

*Inna Elida Flórez-Torres<sup>1</sup>  
Eliana Herrera-Alarcón<sup>2</sup>  
Estefany Carpio-Jiménez<sup>3</sup>  
María A. Veccino-Amador<sup>4</sup>  
Diana Zambrano-Barrios<sup>5</sup>  
Yoleidis Reyes-Narváez<sup>6</sup>  
Sandra Torres-Contreras<sup>7</sup>*

# Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo

## RESUMEN

**Objetivo:** describir la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Cartagena, Colombia. **Método:** estudio descriptivo, realizado en 171 pacientes egresados de unidades de cuidados intensivos durante el segundo semestre de 2009. Se empleó la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. Para valorar los factores que miden las estrategias y los recursos de afrontamiento para la adaptación se utilizaron medidas de tendencia central y coeficiente de variación. **Resultados:** el 50,3 % de los participantes fueron mujeres y 49,7 % hombres. La capacidad de afrontamiento y adaptación fue del 63,2 %, el 19,9 % presentó mediana capacidad. La baja capacidad reportó 1,2 %. Por factores, el proceso de alerta presentó una mayor puntuación, con 46,2 %, en alta capacidad en las estrategias de afrontamiento, y en el procesamiento sistemático, el 45,0% se ubicó en muy alta capacidad en cuanto a los recursos utilizados para la adaptación. **Conclusión:** los pacientes reflejaron un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales, percibiendo la situación como controlable. El Modelo de Roy permite a las enfermeras identificar en los pacientes estrategias adecuadas o inefectivas y orientar el cuidado.

## PALABRAS CLAVE

Afrontamiento, adaptación, unidad de cuidados intensivos. (Fuente: DeCS).

1 Magíster en Enfermería. Docente, Universidad de Cartagena, Facultad de Enfermería. Campus de Zaragocilla, Cartagena, Colombia. iflorezt@unicartagena.edu.co

2 Enfermera. Universidad de Cartagena. elianapha@hotmail.com

3 Enfermera. Universidad de Cartagena. escarji@hotmail.com

4 Enfermera. Universidad de Cartagena. mariaveccino@gmail.com

5 Enfermera. Universidad de Cartagena. dicazaba@hotmail.com

6 Enfermera. Universidad de Cartagena. yolereyesn@hotmail.com

7 Enfermera. Universidad de Cartagena. sandrytorresc@hotmail.com

Recibido: 01 de noviembre de 2010  
Aceptado: 28 de marzo de 2011

# *Coping and Adaptation in Patients Discharged from Intensive Care Units*

## ABSTRACT

**Objective:** Describe the capacity for coping and adaptation among patients released from intensive care units in the city of Cartagena (Colombia). **Method:** A descriptive study of 171 patients who were released from intensive care units in the second half of 2009. Callista Roy's coping and adaptation measurement scale was used. Measures of the central tendency and coefficient of variation were employed to assess the factors that gauge coping strategies and resources for adaptation. **Results:** 50.3% of the participants were women and 49.7% were men. The capacity to cope and adapt was in 63.2% of the patients studied, while 19.9% showed medium or average capacity, and 1.2% reported low capacity. By factors, the warning process scored highest, with 46.2% of the patients being quite capable in terms of their coping strategies. As for systematic processing, 45.0% showed extremely good capacity with respect to the resources used to adapt. **Conclusion:** The patients in question displayed an active coping style with cognitive and behavioral strategies centered on the problem and with the situation being perceived as controllable. The Roy model allows nurses to identify adequate or ineffective strategies in patients and to orient care accordingly.

## KEY WORDS

Adaptation, intensive care units, nursing care, critical state, patients (Source: DeCS).

# *Enfrentamento e adaptação em pacientes dados de alta de unidades de cuidados intensivos*

## RESUMO

**Objetivo:** descrever o enfrentamento e a adaptação em pacientes que receberam alta da unidade de terapia intensiva na cidade de Cartagena, Colômbia. **Método:** estudo descritivo em 171 pacientes que receberam alta da unidade de cuidados intensivos durante o segundo semestre de 2009. Utilizou-se a Escala de Callista Roy para medir o processo de enfrentamento e adaptação. Para avaliar os fatores que medem as estratégias e os recursos de enfrentamento; para a adaptação se utilizaram medidas de tendência central e coeficiente de variação. **Resultados:** 50,3% dos participantes eram mulheres e 49,7% homens. A capacidade de enfrentar e adaptar-se foi em 63,2% dos pacientes. O 19,9% mostrou capacidade média. O 1,2% apresentou baixa capacidade. Pelos fatores, o processo de alerta alcançou maior pontuação (46,2%) com alta capacidade nas estratégias de enfrentamento e no processamento, O 45,0% se situou em muita alta

capacidade em termos de recursos utilizados para a adaptação. **Conclusão:** os pacientes apresentaram um estilo ativo de enfrentamento com estratégias cognitivas e comportamentais focalizadas no problemas, percebendo a situação controlável. O modelo de Roy permite as enfermeiras identificarem estratégias adequadas e ineficazes nos pacientes e orientarem o cuidado.

#### PALAVRAS-CHAVE

Adaptação, cuidados intensivos, cuidados de enfermagem, pacientes criticamente enfermos. (Fonte: DeCS).

*Los estímulos focales son aquellas situaciones o circunstancias que la persona debe confrontar en forma inmediata, tales como una enfermedad o un evento externo y para lo cual requiere consumo de energía.*

## Introducción

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

Las respuestas humanas observadas en los pacientes hospitalizados en una UCI, relacionadas con el campo psicosocial, tienen que ver con la presencia real de factores de estrés vinculados con amenaza de muerte, pensamiento aterrador, trastornos del sueño, pérdida de control de su entorno personal y familiar, pérdida de autonomía, abandono de roles individuales, familiares y sociales, aislamiento familiar y social, temor a la discapacidad o miedo a los tratamientos invasivos (2, 3). Estudios recientes han descrito el significado de la experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo (4, 5, 6). No obstante, las respuestas comportamentales de las personas hospitalizadas en una UCI, a partir de un referente teórico de enfermería, no han sido lo suficientemente abordadas.

Las personas hospitalizadas en una UCI están expuestas a un sinnúmero de estímulos que generan respuestas adaptativas o de afrontamiento. Callista Roy (7), define el afrontamiento como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza una persona para atender las demandas del ambiente, los cuales actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad.

En su Modelo de Adaptación, Roy postula que el subsistema cognoscitivo es el proceso de afrontamiento principal de la persona, y se manifiesta en la conducta bajo la respuesta o modo fisiológico de autoconcepto, función de rol e interdependencia (8). Se refiere al afrontamiento y a los procesos de adaptación como a un constructo multidimensional que representa las respuestas o modos fisiológico 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 (9).

Los estímulos focales son aquellas situaciones o circunstancias que la persona debe confrontar en forma inmediata, tales como una enfermedad o un evento externo y para lo cual requiere consumo de energía; (10) en el caso de una persona en estado crítico, están representados en enfermedades que ponen en peligro su vida como las enfermedades cardíacas, respiratorias, descompensaciones metabólicas, estados agudos de enfermedades neoplásicas, renales, traumas múltiples, posoperatorios de cirugías complejas, entre otras.

Los contextuales están presentes 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 es-

timulo focal (10). En la hospitalización en una UCI tales estímulos están representados en las características del servicio, el aislamiento, el riesgo de infección, la difícil y escasa comunicación, en lugares ocupados y equipados por numerosos instrumentos (11).

Los estímulos residuales son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente, cuyos efectos no han sido confirmados. Estos pueden ser una expectativa, un valor, una actitud o una creencia, producto de experiencias pasadas. En el momento en el que se conoce cómo están actuando en la situación se vuelven contextuales (10). En la situación del paciente en estado crítico estos estímulos se consideran factores que se encuentran en el ambiente, el cambio y la pérdida del rol anterior a la hospitalización, los sentimientos de pérdidas, de la independencia, modificación de valores y filosofía de la vida, lo cual se traduce en alteración del autoconcepto (12).

La forma como el paciente hospitalizado en una UCI se enfrenta a la situación va a depender de muchos factores que pueden ser resumidos en la evaluación cognitiva que los individuos realizan frente al evento. Las estrategias comportamentales buscan 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 (13).

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.

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 (13).

La capacidad y las estrategias de afrontamiento hacen visibles las características personales relacionadas con los pensamientos, los sentimientos y las acciones individuales propias de un ser holístico quien, al utilizar los recursos de afrontamiento innatos y adquiridos, busca adaptarse a un ambiente cambiante (10). Su identificación permite a las enfermeras identificar en los pacientes estrategias adecuadas o inefectivas y orientar el cuidado.

El objetivo del estudio fue describir la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo de la ciudad de Cartagena, en 2009.

## Método

Estudio descriptivo realizado en el segundo semestre de 2009. La población la conformaron pacientes egresados de cinco unidades de cuidados intensivos de la ciudad de Cartagena; la muestra fue de 171 pacientes, seleccionados a través de un muestreo estratificado. Se incluyeron adultos hospitalizados en sala general, egre-

*La forma como el paciente hospitalizado en una UCI se enfrenta a la situación va a depender de muchos factores que pueden ser resumidos en la evaluación cognitiva que los individuos realizan frente al evento.*

sados de su primera estancia en UCI, en condición de salud estable, que desearon participar voluntariamente y firmaron su consentimiento; se excluyeron aquellos en condición de salud estable, que recibían soporte ventilatorio, con alteraciones mentales y estados de inconciencia. Las investigadoras diligenciaron los instrumentos.

Se empleó la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS) de Callista Roy, basada en una teoría de mediano rango sobre dicho proceso. Consta de 47 reactivos, cinco dimensiones o factores, patrón de respuesta tipo liker, desde 1 = nunca, a 4 = siempre (13). El puntaje puede oscilar entre 47 a 188 puntos, a mayor puntaje significa un uso más consistente de estrategias de afrontamiento. Con relación a los cinco factores, los tres primeros miden los comportamientos, las reacciones y los recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación.

**Factor 1: recursivo y centrado (10 ítems).** Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo 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 del yo personal y físico, y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas.

**Factor 4: procesamiento sistemático (6 ítems).** Describe las estrategias

personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.

**Factor 5: conocer y relacionar (8 ítems).** Describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación.

La confiabilidad del instrumento en su versión en español fue informada por Gutiérrez *et al.*, en el contexto colombiano, evaluada a través de la consistencia interna, presentando un Alfa de Cronbach de 0,88 (13). El análisis se condujo de acuerdo con la categorización realizada a la escala por Gutiérrez y López (14), a nivel global y por factores:

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

Fuente: Gutiérrez y López de Mesa (14).

### Análisis estadístico

Los datos se incorporaron en una matriz creada en Microsoft Excel y se procesaron en el programa estadístico para ciencias sociales (SPSS) versión 15.0, con el cual se generaron estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central, y coeficiente de variación del puntaje obtenido por el grupo a nivel global y por factores. La investigación respetó los parámetros éticos para estudios con seres humanos contenidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, y del código de ética en enfermería; la clasificación fue de riesgo mínimo (15, 16).

## Resultados

### ***Características de los participantes***

Participaron 171 pacientes, con edades entre 18 y 88 años, y una media de 50,8 IC 95% (48,1-53,6); con relación al sexo, 50,3% fueron mujeres y 49,7% hombres; los estratos socioeconómicos predominantes fueron el 2 y 3 (41,5 y 29,8%, respectivamente) y en menor porcentaje el 6 (1,2%). La escolaridad estuvo representada por primaria incompleta en un 24,0%, primaria completa 20,5%, secundaria incompleta 18,7%, secundaria completa 16,4%, técnicos 7,0%, universitario completo 6,4% y universitario incompleto 2,9%. Los participantes fueron casados en un 43,9%, solteros el 15,8%, en unión libre 24,6%, viudos 11,7% y separados 4,1%. La religión predominante fue la católica en un 70,8%. El 64,3% de los pacientes es de procedencia urbana, el 49,1% pertenece al régimen subsidiado, y un 46,8% al contributivo. El 45,0% se dedica al hogar, 25,0%, son empleados y en un 3,5%, estudiantes.

Del total de participantes, el 36,3% reportó alteraciones cardiovasculares, 13,5%, respiratorias, seguido de sepsis y complicaciones quirúrgicas con un 9,4% respectivamente, alteraciones neurológicas 5,8%; en igual porcentaje traumas, alteraciones gastrointestinales, estados de choque, alteraciones metabólicas con un 4,7%, hematológicas con 4,1%, y en menor porcentaje las alteraciones renales con 2,9%.

### ***Capacidad de afrontamiento y adaptación***

Los hallazgos a nivel global y por factores se presentan en la tabla 1 (ver anexo).

El 63,2% de los participantes se ubicó en el nivel de alta capacidad, el 19,9% en el mediana, y la baja capacidad de afrontamiento y adaptación reportó 1,2% (ver anexo, gráfico 1).

En el factor 1, recursivo y centrado, el 44,4% de los participantes presentó alta capacidad, el 31,6% muy alta capacidad, el 21,6% mediana y el 2,3% baja capacidad. El estar atento a cualquier cosa relacionada con la situación, estar dispuesto a modificar su vida radicalmente con tal de salir de la crisis, y obtener la mayor información posible para aumentar las opciones fueron los ítems que reportaron mejores resultados (63,7, 56,1 y 55,6 %, respectivamente). Los hallazgos de esta dimensión se presentan en la tabla 2 (ver anexo).

Con relación al factor 2, reacciones físicas y enfocadas, el 40,9% presentó mediana capacidad de afrontamiento, el 32,2% alta capacidad, y el 19,9% baja capacidad. Los ítems: al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas, trato de hacer frente a la crisis desde el principio y solo puedo pensar en lo que me preocupa fueron los que mostraron una mayor proporción, con un mejor resultado (41,5, 39,8% y 39,8%, respectivamente). Los porcentajes obtenidos se presentan en la tabla 3.

En cuanto al factor 3, proceso de alerta, el 46,2% presentó alta capacidad, el 25,7% muy alta capacidad, el 21,6% una mediana capacidad, y el 6,4% baja capacidad de afrontamiento. Los ítems que mejor puntuaron fueron: poder seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez (45%), poner los sentimientos a un lado y ser muy objetivo acerca de lo que sucede (43,3%), manejar la situación analizando rápidamente los detalles tal como ellos

*La experiencia de  
adultos críticamente  
enfermos  
hospitalizados  
en UCI significó una  
motivación  
para cambiar la  
forma de vivir y de  
pensar, permitió  
avanzar en el  
aprendizaje y en  
el crecimiento  
personal.*

sucedieron (43,3 %), obtener buenos resultados al manejar problemas complejos (35,7 %), y en menor proporción, nunca adoptan rápidamente nuevas capacidades cuando estas resuelven sus problemas (7 %) (ver anexo, tabla 4).

En el factor 4, procesamiento sistemático, el 45% de los participantes se ubicó en muy alta capacidad, el 36,3% en alta capacidad, el 8,2% mediana capacidad, y el 10,5% baja capacidad de afrontamiento. La mayor proporción de participantes siempre llaman al problema por su nombre y tratan de verlo en su totalidad; analizan la situación como realmente es, y tratan de mantener equilibrio entre la actividad y el descanso (52, 48,5 y 45,6% respectivamente). Un 7,6% nunca se toma el tiempo necesario y no actúa hasta no tener una buena comprensión de la situación. Los hallazgos de este factor se presentan en la tabla 5 (ver anexo).

Con relación al factor 5, conocer y relacionar, el 43,3 % de los pacientes se encontró en la categoría alta capacidad, el 42,7 % en muy alta capacidad, en mediana capacidad de afrontamiento 14 %, ningún participante se ubicó en baja capacidad. Los ítems: me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo, trato de recordar las estrategias o las soluciones que me han servido en el pasado, y recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones, fueron los que revelaron mayor proporción de pacientes con un mejor resultado (61,4; 56,7 y 55,0%). Los porcentajes obtenidos se presentan en la tabla 6 (ver anexo).

## Discusión

Ante la enfermedad grave como estímulo estresante, donde se engloban

cambios repentinos, inmediatos o impredecibles en el modo de vida, situaciones ambiguas, alteraciones que atentan contra la vida o que implican limitaciones, las personas desarrollan comportamientos y pensamientos conocidos como afrontamiento, para manejar la situación (17).

Los hallazgos señalan alta capacidad de afrontamiento y adaptación en los pacientes egresados de UCI ante los estímulos focales, contextuales y residuales propios de la hospitalización, reflejando un estilo de afrontamiento centrado en estrategias cognitivas que buscan encontrar significado al suceso, y solucionar directamente la situación. En los estímulos comportamentales la conducta estuvo dirigida a confrontar la realidad y manejar sus consecuencias, y en los emocionales reflejaron esfuerzos para controlar el estímulo estresor y mantener el equilibrio afectivo (14).

Este estudio ratifica los planteamientos de Lazarus y Folkman (17) sobre las estrategias identificadas en los participantes del estudio; los individuos emplean dos tipos generales de estrategias, las de resolución de problemas, directamente dirigidas a manejarlo o alterarlo, y las de regulación emocional, mediante métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Beltrán (4, 6) informa que la experiencia de adultos críticamente enfermos hospitalizados en UCI significó una motivación para cambiar la forma de vivir y de pensar, permitió avanzar en el aprendizaje y en el crecimiento personal, y sirvió como base para tomar decisiones respecto a la vida futura. No obstante, sus planteamientos señalan respuestas que afectaron el modo fisiológico y el autoconcepto de los



participantes, al destacar los problemas y el sufrimiento físico y psicológico durante el tiempo que está presente la enfermedad y sus limitaciones para la vida de los pacientes. También altera el autoconcepto, por lo cual los pacientes no se reconocen a sí mismos, no reconocen su propio cuerpo.

Asimismo, una investigación guiada por el Modelo de Adaptación de Callista Roy, cuyo propósito fue conocer las repercusiones psicosociales de adolescentes hospitalizados en UCI después del trasplante renal, y los mecanismos de adaptación utilizados en su nueva condición de vida, identificó respuestas inefectivas en el modo fisiológico como limitación física, en el modo de autoconcepto, sentimientos de vergüenza, miedo al rechazo e impotencia. Sin embargo, los adolescentes pudieron afrontar de manera positiva tal situación y mejorar la adaptación a su nueva condición, lo que les permitió un tratamiento más eficaz y, consecuentemente, una mejor calidad de vida (18).

Contrario a los resultados del estudio, Del Barrio et al. (19) observaron que los pacientes de UCI sometidos a trasplante hepático relatan su experiencia como negativa, debido a la limitación de movimiento que les causaban las vías invasivas, la idea de la alteración de su imagen corporal, la preocupación por la insatisfacción en las necesidades básicas, y el recuerdo de personas significativas. Las respuestas emocionales ante el trasplante fueron muy diversas, desde el miedo, la ansiedad o el dolor producido por la separación de sus familias ante la posibilidad de la muerte, hasta un estado de tranquilidad y felicidad. Livneh, citado por Gutiérrez et al. (13), plantea que las estrategias afectivas hacen referencia a los intentos que realiza la persona para controlar las

reacciones emocionales que el problema genera; estas se manifiestan a través de la expresión de sentimientos frente a sí misma y frente a otros, aceptando estos sentimientos o resignándose a permanecer en esa condición.

La revisión teórica de Vásquez et al. (20) respalda el empleo de múltiples estrategias para manejar una situación estresante; cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones diversas. Esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento; se han investigado de modo sistemático personas con tendencia evitadora o minimizadora, mientras otras tienden a utilizar un estilo más confrontativo (o vigilante), bien sea buscando información o tomando una acción directa ante cualquier problema.

Martínez et al. (21) identificaron en los pacientes hospitalizados en UCI coronarias estrategias de afrontamiento pasivas como la negación, la evitación, el escape y la resignación como conformidad ante el sufrimiento. No obstante, la estancia de los pacientes no fue percibida como problemática, sino como algo necesario hacia la recuperación; dentro del discurso de los entrevistados se asoma la voluntad de realizar cambios positivos como dejar de fumar, cambios en el estilo de vida y la dieta, y en general la supresión de factores de riesgo.

La literatura respalda, sobre los estilos de afrontamiento, que ningún estilo es por sí mismo más efectivo que otro; así por ejemplo, el evitador es más útil para sucesos amenazantes a corto plazo, mientras que el estilo vigilante es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite o que persiste a lo

*Los pacientes de UCI sometidos a trasplante hepático relatan su experiencia como negativa, debido a la limitación de movimiento que les causaban las vías invasivas, la idea de la alteración de su imagen corporal, la preocupación por la insatisfacción en las necesidades básicas, y el recuerdo de personas significativas.*

*El Modelo de Callista Roy muestra una visión particular de la práctica, sustentada en el estudio de los procesos de afrontamiento y adaptación, y facilita su aplicación en el cuidado del paciente hospitalizado en una UCI.*

largo del tiempo. El estilo confrontativo es útil pues permite anticipar planes de acción ante riesgos futuros aunque genera mayor ansiedad (20).

Cuando se trata de problemas de salud las personas mayores tienden a utilizar un estilo de afrontamiento que confronta la situación, realizando más prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, evitando hábitos nocivos y teniendo un estilo de afrontamiento más vigilante. González encontró, en una investigación sobre calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos, estrategias de afrontamiento orientadas al problema, las cuales se refieren a las conductas dirigidas a confrontar la realidad y el tener una reapreciación positiva, manejando sus consecuencias (22).

Se ha informado que el afrontamiento activo, centrado en la solución de problemas, junto a la posibilidad de contar con personas dispuestas a brindar escucha y afecto, han sido identificados como factores protectores contra el distrés emocional. Siendo, por el contrario, las estrategias de evitación, los comportamientos pasivos y de desesperanza, junto con una actitud pasiva frente a la enfermedad y la ausencia de apoyo afectivo, los mejores predictores del distrés emocional (23).

Existen muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce (20). Los estímulos que influyen en el proceso de afrontamiento y adaptación de las personas con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus han sido objeto de estudio desde la perspectiva de Roy; se destaca el bien-

estar espiritual como estímulo contextual positivo para afrontar las reacciones emocionales consecuentes con la evolución crónica e incapacidad física y social derivadas de la enfermedad (24).

Contrario a lo anterior, el estrés percibido como estímulo contextual tuvo un efecto negativo en las estrategias de afrontamiento y en la adaptación psicossocial en términos de autoconcepto, función del rol e interdependencia afectando las habilidades para la solución de problemas, juicio, emoción, búsqueda de resultados, creatividad y manejo de situaciones (25).

## Conclusiones

Los hallazgos permiten reconocer que la investigación de enfermería basada en el conocimiento propio fortalece la autonomía de las enfermeras y contribuye a mejorar la calidad del cuidado ofrecido en los diferentes contextos. El Modelo de Callista Roy muestra una visión particular de la práctica, sustentada en el estudio de los procesos de afrontamiento y adaptación, y facilita su aplicación en el cuidado del paciente hospitalizado en una UCI.

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

El Modelo de Callista Roy permite a las enfermeras avanzar en el desarrollo de la práctica disciplinar, y fortalecer la autonomía profesional a partir de su aplicación. La escala diseñada por Roy permitió identificar las estrategias de afrontamiento

y adaptación en los participantes del estudio, y 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.

La capacidad de afrontamiento y adaptación le permite al ser humano responder mediante comportamientos, pensamientos o emociones a eventos estresantes, como la enfermedad grave y la hospitalización en UCI. Es importante que las enfermeras conozcan e identifiquen estas respuestas a fin de promover la adaptación.

En cuanto a limitaciones, son escasas las publicaciones basadas en la propuesta teórica de Roy que permitan respaldar o contrastar los hallazgos del estudio. Por la complejidad de algunos ítems que integran la escala, y las dificultades relacionadas con su comprensión, esta fue administrada a los participantes por las investigadoras, lo que sugiere la necesidad de continuar con el proceso de validación formal.

Se recomienda continuar la investigación que permita establecer la relación entre las diferentes variables sociodemo-

gráficas, el tipo de enfermedades de los pacientes y la capacidad de afrontamiento y adaptación. Además, el diseño e implementación de planes de cuidados de enfermería orientados a identificar estrategias de afrontamiento, adecuadas o inefectivas, a fin de favorecer la adaptación de las personas hospitalizadas en UCI.

## Agradecimientos

Las autoras expresan sus agradecimientos al Capítulo Colombiano Roy, Universidad de La Sabana, por su autorización para el empleo del instrumento.

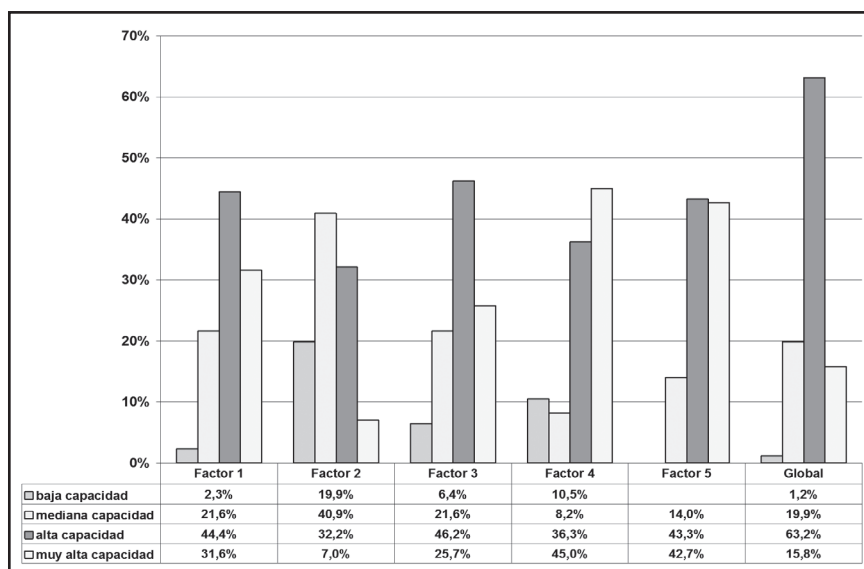
### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez B. El cuidado de la salud de las personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. *Actualiz enferm* 2002; 5 (1): 13-16.
2. Parra M, Guáqueta SR. Fundamentos para el cuidado de pacientes con infarto agudo cardiaco. Universidad Nacional de Colombia; 2004.
3. Parra M. Problemas más frecuentes de los pacientes hospitalizados en las UCI. En: *Enfermería cardiovascular*. Bogotá: Distribuna; 2008. pp. 251-259.
4. Beltrán OA. La enfermedad grave, una oportunidad. *Invest Educ Enferm* 2008; 26 (1): 68-77.
5. Beltrán OA. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. *Aquichan* 2008; (1): 50-63.
6. Beltrán OA. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan* 2009; (1): 50-63.
7. Chayaput P. Development and psychometric evaluation of the Thai version of the coping and adaptation processing scale. Boston: Boston College, William F. Connell, Graduate School of Nursing. AAT 3135960, 2004. pp. 22-27.
8. Roy C, Andrews H. *The Roy Adaptation Model*. 2 ed. Stanford, CT: Appleton & Lange; 1999. p. 31-48
9. Lazcano M, Salazar BC, Gómez MC. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan* 2008; 8 (1): 116-125.
10. Veloza M, Moreno ME, Crespo O, Gutiérrez E. Proceso de afrontamiento y adaptación. En: Gutiérrez M. Universidad de La Sabana. Adaptación y cuidado en el ser humano. Una visión de enfermería. Bogotá: El Manual Moderno; 2007. pp.13-25.
11. Rincón F. El cuidado de la salud y de la vida en servicios de la salud altamente tecnificados. En: Grupo de Cuidado. Cátedra Manuel Ancizar. Cuidado de la vida. Bogotá: Unibiblos; 2007. pp.117-140.
12. Rivera LN. El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte. *Av Eferm* 2008; 26 (1): 124-133.
13. Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, Durán MM, López C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. *Aquichán* 2007; 7 (1): 54-63.
14. Gutiérrez C, López C. Escala de Medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación; 2009.

15. Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
16. Colombia. República de Colombia, Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Ley 911 de 2004, octubre 5. Por el 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., 2004.
17. Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1986.
18. Brandao de Carvalho AL, Cavalcante Guedes MV, Venicios de Oliveira M. Adaptação psicossocial do adolescente pós-trasplante renal segundo a teoria de Roy. Invest Educ Enferm 2005; 23 (1): 68-77.
19. Del Barrio M, Lacunza MM, Armendáriz AC, Margall MA, Asiain MC. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidados intensivos. Estudio fenomenológico. Enferm Intensiva 2001; 12 (3): 135-45. En: <http://www.seeiuc.com/revista/res1234.htm> [Fecha de consulta: junio de 2009].
20. Vázquez C, Crespo M, Ring JM. Estrategias de afrontamiento. Medición clínica en psiquiatría y psicología; 2003. Cap. 31, pp. 425-35. En: [http://www.psicosocial.net/index.php?option=com\\_docman&task=docclick&Itemid=52&bid=94&limitstart=0&limit=10](http://www.psicosocial.net/index.php?option=com_docman&task=docclick&Itemid=52&bid=94&limitstart=0&limit=10) [Fecha de consulta: junio de 2009].
21. Martínez A, Rodríguez A, Rodríguez C, Rodríguez A. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. Enferm Cardio 2005; (34) 15-21. En <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3401.pdf>. Consultado julio de 2008. [Fecha de consulta: junio de 2009].
22. González AL, Padilla A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México Univ. Psychol 2006; 5 (3): 501-509. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/456/313> [Fecha de consulta: junio de 2009].
23. Carroble JA, Remor E, Rodríguez-Alzamora L. Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. Psicothema 2003; 15 (3): 420-426. En: <http://www.psicothema.com/pdf/1082.pdf> [Fecha de consulta: julio de 2009].
24. Zavala M del R. Vázquez O, Whetsell MV. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Aquichan 2006; 6 (1): 8-21.
25. Lazcano M, Salazar BC. Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Aquichan 2007; 7 (1): 77-84.

## Anexo

**Grafico 1.** Capacidad de afrontamiento y adaptación por factores y global de los pacientes egresados de UCI



**Tabla 1.** Niveles de afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de UCI

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

Fuente: datos del estudio.

**Tabla 2.** Factor 1: Recursivo y centrado

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

Fuente: datos del estudio.

**Tabla 3.** Factor 2: Físico y enfocado

Ítems*	Nunca (%)	Rara Vez (%)	Algunas Veces (%)	Siempre (%)
Tengo dificultad para completar tareas o proyectos.	22,2	48,0	14,0	15,8
Solo puedo pensar en lo que me preocupa.	39,8	26,9	21,6	11,7
Encuentro la situación demasiado compleja, con más elementos de los que puedo manejar.	31,6	33,9	21,1	13,5
Parece que actúo con lentitud sin razón aparente.	31,6	33,9	21,1	13,5
Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo.	25,7	34,5	18,7	21,1
Tiendo a paralizarme y confundirme al menos por un tiempo.	31,0	32,7	17,5	18,7
Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema.	30,4	31,6	21,6	16,4
Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga.	31,6	31,0	17,5	19,9
Por alguna razón no parezco beneficiarme de mis experiencias pasadas.	26,9	27,5	24,6	21,1
Experimento cambios en la actividad física.	28,7	40,4	19,3	11,7
Trato de hacer frente a la crisis desde el principio.	39,8	31,6	13,5	14,6
Me doy cuenta que me estoy enfermando.	38,0	33,3	17,0	11,7
Me rindo fácilmente.	20,5	25,1	21,6	32,7
Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas.	41,5	30,4	12,9	15,2

\*Todos los ítems inversos.

**Tabla 4.** Factor 3: Proceso de alerta

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

\*Ítem Inverso.

**Tabla 5.** Factor 4: Procesamiento sistemático

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



**Tabla 6.** Factor 5: Conocer y relacionar

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