas, lo que permite que a esta edad se tenga un significado del valor de la familia y por tanto la decisión de desempeñar el rol de cuidador es más consiente; además, en este promedio de edad confluye en un común denominador que es la importancia de la figura del

cuidador principal familiar, por cuanto éste sustituye la ausencia de cuidado que puede proporcionarse el paciente a sí mismo.

Además, la gran mayoría de cuidadores principales familiares fueron hombres (93,9%), contrario a los resultados de las investigaciones de Flórez (31) y Jiménez (34) con 49,7% y 32,8% de población masculina respectivamente; del mismo modo, Barrera (40, 46) y Pinto (41) concluyen que este rol de cuidadores, por lo general lo asumen las mujeres por su tradición de cuidado en las familias, aduciendo habilidades de cuidado propias de su naturaleza, que la preparan para ser más delicada (72). Los datos encontrados en esta investigación con relación al sexo responsable del cuidado divergen de los reportes de la literatura, lo que puede deberse a un incremento en el número de intervenciones cardiovvasivas realizadas al sexo femenino en la ciudad de Valledupar (18,19), lo que obliga al sexo masculino a asumir el rol de cuidador principal familiar y a la etiología de familia encontrada en esta investigación, la cual corresponde a nuclear completa con 60%. Además, en la actualidad los hombres tienen una mayor probabilidad de cuidar a sus familiares, generalmente porque no hay una mujer disponible para hacerlo, dada las circunstancias de incorporación de la mujer al trabajo e igualdad de género, pudiendo afirmar que cuando falta una red de apoyo familiar femenina entre en funcionamiento la red de cuidado masculino.

Cabe resaltar, que el sexo de los cuidadores principales familiares influye en la calidad del cuidado que reciben los pacientes sometidos a procedimientos cardiovvasivos, puesto que dado el enfoque tradicional de la literatura sobre la gran relevancia del papel de la mujer en el cuidado, el análisis del papel de los hombres sobre el cuidado ha permanecido “invisible” dado su poca participación (31, 34, 40, 41, 46); sin embargo, en esta investigación el mayor porcentaje lo ocuparon ellos, por lo que responden de manera diferente a las situaciones generadoras de estrés como lo representa un procedimiento cardiovvasivo, disminuyendo la calidad y el tiempo del cuidado brindado. Debido a estas condiciones medioambientales la capacidad de afrontamiento y adaptación se ve disminuida de alta a mediana capacidad, que a su vez repercute en la capacidad del paciente cardiovascular para afrontar la situación y adaptarse a su nueva condición de salud.

En la investigación, el estado civil predominante fue la unión libre con 44,8%; mientras que en otros estudios dirigidos por Flórez (31) y Romero (73) los participantes estuvieron casados con cifras cercanas al 50%; esto evidencia que cada vez está tomando más fuerza la unión libre como un tipo de unión formal y que más allá del estado civil del cuidador principal familiar, es el acompañamiento del cuidado lo que marca una real diferencia al momento de vivir una situación de salud del ser querido y no se evidenció una carencia de la red familiar para el apoyo en las necesidades del paciente, quien se encuentra en condición de dependencia.

Con respecto al nivel educativo, estuvo representado por un 28,3% de cuidadores principales familiares que culminaron sus estudios de secundaria; sin embargo en el estudio realizado por Jiménez (34) la mitad de los participantes tenían estudios técnicos, lo que hace referencia a un mejor grado de capacidad de afrontamiento y adaptación por parte de los sujetos que asumen la responsabilidad del cuidado. La escolaridad se considera un estímulo contextual positivo frente a las interferencias que genera la intervención quirúrgica cardiovascular, como lo plantea Roy (59) el individuo hace uso de sus conocimientos y experiencias anteriores para procesar la información a fin de lograr el afrontamiento para la adaptación ante la situación. Por tanto, una mayor escolaridad permite una mejor respuesta de afrontamiento y adaptación (34). En cuanto a la ocupación, el 41,3% de los cuidadores principales familiares se dedican a las tareas del hogar, lo que refuerza el hallazgo del sexo masculino como cuidador, puesto que tienen que aprender a llevar a cabo nuevas tareas en el hogar a las que se van adaptando a pesar de que tienen que romper ciertos estereotipos culturales, como el machismo que se vive en la ciudad de Valledupar.

El estrato socioeconómico predominante en este estudio fueron el 2 (52,2%) y el 3 (25,8%), similar a lo encontrado por Monroy (33) en padres durante el postoperatorio de cardiopatía congénita, lo que podría representar un estímulo contextual negativo para el proceso de afrontamiento y adaptación de los sujetos objeto de estudio (31). La clase social al que pertenece el cuidador principal familiar también influye en la capacidad de afrontamiento de éste, debido a que los recursos no son suficientes para cubrir todas las demandas de cuidado y esto se convierte en un estímulo negativo para el proceso de adaptación ante la situación, que a su vez se refleja en la capacidad de afrontamiento y adaptación del paciente; que en esta investigación fue mediana capacidad.

Por su parte, la religión predominante fue la católica, al igual que en los estudios de Flórez (31) y Pérez (74) quienes confirmaron que esta religión tenía mayor preponderancia sobre los otros tipos de religiones profesadas por los participantes. La influencia de esta religión proporciona un conjunto importante de recursos para el afrontamiento de los cuidadores (75) por lo que se considera un estímulo focal positivo (31).

Con relación al tipo de familia, sobresalió la nuclear (60,0%), contrario a lo hallado por Jiménez (34), cuyos pacientes pertenecían a familias atípicas y en segundo orden por la nuclear; estos resultados evidencian lo descrito por Carreño (26), quien afirma que el estilo y la calidad de vida de las personas se encuentra estrechamente relacionada con el apoyo de su familia, en esta investigación se muestra cuando el familiar del paciente sometido a intervención quirúrgica cardiovascular asume el rol de cuidador principal. En la sociedad actual la familia se ha visto afectada por su tendencia a ser nuclear, por su restricción de espacio de vivienda, relacionada a su vez con el nivel socioeconómico, y por el cambio de rol que ha comenzado a ser eje central del mercado laboral, donde el

hombre se convierte en cuidador y la mujer proveedora de alimentos, reforzando lo encontrado sobre el sexo masculino en los cuidadores principales familiares. Las familias nucleares, y en especial quien cumple la responsabilidad de cuidado, tratan de organizarse y sobreponerse para afrontar de la mejor forma la situación de salud del ser querido. Asimismo, los cuidadores principales conviven en promedio con 4 personas (25,4%); sin embargo, las familias numerosas, con más de 7 integrantes nucleares, cada vez tienen más prevalencia, con un 17,5% en esta investigación, en comparación con las familias con menor cantidad de integrantes.

Referente al tipo de relación existente entre el cuidador principal familiar y el paciente sometido a procedimiento cardiovascular, predominó la relación de hijos (as), cónyuges y padres/madres, similar a lo reportado por Jiménez (34) con mayor frecuencia de hijo/a(s) con 4% y esposo(a) con 33%. Lo que reafirma el compromiso existente en el grado de consanguinidad y afinidad entre el paciente y su cuidador, basado en el amor fraternal, en la responsabilidad y compromiso por el bienestar del ser querido, evidenciando además la tipología de familia nuclear hallada en ésta investigación. Todo esto confirma que el apoyo del profesional de enfermería es fundamental para orientar las estrategias de afrontamiento elegidas por los cuidadores principales familiares, con el fin de mejorar la capacidad de adaptación a la nueva condición de salud de su ser querido, puesto que el grado de capacidad que éste logre será el que repercuta en el paciente sometido al procedimiento cardiovascular.

Con relación al tipo de procedimiento cardiovascular realizado a los seres queridos de los cuidadores principales familiares, el de mayor incidencia en la investigación fue el cateterismo cardíaco, seguido de la angioplastia coronaria; tal como lo describió Nandayapa (38) y según datos publicados por la Secretaría de Salud Departamental del Cesar (18, 19), lo que ha significado un crecimiento exponencial de este tipo de procedimientos en la ciudad de Valledupar (26). Esto puede atribuirse al aumento de enfermedades cardiovasculares por disminución de medidas preventivas y estilos de vida no saludables por parte de los Valduparenses, debido al estrés y cambios propios de la sociedad actual y del sedentarismo que abarca gran parte del tiempo laboral en los adultos y en la disminución de juegos recreativos en los niños y adolescentes.

De otra parte, dentro de los reportes en donde los cuidadores principales familiares obtuvieron mayores puntajes, fueron aquellos que respondieron que se sienten bien cuando creen que manejan los problemas lo mejor que pueden, al aceptar el problema como es o como se presenta, al buscar todos los medios posibles para enfrentar la situación, cuando intentan aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar y cuando intentan orientar sus sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa. Estas estrategias son el resultado del proceso de manejo de la situación por parte del cuidador principal familiar, mediante el uso de las tres fases del proceso cognitivo de la información: entrada – procesamiento central - salida, que se manifiesta mediante la generación de pensamientos, sentimientos y acciones con el fin

de lograr el afrontamiento de la situación, concordante con el estudio de González (76) realizado con pacientes que padecen cardiopatía isquémica.

Esta mediana capacidad de afrontamiento y adaptación hallada en el cuidador principal familiar de un paciente sometido a procedimiento cardiointensivo participante en la investigación, puede atribuirse a la poca preparación que tienen los cuidadores principales familiares para controlar la situación de salud de su ser querido, la expectativa de vida y la concepción que se tiene sobre el procedimiento cardiointensivo. Asimismo, las condiciones sociodemográficas como pertenecer al estrato 2 que hace parte del nivel económico bajo, dedicarse a las tareas del hogar y no lograr culminar estudios de educación superior pueden influir en la dificultad para construir nuevos conocimientos y desarrollar capacidades para la solución de problemas.

Cabe resaltar, que una alta capacidad de afrontamiento y adaptación promueve una actitud positiva en el cuidador principal familiar que repercute en el proceso de adaptación y rehabilitación del paciente cardiovascular, de sus creencias y percepciones sobre el procedimiento cardiointensivo, los cuales contribuyen en el momento de promover cambios acerca del estilo de vida. Además, cuando el cuidador principal familiar posee una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, podrá brindarle la máxima ayuda a su ser querido, que lo favorecerá en el proceso de adaptación a su nueva condición y a la recuperación de la salud.

Dentro de los factores que favorecen el afrontamiento y la adaptación de los cuidadores principales familiares, hallados en la investigación se encuentra la confianza que sienten consigo mismo intentando manejar la situación de salud de su ser querido, no rendirse fácilmente ante esta situación estresora, procurando orientar sus sentimientos y emociones, intentando aclarar las dudas que tienen sobre la situación antes de actuar y la intención de buscar todos los medios posibles para enfrentar la situación, es decir utilizando el mecanismo de afrontamiento de tipo aproximativo, tal como lo indica Roy en su teoría. Sin embargo, se encontraron factores que no favorecieron el proceso de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales familiares como no relacionar las experiencias pasadas, vividas por ellos o por otros cuidadores, con la situación actual de su ser querido, el mantener una actitud negativa al no ver el problema como una oportunidad o un reto y no proponer diferentes soluciones para intentar resolver la situación.

Los factores descritos anteriormente, afectan de forma positiva o negativa a los cuidadores familiares, lo que les permitirá establecer las estrategias de afrontamiento para lograr una adaptación y esta afectación condujo a que los participantes del estudio presentaran una mediana capacidad, no cumpliendo la meta de enfermería, la cual, según el modelo es promover la adaptación, entendida como un estado de bienestar del ser humano, es decir, del cuidador principal familiar.

Este estado de bienestar tiene un interés central debido a que la capacidad de afrontamiento y adaptación que logre el cuidador principal familiar va a incidir en la capacidad que desarrolle el paciente sometido a procedimiento cardiointensivo a enfrentar la situación de salud, contribuyendo en el proceso de mantenimiento, rehabilitación y recuperación. Esta mediana capacidad alcanzada por los cuidadores principales familiares hace referencia a los esfuerzos que realizaron para controlar los estímulos del medioambiente, así como las distintas estrategias que utilizaron para afrontar la situación de su ser querido.

Los hallazgos de esta investigación señalan una mediana capacidad de afrontamiento y adaptación en los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiointensivos ante los estímulos focales, contextuales y residuales propios de la situación de salud de su ser querido y el pronóstico de éste último, la concepción que se tiene sobre procedimientos de éste tipo, la falta de apoyo de algunos profesionales de la salud y la situación que vive el cuidador principal familiar derivada de la intervención quirúrgica de su ser querido; expresando un estilo de afrontamiento centrado en las estrategias de tipo cognitivo, comportamental y afectivo. Según Livneh (62) estas respuestas o mecanismos de afrontamiento dan lugar a las estrategias utilizadas por la persona para controlar los estímulos medioambientales.

7. CONCLUSIONES

- ❖ Los cuidadores principales familiares presentaron una mediana capacidad de afrontamiento y adaptación, lo que les permitió responder mediante comportamientos, pensamientos o emociones al estímulo focal que fue la realización del procedimiento cardiointensivo de su ser querido.
- ❖ Con relación a las características sociodemográficas de los participantes de la investigación-cuidadores principales familiares, son primordialmente hombres, con un promedio de edad de 40,8 años, en que la unión libre es el estado civil predominante y la secundaria completa e incompleta el nivel de formación escolar, dedicados al cuidado del hogar, pertenecen al estrato socioeconómico 2 y 3 y en su mayoría profesan la religión católica.
- ❖ Relacionado al número de personas con las cuales conviven los cuidadores principales familiares, la mayoría comparte con 4 personas, seguido de familias numerosas con más de 7 integrantes.
- ❖ En cuanto al tipo de familia, sobresalió la nuclear; el tipo de relación con el paciente cardiovascular fue en mayor medida entre hijos, cónyuges y padres, donde se denota la relación de primer grado tanto de consanguinidad como de afinidad.
- ❖ El procedimiento más realizado fue el cateterismo cardíaco, seguido de la angioplastia con y sin implantación de stent; mientras que en menor cantidad se realizó la revascularización miocárdica, la ablación por radiofrecuencia y la implantación de desfibrilador.
- ❖ La mediana capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales familiares muestra tendencias estables en el uso de recursos de afrontamiento en los tres dominios: cognitivo, comportamental y afectivo. El estilo de afrontamiento cognitivo permitió encontrar significado a la situación y solucionarlo de forma directa; en los comportamentales enfrentaron la realidad teniendo en cuenta sus posibles consecuencias; en los estilos afectivos intentaron controlar el estímulo, mantener el equilibrio emocional y direccionar provechosamente sus emociones.
- ❖ Los cuidadores principales familiares, presentaron una mayor frecuencia en sentirse bien cuando creían que manejaban los problemas de forma adecuada, aceptando y buscando todos los medios posibles para enfrentar la situación de salud de su ser querido, planeando una serie de acciones para la resolución de la misma como aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar y orientar sus sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa.

- ❖ El instrumento de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy, en español, versión abreviada, se constituye en un importante aporte para la validación de una teoría de mediano rango de enfermería, que fortalece la práctica profesional y el cuidado y la identificación de las estrategias de afrontamiento y adaptación utilizada por los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovvasivos.

8. RECOMENDACIONES

Con base en los hallazgos encontrados en la investigación, a nivel de la academia se recomienda:

- ❖ Impulsar nuevas investigaciones que permitan conocer las estrategias de afrontamiento y adaptación de cuidadores principales familiares en la ciudad de Valledupar, ya que existen muy pocos estudios sobre ello.
- ❖ Realizar estudios comparativos sobre las estrategias de afrontamiento y adaptación del cuidador principal familiar y el paciente sometido al procedimiento cardiointensivo.
- ❖ Implementar modelos de atención de cuidado de enfermería, teniendo las necesidades que presenten los pacientes y sus cuidadores principales familiares y el concientizar al personal de enfermería y de salud en general, sobre la importancia del acompañamiento necesario al paciente y a su cuidador principal familiar, en lo relacionado con la información sobre su estado de salud, los riesgos y beneficios del procedimiento y el pronóstico de éste último.
- ❖ El diseño e implementación de planes de cuidado de enfermería orientados a identificar las estrategias de afrontamiento de forma temprana, ya sean adecuadas o inefectivas, con el fin de beneficiar la adaptación de los cuidadores principales familiares y a su vez de los pacientes sometidos a procedimiento cardiointensivo.
- ❖ Promover en los cuidadores principales familiares las estrategias adecuadas para el afrontamiento y la adaptación durante el proceso de recuperación de su paciente, y, a partir de estas, plantear a futuro intervenciones de cuidado que aseguren la completa adaptación de los mismos.
- ❖ Investigar los factores de riesgo cardiovascular en las mujeres de Valledupar.
- ❖ Realizar estudios o investigaciones que permitan conocer los factores asociados a la capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales de enfermos crónicos en la ciudad de Valledupar.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente quiero dar las gracias a Dios por permitirme subir un peldaño más en la vida académica y en mi realización personal.

A mi madre Milena Rojas y a mi esposo Humberto Gámez por apoyarme, comprenderme y brindarme siempre su amor.

A mi amiga Breidis Ariza por incentivar me a cursar esta maestría; a Alfredo Martínez padre e hijo, Laudy Quiceno y todas las personas de Cartagena que me recibieron en su hogar y me brindaron con mucho cariño todo lo que tenían a su alcance.

A la docente Amparo Montalvo, quien con su paciencia y humanismo me motivó y contribuyó en la culminación de este proceso. Sus cualidades como docente y su calidad como persona me ayudaron a unir los esfuerzos y lograr este producto.

Y no menos importantes, a mis familiares y todas aquellas personas que de una u otra manera me apoyaron con sus oraciones y contribuyeron a mi formación profesional y crecimiento personal.

A todos ustedes, muchas gracias y que Dios los bendiga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Datos y estadísticas 2012. [En línea]. [Fecha de acceso 19-09-2012] Disponible en: <http://www.who.int/research/es/>.
2. Organización Mundial de la Salud. Las 10 causas principales de defunción en el mundo 2000-2012. [En línea]. [Fecha de acceso 13-01-2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>.
3. Mackay J, Mensah GA. The atlas of heart disease and stroke. Geneva: WHO. [En línea]. 2015 [Fecha de acceso 04-05-2015]. URL disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/.
4. Mozaffarian D., Benjamin E., Go A., Arnett D., Blaha M., Cushman M., et. al. Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update A Report From the American Heart Association. *Circulation*. [En línea]. 2014 Dic 18 [Fecha de acceso 27-01-2015]; 152. Doi: 10.1161. URL disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2014/12/18/CIR.000000000000152.full.pdf+html>.
5. University of Miami Health System. Estadísticas relacionadas con las enfermedades cardíacas (cardiopatías). [En línea]. [Fecha de acceso 19-12-2014] Disponible en: <http://es.uhealthsystem.com/enciclopedia-medica/cardiac/index/stats>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades Cardiovasculares. [En línea]. [Fecha de acceso 21-09-2012]. Disponible en: http://www.ops.org.bo/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=236&task=display&id=218.
7. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. [En línea]. [Fecha de acceso 04-05-2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf>.
8. Organización Panamericana de la Salud. Así vamos en salud en Colombia: tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón – Georeferenciado. [En línea]. [Fecha de acceso 21-12-2014]. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/indicadores/estado-de-salud/grafica.ver/21>.
9. Organización Panamericana de la Salud. Causas principales de mortalidad en las Américas. [En línea]. [Fecha de acceso 12-11-2015]. Disponible en: http://ais.paho.org/hip/viz/mort_causasprincipales_lt_oms.asp.
10. Anchique C., Pérez C., López F., Cortés M. Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Colombia. *Rev. Colomb. Cardiol*. [En línea]. 2011 Nov-Dic. [Fecha de acceso 22-09-2012]; 18 (6): 305-315. Disponible en: http://revcolcard.org.scc.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=107%3Av18n6a2&catid=47&Itemid=57.

11. Instituto Nacional de Salud en Colombia. Boletín Observatorio Nacional de Salud. [En línea]. [Fecha de acceso 12-01-2015]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/boletin%201/boletin_web_ONS/boletin_01_ONS.pdf.
12. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Observatorio de Salud Cardiovascular, Diabetes y Enfermedad Renal Crónica OCADER. [En línea]. [Fecha de acceso 28-11-2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Minsalud%20ROSS-SISPRO%20OCADER%2028%2011%202014.pdf>.
13. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía Metodológica del Observatorio de Salud Cardiovascular, Diabetes y Enfermedad Renal Crónica OCADER. [En línea]. [Fecha de acceso 28-11-2014]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/OER_CAV_001%2022.10.2013%20v1.pdf.
14. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011: Informe 3. [En línea]. [Fecha de acceso 24-07-2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>.
15. World Health Organization – Non communicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014. [En línea]. [Fecha de acceso 24-01-2015]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/countries/col_en.pdf?ua=1.
16. República de Colombia. Gobernación del Cesar. Secretaría de salud del Cesar. Diagnóstico de salud Departamento del Cesar año 2012. [En línea]. Valledupar, Cesar: Ministerio de Salud y Protección Social; [Fecha de acceso 24-08-2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Cesar-2012.pdf>.
17. Gobernación del Cesar. Secretaría de salud de Valledupar. Estadísticas de morbilidad y mortalidad año 2012. [CD-ROM]. Valledupar: Secretaría de Salud Municipal; 2013.
18. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Cardiovasculares: 2013. [En línea]. [Fecha de acceso 24-09-2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
19. Rangel G., Martínez H. Avances recientes en el diagnóstico y el manejo de la enfermedad cerebrovascular isquémica aguda. Gac. Med. Méx. [En línea]. 2013. [Fecha de acceso 05-05-2015]; 133 (5):431–553. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showIndex&id_revista=48.
20. Texas Heart Institute. Información general sobre cirugía cardiovascular. [En línea]. [Fecha de acceso el 18-10-2012]. Disponible en: http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/Proced/.
21. Nandayapa V. Intervención coronaria: angioplastia. [En línea] México: Cardiointervención; 2011; [Fecha de acceso 04-05-2015] Disponible en: <http://cardiointervencion.com/que-sigue/intervencion-coronari-angioplastia/>.

22. Galimany J., Díaz S., Pernas JC. Cuidados de enfermería al paciente sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria. *Rev. Enferm. Cardiol.* [En línea]. 2010 Ene-Abr. [Fecha de acceso 22-11-2012]; 49 (1): 70-73. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/49_11.pdf.
23. Gilbert M., Lema G. Cirugía cardíaca con circulación extracorpórea: síndrome vasopléxico y vasopresina. *Rev. Méd. Chile* [En línea] 2011 Mar. [Fecha de acceso 22-11-2012]; 139 (3): 368-372. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000300014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000300014&lng=es). doi: 10.4067/S0034-98872011000300014.
24. Berga G., Murillo P., Márquez A., Casajús G. Complicaciones vasculares en el paciente sometido a procedimientos cardiovasculares percutáneos. *Rev. Enf. Cardiol.* [En línea] 2013 [Fecha de acceso 04-05-2015]; 20 (58-59): 56-61. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/58_59_08.pdf.
25. Gil D. Cuidados de la familia: el cuidador principal. *Manual de enfermería: prevención y rehabilitación cardíaca.* [En línea] 2011 [Fecha de acceso 12-08-2012]; 11 (31): 323-329. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/preven/cap_08.pdf.
26. Carreño S. Metasíntesis de calidad de vida en cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica. [Tesis para optar al título de Magíster en enfermería con énfasis en cuidado al paciente crónico]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
27. García M., Mateo I., Maroto G. El Impacto de Cuidar en la Salud y La calidad de Vida de las Mujeres. *Gac. Sanit.* [En Línea] 2004 May. [Fecha de acceso 22-01-2013]; 18 (2): 83-92. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112004000800011&script=sci_arttext.
28. Moreno-Fergusson M., Alvarado-García A. Aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Rev. Aquichán.* [En línea] 2009 [Fecha de acceso 23-11-2012]; 9 (1): 62-72. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/170/311>.
29. Chaparro L. Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Rev. Aquichán.* [En línea] 2011 [Fecha de acceso 20-11-2012]; 11 (1): 7-22. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1814/2361>.
30. Florenzano R, González A, Horwitz N, Barna R, Concha I, Maddaleno M. *Salud Familiar. 1ª Edición.* Santiago de Chile: Corporación de Promoción Universitaria; 1986: 63-73.
31. Flórez I., Herrera E., Carpio E., Veccino M., Zambrano D., Reyes Y., et. al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. *Rev. Aquichán.* [En línea] 2011 [Fecha de acceso 24-11-2012]; 11 (1): 23-39. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1815>.

32. Leyva Y., Solano G., Labrador L., Gallegos M., Ochoa M. Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Rev. Cuid.* [En línea] 2011 [Fecha de acceso 24-11-2012]; 2 (2): 96-104. Disponible en: <http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/43/nivel%20de%20adaptacion.pdf>.
33. Suárez C., Monroy A. Afrontamiento y adaptación de los padres durante el postoperatorio de cardiopatía congénita. *Index Enferm.* [En línea] 2012 Sep. [Fecha de acceso 05-08-2013]; 21 (3): 145-149. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200008&lng=es.
34. Jiménez V., Zapata L., Díaz L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Rev. Aquichán* [En línea] 2013 [Fecha de acceso 05-08-2014]; 13 (2): 159-172. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2407/html>.
35. Alonso C., Bastos A. Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica contemporánea.* [En línea] 2011. [Fecha de acceso 04-05-2015]; 2 (2): 187-207. URL disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>.
36. Lazcano M., Salazar B., Gómez M. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Aquichán.* [En línea] 2008 [Fecha de acceso 27-11-2012]; 8 (1): 116-125. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74108111>.
37. Díaz De Flórez L. Durán de Villalobos M., Gallego P., Gómez B., Gómez E., González Y., et. al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Rev. Aquichán.* [En línea] 2009 [Fecha de acceso 25-11-2012]; 2 (1): 19-23. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/29>.
38. Nandayapa V. Qué es la cardiología intervencionista? [En línea] México: *Cardiointervención*; 2012; [Fecha de acceso 04-09-2013] Disponible en: <http://cardiointervencion.com/que-es-la-cardiologia-intervencionista/>.
39. Chavarría M., Barra E. Satisfacción Vital en adolescentes: relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido. *Ter Psicol.* [En línea] 2014 Abr. [Fecha de acceso 03-05-2015]; 32 (1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100004.
40. Barrera L., Blanco L., Figueroa P., Pinto N., Sánchez B. Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Mirada internacional. Rev. Aquichán.* [En línea] 2006 Oct. [Fecha de acceso 20-11-2012]; 6 (1): 22-33. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/77/158>.
41. Pinto N., Sánchez B. El reto de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. En: *Cuidado y práctica de enfermería*. Bogotá: Unibiblos; 2000: 172-183.

42. Isla P. El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Rev. Cultura de los cuidados*. [En línea] 2000 [Fecha de acceso 19-11-2012]; IV (7-8): 187-194. Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/7pdf/7-187-3005.pdf>.
43. Helgelson, V., Cohen, S., y Fritz, H. Social ties and cancer. In J. C. Holland (Ed.). *New York: Oxford University Press: Psycho-oncology*; 1998 (pp. 99-109).
44. Solano M., Siles J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index de Enfermer*. [En línea] 2012 Mar. [Fecha de acceso 03-05-2015]; 51: 29-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200500030006.
45. Roig C., Juncá C., Merino O., Ortigosa L., Cazorla M; Monegal M; Gómez. M. Creencias y percepciones de los cuidadores formales e informales del enfermo en cardiopatía isquémica. *Enferm. Cardiol*. [En línea] 2003 [Fecha de acceso 19-11-2012]; 10 (29): 30-34. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/2902.pdf>.
46. Barrera L., et al. Cuidando a los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Rev. Scielo*. [En línea] 2006 [Fecha de acceso 09-05-2012]; 15 (52). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100012&script=sci_arttext.
47. Vargas L. Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica. *Invest. Enfer. Imagen y desarrollo*. [En línea] 2010 [Fecha de acceso 04-05-2015]; 12 (1). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/1626/1048>
48. Ostiguín R., Rivas J., Vallejo M., Crespo S., Alvarado S. Habilidades del cuidador primario de mujeres mastectomizadas. *Invest. Educ. Enferm*. [En línea] 2012 [Fecha de acceso 04-05-2015]; 30 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072012000100002&script=sci_arttext.
49. Hernández N., Moreno C., Barragán J. Necesidades de cuidado de la diada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. *Rev. Cuidarte*. [En línea] 2014 [Fecha de acceso 06-05-2015]; 5 (2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.87>.
50. Sánchez B. La Cronicidad y el Cuidado Familiar, Un Problema de Todas las Edades: Los Cuidadores de Ancianos. *Avances en Enfermería*. [En línea] 2004 [Fecha de acceso 22-10-2012]; 22 (1): 61-67. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxii1_6.pdf.
51. González Y. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo. [Tesis Doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Departamento de cuidado y práctica en enfermería; 2008.
52. González M., Rojas C., Santana J., Ballesteros B., et. al. Estilos y estrategias de afrontamiento en padres y madres de niños y jóvenes diagnosticados como autistas.

[Trabajo de Grado - Psicología]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología; 2005.

53. NANDA International, Inc. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). North American; 2011.
54. Carpenito L. Diagnóstico de enfermería. 5 ed. Madrid: International Mac Graw-Hill; 1995. p. 59-60.
55. Gutiérrez C., Veloza M., Moreno-Fergusson M., Durán de Villalobos 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 [En línea] 2007 Abr. [Fecha de acceso 19-09-2012]; 7 (1): 54-63. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000100005&lng=es.
56. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia (PA): F.A. Davis Company; 2005; p. 16-8.
57. Roy C. The Roy Adaptation Model. 3 ed. New Jersey: Pearson; 2009.
58. Roy C. Boston Based Adaptation Research in Nursing Society. Roy Adaptation Model Based Research, 25 years of contributions to nursing science. Indianapolis: Sigma Theta Tau International, Center Nursing Press; 1999.
59. Roy C., Heather A. The Roy adaptation Model. Rev. Aquichan.[En línea] 1999 [Fecha de acceso 19-11-2012]: 25-31. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/25/31>.
60. Rodríguez J, Pastor M, López S. Afrontamiento, apoyo emocional, calidad de vida y enfermedad. Rev. Psicothema [En línea] 1993 [Fecha de acceso 2109-2012];5 (1): 349-372. Disponible en: <http://www.psycothema.com/psycothema.asp?id=1148>.
61. Díaz Y. Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de medicina. Rev. Hum. Med. [En línea] 2010 [Fecha de acceso 05-05-2015];10 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202010000100007&script=sci_arttext.
62. Livneh H. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A conceptual framework. In: Rehabilitation Counseling Bulletin. Washington: Sprint, 2011; 44 (3): 151.
63. Veloza M, Moreno ME, Crespo O, Gutiérrez E. Proceso de afrontamiento y adaptación. En: Gutiérrez M. Adaptación y cuidado en el ser humano. Una visión de enfermería. Bogotá. Universidad de La Sabana. El Manual Moderno; 2007. pp. 13-25.
64. Sarmiento P., Botero J., Carvajal .G. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy. Versión modificada en español. Rev. Scielo [En línea] 2013 Oct-Dic. [Fecha de acceso 17-06-2013];22 (4): 233-236. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000300009&script=sci_arttext.

- 65.** Molina P. Estrategias de afrontamiento del Equipo de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Med-Quirúrgicos Hospital Regional Concepción Posterremoto y Tsunami 27/02. Rev. Chilena de Med. Intensiva [En línea] 2010 [Fecha de acceso 21-06-2012];25 (4): 193-198. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2010-4/5.pdf>.
- 66.** Chayaput P. Psychometric properties of the Thai versión of the Coping And Adaptation Processing Scale. In: Roy Adaptation Association Bulletin; 2005; 8 (1): 6.
- 67.** Botero J., Sarmiento P. Validez de constructo de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy versión español. En: XX Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Pereira 2 y3 de Junio de 2011. Pereira: Rev. Cult. Cuidado Enferm.; 2011. p. 88-91.
- 68.** República de Colombia. Ministerio De Salud. Resolución 08430 de 1993, Octubre 04, por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
- 69.** República de Brasil. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki, por la cual se dictan principios éticos para investigaciones médicas en seres humanos. Brasil: 64ª Asamblea General; 2013.
- 70.** Colombia. Congreso de la República. Ley 911 de 2004, Octubre 05, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C.: Ministerio de Educación; 2004.
- 71.** Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1986.
- 72.** Montalvo A. Flórez I. Características de los cuidadores de personas en condición de cronicidad. Cartagena (Colombia): un estudio comparativo. Rev. Científica salud Uninorte [En línea] 2008 [Fecha de acceso 13-05-2015]; 24 (2). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/1838/6158>.
- 73.** Romero E., Martínez B., Mazaika E., Guarín A., Pérez J. Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis. Cartagena 2010. Rev. av. enferm. [En línea] 2013 [Fecha de acceso 24-11-2014]; 31 (1): 32-41. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42172>.
- 74.** Pérez B., Veloza M., Ortiz J. Afrontamiento y adaptación y su relación con la perspectiva espiritual en el paciente con VIH/SIDA. [En línea] 2012 [Fecha de acceso 14-09-2014]; 31 (1): 32-41. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000300005.
- 75.** López J., Márquez M., Romero R., Losada A. Espiritualidad y religiosidad en cuidadores de personas con demencia como posibles factores protectores de maltrato. Sociedad y Utopía. Rev. Ciencias sociales (Fundación Pablo VI). [En línea] Jun. 2013

[Fecha de acceso 24-08-2015]; 41 (1): 402-423. Disponible en:
<http://www.sociedaduytopia.es/images/revistas/41/D13.pdf>.

- 76.** González Y. Evaluación de la Eficacia del Cuidado como Intervención Terapéutica en Personas que Padecen Cardiopatía Isquémica a partir del Modelo de Adaptación y la Teoría del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy. [Dissertation]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2007.

TABLAS

Tabla 1. Sexo y estado civil de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos.

SEXO	N	%
Masculino	216	93,9
Femenino	14	6,1
ESTADOCIVIL	N	%
Soltero	49	21,3
Casado	55	23,9
Viudo	7	3,0
Divorciado	3	1,3
Separado	13	5,7
Unión Libre	103	44,8
Total	230	100,0

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 2. Escolaridad de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos.

ESCOLARIDAD	N	%
Analfabeta	20	8,7
Primaria Incompleta	27	11,7
Primaria Completa	20	8,7
Secundaria Incompleta	39	17,0
Secundaria Completa	65	28,3
Técnico	27	11,7
Tecnólogo	2	0,9
Universitario	30	13,0
Total	230	100,0

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 3. Ocupación, estrato socioeconómico y religión de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos.

OCUPACIÓN	N	%
Hogar	95	41,3
Obrero	20	8,7
Técnico	24	10,4
Independiente	44	19,1
No Trabaja	28	12,2
Administrativo	14	6,1
Pensionado	5	2,2
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	N	%
1 (Uno)	77	17,9
2 (Dos)	224	52,2
3 (Tres)	108	25,8
4 (Cuatro)	20	4,7
RELIGIÓN	N	%
Católica	152	66,1
Evangélica	60	26,1
Adventista	0	0,0
Testigo De Jehová	1	0,4
Otra	17	7,4
Total	230	100,0

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 4. Número de personas con las que conviven los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos.

CON CUANTAS PERSONAS VIVE	N	%
1	18	2,0
2	68	7,6
3	156	17,4
4	228	25,4
5	145	16,1
6	126	14,0
Más de 7	157	17,5
Total	898	100,0

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 5. Tipo de familia y tipo de relación de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos.

TIPO DE FAMILIA	N	%
Nuclear	138	60,0
Extensa	80	34,8
Monoparental	12	5,2
TIPO DE RELACIÓN	N	%
Cónyuge	50	21,74
Cuñado (a)	13	5,65
Hermano (a)	18	7,83
Hijo (a)	90	39,13
Nieto (a)	5	2,17
Padre/Madre	34	14,78
Primo (a)	2	0,87
Sobrino (a)	3	1,30
Suegro (a)	5	2,17
Tío (a)	4	1,74
Yerno/Nuera	6	2,61
Total	230	100,0

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 6. Procedimiento realizado a los pacientes de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos.

PROCEDIMIENTO REALIZADO	N	%
Cateterismo cardiaco	73	31,7
Angioplastia	43	18,7
Stend	64	27,8
Marcapaso	27	11,7
Desfibrilador	1	0,4
Ablación por radiofrecuencia	5	2,2
Reemplazo Valvular	5	2,2
Revascularización Miocárdica	12	5,2
Total	230	100,0

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 7. Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos.

GRADO DE CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN	Puntaje Global	N	%
Baja capacidad	0-56	108	47,0
Mediana capacidad	57-70	115	50,0
Alta capacidad	71-99	7	3,0
Total	---	230	100,0

Fuente: Datos del estudio.

Tabla 8. Escala de Medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS): ítems en cantidades y porcentajes.

Ítem	Nunca	%	CasiNunca	%	CasiSiempre	%	Siempre	%
1. Cuando tengo un problema o situación difícil, puedo seguir varias indicaciones al mismo tiempo.	12	5,2	82	35,7	84	36,5	52	22,6
2. Cuando tengo un problema inesperado encuentro soluciones nuevas para resolverlo.	33	14,3	46	20,0	74	32,2	77	33,5
3. Cuando tengo un problema o situación difícil, acepto el problema como es o como se presenta.	0	0,0	15	6,5	80	34,8	135	58,7
4. Cuando estoy preocupado por un problema o situación difícil tengo dificultad para completar actividades, tareas y proyectos.	66	28,7	82	35,7	67	29,1	15	6,5
5. Cuando tengo un problema o situación difícil solo puedo pensar en lo que me preocupa del mismo.	32	13,9	68	29,6	74	32,2	56	24,3
6. Me siento bien cuándo creo que manejo los problemas lo mejor que puedo.	2	0,9	4	1,7	65	28,3	159	69,1
7. Cuando tengo un problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones.	2	0,9	25	10,9	123	53,5	80	34,8
8. Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles.	90	39,1	105	45,7	24	10,4	11	4,8
9. Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil.	112	48,7	69	30,0	35	15,2	14	6,1
10. Cuando tengo un problema o situación difícil, intento orientar mis sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa.	0	0,0	27	11,7	123	53,5	80	34,8
11. Cuando tengo un problema o situación difícil, me siento atento y activo durante el día.	29	12,6	31	13,5	88	38,3	82	35,7
12. Cuando tengo un problema o situación difícil, intento que mis sentimientos no influyan para verlo que sucede.	65	28,3	33	14,3	63	27,4	69	30,0
13. Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación.	26	11,3	14	6,1	107	46,5	83	36,1

14. Tiendo a reaccionar de manera exagerada cuando tengo un problema o situación difícil.	114	49,6	78	33,9	31	13,5	7	3,0
15. Cuando tengo un problema o situación difícil, tiendo a bloquearme y confundirme al menos por un tiempo.	109	47,4	76	33,0	38	16,5	7	3,0
16. Cuando tengo un problema o situación difícil, siento que es complicado hablar del problema.	123	53,5	55	23,9	39	17,0	13	5,7
17. Me desempeño bien manejando problemas complicados.	19	8,3	59	25,7	72	31,3	80	34,8
18. Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación.	0	0,0	12	5,2	100	43,5	118	51,3
19. Con el fin de salir de un problema o situación difícil puedo hacer cambios drásticos en mi vida.	79	34,3	70	30,4	52	22,6	29	12,6
20. Mi capacidad para actuar mejora cuando me encuentro en situaciones estresantes.	81	35,2	75	32,6	38	16,5	36	15,7
21. Puedo relacionar los problemas o situaciones difíciles con mis experiencias pasadas y con mis planes futuros.	54	23,5	44	19,1	75	32,6	57	24,8
22. Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga.	126	54,8	43	18,7	46	20,0	15	6,5
23. Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas.	67	29,1	80	34,8	59	25,7	24	10,4
24. Utilizo las soluciones que le han funcionado a otros para resolver mis situaciones difíciles o problemas.	88	38,3	56	24,3	58	25,2	28	12,2
25. Veo las situaciones difíciles o problemas como una oportunidad o un reto.	69	30,0	29	12,6	71	30,9	61	26,5
26. Cuando tengo un problema o situación difícil, propongo diferentes soluciones para resolver la situación aunque estas parezcan difíciles de alcanzar.	19	15,7	36	46,1	106	8,3	69	30,0
27. Cuando tengo un problema o situación difícil, experimento cambios en el funcionamiento de mi cuerpo.	52	22,6	82	35,7	56	24,3	40	17,4

28. Cuando tengo un problema o situación difícil, me hago cargo rápidamente y manejo las dificultades en la medida que van apareciendo.	3	1,3	71	30,9	83	36,1	73	31,7
29. Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar.	3	1,3	30	13,0	94	40,9	103	44,8
30. Cuando tengo un problema o situación difícil adopto rápidamente nuevas habilidades para resolverlo.	29	12,6	32	13,9	75	32,6	94	40,9
31. Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente.	143	62,2	70	30,4	17	7,4	0	0,0
32. Cuando tengo un problema o situación difícil, desarrollo un plan que tiene una serie de acciones o pasos para enfrentar la situación.	28	12,2	49	21,3	88	38,3	65	28,3
33. Cuando tengo un problema o situación difícil, tengo muchas expectativas acerca de la manera cómo se resolverá la situación.	33	14,3	30	13,0	88	38,3	79	34,3

Fuente: Datos del estudio.

ANEXOS

ANEXO 01: Características sociodemográficas y Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) de Callista Roy en español, versión abreviada.



UNIVERSIDAD
DE
CARTAGENA

Encuesta N° _____

Fecha _____

**AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE CUIDADORES PRINCIPALES
FAMILIARES DE PACIENTES SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS
CARDIOINVASIVOS EN VALLEDUPAR COLOMBIA**

Objetivo: Determinar el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación de los Cuidadores Principales Familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasculares en Valledupar. La información recolectada mediante esta encuesta se utilizará solo con fines investigativos manteniendo en el anonimato los nombres de los participantes.

Procedimiento cardiovascular realizado al paciente: _____

I. Características Socio-demográficas

Edad: _____ años cumplidos.

Sexo: Masculino ___ Femenino ___

Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Divorciado ___ Separado ___ U. libre ___

Educación: Analfabeta ___ Primaria incompleta ___ Primaria completa ___

Bach. Incompleto ___ Bach. Completo ___ Técnico ___ Tecnólogo ___ Universitario ___.

Ocupación: Hogar ___ Obrero ___ Técnico ___ Independiente ___ No trabaja ___

Administrativo ___ Pensionado ___

Dirección: _____ **Estrato:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____

Religión: Católico ___ Evangélico (cristiano) ___ Adventista ___ Testigo de Jehová: ___

Otro ___ Cual? _____

Con cuántas personas vive? _____

Grado de Parentesco: Primer ___ Segundo ___ Tercer ___ Cuarto ___

Línea de Parentesco: Consanguinidad ___ Afinidad ___ Adopción ___

Tipo de Familia: Nuclear ___ Extensa ___ Monoparental ___

Tipo de Relación con el paciente: _____

II. Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) de Callista Roy en español, versión abreviada.

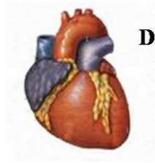
ítem	Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, en español, versión abreviada	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
1.	Cuando tengo un problema o situación difícil, puedo seguir varias indicaciones al mismo tiempo	0	1	2	3
2.	Cuando tengo un problema inesperado encuentro soluciones nuevas para resolverlo	0	1	2	3
3.	Cuando tengo un problema o situación difícil, acepto el problema como es o como se presenta	0	1	2	3
4.	Cuando estoy preocupado por un problema o situación difícil tengo dificultad para completar actividades, tareas y proyectos	0	1	2	3
5.	Cuando tengo un problema o situación difícil solo puedo pensar en lo que me preocupa del mismo	0	1	2	3
6.	Me siento bien cuándo creo que manejo los problemas lo mejor que puedo	0	1	2	3
7.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones	0	1	2	3
8.	Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles	0	1	2	3
9.	Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil	0	1	2	3
10.	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento orientar mis sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa	0	1	2	3
11.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me siento atento y activo durante el día	0	1	2	3
12.	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento que mis sentimientos no influyan para verlo que sucede	0	1	2	3
13.	Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación	0	1	2	3
14.	Tiendo a reaccionar de manera exagerada cuando tengo un problema o situación difícil	0	1	2	3

15.	Cuando tengo un problema o situación difícil, tiendo a bloquearme y confundirme al menos por un tiempo	0	1	2	3
16.	Cuando tengo un problema o situación difícil, siento que es complicado hablar del problema	0	1	2	3
17.	Me desempeño bien manejando problemas complicados	0	1	2	3
18.	Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación	0	1	2	3
19.	Con el fin de salir de un problema o situación difícil puedo hacer cambios drásticos en mi vida	0	1	2	3
20.	Mi capacidad para actuar mejora cuando me encuentro en situaciones estresantes	0	1	2	3
21.	Puedo relacionar los problemas o situaciones difíciles con mis experiencias pasadas y con mis planes futuros	0	1	2	3
22.	Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga	0	1	2	3
23.	Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas	0	1	2	3
24.	Utilizo las soluciones que le han funcionado a otros para resolver mis situaciones difíciles o problemas	0	1	2	3
25.	Veo las situaciones difíciles o problemas como una oportunidad o un reto	0	1	2	3
26.	Cuando tengo un problema o situación difícil, propongo diferentes soluciones para resolver la situación aunque estas parezcan difíciles de alcanzar	0	1	2	3
27.	Cuando tengo un problema o situación difícil, experimento cambios en el funcionamiento de mi cuerpo	0	1	2	3
28.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me hago cargo rápidamente y manejo las dificultades en la medida que van apareciendo	0	1	2	3
29.	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar	0	1	2	3

30.	Cuando tengo un problema o situación difícil adopto rápidamente nuevas habilidades para resolverlo	0	1	2	3
31.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente	0	1	2	3
32.	Cuando tengo un problema o situación difícil, desarrollo un plan que tiene una serie de acciones o pasos para enfrentar la situación	0	1	2	3
33.	Cuando tengo un problema o situación difícil, tengo muchas expectativas acerca de la manera cómo se resolverá la situación	0	1	2	3

Gracias por su tiempo...

ANEXO 02: Permisos Institucionales

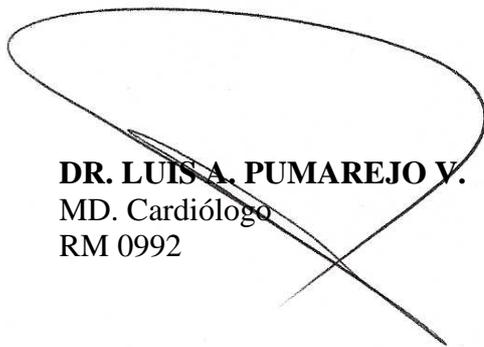


DR. LUIS A. PUMAREJO
MD. Cardiólogo
RM: 0992

PERMISO PARA EL USO DE INFORMACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Yo Luis Alberto Pumarejo Villalobos con C.C N° 77007415 expedida en Valledupar, y en calidad de representante legal del consultorio de Cardiología Dr. Luis A. Pumarejo, doy autorización para el uso de la información de usuarios, historias clínicas, bases de datos, reporte de laboratorios y procedimientos, contenida en la Institución para que sea utilizada con fines investigativos en el estudio: “Afrontamiento y adaptación de cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimiento cardiointensivo”; el cual es desarrollado por Yiseth Katherine Rojas Picón estudiante de Maestría en Enfermería con énfasis en cuidado a las personas, cuidado a los colectivos de la Universidad de Cartagena; bajo la tutoría de Adriano Agatón Díaz Gómez docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

Este documento se tramita por solicitud directa de la investigadora y es otorgado a los veinte días del mes de Julio de 2013.



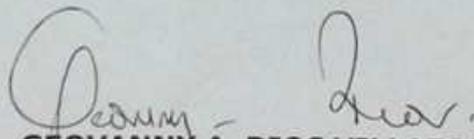
DR. LUIS A. PUMAREJO V.
MD. Cardiólogo
RM 0992

Carrera 19 Nro. 13 B- 19. Barrio Alfonso López.
Tel: 5744882 / Cel: 3126581559
Valledupar, Cesar.

A QUIEN PUEDA INTERESAR

De la manera más atenta nos permitimos informar que le facilitaremos a la señora **YIETH KATHERINE ROJAS PICON**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.065.585.763 de Valledupar, estudiante de Maestría en Enfermería con énfasis en cuidado a las personas, cuidado a los pacientes colectivos de la Universidad de Cartagena; bajo la Tutoría de Adriano Agatón Díaz Gómez docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, un listado de la Base de Datos con los nombres de los pacientes afiliados a Salud Total EPS que han tenido patologías relacionadas con Salud Cardiovascular y se les han realizado procedimientos quirúrgicos, con el fin de que pueda hacer acercamiento con los familiares de los protegidos, para el desarrollo de su Maestría.

La presente se firma en la ciudad de Valledupar a los veintinueve (29) días del mes de septiembre de 2014.



GEOVANNY A. RIOS VILLAZON
Director Médico Salud Total EPS Suc. Valledupar



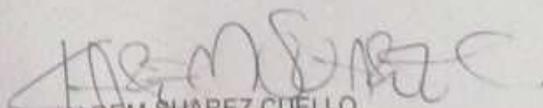
Valledupar, 21 abril 2015

Enfermera
Yiseth Rojas
Estudiante de Postgrado
Universidad de cartagena

La Direccion Asistencial de la Clinica Valledupar recibio su solicitud para el uso de la informacion de usuarios, historias clinicas y procedimientos realizados en la institucion y damos autorizacion para que sea utilizada con fines investigativos en el estudio "afrentamiento y adaptacion de de cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiointvasivos" el cual es desarrollado por usted.

Este documento se tramite a solicitud directa de la investigadora.

Atentamente,


KAREM SUAREZ CUÉLLO
Directora Asistencial
Clinica Valledupar

ANEXO 03: Certificación para la utilización del instrumento



Chía, 11 de diciembre de 2014

Enfermera
Yiseth Rojas
Estudiante de Postgrado
Universidad de Cartagena

Apreciada Yiseth

Reciba un cordial saludo de la Dirección de Postgrados y de la Coordinación de investigación de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana. Recibimos su solicitud para el uso de la versión modificada de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación en español (versión original de Callista Roy).

En respuesta a su solicitud, adjunto envío la versión modificada de la escala y un resumen de las características psicométricas¹ y forma de puntuación de la misma.

Característica	Resultado
Total de ítems de esta versión	Escala modificada de 33 ítems. Escala Likert para puntuación que oscila entre 0 y 3. Puntuación mínima de 0 y máxima de 99.
Validez facial	Validez facial aparente. Aceptación del 95% de los ítems.
Validez de contenido	Índice de validez de contenido según propuesta de Lawshe: 0.83
Validez de constructo	A partir de los datos de acumulación de varianzas o varianzas explicadas no es posible determinar estructura factorial específica
Confiabilidad	En términos de consistencia interna: Alfa de Cronbach de 0.71
Puntuación	A partir de la metodología de estratificación óptima con fronteras de Dalenius: <ul style="list-style-type: none">• Afrontamiento bajo: 0-56• Afrontamiento medio: 57-70• Afrontamiento alto: 71-99

Estoy atenta a cualquier duda o comentario.

Con un cordial y atento saludo,

GLORIA CARVAJAL CARRASCAL
Directora de Posgrados - Coordinadora de investigación
Facultad de Enfermería y Rehabilitación
Universidad de La Sabana

CC. Beatriz Pérez Giraldo. Coordinadora Grupo de Cuidado US.

¹ Salamanca Paola, Botero Johana, Carvajal C Gloria. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy. Versión modificada en español. *Index de Enfermería-Digital*. 2012; 22(4):222-226

ANEXO 04: Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PERSONA PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN

Yo _____ con C.C N° _____ expedida en _____, doy autorización para que la información que proporciono sea utilizada con fines investigativos en el estudio: “Afrontamiento y adaptación de cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimiento cardiointensivo”; el cual es desarrollado por Yiseth Katherine Rojas Picón estudiante de Maestría en Enfermería con énfasis en cuidado a las personas, cuidado a los colectivos; bajo la tutoría de Adriano Agatón Díaz Gómez docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

Entiendo que fui seleccionado para participar en este estudio porque soy un adulto mayor y deseo participar. Se me ha explicado que mi nombre no aparecerá escrito y de ser necesario usaré un apodo que yo seleccione, durante la(s) entrevista(s) podrá estar presente un miembro de mi familia, si así lo deseo y se mantendrá respeto en el manejo de la información y por mi vida privada. Tendré el derecho a no continuar en el estudio, si así lo decido, sin que se vea afectada mi familia, mi integridad física, social o la prestación de los diferentes servicios de salud que recibo.

Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, reconozco que mis aportes van a servir para identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimiento cardiointensivo, y que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito a la investigadora responsable del proyecto, al celular: 3114096312, o al correo electrónico: yisethkathe@gmail.com. Dejo constancia que recibo los datos para ubicarlos y resolver cualquier duda.

Fecha _____ Ciudad _____ Huella _____

Firma del participante _____

Firma del investigador responsable _____

