



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis

*Estrés Percibido y su Relación Afrontamiento-Adaptación
en el Familiar del Paciente de la UCI*

Presenta:

LE. Gladys Pérez Vázquez

Para Obtener el Grado de Maestra en Enfermería

Agosto, 2017



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis

*Estrés Percibido y su Relación Afrontamiento-Adaptación
en el Familiar del Paciente de la UCI*

Presenta:

LE. Gladys Pérez Vázquez

Director de tesis:

ME. Adriana Rosalía González Hernández

Para Obtener el Grado de Maestra en Enfermería

Agosto, 2017

**Tesis: ESTRÉS PERCIBIDO Y SU RELACIÓN AFRONTAMIENTO-ADAPTACIÓN
EN EL FAMILIAR DEL PACIENTE DE LA UCI**

Número de registro: SIEP/ME/035/2016

Jurado de Examen de Grado

**ME. Adriana Rosalía González Hernández
Presidenta**

**MCE. María Araceli García López
Secretario**

**DCE. Erick Alberto Landeros Olvera
Vocal 1**

**MCE. Brenda Reséndiz Maldonado
Vocal 2**

**MCE. María de la Luz Bonilla Luis
Directora de la FE-BUAP**

**MCE. Marcela Flores Merlo
Secretaria de Investigación y Estudios de
Posgrado FE-BUAP**

Resumen

Candidato a obtener el grado de Maestría en Enfermería
Fecha de graduación: 31 de agosto del 2017
Universidad: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Título de tesis: Estrés percibido y su relación
afrentamiento-adaptación en el familiar del paciente de la UCI.

Gladys Pérez Vázquez
Facultad de Enfermería
Número de páginas: 61.

Introducción. En el complejo entorno de la Unidad de Cuidados Intensivos, toda la atención y el cuidado de enfermería están enfocados al paciente dejando de lado las necesidades del familiar, quien atraviesa por un proceso de adaptación a un medio ambiente desconocido. La falta de atención, comprensión y apego de enfermería en el familiar precipita niveles altos de estrés y un inadecuado proceso de afrontamiento-adaptación, el cual puede resultar en sentimientos de preocupación, frustración, enfado, tristeza, miedo, dificultad en la comprensión de información. La descripción de estas relaciones no ha sido clarificada en la literatura. Es aquí donde cobra importancia la utilización del Modelo de Adaptación de Roy (2009), donde permite identificar estímulos y procesos de afrontamiento en el familiar, teóricamente permitirá a enfermería establecer estrategias para orientar el cuidado.

Objetivo. Determinar la relación entre el estrés percibido y la capacidad de afrontamiento-adaptación en el familiar del paciente adulto de la UCI.

Metodología. Diseño descriptivo, correlacional, muestreo no probabilístico, muestra conformado por 120 familiares de pacientes de la UCI. Previo consentimiento informado, se aplicó cédula datos sociodemográficos e instrumentos de Escala de Estrés Percibido y Escala Medición Proceso Afrontamiento y Adaptación Modelo Callista Roy, con coeficientes de confiabilidad aceptables.

Resultados: En los datos sociodemográficos predominó el género femenino (59%), estado civil casado (52%), parentesco hijos (32%), ocupación labores del hogar (32%), edad promedio 42, años de escolaridad con un promedio de 10 años. El nivel de estrés percibido fue bajo y el grado de capacidad afrontamiento-adaptación baja, datos que se sustentan dado que sus preocupaciones se relacionan con otros factores como el cuidado de sus hijos y confían el cuidado de su paciente con el personal especializado de enfermería. Las capacidades de afrontamiento-adaptación que el familiar utiliza con mayor frecuencia: estar pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación (67%) y encontrar soluciones nuevas para resolverlo (57%).

Conclusiones: La correlación entre la variable independiente (estrés) y dependiente (afrontamiento-adaptación) no fue estadísticamente significativa ($r=-.105$, $p=.588$), sin embargo, por factores se encontró correlación estadísticamente significativa (factor 1, 2, 3, 4). La escala modificada, permitió identificar las capacidades de afrontamiento-adaptación en el familiar que con mayor frecuencia utiliza, comprobando así, que la teoría permitió conocer el proceso que realiza el familiar para llegar a un grado de capacidad ante un estímulo, los resultados del estudio de investigación apoyan al Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy.

Palabras clave: estrés, afrontamiento-adaptación, familiar, UCI.

Firma de director de tesis: _____

Agradecimientos

A la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, por el apoyo brindado para fortalecer y formar el conocimiento en el posgrado de Maestría en Enfermería.

A ME. Adriana Rosalía González Hernández, director de tesis, por sus valiosas sugerencias y recomendaciones en el desarrollo del trabajo de investigación, por su paciencia y confianza del inicio hasta el final.

Al DCE. Erick Alberto Landeros Olvera, docente de asignaturas de estadística, investigación en enfermería I, III y optativa II: Taller de escritos científicos, por su acompañamiento constante, recomendaciones, indicaciones, sugerencias y orientaciones oportunas.

A todos mis maestros que colaboraron para forjar, fortalecer e impulsar con conocimiento y sabios consejos para que continuara y finalizara mis estudios de posgrado, a ellos gracias por todo su apoyo.

A mis amigos, compañeros de grupo y generación 2015-2017, gracias por su amistad, tolerancia, apoyo y confianza.

A mis compañeros de trabajo enfermeras y médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos y Directivos respectivamente del Hospital de Traumatología y Ortopedia y Hospital General Regional No. 36 del IMSS, Puebla, Pue, gracias por su apoyo y confianza.

Dedicatoria

A Dios por guiarme en el camino correcto y darme la oportunidad de asumir este proyecto profesional de vida y sacarlo adelante, finalizándolo.

A mi madre Herminda Vázquez Roldan y mi padre, que en paz descansa, Odilón Pérez Teloxa por su ejemplo, amor y confianza.

A mis queridos hermanos Odilón, Gloria, Esmeralda, Armando y Maximino, por todo su apoyo, amor, tolerancia y comprensión.

A mi querido esposo Raúl Sánchez Zeferino por su amor, tutoría sin autoría, apoyo, comprensión, escucha atenta y confianza en todo momento.

A cada uno de mis compañeros enfermeros (as), si tienes una actitud positiva y te esfuerzas constantemente para dar tu mejor esfuerzo, con el tiempo vas a superar tus problemas inmediatos y encontrarás que estás listo para retos mayores (Pat Riley).

Mi dedicatoria y esfuerzo a cada uno de ellos, por impulsarme día a día, gracias.

Tabla de Contenido

	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Propósito de investigación	4
1.3 Marco teórico conceptual	5
1.3.1 Estructura teórica	11
1.3.2 Ubicación del fenómeno de estudio en la teoría	12
1.3.3 Estructura teórica conceptual empírica	13
1.4 Estudios relacionados	14
1.4.1 Estudios directamente relacionados	14
1.4.2 Estudios indirectamente relacionados	15
1.5 Definición operacional	18
1.6 Objetivo general	18
1.6.1. Objetivos específicos	18
1.7 Hipótesis	19
Capítulo II	20
Metodología	20
2.1 Diseño de estudio	20
2.2 Población	20
2.3 Muestreo y muestra	20

2.4 Criterios de selección	20
2.4.1 Criterios de inclusión	20
2.4.2 Criterios de exclusión	20
2.4.3 Criterios de eliminación	20
2.5 Instrumentos de medición	21
2.6 Procedimiento	23
2.7 Consideraciones éticas del estudio	23
2.8 Plan de análisis estadístico	25
Capítulo III	27
Resultados	27
3.1 Progresión del diseño	27
3.2 Datos descriptivos sociodemográficos	28
3.3 Confiabilidad de los instrumentos	29
3.4 Estadística descriptiva y prueba de normalidad	30
3.5 Análisis estadística inferencial	38
Capítulo IV	41
Discusión	41
Limitaciones	47
Recomendaciones	48
Conclusiones	48
Referencias	50
Apéndices	55

A. Consentimiento informado	56
B. Cedula de datos sociodemográficos	58
C. Escala de Estrés Percibido (PSS), para México en español, versión completa 14 ítems	59
D. Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy (ESCAPS), versión en español, abreviada	60

Lista de Tablas

Tabla		Página
1	Características sociodemográficas	28
2	Prueba de confiabilidad	29
3	Análisis descriptivo de las variables de estudio y prueba de Kolmogorov-Smirnov	30
4	Escalas	31
5	Frecuencias de Escala de Estrés Percibido (PSS), preguntas negativas	32
6	Frecuencias de Escala de Estrés Percibido (PSS), preguntas positivas	33
7	Frecuencias del factor 1 recursivo centrado	34
8	Frecuencias del factor 2 reacciones físicas y enfocadas	35
9	Frecuencias del factor 3 proceso de alerta	36
10	Frecuencias del factor 4 procesamiento sistemático	37
11	Frecuencias del factor 5 conocer y relacionar	38
12	Prueba de correlación bivariada de Pearson	39
13	Resumen del modelo	40

Lista de Figuras

Figura		Página
1	Diagrama representado del Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy (MAR), sistema adaptativo humano	11
2	Ubicación del fenómeno de estudio en la teoría	12
3	Estructura teórica-conceptual-empírico	13
4	Progresión del diseño	27

Capítulo I Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

Cuando una persona padece alteraciones crónicas o alguna situación de urgencia en el estado de salud, aumenta la incidencia de atención especializada en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Dado el complejo entorno del servicio, toda la atención y el cuidado de enfermería está enfocada al paciente para solucionar problemas fisiológicos, y en menor medida cubrir la necesidad del familiar, en otras palabras, la prioridad es el paciente y con el familiar solo se limitan a proporcionar una información simple, corta y amable que, en ocasiones, puede tener un enfoque sutil, con un tono protector y cariñoso (Büyükcoban, Ciceklioglu, Demiral y Murat, 2015; Pardavila y Vivar, 2011). Es decir, la necesidad del familiar es vista y se considera, como la prioridad más baja, se ha documentado que la relación enfermera familiar de paciente es limitada, debido a la falta de conciencia, carga de trabajo, cansancio, falta de tiempo o apatía del profesional de enfermería (Olano y Vivar, 2012; Pardavila y Vivar, 2011).

De acuerdo con la estadística de un hospital de tercer nivel, el rango de estancia de los pacientes en la UCI es de 7.4 a 6.9 días, lo cual, corresponde al tiempo de permanencia del familiar en la sala de espera o urgencias, con la probabilidad de ser el único cuidador, a esto se le agrega el tiempo de hospitalización fuera de la UCI, lo que prolonga y complica aún más esta situación para el familiar (Duarte, Sánchez, Guzmán y López, 2012).

Ante el proceso de hospitalización del paciente, el ritmo normal de vida del familiar se altera, ocurriendo una desorganización, crisis y ruptura de la red familiar; hay una separación, creada por la incertidumbre del pronóstico de su ser querido, así como las circunstancias de atención, visitas rutinarias, con tiempo estipulado y rígido, obligando a los seres queridos

mantenerse al margen de las normas (Frizon, Pereira, Godinho y Martins, 2011; Pardavila y Vivar, 2011)

Vargas y Aguilar (2011), citan a Fuller-Jonap, Haley (1995), Mendonca, Warren (1998), King, Oka y Young (1994), argumentan que el familiar crea una serie de emociones o sentimientos no agradables, que pueden afectarlos socialmente (cambio de roles y trabajo), psicológicamente y físicamente; es así que el estrés experimentado por el familiar a nivel psicológico aumenta el riesgo de manifestar comportamientos poco saludables, falta de ejercicio y dieta pobre, así como riesgos cardiovasculares, entre otros.

Por lo anterior, el estrés del familiar es un problema de salud pública dado que afecta a la persona, sin distinción de edad, sexo, raza o nivel socioeconómico, las primeras manifestaciones pueden ser, dolores musculares, disturbios del sueño, pérdida de apetito, pérdida de interés y de la concentración. Los altos niveles de estrés guardan relación con mayor morbilidad y mortalidad, ya sean trastornos mentales, accidentes, violencia, cáncer, infecciones, enfermedades cardiovasculares o enfermedades cerebro vasculares (Salgado-Madrid, Mo-Carrascal y Monterrosa-Castro, 2013).

La falta de atención, comprensión y apego de enfermería en el familiar precipita niveles altos de estrés y mal afrontamiento-adaptación en el mismo, arrojando sentimientos de preocupación, ansiedad, frustración, soledad, desánimo, enfado, tristeza, miedo, dificultad en la comprensión de información, toma de decisiones y pérdida de empleo, con una disminución de la economía familiar, desapego o cambio de roles, entre otros más (Escudero, Viña y Calleja, 2014).

Dado que el familiar funge un papel fundamental en la conexión con el paciente de la UCI, contribuye de manera significativa a la consecución de una buena evolución de la

enfermedad y una pronta recuperación del paciente, son la fuente más importante de apoyo y relación entre el paciente y el equipo de salud (Gómez, Ballester y Gil, 2011).

Sin duda, reducir el estrés y tener mejores estrategias de afrontamiento-adaptación ayudará al familiar a mantener la salud, brindando la oportunidad de razonar de manera más clara, así como de tener una mejor capacidad para afrontar y adaptarse ante las situaciones estresantes y tomar las mejores decisiones.

A su vez, el profesional de enfermería desempeña un rol primordial dentro de la conexión entre paciente-familiar, siendo el mediador entre aparatos desconocidos, paciente en estado inconsciente y familiar; pero además es el responsable del cuidado directo del paciente, llamado a proporcionar cuidado al familiar, atendiendo sus principales necesidades (Galvis y Salamanca, 2014).

El profesional de enfermería ha de aportar empatía al familiar, atendiéndolo en el sufrimiento y necesidad, entrando en su perspectiva, examinándolo y entendiéndolo, con un pensamiento reflexivo y crítico, que logre ayudar desde el punto de vista del cuidado y la prevención (Frizon, Pereira, Godinho y Martins, 2011).

Es decir, se reconoce que el familiar es una fuente importante de comunicación entre el personal de salud y el paciente, por lo cual se debe favorecer una comunicación efectiva y asertiva a través de conocer el nivel de estrés percibido y capacidad de afrontamiento-adaptación en el familiar del paciente adulto de la UCI, favoreciendo la llamada de cuidado.

Es aquí donde cobra importancia el apoyo de modelos teóricos, como es el Modelo de Adaptación de Roy (2009), permite a las enfermeras identificar en el familiar capacidades adecuadas o inefectivas para orientar el cuidado. Roy, define al proceso de afrontamiento como modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno. Por otro lado, la adaptación se refiere al proceso que las personas poseen para tener la capacidad

de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la interacción del ser humano con su entorno (Roy, 2009).

Tras la revisión literaria científica se han identificado pocos estudios que abordan al familiar del paciente adulto de la UCI, desde el punto de vista del nivel estrés percibido y la capacidad de afrontamiento-adaptación, basados en teorías de enfermería, dentro de los cuales se destaca a Jiménez, Zapata y Díaz (2013), quienes fundamentaron su investigación en el Modelo de Adaptación de Callista Roy, hallando alta capacidad de afrontamiento- adaptación en el familiar.

En el mismo orden de ideas Vargas y Aguilar (2011), Komachi y Kamibeppu (2015), hallaron niveles de estrés alto, así en cuanto más tiempo un familiar permanece en la UCI, mayor es el estrés percibido.

Respecto a la relación del estrés y afrontamiento Patil, Salunkhe, Kapurkar, Jagdale (2015) y Rahnama, Shahdadi, Bagheri, Poodineh y Absalan (2017) encontraron estrés con nivel moderado y grado de afrontamiento moderado, así como una correlación no significativa entre el estrés y las puntuaciones de afrontamiento. Mientras tanto Zanetti, Fernades y Ubessi (2013) hallaron estrés y capacidad de afrontamiento altos, esto puede deberse a lo encontrado por De Azevedo, Lopes y Nunes (2012) el mayor número de estrategias de afrontamiento se dan cuando la madre es la que se encuentra hospitalizada.

1.2 Propósito de Investigación

Ante la evidencia encontrada, se plantea el siguiente propósito de investigación:
determinar la relación que existe entre el estrés percibido y la capacidad de afrontamiento-adaptación en el familiar del paciente adulto de la UCI.

1.3 Marco Teórico Conceptual

Para fines del estudio, primero se describirá el estrés percibido apoyado de revisión literaria de Sheldon Cohen y Folkam; seguido del afrontamiento-adaptación, fundamentado en el Modelo de Adaptación de Callista Roy.

Estrés percibido

Los principales estudios que inician investigaciones de estrés están documentados por Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), quienes diseñaron la escala de estrés percibido, tras haber pensado que la propuesta de Lazarus y Folkam sobre el estrés no había sido acompañado por mediciones validas de estrés percibido, creando una escala de estrés percibido, donde midiera el grado de acontecimientos de la vida y eventos estresantes.

Así mismo Moral y Cázares (2014) citan a Folkam (2011) donde refiere, estrés es el conjunto de respuestas que experimenta un individuo cuando las demandas del medio exceden o sobrecargan sus recursos personales (estresores). Estas respuestas se manifiestan en tres dimensiones: fisiológico determinada por hiperactividad simpática, niveles altos de cortisol y catecolaminas, emocional expresadas por el miedo, ansiedad, inseguridad, irritabilidad y finalmente el conductual que se caracteriza por agitación, involucrarse obsesivamente en el trabajo o estudio y en actividades distractoras.

Las distintas dimensiones manifestaciones en el estrés permite que la mayoría de las personas perciban de forma consciente sus reacciones automáticas ante los estresores, de ahí que se puede hablar de un estrés percibido y ser evaluado a través del autoinforme (Moral y Cázares, 2014), en otras palabras, estas dimensiones puedan ser medidas.

Por lo tanto, el estrés percibido sirve como indicador de una respuesta global que impacta de forma negativa en la salud en la medida en que esta respuesta es más intensa y sostenida en el tiempo (Cohen, Janicki-Deverts y Miller, 2007).

Dado lo expuesto el estrés es el evento que ocurre cuando un individuo percibe las demandas ambientales que imponen o exceden su capacidad de adaptación, es decir el estrés psicológico se enfocan en la ocurrencia de eventos ambientales que se juzgan consensualmente como imponiendo la habilidad de enfrentarse o en respuestas individuales a eventos, que son indicativos de esta sobrecarga, como el estrés percibido y el efecto negativo provocado por el evento (Cohen, Janicki-Deverts y Miller, 2007).

Afrontamiento-adaptación bajo el Modelo de Adaptación de Roy (MAR).

El modelo presentado por Callista Roy en el 2004 es centrado en el concepto de adaptación de la persona, considerando al ser humano como un sistema biopsicosocial que se adapta de manera continua al medio ambiente, definido como todas las condiciones, circunstancias e influencias internas y externas que rodean y afectan el desarrollo de la conducta.

Dentro del modelo de adaptación, se describe al sistema humano como un todo, integrado por las personas como individuos, grupos de familias, organizaciones, comunidades y sociedad; estos no actúan de forma aislada se ven influidos por el medio ambiente y a su vez pueden afectar al mismo de forma física o social.

Este sistema humano al interactuar con el medio ambiente genera estímulos externos o internos dando un procedimiento de respuesta de conducta adaptativa o no adaptativa, también llamado salida o comportamiento; los estímulos son parte del medio ambiente por lo que se clasifican en tres tipos: focales, contextuales y residuales.

Los estímulos focales, se refieren al objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad o atención en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o no adaptativa, según se promueva o no la adaptación.

Con respecto a los estímulos contextuales, son el resto de los estímulos presentes que contribuyen en el efecto de los estímulos focales, es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación, hacen referencia a todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como de modo externo.

Por su parte los estímulos residuales, son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación determinada, es decir no es evidente el estímulo, pero tiene un efecto, por ejemplo, una experiencia pasada. Roy aclara que una vez que este tipo de estímulo son identificados, reconocidos y aceptados por la persona, dejan de ser residuales y se convierten en contextuales.

El ser humano quien recibe continuamente estímulos del medio ambiente responde de diferentes formas con el fin de mantener el equilibrio, pasando al proceso de afrontamiento y adaptación como un patrón innato (determinado como propio y como proceso automático) y adquirido (se desarrolla a través de estrategias como el aprendizaje, en el cual las experiencias contribuyen a responder ante el estímulo) de la forma de manejar o responder al medio cambiante en las situaciones de la vida diaria y en los periodos críticos mediante comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia. El proceso de afrontamiento y adaptación tiene cuatro subsistemas: regulador, cognator (concepto que no tiene traducción al español), estabilizador e innovador, los dos primeros aplicados para el individuo y los dos últimos para grupos.

Para fines de la investigación se toma el subsistema cognator, el cual opera a través de cuatro canales cognitivo - emocional, como respuesta a un entorno cambiante, como la percepción y procedimiento de la información, aprendizaje, juicio y emoción; *la percepción y proceso de la información* incluye actividades de atención selectiva, codificación y memoria; *el aprendizaje* incluye la imitación, refuerzo e intuición; *el juicio* es el proceso de resolución

de problemas y toma de decisiones; la *emoción* son las defensas que se utilizan cuando existe algún grado de ansiedad o estrés. Este proceso de afrontamiento comprende aspectos cognoscitivos como emocionales.

De acuerdo con Roy, las conductas son acciones y reacciones internas o externas, como resultado de circunstancias específicas y se manifiestan en cuatro modos o respuestas adaptativas: fisiológico, auto-concepto, función del rol e interdependencia.

Dado la población que se presenta en el presente estudio, se considera el modo de adaptación de función del rol, el cual, es uno de los modos de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición (familiar- paciente).

La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que se tiene de saber quién es uno con respecto a los demás, para así saber cómo actuar (familiar: padre, madre, esposa, hijo, hija). Las personas desempeñan papeles primarios, secundarios y terciarios, estos papeles se llevan a cabo gracias al comportamiento instrumental y expresivo.

En el instrumental es la ejecución física real de un comportamiento, mientras que el expresivo se compone de los sentimientos, actitudes, gustos y manías que tiene una persona hacia su papel o hacia el desempeño de su rol.

Los roles que explica el MAR son primario, secundario y terciario, para esta investigación se contemplan el primario y secundario. Respecto al *rol primario*, es el tronco del árbol y lo determina la gran mayoría de los comportamientos que tiene una persona en un periodo particular de la vida, está determinado por la edad, el sexo y la fase de desarrollo, por ejemplo,

una mujer adulta con hijos; el *rol secundario* (son las ramas del tronco del árbol) es aquel que asume la persona para completar la tarea relacionada con la fase de desarrollo y el papel primario, por ejemplo, ser esposa, madre o profesora; el *rol terciario*, está relacionado con el secundario y representa las distintas maneras en que los individuos cumplen con las actividades que realizan de manera satisfactoria.

Roy observó al sistema humano (familiar), como responde a situaciones del medio ambiente, identificándolos en capacidades, estilos, estrategias o niveles afrontamiento-adaptación mediante cinco factores:

Factor 1, recursivo centrado, refleja los comportamientos personales y los recursos, se concentra en el sistema cognitivo de la información, considerando actitudes con respecto a la solución de problemas como es ser creativo y buscar resultados. Este factor agrupa comportamientos siempre positivos e implica una mayor puntuación en las estrategias o capacidades de afrontamiento.

Factor 2: reacciones físicas y enfocadas, resalta las reacciones físicas y la fase de salida durante el manejo de las situaciones, califica negativamente el comportamiento y la actitud.

Factor 3: proceso de alerta, representa los comportamientos del yo personal y físico, se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas, son estrategias concretas.

Factor 4: procesamiento sistemático, describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente, son también estrategias concretas.

Factor 5: conocer y relacionar, describe las estrategias que utiliza la persona para utilizarse a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación. El estilo es conociendo y la estrategia es relacionando (Gutiérrez, 2009).

Finalmente, el sistema humano tiene tres posibles condiciones o niveles de sistema adaptativo ante el proceso de vida humana: integrado, compensatorio y comprometido. El *primer nivel de adaptación es el integrado*, describe las estructuras y funciones de los procesos de la vida trabajando así para encontrar las necesidades humanas. El *segundo nivel de adaptación es el compensatorio*, en el cual el cognator y regulador tiene que estar activado para estimular al proceso integrado, es decir intenta reestablecer la adaptación. El *tercer nivel de adaptación es el compensatorio*, donde ambos procesos integrado y compensatorio son inadecuados, puede resultar un problema de adaptación, el proceso de la vida está en peligro. El nivel de adaptación afecta la capacidad del individuo para responder positivamente en una situación.

En el MAR, la adaptación es el proceso y el resultado con lo que piensan y sienten las personas, individualmente o en grupos, utilizando el conocimiento, consiente y la elección para crear la integración humana y del medio ambiente, generando así un comportamiento adaptativo o inefectivo (no adaptativo).

Roy, incluye supuestos clasificados en tres categorías, supuesto filosóficos, supuestos científicos y supuestos culturales. Para este trabajo de investigación se tomó en cuenta los supuestos científicos, de los cuales fueron seleccionaron los dos últimos en cursivas:

- Los sistemas de materia y energía progresan a niveles más altos de auto-organización compleja.
- La conciencia y el sentido son constructivos de la integración de la persona y medio ambiente.
- La conciencia de sí mismo y el medio ambiente está arraigada en el pensamiento y el sentimiento.

- Las decisiones humanas son responsables para la integración de los procesos creativos.
- El pensamiento y el sentimiento median la acción humana.
- El sistema incluye la aceptación, la protección y el fomento de la interdependencia.
- La persona y la tierra tienen patrones comunes y relaciones integrales.
- *La persona y las transformaciones del medioambiente se crean en la conciencia humana.*
- *La integración de los sentidos del medio ambiente resulta en la adaptación.*

1.3.1 Estructura Teórica

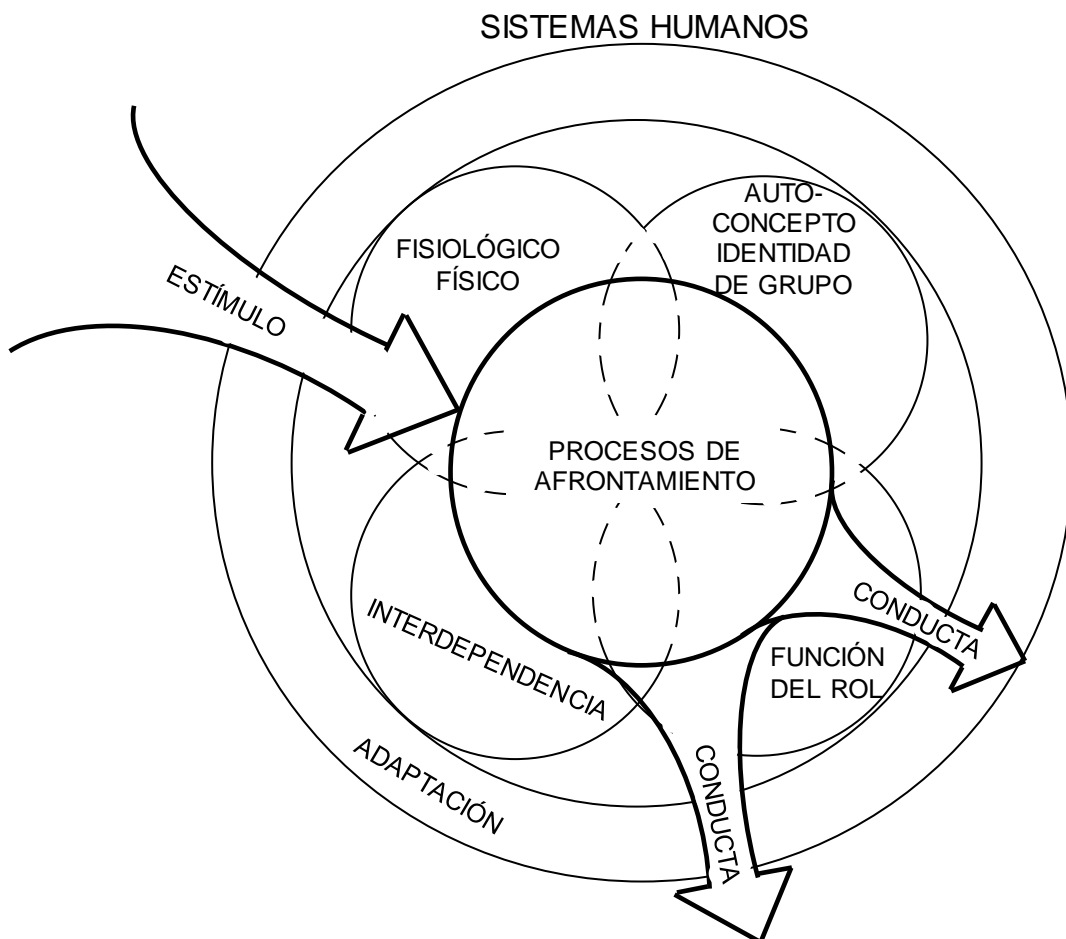


Figura 1: Diagrama representativo del Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy (MAR), sistema adaptativo humano (Roy, 2009).

1.3.2 Ubicación del Fenómeno de Estudio en la Teoría

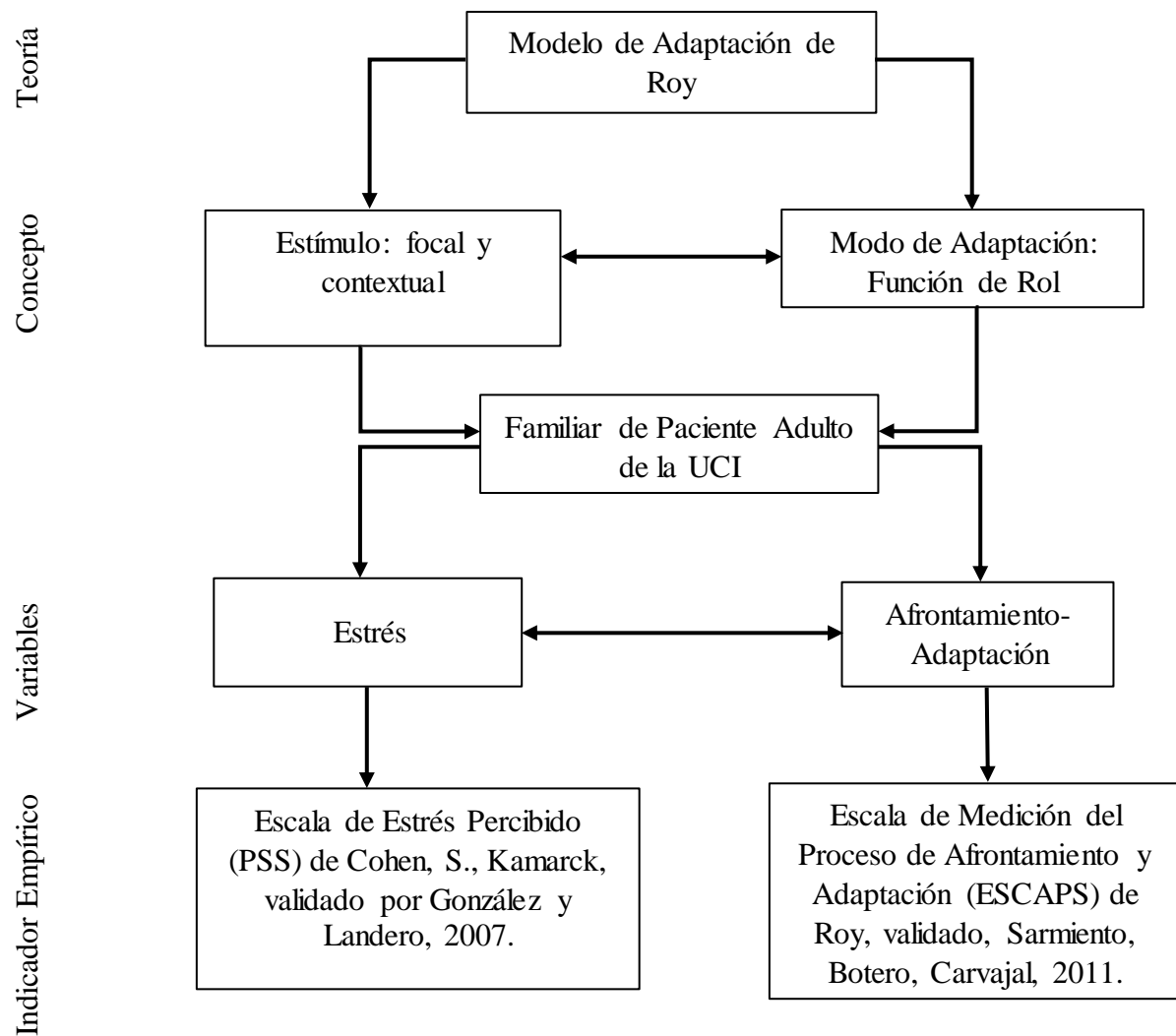


Figura 2: Ubicación del Fenómeno de Estudio en la Teoría, se especifica el fenómeno de investigación y la relación con los conceptos teóricos en el fenómeno de interés.

1.3.3 Estructura Teórica Conceptual Empírico

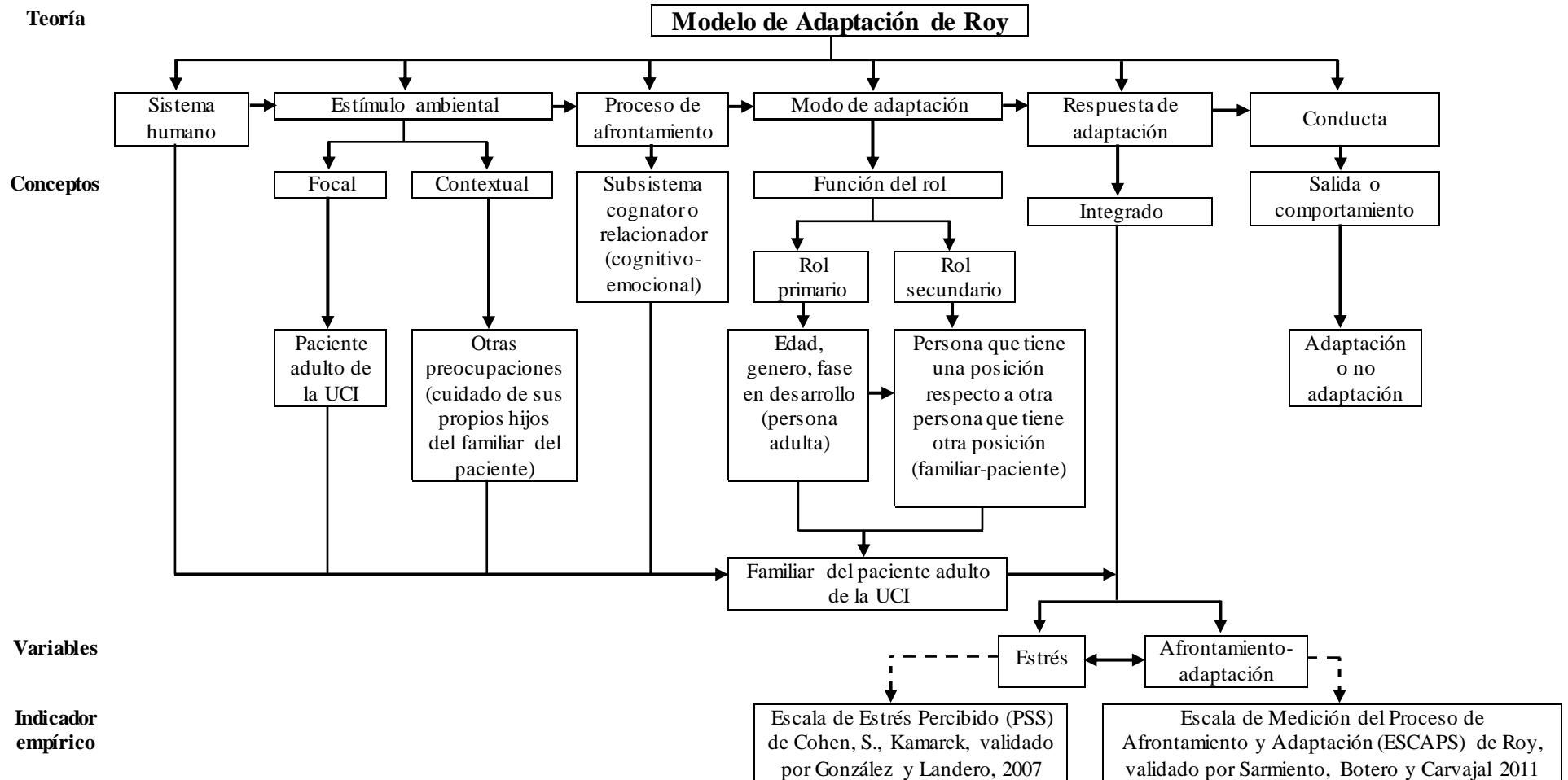


Figura 3: Estructura Teórica-Conceptual-Empírico, se especifica el fenómeno de investigación y la relación con los conceptos teóricos en el fenómeno de interés.

1.4 Estudios Relacionados

La revisión de literatura se organizó de acuerdo al orden de las variables y la relación con la población de estudio: estrés en el familiar en base a Cohen, afrontamiento-adaptación en el familiar de acuerdo a Roy, relación de variables en el familiar con otros investigadores.

1.4.1 Estudios directamente relacionados

Vargas y Aguilar (2011), midieron los niveles de estrés en el familiar del paciente en la UCI en la ciudad de Oaxaca, México, la muestra fue conformada por 10 participantes, usando la Escala de Estrés Percibido 10 (PSS) de Cohen, estudio de tipo descriptivo. Los resultados que predominaron en datos sociodemográficos fueron: el género femenino (80%), un promedio de edad de 36 años con un valor mínimo 22 y valor máximo 55, el vínculo familiar fue de madres (50%). En el nivel de estrés: 10% de los entrevistados no mostró datos de estrés, el 50% calificó con estrés bajo, un 30% con estrés medio y un 10% con estrés alto, es decir el 90% mostró datos de una reacción de estrés.

Jiménez, Zapata y Díaz (2013), identificaron el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación en el familiar del paciente adulto en una UCI en Chía, Colombia. El diseño fue de tipo descriptivo, utilizaron el instrumento Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy. Incluyeron a 61 familiares, los resultados que se hallaron son: 67.2 % de los participantes son mujeres, el 44.2% se ubica con un valor mínimo 18 y valor máximo 40, nivel educativo 39.3% tiene estudios técnicos, seguido por secundaria (29.5%), grado de consanguinidad-afinidad de hijos (41%), seguido de esposo (a) (33%). Encontraron en el familiar alta capacidad de afrontamiento y adaptación (85.2%) y una baja capacidad de afrontamiento y adaptación (14.8%). En el análisis de los cinco factores, por un lado, el familiar con baja capacidad de afrontamiento-adaptación, utiliza el factor 2 físico y enfocado

(90%), mientras que por otro lado los familiares que utilizan alta capacidad de afrontamiento-adaptación combinan los factores: 1 recursivo centrado (97%) y 3 proceso de alerta (80%).

1.4.2 Estudios indirectamente relacionados

Patil, Salunkhe, Kapurkar y Jagdale (2015), evaluaron y compararon el nivel de estrés y métodos de afrontamiento en el familiar de paciente (clientes) de la UCI, el estudio se llevó a cabo en 50 familiares de los clientes admitidos en unidades de cuidados intensivos médicos y quirúrgicos en el hospital de Krishna, Karad, Dist-Satara, Maharashtra, India. El estudio fue de tipo descriptivo y correlacional, con un muestreo no probabilístico. El instrumento utilizado para la recopilación de datos fue un programa estructurado de entrevistas. En los resultados sociodemográficos que predominaron fueron: género masculino (70%), valor mínimo 31 y valor máximo 45 años (42%), educación media superior (48%). El nivel de estrés fue moderado (76%), así como el método de afrontamiento fue moderado (44%), encontraron entre el estrés y las puntuaciones de afrontamiento una correlación positiva, un tamaño de efecto medio ($r=.40$) y no es estadísticamente significativo dado que la p es mayor de .05.

Zanetti, Fernades y Ubessi (2013), evaluaron y compararon las fases de estrés y afrontamiento del familiar de pacientes ingresados en la UCI de un hospital en la región noroeste de Rio Grande do Sul, Brasil. La muestra fue conformada por 22 familiares, se utilizó el inventario de síntomas de estrés y una pregunta abierta (¿que hace para enfrentar el estrés experimentado?). Encontraron con mayor predominio al género femenino (77.3%), con promedio de edad 44 años, valor mínimo 38 y valor máximo 57, casados (59.1%), educación elemental (72.8%), parentesco de hermanos (22.8%), seguido de esposa (o) (18.2%). Del total de los encuestados el 86.4% tienen hijos y de estos el 36.4% tiene un solo hijo. Hallaron al familiar en la fase de estrés final (45.5%) y las estrategias de afrontamiento que con frecuencia

señalaron: orar, pedirle ayuda a Dios con 59.1%. Los autores concluyen que el familiar presentó un nivel de estrés alto, lo cual es perjudicial para el bien de su salud, enfermería debe aceptar y seguir a los familiares para que se sientan igualmente cuidados.

Komachi y Kamibeppu (2015), evaluaron la prevalencia y factores asociados con los síntomas del estrés agudo en el familiar del paciente ingresado en la UCI en un hospital de Japón. Fue un estudio descriptivo, comparativo y transversal. La muestra fue conformada por 54 participantes de familiar de paciente adulto de la UCI. Los hallazgos mostraron que predominó el género femenino (63%), edad promedio de 53 años, valor mínimo 28 y valor máximo 79, parentesco con el paciente: esposo (a) (48.1%) seguido de los hijos (27.8%), educación media superior y superior (85%). El impacto total media de puntuación Event Scale Revised (IES-R) difirió significativamente entre los ingresos de la UCI planificadas y no planificadas ($t = 4,03, p < .05$), indicando un efecto medio para el tipo de admisión ($F = 18.5, p < .05$). El análisis de regresión múltiple indicó que el tipo de admisión fue significativamente asociado con síntomas de estrés agudo ($\beta = 18,09, \beta = 0,47, p < .01$), por lo tanto, la admisión planificada o no planificada en la UCI influyó con los síntomas asociados al estrés agudo en el familiar, siendo así que los ingresos no planificados son el evento más estresante para el familiar; los hallazgos sugieren que cuanto más tiempo un familiar permanece en la UCI, mayor es el estrés.

De Azevedo, Lopes y Nunes (2012), examinaron las estrategias de afrontamiento utilizadas de los hijos adultos que tienen madre o padre ingresados en una UCI de un hospital privado de la ciudad de Recife, estado Pernambuco, Noreste de Brasil. El instrumento utilizado fue el inventario de estrategias de afrontamiento de Folkam y Lazarus, adaptada por Savoia, et al. (1996) con 66 ítems, compuesta por pensamientos y acciones. La muestra fue conformada por 30 familiares, con parentesco de hijos del género femenino (90%), el

promedio de edad fue de 44 años, valor mínimo 20 y valor máximo 59, nivel de educación media superior (40%). Encontraron que los participantes recurrieron a tres estrategias de afrontamiento con mayor frecuencia: reevaluación positiva (97%), apoyo social (93%) y solución de problemas (77%); existe un mayor número de estrategias de afrontamiento, cuando la madre es la que se encuentra hospitalizada. Realizaron una correlación de Spearman, donde hallaron una correlación negativa, con un tamaño de efecto bajo y es estadísticamente significativo centrada en el problema dado que la p es menor a .05 ($r = -.368, p=.046$) y en el afrontamiento centrado en la emoción se encontró una correlación positiva, con un tamaño de efecto medio y es estadísticamente significativo ($r = .498, p=.005$), así como existe una correlación positiva, tamaño de efecto medio, es estadística significativa entre el nivel de escolaridad y la pregunta 2 (trató de analizar el problema para entenderlo mejor, $p=.02$) y pregunta 61 (me preparé para lo peor, $p=.006$).

Rahnama, Shahdadi, Bagheri, Poodineh y Absalan (2017), estudiaron la relación de la ansiedad con las estrategias de afrontamiento en el cuidador de familiar de paciente adulto traumatizado. Estudio descriptivo, correlacional, en 127 cuidadores de pacientes con trauma en la UCI del Hospital Amir al-Mu'minin de Zabol, Sistan y Baluchestan, Irán, utilizaron cuestionarios demográficos, el DASS-21 y cuestionario de estrategias de afrontamiento extraído de Jallowice de 39 ítems. Dentro de los datos sociodemográficos se encontraron los siguientes datos: género masculino 59.8%, menores de 25 años 47.2%, nivel educativo con grado universitario 45.7%, ocupación empleado 32.2%, estatus marital casados 71.7%. El coeficiente de correlación entre las variables mostró una correlación positiva, con un tamaño de efecto medio y no es estadísticamente significativo entre ansiedad y centrado en la emoción ($r= .540, p>.05$), mientras que se encontró una relación inversa entre la ansiedad y centrado en el problema, dado que se obtuvo una correlación negativa, con un tamaño de efecto bajo y es

estadísticamente significativo ($r = -.267, p < .05$). Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la emoción predominó el nivel moderado respectivamente (49,6% y 59,8%).

1.5 Definición Operacional

En este apartado se definen operacionalmente las variables de estudio conformadas por el estrés y afrontamiento-adaptación en el familiar del paciente adulto de la UCI.

Estrés: se refiere a la expresión emocional y física desagradable del familiar del paciente adulto de la UCI, que se adquiere por un evento inesperado (hospitalización) o entorno desconocido (sala o espacio de espera en el hospital y la UCI); esta variable fue medida a través de la expresión de sentimientos y pensamientos, en el momento de la aplicación de la escala de Estrés Percibido (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., 14 ítems versión completa.

Afrontamiento-adaptación: es el grado de capacidad que posee el familiar a través del estímulo externo, (hospitalización del paciente en la UCI), con el fin de adaptarse, sobrevivir a un entorno desconocido y evento inesperado; esta variable fue medida a través de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS) de Roy, compuesta por cinco factores (factor 1 recursivo y centrado; factor 2 físico y enfocado; factor 3 proceso de alerta; factor 4 procesamiento sistemático; factor 5 conociendo y relacionado) en 33 ítems, versión completa.

1.6 Objetivo General

Determinar la relación entre el estrés percibido y la capacidad de afrontamiento - adaptación en el familiar del paciente adulto de la UCI.

1.6.1 Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas del familiar del paciente adulto de la UCI.
2. Estimar el nivel de estrés percibido en el familiar del paciente adulto de la UCI.

3. Identificar el grado de capacidad de afrontamiento-adaptación en el familiar del paciente adulto de la UCI.
4. Identificar el sentimiento y pensamiento de la escala estrés percibido que con mayor frecuencia desarrolla el familiar del paciente adulto de la UCI.
5. Identificar las capacidades de afrontamiento-adaptación, que con mayor frecuencia ocupa el familiar del paciente adulto de la UCI.
6. Analizar la relación entre cada uno de los factores de la capacidad de afrontamiento-adaptación y las preguntas positivas-negativas del nivel de estrés percibido en el familiar del paciente adulto de la UCI.

1.7 Hipótesis

Para planear la hipótesis el razonamiento es el siguiente:

Si la integración del ser humano a los cambios del medio ambiente resulta en una adaptación, entonces el estrés que se crea en una persona cuyo familiar adulto está hospitalizado en la UCI, tiene una relación con el nivel de afrontamiento para adaptarse de manera positiva y significativa.

A mayor estrés percibido mayor es la capacidad de afrontamiento-adaptación en el familiar.

A menor estrés percibido menor es la capacidad de afrontamiento-adaptación en el familiar.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño de estudio, la población, el muestreo y la muestra, criterios de selección, instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de datos.

2.1 Diseño de Estudio

Diseño descriptivo, transversal y correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), donde se describieron y relacionaron las variables de estrés percibido y la capacidad de afrontamiento-adaptación en el familiar del paciente adulto de la UCI.

2.2 Población

La población de estudio estuvo conformada por un familiar mayor de 18 años, del paciente adulto hospitalizado en el servicio de la UCI.

2.3 Muestreo y Muestra.

Para este estudio la selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico, dada las características de la población.

2.4 Criterios de Selección.

2.4.1 Criterios de inclusión.

Familiar mayor de 18 años con paciente en la UCI, grado de consanguinidad directa o grado de afinidad familiar, con previa firma de consentimiento informado, autorizando su participación.

2.4.2 Criterios de exclusión.

Familiar que no desea participar en la investigación.

2.4.3 Criterios de eliminación.

Familiar que quiso continuar participando en el trabajo de investigación, familiar que no completo de llenar alguno de los dos instrumentos.

2.5 Instrumentos de Medición

Para el presente estudio de investigación se aplicaron dos instrumentos, con una previa cédula de datos sociodemográficos (Apéndice B), con un formato de respuesta de escala tipo nominal, donde señalarán la respuesta que se adecue al familiar.

El primer instrumento es una Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS) de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, elaborada por Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983), donde evalúa la respuesta automática ante estresores desde la autopercepción sin necesidad de acudir a mediciones fisiológicas o de laboratorio (Moral y Cazares, 2014, cita a Carslon y Heth, 2007). El PSS es un instrumento válido y confiable para población mexicana, dado que fue traducido al español por González y Landero, en el 2007, realizaron una prueba piloto, la cual permitió realizar un análisis de fuerza por cada ítem y de contenido, efectuaron un análisis factorial exploratorio. En el análisis de fiabilidad (consistencia interna) y validez convergente se realizó mediante correlación de Spearman. Como resultados obtuvieron un valor de alfa de Cronbach de .80. Se divide en factores, el factor 1 son los elementos positivos 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, con un alfa de Cronbach 0.83, en el factor 2 son los elementos negativos 1, 2, 3, 8, 11, 12, 14, con un alfa de Cronbach de 0.78. la correlación entre los factores fue de -.46 con un tamaño de efecto medio; la variación estimada para el factor 1 fue 42.8% y la de factor 2 fue 53.2%, por lo tanto, se concluyó que este modelo es adecuado. Consta de 14 ítems, versión completa, un formato de respuesta de una escala tipo likert de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la Escala de Estrés Percibido (PSS) se obtiene invirtiendo de las preguntas redactadas positivamente: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0), el resto de las preguntas están redactadas en forma negativa: 1, 2, 3, 8, 11, 12, 14 y sumando entonces los 14 ítems, produce

la puntuación total de la escala, con un rango entre 0 y 56 puntos. La distribución de los intervalos o puntos de corte para evaluar son: nivel de estrés percibido bajo de 0 a 33 puntos, nivel de estrés percibido medio que va de 34 a 66 puntos y nivel de estrés percibido alto de 67 a 100 puntos, apéndice C (González y Landero, 2007; González-Ramírez, Rodríguez-Ayán y Landero, 2013; Salgado-Madrid, Mo-Carrascal y Monterrosa, 2013).

Por último, se empleó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS), basada en una teoría de mediano rango sobre dicho proceso, la escala fue elaborada por Roy (2004), con el fin de identificar las capacidades, estilos y estrategias de afrontamiento-adaptación que la persona utiliza para hacer frente o controlar las situaciones críticas o difíciles y promover la adaptación. Es un instrumento válido y confiable para población mexicana dado que se realizó traducción al español, prueba piloto, fase de revisión y ajuste de la escala (grupo focal: identificaron dificultad semántica y comprensión y ajuste preliminar: revisión ítem por ítem con el fin de verificar la pertinencia de cada uno), finalmente realizaron validación psicométrica en donde se efectuó: validez facial 95% (comprensión y claridad de cada ítem), validez del contenido .83 (sometieron a revisión con expertos, para determinar si esta explora todas las dimensiones o dominios) y validez de constructo (determinaron si la escala revisada y ajustada en los procedimientos descritos cumple con los requisitos para medir los supuestos). La confiabilidad que obtuvieron fue de un alfa de Cronbach.83, esta validación fue en el 2011, versión modificada en español por Sarmiento, Botero, Carvajal, consta de 33 ítems, agrupados en cinco dimensiones, estilos o estrategias, denominadas por Roy como factores:

- Factor 1 recursivo centrado con 6 ítems (2, 10, 13, 18, 19, 32).
- Factor 2: reacciones físicas y enfocadas con 12 ítems (3, 5, 8, 9, 14, 15, 16, 22, 23, 27, 31, 33).

- Factor 3: proceso de alerta con 7 ítems (1, 11, 12, 17, 20, 28, 30).
- Factor 4: procesamiento sistemático con 3 ítems (4, 7, 29).
- Factor 5: conocer y relacionar con 5 ítems (6, 21, 24, 25, 26)

Tiene un formato de respuesta tipo likert, que va de 0=nunca, 1=casi nunca, 2= casi siempre y 3 =siempre. El puntaje puede oscilar entre 0 a 99 puntos, a mayor puntaje significa un uso más consistente de estrategias de afrontamiento. Con relación a los cinco factores, el factor 1, 4 y 5 son las estrategias dirigidas al problema y factor 2 y 3 son las estrategias dirigidas a la emoción (Sarmiento, Botero, Carvajal, 2011).

Distribución de los intervalos para evaluar grado de capacidad de afrontamiento y adaptación global: afrontamiento bajo 0-56, afrontamiento medio 57-70, afrontamiento alto 71 a 99 (Sarmiento, Botero, Carvajal, 2011), apéndice D.

2.6 Procedimiento

Para la implementación de la investigación, se solicitó autorización por escrito a la secretaria de investigación y estudios de posgrado (SIEP) de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, presentación en seminario, aprobado y registrado con el número SIEP/ME/035/2016, así mismo se obtuvo la autorización de la jefatura de enseñanza e investigación a la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Traumatología y Ortopedia y Hospital General Regional No. 36 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Estado de Puebla, los cuales fueron sede de la recolección de datos.

Una vez autorizados los permisos, se solicita el censo nominal de los pacientes hospitalizados en el servicio de la UCI para identificar al familiar.

Para la selección de los participantes fue por conveniencia, se identificaron a los sujetos de estudio, invitando a participar, consecutivamente se proporcionó un consentimiento

informado (Apéndice A) que firmaron de forma voluntaria, explicando el objetivo de estudio, así mismo fueron abordados en la sala de espera asignada por la institución, a continuación, se procedió a la aplicación de los instrumentos en el siguiente orden: 1. Cédula de datos sociodemográficos, 2. Escala de estrés percibido - Perceived Stress Scale (PSS) – versión completa 14 ítems y 3. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (ESCAPS) de Callista Roy, estas escalas están diseñadas para contestar en 20 minutos aproximadamente; el autor de la investigación, estuvo presente para atender posibles dudas, al finalizar el estudio, se les dio las gracias, finalmente los instrumentos se resguardaron en un sobre cerrado, para posteriormente analizar e interpretar los datos obtenidos en conjunto.

2.7 Consideraciones Éticas del Estudio.

Para el desarrollo de esta investigación se tuvo en cuenta los lineamientos del Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México, de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2011. Capítulo II, de los deberes de las enfermeras para las personas. Artículo segundo. - se respetará los derechos del familiar, en decidir, participar o no en el estudio sin cohesión. Artículo tercero. - se mantendrá respeto mutuo entre familiar y enfermera (autora del presente estudio), respetando la convivencia en la sala de espera, así como toda situación o decisiones del familiar, reconociendo su dignidad, valores, costumbres y creencias de manera profesional.

Para responder a la declaración de principios encaminados a la salud del familiar, se tomó en cuenta: beneficencia y no maleficencia, es decir, se buscó el mayor bien; en justicia se dio trato humano, directo y sencillo, afirmando, que no se vio afectado el cuidado y tratamiento de su paciente al decidir participar o no en este estudio; en autonomía, el familiar fue libre de decidir su participación, no se obligó, se respetó la integridad y consentimiento informado; en

la intimidad y confidencialidad, no se realizó mal uso de la información que se proporcionó, la información fue usada solo por el autor con fines científicos y de investigación.

Para garantizar el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 1987, última reforma publicada en el diario oficial de la federación 2016.

En el Título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Capítulo I. Artículo 13.- Se prevaleció el respeto al familiar, así como se consideró y respeto sus derechos y bienestar en todo momento.

Artículo 16.- Se protegió la privacidad y discreción del familiar acudiendo al espacio asignado por las autoridades del hospital, para la aplicación de los instrumentos, así como la identificación con número de folio, omitiendo el nombre del participante en los instrumentos o algún dato que lo relacione.

Artículo 17.- el familiar en este trabajo de investigación se ubicó en el nivel sin riesgo de participar, ya que no implica ninguna modificación fisiológica, psicológica o social, solo se limitó a contestar cuestionarios (Datos Sociodemográficos, Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale, Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación).

Por último, se garantizó los Artículos: 14 (Fracciones I y V), 20, 21 (Fracciones: I, VI, VII, VIII) y 22 (Fracciones: I, III), proporcionando un consentimiento informado por escrito, donde el familiar autorizó su participación con pleno uso de su conocimiento y capacidad, con la libre elección de continuar o retirarse en cualquier momento, salvaguardando su confidencialidad y privacidad, solo el autor del estudio manipulo la información.

2.8 Plan de Análisis Estadístico

Para este estudio, la información fue capturada y analizada en el paquete estadístico SPSS versión 23. Para las variables categóricas, se utilizó estadística descriptiva con porcentajes y frecuencias e intervalos de confianza al 95%; en las variables de interés se usaron medidas de

tendencia central. La confiabilidad del instrumento fue obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Las variables continuas fueron sometidas a la prueba de bondad y ajuste de Kolmogorov-Smirnov con el objetivo de identificar la pertinencia de utilizar estadística paramétrica o no paramétrica; dado los resultados que más adelante se exponen se utilizó una correlación bivariada de Pearson.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describe: progresión del diseño, datos descriptivos sociodemográficos, confiabilidad de los instrumentos, estadística descriptiva y prueba de normalidad, análisis estadístico inferencial. A continuación, se desglosa cada uno de ellos:

3.1 Progresión del Diseño.

El presente estudio de investigación se aplicó a 120 familiares, los cuales cumplieron los criterios de inclusión, de una muestra previamente conocida dado que ingresó al estudio familiar de paciente adulto de la UCI.

Figura. 4. Progresión del diseño

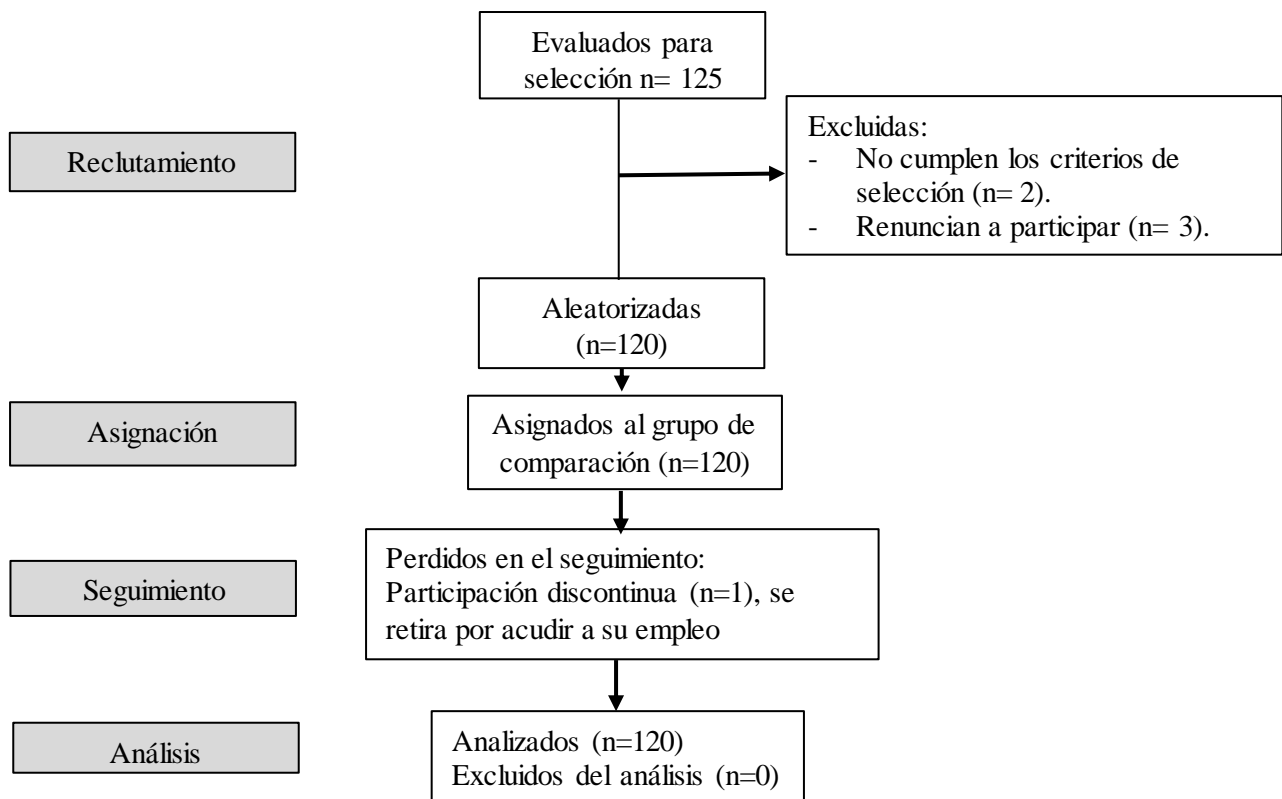


Figura 4. Se puede observar la progresión del diseño con la población, el número total de sujetos aleatorizados, dos sujetos excluidos por no cumplir los criterios de selección, dado que

son familiares de paciente pediátrico y se encuentran hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de adultos, tres familiares más, se negaron a participar en el estudio, se aleatoriza 120 familiares. En el seguimiento se tuvo una participación discontinua, dado que el familiar acude a su trabajo y no regresa a terminar de contestar el instrumento.

3.2 Datos Descriptivos Sociodemográficos.

Tabla 1

<i>Características sociodemográficas</i>		
Variable	<i>f</i>	%
Género del familiar		
Femenino	71	59.2
Masculino	49	40.8
Estado Civil		
Soltero (a)	25	20.8
Casado (a)	63	52.5
Unión libre	25	20.8
Divorciado (a)	5	4.2
Viudo (a)	2	1.7
Parentesco con el paciente		
Padre o madre	23	19.2
Hijo (a)	38	31.7
Esposo (a)	15	12.5
Hermano (a)	7	5.8
Concubino (a)	3	2.5
Primo (a)	5	4.2
Tía (o)	9	7.5
Sobrino (o)	2	1.7
Nuera/ Hierno	10	8.3
Nieto (a)	6	5
Otros (padraastro, cuñada)	2	1.6

Nota: datos obtenidos de la cédula de datos sociodemográficos, en 120 participantes, *f*= frecuencia, % porcentaje.

Datos complementarios a las características sociodemográficas presentadas en la tabla 1, se muestra la ocupación, la cual predominó labores del hogar con una 32.5%, la edad

promedio fue 42.19 ± 13.86 años, valor mínimo 18 y valor máximo 75; los años de escolaridad promedio fue 10 ± 5.07 años, valor mínimo 0 y valor máximo 21.

3.3 Confiabilidad de los Instrumentos

Tabla 2

Prueba de confiabilidad

Instrumento	No. de Preguntas	Alfa de Cronbach
Escala de estrés percibido (PSS)	14	.70
ESCAPS Índice General	33	.71

Nota: datos obtenidos de la Escala de Estrés Percibido (PSS, 14 ítems) y Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS, 33 ítems), en 120 participantes.

En la tabla 2, se muestra la consistencia interna de las escalas utilizadas en el estudio (Escala de Estrés Percibido y Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de acuerdo con el Modelo de Adaptación de Callista Roy), con resultados de alfa de Cronbach confiables.

3.4 Estadística Descriptiva y Prueba de Normalidad.

Tabla 3

Análisis descriptivo de las variables de estudio y prueba de Kolmogorov - Smirnov.

Variable	Min	Max	$\bar{X} \pm DE$	Mdn	KS-Z cal	Valor p
Índice: global PSS	14	73	40.30 \pm 12.62	39.29	.074	.165
Negativas	1	28	13.69 \pm 4.82	13	.075	.099
Positivas	0	26	8.88 \pm 4.79	9	.092	.014
Índice: global ESCAPS	21	81	56.70 \pm 10.34	56.57	.071	.200
Factor 1: Recursivo centrado	5	18	12.94 \pm 3	13	.099	.005
Factor 2: Físico y enfocado	3	28	14.33 \pm 5.52	14	.097	.008
Factor 3: Proceso de alerta	3	21	12.86 \pm 3.74	13	.109	.001
Factor 4: Procesamiento sistemático	1	9	6.81 \pm 1.91	7	.142	.000
Factor 5: Conociendo y relacionando	2	15	9.19 \pm 2.96	10	.127	.000

Nota: datos obtenidos de la Escala de Estrés Percibido (PSS, 14 ítems) y la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS, 33 ítems), en 120 participantes.

Para llevar a cabo el análisis inferencial, las variables de estrés percibido y capacidad de afrontamiento-adaptación fueron transformadas una escala de 0 a 100, a estos valores se les aplicó la prueba de Kolmogorov – Smirnov, a fin de conocer la forma de distribución de las variables, de acuerdo con los resultados que muestra la tabla 3, se decidió utilizar el estadístico paramétrico correlación de Pearson, para verificar la hipótesis del estudio y cubrir los objetivos.

Para cubrir el objetivo específico dos, estimar el nivel de estrés percibido en el familiar del paciente adulto UCI, así como el objetivo específico tres que es identificar el grado de

capacidad de afrontamiento – adaptación en el familiar del paciente adulto de la UCI, se presenta la siguiente tabla.

Tabla 4

Escalas

Escala	Puntaje	Nivel o Grado
ESCAPS	56.13 pts.	Capacidad de afrontamiento baja
PSS	23.16 pts.	Nivel de estrés percibido bajo

Nota: datos obtenidos de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS, 33 ítems), en 120 participantes.

En la tabla 4, se puede observar, los familiares ante un evento inesperado combinan los factores (factor 1: recursivo y centrado, factor 2: reacciones físicas y enfocadas, factor 3: proceso de alerta, factor 4: procesamiento sistemático y factor 5: conocer y relacionar) del proceso de afrontamiento-adaptación, para obtener un grado de capacidad de afrontamiento-adaptación y un nivel de estrés percibido ante el estímulo externo.

Para atender el objetivo número cuatro que es identificar el sentimiento y pensamiento de la escala estrés percibido que con mayor frecuencia desarrolla el familiar del paciente de la UCI, se presenta las siguientes tablas:

Tabla 5

Frecuencias de Escala de Estrés Percibido (PSS), Preguntas Negativas

Variables	Nunca		Casi Nunca		De vez en cuando		A menudo		Muy a menudo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	12	10	37	30.8	36	30	24	20	11	9.2
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	17	14.2	33	27.5	37	30.8	26	21.7	7	5.8
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	7	5.8	15	12.5	46	38.3	28	23.3	24	20
8. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	16	13.3	34	28.3	45	37.5	16	13.3	9	7.5
11. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	11	9.2	40	33.3	38	31.7	14	11.7	17	14.2
12. ¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	8	6.7	17	14.2	34	28.3	40	33.3	21	17.5
14. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	20	16.7	36	30	41	34.2	15	12.5	8	6.7

Nota: datos obtenidos de la Escala de Estrés Percibido (PSS, 14 Ítems), en 120 participantes.

La tabla 5 muestra que el familiar de vez en cuando (38.3%), se han sentido nervioso y estresado, así como de vez en cuando (37.5%) ha sentido que no puede afrontar todas las cosas que tenía que hacer (ver datos en negritas).

Tabla 6

Frecuencias de Escala de Estrés Percibido (PSS) Estrés Percibido, Preguntas Positivas

Variables	Nunca		Casi Nunca		De vez en cuando		A menudo		Muy a menudo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
4. ¿Con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	3	2.5	8	6.7	40	33.3	43	35.8	26	21.7
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	2	1.7	4	3.3	34	28.3	47	39.2	33	27.5
6. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	5	4.2	3	2.5	18	15	55	45.8	39	32.5
7. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	2	1.7	7	5.8	38	31.7	41	34.2	32	26.7
9. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	3	2.5	5	4.2	29	24.2	45	37.5	38	31.7
10. ¿Con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	13	10.8	19	15.8	47	39.2	24	20	17	14.2
13. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	9	7.5	6	5	24	20	46	38.3	35	29.2

Nota: datos obtenidos de la Escala de Estrés Percibido (PSS, 14 Ítems), en 120 participantes.

En la tabla 6 se observa que el familiar a menudo (45.8%), ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales, así como a menudo (39.2%) ha sentido que pueden afrontar efectivamente los cambios importantes que ocurren en su vida. En igual proporción (39.2%) ha sentido de vez en cuando tenía todo bajo control (ver datos en negritas).

Para explicar el objetivo cinco que es identificar las capacidades de afrontamiento – adaptación, que con mayor frecuencia ocupa el familiar del paciente adulto de la UCI, se muestran las siguientes tablas.

Tabla 7

Frecuencias del Factor 1 Recursivo Centrado

Preguntas	<i>Nunca</i>		<i>Casi nunca</i>		<i>Casi siempre</i>		<i>Siempre</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
2.- Cuando tengo un problema inesperado encuentro soluciones nuevas para resolverlo.	5	4.2	11	9.2	69	57.5	35	29.2
10.- Cuando tengo un problema o situación difícil, intento orientar mis sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa.	9	7.5	8	6.7	50	41.7	53	44.2
13.- Cuando tengo un problema o situación difícil, estoy pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación.	4	3.3	5	4.2	30	25	81	67.5
18.- Cuando tengo un problema o situación difícil, busco todos los medios posibles para enfrentar la situación.	2	1.7	10	8.3	49	40.8	59	49.2
19.- Con el fin de salir de un problema o situación difícil puedo hacer cambios drásticos en mi vida.	25	20.8	20	16.7	46	38.3	29	24.2
32.- Cuando tengo un problema o situación difícil, desarrollo un plan que tiene una serie de acciones o pasos para enfrentar la situación.	10	8.3	23	19.2	44	36.7	43	35.8

Nota: datos obtenidos de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS, 33 ítems), en 120 participantes.

En la tabla 7 se muestra, el factor 1 que refleja los comportamientos personales y recursivos, considerando actitudes con respecto a la solución del problema, como ser creativo y buscar resultados, con comportamientos siempre positivos, donde mas de la mitad (67.5%) contestaron que cuando tienen un problema o situación difícil, están al pendiente de cualquier cosa relacionada con la misma, así como (57.5%) cuando tienen un problema inesperado encuentran soluciones nuevas para resolverlo (ver datos en negritas).

Tabla 8

Frecuencias del Factor 2 Reacciones Físicas y Enfocadas

Preguntas	Nunca		Casi nunca		Casi siempre		Siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
3.- Cuando estoy preocupado por un problema o situación difícil, tengo dificultad para completar actividades, tareas y proyectos.	17	14.2	50	41.7	41	34.2	12	10
5.- Cuando tengo un problema o situación difícil solo puedo pensar en lo que me preocupa del mismo.	19	15.8	28	23.3	37	30.8	36	30
8.- Siento que no puedo manejar los problemas o situaciones difíciles.	38	31.7	42	35	25	20.8	15	12.5
9.- Actúo con lentitud cuando tengo un problema o situación difícil.	45	37.5	43	35.8	21	17.5	11	9.2
14.- Tiendo a reaccionar de manera exagerada cuando tengo un problema o situación difícil.	37	30.8	52	43.3	27	22.5	4	3.3
15.- Cuando tengo un problema o situación difícil, tiendo a bloquearme y confundirme al menos por un tiempo.	47	39.2	48	40	21	17.5	4	3.3
16.- Cuando tengo un problema o situación difícil, siento que es complicado hablar del problema.	43	35.8	47	39.2	18	15	12	10
22.- Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga.	49	40.8	42	35	22	18.3	7	5.8
23.- Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas.	43	35.8	34	28.3	23	19.2	20	16.7
27.- Cuando tengo un problema o situación difícil, experimento cambios en el funcionamiento de mi cuerpo.	27	22.5	39	32.5	28	23.3	26	21.7
31.- Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente.	81	67.5	30	25	4	3.3	5	4.2
33.- Cuando tengo un problema o situación difícil, tengo muchas expectativas acerca de la manera como se resolverá la situación.	4	3.3	14	11.7	45	37.5	57	47.5

Nota: datos obtenidos de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS, 33 ítems), en 120 participantes.

En la tabla 8, se presenta el factor 2 resaltando las reacciones físicas y la fase de salida durante el manejo de las situaciones, calificando negativamente el comportamiento o la

actitud, donde el 67.5% contestaron que cuando tienen un problema o situación difícil nunca se rinden fácilmente (ver datos en negritas).

Tabla 9

Frecuencias del Factor3 Proceso de Alerta

Preguntas	Nunca		Casi nunca		Casi siempre		Siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1.- Cuando tengo un problema o situación difícil, puedo seguir varias indicaciones al mismo tiempo.	20	16.7	27	22.5	51	42.5	22	18.3
11.- Cuando tengo un problema o situación difícil, me siento atento y activo durante el día.	9	7.5	31	25.8	50	41.7	30	25
12.- Cuando tengo un problema o situación difícil, intento que mis sentimientos no influyan para ver lo que sucede.	9	7.5	35	29.2	42	35	34	28.3
17.- Me desempeño bien manejando problemas complicados.	16	13.3	21	17.5	61	50.8	22	18.3
20.- Mi capacidad para actuar mejora cuando me encuentro en situaciones estresantes.	23	19.2	32	26.7	50	41.7	15	12.5
28.- Cuando tengo un problema o situación difícil, me hago cargo rápidamente y manejo las dificultades en la medida que van apareciendo.	3	2.5	17	14.2	55	45.8	45	37.5
30.- Cuando tengo un problema o situación difícil adopto rápidamente nuevas habilidades para resolverlo.	3	2.5	23	19.2	47	39.2	47	39.2

Nota: datos obtenidos de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS, 33 ítems), en 120 participantes.

En la tabla 9 se muestra el factor 3 el cual representa los comportamientos del yo personal y físico, se enfoca en tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas, manteniendo la combinación; esto se observa en la mitad (50.8%) de los participantes donde casi siempre se desempeñan bien manejando problemas complicados (ver datos en negritas).

Tabla 10

Frecuencias del Factor 4 Procesamiento Sistemático

Preguntas	<i>Nunca</i>		<i>Casi nunca</i>		<i>Casi siempre</i>		<i>Siempre</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
4.- Cuando tengo un problema o situación difícil, acepto el problema como es o como se presenta.	8	6.7	14	11.7	41	34.2	57	47.5
7.- Cuando tengo un problema o situación difícil, me tomo el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones.	2	1.7	11	9.2	46	38.3	61	50.8
29.- Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar.	7	5.8	18	15	39	32.5	56	46.7

Nota: datos obtenidos de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS, 33 ítems), en 120 participantes.

En la tabla 10 se observa el factor 4, el cual describe las capacidades personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente, es decir son concretas; en donde el 50.8% de los participantes siempre que tienen un problema o situación difícil se toman el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones (ver datos en negritas).

Tabla 11

Frecuencias del Factor 5 Conocer y Relacionar

Preguntas	Nunca		Casi nunca		Casi siempre		Siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
6.- Me siento bien cuando creo que manejo los problemas lo mejor que puedo.	4	3.3	7	5.8	50	41.7	59	49.2
21.- Puedo relacionar los problemas o situaciones difíciles con mis experiencias pasadas y con mis planes futuros.	20	16.7	23	19.2	49	40.8	28	23.3
24.- Utilizo las soluciones que le han funcionado a otros para resolver mis situaciones difíciles o problemas.	44	36.7	32	26.7	34	28.3	10	8.3
25.- Veo las situaciones difíciles o problemas como una oportunidad o un reto.	25	20.8	14	11.7	42	35	39	32.5
26.- Cuando tengo un problema o situación difícil, propongo diferentes soluciones para resolver la situación, aunque estas parezcan difíciles de alcanzar.	5	4.2	16	13.3	44	36.7	55	45.8

Nota: datos obtenidos de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS, 33 ítems), en 120 participantes.

En la tabla 11, se muestra el factor 5 que describe las capacidades que emplea la persona para utilizarse a si misma y a otros, utilizando la memoria y la imaginación, por lo tanto se observa que casi la mitad (49.2%) de los participantes siempre se sienten bien cuando creen que manejan los problemas lo mejor que pueden (ver datos en negritas).

3.5 Análisis Estadístico Inferencial.

Para el logro del objetivo general, que fue determinar la relación entre el estrés percibido y la capacidad de afrontamiento - adaptación en el familiar del paciente adulto de la UCI y el objetivo seis, que fue analizar la relación entre cada uno de los factores de la capacidad de afrontamiento – adaptación y las preguntas positivas-negativas del nivel de estrés percibido en el familiar del paciente adulto de la Unidad de Cuidados Intensivos, se corrió el estadístico correlación de Pearson, el cual cumple con los supuestos, de acuerdo a lo que describe Hernández, Fernández y Baptista (2014): dos variables continuas en una escala, variables de

intervalo o de razón, distribución de los datos con una curva normal, homocedasticidad de la varianza y relación lineal.

Tabla 12

Prueba de Correlación Bivariada de Pearson

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Horas de estancia	1									
2. Índice de ESCAPS	.374 .046	1								
3. Índice de PSS	.298 .032	-.105 .588	1							
4. Factor 1	.345 .009	.744 .000	-.448 .015	1						
5. Factor 2	.268 .044	.406 .000	.722 .001	-.334 .077	1					
6. Factor 3	.176 .362	.593 .001	.425 .021	.647 .000	.338 .078	1				
7. Factor 4	.048 .805	.639 .000	.327 .018	.570 .001	.278 .144	.660 .000	1			
8. Factor 5	.111 .568	.694 .000	.001 .996	.366 .051	.126 .516	.210 .273	.495 .006	1		
9. PSS negativas	.365 .051	.499 .006	.825 .000	.010 .960	.747 .001	.153 .418	.030 .876	.299 .115	1	
10. PSS positivas	.038 .854	.366 .051	.788 .000	.745 .001	.490 .007	.547 .002	.532 .003	.325 .086	.303 .110	1

Nota: datos obtenidos de la Escala de Estrés Percibido (PSS, 14 ítems) y la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS, 33 ítems), en 120 participantes

En la tabla 12 se puede observar la correlación de Pearson en índices generales entre el nivel estrés percibido y capacidad de afrontamiento-adaptación con una dirección negativa, un tamaño de efecto bajo ($r=-.105$) y no es estadísticamente significativo, dado que la p es mayor a .05, sin embargo, al realizar las correlaciones por dimensión (ESCAPS: factor 1, factor 2, factor 3, factor 4, factor 5 y PSS: preguntas positivas y negativas) de cada uno de los conceptos principales, se puede observar estadística significativa ($p<.05$) (ver datos en negritas).

A su vez, se relacionó las variables (estrés percibido y afrontamiento-adaptación) de estudio con los datos sociodemográficos (género, grupos de edad años cumplidos, años de escolaridad, ocupación y estado civil) de la muestra, mostrando que no existe diferencia estadísticamente significativa ($p > .05$), sin embargo, se observó que por horas de estancia en la sala de espera de UCI existe diferencia estadística significativa ($p < .05$).

Para la hipótesis la cual señala a mayor estrés percibido mayor es la capacidad de afrontamiento-adaptación en el familiar, se utilizó el estadístico de regresión lineal simple en donde el estrés percibido se introdujo como variable independiente y la capacidad de afrontamiento-adaptación en el familiar como variable dependiente. Se encontró que el modelo no fue significativo, $p = .588$ y $r = .105$; $R^2 = 0.007$ por lo que la hipótesis no se sustenta, esto se puede observar en la tabla 13.

Tabla 13

Resumen del modelo

R	R cuadrada	Sig. cambio en F
.082	.007	.376

Nota: datos obtenidos de la Escala de Estrés Percibido (PSS, 14 ítems) y la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (ESCAPS, 33 ítems), en 120 participantes.

En el resumen del modelo, tabla 13, se puede observar la R^2 , la cual no es estadísticamente significativa, lo que quiere decir es que el 0.7% del nivel de estrés percibido que tiene el familiar explica la variabilidad de la capacidad de afrontamiento-adaptación.

Capítulo IV

Discusión

El propósito de este estudio buscó determinar la relación que existe entre el estrés percibido y la capacidad de afrontamiento-adaptación en el familiar del paciente adulto de la UCI.

Los principales hallazgos en cuanto a los datos sociodemográficos, fueron: el género que predominó fue femenino, resultado que puede deberse a que en la cultura mexicana, las mujeres siguen estando a cargo del cuidado de la familia e inclusive fuera del hogar como es una estancia hospitalaria, dato que se confirma con investigaciones en México (Vargas y Aguilar, 2011) y Latinoamérica en países como Brasil (Zanetti, Fernandes y Ubessi, 2013 y De Azevedo, Lopes y Nunes, 2012) y Colombia (Jiménez, Zapata y Díaz, 2013); y algunos de Asia, como es Japón (Komachi y Kamibeppu, 2015), donde la mujer es parte primordial del cuidado a la vida y la salud, a pesar de persistir en el campo laboral; dato no similar a lo presentado por países del occidente como: Irán (Rahnama, Shahdadi, Bagheri, Poodineh y Absalan, 2017) e India (Patil, Salunkhe, Kapurkar, Sandhya, 2015) hallando al género masculino con mayor predominio ante el cuidado del paciente hospitalizado en la UCI, hecho que puede deberse a que en estas regiones, el varón es quien toma las decisiones en la protección de la familia.

Con respecto a la edad del familiar, los resultados indican una variabilidad entre adultos jóvenes y adultos mayores, resultados aproximados que presenta Vargas y Aguilar (2011), Komachi y Kamibeppu (2015), De Azevedo, Lopes y Nunes (2012); esto puede deberse a que son personas con mayor conciencia del estado de salud de su paciente y buscan estar al pendiente del cuidado y necesidades, aún con sus actividades programadas.

En cuanto a los años de escolaridad se observó que la mayoría de la muestra se encuentra en educación media superior, teóricamente este resultado le confiere al familiar hacerle un mejor frente a la difícil situación, dado que el alfabetismo les brinda una mejor capacidad de afrontamiento-adaptación, porque buscan informarse al respecto para la toma de decisiones; esto se relaciona con el instrumento (ESCAPS), en la pregunta específica número 29, indica ¿cuándo tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar?, este resultado es similar con lo que presenta De Azevedo, Lopes y Nunes (2012), Komachi y Kamibeppu (2015) y Jiménez, Zapata y Díaz (2013), debido a que estas poblaciones su nivel mínimo de formación, es educación media superior y superior.

Dentro de la ocupación del familiar, predominó labores del hogar, tradicionalmente en el contexto sociocultural mexicano, la mujer dentro sus ocupaciones tiene a cargo actividades en la casa, muchas no son empleadas; lo que podría explicar que aparentemente tienen tiempo de tomar la obligación, responsabilidad, cuidado y atención de su paciente independientemente del rol primario o secundario que mantenga en la familia o sociedad (madre, hermana o hija).

Ante un evento de enfermedad, la solidaridad de los familiares para el cuidado se ve reflejado acudiendo durante las visitas; quienes tienen un mayor compromiso en dar apoyo, son quienes están consolidados como matrimonio, por lo que el estado civil que predominó en el familiar fue casado, resultado que coincide con lo presentado por Rahnama, Shahdadi, Bagheri, Poodineh y Absalan (2017) y Zanetti, Fernades y Ubessi (2013), dado que su perspectiva es con mayor madurez para proporcionar comprensión al resto de la familia.

Referente al parentesco con el paciente, predominó los hijos, dado que en el contexto sociocultural de México los hijos menores asumen la responsabilidad de cuidar a sus padres e inclusive al resto de la familia, dato semejante a los presentado por Jiménez, Zapata y Díaz

(2013) y De Azevedo, Lopes y Nunes (2012) donde se les hereda el cuidado de la familia, sin embargo, este hallazgo no coincide con Vargas y Aguilar (2011), Komachi y Kamilbeppu (2015) y Zanetti, Fernandes y Ubessi (2013), donde el familiar que se queda al cuidado del paciente son madres, pareja (esposo (a)) y hermanos respectivamente; esto puede deberse a que los hijos están más ocupados en obtener un título universitario y un trabajo, sin embargo no hacen a un lado el lazo emocional con su familia.

Respecto a las horas de permanencia en la sala de espera de la UCI, se observó un promedio de 51 hrs. a la semana, donde esperan en bancas metálicas la información de atención médica de su paciente, esto debido a que la mayoría de los pacientes son foráneos, resultados que no se pueden contrastarse con investigaciones previas por el vacío que existe de ello, hecho que sugiere la necesidad de continuar investigando y que denota la importancia y originalidad de este trabajo.

Con relación al párrafo anterior, teóricamente se supone que entre más tiempo pasa el familiar al pendiente de su paciente, mayor es el estrés y menor es la capacidad de afrontamiento-adaptación, sin embargo, esta afirmación no se puede generalizar, dado que no existe una bitácora de registro de visitas de los familiares de pacientes de la UCI, que permita contrastar como anteriormente se ha realizado.

En cuanto a la pregunta ¿qué le preocupa más en este momento?, el familiar contestó con mayor predominio: la salud de mi paciente; otras preocupaciones con menor prevalencia fueron: “la incomodidad (bancas y bañarse), mis hijos y mi salud”; resultados esperados, dado que la mayoría de los cuidadores son mujeres casadas con hijos y labores del hogar, lo que indica que tienen una familia que cuidar además del miembro hospitalizado, lo cual sugiere un ligero rompimiento familiar y estrés para quienes viven en este medio ambiente, este hallazgo es similar a lo reportado por Zanetti, Fernandes y Ubessi (2013).

Con respecto a los dos supuestos científicos que se consideraron para esta investigación, los cuales señalan: la persona y las transformaciones del medio ambiente se crean en la conciencia humana y la integración de los sentidos del medio ambiente resultan en la adaptación, estas afirmaciones hechas por Roy se confirman, dado que el familiar se adaptó ante el estímulo ambiental focal (paciente en la UCI), creando un proceso de afrontamiento en el subsistema cognator o relacionar, en su modo de adaptación función de rol primario y secundario como familiar de paciente, generando una respuesta de estrés baja y afrontamiento-adaptación baja; cabe señalar que el familiar se halló con un estímulo contextual, que es el cuidado de sus hijos, que ha dejado en casa, este estímulo puede explicar los resultados (niveles y grados bajos), dado que su conciencia humana le obliga a no solo prestar atención en una situación (estímulo focal: paciente en la UCI), sino además pensar en otras preocupaciones que no son exclusivas del cuidado de su paciente y que sin duda le permitan otorgar la confianza al personal de enfermería especializado en cuidados críticos, para el cuidado y atención de su paciente, minimizando así sus niveles de estrés y grado afrontamiento-adaptación por el estímulo focal.

En relación con los supuestos científicos y en base a su razonamiento, se presentan las hipótesis. En la hipótesis número uno que indicó: si la integración del ser humano a los cambios del medio ambiente resulta en una adaptación, entonces el estrés que se crea en una persona cuyo familiar adulto está hospitalizado en cuidados intensivos, tiene una relación con el nivel de afrontamiento para adaptarse de manera positiva y significativa, es decir a mayor estrés percibido mayor es la capacidad de afrontamiento-adaptación en el familiar, hipótesis que no se sustenta, dado que se obtuvieron resultados de nivel de estrés percibido bajo y una capacidad de afrontamiento-adaptación baja en el familiar de paciente adulto de la UCI.

Dado lo expuesto se presenta la hipótesis número dos donde señala que a menor estrés percibido menor es la capacidad de afrontamiento-adaptación en el familiar, la cual se sustenta, esto con relación a los siguientes hallazgos en el análisis de datos. El nivel de estrés percibido fue bajo, esto puede deberse, dado que sus preocupaciones se relacionan con otros factores como es el cuidado de sus hijos, este resultado es similar a lo hallado por Vargas y Aguilar (2011), donde la mayoría de los participantes calificaron en estrés bajo, esto puede ser derivado, porque el familiar tiene diferentes roles sociales lo que genera otros sentimientos, emociones y responsabilidades en el cuidado del hogar y trabajo (sustento económico), contrario a lo presentado por Zanetti, Fernades y Ubessi (2013) y Patil, Salunkhe, Kapurkar, Sandhya (2015), donde los niveles de estrés alto y moderado, respectivamente, este resultado puede deberse al parentesco que se tiene con el paciente y a que en su mayoría son del género masculino, lo cual se les dificulta la toma de decisiones.

En cuanto a la capacidad de afrontamiento-adaptación se encontró en el familiar grado bajo, esto se puede explicar directamente con las preguntas del ESCAPS, donde el participante cree que sus experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas; resultados que no fueron semejantes por Jiménez, Zapata y Díaz (2013) y Rahnama, Shahdadi, Bagheri, Poodineh y Absalan (2017) donde hallaron capacidad de afrontamiento alta y moderada, respectivamente, dichos resultados se debe a que el familiar se centra en el problema y lo relaciona con sus experiencias pasadas, planes futuros y revalorizando positivamente la difícil situación.

Cabe señalar que las correlaciones obtenidas entre el nivel de estrés percibido y la capacidad de afrontamiento-adaptación no fueron estadísticamente significativas, sin embargo, por factores (factor 1: recursivo y centrado, factor 2: físico enfocado, el factor 3: proceso de alerta, el factor 4: procesamiento sistemático) se observó significancia estadística, dado que el

familiar casi siempre encuentra soluciones nuevas para resolver la situación, siempre está al pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación, nunca se rinden fácilmente, casi siempre se desempeña bien manejando problemas complicados y siempre se toma el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones; datos equivalentes a lo presentado por Jiménez, Zapata y Díaz (2013) donde el familiar utiliza con mayor frecuencia los factores 1, 3, 4 y 5, esto se debe a que el familiar está atento ante cualquier cosa relacionada con la situación y puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez, incluso en una crisis o con un problema se desenvolverme mejor que la mayoría de las personas cuando tengo que ir a lugares desconocidos; así como lo mostrado por Patil, Salunkhe, Kapurkar, Sandhya (2015), donde el nivel de estrés en relación con el método de afrontamiento no fue estadísticamente significativo, esto puede deberse dado que el familiar que predominó fueron varones, los cuales tienen mayor dificultad para expresar su sentir ante una difícil situación.

En relación al párrafo anterior, al haber evaluado la correlación, se observó un porcentaje de variabilidad relativamente baja (0.7%), la explicación puede deberse a que no hay antecedentes de este trabajo, pero proporciona un panorama más amplio de como conducirse para explicar por qué se estresa el familiar del paciente adulto de la UCI, las preocupaciones posibles son: la economía, trabajo, lugar desconocido (ciudad desconocida), no tener lo necesaria para acicalarse, estos datos no pueden contrastarse dado el vacío del conocimiento, sin embargo, cobra importancia.

El Modelo de Adaptación propuesta por Callista Roy, influyó en conocer los factores (factor 1: recursivo centrado, factor 2: reacciones físicas y enfocadas, factor 3: proceso de alerta, factor 4: procesamiento sistemático y factor: 5 conocer y relacionador) que el familiar combina para hacerle frente a una difícil situación, de manera que pueda arrojar un grado de

capacidad de afrontamiento-adaptación ante el estímulo focal (paciente en la UCI) o incluso estímulo contextual (otras preocupaciones).

Finalmente, estos resultados deben tomarse con cautela por las siguientes debilidades metodológicas, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, no obstante, esto permitió tener accesibilidad, proximidad y facilidad de identificar al familiar de paciente adulto de la UCI para ser estudiados (cautivos), sin sufrir alteraciones en su participación y en los criterios de selección.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones fue el tiempo de colecta de datos, dado que los días de estancia son prolongados por el pronóstico de salud, dificultando la entrevista de nuevos familiares.

Otra limitación que se identificó durante el procedimiento fue una variable confusora que se presenta a continuación, la cual no se pudo controlar, dado que no se premeditó dentro de los criterios de inclusión y exclusión, así como no se logró delimitar desde el punto de vista estadístico, esta fue:

1. Diagnóstico para la admisión del paciente a la UCI, esta variable da la pauta al personal de salud de notificar al familiar con anticipación la probabilidad de ingresar a su paciente a la UCI en caso necesario, donde el estrés es bajo y la capacidad de afrontamiento-adaptación es baja, esto debido a que hay pacientes que presentan enfermedades crónicas, por lo tanto el cuidador tiene mayor tiempo de asimilar la posibilidad de ingreso de su paciente a la UCI aceptando la enfermedad y resignándose a un desenlace no favorable, con la probabilidad de conocer el entorno, normatividad y políticas hospitalarias.
- Así mismo existe el familiar con paciente adulto que ingresa a la UCI, por un evento inesperado, por ejemplo un diagnóstico de traumatismo, donde no ha tenido la

oportunidad suficiente de asimilar el entorno en que se encuentra el mismo y su paciente, el estrés incrementará y su capacidad de afrontamiento-adaptación cambiará; este dato es similar a lo expuesto por Komachi y Kamilbeppu (2015), donde se presenta que la admisión planificada a la UCI resultó menos estresante para el familiar que para quienes no es programado el ingreso.

Recomendaciones

Ante la realidad expuesta se recomienda, anexar en la cedula de datos sociodemográficos el diagnóstico del paciente y los días de estancia del mismo, datos que apoyarán a conocer los cambios en el nivel de estrés y el grado de capacidad de afrontamiento-adaptación.

Aunado a las recomendaciones, se propone para la recolección de datos, aplicar los instrumentos como se hizo en esta investigación, familiar por familiar, es decir de uno en uno, esto creará credibilidad y aclaración de dudas en el familiar. Se propone continuar realizando investigaciones en el familiar con estímulo focal (paciente hospitalizado en diferentes servicios) y estímulo contextual (otras preocupaciones: cuidado de sus propios hijos) con apoyo del Modelo de Adaptación propuesta por Callista Roy, a fin de fortalecer la evidencia y crear programas de salud con sustento.

Por otra parte, se recomienda al personal de salud, del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, mantener comunicación con el familiar incidiendo de manera respetuosa y amable, conociendo su nivel de estrés y grado de afrontamiento-adaptación, de tal manera pueda apoyarse a otros más sobre el mismo problema o situación difícil y no sea sujeto de olvido.

Conclusiones

Sobre la base de los resultados, al evaluar el estrés percibido y la capacidad de afrontamiento-adaptación, se pudo determinar de forma objetiva que el familiar (sistema humano) recibe un estímulo contextual (paciente en la UCI), pasando por un proceso de

afrontamiento, en el modo de adaptación función de rol (comportamiento que ocupa el familiar sobre la posición del paciente), generando una conducta o comportamiento adaptativa o inefectiva ante el proceso del estímulo del medio ambiente.

Cabe señalar, la escala modificada por Sarmiento, Botero y Carvajal (2011), permitió identificar las capacidades de afrontamiento- adaptación en el familiar que con mayor frecuencia utiliza, comprobando así, que la teoría permitió conocer el proceso que realiza el familiar para llegar a un grado de capacidad, estilo o estrategia de afrontamiento-adaptación ante un estímulo focal o contextual, los resultados del estudio de investigación apoyan al Modelo de Adaptación de Callista Roy.

Con base a lo expuesto, el estudio mostró en el familiar de paciente adulto de la UCI, un nivel de estrés percibido bajo y un grado de capacidad afrontamiento-adaptación baja, hallando una correlación no significativa, es decir el familiar tiene un afrontamiento-adaptación baja ante el estímulo generado del medio ambiente.

Los hallazgos de esta investigación colaboran al desarrollo y fortalecimiento del cuerpo de conocimiento de enfermería al conocer el nivel de estrés percibo y el grado de capacidad de afrontamiento-adaptación que tiene el familiar ante un estímulo externo o interno; además de contribuir a la creación de programas de prevención, promoción y mantenimiento de la salud en el familiar del paciente adulto de la UCI, así como beneficiar de forma directa la pronta recuperación del paciente, como parte integral de la atención de enfermería.

Referencias

- Büyükcoban, S., Ciceklioglu, M., Demiral, Y. N. & Murat, C. M. (2015). Adaptation of the critical care family need inventory to the turkish population and its psychometric properties. *Peer Reviewed & Open Access*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4563234/>.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 24(4). 385-396. Recuperado <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/globalmeas83.pdf>
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D. & Miller, G. (2007). Psychological stress and disease. *The Jama Network*.298(14). 1685-1687. doi:10.1001/jama.298.14.1685
- De Azevedo, L. F, Lopes, A. M., & Nunes, M. W. (2012). Coping strategies of children who have a mother or father in a hospital intensive care unit. *Revista Diversitas-Perspectiva en Psicología*. 8(1). 151-164. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v8n1/v8n1a11.pdf>
- Diccionario. (2010). Oxford Pocket. Español-inglés. Inglés-español. New York. EE. UU. Ed. Latinoamericana.
- Duarte, M. P., Sánchez, V. L., Guzmán, L. J. & López, R. M. (2012). Experiencia de ocho años de la terapia intensiva central del hospital general de México. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. 26(2). 85-89. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2012/ti122e.pdf>.
- Escudero, D., Viña, L. & Calleja, C. (2014). Por una Uci de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Revista Medicina intensiva*. 38(6) DOI: 10.1016/j.medin.2014.01.005

- Frizon, G., Pereira, N. E., Godinho, B. C. & Martins, J. J. (2011). Familia en la sala de espera de una unidad de cuidados intensivos: sentimientos reveló. *Revista Gaúcha Enfermería*. 32(1).72-78. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a09v32n1.pdf>.
- Galvis, L. C. R. & Salamanca, R. E. (2014). Percepción de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una institución prestadora de salud (IPS) privada en Villavicencio, Colombia. *Revista Investigación en Enfermería. Imagen y Desarrollo*. 16(2). 81-94. DOI: 10.11144/Javeriana.IE16-2.pncf.
- Gómez, M. S., Ballester, A. R. & Gil, J. B. (2011). El cuestionario de necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos versión breve: adaptación y validación en población española. *Anuales del Sistema Sanitario de Navarra*. 34(3). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272011000300002&script=sci_arttext.
- González, R. M. T., & Landero. (2007). Factor structure of perceived stress scale (PSS) in a sample from México. *Spanish Journal of Psychology*. 10(1) 199-206. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/SJOP/article/view/SJOP0707120199A>.
- González-Ramírez, M. T., Rodríguez-Ayan, & Landero. (2013). The perceived stress scale (PSS): normative data and factor structure for a large-scale sample in México. *Spanish Journal of Psychology*. 16. 1-9. DOI: 10.1017/sjp.2013.35.
- Gutiérrez (2009). Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Revista de investigaciones: Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 6(12). 201-213. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4138/413835200009.pdf>

- Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta ed.) México, DF: McGraw-Hill Interamericana.
- Jiménez, O. V. F., Zapata, G. L. S. & Díaz, S. L. (2013). Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Red de Revistas de América Latina el Caribe, España y Portugal*. 13(2). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2407/html>.
- Komachi, M. & Kamibeppu, K. (2015). Acute stress symptoms in families of patients admitted to the intensive care unit during the first 24 hours following admission in Japan. *Revista Scientific Research Publishing*. 5(1). 325-335. DOI: 10.4236 / ojn.2015.54035
- Moral, De R. J. & Cazares De L. F. (2014). Validación de la escala de estrés percibido (PSS-14) en la población de dentistas colegiados de Monterrey. *Ansiedad y estrés*. 20(2-3) 193-209.
- Olano, M. & Vivar C. G. (2012). Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática. *Revista An. Sistema Sanitario Navarro*. 35(1). 53-67. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v35n1/revision2.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] 2016, Temas de salud. Enfermería. Recuperado de <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- Pardavila, B. M. & Vivar, C. G. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva. Elsevier Doyma*. 23(2). 51-67. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familia-las-unidades-cuidados-90133701>.

- Patil, S., Salunkhe, J., Kapurkar, K. S. & Jagdale, S. (2015). A descriptive study to assess the level of stress and coping strategies among the relatives of client admitted in medical intensive care unit and surgical intensive care unit in Krishna hospital, Karad. *International Journal of Science and Research*. 4(1). 2319-7064. Recuperado de <https://www.ijsr.net/archive/v4i1/28121401.pdf>
- Polít, F. D. & Hungler, P. B. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. (6ta ed.) Washington: McGraw-Hill Interamericana.
- Rahnama, M., Shahdadi, H., Bagheri, S., Poodineh, M. M. & Absalan, A. (2017). The relationship between anxiety and coping strategies in family caregivers of patients with trauma. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*. 11(4).
DOI: 10.7860/JCDR/2017/25951.9673
- Secretaría de Salud (2013). Norma Oficial Mexicana NOM 025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5314307&fecha=17/09/2013.
- Secretaría de salud (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model*. (3rd ed.) New Jersey: Pearson.
- Salgado-Madrid, M., Mo-Carrascal, J. & Monterrosa-Castro, A. (2013). Escalas para estudiar percepción de estrés psicológico en el climaterio. *Revista Ciencias Biomédicas*. 318-326. Recuperado de http://www.revista.spotmediav.com/pdf/4-2/14_escalas_estres_psicologico.pdf

- Sarmiento, G. P., Botero, G. J. & Carvajal, C. G. (2011). Validez de constructo de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy, versión modificada en español. *Revista index de enfermería*. 22(4).
- Vargas, M. J. & Aguilar, G. E. (2011). Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general. *Revista Centro Regional de Investigación en Psicología*. 5(1). 35-40. Recuperado de http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/60_estres_familiares_cuidados_intensivos.pdf.
- Zanetti, T. G., Fernandes, E. M., & Ubessi, L. D. (2013). Stress and Coping in families of patient in an intensive care unit. *Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online*. 5(2). 3608-3619. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n2p3608.

Apéndices

Apéndice A



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Consentimiento Informado

Título del proyecto de investigación: estrés percibido y capacidad de afrontamiento - adaptación en el familiar del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Estimado familiar del paciente adulto de la UCI, la LE. Gladys Pérez Vázquez, estudiante del Programa Educativo de Maestría en Enfermería, en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, se encuentra realizando el proyecto de investigación, con **el objetivo** determinar la relación entre el estrés percibido y la capacidad de afrontamiento-adaptación en el familiar del paciente adulto de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Si usted acepta participar en el estudio, se hará el siguiente procedimiento:

1.- Se realizarán algunas preguntas, mediante la aplicación de una cedula de datos sociodemográficos, en segundo lugar, la escala de estrés percibido - Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen y por último la escala de medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy, los cuales serán llenados con bolígrafo, con tiempo estimado de 15 minutos.

2.- La información que proporcione, será utilizada de forma confidencial y únicamente por el investigador.

Se hace la aclaración que su participación en este estudio no implica riesgo alguno, así como ningún costo para usted.

Firma del participante

He leído toda la información contenida en este formato de consentimiento informado. 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 la investigadora para realizar las preguntas directamente. Yo autorizo el uso de mi información de acuerdo al formato.

Al firmar confirmo que estoy de acuerdo con participar en el protocolo descrito aquí.

Firma del Participante

Fecha

Nombre testigo

Apéndice B



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Cédula de Datos Sociodemográficos

Instrucciones:

A continuación, se presenta una serie de preguntas con respecto a su persona, coloque una X en el paréntesis que se indica, según sea el caso y escriba lo que se le pide.

1. Sexo: Hombre () Mujer ()
 2. Edad años cumplidos: _____
 3. Años de escolaridad cursados: _____
 4. Ocupación: _____
 5. Estado civil: _____
 6. Parentesco con el paciente: _____
 7. ¿Cuántas **horas a la semana** (de lunes a domingo) permanece usted en la sala de espera de la Unidad de Cuidados Intensivos (Hospital)? _____
 8. ¿Cuál es su principal preocupación en este momento?

-



Apéndice C
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Adaptación de la Escala de Estrés Percibido (PSS) para México; en español, versión completa 14 ítems.

(Monica Teresa González Ramírez, René Landero Hernández, 2007)

Instrucciones:

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor **marca con una X** la opción que mejor se adecue a su situación actual, teniendo en cuenta el último mes. 0. Nunca, 1. Casi nunca, 2. De vez en cuando, 3. A menudo, 4. Muy a menudo.

No	Durante el último mes:	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1.	¿Con qué frecuencia has estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2.	¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
3.	¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?	0	1	2	3	4
4.	¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5.	¿Con qué frecuencia ha sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
6.	¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
7.	¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
8.	¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
9.	¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
10.	¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	0	1	2	3	4
11.	¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
12.	¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	0	1	2	3	4
13.	¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	0	1	2	3	4
14.	¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4



Apéndice D

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



**Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y
Adaptación de Callista Roy (ESCAPS), versión en español, abreviada.**
(Gloria Carvajal Carrascal, Johana Botero Giraldo, Paola Sarmiento González, 2011)

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 **marque con una X** 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.

No.	Preguntas	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 estoy preocupado por un problema o situación difícil, tengo dificultad para completar actividades, tareas y proyectos.	0	1	2	3
4.	Cuando tengo un problema o situación difícil, acepto el problema como es o como se presenta.	0	1	2	3
5.	Cuando tengo un problema o situación difícil solo puedo pensar en lo que me preocupa del mismo.	0	1	2	3
6.	Me siento bien cuando 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
19.	Con el fin de salir de un problema o situación difícil puedo hacer cambios drásticos en mi vida.	0	1	2	3
20.	Mi capacidad para actuar mejora cuando me encuentro en situaciones estresantes.	0	1	2	3
21.	Puedo relacionar los problemas o situaciones difíciles con mis experiencias pasadas y con mis planes futuros.	0	1	2	3
22.	Tiendo a sentirme culpable por cualquier dificultad que tenga.	0	1	2	3
23.	Creo que mis experiencias pasadas no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas.	0	1	2	3
24.	Utilizo las soluciones que le han funcionado a otros para resolver mis situaciones difíciles o problemas.	0	1	2	3
25.	Veo las situaciones difíciles o problemas como una oportunidad o un reto.	0	1	2	3
26.	Cuando tengo un problema o situación difícil, propongo diferentes soluciones para resolver la situación, aunque estas parezcan difíciles de alcanzar.	0	1	2	3
27.	Cuando tengo un problema o situación difícil, experimento cambios en el funcionamiento de mi cuerpo.	0	1	2	3
28.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me hago cargo rápidamente y manejo las dificultades en la medida que van apareciendo.	0	1	2	3
29.	Cuando tengo un problema o situación difícil, intento aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar.	0	1	2	3
30.	Cuando tengo un problema o situación difícil adopto rápidamente nuevas habilidades para resolverlo.	0	1	2	3
31.	Cuando tengo un problema o situación difícil, me rindo fácilmente.	0	1	2	3
32.	Cuando tengo un problema o situación difícil, desarrollo un plan que tiene una serie de acciones o pasos para enfrentar la situación.	0	1	2	3
33.	Cuando tengo un problema o situación difícil, tengo muchas expectativas acerca de la manera como se resolverá la situación.	0	1	2	3

Gracias por su participación.