

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA CAPACIDAD DE
AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**

CLAUDIA MARCELA ALEMÁN PARRA



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
CHÍA
2015**

**EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA CAPACIDAD DE
AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN FAMILIARES DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**

CLAUDIA MARCELA ALEMÁN PARRA

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Magister en Enfermería**

**Directora
CARMEN HELENA RUIZ DE CÁRDENAS
Magister en Enfermería**



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
CHÍA
2015**

Nota de aceptación

Firma. Presidente del jurado

Firma Jurado

Firma Jurado

Bogotá, D. C., Febrero 19 de 2015.

DEDICATORIA

*A mi hija Laura Marcela por su amor, enseñanzas y apoyo incondicional
las cuales han sido las razones que me han mantenido firme y fuerte en los
momentos más difíciles.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su presencia en mi vida, a mi hija por su amor incondicional y a mi familia por su presencia permanente.

A la Profesora Carmen Helena Ruiz de Cárdenas por sus conocimientos brindados, su apoyo permanente y constante, su gran calidad humana que han sido motivo para continuar firme en esta investigación.

Al profesor Humberto Mayorga por sus enseñanzas y apoyo en la culminación de esta investigación.

A la Universidad de la Sabana y profesores quienes contribuyeron en mi proceso formativo e hicieron que con esta investigación se promueva la producción científica y mantener la excelencia académica de la universidad.

A la Fundación Clínica Shaio quienes me brindaron su apoyo incondicional para llevar acabo el desarrollo y ejecución de esta investigación con el fin de intervenir a un grupo de gran atención e interés social como lo son las familias de pacientes críticos.

RESUMEN

Objetivos General Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación en familiares de pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidado Intensivo. Específicos Describir la capacidad de afrontamiento y adaptación de familiares de pacientes hospitalizados en una UCI antes y después de la intervención educativa; Comparar la capacidad de afrontamiento antes y después de la intervención. **Metodología** Estudio de tipo Cuantitativo. Diseño Pre Experimental con un solo grupo y medición Pre test y Pos test. Población conformada por familiares de pacientes hospitalizados en la UCI de la Clínica Shaio durante el periodo de tiempo Diciembre a Marzo del 2014 **Resultados** La Escala de medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy clasifica a los cuidadores con un alto nivel de afrontamiento antes de la intervención educativa. Después de la intervención educativa todos los cuidadores mantuvieron y optimizaron el nivel alto de afrontamiento a los que obtuvieron puntajes inferiores a la intervención. **Conclusiones** Las familias tuvieron alta capacidad de afrontamiento antes de la intervención educativa, el nivel de capacidad de afrontamiento en algunos casos se mantuvo y en otros mejoró, se tradujo en el aumento del puntaje de CAP`S posterior a la intervención educativa. **Recomendaciones** Se recomienda continuar con el diseño de nuevas intervenciones educativas dirigidas a familias de pacientes en estado crítico que permitan evaluar su efectividad y que incluya a un equipo interdisciplinario ya que es un fenómeno multicausal.

Palabras Claves: Intervención educativa, Capacidad de afrontamiento y adaptación, Proceso Cognitivo, Familia, Unidad de cuidado intensivo

ABSTRACT

Objectives. General objective. To determine the effect of an educational intervention on the ability of coping and adaptation in relatives of patients hospitalized in an Intensive Care Unit (ICU). Specific Objectives. To describe the ability of coping and adaptation of relatives of patients hospitalized in an ICU before and after the educational intervention. To compare the ability of coping before and after the intervention. **Methodology.** Quantitative study. Pre-Experimental design with a single group and pre-test and post-test measurement. Population composed of family members of patients hospitalized in the ICU from the "Shaio" Clinic during the period of time from December up to March, 2014. **Results.** The scale for measuring the Roy's Coping and Adaptation Process classifies to caregivers with a high level of coping before the educational intervention. After the educational intervention all caregivers kept and optimized the high level of coping to those who got lower scores to the intervention. **Conclusions.** The families had a high capacity of coping before the educational

intervention, the ability level of coping in some cases was maintained and improved in other cases, and this resulted in an increase of the CAPS score after the educational intervention. **Recommendations.** It is recommend to continue with the design of new educational interventions aimed to families of critically ill patients to assess their effectiveness and to include an interdisciplinary team because this is a multi-causal phenomenon.

Keywords: Educational intervention, coping and adaptation ability, Cognitive Process, Family, intensive care unit.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	6
1. MARCO REFERENCIAL.....	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2 JUSTIFICACIÓN	22
1.2.1 Significancia disciplinar	22
1.2.2 Significancia teórica	23
1.2.3 Significancia social.....	23
1.3 OBJETIVOS	24
1.3.1 Objetivo general.....	24
1.3.2 Objetivos específicos	24
1.4 CONCEPTOS	25
1.4.1 Intervención educativa	25
1.4.2 Capacidad de afrontamiento y adaptación	25
1.4.3 La familia del paciente crítico	25
1.4.4 La unidad de cuidado intensivo.....	26
2. MARCO CONCEPTUAL	27
2.1 LA FAMILIA Y EL PROCESO DE AFRONTAMIENTO	27
2.2 LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA	29
2.2.1 Fases de la intervención educativa	30
2.2.2.1 El Tratamiento de la diversidad: Aprendizaje individualizado y personalizado.....	31
2.2.2.2 Aprendizaje constructivo significativo y funcional.....	31
2.2.2.3 El aprendizaje cooperativo y participativo	31
2.2.2.4 Aprendizaje globalizado-interdisciplinar	32
2.2.2.5 El desarrollo del auto concepto y la autoestima	32
2.3 LA PEDAGOGÍA CRÍTICA.....	32

2.3.1	Aprendizaje significativo.....	33
3.	MARCO TEÓRICO	34
3.1	CONCEPTOS CENTRALES DEL MODELO DE ROY	34
3.2	MODELO DEL PROCESO COGNITIVO DE LA INFORMACIÓN PARA EL SER HUMANO	38
3.3	TEORÍA DE MEDIANO RANGO DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN	40
3.4	CONCEPTOS GENERALES TEORÍA DE MEDIANO RANGO DE LA ADAPTACIÓN FAMILIAR	43
4.	MARCO METODOLÓGICO	45
4.1	TIPO DE ESTUDIO	45
4.2	TIPO DE DISEÑO	45
4.3	POBLACIÓN	45
4.3.1	Criterios de inclusión.....	45
4.3.2	Criterios de exclusión.....	46
4.4	MUESTRA.....	46
4.4.1	Determinación del tamaño de la muestra.....	46
4.4.2	Procedimiento de selección de la muestra.....	47
4.5	PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	47
4.6	INSTRUMENTO.....	48
4.6.1	Propiedades psicométricas del instrumento.....	48
5.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	50
6.	DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN	51
6.1	FASE 1. EXPLORACIÓN DE SABERES Y EXPERIENCIAS	51
6.2	FASE 2. CONFRONTACIÓN DE SABERES	53
6.3	FASE 3. RESIGNIFICACIÓN O TRANSFORMACIÓN DE REALIDADES	54
6.4	FASE 4. CIERRE DE LA INTERVENCIÓN.....	55
7.	PROCEDIMIENTO.....	57
8.	MARCO DE ANÁLISIS.....	58

8.1	INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	58
8.2	DESCRIPCIÓN	59
9.	DISCUSIÓN	66
10.	CONCLUSIONES	70
11.	RECOMENDACIONES.....	71
12.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	72
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
	ANEXOS.....	80

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Modelo de enfermería del Procesamiento Cognitivo de la Información	40
Grafica 2. Variables sociodemográficas	58
Grafica 3. Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de familiares hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo previa a la intervención	59
Grafica 4. Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Shaio posterior a la intervención	60
Grafico 5. Comparación de los niveles de afrontamiento Familiar antes y después de la intervención	61
Grafico 6. P-P Normal de Dif	61

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Prueba de muestras relacionadas	62
Cuadro 2. Prueba de rangos signados de Wilcoxon.....	62
Cuadro 3. Comportamiento del variable sexo con relación a la Capacidad de afrentamiento y a adaptación.....	63
Cuadro 4. Correlación de Spearman del incremento de la capacidad de afrentamiento con las variables	63

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy. Versión en español (ECAPS)	81
Anexo B. Consentimiento Informado	85
Anexo C. Formato Libreto Video Institucional.....	93

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Familia, es el principal grupo de apoyo en todo grupo social y en una situación de vulnerabilidad y riesgo en donde se ve fragmentada la estructura, como una situación de enfermedad en donde un miembro de la familia requiera hospitalización en una unidad de cuidado intensivo, es donde debe continuarse el apoyo emocional efectivo y crear estrategias para disminuir las situaciones de estrés, a su vez permitir la creación de espacios que dignifiquen la persona y su importancia en el rol que desempeñe.

La Hospitalización de un familiar en una UCI se da de forma aguda y repentina teniendo poco tiempo la familia para adaptarse frente a esta situación estresante; los familiares pueden sentirse desorganizados, desamparados y con dificultades para movilizarse emergiendo diferentes tipos de necesidades. (1)

Las respuestas humanas observadas en pacientes hospitalizados en la 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 del control de su entorno personal y familiar. (2) Una vez hospitalizado, la familia del paciente entra a ser parte de este proceso en el cual se empieza observar un grado de inestabilidad emocional y presencia de estrés. Al igual se observan en ella diversas necesidades, de información, proximidad hacia su familiar, comunicación, confianza, compañía, frustración, estrés, alteraciones en su estado de salud, incertidumbre, cansancio, miedo, ansiedad, culpa, cuidado y falta de apoyo. (3-7). Los familiares de los mismos requieren de un cuidado permanente y atención con calidad que les brinde la confianza y oportunidad de conocer y participar en el cuidado de sus familiares enfermos y de esta forma sentir que hacen parte importante en el proceso de evolución y recuperación del mismo.

Molter (1979) a través del cuestionario CCF-NI (Critical Care Family Need Inventory) identificó 45 necesidades dentro de las cuales la proximidad seguridad y esperanza fueron los de mayor puntaje e importancia. Estas necesidades descritas en múltiples estudios descriptivos exigen llevar a cabo el diseño de intervenciones a la familia de pacientes críticos que los conduzca a un proceso efectivo de afrontamiento y adaptación, disminuyendo de esta forma los niveles de ansiedad. Es así como las enfermeras son las personas idóneas para la creación y desarrollo de herramientas, instrumentos y estrategias que permitan disminuir o moderar estos niveles de estrés de las familias en la UCI. (8)

Para evaluar y responder a las necesidades de las familias, debe fortalecerse la capacidad de interactuar de manera positiva, aumentando la satisfacción en la atención de las mismas, promoviendo la confianza, de lo contrario puede resultar en la fragmentación de la relación familia y cuidadores y esto se logra con el desarrollo de habilidades y destrezas por parte del personal de Enfermería. (4)

Factores como el abordaje que se dé al paciente y familia de una manera holística, la relación de confianza establecida, los sentimientos de vulnerabilidad que emergen durante la estancia, y la necesidad de recibir formación en desarrollo de habilidades y manejo del duelo; al igual que la limitación en la información con las familias, contribuyen a que se dé una oportuna o inadecuada identificación de necesidades. (9)

Es importante destacar que para lograr identificar e intervenir de manera eficaz estas necesidades y comportamientos el personal de enfermería debe contar con cierto nivel de preparación y conocimiento en áreas específicas de la psicología que oriente el cuidado a las familias de pacientes en estado crítico.

Las Enfermeras desean establecer cuidados dirigidos a los familiares del paciente y para ellos es necesario completar su formación en aspectos psicológicos tales como el manejo del estrés emocional y habilidades y estrategias de afrontamiento y comunicación. (10)

Cuando ingresa la familia a la unidad de cuidado intensivo a visitar a su familiar se ve enfrentada a un mundo desconocido, rodeado de aparatos especiales, dispositivos complejos y personal que centra sus esfuerzos en la atención física del paciente, generándoles sentimientos de angustia, tristeza, miedo y ansiedad; guardando la esperanza que alguien les informe sobre la situación de salud del paciente.

En muchos de los casos se les mantiene al margen o la información que les brinda es reducida, no es clara y casi nula por que no se les brinda suficiente y oportuna información, por falta de tiempo o porque se encuentran ocupados el personal a cargo, enfermeros y médicos realizando otros procedimientos de cuidado inmediato ; terminan siendo ignorados hasta tal punto que vuelven a salir de allí frustrados, impotentes, enfermos y con desesperanza de no saber lo que está pasando refiriendo que estos espacios deberían ser más apropiados y de esta forma se sentirían mejor con la información brindada. (11)

Las UCI presentan no solo restricción física, también restricciones en normas y en políticas de horarios. Las visitas son reducidas, limitan el ingreso de la familia, el tiempo es corto, no se permite el ingreso a más de una persona, los niños no pueden ingresar, lo cual puede ser modificado por la actitud del personal que lo conforma, siendo este más flexible y más humano. (12)

La presencia de la familia contribuye a disminuir los niveles de ansiedad tal como lo refiere un estudio de la participación de la familia en la sala reanimación donde se favorece la autoconfianza y la percepción familiar facilitando los procedimientos. (13) Garayalde (2000) en su estudio sobre las creencias de las enfermeras con la visita abierta refiere que los efectos positivos sobre paciente y familia con respecto a la misma se corresponden con las actitudes que ellas adoptan y mayoritariamente están satisfechas con el sistema actual de visitas. (14)

A su vez la estructura tecnificada de la UCI dificulta la práctica de relaciones afectivas y emocionales, llevando a la familia a estar más aprehensiva y angustiada, creando la necesidad de acogimiento, solidaridad, seguridad y confort por parte del profesional de enfermería con su atención y apoyo social. “La familia se encuentra en crisis, por esta razón se necesita que el profesional de cuidado intensivo demuestre solidaridad como un valor imprescindible del cuidado, en sus relaciones cotidianas, esta aproximación permitirá conocer y valorizar más la historia de vida del ser humano creando un ambiente facilitador y articulándolo con el cuidado humano.” (15)

La Unidad de Cuidado Intensivo Adulto de la clínica de la Clínica Shaio, es una unidad cerrada conformada por 23 camas de las cuales 11 están asignadas para atender pacientes con patologías infecciosas y 12 para atención de patologías neurológicas, neuroquirúrgicas y otras especialidades. Cuenta con siete enfermeras profesionales especialistas en el área de cuidado intensivo y ocho enfermeras auxiliares con alta experiencias en el área. Como institución de cuarto nivel cuenta con alta tecnología para la atención clínica de los pacientes y recurso humano completo como médicos intensivistas, enfermeras, fisioterapeutas, nutricionistas, con rotación continua de residentes de medicina que cursan su especialidad de cuidado intensivo.

La estancia promedio de los pacientes en la unidad es de 6.0 días y una tasa de mortalidad del 11% para el mes de agosto del presente año, tomando como punto de referencia la suma de pacientes egresados en el mes sobre el tiempo de estancia en la unidad. Es importante destacar que se presentan casos individuales de estancias prolongadas que oscilan entre un mes y mes y medio en la unidad por la complejidad de su patología de base. (16)

Durante el momento de las visitas, la enfermera ve limitado su proceso de intervención con la familia del paciente, debido a que la realización de actividades inherentes a optimizar de forma oportuna y rápida la salud del paciente, la limita a detenerse en la valoración e identificación de necesidades y sentimientos de los familiares de los pacientes. Estos familiares se constituyen en sujetos de cuidado, que frente a la situación estresante que viven, desencadenan respuestas y mecanismos de afrontamiento que si son identificados de forma oportuna, facilitaría el desarrollo de estrategias de intervención y de esta forma contribuir en el proceso de recuperación de salud de su familiar enfermo.

De esta forma el proceso de humanización del cuidado en el ambiente clínico alcanza a la familia y los profesionales del área de cuidado intensivo aumentando la atención a los familiares que son parte fundamental en la perspectiva del cuidado. (15)

Diversos estudios aplicados a las familias de pacientes críticos coinciden con los estudios anteriormente mencionados en que los sentimientos manifestados con mayor incidencia por familiares de pacientes, son el estrés, la ansiedad, la desorganización, sentimientos de desamparo, confusión, frustración, depresión e incertidumbre, sensación de muerte inminente, impotencia, tristeza, incapacidad y necesidades básicas como la información, esperanza, proximidad, tranquilidad, necesidad de un espacio apropiado y tiempo de visitas más prolongado. (17,18,19)

Santana (2007) en su estudio sobre percepción de los familiares y personal sobre las necesidades de las familias reportó que los profesionales subestiman a las familias en factores externos como el ruido, la iluminación, comodidad, intimidad, la adecuación de la sala de espera y la información sobre los cuidados recibidos al igual que el personal pensaba que la información brindada era adecuada y suficiente. (20)

La vivencia de experimentar una situación estresante frente a la enfermedad de un ser querido origina una sensación de amenaza frente a una posible pérdida, Folkman y Lazarus (1986) refieren que frente a una situación estresante como es la enfermedad, se dan una serie de respuestas adaptativas que varían según los recursos de afrontamiento de cada persona, definidos como todos aquellos esfuerzos necesarios para dominar las demandas que desbordan al individuo, independientemente de su eficacia o de cual sea su valor intrínseco. (21)

Vásquez y Crespo (2003) refieren que cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie de estrategias en situaciones diversas y estilos de afrontamiento, ante la aparición de un suceso determinado el individuo realiza una serie de valoraciones sobre el mismo, una valoración primaria donde se valora si el hecho es positivo o negativo y una valoración secundaria en la que el objeto de análisis es la capacidad del organismo para afrontarlas. (21)

El Afrontamiento constituye por lo tanto un concepto centrado en la interacción del sujeto con el medio, en como hace frente a las demandas que el medio le efectúa de forma continuada ; la interacción no es una relación física, adquiere sentido desde la valoración que hace el sujeto a la demanda del medio, el modo en que se siente comprometido, de esta manera si el individuo identifica las situaciones que le generan estrés y busca los recursos necesarios para hacer frente a dicha situación, lograra más fácilmente el afrontamiento del problema. (22)

Cada individuo de acuerdo a sus habilidades y estrategias adquiridas durante el transcurso de la vida lleva a cabo el proceso de afrontamiento de diferente forma según las características y forma de presentación de los eventos.

Los procesos de afrontamiento se definen como las formas innatas o adquiridas de interactuar con (respondiendo o influenciando) los cambios ambientales. Los procesos de afrontamiento innatos están determinados genéticamente, los procesos adquiridos se desarrollan a través de estrategias como el aprendizaje. (23)

La Capacidad de afrontamiento es el resultado de la interacción entre las demandas sobre el individuo, los recursos personales disponibles y los recursos ambientales. Se ha considerado que una de las causas por la cual se genera un problema de afrontamiento es por una alteración en la estabilidad en la relación persona y ambiente, como sucede cuando las demandas superan los recursos disponibles o cuando los recursos de afrontamiento disminuyen progresivamente tratando de responder a las demandas. (23)

Por lo tanto la valoración que hace enfermería no solo debe estar limitada a la atención y satisfacción en necesidades físicas del paciente sino también a la atención del apoyo psicosocial y espiritual que lo rodea junto su familia. El propósito de la participación de enfermería en el cuidado consiste en asistir a los individuos y las familias, a prevenir y a enfrentar la experiencia de la enfermedad y del sufrimiento y a encontrar significados en esa experiencia mediante la relación enfermera-paciente. (24)

El afrontamiento personal, la creencia religiosa y el apoyo de familiares, amigos, personas desconocidas y del equipo de enfermería fueron descritos como elementos de ayuda para el afrontamiento de la experiencia de una enfermedad crítica y hospitalización en la UCI. La significancia del sufrimiento y de la enfermedad también “dependen de la capacidad para percibir la realidad y para aceptar las limitaciones de la condición humana y la naturaleza transitoria de la vida. (24)

La enfermedad golpea al enfermo y su familia y ante ella, la perspectiva cambia, la percepción del tiempo se altera y la consideración de lo que es prioritario importante o no varía totalmente. (25) De esta forma es importante tener presente que la enfermedad de cualquiera de los miembros de una familia altera de forma inmediata la forma de concebir el mundo, las rutinas, actividades, tareas, costumbres, reasignación de roles y la forma de percibir la vida y la muerte, de tal forma que la enfermera debe estar en capacidad de observar, conocer y comprender la situación por la que está pasando la familia del paciente enfermo a través del tiempo y la experiencia vivida y establecer intervenciones que abarquen no solo aliviar un mal físico sino también emocional.

Esto lo soporta estudios como el de Carretero (2006) quien refiere que las diversas alteraciones psicológicas en los familiares de este tipo de pacientes a lo largo del tratamiento y recuperación de la enfermedad crítica, llevan al planteamiento de la utilidad de una exploración inicial del estado psicológico de los familiares con el objetivo de detectar la existencia de síntomas, factores de vulnerabilidad que puedan predecir y que ayuden a desarrollar estrategias preventivas adecuadas, de igual forma fomentar proyectos y a partir de los resultados ofrecer elementos científicos para generar grupos de apoyo a los familiares para fomentar y respaldar la adaptación. (17)

Ledon y Agramonte (2007) refieren que el afrontamiento es de gran utilidad en el campo de la salud. Con él están relacionados múltiples categorías y procesos asociados a la estabilidad psíquica y al modo de individuos y grupos, evidenciándose en su investigación que el apoyo social de la familia fue la estrategia más referida por hombres y mujeres, red de apoyo más cercana y de más fácil acceso ejerciendo una función protectora y amortiguadora en situaciones estresantes, ejerciendo roles significativos como el afectivo, comunicación y el incentivo para realizar ajustes para el mejoramiento de la salud. (26)

Un Aspecto de gran importancia para enfermería es el conocimiento relacionado con los factores que influyen la salud y el potencial que tienen en los seres humanos, incluyendo el conocimiento biológico, físico y habilidades cognitivas, el conocimiento de factores ambientales, económicos y circunstanciales, sociales y los conocimientos de los cambios asociados al normal desarrollo, por esta razón la identificación y entendimiento del concepto de afrontamiento, sus factores asociados y sus resultados es fundamental para el desarrollo de intervenciones desde la disciplina. (27)

Roy (2009) define que la meta de enfermería es la promoción de la adaptación en cada uno de los cuatro modos, contribuyendo así a la salud, calidad de vida o morir con dignidad. La enfermera debe promover la adaptación en situaciones de salud y enfermedad, mejorar la interacción de los sistemas humanos con el medio ambiente y promover el mantenimiento de la salud. (28)

Es así como los cuidados de enfermería promueven la expansión de las habilidades adaptativas y contribuyen a mejorar sus interacciones con el ambiente. (23) De esta forma enfermería constituye el pilar fundamental en el proceso de afrontamiento desarrollando estrategias e intervenciones que conduzcan a un proceso de afrontamiento y adaptación efectiva.

Una Intervención significa hacer parte en un asunto, actuar de una forma determinada dentro de un proceso, realizar una serie de acciones dirigidas a transformar una problemática con el objetivo de corregirla, disminuirla o eliminarla. La intervención educativa es un proceso amplio y complejo surgido desde los docentes y sus trabajos donde se busca detectar problemáticas, explicarlas

causalmente y buscarles alternativas de cambio o transformación bajo una perspectiva innovadora. (29)

Los principios de la intervención educativa son el aprendizaje significativo y el enfoque globalizador, su diseño debe contemplar diferentes fases como un diagnóstico inicial, plan de acción, ejecución y evaluación. Se busca con las intervenciones sensibilizar y despertar el interés de las personas, lograr nuevos aprendizajes, repasar o aplicar nuevos conocimientos. (30)

El Diseño de una intervención favorece el desarrollo de nuevos conocimientos aplicables a la práctica de enfermería para dar respuesta a muchos fenómenos observables, como la capacidad de afrontamiento y adaptación de las familias de pacientes críticos, la comparación de la capacidad de afrontamiento antes y después de la intervención y para evaluar el efecto de la misma. Las Intervenciones se convierten entonces en un conjunto de estímulos contextuales (externos) planeados para alcanzar la adaptación de la persona en los diferentes modos que en conjunto responden al sentido holístico del ser humano. (31)

Diferentes investigaciones se realizaron con familias una vez se identificaron sus necesidades emergidas frente a la hospitalización de su familiar en una UCI, con el fin de brindar intervención como la de Chaboyer (2007) en donde la presencia de una enfermera como participe en el tránsito de la hospitalización del paciente a la UCI es de gran importancia y constituye una herramienta fundamental en la disminución del grado de ansiedad experimentado por la familia. (32)

La eficacia de proporcionar a las familias una intervención educativa basada en la identificación de necesidades, obteniendo después de la intervención una disminución marcada de los niveles de ansiedad y niveles altos de satisfacción familiar, contribuye de manera positiva, el nivel de adaptación. (33)

La Familia es un sistema social y el deterioro en uno de sus miembros altera el sistema. Las enfermeras comparten bastante tiempo con el paciente y la familia, por lo cual están en la capacidad de identificar e intervenir en las necesidades observadas, de esta forma al aplicar una intervención a las familias se observa que estas evaluaron satisfactoriamente al personal después de la intervención que antes de la realización de la misma, lo que deja ver la necesidad de trabajar a tiempo con las familias ya que ellas hacen parte fundamental de un cuidado holístico. (34)

Las Enfermeras al centrar su atención tempranamente en la identificación de necesidades básicas como el sueño, el hambre, el estado de salud, el estado emocional y la nutrición en las familias de pacientes críticos, les permite establecer un diagnóstico temprano y brindar posteriormente educación, diseñando herramientas y recursos que favorezcan cambios en el estilo y comportamiento,

reducción en las cargas que puede ayudar a las familias a prevenir la acumulación de factores de estrés. (35)

La atención a las familias se centra en el intercambio de experiencias, proporcionando grupos de apoyo y brindando métodos de afrontamiento donde ellos puedan expresar, compartir ideas con otras familias y fortalecer los mecanismos ya existentes; por otra parte las familias actúan como amortiguadores frente a la ansiedad experimentada por el paciente. Pero, si esta ansiedad rebota a la familia se da un estado de desequilibrio y niveles de adaptación muy bajos. (36) (37)

Diversas investigaciones desarrollaron protocolos y guías de atención a familiares, la herramienta es útil para dar seguridad al profesional, unificar criterios de actuación y satisfacer a las familias en sus necesidades, las cuales se sienten participes e implicados en el cuidado. El desarrollo de guías permite planificar, individualizar y calificar la efectividad del cuidado detectando problemas en las distintas etapas del proceso, dando intervención y evaluando la efectividad de las acciones. (38) (39)

De igual forma se han realizado investigaciones a grupo de pacientes aplicando el modelo de adaptación de Callista Roy, como el de Begoña y Panduro (2010) donde dejan ver que las intervenciones deben dirigirse hacia los aspectos valorados como más conflictivos, a la vez que se aumenta el afrontamiento potenciando las actitudes adaptativas y actuando sobre los factores moduladores. (40)

Oliveira (2002) evaluó el proceso de adaptación en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial, encontrando que, si se tiene conocimiento sobre la enfermedad, tratamiento y forma de cuidado, este viene a ser un estímulo para la adaptación, modificando estilos de vida y de esta forma aprender a afrontar la situación y adaptarse a ella. (41)

La Elaboración de instrumentos aplicables a la valoración de los niños en la UCI pediátrica valorando los cuatro modos de adaptación, permitió que se aplicara el proceso de enfermería en forma sistemática valoración, diagnóstico, metas y plan de cuidados para realizar intervenciones de acuerdo a lo que se ha identificado y evaluar posteriormente la efectividad de la intervención. (42)

La identificación, conocimiento e intervención oportuna de problemas de adaptación y afrontamiento en las situaciones de enfermedad crítica y el abordaje por parte de la familia con la utilización y aplicabilidad de los conceptos del modelo de Callista Roy, permite a la profesión hacer más operacionables el proceso de enfermería, comprendiendo sus elementos de tal forma que a través de la práctica profesional se identifiquen y se conozcan estos mecanismos de respuesta y se pueda intervenir con el fin de promover la adaptación y afrontamiento.

A su vez la aplicabilidad de la teoría de mediano rango de Roy en la disciplina de enfermería sobre la capacidad de afrontamiento y Adaptación se ha desarrollado en investigaciones en familias de pacientes críticos tales como el de Jiménez y Zapata (2010) donde aplicaron la escala de medición sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación de Roy encontrando que los familiares de estos pacientes críticos obtuvieron un alto nivel de adaptación y afrontamiento usando estrategias de afrontamiento para la solución de problemas. (43)

González (2007) Evaluó la eficacia de una intervención terapéutica diseñando un programa con enfoque cognitivo, utilizando un grupo de apoyo de soporte emocional interviniendo a pacientes con cardiopatía isquémica para medir y fortalecer la capacidad de afrontamiento cognitivo y adaptación. (44)

De igual forma se realizó un estudio metodológico realizado por Botero y Sarmiento en el 2011, que empleó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (Coping Adaptation Processing Scale, CAPS). El estudio tenía el objetivo de determinar la validez de constructo de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy en versión en español. Quedando este como un instrumento definitivo con pruebas de validez y confiabilidad para medir la capacidad de afrontamiento y adaptación de las personas. (45)

La mayoría de las investigaciones descritas anteriormente en el desarrollo de este trabajo están orientadas a identificar necesidades y estrategias de afrontamiento familiar de pacientes hospitalizados en la UCI, algunos diseñaron intervenciones para la familia y otras midieron la capacidad de afrontamiento familiar, pero se encontraron pocos estudios que determinaran cual es el efecto de una intervención educativa a las familias de pacientes hospitalizados en una UCI utilizando el modelo de adaptación Callista Roy y la Teoría de mediano rango sobre la capacidad de afrontamiento cognitivo y adaptación aplicando un antes y después de la intervención buscando comparar la efectividad de la intervención. Esto deja ver un vacío del conocimiento y un área por trabajar. De esta forma surge así la necesidad de realizar una investigación orientada a describir **¿Cuál es el efecto de una intervención educativa sobre la capacidad de afrontamiento cognitivo y adaptación de los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI?**

1.2 JUSTIFICACIÓN

1.2.1 Significancia disciplinar. El Desarrollo disciplinar está muy relacionado con el conocimiento. La profesión se desarrolla en la ciencia, llevando a cabo investigaciones y conociendo las nuevas políticas, patrones y conceptos de salud que incluyen a la enfermedad. (46)

Conocer los mecanismos de afrontamiento y adaptación de los familiares de pacientes en estado crítico hospitalizados e intervenir en la situación problema constituye un punto de gran interés en la práctica disciplinar ya que permite observar fenómenos en tiempo real facilitando el diagnóstico de necesidades o demandas que rodeen el proceso de enfermedad y fortaleciendo mecanismos ya existentes, establecer otras estrategias de afrontamiento, generando nuevo conocimiento para la disciplina y de esta forma optimizar el afrontamiento familiar. Martínez y Rodríguez (2005) en su investigación de afrontamiento frente al estrés refieren que la enfermera puede reconocer estas estrategias a través del diálogo con pacientes, la escucha activa y no permitir que se subvalore el estrés en ausencia de dolor. (47)

1.2.2 Significancia teórica. En la medida que se desarrollen más intervenciones enfocadas a mejorar la capacidad de afrontamiento y adaptación de las familias, se podrá realizar un análisis permanente, constante y riguroso de la efectividad de las mismas, de tal forma que contribuyan con el tiempo a garantizar en forma positiva el nivel de afrontamiento y adaptación de las familias en la UCI. Los resultados de esta investigación en la intervención a las familias como generadora de conocimientos nuevos, permitirá que las enfermeras puedan seleccionar para su cuidado intervenciones similares a esta, que optimicen y garanticen el proceso de afrontamiento y adaptación de la familia en la UCI.

Esta investigación que se realiza con familiares de pacientes hospitalizados en la UCI, se constituye en un aporte para el conocimiento de enfermería pues permite a la luz de la teoría de rango medio de la capacidad de afrontamiento, del Modelo de Adaptación de Callista Roy diseñar una intervención educativa que pueda producir un efecto de cambio en la capacidad de afrontamiento y adaptación de estas familias.

Una intervención justificada, analizada y medida ayudará en la enseñanza a desarrollar en el estudiante el análisis y pensamiento crítico, teniendo presente que la familia de los pacientes constituyen objeto de cuidado, que hacen parte de un sistema que busca mantener el equilibrio. Generando de esta forma conocimientos que faciliten procesos y respuestas. (48)

1.2.3 Significancia social. El resultado es la medición del efecto de la intervención, en los familiares de los pacientes, para demostrar los cambios que provoca, de ser estos cambios positivos la intervención será una herramienta de cuidado para la capacidad del proceso de Afrontamiento y Adaptación.

Con la aplicación de una intervención a las familias, se pretende garantizar una atención integral a través de un cuidado oportuno, seguro y eficaz que debe trascender la tecnología, brindando herramientas que permitan fortalecer los

diferentes mecanismos de afrontamiento y favorezca el desarrollo de nuevas estrategias que permitan enfrentar la situación estresante de manera más segura y efectiva, de esta forma se aspira llegar a tener una familia preparada para afrontar y asumir la hospitalización de su familiar de una manera adecuada.

En el aspecto social, los costos originados por la hospitalización en unidad de cuidado intensivo pueden ser directos o indirectos; los primeros derivados de la atención médica, en la cual se incluye la rehabilitación. Los indirectos no son generados directamente por la atención; entre ellos están la pérdida de días trabajados, el tiempo que la familia dedica a su paciente y todos aquéllos adicionales en que incurre la sociedad, actores que entran a contribuir en el nivel de afrontamiento y adaptación sino son atendidos a tiempo. (49)

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

La Intervención educativa es un estímulo contextual que aumenta los niveles de capacidad de afrontamiento y adaptación de familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general. Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación en familiares de pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidado Intensivo.

1.3.2 Objetivos específicos.

- Describir la capacidad de afrontamiento y adaptación de familiares de pacientes hospitalizados en una UCI antes de la aplicación de una intervención educativa.
- Describir la capacidad de afrontamiento y adaptación de familiares de pacientes hospitalizados en una UCI después antes de la aplicación de una intervención educativa.
- Comparar la capacidad de afrontamiento y adaptación de familiares de pacientes hospitalizados en una UCI antes y después de una intervención educativa.

1.4 CONCEPTOS

1.4.1 Intervención educativa. La intervención educativa es el elemento nuclear de todo proceso de enseñanza-aprendizaje. Cualquier intervención parte de una evaluación previa, a la que sigue un entrenamiento estratégico que finaliza con una evaluación final, útil para contrastar la eficacia de todo el procedimiento desarrollado. (50)

La Intervención educativa sigue un proceso o fases, todas ellas relacionadas con los resultados de esa intervención: análisis de las necesidades de intervención, diseño o planificación de proyectos y programas, Implementación o puesta en práctica, evaluación de la intervención e impacto. (51)

La Intervención educativa se define como una ciencia social cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de intervención, por tanto serían las comportamentales que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa o social), innovar esa intervención y optimizar recursos. (50)

1.4.2 Capacidad de afrontamiento y adaptación. Es la habilidad de las personas basado en sus patrones de responder a los cambios del ambiente usando sus estilos de afrontamiento y nuevas estrategias para adaptarse efectivamente a los cambios que están desafiando. (52)

Los problemas de afrontamiento surgen cuando se altera la estabilidad en la relación entre la persona y el ambiente, como sucede cuando las demandas superan los recursos disponibles, o cuando los recursos de afrontamiento disminuyen progresivamente tratando de responder a las demandas. (53)

1.4.3 La familia del paciente crítico. Para Efectos de esta investigación La Familia del paciente crítico constituye la base fundamental o estructura social a la que pertenece el paciente, siendo la familia parte de su entorno inmediato o indispensable en el que se encuentra inmerso, dónde ha creado lazos de interacción, afecto e intimidad.

La familia es la unidad social que al verse enfrentada a la hospitalización de uno de sus miembros en la unidad de cuidado intensivo, desencadena una serie de respuestas ante la situación de crisis vital manifestada por factores como angustia, ruptura, desamparo, soledad y temor dados por un ambiente desconocido y el miedo a la pérdida. A la que puede responder de forma positiva o negativa

dependiendo de los diferentes mecanismos de afrontamiento y adaptación utilizados. Para esta investigación la constituyen familiares adulto (hija, esposa o compañero permanente) con un grado de consanguinidad directa o grado de afinidad.

1.4.4 La unidad de cuidado intensivo. Entendemos por Unidad de Cuidado Intensivo aquellas unidades de Hospitalización individualizadas, dedicadas a la atención de pacientes graves, cuyas funciones vitales están real o potencialmente deteriorados y para mantenerlos con vida precisan de un tratamiento específico y /o un soporte mecánico. El nombre que reciben estas unidades varían según la cultura hospitalaria (UCI, UTI, UVI) o según a que patología predominante se dediquen (unidad coronaria, unidad de trasplante, unidad quirúrgica etc.). (54)

2. MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo se desarrollaran los conceptos principales que se incluyen en esta investigación.

2.1 LA FAMILIA Y EL PROCESO DE AFRONTAMIENTO

La Familia del paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos, se encuentra en una situación de ayuda que amerita la intervención urgente. La hospitalización de un ser querido en cualquier momento de la vida representa de entrada un daño en la familia como estructura social y núcleo fundamental de una sociedad, generando una situación de crisis en el paciente y su familia.

Los factores que inducen esta situación son: el estar lejos de la familia, el significado que tiene para la familia la hospitalización de uno de sus miembros, el pronóstico de la enfermedad, la falta de apoyo emocional por parte del personal de salud a la familia del paciente, ya que centra toda su atención en el enfermo, todos estos factores generan múltiples sentimientos y sensaciones estresantes.

Al encontrarse la familia inmersa en el escenario de la unidad de cuidado intensivo (UCI), experimenta miedo, aprehensión e inseguridad. Las características físicas y estructurales de las Unidades de Cuidados Intensivos difieren de otras áreas de hospitalización, ya que poseen aparatos sofisticados, rutinas diferenciadas y profesionales capacitados en el uso de técnicas invasivas para la recuperación y mantenimiento de la vida y es ahí donde se le debe brindar la información y el apoyo necesario a los familiares para que puedan disminuir la aparición de síntomas y sensaciones desagradables generadas por la hospitalización.

De esta forma al incluir a la familia en el proceso de plan de cuidados de enfermería se está dando cumplimiento a los objetivos del metaparadigma de enfermería en el cual la persona, ambiente, cuidado y salud constituyen la razón de ser en enfermería.

Dadas las características de la UCI (acceso restringido, elevado nivel tecnológico y ausencia de intervención familiar) el impacto que produce la incertidumbre por el desenlace del proceso de enfermedad, como el repentino alejamiento de uno de los miembros de la familia, pone en desequilibrio sus múltiples dimensiones físicas, sociales y psicológicas a las familias.

Arricivita y Verdasco (2002) en su investigación “Características de la organización de las visitas en la UCI” observaron que de manera frecuente la familia no es considerada como unidad de cuidado por parte de enfermería, estos deben

recurrir de forma permanente a los diferentes marcos de referencias existentes para recibir soporte. (55)

Por otra parte el excesivo trabajo que se desarrolla en estas unidades, la aplicación de tratamientos de alta tecnología, limita en forma importante el tiempo que debe brindársele a la familia, al igual que el trabajo desarrollado por las enfermeras es alto, demandando gran esfuerzo físico y psicológico, llevándolas a un gran nivel de estrés que compromete de manera progresiva el cuidado ofrecido a la paciente y su familia. Los factores asociados como la prioridad de salvar la vida a los pacientes, la complejidad de la enfermedad, el uso de aparatos especializados, llevan a un cuadro de deshumanización en los servicios en donde prima la salud del paciente, pero se deja a un lado o no se tiene en cuenta el bienestar y salud de la familia.

Beltrán (2008) en su investigación “La Práctica de Enfermería en UCI” describe que la preocupación de la enfermería debe estar relacionada con asistir a los pacientes y sus familias para enfrentar la enfermedad, el sufrimiento y el estrés que estas situaciones generan, a prevenir complicaciones, a reconocer tempranamente los signos de enfermedad, a participar en un tratamiento oportuno y a recupera la salud. (56)

Es así como la Enfermera debe estar en capacidad de identificar y detectar en las familias las necesidades y respuestas observadas que son resultado de algunos factores internos y externos a la persona como respuesta a un factor estresante. Estos contribuyen a fomentar en este núcleo familiar el desarrollo e implementación de mecanismos de afrontamiento inefectivos que van a afectar su bienestar. De esta forma la intervención oportuna por parte de enfermería contribuye a disminuir de alguna forma la aparición y control de estos mecanismos inadecuados y afrontar de una mejor forma el proceso de enfermedad de su familiar.

Beltrán (2010) refiere que la forma de afrontar la realidad y las situaciones difíciles involucra un aprendizaje personal, se puede decir que las personas afrontan cada situación de la manera como la hayan hecho en el pasado, como les haya funcionado para resolver las crisis anteriores. (24)

La participación del apoyo familiar como ayuda para el afrontamiento de una enfermedad, significa una motivación importante para estimular en el paciente el deseo de participar en el tratamiento y un motivo para recuperarse, el apoyo de la familia en el afrontamiento en el paciente es complementado por amigos y personas desconocidas con experiencias similares de enfermedad o con inclinación religiosa que se organizan para ofrecer ayuda, consuelo y motivación.

La utilización de diferentes formas de intervención por parte del personal de enfermería contribuirá de forma oportuna y efectiva al desarrollo y fortalecimiento de estrategias para potenciar de forma positiva el bienestar en la familia.

2.2 LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

La Intervención educativa se define como la interferencia que puede afectar los intereses de los demás. Esta definición capta correctamente la naturaleza política de la Intervención Social como un acto intrínsecamente político en la que los intereses de la gente se ven afectados positiva o negativamente siempre que tal intervención no sea insignificante. (57)

Se espera que una intervención educativa tenga efectos positivos sobre las personas en quienes se aplica, esto lo demuestra investigaciones como el de Broyles et al (2012) quien al intervenir a las familias a través de estrategias de comunicación aumentativa y alternativa, favorecen la comunicación con sus familiares enfermos, enseñándoles sistemas de ayuda como la expresión oral, gestos, códigos o sistemas gestuales y signos favoreciendo con esto la disminución de la ansiedad y estrés familiar. (58)

La programación de intervenciones donde la familia pueda ser informada a tiempo a través de comunicación estructurada telefónicamente o durante la vista, elaboración de guías y folletos, aumenta la satisfacción familiar y favorecen el confort en la UCI. (59)

La Intervención basada en la evidencia se centra en cinco conceptos básicos como la evaluación, planeación, participación, comunicación y apoyo (EPICS) como elementos fundamentales de intervención a la familia donde las acciones realizadas en cada uno de las fases contribuyen en su orden a disminuir el estrés, mejorar las habilidades de afrontamiento y la percepción de la atención de enfermería centrado en la familia. (60) (61)

Las características de la intervención están dadas por:

- Su carácter personal y socialmente significativa por quienes la reciben.
- Si la intervención es significativa, los consumidores de estos programas no son consumidores pasivos, sino que por ser constructores pasivos de estos significados se verán afectados o no por estos programas.
- Si los sujetos no son solo receptores e intervienen a su vez en el desarrollo del programa según les vaya afectando en sus intereses y preocupaciones es evidente que los efectos serán diversos y distintos. (62)

La Intervención educativa debe responder a la satisfacción de necesidades reales siendo un impulsor del dinamismo interno de las organizaciones sociales, porque el capital más importante lo constituyen sus actores que multiplican exponencialmente los esfuerzos, tomando en cuenta los aspectos relevantes que influyen en las prácticas cotidianas, la experiencia de los y las participantes, el reconocimiento de su contexto y las problemáticas a las que se enfrenta, para dar sentido a los diferentes cursos. (62)

Su influencia está dada por las ciencias humanas que a través del tiempo han logrado instituir conceptos, categorías y teorías propias en sus respectivos campos: La Psicología, ciencias políticas, Historia, pedagogía antropología, trabajo social, medicina y de la sociología a través de la cual la intervención logra identificar procesos, formas estructuras y funciones propias del contexto en que está inmersa la actividad del interventor. (62)

La Intervención educativa que se aplique a familiares de pacientes críticos debe estar enfocada a responder las diferentes necesidades dentro de un clima de confianza y motivación constante que permita que durante el tiempo de la intervención, los sujetos intervenidos logren verla como un proceso de construcción donde puedan interpretar los significados del proceso y puedan expresar posteriormente su grado de satisfacción y bienestar al pertenecer como persona o grupo seleccionado y poder definir al final del mismo cuales fueron los motivos y objetivos que dieron origen al planteamiento de la misma.

Para el desarrollo y ejecución de una intervención educativa efectiva y con significancia deben tenerse en cuenta una serie de fases que no debe perder el orden lógico para su aplicación.

2.2.1 Fases de la intervención educativa.

Fase de Contacto en la cual los profesionales se dan a conocer y conocen a la comunidad a quienes van aplicar la intervención estableciendo relaciones de confianza mutua, conocen los recursos (públicos y privados) para el bienestar social con el que cuenta la comunidad y se promueve la sensibilización de todos los actores que intervienen en la comunidad en torno a los objetivos definidos para la comunidad. (63)

Fase de Estudio y Análisis de Necesidades de la comunidad Conocer los fundamentos teóricos de la intervención y de las existencias de programas y recursos metodológicos que se han demostrado útiles en la satisfacción de las necesidades. De esta forma ayuda a los profesionales a tomar las decisiones de los objetivos y a seleccionar la intervención, conseguir implicar a quienes tienen que apoyar y poner en marcha el programa educativo y proporcionar criterios para

el seguimiento y evaluación de la funcionalidad del programa cuando se ponga en marcha. (63)

Fase de Planificación de la Intervención Diseño del Plan o programa en la cual se orientada a priorizar y satisfacer las necesidades de desarrollo detectadas en la comunidad. Se tiene en cuenta los destinatarios del programa, definir y enunciar claramente los objetivos y metas y establecer los contenidos de la intervención basados en principios de previsión, flexibilidad y globalidad. (63)

Fase de Evaluación Permite valorar la calidad de la intervención y de la situación de la comunidad en relación con la transformación y resolución de sus problemas y necesidades, a través de la evaluación se evalúa la eficacia del programa y las acciones a modificar, la funcionalidad o capacidad del programa para satisfacer las necesidades y la eficacia o valoración de los resultados en función del esfuerzo, tiempo y costo. (63)

2.2.2 Principios de la intervención educativa.

2.2.2.1 El Tratamiento de la diversidad: Aprendizaje individualizado y personalizado. Establecer una evaluación inicial que permite identificar que necesita cada persona para lograr los objetivos, sus intereses expectativas valores, de tal forma que se pueda diseñar respuestas más adecuadas, motivadoras y enriquecedoras, para esto será necesario ofertar estrategias metodológicas variadas, recursos, que permitan el aprendizaje en grupos o individual (63)

2.2.2.2 Aprendizaje constructivo significativo y funcional. Aprender significativamente es atribuir significado al material objeto de aprendizaje. De esta forma debe tenerse en cuenta las historias o aprendizaje previo, ofrecer conocimientos claros relevantes y que lo que se enseñe tenga un sentido funcional que se utilice para resolver problemas o acceder a nuevos aprendizajes.

La funcionalidad implica seleccionar objetivos teniendo en cuenta lo que es necesario para vivir trabajar y vivir como ciudadano. Que sean útiles de tal forma que se capacite para planificar y guiara la solución de problemas. El gran objetivo del aprendizaje supone una expresión máxima de funcionalidad de los aprendizajes. (63)

2.2.2.3 El aprendizaje cooperativo y participativo. Dar la oportunidad de participar en la intervención permite que las personas puedan crecer, formarse y desarrollar habilidades para su inserción en la vida activa. A través de esta participación entran en un proceso de evaluación inicial y grupal, estableciendo

metas, estrategias necesarias para el desarrollo de sus objetivos. Este proceso debe ir acompañado de compromiso personal. La participación no finaliza en la esfera de lo individual, se extiende a lo grupal. se refiere al grupo formativo de referencia, gestión socioeducativa, toma de decisiones tareas y responsabilidades. (63)

2.2.2.4 Aprendizaje globalizado-interdisciplinar. El aprendizaje debe brindarse de forma integrada e interrelacionada donde la funcionalidad se alcance, a través del trabajo, sobre los diferentes aspectos formativos. El planteamiento globalizador se concreta en los denominados proyectos integrados de aprendizaje, que permite establecer la resolución de problemas vinculados a la profesión elegida.

El Clima Educativo, elemento facilitador del crecimiento profesional supone el conjunto de características psicosociales, determinados por factores personales, funcionales y estructurales de la institución que confieren un peculiar estilo a la misma, concediendo la respuesta educativa. (63)

2.2.2.5 El desarrollo del auto concepto y la autoestima. La estrategia educativa abre las expectativas para el proceso de desarrollo personal, social y encamina la toma de decisiones con relación a su incorporación a la vida activa en sentido positivo y estimulante. La autoestima positiva permite asumir riesgos y aceptar responsabilidades, podrá sobrellevar las frustraciones y conflictos que la vida le depare a su propio desarrollo personal. (63)

Toda intervención educativa debe tener una estrategia pedagógica, la cual debe estar basada en la pedagogía crítica y el aprendizaje significativo.

2.3 LA PEDAGOGÍA CRÍTICA

La Pedagogía Crítica admite su carácter constructivo e integrador como ciencia de la educación, lo que le permite enriquecerse de teorías y prácticas de las demás ciencias de la educación, pero con una clara delimitación, está mediada por la teoría crítica de la sociedad, frente a la "pedagogía filosófica" tradicional, a los postulados de la epistemología positivista y su pedagogía empírica-conductual y los postulados de la epistemología interpretativa y su pedagogía constructivista. (64)

La Pedagogía Crítica entiende la educación como un proceso de negociación que facilita la comprensión de los significados de la realidad mediante la comunicación dialogada, Convertida en un proceso de permanente construcción de significados, apoyados en las experiencias personales. En este proceso se propicia la

autonomía, el auto fortalecimiento y el empoderamiento, mediante la reflexión, expresión de los saberes, actitudes y prácticas, con reglas de juego como: el respeto por los valores, la libertad, aceptación, actitud y escucha. (64)

La Pedagogía Crítica contempla los siguientes componentes:

- Exploración de saberes y experiencias donde se recupera la percepción subjetiva de las personas, es decir sus significados. En este proceso se propicia la autonomía, el auto fortalecimiento y el empoderamiento, mediante la reflexión, expresión de los saberes, actitudes y prácticas, con reglas de juego como: el respeto por los valores, la libertad, aceptación, actitud y escucha. (64)
- Confrontación de saberes, con un abordaje problematizador del contexto. En este componente se reconoce el conflicto como una fuente de saberes de disenso y de desacuerdos para construir consensos. (64)
- Resignificación o transformación de realidades. Este componente se verá reflejado en las acciones que los participantes propongan realizar una vez se hayan apropiado de los nuevos conocimientos. La resignificación, se puede explicar también como la transformación y visión de la realidad cambiante, donde se reconoce la capacidad transformadora de la acción educativa con una consecuente transformación entre la gente y su entorno. (64)

2.3.1 Aprendizaje significativo. David Ausubel (1963) planteo que el aprendizaje del alumno depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información, debe entenderse por “estructura cognitiva”, al conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización. (64)

Un aprendizaje es significativo cuando los contenidos son relacionados de modo no arbitrario y sustancial (no al pie de la letra) con lo que el aprendiz ya sabe. Por relación sustancial y no arbitraria se debe entender que las ideas se relacionan con algún aspecto existente específicamente relevante de la estructura cognoscitiva, como una imagen, un símbolo ya significativo, un concepto o una proposición. (64) Con el aprendizaje significativo los participantes establecen conexiones entre sus conocimientos previos y los nuevos; Si los participantes no se involucran de manera activa, no se produce el aprendizaje significativo. El aprendizaje es complejo puesto que exige realizar una serie de procesos y actividades mentales; de ahí la importancia de las estrategias y las actividades que se desarrollen para favorecerlo. (64)

3. MARCO TEÓRICO

La Aplicabilidad de un modelo en la práctica clínica permite fundamentar la práctica en el conocimiento disciplinar, como una estrategia para fortalecer la autonomía y mejorar la visibilidad del cuidado de enfermería (65).

Este capítulo tiene como propósitos:

- a- Describir conceptos generales del Modelo de Adaptación de Callista Roy.
- b- Describir el Modelo del Procesamiento Cognitivo de la Información.
- c- Describir la Teoría de Mediano Rango sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación.

3.1 CONCEPTOS CENTRALES DEL MODELO DE ROY

Persona. Las personas son el centro de las actividades de enfermería, Roy describe la persona en términos de un sistema holístico adaptativo. El término holístico se relaciona con la idea que las personas funcionan como un todo en una expresión unificada del comportamiento humano. Ellos son más que la suma de sus partes, es un sistema adaptativo porque tienen la capacidad de pensar y sentir arraigado en la conciencia y el sentido, por el que se adapta con eficacia a los cambios en el medio ambiente y a su vez cambiar el medio ambiente. (28)

El Proceso de enfermería descrito por Roy (1999) relaciona directamente la visión de los seres humanos como sistemas adaptativos, contempla seis etapas que incluyen: la valoración del comportamiento, valoración de estímulos, diagnóstico de enfermería, determinación de metas, Intervención y evaluación. A través de este proceso la enfermera valora los estímulos del nivel compensatorio o comprometido en la medida en que contribuyen con respuestas adaptativas o inefectivas. (66)

De esta forma en el ámbito hospitalario, la enfermera proporciona los medios para favorecer las respuestas adaptativas al manipular los estímulos ambientales estableciendo con el paciente metas conjuntas con él y el familiar cuidador, teniendo en cuenta que este participante es activo en la obtención de la respuesta deseada. (67)

Modos adaptativos. Los Comportamientos que resultan de los procesos de control pueden observarse en cuatro categorías o modos adaptativos desarrollados por Roy: el modo fisiológico, de auto concepto, función del rol e interdependencia que sirven de marco de referencia para la valoración. (68)

Los comportamientos tanto de individuos o grupos que resultan de la actividad del afrontamiento pueden verse observados en cuatro categorías.

Modo Físico Fisiológico. Categoría de comportamiento perteneciente a aspectos físicos (grupos) y fisiológicos (personas) de los sistemas humanos. Se relaciona con la forma en que los seres humanos como individuos interactúan como seres físicos con el ambiente. El modo fisiológico incluye los procesos físicos y químicos que envuelven las funciones y actividades de la vida de las personas.

El comportamiento en este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos y sistemas que componen el cuerpo humano. Incluye nueve componentes: Cinco necesidades básicas: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso y protección. Cuatro procesos que están involucrados en la adaptación fisiológica: Los sentidos, líquidos y electrolitos, equilibrio ácido básico y función endocrina. (68)

El modo físico describe la forma en que el grupo manifiesta la adaptación respecto a los recursos básicos disponibles para el funcionamiento del sistema, esos recursos incluyen los participantes del grupo, instalaciones físicas y recursos fiscales. (68)

Modo de auto concepto. El Auto concepto se define como la composición de creencias y sentimientos que una persona tiene acerca de sí mismo en un momento dado. Está formada por las percepciones internas y reacciones de los otros. Los componentes son el yo físico, el yo personal, el yo ideal, el yo moral, ético y espiritual. La necesidad básica que subyace es la integridad psíquica y espiritual, la necesidad de saber quién soy, puede ser o existir con un sentido de unidad. El modo de identidad de Grupo refleja cómo las personas en grupo perciben con base en sí mismos la respuesta del ambiente. Comprende las relaciones interpersonales, autoimagen, medio social y cultura. (68)

Modo de función de rol. Categoría de comportamiento que pertenece al rol en los sistemas humanos. Se enfoca en los roles que el individuo o grupo ocupa en la sociedad. Un rol como unidad de funcionamiento de la sociedad se define como las expectativas acerca de cómo se comporta una persona que ocupa una posición frente a otra que ocupa otra posición. La necesidad básica es la integridad social. (68)

El rol dentro de un grupo representa las formas de lograr los objetivos dentro de un grupo. Incluye las funciones de trabajadores y funcionarios, la gestión de la información, sistema de toma de decisiones y el mantenimiento del orden. La necesidad básica es la claridad del rol y la necesidad de comprender y comprometerse a cumplir con la tarea propuesta para que el grupo pueda obtener objetivos comunes. (68)

Modo de Interdependencia. La categoría de comportamiento que pertenece a las relaciones interdependientes de los individuos y grupo. Las relaciones de interdependencia involucran a la voluntad y capacidad de dar a los demás y aceptar de ellos todo lo que uno tiene para ofrecer. Para el individuo el modo se enfoca en las interacciones relacionadas con dar y recibir amor, respeto y valoración. (68)

La Aplicación del Modelo de Adaptación de Roy con los modos adaptativos se ha desarrollado en diferentes investigaciones en pacientes con enfermedad crónica, donde se destaca que esta población tiene de forma común problemas de adaptación, con necesidades identificadas como las más importantes dentro del modo fisiológico, la nutrición, la protección y el modo de auto concepto y cambios psicosociales cuando se enfrentan a situaciones en el cambio de vida y de su cuerpo, pero la intervención oportuna brindando mayor información sobre la situación y ofreciendo herramientas para afrontarla, permite que se adapten de una forma más fácil a la situación. (69) (70)

Es necesario que la Enfermera establezca sus propias intervenciones a partir del comportamiento y estímulos específicos que se identifiquen en el paciente a través del proceso de cuidado. La intervención constituye según Roy (1999) un estímulo tanto externo del ambiente como interno del individuo que altera los modos adaptativos y que puede influenciar en la forma como responde a los estímulos. (23)

El adulto mayor puede compensar su cuadro de enfermedad crónica si existen las condiciones necesarias para que pueda responder positivamente con medidas de autocontrol adecuadas para lograr la adaptación a su situación de salud y evitar o retrasar la discapacidad o complicaciones en el organismo por esta causa. (71)(72)(73)

La Aplicación del modelo de adaptación de Roy a la población pediátrica ha permitido el diseño de instrumentos que abordan los modos de adaptación en la valoración física del niño, mostrando la integración del contexto psicosocial y fisiológico del niño permitiendo desarrollar el proceso de enfermería para llegar a una mejor aproximación de la problemática y llegar de esta manera a la promoción y adaptación del niño y su familia. (74)

La Adaptación psicosocial de madres de niños con alteraciones neurológicas dependerá en gran forma de la información brindada en forma temprana sobre la enfermedad, sus cuidados y las redes de apoyo oportunas, disminuyendo los niveles de ansiedad con el desarrollo de intervenciones oportunas, por parte de enfermería, que fortalezca los modos de adaptación en las personas. (75)(76)

Ambiente. Incluye todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y comportamiento de las personas y grupos como sistemas

adaptativos, con especial consideración de los recursos de la persona y de la tierra incluyendo el estímulo focal, residual y contextual. El sistema humano tiene la habilidad de realizar nuevas respuestas a estas condiciones cambiantes, en la medida que el ambiente cambia, las personas tienen continuamente la oportunidad de crecer, desarrollarse y transformar el significado de la vida para cada uno. (28)

Roy (1976) describe que el hombre interactúa con un entorno en constante cambio, con ciertos mecanismos innatos y adquiridos para hacer frente a la evolución. (77)

Estímulos. Los estímulos son definidos como aquello que provoca una respuesta interna o externa e incluye todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean o afectan el desarrollo y comportamiento del sistema adaptativo. El punto de interacción del sistema humano con el ambiente (28)

Estos estímulos son tres:

Estímulo focal: Estímulo externo o interno que se encuentra más inmediato a la conciencia del individuo y de los grupos, el objeto o evento más presente en la conciencia. Con el ambiente en constante cambio, muchos estímulos nunca se vuelven focales, es decir que nunca comanda la atención de los sistemas humanos. (28)

Estímulo contextual: Estímulo que está presente en la situación y que contribuye al efecto del estímulo focal, son todos los factores ambientales presentes en el sistema humano que no constituyen el centro de atención o energía, estos factores pueden influenciar la forma como el sistema humano puede enfrentar los estímulos focales. (28)

Las intervenciones de enfermería están encaminadas al manejo de los estímulos que ocasionan los problemas adaptativos de las personas, como la de la estimulación multisensorial en el recién nacido pre término en donde la intervención es un estímulo contextual que favorece el afrontamiento del recién nacido al medio que lo rodea como lo es la UCI neonatal y contribuye a la adaptación. (48)

Estímulo Residual: Son factores ambientales dentro o fuera de los sistemas humanos, cuyos efectos no son claros en la situación actual. Estos pueden no ser conscientes de su influencia o puede no ser claro para el observador que tiene un efecto. (28)

Salud. Es un estado y un proceso de ser y convertirse en un ser humano, integrado y total. Refleja la mutualidad entre la persona y el ambiente. La falta de

integración representa la falta de salud. Es un reflejo de adaptación, es decir la interrelación de la persona y su entorno. (28)

Enfermería. Roy define la meta de enfermería como la promoción de la adaptación en cada uno de los cuatro modos, contribuyendo así con la salud, la calidad de vida o morir con dignidad. Esta es promover la adaptación en situaciones de salud y enfermedad para mejorar la interacción de los sistemas humanos con el medio ambiente, promoviendo así la salud. La enfermera tiene como objetivo mejorar la relación del sistema a través de la aceptación, la protección y el fomento de la interdependencia y de promover las transformaciones personales y ambientales. (28)

La Enfermera en la práctica promueve la adaptación para individuos y grupos evaluando los factores que influyen en las habilidades de adaptación e intervenir para ayudar a manejar el medio ambiente y mejorar los procesos de afrontamiento. (52)

3.2 MODELO DEL PROCESO COGNITIVO DE LA INFORMACIÓN PARA EL SER HUMANO

El procesamiento de la información es el principal recurso para los individuos y grupos. Tiene como principio básico el integrado funcionamiento neuronal. El principio de funcionamiento neuronal integrado se ve reflejado cuando el individuo selecciona los estímulos importantes de entre todos los estímulos presentes, los pasa a los canales de estos estímulos y de allí a los centros cerebrales para generar una respuesta apropiada. (78)

La gran integración de los procesos cognitivos que emergen hace posible que una experiencia del pasado se conecte con una del presente y relacionar ambos pasado y presente al futuro. De esta forma el proceso cognitivo es de gran importancia ya que este guía los eventos de la vida y en el modelo de adaptación el subsistema cognitivo es esencial para entender y relacionar la adaptación del individuo. (78)

Roy (1988,2001) desarrolló el modelo de enfermería del proceso cognitivo de (la información. Este modelo describe desde el conocimiento en las neurociencias y desde la observación la práctica de enfermería. (78)

El Modelo de enfermería del procesamiento cognitivo Roy incluye los niveles jerárquicos del proceso cognitivo de la información; **nivel de entrada** que incluye los procesos de atención, sensación y percepción; **nivel central** los procesos de codificación y formación de conceptos, memoria y lenguaje y el **nivel de salida** los procesos de planeación y respuesta motora. Estos procesos están involucrados en

el campo de la conciencia y son afectados por la experiencia sensorial inmediata, también conocida como estímulo focal, y por la experiencia y la educación, las cuáles son consideradas como estímulos contextual y residual. Los tres niveles del procesamiento cognitivo proveen una jerarquía para visualizar el afrontamiento (78)

Este procesamiento de la información se da en tres etapas secuenciales, las cuales están relacionadas entre sí:

Entradas: esta etapa involucra los procesos de alerta, atención y percepción. El estado de alerta y la atención procesa la información en una forma automática o controlada, de tal forma que las experiencias sensoriales se transforman en una percepción o representación mental que se relaciona con la experiencia y el conocimiento del mundo que tiene la persona y dirigen los mecanismos de percepción hacia el estímulo en el campo de la conciencia. (78)

Procesos Centrales: los Estímulos percibidos son procesados mediante la codificación y formación de conceptos, memoria y lenguaje. La principal habilidad del cerebro es almacenar la información, codificando representaciones de la experiencia, lo cual le permite correlacionar, analizar e interpretar las sensaciones para poder afrontar en forma efectiva el ambiente Es dinámico porque depende de la interacción entre el individuo y el entorno, (78)

Salidas: planeación y respuesta motora. Los seres humanos actúan de acuerdo con la interpretación que hacen del ambiente y con base en ella formulan unas metas y unas etapas para cumplirlas. Los comportamientos se expresan a través de las respuestas motoras en los cuatro modos de adaptación. (78)

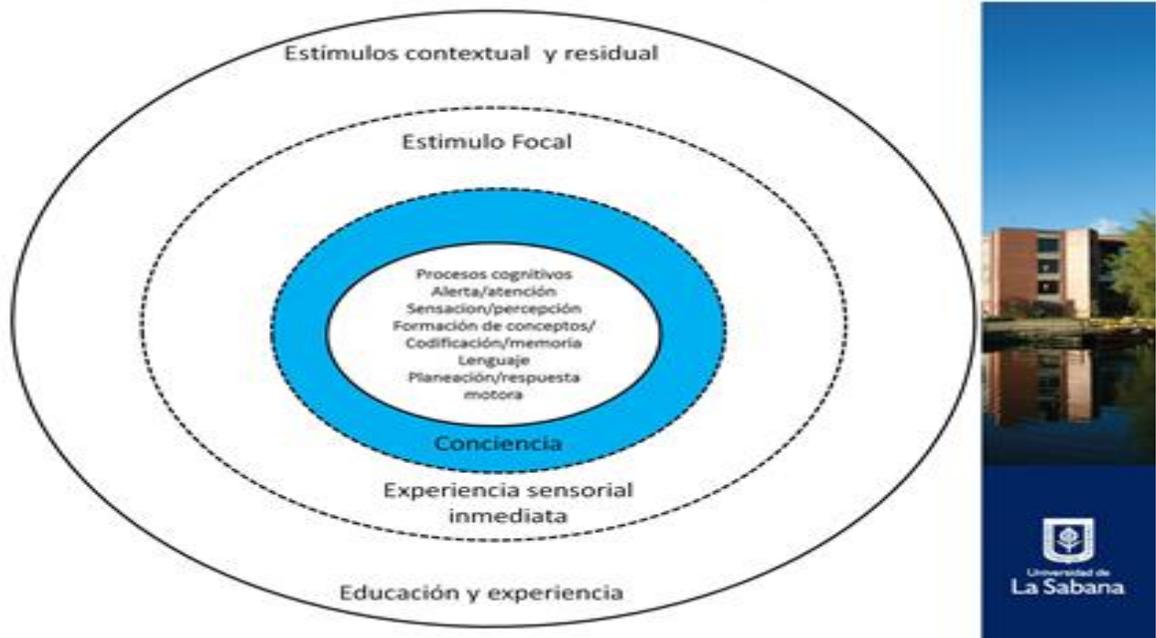
En su modelo, Roy relaciona estas etapas con el estímulo focal, el cual adquiere un significado especial a la luz de los estímulos contextuales y residuales relacionados con la experiencia y la educación. Cuando hay problemas, el modelo de procesamiento de la información es fundamental, con base en éste la persona construye nuevos conocimientos a través de los recuerdos y las experiencias nuevas, lo cual le permite desarrollar nuevas capacidades o destrezas para la solución de los mismos. (79)

El modelo muestra que los procesos cognitivos básicos se producen dentro de un campo de la conciencia. El ambiente para el proceso cognitivo incluyen estímulos focales como de serie y entrada, contextual y residual Las líneas discontinuas indican la permeabilidad entre los campos de estímulos. (78)

En el desarrollo del sistema cognitivo de un niño debe tenerse en cuenta que para que un preescolar logre la adaptación es necesario un proceso dinámico que permita ajustar el organismo a su medio (regular los comportamientos en función del entorno), a través de mecanismos de *asimilación* (personalización de las

influencias externas) y *acomodación* (reorganización de las propias estructuras internas con base en la asimilación), con el objetivo de conseguir la homeostasis (armonía, equilibrio, sintonía) en su crecimiento y desarrollo; para ello son necesarios los mecanismos de afrontamiento y debe tenerse en cuenta que la capacidad de adaptación depende de las características naturales, apoyo social y afrontamiento familiar. (80)

Gráfica 1. Modelo de enfermería del Procesamiento Cognitivo de la Información.



Fuente: Hanna DR, Roy C. Roy Adaptation Model and perspectives on the Family. *Nursing Science Quarterly*. 2001; 14(1): 9-13.

Es así como Callista Roy desarrolla la teoría del procesamiento de afrontamiento y adaptación donde analiza la importancia del subsistema cognitivo de la información a través del cual el ser humano da respuesta a variedad de estímulos que se encuentran en el ambiente.

3.3 TEORÍA DE MEDIANO RANGO DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN

La Teoría de la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación fue desarrollada por Roy (2004), donde define el "Proceso de Afrontamiento y Adaptación" y describe las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios ambientales, de esta manera crear una integración humana y ambiental". (81)

El Enfoque donde se considera la persona como un ser holístico y multidimensional, hace referencia a que la persona responde como un sistema adaptativo total, pero en vías que reflejan múltiples aspectos fisiológicos y psicosociales. Al mismo tiempo utiliza un enfoque del procesamiento de la información que proporciona una jerarquía de comportamientos y estrategias utilizadas en el afrontamiento. Los procesos cognitivos y emocionales están integrados de acuerdo a como las personas responden a los eventos cambiantes usando un rango de estrategias para el procesamiento de la información. (53)

Esta teoría conceptualiza y define dos conceptos fundamentales:

Proceso de Afrontamiento y Adaptación: que es multidimensional en representación de los modos adaptativos físico y psicosocial y es jerárquico porque abarca los niveles de entrada, central y salida del procesamiento cognitivo. El proceso de afrontamiento es definido como los patrones innatas y adquiridas de las formas de manejar y responde al ambiente cambiante en las situaciones de la vida diaria y los periodos críticos mediante comportamientos directamente enfocados al alcanzar el dominio, supervivencia, crecimiento y trascendencia. (28)

El proceso de afrontamiento se lleva a través de dos subsistemas.

El Subsistema regulador responde a través de los canales de afrontamiento neuronal, químico y endocrino. La información se canaliza de forma adecuada generando una respuesta automática e inconsciente. Los estímulos ambientales actúan como entradas al sistema nervioso y afectan el equilibrio hidroelectrolítico, el equilibrio ácido básico y el sistema endocrino. (28)

El Subsistema cognitivo responde a través de cuatro canales cognitivo emocionales: perceptual y procesos de información, aprendizaje, juicio y emoción. (28)

Los procesos innatos están determinados por el subsistema cognitivo y gracias al procesamiento de la información la persona interactúa y otorga un significado a los estímulos ambientales externos e internos. Los procesos adquiridos se desarrollan a través de estrategias como el aprendizaje, donde las experiencias a lo largo de la vida contribuyen a responder de forma habitual a un estímulo particular del entorno. (28)

A partir de estos dos subsistemas el individuo interpreta en forma particular los estímulos generando un estilo para afrontar la situación y unas estrategias, que pueden ser adaptativas o inefectivas, que se manifiestan en los cuatro modos de adaptación. (28)

Capacidad de Afrontamiento y Proceso de Adaptación: Habilidad de la persona basada en sus patrones para responder a los cambios del ambiente, en donde usa sus estilos de afrontamiento y estrategias adaptación para adaptarse efectivamente a los cambios que son un reto. (52)

Las Estrategias de Afrontamiento las define Roy como los comportamientos mediante el cual se lleva a cabo el proceso de adaptación y la adaptación se define como el proceso y resultado por el que piensan y sienten las personas como individuos o grupos utilizando la conciencia y la elección para la creación humana y la integración ambiental. La meta de la adaptación es la supervivencia, el crecimiento, la reproducción y la transformación humana y ambiental. (52)

Las personas utilizan tres tipos de estrategias de afrontamiento (comportamentales, afectivas y cognitivas), e intentan mantener el control de las situaciones percibidas como difíciles mediante la utilización de respuestas racionales, que permiten dar solución a la situación. (23)

Diferentes investigaciones abordan el concepto de capacidad de afrontamiento y adaptación de Roy dejando ver que la percepción de las personas como sistemas adaptativos debe ser vistos como un todo integral en sus cuatro modos adaptativos, tal es el caso de un estudio aplicado a pacientes con enfermedades crónicas como la anemia falciforme, en donde se reporta que la obtención de mayor información y conocimiento que ellos tengan sobre su enfermedad para saber qué y cuanto esperar, así como el diagnóstico a tiempo de los estímulos y comportamientos ineficaces observados por los cuidadores contribuyen a favorecer el afrontamiento y la adaptación de los pacientes. (82)

Las diferentes expresiones y sensaciones generadas en la familia por una situación de enfermedad como lo es el cáncer de en uno de sus integrantes lleva a la utilización de mecanismos de afrontamiento que permitan sobrellevar la situación o no, y es aquí donde la enfermera debe involucrar a la familia en el tratamiento y manejo para con el fin de minimizar sentimientos negativos previstos por la enfermedad. (83)

Fortalecer los mecanismos de afrontamiento a través de intervenciones a las personas conduce al afrontamiento y la adaptación en todos los sucesos de la vida. La fortaleza relacionada con la salud y el bienestar espiritual se clasifican como estímulos contextuales positivos. La presencia de la fortaleza relacionada con la salud es una característica significativa que contribuye al bienestar y a la adaptación ciertas fases avanzadas de la vida. De esta forma Promover el bienestar espiritual puede ayudar a afrontar el cambio físico y psicosocial, niveles bajos de estrés y niveles altos de espiritualidad conduce a lograr la adaptación y estilos de vida favorables. (84)(85)(86)(87).

La Teoría de mediano rango de la capacidad de afrontamiento y adaptación de Roy se ha aplicado en estudios como el de Jiménez y Zapata (2011) donde se midió la capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes hospitalizados en la UCI con resultados efectivos logrando una alta capacidad de afrontamiento y adaptación y utilización de estrategias dirigidas a la solución de problemas, planear actividades y objetivos que contribuyan a la solución de los mismos. La identificación de mecanismos de afrontamiento permite fortalecer los mecanismos ya existentes y sugerir otras que contribuyan a la adaptación. (43)

Flórez et al, (2011) reportan en su investigación de la medición de capacidad de afrontamiento en pacientes que egresaron de la unidad de cuidado intensivo, un estilo de afrontamiento activo con uso de estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales, de esta forma la aplicabilidad del modelo permite a las enfermeras identificar en los pacientes estrategias adecuadas o inefectivas y de esta forma orientar el cuidado. (2)

González (2008) con la aplicación de un programa educativo con enfoque cognitivo para fortalecer y mantener la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con cardiopatía isquémica, midió el nivel de afrontamiento con la finalidad de utilizarla como herramienta para profundizar en el abordaje de intervenciones a los pacientes y sus familias. (44)

Es importante comprender que para lograr brindar intervenciones de enfermería efectivas, donde se mantenga una relación interpersonal con el paciente y familia, centrándose en su crecimiento personal, deben mantenerse principios fundamentados básicamente en que la enfermera sea capaz de entender su propio comportamiento para ayudar a otros a identificar sus dificultades y aplicar los principios de relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia. De esta forma el objetivo de la enfermera es trabajar por fortalecer y trabajar en potenciar desarrollo de la personalidad del individuo en diferentes fases desde la orientación hasta la resolución de los mismos.

3.4 CONCEPTOS GENERALES TEORÍA DE MEDIANO RANGO DE LA ADAPTACIÓN FAMILIAR

El Desarrollo de la Teoría de rango medio de la capacidad de afrontamiento y adaptación Familiar de Roy enfocada a grupos se ha trabajado y ampliado a diversos grupos de investigación y áreas de interés social como es la Familia y el proceso de adaptación. Los estudios utilizaron como marco conceptual el Modelo de Adaptación de Roy y sus conceptos permitieron generar una teoría de mediano rango adaptada a la familia. (88)

Niska et al. (1997) en su investigación de padres primerizos reportaron que cuando los proveedores de cuidado utilizan la escucha, el aprecio y acogida, las

familias expresan sus inquietudes más fácilmente y participan más activamente en la solución de los problemas. A si mismo exploraron el significado de la salud familiar encontrando que la paternidad conjunta era un concepto clave para tener una familia saludable que incluye una integración física, interacción emocional, social y espiritual para la unidad familiar. (89)

Ciambelli (1996) utilizó el Modelo de Adaptación de Roy como marco conceptual, para determinar cómo las familias hicieron frente al problema de infertilidad. Los resultados indicaron el uso de estrategias de afrontamiento y el nivel de efectividad se correlacionó con los niveles de exigencia física, la autoestima, funcionamiento de casa y trabajo social. De igual forma el estudio reporto que los hombres enfrentaban de manera más optimista el proceso que las mujeres. (90)

Zbegner (2003) aunque no abordo directamente la familia, su estudio lo baso en la infertilidad como problema familiar y su resolución, encontrando que la infertilidad es un estímulo focal, que afecta la parte emocional de la pareja, en especial al a mujer, haciendo énfasis en sus estudio en la importancia de la comunicación en la pareja y la satisfacción marital como una contribución a la efectividad de las estrategias de afrontamiento en la mujer. (91)

Kruszewski (1999) desarrollo una teoría de adaptación psicosocial cuando se termina el embarazo por anomalías fetales, describiendo los factores de estrés y afrontamiento de los padres e identificando semejanzas y diferencias entre madres y padres. Identificó como estímulos focales la responsabilidad por el bienestar del recién nacido, así como el pesar y la pérdida del hijo esperado. Algunos estímulos contextuales incluyeron el género, pensamiento social relacionado con el aborto y la discapacidad. Los principales procesos de afrontamiento fueron la toma de decisiones, reconstrucción del significado, desplazamiento de la culpa y traslado la atención a otros eventos. (92)

La relación entre diversos estudios, incluidos los estudios mencionados generó una teoría de rango medio de adaptación familiar en la que se relacionó los conceptos más utilizados en los estudios con el proceso de afrontamiento y los resultados o comportamientos más observados. A su vez se reportaron las principales proposiciones o afirmaciones que dejo la relación entre los diferentes estudios revisados.

La Teoría de mediano rango de la adaptación familiar de Roy permite identificar diversa estrategias de afrontamiento para el manejo de grupos que son eficaces para la adaptación familiar. De esta forma el conocimiento de los diversos estudios realizados en familia con la teoría de mediano rango permite establecer que las familias quieren atención en salud para proveer intervenciones que conecten a la comunidad de una manera significativa facilitando el dialogo, la escucha y atención permanente a la familia para determinar que necesitan y quieren y que tipos de conexiones con la comunidad son más aceptadas. (88)

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Investigación cuantitativa

4.2 TIPO DE DISEÑO

Pre experimental con un solo grupo y medición pre Test – post test. En este tipo de estudio se tomó un grupo de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI, en el cual no hubo grupo control que lo comparara y se efectuó una medición de la capacidad de afrontamiento y adaptación a familiares de pacientes hospitalizados en la UCI con la aplicación de la Escala de medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAP`S) de Roy. Se realizó una intervención educativa con una medición antes y después de la intervención para evaluar su efecto.

En este tipo de diseño el investigador se encuentra frente a un grupo de personas a las cuales ya se les dio a conocer un programa (estímulo). Se tiene el grupo experimental en el cual se ha manipulado la variable dependiente (capacidad de afrontamiento y adaptación), pero no se cumple con las otras exigencias del procedimiento experimental, no se posee un grupo control, pero si puede tener una medición antes y después. (93)

4.3 POBLACIÓN

La población de este estudio estuvo conformada por los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de la Fundación Clínica Shaio durante el periodo de tiempo, comprendido entre Diciembre del 2013 a Marzo del 2014 que cumplieron los siguientes criterios de inclusión.

4.3.1 Criterios de inclusión. Familiares del paciente adulto hija(o), esposa(o), hermana (o) o compañera(o) permanente) con un grado de consanguinidad directa o grado de afinidad, vinculo especial y Responsabilidad.

La conformación del vínculo es un proceso dependiente de la temporalidad y del tipo de relación que se tenga, La relación se caracteriza por tener permanencia en el tiempo, es decir ser duradero, tener presencia de acciones mutuas y un contrato de elementos duraderos de los dos participantes, existe interdependencia, es decir mutualidad y reciprocidad, conformando de esta forma una Diada. (94)

4.3.2 Criterios de exclusión.

- No tener ningún familiar a cargo.
- Familiares del paciente adulto con antecedentes psiquiátricos o enfermedad Neurológica.

4.4 MUESTRA

La muestra estuvo confirmada por 50 familiares hija (o), esposa(o), madre, padre, hermana(o) o compañera(o) permanente de pacientes adultos hospitalizados en la UCI de una clínica privada durante el periodo de tiempo establecido entre Diciembre 2013 a Marzo del 2014 elegidos previamente durante la hora de la visita.

Criterios de selección de la muestra:

- Se realizó la selección del familiar directo, que previo a una entrevista informó ser el cuidador principal y responsable del paciente.
- La selección del familiar se realizó en el momento del ingreso y del paciente a la UCI
- Se realizó la selección del Familiar que permanecía la mayor parte del tiempo con el paciente, que mantenía una relación duradera en el tiempo y es quien asumía la responsabilidad del cuidado y participaba en la toma de decisiones.
- En la situación donde existía más de un familiar responsable, el familiar fue seleccionado por el grupo familiar.

4.4.1 Determinación del tamaño de la muestra. Los elementos de precisión en el diseño de la muestra y en el análisis de los resultados, que asume este trabajo de investigación en cuanto a cada una de las probabilidades de incurrir en error tipo I, α , y tipo II, β , dentro de la valoración de la significancia de la diferencia de promedios del nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación antes y después de la intervención, se establecieron en 0.05 y 0.01 respectivamente teniendo en cuenta que es más grave incurrir en error tipo II que en error tipo I.

Con base en una muestra preliminar de tamaño $n_1 = 50$ con la cual se calculó el valor de la varianza de la diferencia de puntajes en la muestra s_d^2 en 74.3044 y determinando la diferencia $\mu_a - \mu_d$ entre los promedios del nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación antes y después de la intervención, como otro elemento de precisión con la cual se calculó la cantidad:

$$c = \left\{ \frac{\mu_M - \mu_T}{t_{1-\alpha}(n_1 - 1) + t_{1-\beta}(n_1 - 1)} \right\}^2$$

Siendo $t_{1-\alpha}(n_1 - 1)$ y $t_{1-\beta}(n_1 - 1)$ los percentiles respectivos de una distribución t con $n_1 - 1$ grados de libertad.

El tamaño definitivo, n , de la muestra fue calculado una vez se acopió la información de las $n_1 = 50$ familiares de pacientes hospitalizados en UCI correspondiente a la muestra preliminar, de la siguiente manera:

$$n = \max \left\{ n_1, \left[\frac{s_1^2}{c} + 1 \right] \right\}$$

El tamaño definitivo de la muestra coincidió con el tamaño de la muestra preliminar, en consecuencia la determinación del efecto de la intervención educativa sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación se realizó con base en una muestra de 50 familiares de pacientes hospitalizados en UCI, que cumplieron las condiciones de precisión previamente establecidas.

4.4.2 Procedimiento de selección de la muestra.

- Se realizó llamado de los familiares que se encontraban en la sala de espera.
- Una vez ubicados en la unidad de cuidados intensivos se realizó el primer contacto con el familiar identificando a través de la entrevista quien es cuidador familiar que será responsable del paciente.
- Se realizó selección del familiar de acuerdo a criterios de inclusión.
- Una vez seleccionado el familiar se le explicaron los objetivos de la investigación y el proceso del desarrollo de la intervención.
- Se solicitó el consentimiento informado por parte de los familiares para la participación en la investigación.
- Una vez confirmada la participación se programaron los talleres y aplico la intervención a las familias.

4.5 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la comparación de la capacidad de afrontamiento y adaptación de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI antes y después de una intervención educativa, adicionalmente a la utilización de herramientas descriptivas del análisis estadístico, se utilizó una prueba de Test de Student para muestras pareadas o relacionadas con el fin de valorar la diferencia de los niveles medios de

Afrontamiento o en su defecto ante posible no ajuste al modelo normal, se utilizó una prueba no paramétrica equivalente.

4.6 INSTRUMENTO

Callista Roy (2004) construyó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (Coping Adaptation Processing Scale - CAPS), con el propósito de llenar un vacío de conocimiento en la práctica sobre la valoración y comprensión del subsistema de afrontamiento cognitivo y de esta manera, identificar las habilidades que utiliza una persona para controlar el estrés y promover su adaptación. (28)

La Escala está disponible en varias versiones: español, tailandés e inglés y se han realizado diferentes investigaciones del instrumento desarrollando la validez y confiabilidad de la escala en sus diferentes versiones. (27, 44,53, 74, 81,)

Botero, Sarmiento y Carvajal (2011) realizaron la validez de constructo de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy versión en español, a través de una investigación metodológica, con el fin de evaluar el comportamiento y dominio. (45)

Para fines de esta investigación se trabajará con esta última escala la cual revisa y ajusta semántica y teóricamente el CAPS y posterior a ello genera la versión abreviada del mismo con el fin de facilitar nuevos procesos investigativos en la disciplina de enfermería y generar un aporte al Modelo de Adaptación de Callista Roy. (Anexo 1)

La Escala consta de una primera parte donde se reúne diferentes preguntas de información personal y educativa del participante. La segunda parte consta de 33 ítems que reflejan las estrategias y recursos que emplean las personas para afrontar las situaciones que viven. Cada ítem consta de frases que muestran la forma como las personas responden a los problemas o situaciones difíciles. Las opciones de respuesta son 0: nunca, 1 casi nunca, 2: casi siempre, 3: siempre. (45)

4.6.1 Propiedades psicométricas del instrumento.

Fase cuantitativa.

Validez facial o de apariencia. En esta fase se determinó la comprensión y claridad en cada ítem para comprobar que la escala es válida. (95)

El instrumento de estudio revisado, en el proceso de validez facial con estudiantes de diferentes edades y nivel educativo, reportó un adecuado nivel de comprensión. (95)

Validez de contenido. Se sometió el instrumento modificado en la validez facial a un grupo de expertos que determinarían si el instrumento exploraba todas las dimensiones o dominios pertinentes al concepto o constructo del estudio. (95)

Un índice de validez de contenido de 0.83 para el instrumento revisado con 40 ítems sobrepasa el valor aceptado propuesto por Lawshe, lo cual indica que el instrumento explora todas las dimensiones pertinentes a la teoría. (95)

Validez de constructo. Se sometió el instrumento modificado en la validez facial a un grupo de expertos que determinarían si el instrumento exploraba todas las dimensiones o dominios pertinentes al concepto o constructo del estudio. Se realizó prueba de la validez de constructo del instrumento con 33 ítems, a través de la metodología de análisis factorial exploratorio con una muestra conformada por sujetos de ambos sexos, niveles socioeconómicos y edades, que cumplieron con las características especificadas de la población. Roy. (95)

Confiabilidad. Se evaluó la homogeneidad y correlación de la nueva escala ECAPS mediante el procedimiento del alfa de Cronbach. Se realizó el cálculo de la consistencia interna a través del alfa de Cronbach que mostrando una confiabilidad de 0,70941543 (95)

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- El Desarrollo de esta investigación tuvo en cuenta los lineamientos de la resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (96))
- Se tuvieron en cuenta los lineamientos éticos establecidos el Código de Núremberg y el código de Helsinki. (97)
- Se Contemplaron las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de ciencias Médicas (CIOMS).
- Capítulo 3 y 4 de Ley 911 2004: Código Deontológico de Enfermería - Colombia (98)

ARTÍCULO 29. En los procesos de investigación en que el profesional de Enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales (98)

- Se tuvieron en cuenta las políticas y normas institucionales antes de la realización de la intervención se obtiene consentimiento informado de las familias.
- Se mantuvo el respeto a la autonomía, la privacidad, la confidencialidad, confiabilidad y la fidelidad con la información que brindo el familiar del paciente durante el desarrollo del trabajo de investigación.
- Se veló por el respeto a los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.
- La investigación se acogió a los lineamientos del reglamento de propiedad intelectual de la Universidad de La Sabana.
- El documento de consentimiento informado incluyó información clara, suficiente y precisa sobre los objetivos y procedimientos de la investigación, además de sus beneficios y riesgos. Se mantuvo el derecho a la intimidad que favorece que la información de los sujetos no sea compartida con otros. (Anexo 2)

6. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

El Desarrollo de un intervención educativa aplicando el modelo de procesamiento cognitivo de la información de Callista Roy, permitió rescatar la importancia de todos los procesos cognitivos necesarios para el procesamiento de la información, englobando todas las habilidades del ser humano para sentir pensar y actuar en los tres niveles de información, como son los proceso de entrada, central y de salida. (78)

Esta información es codificada y emite una respuesta en los cuatro modos de adaptación, fisiológico, interdependencia, función de rol y auto concepto, teniendo en cuenta los estímulos presentes en el ambiente como lo son los estímulos contextuales, focales o residuales. (78)

Al entrar en contacto con el medio emite un significado y dependiendo de la forma en que responda a estos, de la evaluación que le haga a los mismos y los recursos con los que cuente la persona, podrá establecer estrategias de afrontamiento que le permitan llegar a la adaptación. (78)

La Identificación y Evaluación temprana de comportamientos observables en las personas permite determinar los factores que están influyendo en la capacidad de afrontamiento y adaptación, manipular los estímulos que están presentes, intervenirlos y contribuir a crear estrategias de afrontamiento o fortalecer las ya existentes. De esta forma la función de Enfermería es contribuir a fortalecer la integración de la persona con el ambiente, valorando los comportamientos y factores que influyen es su adaptación y desarrollar una serie de acciones o intervenciones que ayuden a mejorar este proceso.

La Intervención constituyó por lo tanto un estímulo contextual que favoreció y fortaleció el proceso cognitivo de las personas en este caso las familias de pacientes hospitalizados en la UCI, brindando herramientas de aprendizaje, que favorezcan la capacidad y desarrollo del sistema cognitivo y de esta forma llevar al afrontamiento y adaptación de las familias que cursan por una situación estresante como lo es la enfermedad de uno de sus miembros. La Intervención educativa que se realizó a los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI se desarrolló en los salones de Educación y se realizó a una hora antes del momento de las visitas a través de las siguientes fases.

6.1 FASE 1. EXPLORACIÓN DE SABERES Y EXPERIENCIAS

En esta fase se procuró Recuperar la percepción subjetiva de las Familias, es decir sus significados, propiciando la autonomía, el auto fortalecimiento y el

empoderamiento, mediante la reflexión, expresión de los saberes, actitudes y prácticas, con reglas de juego como: el respeto por los valores, la libertad, aceptación, actitud y escucha. (64)

En este período los familiares de los pacientes se reunieron en el salón de educación y socializaron entre ellos mismos el significado y experiencias vividas frente a la hospitalización de tener un familiar enfermo en una UCI y la forma como enfrentaban esta situación.

La enfermera al interactuar con los familiares, pudo conocer lo que ellos estaban sintiendo, pensando y haciendo con la hospitalización de su familiar, sus inquietudes y temores. Este acercamiento generó confianza en ellos y ayuda a que compartan experiencias y vivencias. (64)

Objetivos

- Recuperar la percepción Subjetiva (significados)
- Conocer las experiencias previas de los familiares con respecto a una hospitalización de su familiar.
- Conocer qué piensa cada quien de la situación del tema en sí.
- Contextualizar en el aquí y el ahora. (saber que tienen)
- Conocer creencias, mitos, imaginarios, otros(que traen)
- Desarrollar la capacidad de reflexión, evidenciar el saber previo y fortalecer el que se tiene para enfrentar la nueva situación.
- Identificar y mantener principios de libertad, respeto, aceptación, actitud, escucha(Reglas del juego)

Tiempo: 1 hora y media
Lugar: Salón de educación
Fecha: Diciembre 2013

Actividades. Se desarrolló con la metodología de taller:

- Apertura de la actividad y presentación de los participantes.
- Aplicación la Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy a los Familiares escogidos para la Intervención Educativa.
- Desarrollo del Taller “**MOMENTOS DE VERDAD**” donde a los familiares se les permitió expresar sus opiniones, sentimientos, conceptos, creencias, vivencias que les había impactado, que han sido decisivos para su vida, determinantes en el proceso de Hospitalización de su familiar en la UCI Y que le facilitaron el proceso de afrontamiento ante la enfermedad de su familiar hospitalizado en la UCI.
- Finalización de la Actividad

6.2 FASE 2. CONFRONTACIÓN DE SABERES

En esta fase se invitó a los familiares a afrontar sus propias ideas desde los sentidos y las miradas de la otra y a considerar el conflicto cognitivo como posibilidad de aprendizaje. Se realizó a través de un taller de confrontación de saberes donde se dio a conocer qué es la UCI, estructura, indicaciones de ingreso, dispositivo y tecnología, y conocer el recurso humano con el que cuenta la unidad. (64)

Objetivos

- Reconocer el conflicto como una fuente de acuerdo o desacuerdos y construir consensos.
- Manifestar oposición, reflexión, análisis e identificación de situaciones.
- Brindar información en forma clara, precisa y concisa.
- Establecer comunicación asertiva.
- Indagar sobre lo que se sabe o conoce sobre el tema.
- Clarificar las inquietudes.

Tiempo: 1 hora
Lugar: Salón de Educación
Fecha: Noviembre

Actividades. Una vez socializadas las diferentes vivencias y experiencias por parte de los familiares, se permitió percibir las diferentes visiones sobre el problema que tienen, surgen posiciones e intereses en conflicto que exigen ser confrontados desde argumentos y experiencias propiamente contruidos.

Después se contextualizó a los familiares en lo que representa la enfermedad de su ser querido en una UCI, se permitió que ellos confrontaran la experiencia y el conocimiento que traían, se les invitó a conocer, sentir y reconocer el ámbito de la UCI buscando disminuir la ansiedad frente a lo desconocido y de esta forma favorecer una relación de confianza y seguridad con el entorno de la UCI, buscando siempre llevar a los familiares al Afrontamiento de la situación a través de una información oportuna y a tiempo y permitir un acercamiento con confianza y menos temor al familiar hospitalizado y al personal de la clínica.

Inmersión en el campo. Este fue el primer acercamiento de la familia a la UCI, dándoles a conocer lo que es una UCI, criterios y patologías más frecuentes de ingreso; recurso humano y sus funciones, los diferentes dispositivos tecnologías y para qué sirven, indicaciones y restricciones que tienen las familias al ingreso, a través de una socialización y presentación de un Video institucional diseñado y elaborado especialmente para las familias, que sirvió de herramienta para mejorar el procesamiento de la información y a su vez el proceso de adaptación y afrontamiento de las familias en la UCI. (Anexo 3)

Actividades

- Apertura de la Actividad
- Presentación de un video institucional a familiares donde se muestre la UCI y su entorno.
- Evaluación y refrigerio.

6.3 FASE 3. RESIGNIFICACIÓN O TRANSFORMACIÓN DE REALIDADES

Acción que pretende puedan realizar las personas una vez se hayan apropiado de los nuevos conocimientos. (64)

La re significación, se puede explicar también como la transformación y visión de la realidad cambiante, donde se reconoce la capacidad transformadora de la acción educativa con una consecuente transformación entre la gente y su entorno. (64)

Objetivos

- Permitir el análisis y Reencuentro con el tema o situación.
- Percibir nuevas realidades, dificultades, nueva comparación.
- Confrontar y transformar nuevas realidades
- Comparación crítica entre Problematización e institución.

Tiempo: 1 hora

Lugar: Salón de educación

Fecha: Noviembre

Actividades

- Apertura de la actividad
- Se realizó un juego de Roles a través del cual los familiares pudieron reflexionar, concientizarse, capacitarse y aprender sobre un asunto o tema en particular, una vez han adquirieron conocimientos previos que le permitieron fortalecer los nuevos o transformarlos con otros conceptos que surjan del nuevo proceso de aprendizaje.
- El juego de roles requiere que unos participantes se pongan en el lugar de otras personas. Por un tiempo, ellos suspenden su identidad real y toman otro papel. Por esta razón, el juego de roles es una herramienta particularmente útil para aportar a determinadas actitudes, tales como: desarrollar empatía y llegar a comprender los puntos de vista de las personas; fomentar el apoyo mutuo y la relación en términos de igualdad; tomar conciencia y responsabilidad, dado que los participantes se enfrentan a decisiones que llevan a sus correspondientes consecuencias; es

igualmente un medio adecuado para que las personas practiquen determinadas destrezas en una situación imaginaria. (64)

Los familiares escogidos voluntariamente representaron los personajes que hacen parte de la UCI, representaron una escena de la vida diaria, un momento de verdad significativo que hayan vivido en la UCI. Cada uno cumplió una función diferente, los otros familiares estuvieron tomando nota y analizando momentos especiales o detalles que fueron importantes y que fueron analizados al final de la presentación.

- Primer Familiar: El Paciente
- Segundo Familiar: El Familiar del Paciente
- Tercer Familiar: La Enfermera
- Cuarto Familiar: La Enfermera Auxiliar
- Quinto Familiar: El Medico

El Juego de Roles se desarrolló en varias fases:

1. Se planteó una situación a dramatizar
2. Se Explicó la Situación a los representantes y observadores
3. Se preparó a quienes participaron y observaron
4. Corte o final de la Representación

Con el Juego de Roles se buscó representar una situación real de las familias en la UCI, contemplando los diferentes momentos que viven los familiares antes, durante y después del ingreso, los diferentes momentos de ansiedad, falta de información, incertidumbre por los que pasan las familias frente a lo desconocido y frente a una situación que genera estrés como lo es la enfermedad se representaron. Es así como al identificar estos fenómenos las familias pudieron percibir y confrontar lo aprendido con lo visto y con lo representado para permitir en ellos la reflexión y aprendizaje significativo que permita transformar comportamientos y actitudes que favorezcan el proceso de afrontamiento y adaptación.

- Evaluación de la actividad Refrigerio

6.4 FASE 4. CIERRE DE LA INTERVENCIÓN

En esta fase se dio cierre a la intervención y se procedió a aplicar la Escala de medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy.

Tiempo: 1 hora
Lugar: Salón de Educación
Fecha: Diciembre

Actividades

- Aplicación de la Escala de medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy a Familiares de Pacientes hospitalizados en la UCI Posterior a la Intervención educativa.
- Evaluación de la intervención.
- Encuesta de satisfacción a familiares.
- Refrigerio

7. PROCEDIMIENTO

- Trámite de aprobación por parte de la universidad del anteproyecto de la Investigación.
- Aprobación de la investigación por parte del comité de Ética e investigación de la Clínica Shaio.
- Selección de la muestra.
- Consentimiento informado y participación de las familias en la investigación.
- Realización de la prueba piloto.
- Aplicación de la Intervención a las familias de pacientes hospitalizados en la UCI.
- Recolección y análisis de Datos.

8. MARCO DE ANÁLISIS

8.1 INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

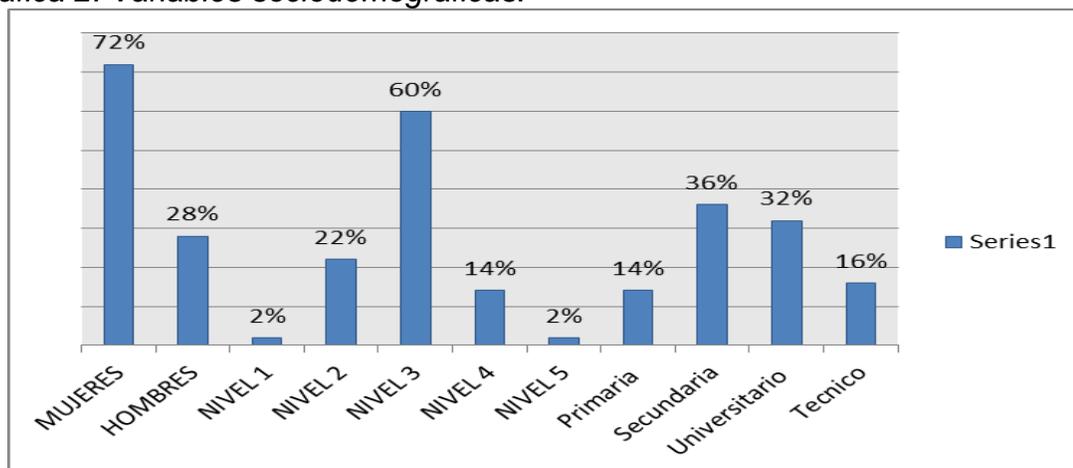
La Recolección de la información se realizó a través de la aplicación de la Escala de Medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación a familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de la clínica Shaio antes y después de la una intervención educativa. La muestra final estuvo constituida por 50 sujetos, las variables sociodemográficas a considerar para este análisis fueron: el género, la edad, escolaridad y nivel socio económico.

Los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos elegidos para esta investigación se distribuyeron de acuerdo a su género en 36 mujeres y 14 hombres que corresponden respectivamente a 72% y 28%. El rango de edades se encuentran entre 21 años y 76 años de edad con un promedio de 46 años y una desviación estándar de 14.077 años.

Respecto al nivel socio económico de la muestra seleccionada representado por el estrato socioeconómico de la vivienda, mayoritariamente las familias habitaban en viviendas de estrato 3 que corresponde al 60 %, en segundo término el 22% en estrato 2, un 14% en estrato 4 y un 2% respectivamente en los estratos 1 y 5.

Así mismo la distribución de la escolaridad de los participantes se sintetizo en cuatro niveles: 14% Primaria, 36% secundaria, 32% universitario y 16% técnico, así como lo muestra el grafico 3.

Grafica 2. Variables sociodemográficas.



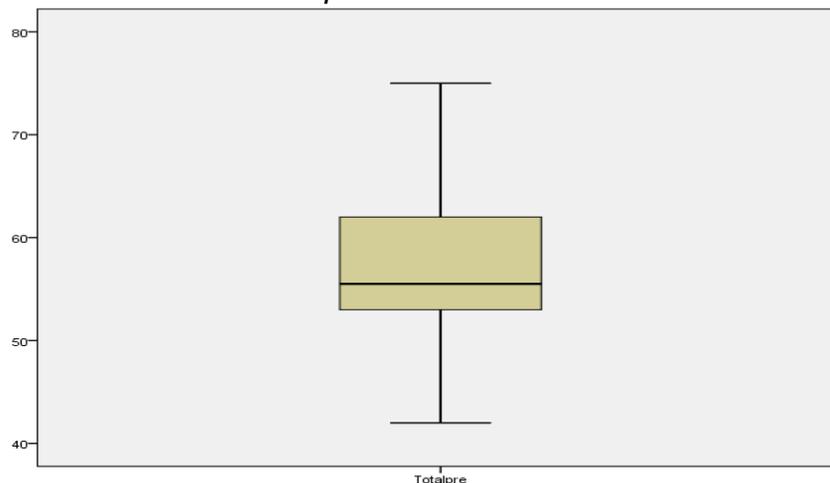
Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de CAPS a los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo adulto de la Clínica Shaio.

8.2 DESCRIPCIÓN

Se determinó el nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación de cada uno de los cuidadores seleccionados antes y después de la aplicación de la intervención educativa. Los resultados referentes a la capacidad de afrontamiento y adaptación previa a la intervención educativa según la escala aplicada que pondera con tres puntos la respuesta **siempre**, con dos puntos, **casi siempre**, con un punto **casi nunca** y con cero **nunca** y la jerarquía de niveles de la escala original permitieron clasificar a todos los cuidadores dentro de un nivel alto de afrontamiento ya que los puntajes mínimo y máximo fueron 42 y 75 puntos que corresponden a la escala original a 75 y 108 puntos, valores superiores a la cota inferior del nivel alto determinada en 69 puntos de la escala original.

Por su parte el puntaje medio de la capacidad de afrontamiento y adaptación previa a la intervención se situó en 56,7 con desviación estándar de 7,391 puntos de la escala. La grafica 3 muestra de manera sintética el comportamiento estadístico de la capacidad de afrontamiento y adaptación previo a la intervención.

Grafica 3. Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de familiares hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo previa a la intervención.

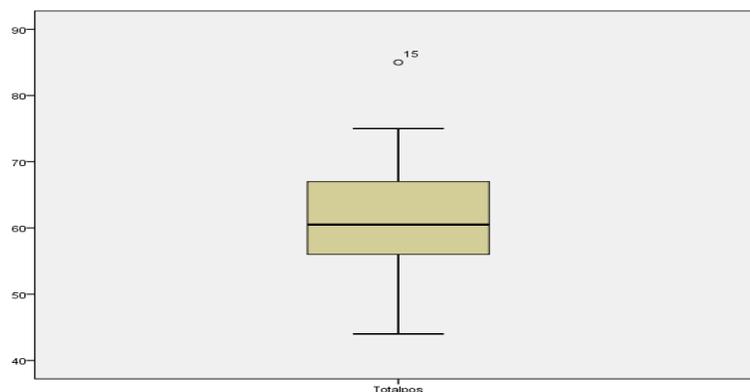


Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de CAPS a los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo adulto de la Clínica Shaio.

La mediana que presenta el grafico No 4 deja ver que justamente la mitad de los cuidadores tenía una capacidad de afrontamiento antes de la intervención entre 42 y 55 puntos. Por otra parte el grafico muestra un comportamiento relativamente simétrico del nivel de afrontamiento.

Posteriormente a la intervención educativa todos los cuidadores mantuvieron el nivel alto de afrontamiento puesto que ahora los puntajes mínimo y máximo fueron 44 y 85 puntos que corresponden a la escala original a 77 y 118 puntos, valores que superan a la cota inferior del nivel alto determinada en 69 puntos de la escala original. El puntaje medio de la capacidad de afrontamiento y adaptación cambió y se reubicó en 61,12 con desviación estándar de 8,012 puntos de la escala. La grafica 4 muestra de manera sintética el comportamiento estadístico de la capacidad de afrontamiento y adaptación posterior a la intervención.

Grafica 4. Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Shaio posterior a la intervención.



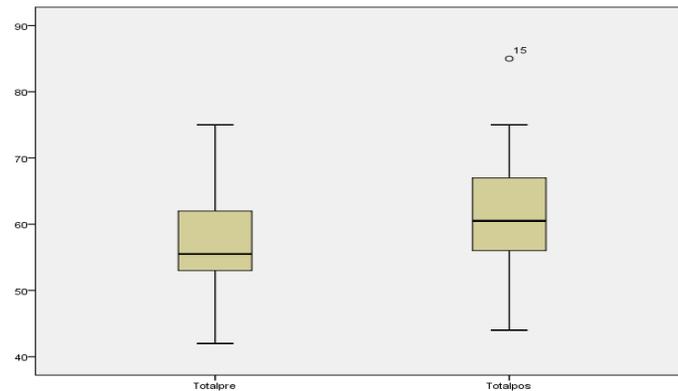
Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de CAPS a los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo adulto de la Clínica Shaio.

La modificación del afrontamiento posterior a la intervención también se ve reflejada en el cambio de la magnitud de la mediana que ahora se ubica en 60.50, esto significa que los participantes que tuvieron un puntaje inferior del nivel de afrontamiento dentro del grupo ahora están entre 44 y 60 puntos. Igualmente el grafico No 5 deja ver que la simetría del puntaje se mantiene y se evidencia la presencia de un **outlier superior**.

La presencia del **outlier permite** establecer que dentro del grupo familiar participante en la intervención existe uno que mejoró satisfactoriamente el nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación frente a los puntajes adquiridos antes de la intervención, dejando ver que la intervención para ese familiar fue notablemente efectiva. Este familiar corresponde al familiar F15 de la muestra de cincuenta familiares. Antes de la intervención el F15 presentaba un nivel muy bajo de afrontamiento y adaptación según lo reportado en la Escala de medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, en el taller de exploración de experiencias y saberes presentaba ansiedad e incertidumbre marcada, se sentía triste, incapaz de sobrellevar la situación de enfermedad, manifestaba no tener un

grupo familiar solido en el que se sintiera apoyado. Durante la intervención el F15 presento gran interés y participación de las diferentes actividades durante la intervención.

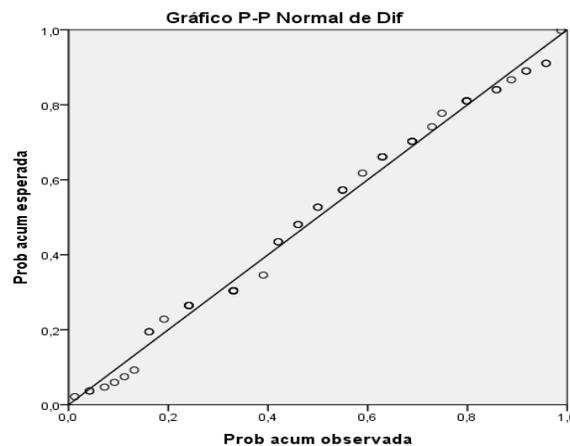
Grafico 5. Comparación de los niveles de afrontamiento Familiar antes y después de la intervención.



Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de CAPS a los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo adulto de la Clínica Shaio.

En el grafico 5 se observa comparativamente como el nivel afrontamiento y adaptación antes de la intervención es alta y se mantiene posterior a la intervención mejorando los puntajes inferiores adquiridos antes de la misma. En cuanto a la validez propia de la intervención educativa se utilizó una prueba T garantizada por la normalidad de los resultados de la diferencia entre puntajes pre y pos intervención derivada de la prueba esquemática en la gráfica 6.

Grafico 6. P-P Normal de Dif.



Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de CAPS a los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo adulto de la Clínica Shaio.

El ajuste al modelo normal es satisfactorio en consecuencia la prueba T evidenció una diferencia estadística significativa entre los promedios de la capacidad de afrontamiento y adaptación antes y después de la intervención dado que el valor P registrado es de 0.001 tal como aparece en el resumen de la prueba presentada en el cuadro 1 de prueba de muestras relacionadas.

Cuadro 1. Prueba de muestras relacionadas.

Prueba de muestras relacionadas						
		Diferencias relacionadas				
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Par 1	Totalpos - Totalpre	4,420	8,619	1,219	1,970	6,870

Prueba de muestras relacionadas				
		t	gl	Sig. (bilateral)
Par 1	Totalpos - Totalpre	3,626	49	,001

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de CAPS a los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo adulto de la Clínica Shaio.

Como prueba alternativa de reafirmación de la decisión se utilizó la prueba de rangos signados de Wilcoxon para muestras relacionadas que al igual que la prueba T permite tomar la misma decisión dado que para esta el valor P fue igualmente de 0.001 como lo muestra el cuadro 2.

Cuadro 2. Prueba de rangos signados de Wilcoxon.

Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Totalpre y Totalpos es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	,001	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de CAPS a los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo adulto de la Clínica Shaio.

Al Comparar el comportamiento de las variables con la capacidad de afrontamiento y adaptación, el efecto de la intervención mostró con relación al sexo que el aumento en la capacidad de afrontamiento es ajeno al sexo como se deduce en el cuadro 3. La cual presenta un valor P de 0.0279 asociado a la prueba de Mann- Whitney.

Cuadro 3. Comportamiento del variable sexo con relación a la Capacidad de afrontamiento y a adaptación.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Dif es la misma entre las categorías de SEXO.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,279	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,C

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de CAPS a los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo adulto de la Clínica Shaio.

Por su parte los aspectos relacionados con la escolaridad, edad, y nivel socioeconómico, debido a los niveles de medición utilizados fueron analizados con una correlación no paramétrica de Spearman cuyos resultados permiten diferenciar que el incremento es indiferente a la edad que tenga el cuidador, al igual que el nivel socioeconómico. Llama la atención la correlación entre el incremento en la capacidad de afrontamiento y la escolaridad, aunque débil, su signo hace pensar que la intervención favorece mayores incrementos para escolaridades bajas que para escolaridades altas. Resultados que están sustentados con valores del cuadro 4.

Cuadro 4. Correlación de Spearman del incremento de la capacidad de afrontamiento con las variables.

CORRELACION DE SPEARMAN DEL INCREMENTO DE LA CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO CON LAS VARIABLES

EDAD	Correlacion	0,031
	Valor P.	0,831
ESCOLARIDAD	Correlacion	-0,261
	Valor P.	0,067
NIVEL SOCIOECONOMICO	Correlacion	-0,003
	Valor P.	0,983

Fuente: Datos obtenidos mediante la aplicación de CAPS a los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo adulto de la Clínica Shaio.

Durante el desarrollo de los diferentes talleres aplicados a las familias de Los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, se observó que en el taller de exploración de saberes y experiencias las familias expresaron diversas opiniones sobre lo que pensaban de la hospitalización y la enfermedad, emitieron conceptos sobre lo que significaba para ellos una unidad de cuidados intensivos y sobre las diferentes experiencias ya vividas o conocidas por otros, algunas expresiones extraídas fueron las siguientes:

Familia 1: F1 “La UCI es un lugar donde sentí mucho miedo, habían muchos aparatos y yo quería solo abrazar a mi esposo”.

Familia 2: F2 “Nunca entendí porque mi esposo terminó en la UCI, nadie me explico lo que estaba pasando”.

Familia 3: F3 “Siento que podríamos estar más tiempo con ellos, podemos ayudar a cambiarlo, aplicarle su crema, afeitarlo, peinarlo, quisiera que nos dejaran hacer estas cosas”.

Familia 4: F4 “Quisiera que nos hablaran y nos apoyaran con un grupo de apoyo porque uno no sabe qué hacer en estas situaciones”.

La socialización con las familias mejora la dimensión social, fortaleciendo la relación enfermera- paciente lo que promueve una mayor comunicación e interacción con la familia y permite la planificación de un cuidado más individualizado para las personas críticamente enfermas. (99)

En el profesional de Enfermería produce efectos positivos incrementando la satisfacción laboral debido a la retroalimentación positiva por parte de las familias de los pacientes.

Durante el desarrollo del taller confrontación de saberes y experiencias las familias se sintieron satisfechas con la presentación de un video institucional donde se les brindó un abordaje y conceptualización sobre lo que significa la UCI, criterios de ingreso, características, enfermedades más usuales, se les brindo información necesaria y completa para disminuir la ansiedad y la incertidumbre generada por lo desconocido. Oliveira (2002) refiere que si se tiene conocimiento sobre la enfermedad, tratamiento y forma de cuidado este viene a ser un estímulo para la adaptación. (41)

Las intervenciones según Roy constituyen un estímulo tanto externo del ambiente como interno del individuo que altera los modos adaptativos y que puede influenciar en la forma como responde a los estímulos. (28)

Esto se relaciona con lo descrito por Sacco y Stapleton (2009) quienes refieren que la atención de las familias se centra en el intercambio de experiencias,

proporcionado grupos de apoyo, brindando métodos de afrontamiento donde ellos puedan expresar y compartir ideas con otras familias y fortalecer los mecanismos ya existentes, por otra parte las familias actúan como amortiguadores frente a la ansiedad experimentada por el paciente. Pero si esta ansiedad rebota a la familia se da un estado de desequilibrio y niveles de adaptación muy bajo. (35,36)

En el tercer taller “juego de roles” las familias respondieron de manera efectiva a lo anteriormente socializado de tal forma que participaron de forma dinámica retroalimentando y resignificando lo aprendido. En los conocimientos nuevos que han sido confrontados con los anteriormente aprendidos, se encontró un cambio de actitud y transformación.

De esta forma Roy destaca la importancia de estudiar los procesos cognitivos que involucran la integración de la función neuronal en donde el cerebro tiene una fuerza única que radica en la habilidad para almacenar la información. Es así como la enfermera aborda los cambios de estímulos (ambiente) y refuerza los procesos adaptativos de las personas a través de intervenciones aplicadas para favorecer la adaptación. (66)

9. DISCUSIÓN

La Hospitalización de un paciente en la unidad de cuidados intensivos ocasiona un desequilibrio para todo el núcleo familiar, razón por la cual el personal de salud en particular el profesional de enfermería debe dirigir su cuidado a la valoración y manejo de las necesidades no solo del paciente sino también de la familia. (99)

En la familia se ha encontrado que el ingreso a la UCI puede producir alteraciones psicológicas y sociales en donde ellos experimentan niveles elevados de ansiedad y depresión, lo cual podría incrementar el riesgo de la falta de atención de sus propias necesidades, dificultad para tomar decisiones o solucionar problemas, todo esto relacionado con la forma de aparición, gravedad y duración del proceso de enfermedad en la unidad de cuidados intensivos. (100)

La Enfermedad en el contexto de la unidad de cuidados intensivo, representa una condición diferente y catastrófica dado que engloba y altera todas las dimensiones del ser humano, la enfermedad crítica según Callista Roy causa una gran perturbación en la vida de las personas. (23)

Esta condición genera nuevos cambios en la vida de las personas, procesos que deben ajustarse durante el proceso de enfermedad, esta interrupción requiere un periodo de ajuste, llamado proceso de compensación. El cual se traduce en la adaptación al evento. La adaptación puede ser positiva o negativa, completa o incompleta, dependiendo de lo que ocurre dentro del periodo de ajuste, el proceso se repite y cómo cambia el estado del paciente, la familia debe adaptarse a estos cambios. (101)

Es así como la oportuna intervención y satisfacción de estas necesidades físicas, emocionales y sociales se convierten en una prioridad del personal de salud. El eje del actuar del profesional de enfermería basado en la formación integral que este tiene, debe propender por asegurar el bienestar del ser humano sin importar el ámbito en que se encuentre, por lo cual debe tener en cuenta que al brindar el cuidado se debe lograr la satisfacción tanto a nivel físico como psico-emocional del paciente y su entorno familiar. (81)

De esta forma tomando el modelo teórico de esta investigación el propósito de la participación de Enfermería en el cuidado consiste en asistir a los individuos y las familias a prevenir y enfrentar la experiencia de la enfermedad y del sufrimiento y a encontrar significados en esa experiencia mediante la relación enfermera paciente. (28)

Es por esto que en esta investigación se diseñó una intervención educativa que diera respuesta a satisfacer múltiples necesidades observadas en las familias de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, buscando en

primera instancia medir la capacidad de afrontamiento y adaptación frente a esta situación estresante utilizando como instrumento la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy (CAPS) aplicadas a cincuenta familias y posteriormente aplicar la intervención basada en el modelo de procesamiento cognitivo de la información de Roy con la metodología del aprendizaje significativo que fundamenta su enseñanza en el fortalecimiento del proceso cognitivo.

Es la primera investigación que determina el efecto de una intervención educativa sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación en familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos de Colombia. se han encontrado diversos estudios que describen las diferentes necesidades de las familias(3,4,5,6,7,8) otras han diseñado intervenciones e instrumentos para satisfacer estas necesidades (32,33,34,35,36), Diversas investigaciones han aplicado Teoría y modelos de enfermería como el Modelo de Adaptación de Roy, en diferentes grupos de estudio,(39,40,41,42) otros han medido el nivel de capacidad de afrontamiento pero en esta investigación se utiliza el modelo de procesamiento cognitivo de la información basado en una pedagogía crítica, midiendo el nivel de capacidad de afrontamiento pero diseñando y aplicando una intervención para optimizar la capacidad de afrontamiento.

Los resultados encontrados en esta investigación logran demostrar la eficacia de una intervención educativa, aplicada a familias de pacientes críticos. La cual reportó un alto nivel de afrontamiento de las familias antes de la intervención educativa lo que permite establecer posiblemente que las familias mantenían y desarrollaron mecanismos y estrategias de afrontamiento previos, innatos y adquiridos a lo largo de la vida que facilitaron el proceso de afrontamiento y adaptación.

Dentro de los comportamientos observados se encontró que las Familias de pacientes críticos abordan y asumen la situación de enfermedad de su familiar a través de un proceso de aceptación del problema, tomando un tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones, aclarar dudas, adquirir información de la situación; están atentos a cualquier cosa relacionada buscando medios posibles para enfrentarla, se hacen cargo de la situación y las dificultades las van solucionando a medida que van apareciendo, desarrollando habilidades y creando un plan de acciones para enfrentarlo, tal como lo reporto el puntaje en la Escala de afrontamiento y adaptación de Roy utilizada en esta investigación que pondera con tres puntos la respuesta **siempre**. Estos ítems ubicándolos por factores según la escala aplicada se relacionan con **los Factores 2** que se asocia con el factor 4 de la escala original y **Factor 4** que responden respectivamente a **los procesos sistemáticos** que describen las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente, están relacionados con el proceso cognitivo directamente con la planeación y **Los procesos cognitivos** que es un proceso de interacción permanente dado entre

la persona y el ambiente. (83) Cuando hay problemas, el modelo de procesamiento cognitivo de la información es fundamental, con base en éste la persona construye nuevos conocimientos a través de los recuerdos y las experiencias nuevas, lo cual le permite desarrollar nuevas capacidades o destrezas para la solución de los mismos. (89)

Las diferentes estrategias de afrontamiento que utilizan las personas las describe Moos et al (1993) donde refiere que en el afrontamiento cognitivo se recurre a la planeación, se ensayan mentalmente una serie de acciones a seguir, analizándose sus consecuencias y se acepta la realidad del evento estresante tratando de cambiarlo para obtener efectos o respuestas positivas (102) Así mismo Beltrán (2010) quien refiere que la forma de afrontar la realidad y las situaciones difíciles involucra un aprendizaje personal, se puede decir que las personas afrontan cada situación de la manera como la hayan hecho en el pasado, como les haya funcionado para resolver las crisis anteriores. (24)

Las personas tienen propensión a utilizar una serie de estrategias en situaciones diversas y estilos de afrontamiento. Ante la aparición de un suceso determinado el individuo realiza una valoración primaria donde valora si el hecho es positivo o negativo y una valoración secundaria donde el objeto de análisis son las capacidades del organismo para afrontarlas. (21) De esta forma Roy describe los procesos de afrontamiento como las formas innatas o adquiridas de interactuar con (respondiendo o influenciando) los cambios ambientales, los procesos de afrontamiento innatos están determinados genéticamente, los procesos adquiridos se desarrollan a través de estrategias como el aprendizaje. (28).

Los Resultados también encontraron que las familias utilizaron diferentes mecanismos para apoyarse en situaciones difíciles y estos sucesos pueden generar cambios y transformaciones en la vida de las personas de acuerdo a sus experiencias propias vividas y experiencias de otros, de tal forma que les sirvan para plantearse nuevas soluciones o respuesta a la situación vivida y ven el problema como una oportunidad. Según la escala aplicada se encuentran enfocados en el **Factor 3** definido como **conociendo y relacionando** y que con la escala original se asocia con el factor 5, este factor describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros y reúne los procesos de codificación, concepto y memoria en el procesamiento de la información del proceso cognitivo de la información. En la función Neurológica hay dos procesos vitales básicos: la cognición y la conciencia. Los procesos de cognición que hacen posible relacionar las experiencias pasadas con las presentes, actúan como un regulador de eventos vitales. La cognición abarca las habilidades humanas para pensar sentir y actuar. (80)

Es importante destacar en estos resultados que lo referenciado en la literatura con respecto a las diferentes necesidades de las familias en las unidades de cuidados intensivos muchas de ellas sin ser intervenidas y reportando un bajo nivel de

adaptación, no se relaciona con lo reportado en esta investigación donde las familias, con diversas necesidades, obtuvieron un nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación alto, puede inferirse que las diferentes intervenciones del personal de salud podrían estar favoreciendo de manera positiva en el proceso de afrontamiento familiar, satisfaciendo diferentes necesidades de atención como la información oportuna, no solo información acerca del paciente sino aquella que pueda contribuir a disminuir la ansiedad e incertidumbre sentida frente a la enfermedad, observando y reconociendo permanentemente comportamientos adaptativos o inefectivos de las personas apoyando y manipulando los estímulos del ambiente, alterando, incrementando removiendo o manteniendo. De esta forma la función del personal de enfermería es fortalecer la integración del individuo con el ambiente, para ello las enfermeras valoran los comportamientos de las personas y los factores que influyen en sus habilidades de adaptación (28)

Los resultados de esta investigación se relacionan con los descritos por Jiménez y Zapata(2012) en la que se midió el nivel de capacidad de afrontamiento a familias de pacientes hospitalizados en la UCI con la Escala original de Roy y a los que se les encontró un nivel alto de afrontamiento, reportado con un 82.5%. Los familiares utilizaron estrategias dirigidas a solucionar el problema, caracterizándose por hacer frente a la situación, planear actividades, aclara dudas antes de actuar y mirar positivamente la situación utilizando Factores recursivo y centrado y procesos de alerta respectivamente. (43)

Los resultados obtenidos posterior a la Intervención educativa dejaron ver que las familias mantuvieron y mejoraron su nivel alto de afrontamiento, de esta forma la intervención educativa basada en el modelo de procesamiento cognitivo de la información y con la pedagogía del aprendizaje significativo constituyo para las familias de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos una herramienta fundamental que fortaleció los procesos de afrontamiento y adaptación a través de espacios de reflexión y análisis, donde libremente expresaron sentimientos y expresiones que favorecieron la percepción subjetiva(significados), el auto fortalecimiento y empoderamiento evidenciando el saber previo y fortaleciendo el que ya tenían.

La Intervención constituyó por lo tanto un estímulo contextual que entro a fortalecer el proceso cognitivo del familiar, en este caso las familias de pacientes hospitalizados en la UCI, brindando herramientas de aprendizaje, que fortalecieron y desarrollaron procesos cognitivos de entrada como la atención y percepción, centrales como la codificación de la información y formación de conceptos y salida como la respuesta motora, evidenciándose en nuevos comportamientos y conductas posterior a la intervención. Es así como las intervenciones de enfermería basadas en el RAM (Roy Adaptation Model) involucran el manejo del estímulo ambiental. Roy recomienda enfocarse en la administración del estímulo focal teniendo en cuenta el estímulo contextual (28)

10. CONCLUSIONES

- Los Familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos presentaron un alto nivel de Afrontamiento y Adaptación antes y después de la Intervención Educativa, encontrando en ellos estrategias personales y físicas (procesamiento sistemático) Factor 2 según la Escala de Roy, para hacerse cargo de la situación y manejarla metódicamente tales como aceptación de la enfermedad, aclaran dudas y se mantienen informados así como desarrollan un plan de acciones que les permite afrontarla.
- Los resultados a su vez mostraron que las familias utilizan diferentes mecanismos para apoyarse en la situación vivida, relacionando situaciones pasadas o experiencias vividas o apoyándose en soluciones que a otros les han servido para salir adelante, estas estrategias se enfocan en el factor 5 conociendo y relacionando según la Escala de Roy.
- El Nivel Alto de Capacidad de Afrontamiento y Adaptación posterior a la aplicación de la intervención Educativa se mantuvo y mejoró los puntajes inferiores de afrontamiento de los familiares adquiridos antes de la intervención. El puntaje medio de la capacidad de afrontamiento y adaptación mejoró y se reubicó en un nivel más alto.
- Al Comparar los resultados antes y después de la intervención educativa se afirma que la intervención educativa fue efectiva porque mantuvo y mejoró los niveles inferiores de afrontamiento adquiridos antes de la intervención.
- En cuanto a la validez propia de la intervención Educativa se encontró a través de prueba estadística de T de Student que la diferencia estadística de promedios antes y después de la intervención educativa fue significativa dado que el valor P registrado fue de 0.001.
- Al Correlacionar las variables con el Incremento de la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación, es indiferente a la edad que tenga el cuidador el sexo y el nivel socioeconómico, en cuanto a la escolaridad se evidencia una correlación que aunque es baja su signo negativo hace pensar que la intervención favorece mayores incrementos a niveles de escolaridad baja.
- La Intervención Educativa aplicada a las familias de pacientes críticos basada en el modelo de procesamiento cognitivo de la Información de Roy constituye un estímulo contextual que fortaleció los procesos de afrontamiento identificando y manipulando comportamientos que llevaron a la Adaptación.

11. RECOMENDACIONES

- Continuar con el diseño de más intervenciones educativas enfocadas a evaluar la efectividad de la mismas, sobre el nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación de las familias en la UCI, haciendo participe a un grupo multidisciplinario ya que es un fenómeno multicausal y de esta forma brindarse una mirada más integral a la familia.
- Se sugiere continuar aplicando la intervención diseñada en esta investigación con el fin de validar sus contenidos y metodología permitiendo garantizar la calidad de la misma de tal forma que pueda instaurarse en las unidades de cuidados intensivos.
- Continuar realizando trabajos de investigación que tengan como objetivo el diseño de intervenciones con la aplicación del Modelo de Adaptación de Roy a un grupo de tanto valor social como lo son las familias de pacientes críticos y el instrumento aplicado en esta investigación de tal forma que pueda continuar validándose en la práctica y convertirse en una herramienta practica y confiable en la disciplina de Enfermería.
- En el tiempo que se desarrollaron los talleres con las familias de pacientes críticos se planteó la necesidad por parte de las familias intervenidas, que estos talleres en la medida de lo posible fueran realizados en conjunto con un Equipo interdisciplinario, a su vez dejaron planteado la creación de una red de apoyo para las familias en situaciones de crisis y se hicieran periódicamente.

12. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Durante el tiempo de la recolección de la muestra se presentó un bajo índice ocupacional en la unidad de cuidado intensivo, que limitó el proceso de obtención de la muestra en el tiempo que estaba prescrito, razón por la cual se prolongó unos meses más la recolección.
- Durante el desarrollo de los talleres se vio la necesidad de la participación de una persona o más que apoyara la parte logística y desarrollo de actividades en los talleres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freitas KS, Kimura M, Ferreira K. Necesidades de las familias de pacientes en unidades de terapia intensiva: Análisis comparativo entre hospital público y privado. *Enfermagem*. 2007; 15(1): 84-92.
2. Flores I, Herrera E, Carpio E, Veccino M, et ál. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de la UCI. *Aquichan*. 2011; 11(1): 23-39.
3. MI Pardavila Belio, CG Vivar. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 2012; 23(2): 51-57.
4. Buckley P, Andrews T. Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011; 27(5): 263-72.
5. Eriksson T, Bergbom I, Lindahl B. The experiences of patients and their families of visiting whilst in an intensive care unit--a hermeneutic interview study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011; 27(2): 60-6.
6. McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: A Phenomenological study. *Intensive Crit Care Nur*. 2010; 26(5): 254-61.
7. Hidalgo I, Velez Y, Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2007; 18(3): 106-114.
8. Bernat R, López J, Fonseca. Vivencias de los familiares del enfermo ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Clínica*. 1999; 1(10): 19-27.
9. Campos MC, Cotrina MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enfermería Global*. 2011; 10(24): 103-109.
10. Zaforteza C, Gómez J, Gastaldo D, Sánchez-Cuenca P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares de paciente crítico? *Enfermería Intensiva*. 2003; 14(3): 109-119.
11. Amatriain A, Olmedo A, Viguria R, et ál. Restricciones Físicas en UCI: su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enfermería Intensiva*. 2012; 23(2): 77-86.
12. Anzoletti AB, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A. Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008; 24(6): 366-374.
13. Kantrowitz-Gordon I, Bennett D, Stauffer D, et ál. Facilitated Family at resuscitation: Effectiveness of a nursing student toolkit. *Nurse Education Today*. 2013; 33(10): 1258-1263.
14. Garayalde N, Coscojuela M, Eguia B, et ál. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enfermería Intensiva*. 2000; 11(3): 107-119.

15. Bettinelli LA, Erdman A. Hospitalización en una Unidad de Terapia Intensiva y la Familia. Perspectiva de Cuidado. Av. Enfermería. 2009; XXVII(1): 15- 21.
16. Clínica Shaio. Registros Estadísticos Unidad de Cuidado Intensivo Adulto. 2012.
17. Gómez-Carretero P, Soriano J, Monsalve V, De Andrés J. El Ingreso en la UCI: La Repercusión en el familiar del paciente. Boletín de psicología. 2006; (87): 61-88.
18. Uribe MT; Muñoz C, Restrepo J, Percepción Familiar del Paciente Crítico Cardiovascular. Invest. Educ. Enferm. 2004; 22(2): 50-61.
19. Díaz A. Díaz, N. Ampliando Horizontes: Una Experiencia sobre las Vivencias de Familiares de Pacientes Críticos. NURE Inv. 2004; 1(10): 9-19.
20. Santana L, Sánchez M, Hernández M, et ál. Necesidades de los familiares de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Medicina Intensiva. 2007; 31(6):273-280.
21. Vásquez M, Crespo L. Estrategias de Afrontamiento. En: Medicina clínica en Psiquiatría y Psicología. Barcelona: Masson; 2003.
22. Casado, F. Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. Equipo de Salud Mental Alcalá-Dos Hermanas. Hospital El Tomillar. [publicación en Internet]. 2005. [citado agosto 2013]. Disponible en: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL20_3_5.pdf.
23. Roy C, Andrews HA. The Roy Adaptation Model. 2º ed. Stanford: Appleton and Lange; 1999.
24. Beltrán O. Hay que poner de su parte para afrontar una enfermedad grave. Rev Aquichan. 2010; 10(3): 215-226.
25. Astudillo W., Mendineta C. Como apoyar al cuidador de un Enfermo en el final de la vida. Rev Psicooncología. 2008; 5(2-3): 359-381
26. Ledon L, Agramonte A. Proceso de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas. Revista cubana de endocrinología. 2007; 18(2): 69-75.
27. Chayaput P. Development and psychometric evaluation of the Thai version of the coping and adaptation processing Scale. Boston College, William F. Connell, Graduate School of Nursing; 2005, p. 22-27.
28. Roy, Callista. The Roy Adaptation Model. Third Edition. Alberta: Prentice Hall. 2009.
29. Jiménez D. La Intervención Educativa: Una Visión Holística de los problemas. [publicación en Internet]. 2009. [citado Junio 2012]. Disponible en: http://www.upn291.edu.mx/revista_electronica/DanielIntervencion.pdf.
30. Bassedas E, Huguet T, Plazaola M. Intervención Educativa y Diagnóstico Psicopedagógico. 10º ed. Barcelona: Paidós; 2010.
31. Abaunza, M. ¿El proceso de Enfermería hace parte de la calidad del cuidado? Revista Avances de enfermería. 2007; 25(2): 143.
32. Chaboyer W, Thalib L, Alcorn K, Foster M. The effect of an ICU liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: An intervention study. Intensive Crit Care Nurs. 2007; 23(6): 362-369.

33. Chien WT; Chiu YL. Lai-Wah L; Wan-Yim I. Effects of a needs-based education programmer for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study: Un estudio cuasi-experimental. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43(1): 39-50.
34. Hojatollah Y, Afsaneh K, Mahin M, Hamid G. Effectiveness of nursing interventions based on family needs on family satisfaction in the neurosurgery intensive care unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2012; 17(4): 296-300.
35. Van Horn, E. Tesh, A. The effect of critical care hospitalization on family members: Stress and responses. *Dimensions of critical care nursing*. 2000; 19(4): 40-49.
36. Sacco T, Stapleton F, Ingersoll I. Support Groups facilitated by families of former patient: creating family-inclusive critical care units. *Crit Care Nurse*. 2009; 29: 36-45.
37. Stover J. Interventions to Decrease Family Anxiety. *Crit Care Nurse* 2002; 6(22): 61-65.
38. Zaforteza C, Calvin C, García A. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2010; 21(1): 20–27.
39. Torrents R, Oliva E, Saucedo J. Impacto de los familiares del paciente crítico Ante una acogida protocolizada. *Enfermería Intensiva*. 2003; 14(2): 49-61.
40. Begoña M, Panduro J. El proceso de afrontamiento en personas recientemente Ostomizadas. *Index de enfermería*. 2010; 19(2-3): 115-119.
41. Oliveira C, Araujo T, Melo E., et al. Evaluación del proceso de adaptación de un anciano portador de hipertensión arterial. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2002; 10(4): 530-6.
42. Monroy P, Barrios A, Pérez E, Suárez C. Diseño de un instrumento de valoración del niño en estado crítico para el cuidado de enfermería, basado en el Modelo de adaptación de Callista Roy. *Enfermería Hoy*. 2003; 1(2): 5-18.
43. Jiménez V, Zapata L, Nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en la UCI. *Aquichan*. 2013; 13(2): 159-172.
44. González YM. Eficacia de dos intervenciones de enfermería basadas en la Teoría de Afrontamiento y Adaptación. [Tesis Doctoral Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007.
45. Botero J, Sarmiento P, Validez de constructo de la Escala de Medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy Versión en español. [Tesis para optar el título de Magister en enfermería]. Bogotá: Universidad de la Sabana. Chía, Colombia; 2011.
46. Ramos J. Respuesta adaptativa en el modo fisiológico, del lactante con bajo gasto cardiaco en estado crítico, a las intervenciones cotidianas de enfermería en la UCI pediátrica. [Tesis Maestría Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.

47. Martínez A, Rodríguez. A, Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad coronaria. *Enfermería en Cardiología*. 2005; 12(34): 15-21.
48. Villamizar B. Estimulación multisensorial auditiva, táctil, vestibular y visual (ATVV) para la capacidad de Adaptación según Roy en la eficiencia de la alimentación del recién nacido pre término. [Tesis Doctoral Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
49. Zaforteza C, Gastaldo D. et al. Relación entre enfermeras de Unidades de b Intensivos y Familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación*. 2004; 1(3): 1-7.
50. Grupo de investigación ADIR. Universidad de Oviedo. Intervención Educativa. [publicación en Internet]. 2007. [citado Mayo 2013]. Disponible en: http://www.grupocerpa.com/int_edu.php.
51. Pérez M. Como detectar las necesidades de una intervención socioeducativa. 2ª ed. Gran Canaria, España: Narce SA Ediciones; 1995.
52. Roy C. *Generating Middle Range Theory, From Evidence to Practice*. Springer Publishing; 2014.
53. Veloza M, Antolínez P. Desarrollo y Evaluación de la Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación. Traducción libre del documento "Deriving a Middle range Theory of Coping and Adaptation, Callista Roy". Facultad de enfermería y rehabilitación. Universidad de la Sabana; 2003.
54. Martínez G. Cuidados Intensivos: Necesidad de Cuidados intermedios. *Enfermería Intensiva*. 2002; 13(3): 113-124.
55. Arricivita V, Cabrera J. et al. Características de la organización de las visitas en la UCI. *Enfermería en Cardiología*. 2002; 1(25): 36-40.
56. Beltrán O. La Práctica de enfermería en UCI. *Rev Aquichan*. 2008; 8(1): 50-63.
57. Carreras J, Molina J. *Pedagogía Social Intervención educativa: entre el mito y la realidad*. Bogotá: Editorial Alianza; 2006.
58. Broyles L, Tate J, Happ M, Use of Augmentative and Assistive Communication Strategies by Family Members in the ICU. *Am J Crit Care*. 2012; 21(2): e21–e32.
59. Brysiewicz P, Chipps J. Effects of an evidence-based intervention on stress and coping of families of critically ill trauma patients. *Southern African Journal of Critical Care*. 2006; 22(2): 85-94.
60. Snapp S. Effects of an evidence-based intervention on stress and coping of families of critically ill trauma patients. [Tesis of Doctor of Philosophy in Nursing] Orlando: College of Nursing at the University of Central Florida; 2009.
61. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of critical care*. 2009; 18(6): 543-552.
62. Jiménez D. *La Intervención Educativa: Una Visión Holística de los problemas sociales*; 2007. [citado Junio 2012] Disponible en http://www.upn291.edu.mx/revista_electronica/DaniellIntervencion.pdf.

63. Morí M. Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Revista de Psicología*. 2008; (14): 81-90.
64. Ministerio de la Protección social - Universidad Nacional de Colombia. Convenio 405 del 2006, Boletín Julio 2007. Bogotá.
65. Moreno ME, Alvarado A. Aplicación del modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: Revisión de la literatura. *Aquichan*. 2009; 9(1): 1-9.
66. Roy, C. *The Adaptation Model*. Third Edition. Alberta: Prentice Hall; 2009. Cap. 3. p. 56-59.
67. Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación de Roy: Análisis de los conceptos del modelo de Adaptación de Roy. *Aquichan*. 2002; 1(2): 19-21.
68. Roy, C. *The Adaptation Model*. Third Edition. Alberta: Prentice Hall; 2009. Cap. 4. p. 88-102.
69. Pereira R, De Oliveira M, Araujo T, Giménez M. Aplicación del modelo de adaptación de Roy a un cliente pediátrico en un ambiente hospitalario. *Cultura de los Cuidados*. 2011; 1(29): 74-81.
70. Alarcón-Rosales R, Modelo de Adaptación: Aplicación en pacientes con Diálisis Peritoneal continua ambulatoria. *Enfermería Inst Mex Seguro Social*. 2007; 15(3): 155-160.
71. Brandaó de Carvalho A, Cavalcante M, Oliveira López M. Adaptación Psico social de los adolescentes pos trasplante renal, según la teoría de Roy. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2005; 23(5): 69-77.
72. Cavalcante T, Araujo T, et ál. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arteria. *Rev. Latinoamericana de Enfermería*. 2002; 10(4): 530-536.
73. Esquivel E, García M. Nivel de Adaptación en el Modo Fisiológico: Actividad y Descanso del Adulto Mayor con Hipertensión Arterial. *Desarrollo Científico en Enfermería*. 2007; 15(6): 115-119.
74. Monroy P. Aproximación a la experiencia de aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. *Enfermería Hoy*. 2003; 1(1): 17-20.
75. Nóbrega A, Lopes MVO. Problemas de Adaptación psicosocial de madres de niños portadores de Síndrome de Down. *Cultura de los Cuidados* 2005; 3(17): 68-73.
76. Aguilera P, Whetsell MV. La Ansiedad en niños hospitalizados. *Aquichan*. 2007; 7(2): 207-218.
77. Lopes MVO, Pagliuca L MF, Araujo TL. Historical evolution of the concept environment proposed in the Roy Adaptation Model. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2006; 14(2): 259-65.
78. Roy, C. *The Adaptation Model*. Third Edition. Alberta: Prentice Hall; 2009. Cap. 12. p. 269-283.
79. Roy C. *Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS)*. Massachusetts: Boston Collegue; 2004.
80. Posada A. El Subsistema Cognitivo en la etapa preescolar. *Aquichan*. 2006; 6(1): 68-76.

81. Gutiérrez, C. Moreno, ME. Et al. Validez y Confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación" Callista Roy. *Aquichan*. 2007; 7(1): 54-57.
82. Ivo ML, Campos de Carvalho E. Assistência de Enfermagem a portadores de anemia falciforme, à luz do referencial de Roy. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(2): 192-8.
83. Mesquita M, Magalhaes da silva R, et al. Comportamentos da família diante do diagnóstico de câncer de mama. *Enfermeria Global*. 2007; 1(10): 1-10:
84. Zavala MR, Vásquez O, Whetsell, MV. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichan*. 2006; 6(6): 8-21.
85. Whetsell M, Frederickson K, Aguilera P, Maya JL. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. *Aquichan*. 2005; 5(5): 72-85.
86. Zavala MR, Whetsell MV. La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Aquichan*. 2007; 7(2): 174-88.
87. Lazcano M, Salazar BC. Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan*. 2007; 7(1): 77-84.
88. Roy C. *Generating Middle Range Theory, From Evidence to Practice*. Springer Publishing; 2014. Cap. 11. p. 309-324.
89. Niska K. Mexicam Americam Family Process: Nurturing support, and socialization. *Nursing Science Quarterly*. 1999; 12(4): 335-340.
90. Ciambelli M. *Adaptation in marital partners with fertility problems: Testing a midrange theory derived from Roy's adaptation model* (Doctoral dissertation. Wayne State University) *Dissertation Abstracts International*; 1996.
91. Zbegner DK. *An exploratory retrospective study using the Roy adaptation model: The adaptive mode variables of physical energy level, self-esteem, marital satisfaction, and parenthood motivation as predictors of coping behaviors in fertile women* (Doctoral Dissertation). Widener University School of Nursing Chester: Pennsylvania; 2003.
92. Kruszewski A. *Psychosocial adaptation to termination of pregnancy for fetal anomaly* (Doctoral dissertation, Wayne State University) *Dissertation Abstracts International*; 1999.
93. Polit D, Hungler B. *Investigación científica en ciencias de la salud*. Sexta Edición. México: McGraw Hill; 2000. p. 170.
94. Barrera L., et al. La habilidad del cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Investigación y Educación en enfermería*. 2006; 24(1): 36-46.
95. Botero J, Sarmiento P. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión modificada en español. *Index Enferm*. 2013; 22(4): 233-236.
96. Ministerio de Salud. Resolución 008430 del 04 de octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: MinSalud; 1993.
97. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. *Arbor, Ciencia, Pensamiento y Cultura*. Marzo – Abril del 2008; 184(730): 349 – 352.

98. Congreso Nacional de la República de Colombia. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Bogotá: Congreso de la República; 2004.
99. Achury D, Achury L, Ramírez A. Las Familias y las visitas en la unidad de cuidados intensivos. *The World of critical care Nursing*. 2008; 8(1): 2-8.
100. Garrouste-Orgeas M, Phillipart F. Perceptions of a 24 hours visiting policy in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2008; 36(1): 30-35.
101. Davidson JE. Family-Centered Care: Meeting the Needs of Patients' Families and Helping Families Adapt to Critical Illness. *Crit Care Nurse* June. 2009; 29(39): 28-34.
102. Moos R, Schaefer J. Coping resources and processes: Current concepts and measures. L. Goldberger and B. Shlomo (Eds). *Handbook of Stress. Theoretical and clinical aspects*; 1983. p. 234-257.

A N E X O S

Anexo A. Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy. Versión en español (ECAPS)

**ESCALA VERSIÓN FINAL
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

PROYECTO DE TESIS: VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE ROY VERSIÓN EN ESPAÑOL (ECAPS)

Por: Johana Botero, Paola Sarmiento
Directora de tesis: Gloria Carvajal Carrascal

ID: _____
Edad: _____
Sexo: Masculino: _____ **Femenino:** _____
Nivel socioeconómico: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
6 _____
Grado de escolaridad: Primaria incompleta _____ Primaria completa _____
Bachillerato incompleto _____ **Bachillerato completo** _____
Técnico _____ **Tecnólogo** _____ **Universitario** _____
Especialización _____
Maestría _____ **Doctorado** _____

Instrucciones:

A continuación usted encontrará una lista de frases que muestran la forma como las personas responden a los problemas o situaciones difíciles. Por favor encierre en un círculo el número que exprese la forma como usted se comportaría. Las opciones de respuesta son: 0: nunca, 1: casi nunca, 2: casi siempre, 3: siempre

Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión en español		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1.	Cuando tengo un problema o situación difícil, puedo seguir varias indicaciones al mismo tiempo	0	1	2	3
2.	Cuando tengo un problema inesperado encuentro soluciones nuevas para resolverlo	0	1	2	3
3.	Cuando tengo un problema o situación difícil, acepto el problema como es o como se presenta	0	1	2	3
4.	Cuando estoy preocupado por un problema o situación difícil tengo	0	1	2	3

Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión en español		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
	dificultad para completar actividades, tareas y proyectos				
5.	Cuando tengo un problema o situación difícil solo puedo pensar en lo que me preocupa del mismo	0	1	2	3
6.	Me siento bien cuándo creo que manejo los problemas lo mejor que puedo	0	1	2	3
7.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones	0	1	2	3
8.	Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles	0	1	2	3
9.	Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil	0	1	2	3
10.	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento orientar mis sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa	0	1	2	3
11.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me siento atento y activo durante el día	0	1	2	3
12.	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento que mis sentimientos no influyan para ver lo que sucede	0	1	2	3
13.	Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación	0	1	2	3
14.	Tiendo a reaccionar de manera exagerada cuando tengo un problema o situación difícil	0	1	2	3
15.	Cuando tengo un problema o situación difícil, tiendo a bloquearme y confundirme al menos por un tiempo	0	1	2	3
16.	Cuando tengo un problema o situación difícil, siento que es complicado hablar del problema	0	1	2	3
17.	Me desempeño bien manejando problemas complicados	0	1	2	3
18.	Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación	0	1	2	3

Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión en español		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
19.	Con el fin de salir de un problema o situación difícil puedo hacer cambios drásticos en mi vida	0	1	2	3
20.	Mi capacidad para actuar mejora cuando me encuentro en situaciones estresantes	0	1	2	3
21.	Puedo relacionar los problemas o situaciones difíciles con mis experiencias pasadas y con mis planes futuros	0	1	2	3
22.	Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga	0	1	2	3
23.	Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas	0	1	2	3
24.	Utilizo las soluciones que le han funcionado a otros para resolver mis situaciones difíciles o problemas	0	1	2	3
25.	Veó las situaciones difíciles o problemas como una oportunidad o un reto	0	1	2	3
26.	Cuando tengo un problema o situación difícil, propongo diferentes soluciones para resolver la situación aunque estas parezcan difíciles de alcanzar	0	1	2	3
27.	Cuando tengo un problema o situación difícil, experimento cambios en el funcionamiento de mi cuerpo	0	1	2	3
28.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me hago cargo rápidamente y manejo las dificultades en la medida que van apareciendo	0	1	2	3
29.	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar	0	1	2	3
30.	Cuando tengo un problema o situación difícil adopto rápidamente nuevas habilidades para resolverlo	0	1	2	3
31.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente	0	1	2	3
32.	Cuando tengo un problema o situación difícil, desarrollo un plan que tiene una serie de acciones o pasos para enfrentar la situación	0	1	2	3

Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión en español		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
33.	Cuando tengo un problema o situación difícil, tengo muchas expectativas acerca de la manera cómo se resolverá la situación	0	1	2	3

Puntuación	A partir de la metodología de estratificación óptima con fronteras de Dalenius: Afrontamiento bajo: 33-57 Afrontamiento medio: 58-68 Afrontamiento alto: 69-99	Documento interno
------------	---	-------------------

Anexo B. Consentimiento Informado
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACION, UNIVERSIDAD DE LA SABANA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA

Nombre del Sujeto: _____ **Fecha:** __ __ / __ __ __ / 2014

Título del Estudio: Efecto de una intervención educativa sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en Familiares de pacientes Hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos

Investigador: Claudia Marcela Alemán Parra

Fundación Abood Shaio

Diag.115 A 70 C75 Teléfono 5938210 Ext .2321 celular 3208464825

INVITACION A PARTICIPAR

Este es un estudio de investigación en Enfermería para obtener el título de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana.

Cordialmente estamos invitándole como representante (Familia) del paciente a participar en una investigación, a cargo de la enfermera Claudia Marcela Alemán bajo la dirección de la Profesora Carmen Helena Ruiz, asesora.

El objetivo general de esta investigación es determinar el efecto de una intervención educativa sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación en familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo.

El conocimiento derivado de este proyecto determinara el efecto de una intervención educativa sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación en familiares de pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se pretende con los resultados medir el efecto de una intervención en las familias de pacientes críticos, implementar con el tiempo en la unidad de cuidados intensivos esta intervención como parte de la atención brindada a las familias, de tal forma que beneficien y brinde herramientas en la capacidad de afrontamiento y adaptación frente a la situación de enfermedad en una situación crítica.

Los resultados de este estudio serán un recurso valioso para la gestión del cuidado de enfermería en las unidades de cuidados intensivos al incluir a los familiares de los pacientes hospitalizados.

Se espera que su participación en el estudio sea alrededor de 50 min por cada taller realizado, en total tres talleres. Participarán en el estudio cincuenta familias seleccionadas en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Fundación Clínica Shaio.

Su participación es absolutamente voluntaria. Usted debe leer la información aquí descrita y preguntar todo aquello que no entienda antes de decidir si desea o no participar.

CONCEPTOS

CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION

Habilidad de la persona basada en sus patrones para responder a los cambios del ambiente, en donde usa sus estilos de afrontamiento y estrategias de adaptación para adaptarse efectivamente a los desafíos. (Callista Roy, 1998)

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACION, UNIVERSIDAD DE LA SABANA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA**

Nombre del Sujeto: _____ **Fecha:** __ __ / __ __ __ / 2014

Título del Estudio: Efecto de una Intervención educativa sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en Familiares de pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivo

Investigador: Claudia Marcela Alemán Parra

Fundación Abood Shaio

Diag. 115 A 70 C 75.

Teléfono: 5938210 Ext. 2321 celular 320 8464825

INTERVENCION EDUCATIVA

La intervención educativa es el elemento nuclear de todo proceso de enseñanza-aprendizaje. Cualquier intervención parte de una evaluación previa, a la que sigue un entrenamiento estratégico que finaliza con una evaluación final, útil para contrastar la eficacia de todo el procedimiento desarrollado. (Pérez, M. 1995)

1. OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación en familiares de pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidado Intensivo

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir la capacidad de afrontamiento y adaptación de familiares de pacientes hospitalizados en una UCI antes de la aplicación de una intervención educativa.
- Describir la capacidad de afrontamiento y adaptación de familiares de pacientes hospitalizados en una UCI después de la aplicación de una intervención educativa.
- Comparar la capacidad de afrontamiento y adaptación de familiares de pacientes hospitalizados en una UCI antes y después de una intervención educativa.

3. PROCEDIMIENTOS

Si Usted decide voluntariamente participar en este estudio, se le pedirá lo siguiente:

- a. Usted responderá en forma escrita a las preguntas de 1a Escala de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy, las preguntas se realizan con el fin de identificar la manera como las familias de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos utiliza sus habilidades para afrontar el estrés y promover su adaptación.
- b. Se le pedirá a los familiares seleccionados, la participación en tres talleres programados para llevar a cabo la intervención educativa diseñada para las Familias de pacientes críticos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACION, UNIVERSIDAD DE LA SABANA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA**

Nombre del Sujeto: _____ **Fecha:** __ __ / __ __ __ / 2014

Título del Estudio: Efecto de una Intervención educativa sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en Familiares de pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivo

Investigador: Claudia Marcela Alemán Parra

Fundación Abood Shaio

Diag. 115 A 70 C 75.

Teléfono: 5938210 Ext. 2321 celular 320 8464825

4 RIESGOS O MOLESTIAS POTENCIALES

Los riesgos de los procedimientos del estudio incluyen:

- a) Usted puede sentir cierta molestia o incomodidad por tener que responder ciertas preguntas sobre sí mismo. Usted puede rehusarse en contestar aquellas preguntas que le generen molestia y esto no afectará su participación en el estudio. Sin embargo, si usted experimenta molestias, usted puede parar la ejecución y expresar al equipo de investigación su deseo de retirarse. se le asignara otra fecha para la realización del mismo.

Ésta investigación no supone riesgos para la salud, integridad o bienestar de los participantes.

5. BENEFICIOS ANTICIPADOS PARA SUJETOS

Este estudio no generará ningún cambio o mejoría en su estado actual de salud. Usted tiene derecho a rehusarse a participar. Ninguno de los resultados de ninguna de las pruebas le será informado.

6. BENEFICIOS ANTICIPADOS PARA LA SOCIEDAD

El beneficio principal de este proyecto es para las familias de pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos que podrán participar en el desarrollo de una intervención educativa sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación frente a la hospitalización de un familiar en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Shaio. A través de esta intervención se aspira a llegar a tener una familia preparada para afrontar y asumir la hospitalización de su familiar en una unidad de cuidados intensivos.

Aunque usted podría no recibir un beneficio directo de este estudio, tomar parte en el mismo puede ayudar a otros en un futuro como un resultado del conocimiento ganado de esta investigación.

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACION, UNIVERSIDAD DE LA SABANA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA**

Nombre del Sujeto: _____ **Fecha:** ___/___/2014

Título del Estudio: Efecto de una Intervención educativa sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en Familiares de pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivo

Investigador: Claudia Marcela Alemán Parra

Fundación Abood Shaio

Diag. 115 A 70 C 75.

Teléfono: 5938210 Ext. 2321 celular 320 8464825

7. ALTERNATIVAS DE PARTICIPACION

Usted puede escoger no participar en este estudio. Si usted escoge participar, usted podrá retirarse del mismo en cualquier momento sin perjuicio para usted de ningún tipo.

8. COMPENSACION POR SU PARTICIPACION

No se proporcionará dinero u otras formas de bienes materiales por la participación en esta investigación.

9. POSIBLES PRODUCTOS COMERCIALES

Este estudio no generará como resultado el desarrollo de ningún producto comercial.

10. OBLIGACIONES FINANCIERAS

Usted no tendrá que pagar por la prueba que le sea aplicada para el objetivo del estudio.

11. CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Si usted firma esta forma de consentimiento, usted está autorizando el uso de la información sobre su estado en este estudio.

La información obtenida durante el estudio será archivada en la Facultad de Enfermería y Rehabilitación (Campus Universitario de la Universidad de la Sabana, Chía Colombia), las copias son en papel y serán guardadas bajo llave, así como los archivos electrónicos generados, serán protegidos con claves de seguridad.

Si usted no está de acuerdo con dar esta autorización, no podrá participar en el estudio.

El equipo de investigación o el comité de ética en investigación también pueden necesitar acceso a su información, como parte de los procedimientos de estudio. Cuando los resultados de la investigación sean publicados o discutidos en conferencias, ninguna información correspondiente con su identidad se verá revelada.

Este formato de consentimiento, que contiene su autorización para el uso de los datos que arrojen su participación, no tiene fecha de expiración.

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACION, UNIVERSIDAD DE LA SABANA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA**

Nombre del Sujeto: _____ **Fecha:** __ __ / __ __ __ / 2014

Título del Estudio: Efecto de una Intervención educativa sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en Familiares de pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivo

Investigador: Claudia Marcela Alemán Parra

Fundación Abood Shaio

Diag. 115 A 70 C 75.

Teléfono: 5938210 Ext. 2321 celular 320 8464825

Si usted retira su consentimiento, la información que ya haya sido utilizada para el análisis de datos, no será retirada, pero ninguna nueva información será incluida.

12. RETIRO DE SU PARTICIPACION POR PARTE DEL INVESTIGADOR

La investigadora puede decidir finalizar su participación en el estudio por las siguientes razones:

Cuando sea peligroso para usted continuar en caso de enfermedad, presencia de algún malestar físico o emocional durante el desarrollo de la intervención que comprometa la ejecución de la misma o desarrolla alguna enfermedad durante su participación. La decisión se dará para proteger su salud y seguridad.

13. DERECHOS DE SUJETOS DE INVESTIGACION

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como sujeto de investigación, o si usted tiene alguna queja, duda o solicitud, sobre su participación en el estudio, por favor comuníquese con Carmen Helena Ruiz asesora de la Investigación al 8615555/6666, Ext.: 2416 en Chía, Cundinamarca, , Gloria Carvajal, Directora de Posgrados en de la Facultad de Enfermería al 8615555/6666, Ext.: 2403-2409 en Chía, Cundinamarca y Jorge Alberto Aldas Gracia, Presidente Comité de Ética e investigaciones Fundación Clínica Shaio Diag.115 A 70C 75.-Bogota . Telefax 571-6243372.Celular 315 3360605.

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACION, UNIVERSIDAD DE LA SABANA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA

Nombre del Sujeto: _____ Fecha: ___/___/2014

Título del Estudio: Efecto de una Intervención educativa sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en Familiares de pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivo

Investigador: Claudia Marcela Alemán Parra

Fundación Abood Shaio

Diag. 115 A 70 C 75.

Teléfono: 5938210 Ext. 2321 celular 320 8464825

FIRMA DEL SUJETO PARTICIPANTE

He leído toda la información contenida en este formato de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido resueltas a mi entera satisfacción. Tengo claro que si tengo alguna otra duda en adelante, cuento con los datos de contacto de las investigadoras para realizar las preguntas directamente. Yo autorizo el uso de mi información y mi identificación tal y como la registro en adelante. Autorizo el uso de mi información según lo registra este formato.

AL FIRMAR ESTE FORMATO YO ESTOY CONFIRMANDO QUE ESTOY DE ACUERDO CON PARTICIPAR EN EL PROTOCOLO DESCRITO AQUI.

Nombre de Participante

Fecha

Firma de Participante

Número de Cédula

Nombre Testigo No. 1

Número de Cédula Testigo No 1

Firma de Testigo No.1

Relación con Participante

Dirección Testigo No. 1

Fecha

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACION, UNIVERSIDAD DE LA SABANA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA

Nombre del Sujeto: _____ Fecha: __ __ / __ __ __ / 2014

Título del Estudio: Efecto de una Intervención educativa sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en Familiares de pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivo

Investigador: Claudia Marcela Alemán Parra

Fundación Abood Shaio

Diag. 115 A 70 C 75.

Teléfono: 5938210 Ext. 2321 celular 320 8464825

Nombre Testigo No. 2

Número de Cédula Testigo No 2

Firma de Testigo No.2

Relación con Participante

Dirección Testigo No. 2

Fecha

Nombre del Investigador

Número de Cedula Investigador

Firma del Investigador

**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACION, UNIVERSIDAD DE LA SABANA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA**

Nombre del Sujeto: _____ **Fecha:** __ __ / __ __ __ / 2014

Título del Estudio: Efecto de una Intervención educativa sobre la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en Familiares de pacientes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivo

Investigador: Claudia Marcela Alemán Parra

Fundación Abood Shaio

Diag. 115 A 70 C 75.

Teléfono: 5938210 Ext. 2321 celular 320 8464825

Versión 4.0 15 marzo 2014

Anexo C. Formato Libreto Video Institucional

LIBRETO DE UN VIDEO INSTITUCIONAL PARA LAS FAMILIAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UCI MODO DE PRESENTACIÓN

FORMATO DVD-FOLL HD

DURACIÓN 10 MINUTOS

DIRIGIDO A FAMILIAS DE PACIENTES EN LA UCI

CINCO TEMAS

CINCO PÍLDORAS (MOMENTOS DE NO OLVIDAR O RECORDAR)

PRIMERA FASE

ANTES DEL INGRESO A UCI

GRABACIÓN SAL A DE ESPERA DE LAS FAMILIAS

Los familiares se encuentran en la sala de espera, antes de ingresar a la UCI experimentando, sensaciones como angustia, miedo, incertidumbre entre otras frente a la situación de enfermedad del familiar hospitalizado en la UCI, cada persona utilizará estrategias de manejo a las situaciones evidenciadas por diferentes comportamientos y actitudes dependiendo de las experiencias pasadas, de su cultura y sus creencias. Los estímulos en el ambiente o entorno serán parte esencial para el desarrollo de estrategias o conducirán a disminuir el nivel de capacidad de afrontamiento a la situación vivida.

Todas las intervenciones que se puedan realizar en este escenario contribuirán a fortalecer o crear procesos de afrontamiento que permitan al familiar estar menos angustiado y más informado sobre la situación de su familiar.

En esta fase se realizará una grabación de todos los familiares en la sala de espera y el proceso de ingreso a la UCI.

El brindar información adecuada oportuna y a tiempo sobre lo que se debe saber antes del ingreso contribuye a disminuir la incertidumbre y optimizar el afrontamiento.

RECEPCIÓN Y FICHAS Se grabará el proceso de recepción y presentación frente al recepcionista y la importancia de estar atentos al llamado para el ingreso.

FORMA DE INGRESO Se grabará la forma en que se debe ingresar hasta conducirlos a la UCI, explicándoles que dependiendo del área en donde se encuentre el paciente, la ruta cambiará (sala de pacientes sépticos o con infección sala general.)

Se recordará en este momento la importancia del lavado de manos antes del ingreso realizando una toma de una personal lavándose las manos con la técnica correcta.

MOMENTOS QUE RECORDAR

Las Píldoras en la fase de grabación representan esos momentos o Tipos que se deben tener presente y no olvidar.

1 Píldora **(QUE NO HACER)** No ingresar comida, bebidas, No Ingresar con niños menores de 12 años.

2 Píldora **(QUE SI PUEDE HACER)** Si puede ingresar artículos personales de aseo, Radio Fotos de la familia, Revistas, Imágenes, que permitan sentirse cerca a los suyos o a lo que le gusta.

FASE DOS

GRABACIÓN DE CONCEPTOS SOBRE LA UCI

En esta fase se presenta la UCI, realizando un plano donde se muestre la unidad y sus áreas, desde ese momento la enfermera empieza a hablar sobre diferentes puntos y aspectos de la UCI con el fin de brindar información correcta y exacta de lo que significa una UCI y su entorno.

El tener previamente el conocimiento sobre algo que es nuevo y desconocido favorece a tener ya en el sistema cognitivo de la información un saber o aprendizaje previo que permita con una nueva experiencia disminuir el grado de ansiedad y temor que genera la situación estresante en este caso la enfermedad.

Es importante tener presente que en un ambiente donde los estímulos constituyen todas las condiciones o circunstancias que rodean o afectan los comportamientos, La identificación temprana de los mismos constituye el objetivo para dar intervención oportuna y favorecer el afrontamiento y la adaptación.

PERSONA HABLANDO (ENFERMERA) SOBRE:

La Enfermera es la encargada de hablar durante la primera parte de la grabación dando a conocer los diferentes partes y elementos que se encuentran en una UCI:

- QUE ES UNA UCI
- TIPOS DE PACIENTES
- CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD
- CRITERIOS DE INGRESO A LA UCI
- RESTRICCIONES AL INGRESO
- TIPOS DE AISLAMIENTOS
- POR QUE SE REQUIERE UNA UCI

FASE TRES

DISPOSITIVOS TÉCNICOS DE QUE CONSTA Y PARA QUE SIRVE

En esta fase la Enfermera continua hablando sobre los diferentes dispositivos y tecnología que se encuentra en la UCI, sonidos que emiten estos aparatos y que pueden alarmar a las familias, generándoles ansiedad, angustia y miedo de que algo está pasando con su familiar.

Estos dispositivos y sonidos entran a ser estímulos que desencadenan respuestas y cambios en el comportamiento generando con el tiempo, si no son atendidos y controlados de manera oportuna, niveles de afrontamiento bajo y exacerbando los síntomas.

En esta fase de grabación se mostraran los siguientes dispositivos explicando su función y para que le sirven al paciente.

APARATOS Y DISPOSITIVOS

- EQUIPOS PARA MONITOREO: MONITOR -VENTILADOR
- CATÉTERES Y DISPOSITIVOS EN EL PACIENTE
- EQUIPOS DE ULTIMA TECNOLOGÍA
- ARTÍCULOS PARA USO DEL PACIENTE
- PÍLDORA (RUIDOS ACCESORIOS EN LA UCI)Se explica las alarmas, que se debe hacer cuando suenan)

FASE CUATRO

En esta fase se grabará a todo el personal que labora en la UCI, se irá presentando a cada representante de los diferentes grupos y cada uno entra a explicar y dar a conocer sus funciones, de tal forma que las familias puedan identificarlos y reconocerlos al ingresar a la UCI. De esta manera, el conocer y saber quiénes son los que cuidan y trabajan por el bienestar de su familiar hospitalizado contribuye a disminuir en las familias la Incertidumbre y a saber direccionarse para recibir información oportuna y a tiempo sobre el estado de su salud, este proceso de aprendizaje previo al ingreso a la UCI permite resignificar el conocimiento y utilizarlo para transformar comportamientos inefectivos en comportamientos adaptativos entre las personas y su entorno.

RECURSO HUMANO

PERSONAL A CARGO:

- JEFE COORDINADOR MEDICO DE LA UCI
- MÉDICOS RESIDENTES DE CUIDADO INTENSIVO

- PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA
- FISIOTERAPEUTAS
- NUTRICIONISTAS
- SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO
- SERVICIOS DE APOYO (TRABAJO SOCIAL- ASESORÍA ESPIRITUAL)

FASE CINCO

En esta fase se continúa la grabación en la UCI donde se dará a conocer a las familias el horario de visitas e información del estado del paciente.

MOMENTO DE INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES

Se dará a conocer a los familiares los momentos en los cuales se dará información sobre el estado de salud del paciente y ellos pueden preguntar a cualquier a los enfermeros encargados del paciente quienes brindarán la información necesaria para disminuir los niveles de ansiedad y angustia a los familiares, mientras se les da la información oficial por la parte médica.

MOMENTOS DE RETIRO DE LAS FAMILIAS EN SITUACIONES CRÍTICAS

En la grabación a Las Familias se les informa que en una situación crítica de salud del paciente (paro cardiorrespiratorio, inestabilidad, realización de procedimientos, traslados de los pacientes a exámenes especiales) ellos deberán retirarse para manejar dicha situación al igual que serán informados cuando se requiera de la compañía permanente o deseen por parte de la familia acompañar al paciente cuando este lo necesite.

De esta forma se contribuye a que los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI logren llegar a un proceso de afrontamiento adecuado utilizando todos los recursos necesarios para adaptarse al medio, independiente de los resultados obtenidos.

FIN DE LA GRABACION.