

UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN
DEL FAMILIAR DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

TESIS
Que para obtener el grado de
ESPECIALISTA DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS

PRESENTA
Lic. Enf. Edith Abigail Soto Verdugo

DIRECTOR
MCE. María Alejandra Favela Ocaño

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN
DEL FAMILIAR DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

TESIS
Que para obtener el grado de
ESPECIALISTA DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS

PRESENTA
Lic. Enf. Edith Abigail Soto Verdugo

ASESORES
Dra. Sandra Lidia Peralta Peña
LE. ADSS. Manuel Ortega López

DICTAMEN DE APROBACIÓN.

**AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DEL FAMILIAR DE LA PERSONA
HOSPITALIZADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

MCE. María Alejandra Favela Ocaño
Director

Dra. Sandra Lidia Peralta Peña
Asesor

LE. ADSS. Manuel Ortega López
Asesor

Dra. Sandra Lidia Peralta Peña
Coordinadora de Posgrado

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Agradezco a la Universidad de Sonora, por darme la oportunidad de continuar mi formación profesional, así como a los docentes de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos.

Agradezco a mi directora de tesis MCE. María Alejandra Favela Ocaño, por todo su esfuerzo, dedicación y apoyo durante este proceso, además de compartir sus conocimientos conmigo, junto a su paciencia y confianza, por las horas que me dedico como alumna incondicionalmente, agradezco a Lic. Enf. Jaqueline Encinas por todo su apoyo y dedicación.

De igual manera agradezco a mi asesora Dra. Sandra Lidia Peralta Peña por haber sido parte de mi formación académica, y durante todo el proceso de la investigación quien incondicionalmente estuvo presente en todo momento. Así como a mi asesor LE. ADSS. Manuel Ortega López por aportar sus conocimientos para el desarrollo de este trabajo y el tiempo dedicado, me siento totalmente bendecida de que sean parte de este proceso de formación como enfermera intensivista.

Agradezco a mi esposo Francisco Rubio, por ser parte fundamental para poder culminar esta meta, que junto a mis hijos Ian y Erick que me han motivado para ser una mejor persona.

Agradezco a mis padres Andrés y Maurilia quienes durante toda mi carrera profesional siempre han estado presentes. Agradezco a mis hermanos Ángel, Sandra, Janeth quienes siempre han tenido fe en mí y me han apoyado en todo momento.

ÍNDICE

Contenido	Página
AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS	i
RESUMEN	v
ÍNDICE DE TABLAS	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Antecedentes	3
1.2. Justificación y pregunta de investigación	4
CAPÍTULO II. MARCO DE REFERENCIA	6
2.1. Marco teórico-conceptual	7
2.2. Marco empírico	10
CAPÍTULO III. OBJETIVOS	13
3.1. Objetivo general	13
3.2. Objetivos específicos	13
3.3. Hipótesis	13
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	14
4.1. Tipo y diseño de estudio	14
4.2. Población, muestra y muestreo	14
4.3. Criterios de selección	14
4.4. Variables	15
4.5. Instrumento de recolección de datos	17
4.6. Procedimiento para recolección de datos	19
4.7. Consideraciones éticas	20

4.8. Análisis estadístico	21
CAPÍTULO V. RESULTADOS	22
CAPÍTULO VI. DISCUSION	35
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
APÉNDICES	
A. Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS)	43
B. Dictamen del Comité Ética del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora	47
C. Dictamen del Comité de Investigación del Hospital General del Estado	48
D. Consentimiento informado	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Página
I. Variable datos sociodemográficos	15
II. Variable relación con el paciente	16
III. Variable independiente, nivel de afrontamiento y adaptación	17
IV. Categorización de la capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación según González	18
V. Datos sociodemográficos del familiar de la persona hospitalizada en UCI, hospital público de Hermosillo, Sonora	22
VI. Datos de ingreso de la persona hospitalizada en UCI, hospital público de Hermosillo, Sonora.	23
VII. Afrontamiento y adaptación del familiar de la persona hospitalizada en UCI hospital público de Hermosillo, Sonora.	24
VIII. Afrontamiento y Adaptación y estrategias del familiar de la persona hospitalizada en UCI hospital público de Hermosillo, Sonora.	24
IX. Afrontamiento y adaptación según el grado de consanguinidad-afinidad	25
X. Afrontamiento y adaptación del familiar según el motivo de ingreso de la persona hospitalizada en UCI.	26
XI. Variables numéricas y la escala de afrontamiento y adaptación del familiar de la persona hospitalizada en UCI y prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov	27
XII. Correlación bivariada de Spearman	28
XIII. Descripción por ítems, factor 1, recursivo y centrado.	29
XIV. Descripción por ítems. factor 2, físico y enfocado.	30
XV. Descripción por ítems, factor 3, proceso de alerta.	31
XVI. Descripción por ítems, factor 4, procesamiento sistemático.	32
XVII. Descripción por ítems, factor 5, conociendo y relacionando.	33
XVIII. Prueba H de Kruskal-Wallis para el afrontamiento y adaptación según la condición crítica percibida por el familiar de la persona hospitalizada	34
XIX. Prueba H de Kruskal-Wallis para el afrontamiento y adaptación según la ocupación del familiar de la persona hospitalizada en UCI.	34

RESUMEN

Introducción: La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es el área de hospitalización en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a las personas en estado crítico, en este caso los familiares reaccionan influidos por los cambios en el estado de salud del paciente, pero su capacidad de afrontamiento y adaptación varía de acuerdo con los factores externos, internos y experiencias previas. **Objetivo:** Determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional. El muestreo fue probabilístico, aleatorio simple. La muestra fue un total de 102. El instrumento de medición fue la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación, diseñada por Callista Roy. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** Respecto al afrontamiento y adaptación del familiar de la persona hospitalizada, el 98% presenta alta capacidad y 2% baja capacidad. El sexo predominante del familiar fue el femenino con 56.9%. La media de edad fue de 40.75 años ($DE = 13.41$). Estado civil, casados(as) con 53.9%, el nivel educativo fue estudios básicos con 52.9% y la ocupación principal es trabajador activo con 52.9%, se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el afrontamiento y adaptación según la ocupación ($H = 13.32, p < .005$). La relación de hermanos es la que se presenta con mayor proporción (45.5%). El motivo principal de ingreso fue traumatismo craneoencefálico con 24.5%; la condición crítica percibida fue agudo, no crítico, estable con 32.4%. Se utilizó la correlación bivariada de Spearman, se observa que el afrontamiento no se relaciona con la edad del familiar, la edad de la persona hospitalizada ni el tiempo de estancia hospitalaria. Sin embargo, se observa una correlación negativa estadística significativa entre la edad de la persona hospitalizada y el factor 2, físico y enfocado ($r = -.244, p < .05$). **Conclusiones:** La capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, resultó ser alta, siendo las estrategias que corresponden al factor 1, recursivo-centrado (99%) y el factor 3, proceso de alerta (93.1%), las que utilizan con mayor frecuencia.

Palabras clave: afrontamiento/adaptación, familia, unidad de cuidados intensivos.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es el área de hospitalización en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento. Los avances científicos han permitido tener mayores probabilidades de éxito en el cuidado integral para mantener las funciones vitales de las personas en estado crítico. Dicha condición requiere controlar oportunamente los cambios fisiopatológicos para lograr finalmente la recuperación de la salud (1).

Una familia funcional se comporta como una unidad, un sistema con estrechos vínculos, propiciando que cualquier modificación en uno de sus miembros tenga consecuencias en los otros, por tal motivo cuando la familia enfrenta el proceso de salud-enfermedad de alguno de sus integrantes, constituye una entidad que en sí misma necesita atención. No obstante, cuando sucede una hospitalización pasa inadvertida, pues desde el ingreso hasta el tratamiento se suscita la disolución del binomio paciente-familia, ya que esta última no es prioridad y se transforma en un elemento perturbador, evitable, pasivo, espectador y ajeno sin aparente efecto o trascendencia. La unidad de cuidados intensivos es un lugar representativo de la exclusión familiar (2).

El afrontamiento y la adaptación son conceptos muy significativos para la calidad de vida del individuo, porque son fenómenos dinámicos en los cuales se realizan procesos de integración entre el individuo y el entorno, que generan estímulos y estrategias para afrontar una situación (3). Se conocen como estrategias de afrontamiento a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas externas, como los factores estresantes, e internas, como el estado emocional y son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona. De esta manera, los familiares requieren esfuerzos cognitivo y comportamentales cambiantes para manejar las demandas que se les presentan cuando tienen a uno de sus miembros con un estado de salud crítico. En este caso, el proceso de adaptación o negociación con la realidad reduce o mitiga hasta donde se puede, el evento estresante y cada ser humano responde de forma diferente (4).

En esta situación, la familia es fundamental y requiere cuidados del profesional de enfermería, información oportuna, así como un activo proceso de enseñanza-aprendizaje. Las

condiciones e influencias que se presentan alrededor de una persona en estado crítico proporcionan la entrada de estímulos, los cuales siempre están cambiando e influyen a que la familia reaccione para poder adaptarse (5). Los familiares reaccionan influidos por lo cambios en el estado de salud del paciente, pero su capacidad de afrontamiento y adaptación varía de acuerdo a los factores externos, internos y experiencias previas.

Por lo que el objetivo de este estudio fue identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares de la persona hospitalizada en la UCI. El siguiente trabajo está constituido por siete capítulos en los cuales se aborda planteamiento del problema, marco de referencia, objetivos, metodología, resultados, discusión y conclusiones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

De acuerdo a las tasas de morbi-mortalidad las causas más comunes de ingreso a la UCI son: la cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral (EVC), enfermedades de las vías respiratorias, cáncer, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y complicaciones de las enfermedades crónico-degenerativas. Éstas han contribuido a la percepción que tienen las personas respecto al servicio de UCI, el cual relacionan con pronósticos de incapacidad y muerte y una corta esperanza de vida (6,7).

El paciente con un estado de salud crítico es más que un cúmulo de síntomas, signos, trastornos funcionales, daño de órganos y perturbación de emociones. Es un ser humano que tiene temores, esperanzas y que busca alivio, ayuda y consuelo (6). Además, forma parte de un grupo familiar, el cual puede dejar de funcionar normalmente cuando se produce un acontecimiento estresante como puede ser la hospitalización de uno de sus miembros. En estas circunstancias, la familia puede tener dificultades para tomar decisiones, cuidarse mutuamente o solucionar problemas.

Asimismo, la familia se encuentra en un proceso de afrontamiento que requiere de los cuidados de los profesionales de la salud, con información oportuna. En la disciplina de Enfermería recae la responsabilidad del cuidado de la persona y se requieren habilidades técnicas, conocimientos científicos, comprensión de los aspectos humanos, tacto y empatía, para considerar a todos los involucrados en el proceso salud-enfermedad.

Los profesionales de enfermería deben estar en contacto con el paciente y la familia, considerarles como personas que precisan involucrarse en el cuidado, valorar sus necesidades no solo como acompañantes. Es necesario llegar a la experiencia familiar para comprender como afrontan y se adaptan a las situaciones críticas. Y a partir de esto, construir una relación de ayuda que represente una verdadera interrelación, paciente, familiar y personal de la salud, que se refleje en el aumento de la calidad del cuidado del paciente (8).

1.2. Justificación y pregunta de investigación

El cuidado de enfermería en la UCI, por las normas de funcionamiento del servicio, se centra casi de manera exclusiva en el paciente que está presentando la alteración fisiológica (2). El entorno de la UCI es complejo por los equipos de alta tecnología, el personal de salud calificado y las terapéuticas de salud que se ofrecen, acordes a los últimos avances y evidencias científicas, al tiempo que se siguen protocolos para el cuidado seguro y de calidad. Dichos escenarios tienen implicaciones en la persona ingresada y en la familia sobre todo cuando no se le involucra como parte del cuidado integral (9).

Las UCI de adultos en México, por lo general, son espacios cerrados y regulados por los profesionales ya que actualmente la mayoría de las unidades se rigen por una política restrictiva de visitas, en las que entra un familiar, no implicándole, en los cuidados al paciente. La relación se restringe a los horarios de visita y al momento de la información médica. Por lo que el ingreso de un paciente en la UCI, altera el funcionamiento del círculo familiar, genera una serie de necesidades en el paciente y por ende en su familia, tales como: información, comunicación, personalización, seguridad, espirituales-religiosas y compartir la mayor parte del tiempo posible con su familiar. Los familiares necesitan relacionarse con otras personas para vencer la sensación de soledad que están viviendo en la UCI y necesitan confiar en el equipo de salud (10).

La intensidad de la experiencia de tener un familiar en la UCI ocasiona en los familiares sentimientos de angustia, temor, ansiedad y miedo al encontrarse en un ambiente desconocido ante una situación inesperada (11). El afrontamiento y la adaptación dependen de las percepciones de los familiares que a su vez son influenciadas por sus experiencias pasadas, características de personalidad, la evolución de la enfermedad e ingresos previos, el contexto general además de sus creencias, expectativas, actitudes y opiniones del grupo de pertenencia (12).

Se considera que la vivencia es impactante para los familiares durante la hospitalización de la persona que se encuentra en estado crítico en la UCI, esto redundando en una dificultad para movilizar recursos de afrontamiento y adaptación adecuados (13). El afrontamiento es un proceso cognitivo y conductual en constante modificación que se da para que el individuo pueda manejar las situaciones internas y externas. La adaptación se define como el ajuste que realiza el organismo a los cambios ambientales, se identifica como un mecanismo de control y

regulador fisiológico que explica por qué el organismo mantiene un ambiente interno constante (14).

Por lo expuesto anteriormente, se consideró relevante llevar a cabo un estudio que buscara determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación, de los familiares de la persona hospitalizada en la UCI. Diversos estudios plantean que esta capacidad influye en la familia al momento de tomar decisiones con respecto a las intervenciones y tratamiento que se realicen al paciente y finalmente impactan en el resultado final de su salud. Entendido de esta manera se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos de un Hospital de Hermosillo Sonora?

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos se define cuidados intensivos, a la forma de proporcionar atención médica multi e interdisciplinaria a pacientes en estado agudo crítico. Y considera como paciente en estado agudo crítico, aquel que presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable. Esta misma norma menciona que debe existir un control de acceso a la unidad para visitantes y familiares (1).

La Unidad de Cuidados Intensivos es un ambiente estresante debido a la permanente previsión de situaciones de emergencia, pacientes en condiciones clínicas inestables la constante actividad de los profesionales de la salud, las luces, los ruidos, el equipo específico y complejo además de la restricción de visitas, que separa al paciente de sus familiares (15).

La familia, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros (16).

El sistema familiar comparte formación, tradiciones y cultura, así como situaciones de crisis circunstanciales que en mayor grado puede afectar y desequilibrar como es la enfermedad de uno de sus miembros. Esta situación se desarrollará diferente en cada individuo, que encara una serie de determinantes y situaciones estresantes que puede optar por diferentes tipos de afrontamiento y adaptación que lo pueden llevar a la superación de la crisis (17). El ingreso de una persona a la UCI, genera en sus familiares alteraciones psicológicas y sociales, que les generan niveles elevados de ansiedad y depresión, lo cual podría incrementar el riesgo de la falta de atención de sus propias necesidades, dificultades para tomar decisiones o solucionar problemas, todo esto, relacionado con la forma de aparición, gravedad y duración del proceso de la enfermedad en la UCI (10).

Existen tres tipos de necesidades familiares: sociales, emocionales y prácticas. Las sociales se expresan en términos de contacto y mantenimiento de la proximidad con el paciente; las emocionales hacen referencia a la esperanza, la tranquilidad y la expresión de sentimientos y las de tipo práctico, se clasifican en no materiales (el horario de visitas, la información del estado de salud y del entorno del paciente, la seguridad del paciente) y materiales (disponibilidad de espacios adecuados, ayuda económica) (10).

Los familiares de la persona ingresada en la UCI están expuestos y son susceptibles al estrés por lo que es importante reconocer la capacidad de afrontamiento y adaptación de ellos para enfrentar con esta situación de crisis.

2.1. Marco Teórico-conceptual

Existen diferentes conceptos de afrontamiento y adaptación, pero este trabajo se abordó a partir del modelo de Adaptación de Callista Roy, ya que a través de este se pueden abordar las necesidades de los familiares de los pacientes y su inclusión integral al cuidado del familiar ingresado en la UCI.

Según Roy, los sistemas humanos de adaptación son complejos, o son multifacéticos y reaccionan ante millones de estímulos procedentes del entorno, para, así conseguir adaptarse. Con su capacidad para adecuarse a los estímulos del entorno, los humanos pueden llegar a crear cambios a su alrededor. Define adaptación como el proceso y resultado por los que las personas, que tienen capacidad de pensar y de sentir, como individuos y miembro de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno (5).

Roy redefine el proceso de afrontamiento y adaptación como los patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones de la vida diaria y los periodos críticos mediante comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia. Los patrones innatos se determinan genéticamente para las especies y son procesos automáticos. Los patrones adquiridos se crean por medio de métodos, como el aprendizaje. Las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares. A partir de estos dos subsistemas el individuo interpreta en forma particular los estímulos generando un estilo para

afrontar la situación y estrategias, que pueden ser adaptativas o inefectivas, que se manifiestan en los cuatro modos de adaptación (3,5,14).

A partir de estos dos subsistemas, el individuo interpreta en forma particular los estímulos, lo cual le genera carácter para afrontar la situación (estilo) y comportamientos o respuestas (estrategias) que se manifiestan en los cuatro modos de adaptación que pueden ser adaptativas o inefectivas. Roy define las estrategias como las respuestas habituales que el individuo utiliza para mantener la adaptación; las formas que el individuo funciona para mantener la integridad en su día a día y en los momentos de estrés (3).

El nivel de adaptación de una persona es un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales (estimulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano), contextuales (estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal) y residuales (factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan unos efectos no muy definidos en la situación del momento) que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación (5).

Los modos de adaptación son:

- Modo fisiológico: relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos.
- Modo adaptación del autoconcepto grupal: se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano
- Modo de adaptación de función de rol: es uno de los dos modos de adaptación social y se centra en el papel que desempeña una persona en la sociedad. El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición.
- Modo de adaptación de la interdependencia: se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo). Existen dos tipos de relaciones específicas, la primera es con los individuos significativos, que son las personas allegadas al individuo, y la segunda, la relación que tiene con otros sistemas de apoyo.

Es primordial para poder explicar la experiencia de la familia del paciente ingresado en UCI, a través del reconocimiento de esos patrones de afrontamiento y adaptación que menciona Roy en su modelo y reconocer que estos varían acorde a diversos factores que determinan el modo de adaptación.

Con relación a los factores propuestos por Roy, Gutiérrez (3) y Jiménez (14), mencionan los estilos, estrategias y los niveles del proceso cognitivo de cada factor, donde los tres primeros miden los comportamientos, reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación. Además, las estrategias dirigidas al problemas están determinadas en los factores uno, cuatro y cinco; y las estrategias dirigidas a la emoción están determinadas en el factor dos y tres (3). Los factores se describen a continuación:

- El factor 1: recursivo y centrado, refleja los comportamientos personales y los recursos, se concentra en la expansión del nivel de entrada del sistema cognitivo de la información. Considerando actitudes con respecto a las soluciones de problemas como es ser creativo y buscar resultados. Por lo que se considera recursivo el “estilo” y “centrado” la estrategia. Este factor agrupa ítems que presentan comportamientos siempre positivos e implica mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento.
- El factor 2: reacciones físicas y enfocadas, resalta las reacciones físicas y la fase de salida durante el manejo de las situaciones. El estilo es “reacciones físicas” y la estrategia es “enfocado”.
- El factor 3: proceso de alerta, representa los comportamientos del yo personal y físico, respecto a las características de cada persona como las expectativas, valores virtudes y metas y los comportamientos del yo físico haciendo referencias a aspectos físicos, funcionalidad, salud y estado de enfermedad, compuesto por las sensaciones corporales de imagen corporal. Se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas, manteniendo la combinación de estilos y estrategias.
- El factor 4: procesamiento sistemático, describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente; los factores 3 y 4 son estrategias de afrontamiento concretas: proceso de alerta y procesamiento.

- El factor 5: conocer y relacionar, describe las estrategias que utiliza la persona para utilizarse a sí misma y a otros, utilizando la memoria y la imaginación. El estilo es “conociendo” y la estrategia es “relacionando”.

2.2. Marco empírico

Los estudios incluidos se obtuvieron a partir de búsquedas en base de datos informatizadas: meta buscador de la biblioteca de la Universidad de Sonora, Scielo, Elsevier, Redalyc, Google search y línea directa de revistas electrónicas. Se emplearon los siguientes términos de búsqueda: afrontamiento, familia, unidad de cuidados intensivos, adaptación. Los estudios se presentan ordenados por año, realizados en el área de la salud, y se obtuvieron los siguientes artículos científicos:

En 2014, con el objetivo de revisar de los antecedentes teóricos y empíricos sobre la experiencia de la familia en UCI, autores colombianos revisaron 62 artículos indexados en bases de datos. Se obtuvo que la UCI es un entorno desconocido tanto para el paciente como para la familia, por lo que en este lugar aumenta la aparición de síntomas ansiosos, depresivos y en algunos casos estrés post traumático. La muerte es uno de los principales temores que debe enfrentar la familia. Con el propósito de ajustarse a las demandas de la UCI, los familiares exhiben estrategias de afrontamiento enfocadas principalmente en la comunicación, el soporte espiritual y religioso y la toma de decisiones (18).

En 2014, en España se llevó a cabo una investigación con el objetivo conocer y describir el sufrimiento que provoca en los pacientes y en los familiares el ingreso y la estancia en una UCI, así como los motivos que lo desencadenan y los mecanismos de afrontamiento que utilizan ambos grupos. El estudio fue multicéntrico, descriptivo, observacional, longitudinal, y prospectivo, realizado mediante el reparto de un cuestionario (19).

Se obtuvo como resultado que la muestra del grupo familiares (n=47) está constituida por un 60% de mujeres (n=28), un 34% de hombres (n=16), y un 6% de cuidadores (n=3) que “no sabe/no contesta”. Las edades estaban comprendidas 6,4% 18-30 años, un 23,4% entre 31-45 años, un 34% entre 46-60 años, un 25,5% entre 61-75 años, un 2,1% mayores de 75 años, y un 8,5% (n=4) de la muestra “no sabe/no contesta”. El grupo mayoritario de cuidadores son los familiares de primer grado, siendo hijas y esposas las familiares-acompañantes en la mayoría de los casos. Ambos grupos constituyen el 55,4% (n=26) del total de la muestra de familiares.

En cuanto al nivel de estudios el grupo familiares un 6,4% de no tiene estudios, 38,3% tiene estudios primarios, un 23,4% tiene estudios secundarios, el 25,5% de la muestra son diplomados, graduados o licenciados, un 6,4% de los familiares “no sabe /no contesta (n=3), y ningún familiar es doctor o master (19).

Entre los familiares, los sentimientos mayoritariamente expresados ante la noticia del ingreso en UCI fueron (en orden de frecuencia): confianza 27,5%, miedo 18,8%, ansiedad 16,3%, esperanza 10%, serenidad 8,8%, expectación 6,3%, y otro 6,3% que “no sabe/no contesta”. Respecto a si el ingreso en la UCI de su allegado les provocó algún sufrimiento el 57% contestó afirmativamente, el 28% contestó negativamente y el 15% de los encuestados no contestó. Las estrategias de afrontamiento que manifiestan haber utilizado, el 36% se apoyó en la información y atención sanitaria, el 33% en la familia y los amigos, el 11% pensando en positivo, el 7% manifestó apoyarse en sus creencias religiosas, el 6% en su experiencia previa, el 5% “no sabe/no contesta”, y el 2% expresó que evitaba pensar (19).

En 2013, con el objetivo de evaluar y comparar las fases de estrés y afrontamiento de los familiares de pacientes ingresados en una UCI de un hospital en la región noroeste de Rio Grande do Sul, investigadores brasileños llevaron a cabo un estudio cuantitativo, analítico, descriptivo, transversal, con 22 familias. Para este fin utilizaron el "Inventario de Síntomas de Estrés". Obtuvieron como resultado que la mayoría de los familiares son mujeres (77.3%) con una edad media de 44.36 años, casados (59.1%), con hijos (86.4%) y bajo nivel educativo (72.8% cursaron primaria), 22.8% tiene vínculos fraternales y 18.2% son cónyuges. En cuanto a la evaluación del estrés, la gran mayoría se encontraba en la fase intermedia o final de estrés y afrontamiento, y la estrategia más frecuentemente utilizada por los familiares de los pacientes era "orar, pedirle ayuda a Dios" (20).

En 2010, con el objetivo de identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Universidad de La Sabana, en Chía, Colombia, se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo descriptivo. Para la recolección de la información se utilizó el instrumento Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy (14).

Participaron 61 personas, 32,8 % hombres y 67,2 % mujeres, se encontró que el 44,2 % de los participantes estaban en el rango de 18 a 40 años. Con respecto al nivel educativo, la mitad de los participantes tienen estudios técnicos (39,3 %), seguido por estudios de secundaria

(29,5 %), universitarios (23 %) y primarios (8,2 %). Respecto al grado de consanguinidad-afinidad, los participantes indicaron con mayor frecuencia ser hijo/a(s) (4 %) y esposo(a) (33 %). La capacidad de afrontamiento y adaptación fue alta al obtener un puntaje del 85,2 % y baja con puntaje del 14,8 %. Se observó que en una gama de estrategias de afrontamiento y adaptación las utilizadas con mayor frecuencia por los familiares fueron: las de factor físico y enfocado (factor 2, relacionado con bajo afrontamiento), y factores combinados recursivo y centrado (factores 1 y 3, relacionados con alta capacidad de afrontamiento) (14).

En Argentina, el año 2010, se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de conocer las necesidades de los familiares de los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de Adultos, del Sanatorio de Allende de la ciudad de Córdoba. La muestra fue de 80 familiares de pacientes hospitalizados, tomando un familiar por cada paciente ingresado. Entre los resultados se observó que la edad promedio de los familiares es de 50 años, 65% son mujeres (21).

Se observa un 75% de interés por aportar sobre el cuidado al paciente del familiar y de recibir la información necesaria. En cuanto a la seguridad y confianza, se observa que tanto la respuesta que se brinda por parte de enfermería y la necesidad de ser acompañado el familiar es de un 71 %, siendo que el 63% de los familiares se encuentran conforme con la atención que reciben por parte del servicio de enfermería de la UTI de adultos. Por último, se observa que la comodidad y confort, solo el 58 % de los familiares, prefieren mantener una determinada privacidad al recibirá el informe del parte médico de paciente, mientras que la necesidad de comunicación con el profesional de la salud ocupa un 55% de interés. De acuerdo al orden de importancia de las necesidades de los familiares serian: necesidad de participación en los cuidados del familiar; necesidad de información; necesidad de seguridad y confianza y por último comodidad y confort (21).

En resumen, los estudios relacionados nos permiten apreciar que existen investigaciones que analizan el impacto que tiene para los familiares el tener un paciente ingresado en la UCI, pero se encontró solo una que utilizará un enfoque teórico de enfermería. En todos los estudios se aprecia que los familiares que acompañan a los pacientes son de género femenino, con lazos consanguíneos de primera línea (hijos) o de afinidad (esposas), con educación básica en su mayoría, que entre las necesidades más importantes están la información y de las estrategias de afrontamiento resulta común el apoyarse en sus creencias religiosas/espirituales.

CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- Determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Hermosillo sonora

3.2. Objetivos específicos

- Describir los datos sociodemográficos de los familiares de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos.
- Determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación según el grado de consanguinidad-afinidad.
- Determinar la relación entre la capacidad de afrontamiento y adaptación y la patología del paciente ingresado en la UCI.

3.3. Hipótesis

- La capacidad de afrontamiento y adaptación del familiar se relaciona con la edad del paciente.
- La capacidad de afrontamiento y adaptación es diferente según la condición crítica percibida por el familiar del paciente.
- La capacidad de afrontamiento y adaptación aumenta según el número de días estancia en el servicio de UCI.

CAPITULO IV METODOLOGÍA

4.1. Tipo y diseño general del estudio

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo-transversal, y correlacional, ya que el propósito se centra en identificar y describir el proceso de afrontamiento y adaptación en un momento dado del familiar de un paciente que se encuentre en la UCI y establecer la relación entre variables (22).

4.2. Población, muestra y muestreo

La población de estudio estuvo conformada por los familiares de los pacientes que estén ingresados en una UCI, estimado a partir de los ingresos del año previo en un período de 6 meses, siendo un total de 138, según la información proporcionada por el área de informática del hospital. El muestreo fue probabilístico, aleatorio simple. La muestra se calculó con el programa estadístico STAT 2.0, error máximo de 5% y el nivel de confianza es de 95%, siendo un total de 102.

4.3. Criterios de selección

- **Criterios de inclusión**

Familiar del paciente que ingresó a la UCI con un grado de consanguinidad directa (papá, mamá e hijos) o algún grado de afinidad (esposo, esposa, pareja) y que fue mayor de edad.

- **Criterios de exclusión**

Familiares que no eran directos, personas con pacientes en otros servicios, y aquellos que no se encontraron en condiciones de salud adecuadas para participar.

4.4. Variables

Tabla I. Variable datos sociodemográficos

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS				
Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Fuente/ Ítem
Sexo	Conjunto de características diferenciadas sociales entre hombre y mujer.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Ítem 1
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha el momento de la recolección de los datos.	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Número de años 	Ítem 2
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera/o. • Casada/o. • Unión libre • Viuda/o. • Divorciada/o. 	Ítem 3
Escolaridad	Nivel o grado académico referenciado por el individuo al momento de la recolección de datos	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios. • Estudios básicos (primaria-secundaria). • Preparatoria. • Licenciatura. • Otros 	Ítem 4
Ocupación	Trabajo, empleo u oficio de una persona	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hogar. • Trabajador activo. • Pensionado/Jubilado. • Desempleado. 	Ítem 5

Tabla II. Variable relación con el paciente

RELACIÓN CON EL PACIENTE					
Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Fuente/ítem	
Parentesco	Vínculos de consanguinidad o afinidad que son reconocidos socialmente (16).	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Pareja (esposa/o, unión libre) • Hijo (a) • Hermana (o) • Padre • Madre 	Ítem 6	
Edad de la persona hospitalizada	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha el momento de la recolección de los datos de la persona hospitalizada	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Número de años 	Ítem 7	
Motivo de ingreso a la UCI	Razón por la que la persona es hospitalizado en UCI que incluyen los factores etiológicos y fisiopatológicos que lo llevaron al estado de salud actual, referido en el expediente clínico	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico médico 	ítem 8	
Percepción de gravedad	Percepción que el familiar tiene sobre el estado de salud la persona hospitalizada.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crítico inestable, peligra su vida. 2. Agudo Crítico con potencial deterioro. 3. Agudo no crítico, estable. 4. Estable, fuera de peligro, bajo riesgo de muerte o estado terminal (1) 	ítem 9	
Tiempo de hospitalización en UCI	Días transcurridos desde el primer día de ingres a UCI	Cuantitativa discreta	Número de días.	ítem 10	

Tabla III. Variable independiente, nivel de afrontamiento y adaptación

NIVEL DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN			
Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
Afrontamiento y adaptación	Patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones de la vida diaria y los periodos críticos mediante comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia (5).	Baja capacidad	47-116
		Alta capacidad	117-188

4.5. Instrumento de recolección de datos

La Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (Apéndice A), denominada en inglés Coping Adaptation Processing Scale (CAPS), fue diseñada por Callista Roy en el año 2004, con el fin de identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación que la persona utiliza para hacer frente a situaciones difíciles o críticas. Está integrada por 47 ítems agrupados en cinco factores, con calificación Likert de cuatro criterios: nunca (1), rara vez (2), casi siempre (3), siempre (4); cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil (23).

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

La escala está conformada por 47 ítems agrupados en cinco factores, con una calificación Likert de cuatro puntos, que varía desde 1 = nunca, hasta 4 = siempre; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. El puntaje total puede oscilar entre 47 a 188 puntos. Los individuos con un puntaje entre 117-188 poseen una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, interpretada como mayor frecuencia en el uso de las estrategias de afrontamiento. Los individuos con un puntaje entre

47-116 poseen una baja capacidad de afrontamiento y adaptación, interpretada como poca frecuencia en el uso de las estrategias de afrontamiento (23).

Estos son:

- Factor 1: Recursivo y centrado (10 ítems). Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativos y buscar resultados.
- Factor 2: Reacciones físicas y enfocadas (14 ítems). Resalta las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones.
- Factor 3: Proceso de alerta: (9 ítems). Representa los comportamientos de yo personal y físicos, y se enfoca en los tres niveles de procedimientos de la información: entradas, procesos centrales y salidas.
- Factor 4: Procesos sistémicos (6 ítems) describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metodológicamente.
- Factor 5: Conocer y relacionar (8 ítems). Describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y otros, usando la memoria y la imaginación (23).

En cuanto a la forma de puntuación de la escala, Roy indica que el puntaje total de cada estrategia lo conforma la suma de los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems. Para obtener el puntaje total de la escala se suman los puntajes totales obtenidos en cada factor, el rango de puntaje para los 47 ítems va de 47 a 188. A su vez, para dar una puntuación total a la escala, es necesario tener en cuenta que existen ítems con puntajes inversos. Asimismo, González (3) clasifica la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación de la siguiente manera:

Tabla IV. Categorización de la capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación según González (3,14)

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

La confiabilidad se evaluó a través de la consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de 0,88 y la estabilidad se midió a través del coeficiente de correlación de Spearman ($r = 0.94$) para el total del instrumento. Los resultados confirman la validez y la confiabilidad de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy en su versión en español (23).

4.6. Procedimiento para recolección de datos

Se contó con la autorización del Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora (Apéndice B), así como la autorización Comité de Investigación del Hospital General del Estado (Apéndice C). Se identificó a las personas que tenían familiares hospitalizados en UCI, contando con el apoyo del personal profesional de Trabajo Social para la obtención de los datos de los familiares directos, no se presentó la necesidad de contar con la presencia de Psicología pues no se requirió de intervenciones.

Se presentó con la jefa del departamento de urgencias y UCI de los cuales siempre se obtuvo disponibilidad, así como de guardias de seguridad y asistente de los servicios se le llamo en la sala de espera y se localizó a los familiares directos, se proporcionó un área tranquila en el área del departamento de trabajo social, se solicitó participar en el estudio, se le informó el objetivo y justificación de esta investigación y se le leyó el consentimiento informado (Apéndice D), por escrito mismo que fue firmado como aprobación del mismo.

Se le explicó el cuestionario el número de ítems y la manera de ser llenado, se abordó de manera directa, a quien así lo solicito y se le proporcionó el instrumento para ser llenado por el participante si así lo decidía, estando presente siempre para cualquier duda y aclaración.

Cuando el participante seleccionado estuvo indispuerto en el momento de ser abordado se pidió una cita para la aplicación del instrumento. Los instrumentos se identificaron únicamente con un número de folio y se almacenaron sin su nombre en una urna con llave que quedó al resguardo del investigador. Los resultados serán publicados en revistas científicas dónde los profesionales de la salud solo darán a conocer solo en lo general no en lo particular.

4.7. Consideraciones éticas

De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, artículo

13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. De acuerdo al artículo 16, se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo con un número de folio. Se respetarán en todo momento los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. La investigación presente es clasificada como “riesgo mínimo” según el artículo 17, al obtener datos a través de un cuestionario para indagar su estado emocional en los que no se manipulará la conducta del sujeto. De acuerdo al artículo 18, el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, cuando el sujeto de investigación así lo manifieste (24).

Del artículo 21, que señala que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación, deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprender los siguientes aspectos de las Fracciones, I que indica la justificación, III las molestias o los riesgos esperados, VI la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de la investigación VIII la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Para dar cumplimiento a lo anterior se le explicará el objetivo y justificación de la investigación, garantizándoles respuesta a cualquier pregunta y aclaración acerca del procedimiento y el investigador será responsable en el resguardo de la información (Apéndice D).

Del Título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, del Capítulo V, de la investigación en grupos subordinados, artículo 58, Fracción I que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectará la atención que se proporciona su familiar (24).

Del Título sexto de la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud, capítulo único, artículo 113, la conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción (24).

Se tomó en cuenta los siete requisitos éticos que debe contemplar toda investigación científica, según Ezequiel Emmanuel, basados en las Normas CIOMS como lo son el valor científico, validez científica, la selección equitativa de los sujetos, riesgo beneficio favorable, evaluación

independiente, consentimiento informado y sobre todo el respeto por los sujetos. Está justificado el en principio de respeto a la autonomía de los sujetos y beneficencia (25).

4.8. Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS versión 23. Se utilizó estadística descriptiva para establecer las características de la muestra, a través de tablas y gráficas, medidas de proporción y dispersión; así como estadística inferencial para establecer la relación entre las variables.

CAPITULO V

RESULTADOS

En este capítulo se describen los resultados de la presente investigación. Se presentan en dos secciones, estadística descriptiva de las variables de estudio, así como frecuencias y proporciones mediante el uso de tablas. En el siguiente apartado se utiliza estadística inferencial para dar respuesta a las hipótesis del estudio.

Estadística descriptiva

Tabla V. Datos sociodemográficos del familiar de la persona hospitalizada en UCI, hospital público de Hermosillo, Sonora.

Variable	<i>f</i>	%
Edad (años)		
18 - 25	16	15.7
26 - 30	11	10.8
31 - 35	12	11.8
36 - 40	14	13.7
41 - 45	11	10.8
46 - 50	11	10.8
51 - 55	9	8.8
56 - 60	8	7.8
Más de 60 años	10	9.8
Sexo		
Femenino	58	56.9
Masculino	44	43.1
Estado civil		
Casado (a)	55	53.9
Soltero (a)	22	21.6
Unión Libre	12	11.8
Viudo (a)	5	4.9
Divorciado (a)	8	7.8
Escolaridad		
Sin estudios	1	1.0
Estudios básicos (primaria-secundaria)	53	52.0
Preparatoria	22	21.6
Licenciatura	26	25.5
Ocupación		
Hogar	33	32.4
Trabajador activo	54	52.9
Pensionado	4	3.9
Desempleado	11	10.8
Parentesco con la persona hospitalizada en UCI		
Matrimonio	6	5.9
Concubinato	3	2.9
Hijo (a)	26	25.5
Hermano (a)	46	45.1
Padre	11	10.8
Madre	10	9.8
TOTAL	102	100

Fuente: CAPS

n = 102

En la tabla V, se presentan los datos sociodemográficos del familiar de la persona hospitalizada en UCI, la edad más frecuente corresponde al grupo de 18 a 25 años con 15.7%, la media fue de 40.75 años ($DE = 13.41$), con un mínimo de 18 y máximo de 69 años. Respecto al sexo más predominante corresponde al femenino con un 56.9%, en su mayoría casados con 53.9%, referente al nivel de escolaridad la mayor proporción tienen estudios básicos (primaria, secundaria) 52.9%, destaca que 25.5% cuenta con grado de licenciatura. De acuerdo con la ocupación el 52.9% son trabajadores activos. El grado de consanguinidad-afinidad el 45.1% corresponde a hermanos y 25.1% a hijos.

Tabla VI. Datos de ingreso de la persona hospitalizada en UCI, hospital público de Hermosillo, Sonora.

Variable	<i>f</i>	%
Edad (años)		
18 – 25	22	21.6
26 – 30	6	5.9
31 – 35	5	4.9
36 – 40	13	12.7
41 – 45	11	10.8
51 – 55	7	6.9
56 – 60	24	23.5
Más de 60 años	14	13.7
Motivo de ingreso		
Golpe de calor	1	1.0
Traumatismo Craneoencefálico Severo	25	24.5
Sepsis	13	12.7
Pos operado de craneotomía (resección tumoral)	7	6.9
Inhalación de ácido muriático	1	1.0
Infarto Agudo al Miocardio	14	13.7
Evento Vascular Cerebral Hemorrágico	3	2.9
Pos operado de trasplante renal	11	10.8
Hemorragia subaracnoidea	5	4.9
Guillain Barré	13	12.7
Rickettsia	4	3.9
Evento Vascular Cerebral Isquémico	4	3.9
Tromboembolia pulmonar	1	1.0
Percepción de gravedad según en familiar		
Critico inestable, pelagra su vida	31	30.4
Agudo crítico con potencial deterioro	30	29.4
Agudo no crítico, estable	33	32.4
Estable, fuera de peligro, bajo riesgo de muerte	8	7.8
TOTAL	102	100

Fuente: CAPS

$n = 102$

La tabla VI, muestra los datos de ingreso de la persona hospitalizada en la UCI. El rango de edad más frecuente corresponde de los 56 a los 60 años con un 23.5% seguida en proporción por el de 18 a 25 años con un 21.6%, con una media de 44.26 años ($DE = 16.25$), con una edad mínima de 18 y una máxima de 70 años. El motivo principal de ingreso fue por traumatismo craneoencefálico severo con 24.5%. La percepción de gravedad según el familiar, con mayor proporción, fue “estado agudo no crítico, estable” con 32.4%.

Tabla VII. Afrontamiento y adaptación del familiar de la persona hospitalizada en UCI hospital público de Hermosillo, Sonora.

Nivel de afrontamiento	<i>f</i>	%
Baja capacidad	2	2.0
Alta capacidad	100	98.0
Total	102	100.0

Fuente: CAPS

$n = 102$

En términos de la puntuación general, respecto al afrontamiento y adaptación del familiar de la persona hospitalizada, la tabla VII, muestra que el 98% refieren alta capacidad y 2% baja capacidad.

Tabla VIII. Afrontamiento y Adaptación y estrategias del familiar de la persona hospitalizada en UCI hospital público de Hermosillo, Sonora.

Estrategias de afrontamiento	<i>Baja capacidad</i>		<i>Alta capacidad</i>		<i>total</i>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Factor 1: Recursivo y Centrado	1	1.0	101	99.0	102	100
Factor 2: Físico y Enfocado	41	40.2	61	59.8	102	100
Factor 3: Proceso de alerta	7	6.9	95	93.1	102	100
Factor 4: Procesamiento sistemático	15	14.7	87	85.3	102	100
Factor 5: Conociendo y relacionando	13	12.7	89	87.3	102	100

Fuente: CAPS

$n = 102$

Pero al analizar las estrategias de afrontamiento y adaptación considerando los factores propuestos por Roy, se obtuvo que la clasificación entre baja o alta capacidad varía dependiendo de la estrategia que se trate. Al considerar que el factor 1, 2 y 3 miden los comportamientos, reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas, se observa que en su mayoría se encuentran en alta capacidad de afrontamiento. El factor 4 y 5 miden las estrategias dirigidas para sobrellevar la situación, encontrándose también en alta capacidad. Se resalta que el factor

2, donde se observa mayor proporción en baja capacidad con 40.2%, considerando esta estrategia como dirigida a la emoción y a la actitud con la que se enfrentan las situaciones (tabla VIII).

Tabla IX. Afrontamiento y adaptación según el grado de consanguinidad-afinidad

Grado de consanguinidad-afinidad	Capacidad de afrontamiento y adaptación según el grado de consanguinidad afinidad en UCI					
	<i>Baja capacidad</i>		<i>Alta capacidad</i>		Total	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Matrimonio	0	0.0	6	5.9	6	5.9
Concubinato	0	0.0	3	2.9	3	2.9
Hijo (a)	0	0.0	26	25.5	26	25.5
Hermano (a)	2	2.0	44	43.1	46	45.5
Padre	0	0.0	11	10.8	11	10.8
Madre	0	0.0	10	9.8	10	9.8
Total	2	2.0	100	98	102	100

Fuente: CAPS

$n = 102$

Por grado de consanguinidad-afinidad, la relación de hermanos es la que se presenta con mayor frecuencia entre las personas con alta capacidad de afrontamiento y adaptación con 43.1%, seguida por los hijos con 25.5%. Y entre los de baja capacidad están los hermanos con un 2% (tabla IX).

Tabla X. Afrontamiento y adaptación del familiar según el motivo de ingreso de la persona hospitalizada en UCI.

Motivo de ingreso	Capacidad de afrontamiento y adaptación según la patología de la persona ingresada en UCI				Total	
	<i>Baja capacidad</i>		<i>Alta capacidad</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
Golpe de calor	0	0.0	1	1.0	1	1.0
Traumatismo Craneoencefálico Severo	0	0.0	25	24.5	25	24.5
Sepsis	2	2.0	11	10.8	13	12.7
Pos operado de craneotomía (resección tumoral)	0	0.0	7	6.9	7	6.9
Inhalación de ácido muriático	0	0.0	1	1.0	1	1.0
Infarto Agudo al Miocardio	0	0.0	14	13.7	14	13.7
Evento Vascular Cerebral Hemorrágico	0	0.0	3	2.9	3	2.9
Pos operado de trasplante renal	0	0.0	11	10.8	11	10.8
Hemorragia subaracnoidea	0	0.0	5	4.9	5	4.9
Guillain Barré	0	0.0	13	12.7	13	12.7
Rickettsia	0	0.0	4	3.9	4	3.9
Evento Vascular Cerebral Isquémico	0	0.0	4	3.9	4	3.9
Tromboembolia pulmonar	0	0.0	1	1.0	1	1.0
Total	2	2.0	100	98.0	102	100.0

Fuente: CAPS $X^2 = 13.96 (p > .005)$ $n = 102$

En la tabla X, muestra el afrontamiento y adaptación del familiar según el motivo de ingreso de la persona hospitalizada, donde los familiares que presentan baja capacidad con un 2% el motivo de ingreso fue sepsis. Entre las personas que tienen alta capacidad, el motivo de ingreso de mayor frecuencia fue traumatismo craneoencefálico severo con 24.5% y el infarto agudo al miocardio con 13.7%, sin que exista asociación entre el nivel de adaptación y el motivo de ingreso ($X^2 = 13.96, p > .005$).

Tabla XI. Variables numéricas y la escala de afrontamiento y adaptación del familiar de la persona hospitalizada en UCI y prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov

<i>Variable</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>D</i>	<i>Valor de p</i>
Edad del familiar	18	69	40.75	13.41	39.50	.070	.200
Edad de la persona hospitalizada	18	70	44.26	16.25	43.00	.156	.000
Tiempo de estancia hospitalaria en días	1	32	4.26	4.49	3.00	.239	.000
Escala total	111	179	150.45	14.43	151.00	.069	.200
Factor 1: Recursivo y Centrado	27	44	38.61	4.07	39.00	.163	.000
Factor 2: Físico y Enfocado	16	49	33.78	7.57	34.00	.080	.107
Factor 3: Proceso de alerta	19	36	28.77	3.96	29.00	.105	.005
Factor 4: Procesamiento sistemático	13	24	21.26	2.61	22.00	.160	.000
Factor 5: Conociendo y relacionando	17	32	28.06	3.21	29.00	.139	.000

Fuente: CAPS

n = 102

En la tabla XI, se presentan las variables numéricas y la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov. Entre estas se describen la edad del familiar con una media de 40.75 años ($DE = 13.41$), la edad de la persona hospitalizada con una media de 44.26 años ($DE = 16.25$), tiempo de hospitalización con una media de 4.26 días ($DE=4.49$). La escala total obtuvo una media de 150.45 ($DE = 14.43$), que se interpreta como alta capacidad de afrontamiento. Los factores se ubican por su puntuación con medias equivalentes a alta capacidad de afrontamiento. De acuerdo con la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, los datos en su mayoría no muestran normalidad, por lo que se decide el uso de pruebas no paramétricas.

Tabla XII. Correlación bivariada de Spearman

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Edad del familiar	1								
2. Edad de la persona hospitalizada en UCI	.245*	1							
3. Tiempo de estancia hospitalaria en días	-.023	-.017	1						
4. Escala Total	.170	-.051	.121	1					
5. Factor 1: Recursivo y Centrado	.108	.043	.057	.755**	1				
6. Factor 2: Físico y Enfocado	-.009	-.244*	-.015	.635**	.165	1			
7. Factor 3: Proceso de alerta	.136	.139	.090	.619**	.600**	.057	1		
8. Factor 4: Procesamiento sistemático	.159	.140	.132	.645**	.642**	.097	.476**	1	
9. Factor 5: Conociendo y relacionando	.187	.085	.160	.614**	.660**	-.024	.593**	.641**	1

Fuente: CAPS

n = 102

En la tabla XII, para dar respuesta a las hipótesis, se utilizó la correlación bivariada de Spearman, se observa que el afrontamiento no se relaciona con la edad del familiar, la edad de la persona hospitalizada ni el tiempo de estancia hospitalaria. Sin embargo, se observa una correlación negativa estadística significativa entre la edad de la persona hospitalizada y el factor 2, físico y enfocado ($r = -.244$, $p < .05$), lo que se traduce que, a menor edad de la persona hospitalizada, aumentan las reacciones físicas como estrategia emocional de afrontamiento del familiar. El factor 1, recursivo y centrado, que refleja los comportamientos personales como el ser creativo y buscar resultados, se correlaciona con el factor 3, proceso de alerta ($r = .600$, $p < .05$) y con el factor 4, procesamiento sistemático ($r = .642$, $p < .05$) que son estrategias de afrontamiento concretas, así como con el factor 5, conociendo y relacionando ($r = .660$, $p < .05$), donde la persona se utiliza a sí mismo y a otros a través de la memoria y la imaginación. Los uno, cuatro y cinco, son factores están relaciones con las estrategias dirigidas a los problemas y el factor 3, son las estrategias dirigidas a la emoción. El factor 3, se correlaciona con el factor 4 ($r = .476$, $p < .05$) y el factor 5 ($r = .593$, $p < .05$). Y el factor 4, se correlaciona con el factor 5, ($r = .641$, $p < .05$).

Tabla XIII. Descripción por ítems del factor 1, recursivo y centrado.

Ítems	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
4. Reúno la mayor cantidad de información posible para aumentar mis opciones a fin de solucionar el problema.	3	2.9	5	4.9	24	23.5	70	68.6
7. Trato de hacer que todo funcione en mi favor.	3	2.9	5	4.9	35	34.3	59	57.8
19. Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la situación.	0	0	2	2.0	28	27.5	72	70.6
26. Trato de obtener más recursos para enfrentar la situación.	1	1.0	6	5.9	21	20.6	74	72.5
42. Tiendo a hacer frente a las situaciones desde el principio.	2	2.0	3	2.9	17	16.7	80	78.4
10. Identifico cómo quiero que resulte la situación, luego miro cómo lo puedo lograr.	0	0	5	4.9	28	27.5	69	67.5
46. Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación.	2	2.0	9	8.8	24	23.5	67	65.7
2. Propongo una solución nueva para una situación nueva.	3	2.9	6	5.9	38	37.3	55	53.9
34. Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones.	3	2.9	3	2.9	31	30.4	65	63.7
16. Me empeño en redirigir mis sentimientos para reenfoarlos constructivamente.	3	2.9	9	8.8	24	23.5	66	64.5
29. Con tal de salir del problema o situación estoy dispuesto a cambiar mi vida radicalmente	25	24.5	9	8.8	21	20.6	47	46.1

Fuente: CAPS

n = 102

En la descripción por ítems, referente al factor 1, recursivo y centrado, los más frecuentes fueron “Tiendo a hacer frente a las situaciones desde el principio” con 78.4% que siempre la aplican y “Trato de obtener más recursos para enfrentar la situación” con 72.5. Y de los que nunca aplican el más frecuente en este factor fue “Con tal de salir del problema o situación estoy dispuesto a cambiar mi vida radicalmente”, con 24.5% (tabla XIII).

Tabla XIV. Descripción de los ítems del Factor 2, físico y enfocado.

Ítems	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para completar tareas, actividades o proyectos.	26	25.5	46	45.1	16	15.7	14	13.7
8. Solo puedo pensar en lo que me preocupa.	27	26.5	31	30.4	21	20.6	23	22.5
13. Encuentro el problema o crisis demasiado complejo, con más elementos de los que yo puedo manejar.	30	29.4	30	29.4	23	22.5	19	18.6
35. Por alguna razón no saco beneficio de mis experiencias pasadas.	19	18.6	22	21.6	23	22.5	38	37.3
47. Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas.	51	50.0	30	29.4	10	9.8	11	10.8
15. Parece que soy más lenta para actuar sin razón aparente.	17	16.7	32	31.4	31	30.4	22	21.6
20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo.	26	25.5	22	21.6	28	27.5	26	25.5
23. Cuando se me presenta un problema tiendo a paralizarme y a confundirme por un rato.	24	23.5	28	27.5	25	24.5	25	24.5
24. Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema	20	19.6	35	34.3	21	20.6	26	25.5
33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga.	16	15.7	10	9.8	25	24.5	51	50.0
39. Experimento cambios en la actividad física.	31	30.4	28	27.5	27	26.5	16	15.7
43. Esta situación me está enfermando.	11	10.8	10	9.8	21	20.6	60	58.8
45. Me rindo fácilmente	7	6.9	9	8.8	12	11.8	74	72.5

Fuente: CAPS

n = 102

Del factor 2, los ítems que presentaron mayores frecuencias fueron “Me rindo fácilmente” con 72.5%, y “Esta situación me está enfermando”, con 58.8%, ambas respondieron siempre. Entre las que respondieron nunca, “Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas”, con 50% (tabla XIV).

Tabla XV. Descripción por ítems, factor 3, proceso de alerta.

Ítems	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez, incluso en una crisis o con un problema.	3	2.9	12	11.8	36	35.3	51	50.0
44. Adopto rápidamente un nuevo recurso cuando este puede resolver mi problema o situación	1	1.0	8	7.8	27	26.5	66	64.5
18. Cuando dejo mis sentimientos a un lado soy muy objetivo acerca de lo que sucede.	3	2.9	7	6.9	24	23.5	68	66.7
40. Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como sucedieron.	1	1.0	3	2.9	31	30.4	67	65.7
11. Soy menos efectivo bajo estrés.	21	20.6	28	27.5	32	31.4	21	20.6
17. Cuando estoy en una crisis o con un problema me siento alerta y activo durante todo el día.	4	3.9	20	19.6	28	27.5	50	49.0
25. Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos o complicados.	2	2.0	8	7.8	44	43.1	48	47.1
27. Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de las personas cuando tengo que ir a lugares desconocidos.	5	4.9	13	12.7	37	36.3	47	46.1
31. Soy más efectivo bajo estrés.	30	29.4	23	22.5	24	23.5	25	24.5

Fuente: CAPS

n = 102

En la tabla XV, el factor 3, proceso de alerta, “Cuando dejo mis sentimientos a un lado soy muy objetivo acerca de lo que sucede”, fue la más frecuente con 66.7% y “Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como sucedieron” con 65.7%, y de las que respondieron nunca la más frecuente fue “Soy más efectivo bajo estrés” con 29.4% y “Soy menos efectivo bajo estrés” con 20.6%.

Tabla XVI. Descripción por ítems, factor 4, procesamiento sistemático.

Ítems	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad.	0	0	4	3.9	30	29.4	68	66.7
12. Me tomo el tiempo necesario y no actúo hasta que tenga una buena comprensión de la situación.	3	2.9	10	9.8	27	26.5	62	60.8
14. Pienso en todo el problema paso a paso.	2	2.0	11	10.8	31	30.4	58	56.9
22. Analizo la situación y la miro como realmente es	1	1.0	1	1.0	28	27.5	72	70.6
41. Trato de aclarar las dudas antes de actuar.	0	0	5	4.9	24	23.5	73	71.6
30. Trato de mantener el equilibrio entre mis actividades y el descanso.	3	2.9	8	7.8	34	33.3	57	55.9

Fuente: CAPS

n = 102

En la tabla XVI, del factor 4, procesamiento sistemático, los ítems que presentaron mayor frecuencia con respuesta de siempre fueron “Trato de aclarar las dudas antes de actuar” con 71.6% y “Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad” con 66.7%.

Tabla XVII. Descripción por ítems, factor 5, conociendo y relacionando.

Ítems	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
36. Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros.	3	2.9	3	2.9	28	27.5	68	67.5
6. Trato de recordar las estrategias o soluciones que me han servido en el pasado.	0	0	3	2.9	29	28.4	70	68.6
21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones.	2	2.0	5	4.9	24	23.5	71	69.6
32. Puedo relatar lo que sucede con mis experiencias pasadas o planes futuros.	4	3.9	14	13.7	28	27.5	56	54.9
37. Miro la situación positivamente como una oportunidad / desafío.	2	2.0	3	2.9	19	18.6	78	76.5
9. Me siento bien de saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo.	2	2.0	2	2.0	27	26.5	71	69.6
28. Utilizo el sentido del humor para manejar la situación.	13	12.7	17	16.7	32	31.4	40	39.2
38. Me planteo muchas ideas como soluciones posibles a la situación, aunque parezcan difíciles de alcanzar	0	0	7	6.9	29	28.4	66	64.7

Fuente: CAPS

n = 102

El factor 5, conociendo y relacionando, los ítems “Miro la situación positivamente como una oportunidad / desafío”, la respuesta de siempre presento una frecuencia de 76.5%, así como “Me siento bien de saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo” con 69.6%. Y entre las que respondieron nunca la más frecuente fue “Utilizo el sentido del humor para manejar la situación” (tabla XVII).

Tabla XVIII. Prueba H de Kruskal-Wallis para el afrontamiento y adaptación según la condición crítica percibida por el familiar de la persona hospitalizada

Condición Crítica percibida	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>Valor de p</i>
Critico inestable, peligra su vida	31	146.74	146.0	14.82	3.37	.337
Agudo crítico con potencial deterioro	30	149.77	152.0	14.56		
Agudo no crítico, estable	33	153.94	154.0	14.36		
Estable, fuera de peligro, bajo riesgo de muerte	8	153.00	157.5	10.55		

Fuente: CAPS

n = 102

Para establecer si el afrontamiento y adaptación es diferente según la condición crítica percibida por el familiar de la persona hospitalizada se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis donde se observa que no hubo diferencia significativa ($H = 3.37, p >.005$), sin embargo, la mediana es menor cuando se percibe a la persona hospitaliza en UCI como en condición más crítica (tabla XVIII).

HALLAZGOS ADICIONALES

Como hallazgos adicionales se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el afrontamiento y adaptación según la ocupación ($H = 13.32, p <. 005$), observando que quienes no perciben un ingreso fijo por su ocupación tiene valores de mediana menor que quienes perciben ingresos por su ocupación, es decir, las personas dedicadas al hogar y quienes son desempleados tienen menor capacidad de afrontamiento y adaptación (tabla XIX).

Tabla XIX. Prueba H de Kruskal-Wallis para el afrontamiento y adaptación según la ocupación del familiar de la persona hospitalizada en UCI.

Ocupación	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>Valor de p</i>
Hogar	33	146.45	145.0	14.24	13.32	.004
Trabajador activo	54	154.37	157.0	13.61		
Pensionado	4	156.50	157.5	11.95		
Desempleado	11	141.00	141.0	13.42		

Fuente: CAPS

n = 102

CAPITULO VI

DISCUSION

Al analizar los resultados del presente estudio llevado a cabo 102 familiares de personas hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos de adultos de un hospital público de Sonora. Se encontró que, respecto a los datos sociodemográficos, la edad más frecuente corresponde de los 18 a los 25 años con un 15.7%, lo cual difiere con el estudio realizado por Montoro (19), donde la edad más frecuente correspondía al rango de edad de los 46 a los 60 años y al de Jiménez-Ocampo, Zapata-Gutiérrez, & Díaz-Suárez (14), donde el rango de edad era más amplio de 18 a 49 años.

En el presente estudio se reporta que los familiares que acompañan principalmente a la persona en UCI son 56.9% del sexo femenino y el resto del sexo masculino, algo similar a lo encontrado por Montoro (19), Jiménez-Ocampo y otros (14), y Algarbe y Vílchez (21), donde alrededor del 60% era del sexo femenino.

Respecto al nivel educativo, se obtuvo que la mayoría tiene estudios básicos, correspondientes a primaria y secundaria, lo cual concuerda con Montoro (19) y Jiménez-Ocampo y otros (14) y Zanetti, Fernandes y Ubessi (20). La relación de consanguinidad la que se presentó con mayor frecuencia es la de hermanos (45.1%) e hijos (25.1%) lo que varía según Zanetti, Fernandes y Ubessi donde 22.8% corresponde a los hermanos y 18.2% a los conyugues (20) y a lo presentado por Montoro (19) y Jiménez-Ocampo y otros donde las relaciones consanguíneas que más se presentaban era la de hijos y esposos (14).

Respecto a la capacidad de afrontamiento y adaptación en este estudio se obtuvo que el 98% obtuvo alta capacidad y el 2 % baja capacidad, lo cual se relaciona a lo encontrado con Jiménez-Ocampo y otros (14) con 85.2% y 14.8%, respectivamente, aunque es menor que el presente estudio. En la alta capacidad de afrontamiento y adaptación, la persona manifiesta un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales, percibiendo la situación como controlable (3).

Los mecanismos de afrontamiento adquiridos se crean por medio de métodos, como el aprendizaje. Las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares (5). Las estrategias de afrontamiento más empleadas por las personas con alta capacidad fueron el factor 1 recursivo y centrado 99%, considerando actitudes con

respecto a la solución de problemas como es ser creativo y buscar resultados (3,14). Respondiendo con mayor frecuencia en la escala “siempre” a los ítems “tiendo a hacer frente a las situaciones desde el principio” con 78.4% y “trato de obtener más recursos para enfrentar la situación”, con 72.5%.

Seguido del factor 3, de proceso de alerta con 93.1% que representa los comportamientos del yo personal y físico y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información, entradas, procesos centrales y salidas, manteniendo la combinación de estilos y estrategias. Respondiendo con mayor frecuencia en la escala “siempre” a los ítems “cuando dejo mis sentimientos a un lado soy muy objetivo acerca de lo que sucede” con 66.7% y “manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como sucedieron” con 65.7%.

El factor 2, físico y enfocado resalta las reacciones físicas y la fase de salida durante el manejo de las situaciones (3,14), es la que utilizan más frecuentemente las personas con baja capacidad con 40.2%, lo cual es similar a lo encontrado por Jiménez-Ocampo y otros (14). En este caso, los ítems “esta situación me está enfermando” con 58.8%, y “tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga” con 50%, son los que respondieron con mayor frecuencia en la escala “siempre”

CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, resulto ser alta, siendo el factor 1 y el factor 3, los más utilizados. El factor uno, refleja comportamientos de la utilización del yo, en la creatividad para buscar resultados y solución de problemas. Por su parte el factor tres, referente al proceso de alerta, se enfoca al procesamiento de la información, entradas, procesos centrales y salidas (14), ambos factores se mostraron correlacionados, se puede utilizar simultáneamente más de una estrategia de afrontamiento sobre todo en los momentos de crisis, como la hospitalización de un familiar en estado crítico.

Aunque la edad del familiar de la persona hospitalizada no se relaciona significativamente con el afrontamiento y la adaptación, se observa que en su mayoría son adultos jóvenes y la edad más frecuente de la persona hospitalizada es de los 56 a 60 años. Lo cual explicaría que las relaciones de consanguinidad-afinidad más frecuente fueran las de hermanos e hijos. En su mayoría son de sexo femenino, pero con una importante proporción de familiares de sexo masculino y el nivel educativo es el básico. En cuanto a la ocupación se observa que existe correlación con el nivel de afrontamiento sobre las personas que no reciben un ingreso fijo por su trabajo lo que representa una percepción de poca seguridad.

Como principal motivo de ingreso en esta muestra fue traumatismo craneoencefálico y la condición crítica percibida por el familiar es que la persona se encuentra en estado agudo no crítico, estable, sin embargo, se observan proporciones similares entre quienes perciben a su familiar en estado crítico inestable, pelagra su vida y el estado agudo crítico con potencial deterioro. La teoría de Roy, indica que las experiencias vividas proporcionan experiencias de aprendizaje y contribuyen al afrontamiento y adaptación de las personas, en este caso, se recomienda indagar en futuras investigaciones si el familiar ha tenido experiencias previas de hospitalizaciones, para relacionarlo con su capacidad de afrontamiento y adaptación.

Al revisar la bibliografía, se pudo documentar el hecho de que existe poca información generada a partir de la aplicación de las teorías de enfermería en el ámbito de cuidado del paciente crítico por lo que resulta de vital importancia para el desarrollo de la profesión de enfermería hacer uso y divulgación del conocimiento disciplinar para poder contribuir a la

autonomía de la profesión. Los conceptos teóricos son complejos pero el conocimiento y la utilización de las teorías propias de enfermería nos guiaran hacia el ejercicio profesional independiente.

Por otro lado, se deben tomar en cuenta las necesidades del familiar en la recuperación del paciente en estado crítico, considerando modelos de cuidado centrados en la familia aplicados en otros países, que ya han demostrado beneficios para las personas hospitalizadas puesto que al involucrar al familiar en el cuidado disminuye su nivel de ansiedad y lo hace partícipe de su recuperación.

Se recomienda realizar esta investigación con pacientes de diferentes grupos etarios ya que en la presente investigación se trabajó solo considerando que la familiar tenia a una persona adulta hospitalizada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diario Oficial de la Federación [DOF]. Norma Oficial Mexicana NOM 025-SSA3-2013. [Online].; 2016 [cited 2016 Junio 21. Available from: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5314307&fecha=17/09/2013.
2. Bernal-Ruiz D, Horta-Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermeria Universitaria*. 2014 Septiembre; 11(4).
3. Gutiérrez C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Revista de investigaciones*. 2009 Julio-Diciembre; 6(12): p. pp. 201-213.
4. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos* Barcelona, España: Ediciones Roca; 1986.
5. Raile M. *Modelos y teorías de Enfermería*. Octava ed. Madrid, España: Elsevier-Mosby; 2015.
6. Harrinson T. *Principios de medicina interna*. Decimoctava ed. México, D.F.: McGraw-Hill; 2012.
7. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. 2012..
8. Juan-Martínez B, Natera-Gutiérrez S. La familia: sujeto olvidado como unidad de cuidado en el contexto de la UCI. *Salud y Administración*. 2015 Mayo-Agosto; 2(5).
9. Galvis C, Salamanca E. Percepción de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una institución prestadora de salud (IPS) privada en Villavicencio, Colombia. *Investig Enferm. Imagen Desarr*. 2014;; p. 81-94.
10. Achury D, Achury L, Ramírez Á. La familia y las visitas en las unidades de cuidado intensivo. *Connect. The world of critical care nursing*. 2011;; p. 2-8.

11. Gonzalez D, Alvarez D, Sanchez P. Inventario de necesidades de los familiares de los pacientes egresados de la unidad de cuidado intensivo. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2014;; p. 46 -58.
12. Blanca J, Blanco A, Luque M, Ramírez M. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*. 2008;; p. 1-14.
13. Marquez M. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. 2012..
14. Jiménez-Ocampo V, Zapata-Gutiérrez L, Díaz-Suárez L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos. *Aquichan*. 2013;; p. 159-172.
15. Martins M, Gonzaga J, Bronzato C, Trevizani M, Leite S. Experience of familiy members as a result of children's hospitalization at the intensive care unit. *Invest Educ Enferm*. 2013;; p. 191-200.
16. Enciclopedia Britanica en Español 2. LA FAMILIA: CONCEPTO, TIPOS Y EVOLUCIÓN. [Online].; 2016. Available from: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf.
17. Luque M. Fundamentos teóricos de la familia como parte del paciente. [Online].; 2016. Available from: www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/familia-paciente/.
18. Tarquino L. La familia del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). 2014 Noviembre..
19. Montoro Y. Sufrimiento y su afrontamiento en una UCI. 2014 Septiembre 8..
20. Zanetti T, Fernandes E, Ubessi L. Strees and coping in families of patients in an intensive care unit. *R. pesq.: cuid. fundam*. 2013;; p. 3608-19.

21. Algarbe S, Vílchez V. Necesidades de las familias de pacientes internados en la unidad de terapia intensiva de adultos. *Notas de enfermería*. 2011; 17: p. 5-10.
22. Hernández R, Fernández C, Baptista M. *Metodología de la Investigación México, D.F.:* Mc-Graw Hill Education; 2014.
23. Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, Durán M, López de Mesa C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de Aquichan. 2007 Abril; 7(1): p. 54-63.
24. Diario Oficial de la Federación [DOF]. *Ley General de Salud: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México; 1984.
25. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) ecclOMdl. *Pautas Éticas Internacionales para la para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*. 2002..

APÉNDICES



UNIVERSIDAD DE SONORA
División de Ciencias Biológicas y de La Salud
Departamento de Enfermería
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

**A. Escala de Medición del Proceso
de Afrontamiento y Adaptación (CAPS)**

Fecha: _____ FOLIO: _____

INTRUCCIONES: Se deberá responder lo siguiente contestando con una “X” la opción que corresponda a sus datos

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

- 1) **Sexo:** Hombre Mujer
- 2) **Edad:** años.
- 3) **Estado civil:** Casado Soltero Unión libre Viudo Divorciado
- 4) **Escolaridad:** Sin estudios Estudios básicos (primaria-secundaria)
Preparatoria Licenciatura 5) Otros. _____
- 5) **Ocupación:** Hogar Trabajador Activo Pensionado Desempleado

RELACIÓN CON EL PACIENTE

- 6) **Parentesco:** Matrimonio Concubinato Hijo(a) Hermana(o) Padre
Madre
- 7) **Edad del paciente:** _____
- 8) **Motivo de ingreso:** _____
- 9) **Precepción de gravedad:**
Crítico inestable, peligra su vida.
Agudo Crítico con potencial deterioro.
Agudo no crítico, estable.
Estable, fuera de peligro, bajo riesgo de muerte o estado terminal
- 10) **Tiempo de hospitalización en días:** _____

II. ESCALA PARA MEDIR EL NIVEL DE CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN (CAPS).

INTRUCCIONES: Se deberá responder el siguiente cuestionario contestando con una “X” la opción con la que se sienta más identificada.

	Ítems	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Siempre
1	Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez, incluso en una crisis o con un problema.				
2	Propongo una solución nueva para una situación nueva.				
3	Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad.				
4	Reúno la mayor cantidad de información posible para aumentar mis opciones a fin de solucionar el problema.				
5	Cuando estoy preocupado tengo dificultad para completar tareas, actividades o proyectos				
6	Trato de recordar las estrategias o soluciones que me han servido en el pasado.				
7	Trato de hacer que todo funcione en mi favor.				
8	Solo puedo pensar en lo que me preocupa.				
9	Me siento bien de saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo.				
10	Identifico cómo quiero que resulte la situación, luego miro cómo lo puedo lograr.				
11	Soy menos efectivo bajo estrés.				
12	Me tomo el tiempo necesario y no actúo hasta que tenga una buena comprensión de la situación.				
13	Encuentro el problema o crisis demasiado complejo, con más elementos de los que yo puedo manejar.				
14	Pienso en todo el problema paso a paso.				
15	Parece que soy más lenta para actuar sin razón aparente				
16	Me empeño en redirigir mis sentimientos para reenfoarlos constructivamente.				
17	Cuando estoy en una crisis o con un problema me siento alerta y activo durante todo el día.				

18	Cuando dejo mis sentimientos a un lado soy muy objetivo acerca de lo que sucede.				
19	Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la situación.				
20	Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo.				
21	Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones				
22	Analizo la situación y la miro como realmente es.				
23	Cuando se me presenta un problema tiendo a paralizarme y a confundirme por un rato.				
24	Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema.				
25	Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos o complicados.				
26	Trato de obtener más recursos para enfrentar la situación				
27	Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de las personas cuando tengo que ir a lugares desconocidos.				
28	Utilizo el sentido del humor para manejar la situación.				
29	Con tal de salir del problema o situación estoy dispuesto a cambiar mi vida radicalmente.				
30	Trato de mantener el equilibrio entre mis actividades y el descanso.				
31	Soy más efectivo bajo estrés.				
32	Puedo relatar lo que sucede con mis experiencias pasadas o planes futuros.				
33	Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga.				
34	Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones.				
35	Por alguna razón no saco beneficio de mis experiencias pasadas				
36	Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros.				
37	Miro la situación positivamente como una oportunidad / desafío.				
38	Me planteo muchas ideas como soluciones posibles a la situación, aunque parezcan difíciles de alcanzar.				
39	Experimento cambios en la actividad física.				

40	Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como sucedieron.				
41	Trato de aclarar las dudas antes de actuar				
42	Tiendo a hacer frente a las situaciones desde el principio.				
43	Esta situación me está enfermando.				
44	Adopto rápidamente un nuevo recurso cuando este puede resolver mi problema o situación				
45	Me rindo fácilmente.				
46	Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación.				
47	Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas.				

GRACIAS POR SU PARTICIPACION.

B. Dictamen del Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora



UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Hermosillo, Sonora, a 24 de febrero de 2017.

Oficio CEI-ENFERMERÍA 17/2017

Lic. Edith Abigail Soto Verdugo
Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos
Departamento de Enfermería
Presente.

Asunto: Dictamen CEI-ENFERMERÍA

Por este medio, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería (CEI-ENFERMERÍA) ha concluido la revisión del proyecto de investigación intitulado "Afrontamiento y Adaptación del familiar de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos" que usted envió solicitando la evaluación ética correspondiente, en el que participa como Directora la MCE. María Alejandra Favela Ocaño y como Asesores la Dra. Sandra Lidia Peralta Peña y el Mtro. Manuel Ortega López.

El CEI-ENFERMERÍA ha emitido un **DICTAMEN APROBADO** al proyecto antes citado, así mismo se le notifica que, como consta en los archivos correspondientes, al protocolo se le ha asignado el siguiente registro: **CEI-ENFERMERIA-EPE-35/2017**.

ATENTAMENTE

Por el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería

Dra. María Olga Quintana Zavala

Presidente



"COMITE DE ETICA
EN INVESTIGACIÓN"

C.c.p. Archivo CEI-ENFERMERIA.

C. Dictamen Comité de Investigación del Hospital General del Estado



COMITÉ DE
INVESTIGACIÓN

SSS-HGE-DEI-CI-2017.51

Hermosillo, Sonora a 07 de septiembre de 2017

Asunto: Dictamen de Protocolo

M. en C. Claudia Figueroa Ibarra

Coordinadora de la Especialidad de Cuidados Intensivos de la
División de Ciencias Biológicas y de la salud del
Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora

Con atención a

Lic. Enf. Edith Abigail Soto Verdugo

Estudiante de la Especialidad de Cuidados Intensivos
Universidad de Sonora

Sirva la presente para enviar un cordial saludo e informar en relación al protocolo de investigación titulado "AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DEL FAMILIAR DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS" registrado con el folio CI.2017.51; se realizó la segunda revisión en sesión extraordinaria el día 07 de septiembre del presente año, de la versión actualizada al mes de agosto y consentimiento informado, mismo en el que se solventan las observaciones realizadas en la primer revisión, por lo que forma unánime se acuerda el siguiente dictamen: Aprobado.

El presente dictamen tiene una vigencia de un año; deberá entregar informe parcial o final en un periodo de seis meses, como única observación se solicita indicar los nombres de los colaboradores del Hospital.

Sin otro particular por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier duda o aclaración.

Atentamente

Dr. Juan Pablo Contreras Félix

Presidente del Comité de Investigación y
Jefe de la División de Enseñanza e Investigación



C. c. p. Archivo del Comité de Investigación

JPCF/pcg

HGE-CI

Comité de Investigación del Hospital General del Estado "Dr. Ernesto Ramos Bours"
Registro No. 17 CI 26 030 105
Blvd. Luis Encinas Johnson 9007 Colonia San Benito
Tel. (662) 259 2534 C.P. 83190, Hermosillo, Sonora
investigacion.hge@gmail.com



UNIVERSIDAD DE SONORA
División de Ciencias Biológicas y de La Salud
Departamento de Enfermería
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS
INTENSIVOS



C. Consentimiento Informado

TÍTULO DEL PROYECTO:
AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DEL FAMILIAR DE LA PERSONA
HOSPITALIZADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Equipo de investigadores

Responsable:

Lic. Enf. Soto Verdugo Edith Abigail

El propósito del estudio es determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación del familiar que tiene una persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Procedimiento

Comprendo que responderé un cuestionario de 47 ítems, que me tomará aproximadamente de 15 a 20 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento

Riesgos

Comprendo que este estudio tendrá un riesgo mínimo porque al contestar puedo sentirme preocupada (o). Únicamente contestaré un cuestionario relacionada con antecedentes, conductas y estados emocionales, al momento de la hospitalización de mi familiar en el servicio de UCI.

Compensación y/o beneficios.

Comprendo que no habrá ninguna compensación económica. Sin embargo, los resultados permitirán en un futuro se podrán diseñar y aplicar programas de apoyo para las personas que tienen familiares hospitalizados en la UCI.

Tratamiento

No es un estudio donde exista tratamiento.

Participación Voluntaria/Abandono

Tendré derecho a terminar mi participación en cualquier momento, si así lo decido, sin que se tomen represalias en mi persona, además que esto no afectará la atención médica y/o de enfermería que recibe mi familiar.

Preguntas

En caso de que tenga dudas, comentarios o quejas relacionadas con el estudio podré comunicarme al Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora al teléfono (662)2592165 con Lic. Edith Abigail Soto Verdugo, responsable del estudio. En caso de preguntas o quejas relacionadas con los derechos de los participantes del estudio con la Dra. María Olga Quintana Zavala (662) 2592165, en un horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 15:00 p.m.

Confidencialidad

Se me explicó que los datos sobre mi participación se tomarán de manera anónima por lo que no será identificado mi nombre en la información recabada y que esta información será confidencial. Los instrumentos se identificarán únicamente con un número de folio y serán almacenados sin su nombre en una urna con llave que quedará al resguardo del investigador. Después de que el estudio se termine, los resultados serán publicados en revistas científicas donde los profesionales de la salud puedan aprender de la investigación donde no se dará a conocer el nombre de las personas que participaron en el estudio, solo se dará a conocer la información en lo general. Los archivos serán resguardados por la Lic. Enf. Edith Abigail Soto Verdugo, los cuestionarios serán destruidos una vez completada la investigación.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

El equipo de investigadores me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos, asimismo comprendo que puedo optar libremente por dejar de

participar en cualquier momento que lo desee, sin que esto me afecte o mi familiar que recibe atención médica.

Al firmar este documento acepto mi participación en el estudio de forma voluntaria y a que el equipo de investigadores me aplique el cuestionario libremente.

Nombre y Firma del participante

Fecha

Firma y nombre del investigador responsable

Fecha

Nombre y firma de testigo

Fecha

Nombre y firma de testigo

Fecha