

**AFRONTAMIENTO COGNITIVO Y ADAPTACIÓN DE PADRES O MADRES CON
HIJOS EN POST-OPERATORIO DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN LA
FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL DE BOGOTÁ**

Tesis para optar por el título de Magister en Enfermería

Adriana Marcela Monroy G

Claudia Esperanza Suarez A.

Director: Carolina Gutiérrez López

Universidad de la Sabana

Magister en Enfermería.

Chía, Colombia

2010

Agradecimientos

Deseamos manifestar nuestros más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que intervinieron e hicieron una realidad este trabajo:

En primer lugar a nuestras familias quienes con su paciencia y amor nos apoyaron constantemente en este camino.

Al profesor Humberto Mayorga quien con su sabiduría y prudencia le dio luz a este trabajo en muchas ocasiones sacrificando tiempo valioso para su vida familiar.

A nuestra directora Profesora Carolina Gutiérrez, por sus enseñanzas.

A la Fundación Cardioinfantil por concedernos el espacio y el tiempo para trabajar con estos padres de familia que tanto lo necesitan y finalmente a todos los padres que a pesar de la situación crítica de salud de sus hijos nos entregaron de la mejor manera su tiempo y disposición para participar en el estudio.

Gracias a todos

TABLA DE CONTENIDO

1.	MARCO DE REFERENCIA	7
1.1.	Planteamiento del problema	7
1.2.	Objetivo general	12
1.3.	Objetivos específicos	12
1.4.	Hipótesis	13
1.5.	Justificación	13
2.	CONCEPTOS	18
2.1.	Afrontamiento	18
2.2.	Proceso de afrontamiento y adaptación	18
2.3.	Capacidad de afrontamiento y adaptación en padres o madres con hijos con cardiopatía congénita	18
2.4.	Cardiopatía congénita	18
2.5.	Pareja de padres	18
2.6.	Padre o madre solos	19
2.7.	Postoperatorio	19
3.	MARCO TEÓRICO	20
3.1.	Afrontamiento y adaptación	20
3.2.	Teoría de mediano rango del proceso de afrontamiento y adaptación de la Dra. Callista Roy	26
4.	MARCO DE DISEÑO	33
4.1.	Diseño	33
4.2.	Universo	33
4.3.	Población	34
4.4.	Muestra	34
4.5.	Criterios de inclusión	36
4.6.	Instrumento	36
4.6.1.	Descripción e interpretación	40
4.6.2.	Categorización de la Escala de medición de la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación ECAPS	40
4.7.	Fases de desarrollo de la investigación	43
5.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
6.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	48
6.1.	Resultados	52
7.	DISCUSIÓN	58
8.	CONCLUSIONES	61
9.	CONSIDERACIONES DEL INSTRUMENTO Y SU APLICACIÓN	63
10.	RECOMENDACIONES	64
11.	ANEXOS	65
11.1.	Información a padres	65
11.2.	Escala ECAPS	67
11.3.	Presupuesto	72
11.4.	Autorización de la utilización de la categorización	75
12.	BIBLIOGRAFÍA	76

LISTA DE TABLAS

Tabla No 1. Comparación de las dimensiones halladas en diversos estudios y escalas de afrontamiento.

Tabla No 2. Comparación de las características de la adultez.

Tabla No 3. Categorización de la capacidad de afrontamiento y adaptación.

Tabla No 4. Matriz de correlación de factores de la ECAPS.

Tabla No 5 Jerarquización del valor de significancia de los factores.

LISTA DE GRAFICOS

Gráfica No 1 Genero de los Padres.

Gráfica No 2 Edad de los padres.

Gráfica No 3 Presencia del apoyo de la pareja.

Gráfica No 4 Estado civil de los padres.

Gráfica No 5 Nivel de educación de los padres.

Gráfica No 6 Nivel socioeconómico de los padres.

Gráfica No 7 Promedio de la capacidad de afrontamiento y adaptación de padres solos y padres acompañados por su pareja durante el postoperatorio de su hijo.

Gráfica No 8 Capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación en padre o madre solo.

Gráfica No 9 Capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación en la pareja de padres.

RESUMEN

Dentro de los defectos congénitos, las cardiopatías congénitas se encuentran en el grupo con mayor riesgo de mortalidad a nivel mundial y teniendo en cuenta que la Fundación CardiInfantil se encuentra entre las primeras instituciones que ofrece un programa de tratamiento de estos, se decidió medir el proceso de afrontamiento y adaptación en un grupo de padres que se encuentren solos o acompañados por su pareja durante el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo, Como herramienta principal, se utilizó la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación, versión en español (ECAPS), diseñada por Callista Roy y se concluyó que la pareja, como apoyo social favorece el proceso de afrontamiento de estos padres, promoviendo la adaptación a la situación.

Palabras clave: Cardiopatías congénitas, proceso de afrontamiento y adaptación, apoyo social

ABSTRACT

Within birth defects, congenital heart disease found in the group with increased risk of mortality worldwide and considering that CardiInfantil Foundation is among the first institutions to offer a treatment program of these, it was decided to measure the process coping and adaptation in a group of parents who are alone or accompanied by her partner during the postoperative period of congenital heart of his son, as the main tool, we used the scale for measuring coping and adaptation process, Spanish version (eCaps), designed by Callista Roy and concluded that the couple, and social support helps the coping process of these parents, promoting adaptation to the situation.

Keywords: Congenital heart disease, and adaptation process of coping, social support

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 Planteamiento del Problema

Dentro de los defectos congénitos, las cardiopatías se encuentran en el grupo con mayor riesgo de mortalidad a nivel mundial, teniendo en cuenta que solo el 25% de estas es diagnosticada en el período neonatal. La prevalencia ha sido estimada de 4 a 9 niños por cada 1.000 nacimientos, la cifra exacta depende de la agudeza diagnóstica, los criterios de inclusión de cada registro, factores genéticos y ambientales de cada región, la duración del seguimiento durante el período neonatal de los casos y otros factores concernientes a cada registro. Así, Hoffman y Kaplan en un meta-análisis de 62 estudios publicados desde 1955 sobre la incidencia de defectos cardíacos congénitos, determinaron que ésta varía entre 4 y 50 por 1.000 nacidos vivos, concluyendo que la diferencia en los reportes depende principalmente de la cantidad de defectos cardíacos triviales o menores incluidos, siendo que la incidencia reportada de cardiopatías congénitas moderadas a severas es alrededor de 6 por 1.000 nacidos vivos (1).

En cuanto a la mortalidad global que se registró durante el año del 2003 fue del 7.7%, la cual se compara de forma aceptable con lo observado en el Reino Unido: 3.7% a 5.3% entre 1997 y 1999 y con lo encontrado en el estudio multi-céntrico de Halm y colaboradores, en donde la mortalidad observada para cirugía cardíaca pediátrica fue de 6.8 a 7.7% (2). En Colombia las cardiopatías congénitas constituyen la segunda causa de muerte en niños menores de 1 año, teniendo una gran importancia para salud pública; datos estadísticos reportados por el Ministerio de la Protección Social en 2006

muestran que las cardiopatías congénitas en 44.985 nacimientos tiene una prevalencia de 1.2 por 1.000, sin discriminar entre nacidos vivos y mortinatos. Las cardiopatías más frecuentes fueron las relacionadas con malformaciones del Septum ventricular (27.3%), Ductus Arterioso persistente (27.3%) y ventrículo izquierdo hipoplásico (21.8%) (3).

En Colombia no se cuenta con información fidedigna sobre resultados de mortalidad operatoria de cardiopatía congénita, por esta razón en un primer estudio hecho con el objetivo de obtener datos aproximados a la realidad nacional, se reunieron los resultados recolectados en los últimos tres años, en cuatro centros del país que cuentan con infraestructura y personal especializado en el manejo de cardiopatías congénitas, dichos centros que participaron fueron: la Fundación CardiInfantil – Instituto de Cardiología de Bogotá, la Fundación Clínica Abood Shaio de Bogotá, la Clínica Valle de Lili de Cali y la Clínica Cardiovascular Santa María de Medellín. Los resultados fueron clasificados por categorías según el Rachs, que es un instrumento para medir mortalidad según la complejidad de la cardiopatía; consta de 79 intervenciones de cirugía cardíaca (abiertas y cerradas) distribuidas en 6 categorías de riesgo, uno de menor riesgo y seis de máximo riesgo. En la categoría uno la mortalidad fue de 0.66%, en la categoría dos fue 7.21%, para la categoría tres fue de 20.73%, y para la categoría cuatro fue 33.86% (4), en las categorías cinco y seis no se encontraron datos.

Aproximadamente 10.000 niños nacen cada año en Colombia con problemas cardiovasculares y un 40% de ellos no tienen servicios de salud. Según el Ministerio de la Protección Social, durante el año 2002 fueron registrados 700.000 niños nacidos vivos, la OPS (Organización Panamericana de la Salud) calcula que anualmente en

Colombia nacen 900.000 niños, se estima que 200.000 de ellos no han sido registrados, por lo que se presume que entre el 0.8% al 1.5% presentan cardiopatías congénitas (5).

A nivel nacional se cuenta con varias instituciones que tienen programas encaminados al tratamiento y corrección de cardiopatías congénitas, entre las más destacadas están la Fundación Valle de Lili (Cali), La fundación cardiovascular (Santander), el Hospital Pablo Tobón (Medellín), el Hospital Cardiovascular de Soacha, el Hospital San Rafael (Bogotá), la Clínica Colsubsidio (Bogotá), la Clínica Shaio (Bogotá), pero históricamente y por experiencia la Fundación Cardiointantil (FCI) es líder a nivel nacional en el manejo y tratamiento de las cardiopatías congénitas.

La Fundación Cardiointantil, fue creada en 1973 por los doctores Reinaldo y Camilo Cabrera; es una organización privada sin ánimo de lucro, cuya misión se basa en "brindar atención principalmente a niños con problemas cardiovasculares que por sus escasos recursos, no pueden acceder a la calidad y tecnología de los servicios de salud que requieren", es por esto que nace hace 37 años el programa de cardiopatías congénitas "Regale una Vida", que en términos prácticos consiste en poner al alcance de los niños y sus familias, la infraestructura humana, científica y académica, para beneficio de los pequeños con cardiopatías congénitas o adquiridas de los estratos socioeconómicos 0, 1, y 2, niños sin seguridad social o cubiertos por sistemas de seguridad inoperantes e inútiles en el momento de requerir los servicios (6). Como institución acreditada ha permitido establecer convenios con las diferentes entidades prestadoras de salud (EPS) nacionales e internacionales, abarcando una población infantil de diferentes estratos socioeconómicos.

En el 2008 se intervinieron 431 niños con cardiopatías congénitas y en el 2009 se operaron 153 niños correspondientes al programa social hasta el mes de septiembre; reflejando así que la Fundación CardiInfantil como institución de IV nivel, es centro referencia de cirugía cardiovascular manteniendo los estándares exigidos por el leapfrog group. En este momento, la fundación se encuentra en proceso de consolidarse como líder en Latinoamérica, en cirugía cardiovascular (7).

Actualmente, la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico Cardiovascular (UCIPCV) cuenta con una disponibilidad de 12 camas. Para el año 2006 la ocupación de estas fue de 80%, y en el primer trimestre del 2007 aumento al 84%, Hoy por hoy, semanalmente se programan en promedio, entre 10 y 12 cirugías cardíacas pediátricas de baja y alta complejidad (8). La unidad de cuidados intensivos pediátricos de la FCI cuenta con un grupo interdisciplinario conformado por doce enfermeras de las cuales el 90% tienen especialización en cuidado intensivo pediátrico y cardio-respiratorio, doce auxiliares de enfermería con experiencia en cuidado crítico, y médicos con especialidad en cardiología pediátrica y cirugía cardiovascular.

Dentro del proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del niño con cardiopatía congénita, es importante dimensionar los aspectos psicosociales que pueden afectar al infante, su familia y su entorno. Según lo referido por Pinal B y Cinos C (9), en la III Jornada de Cardiopatías Congénitas del 2006 (10), se afirma que las esperanzas de los padres se centran en el deseo de un bebé sano y sin problemas, para lo cual, un diagnóstico de cardiopatía congénita, rompe de forma brusca esas esperanzas, hasta que no se generan en ellos reacciones de aceptación de la enfermedad.

Una de las primeras fases es la del impacto emocional, en la que se mezclan los sentimientos de incomprensión y culpa frente a la enfermedad; después se inicia una fase de adaptación a la nueva realidad, que pasa por momentos de tristeza y depresión y al mismo tiempo de reorganización de la situación familiar, y por último una fase de estabilidad, en que las familias encarar el problema, aceptan la situación y se logra un equilibrio entre las necesidades de cada uno de los miembros de la familia y las situaciones que plantea la enfermedad; dentro de las cuales se encuentra el proceso de la intervención quirúrgica y el postoperatorio, el cual comienza en la unidad de cuidado intensivo pediátrico cardiovascular.

Según Aldana Zavanella, psicóloga de la Fundación Menudos Corazones (institución miembro de la Fundación Española del Corazón) (11), el afrontamiento de la cardiopatía, se presenta en forma individual por cada uno de los miembros que componen la familia (enfoque individual), y el afrontamiento por la familia en su conjunto (enfoque colectivo), dentro de ésta, el afrontamiento de la pareja como unidad, es necesario e imprescindible para una asimilación sana de la cardiopatía por parte del niño y de la familia.

El estudio "Parent Stress and Coping in NICU and PICU", publicado en el "Journal of Pediatric Nursing"(12), sobre la identificación y la comparación de las percepciones y el afrontamiento de los padres, en la unidad neonatal y en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, afirma que: "la enfermera requiere de una amplia perspectiva de conocimientos; percibe e identifica de una forma más útil y fácil las experiencias estresantes y las necesidades de los padres, permitiendo de esta forma proporcionar intervenciones eficaces, para facilitar el afrontamiento en la unidad de cuidado

intensivo". El estudio concluye que las enfermeras puede reducir en gran magnitud la tensión y ayudar a los padres a comprender la situación a través de la comunicación efectiva (evolución, procedimiento, tratamiento y estado anímico del paciente), de un entorno agradable para el niño, manteniendo una apariencia limpia y organizada y permitiendo la participación activa de los padres en el cuidado.

De este forma se confirma que las enfermeras en las unidades de cuidados coronarios y de cardiología, son quienes realizan un mayor acompañamiento a los progenitores, siendo no solamente su objeto de cuidado, el niño intervenido quirúrgicamente, sino también sus papás; con el fin de promover en ellos un proceso de afrontamiento y adaptación efectivo ante esta nueva situación.

Por lo tanto el presente trabajo pretende comparar el proceso de afrontamiento y adaptación en un grupo de padres o madres que se encuentren solos o acompañados por su pareja en el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo; con el fin de conocer si hay diferencia al afrontar esta situación específica en familia o en solitario y de acuerdo a los resultados generar redes de apoyo social en los padres durante la hospitalización del postoperatorio de su hijo.

1.2 Objetivo General

Medir el proceso de afrontamiento y adaptación en un grupo de padres o madres que se encuentren solos o acompañados por su pareja durante el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo en la Fundación CardiInfantil IC.

1.3 Objetivos Específicos

Determinar el proceso de afrontamiento y adaptación en padres o madres que se encuentren acompañados por su pareja en el postoperatorio de cardiopatía congénita del menor.

Determinar el proceso de afrontamiento y adaptación en padres o madres que se encuentren solos en el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo.

Comparar el proceso de afrontamiento y adaptación entre padres o madres que se encuentren solos y acompañados por su pareja en el postoperatorio de cardiopatía congénita del niño.

1.4 Hipótesis

El contexto y el apoyo de pareja, favorece la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación en los padres para afrontar y adaptarse ante una situación crítica específica como el postoperatorio de su hijo con cardiopatía congénita, en mayor grado que aquellos padres en donde temporalmente o definitivamente no está vigente la díada.

1.5 Justificación

La situación crítica de un hijo con cardiopatía, genera en los padres una carga emocional alta, la cual amerita reajustes en su vida personal, familiar, laboral y espiritual; como lo menciona Carnavale citado por Seideman R (12), en un estudio realizado a los padres de niños hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP), que identificaron cinco factores estresantes: cambio en el rol de padres, la compañía o cuidado de su hijo, el ambiente de la unidad de cuidado

intensivo, la falta de apoyo de amigos y la preocupación por el niño. En esta situación crítica de salud de sus hijos, los padres son seres vulnerables en su centro emocional, lo cual se refleja en la pérdida de control sobre el presente y el futuro, asociado a los reajustes que deben hacer en sus planes; trayendo como consecuencias posibles a corto plazo, el deterioro del núcleo familiar, de la relación de pareja e incluso del estado de salud físico y emocional del hijo cardiópata, lo cual se ha evidenciado empíricamente dentro de la experiencia diaria en la unidad cardiovascular de la Fundación CardiInfantil.

Sin embargo, las estrategias inefectivas de afrontamiento aparecen de forma muy frecuente en los pacientes y sus familias en las unidades de cuidado crítico, Lao Barón (13). Si los profesionales de estas unidades carecen de las habilidades necesarias para identificar e intervenir en estas situaciones, los pacientes y sus familias se encontrarán en riesgo de sufrir alteraciones que trascienden más allá del aspecto afectivo o relacional, llegando incluso a originar en el paciente y su núcleo familiar una situación de riesgo vital. Es de gran importancia que el departamento de enfermería cuente con las herramientas eficaces, para determinar el proceso de afrontamiento cognitivo de los padres con hijos sometidos a cirugía cardíaca, dentro del cual se identifiquen las necesidades del subsistema cognitivo-emocional de ellos, y las intervenciones oportunas en el núcleo familiar, esto tendrá beneficios para la salud emocional y física del niño y su entorno familiar. Galindo (14) expresa que aquellos cuidados de enfermería dirigidos hacia la dimensión psicosocial de los padres, ayudarán a un mejor autocontrol de la ansiedad y la incertidumbre, para llegar a un

proceso de adaptación que mejore la calidad de relación con sus hijos dentro del ambiente hospitalario.

En un estudio llamado Corazón Roto realizado por Hecker Fernandes (15), se describe la experiencia de varios padres enfrentados al diagnóstico de sus hijos con cardiopatía congénita en el cual reflejaban esta experiencia en conductas como: sentirse en un sueño, conmoción, incredulidad, sentimiento de vidas destrozadas, cambio del entorno, temor a la pérdida de su hijo, la confianza frente al equipo de salud, y la pérdida de control de la situación; A su vez la importancia del cuidado de enfermería se ve reflejado en el pensamiento: “El Cuidar es de toda la persona: cuerpo, mente, corazón y el alma de cada paciente”. El cuidado en este estudio fue examinado desde dos perspectivas, la condición fisiológica del corazón del bebé y la emocional del corazón de los padres. Concluye que las enfermeras pueden facilitar un ambiente seguro y confortable a las familias de estos niños cardiópatas.

Lewandowski citado por Seideman (16), estudió a los padres con hijos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo pediátrico, que fueron sometidos a cirugía de corazón abierto identificando varios factores estresantes: el mecanismo desconocido, el ruido, los cambios en la apariencia del niño, la falta de intimidad, la perturbación del sueño y hábitos alimenticios, a su vez, Miles y Carter citados por Seideman R. (16) describen las fuentes de estrés para los padres de un niño hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo pediátrico (UCIP), las cuales se agruparon en ocho sub-escalas contempladas en la escala del desarrollo del stress: la apariencia del niño, los procedimientos, las señales y ruidos, línea de comunicación, comportamiento, el rol parental, comportamiento y emociones del niño.

Miles, Carter, Spicher, y Hassanein citados por Seideman R. (16) encontraron que, cuando un hijo es hospitalizado, las madres y los padres encuentran la Unidad de Cuidado Intensivo como una experiencia estresante. Adicionalmente Zavanella A. (17) afirma que en un corto tiempo, se antepone acciones y dinámicas relacionadas con la enfermedad, dejando en un segundo plano los procesos de cambio y crecimiento familiar, lo que lleva a que la pareja se atenúe o desaparezca para asumir el rol de padres que cuidan y se preocupan de un hijo con cardiopatía.

Folkman y colaboradores (*et ál*)., citados por Vázquez y Ring (18) manifiestan que la pareja forma parte del apoyo social el cual puede considerarse de dos maneras: como un recurso o una estrategia de afrontamiento, en este sentido, es uno de los mecanismos que la gente valora como más eficaces para afrontar situaciones emocionales difíciles. En segundo lugar, el apoyo social puede entenderse como un amortiguador del propio estrés, Barrera, citado por Vázquez *et ál* (*colaboradores*). (18). Por ejemplo, la falta de personas próximas en quien confiar en circunstancias difíciles, eleva de forma extraordinaria el riesgo de aparición de episodios depresivos en personas vulnerables. No todo apoyo social es igualmente eficaz como protector contra el estrés, el más efectivo parece ser el tener a alguien cercano en quien confiar (por ejemplo: un esposo o una pareja) y por otro lado, los efectos del apoyo social parecen no ser acumulativos. Así pues, lo importante es tener al menos un amigo íntimo más que tener muchos amigos o conocidos.

Un estudio realizado por Ojeda (19), describe la relación entre diferentes estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido en tres grupos diagnosticados respectivamente con infarto agudo de miocardio, úlcera péptica e individuos sanos; se

concluye que el apoyo social percibido es una de las más importantes variables que intervienen en la salud y en el bienestar de la persona, reduciendo las consecuencias negativas de los factores estresantes. También los resultados apoyan la afirmación que la familia es uno de los principales pilares de apoyo social. En el caso de los padres que afrontan el postoperatorio de su hijo como una experiencia nueva, la falta de acompañamiento de una persona cercana puede o no intervenir como un factor estresante.

Los hallazgos de estas investigaciones sugieren que el proceso de afrontamiento cognitivo de los padres que se ven enfrentados a una situación crítica de salud, puede verse comprometido por la ausencia o presencia del apoyo social proporcionado por la pareja, a su vez la poca atención a la familia del niño con cardiopatía congénita, ha llevado a que no se le involucre de manera activa en el proceso diagnóstico y terapéutico, afectando su unidad familiar, porque cualquier problema de salud genera preguntas y dudas en los padres, incluso cuestionamientos acerca de la causa de la enfermedad, su origen genético (padre o de la madre), la repercusión de la cardiopatía en el futuro, el desarrollo psicológico del individuo y la posible recurrencia del trastorno en subsiguientes embarazos o en familiares afectados.

Por tal razón, este estudio es de interés para la enfermería debido a que la mayoría de investigaciones realizadas han sido dirigidas a la dimensión emocional de los padres y a describir los factores estresantes generados por la situación, pero no a determinar el proceso de afrontamiento y adaptación del núcleo familiar representado por los padres. De esta manera permitirá que la disciplina de enfermería profundice más acerca del aspecto cognitivo y de las redes de apoyo social que se pueden brindar en esta

situación específica, dando de esta forma una visión holística al cuidado. Para esto, es importante conocer elementos o factores externos que intervienen en el proceso de afrontamiento como: los recursos tangibles (educación, dinero, nivel de vida, etc.), el apoyo social recibido, o la existencia de diversos factores de estrés simultáneos (18) (una relación difícil de pareja, dificultades económicas o enfermedades crónicas entre otros). Para tal fin, este estudio compara el proceso de afrontamiento y adaptación de padres o madres que se encuentren solos o acompañados por su pareja.

El personal de enfermería, en su experiencia de cuidado continuo, conoce el estado anímico del paciente, su estructura familiar y social. El trato prolongado con la familia le otorga una gran trascendencia a la calidad del cuidado; dicha atención puede ser fuente de tranquilidad y refuerzo para muchas personas que, por estar enfermas y tener que ser operadas, suelen hallarse bastante desconcertadas o angustiadas, y esa trascendencia se debe ver reflejada en el cuidado que se les brinde a los padres quienes afrontan un situación crítica de salud con sus hijos cardiópatas.

Por tal razón, se sugiere determinar el proceso de afrontamiento y adaptación de los padres que se encuentran en el postoperatorio de un hijo con cardiopatía congénita en la Fundación CardiInfantil, con el fin de definir las características de afrontamiento y las necesidades de adaptación ante esta situación; y generar posteriormente otros estudios que promuevan programas dirigidos a un afrontamiento activo y una adaptación eficaz. A su vez este estudio enriquece el modelo de adaptación de Callista Roy, afirmando que la dimensión psicosocial y cognitiva del ser humano es esencial para lograr el bienestar y la salud, teniendo en cuenta el rol tan importante que el afrontamiento cognitivo juega al estar presente en todas las etapas de ciclo vital.

2. CONCEPTOS

2.1 Afrontamiento

Esfuerzos cognitivos y de comportamiento que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, estos actúan como un todo para mantener los procesos vitales e integridad (20).

2.2 Proceso de Afrontamiento y Adaptación

Patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante, en las situaciones de la vida diaria y los períodos críticos mediante comportamientos directamente enfocados, a alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia(21).

2.3 Capacidad de Afrontamiento y Adaptación en padres o madres con hijos con cardiopatía congénita

Es la actitud y habilidad de los progenitores para responder a los cambios que implica el diagnóstico y tratamiento de un hijo con cardiopatía, a través de los patrones de respuesta generados por el proceso cognitivo; utilizando estilos y estrategias para adaptarse eficazmente.

2.4 Cardiopatía Congénita

Malformaciones del corazón o sus vasos, presentes desde el nacimiento, debido a desarrollo embriológico anormal o persistencia después del nacimiento de estructuras que en la vida fetal se consideran normales. Muñoz (22).

2.5 Pareja de Padres

Dos personas de diferente género unidos por un vínculo, que comparten una responsabilidad y afrontan el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo.

2.6 Padreo Madre Solo

Es el progenitor que se encuentra solo afrontando el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo y tiene la responsabilidad absoluta de esta situación.

2.5 Postoperatorio

Período de cuidado que comienza una vez concluida la intervención quirúrgica, abarca desde el ingreso a la unidad de cuidados críticos hasta la hospitalización en piso. Tiene como propósito controlar las funciones vitales y prevenir los problemas potenciales y reales secundarios a la anestesia y a la cirugía como: problemas respiratorios, cardiovasculares, hemodinámicas, problemas relacionados con el dolor, alteraciones de la temperatura, infecciones, alteraciones relacionados con el bienestar físico (sueño y reposo) y problemas relacionados con la inmovilidad e inconsciencia (23).

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Afrontamiento y Adaptación

El marco teórico de este proyecto hace referencia al afrontamiento como un proceso que está presente en los seres humanos dentro del subsistema cognitivo, el cual se activa en situaciones críticas como el tener un hijo en postoperatorio de una cardiopatía congénita. El fenómeno de interés en este estudio es el proceso de afrontamiento y adaptación de aquel padre o madre que puede estar afrontando de forma individual o en forma compartida con su pareja esta situación específica.

Según Yolanda González (24), “el fenómeno del afrontamiento fue introducido a la disciplina de enfermería en la década de los 70 por Johnson, J. 1972, al realizar estudios seminales respecto al fenómeno utilizando la conceptualización desarrollada por el psicólogo R. Lazarus. Otras teóricas que han abordado el estudio de este fenómeno referidos por González son: Scholotfeld, Nyamathi y Adelina Mc HE (1992). Esta última, define el afrontamiento como los esfuerzos individuales del paciente con problemas de salud para sobrellevar la enfermedad y adaptarse a ella, y muestra claramente en su artículo *Búsqueda Comprensiva de la Salud y el Paradigma del Afrontamiento*” donde caracteriza el afrontamiento como subjetivo y presenta los factores o recursos socio-demográficos que influyen en la evaluación cognitiva del afrontamiento.

La North American Nursing Diagnosis Asociación (NANDA) en 1995, identifica el afrontamiento inefectivo como un diagnóstico de enfermería y Carpenito, Lynda (25) lo

define como el manejo de los factores de estrés internos o externos dirigidos hacia la adaptación.

Dentro de los diferentes conceptos de afrontamiento se retoma para este estudio la definición dada por Lazarus y Folkman (1986) citado por Mónica González (26), que lo describe como procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas o externas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo. Teniendo en cuenta que el proceso de afrontamiento se da en situaciones críticas o estresantes para el ser humano, la relación entre estrés y afrontamiento es recíproca, debido a que las acciones que realiza una persona para afrontar un problema afectan la valoración del evento y el subsecuente afrontamiento. Lazarus y Folkman 1986, Stone, Greenberg, Kennedy-More & Newman 1991; citados por González Y (24).

Para Hanlsted, Bennet y Cuningham, citados por González Yolanda, (24) el afrontamiento es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés. Finalmente Roy y Chayaput (27) definen el afrontamiento “como los esfuerzos de comportamiento y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, actúan como un todo para mantener los procesos vitales de la persona y su bienestar. Cuando ocurre el proceso de afrontamiento, las personas se mueven hacia niveles más altos de funcionamiento y tienen mayores posibilidades de crecimiento, dominio y diferenciación”. Partiendo de esto, la descripción del proceso de afrontamiento en el modelo de Baker y Champan citados por Mónica González (28), incluye determinados momentos dentro del proceso donde se

visualizan cambios en los mecanismos de afrontamiento como lo son: un primer momento de aviso o anticipación, un segundo momento de impacto o confrontación y un último estadio de post impacto o post confrontación, cada una de estas etapas tiene distintas formas de evaluar la amenaza al bienestar, lo que da origen a diferentes formas de afrontamiento.

En el momento de aviso o anticipación, el acontecimiento generador de estrés aun no ha ocurrido y la persona se pregunta por la posibilidad de que el evento ocurra, además analiza cómo puede minimizar e incluso prevenir el daño físico o emocional cuando ocurra el evento.

El momento del impacto, la persona realiza una comparación de lo que analizó con anticipación de lo que esperaba y lo que se presenta en la situación, es un momento de acción–reacción.

En el post-impacto, la persona realiza una nueva evaluación de la situación y emergen todos aquellos reajustes que debe hacer a nivel psicológico y material para manejar y afrontar la situación, emergen nuevas demandas, amenazas y desafíos a medida que el entorno cambia.

Estos momentos que se dan en el proceso de afrontamiento, están vinculados a las emociones que experimenta el sujeto en determinado contexto, a las habilidades, actividades, y al aprendizaje social adquirido; lo que determina unas características de personalidad, es decir unos estilos de afrontamiento y unas estrategias resolutivas ante el problema.

Krzemien *et ál.* (29), sugieren que el afrontamiento tiene un papel importante en el ajuste y bienestar psicológico y a la vez su relación entre el uso de determinadas respuestas de afrontamiento y la adaptación a situaciones críticas. Se sabe que toda crisis supone una perturbación, pero a la vez posibilita una oportunidad de cambio y desarrollo personal. Erikson, 1963; Lazarus & Folkman (30), refieren que el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas permitiría alcanzar una adaptación satisfactoria. El autor afirma que las formas activas de afrontamiento (*active coping-style*) se refieren a esfuerzos para manejarse directamente con el suceso conflictivo y son usualmente descritas como exitosas, ya que tienen efectos positivos sobre la adaptación, mientras las formas pasivas o de evitación (*passive coping-style*), consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evasión y negación, consideradas como menos exitosas (29).

Por otro lado, hay que mirar la naturaleza de la situación, los recursos externos y el uso de las estrategias de afrontamiento, para lo cual Lazarus & Folkman, 1986; Moos, 1988; Moos & Billing, 1982; Páez Rovira, 1993, citados por Krzemien *et ál.* (29) y Livneh 1999 concuerdan en clasificar tres dominios generales de las estrategias, según estén dirigidas al problema o a la emoción.

1. La valoración (*afrontamiento cognitivo*): es un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de tal forma que resulte menos desagradable. Pueden ser de dos tipos, aquellas que buscan minimizar las consecuencias y el impacto de la situación negando su gravedad o ignorándola, y aquellas que por el contrario se ocupan de ella.

2. El problema (*afrontamiento conductual*): es la conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias, o pueden ser evasivas y rechazar la situación.
3. La emoción (*afrontamiento emocional*): es la regulación y control de las reacciones emocionales (tristeza, rabia, frustración entre otros), ya sea rechazándolas, culpando a otros o resignándose a permanecer en esa condición y el intento de mantener el equilibrio afectivo.

El uso de las anteriores estrategias de afrontamiento mencionadas, varía en función de la apreciación cognitiva del suceso crítico es decir, la percepción del nivel de exigencia o amenaza y del grado de control de la situación por parte del sujeto. Si el evento es apreciado como susceptible de control, se tiende a usar estrategias activas o de confrontación del problema, mientras que si es percibido como no controlable, se tiende a usar estrategias consideradas pasivas y centradas en la emoción (30).

En este caso el suceso crítico, como lo es el proceso de afrontamiento y adaptación de padres con hijos en postoperatorio de corrección de cardiopatía congénita, ha demostrado empíricamente que el principal mecanismo de afrontamiento se da en el subsistema cognitivo. Uno de los estudios realizados por Lewandowski (1980) citado por Seideman (12), identificó seis estilos de afrontamiento utilizados por los padres de hijos que habían sido sometidos a cirugía de corazón abierto, que se encontraban en la unidad de cuidado intensivo durante el postoperatorio.

1. Inmovilización inicial (demora en los padres asociado a temor de acercarse a su hijo).

2. Estudio visual (observación del ambiente y familiarización con el mismo, antes de centrar su atención en el niño).
3. Evadir (retirarse y evitar hablar con o acerca del niño).
4. La reestructuración (se centra en un aspecto manejable para recuperar el rol de padres en la atención o cuidado del niño).
5. Asistencia (el padre aprende a realizar procedimientos o cuidados básicos de rutina).
6. Intelectualización (centrados en cuestiones tecnológicas y de procedimientos).

Adicionalmente en un estudio realizado por Carnevale en 1990 citado por Seideman *et ál.* (12), con padres quienes tenían a sus hijos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo pediátrico (UCIP), identificó las siguientes estrategias utilizadas dentro del afrontamiento cognitivo: interpersonal (acciones dirigidas hacia los demás); apoyo social (búsqueda de soporte de otros); la acción directa (cosas que hizo); y el medio ambiente (utilizando su entorno para hacer frente a la situación) .

Diversas investigaciones realizadas han puesto en manifiesto múltiples escalas aplicadas, de las cuales han surgido e identificado diferentes estrategias de afrontamiento por ejemplo la escala de WOC (ways of coping) de Lazarus y Folkman citado por Vasquez (31), la cual evalúa una serie de pensamientos y acciones ante una situación estresante o difícil, las estrategias evaluadas son: confrontación, planificación, distanciamiento, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social. Estos aspectos hallados a través del WOC, son similares a las encontradas en otros estudios con la aplicación de otros instrumentos relacionados con el afrontamiento, como Carver *et ál.* 1989, Coyne *et ál.* (1981).

En las seis escalas de valoración de afrontamiento que se muestran en la tabla 1, se incluye el apoyo social como una estrategia de afrontamiento.

Tabla no 1. Comparación de las dimensiones halladas en diversos estudios y escalas de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento ...	WOC (Folkman y Lazarus, 1986)	COPE (Carver y cols., 1989)	Coyne y cols. (1981)	Moos (1988) (1977)	Rippere' CID' (Vázquez y Ring, 1996)
Afrontamiento directo	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ
Apoyo y/o información social	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Distanciamiento o negación	SÍ		SÍ	SÍ	SÍ
Escape/evitación (p. ej., pensamientos mágicos, comer, beber, etc.)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Planificación y solución de problemas	SÍ	SÍ	SÍ	si	SÍ
Reevaluación positiva	SÍ	SÍ	si	si	SÍ
Aceptación de responsabilidad	SÍ			SÍ	
Autocontrol	SÍ				
Autoacusación			SÍ		
Descargas emocionales (llorar, conductas agresivas, etc.)		SÍ	SÍ	si	SÍ
Conductas de autocuidado (arreglarse, vestirse bien, etc.)			SÍ		SÍ
Realizar actividades solo o con gente (salir, ordenar cosas, etc.)			SÍ		SÍ

Estos dos estudios analizan sólo cómo se afronta una situación anímica negativa. CID: Inventario de Afrontamiento de Depresión; WOC: Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Fuente: Clínica en Psiquiatría y Psicología. Capítulo 31. VÁSQUEZ Valverde M, CRESPO LÓPEZ y RING J.M. Estrategias de afrontamiento. 2003 editorial: ELSEVIER-MASSON. Página 428

Para Taylor citado por Vasquez (18), en el proceso y resultado del afrontamiento intervienen moduladores internos como: personalidad, estilos habituales de afrontamiento y externos como: recursos tangibles (dinero, educación y calidad de vida), y el apoyo social; que potencializan positiva o negativamente el proceso de afrontamiento. Estos moduladores externos influyen al momento de utilizar una estrategia de afrontamiento para dar respuesta al problema y a la regulación emocional.

Al profundizar en el afrontamiento del ser humano y todo lo concerniente en su parte conductual, emocional y cognitiva, se hace necesario considerar los referentes teóricos de la disciplina de enfermería, basándose en primera estancia en el modelo de

adaptación y por consiguiente en la teoría de mediano rango del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy.

3.2 Teoría de Mediano Rango del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy.

La teoría de mediano rango, parte del modelo de adaptación de Callista Roy, reúne las características principales de afrontamiento y adaptación en un proceso complejo. El modelo de adaptación es basado en la teoría de sistemas, propuesta por Rapoport y Bertalanffy (32), que considera a la persona como un ser adaptativo humano, descrito como un todo con partes que funcionan como una unidad con un propósito, y la teoría de adaptación de Helson, de donde se originó el modelo y del cual se desprende que los seres humanos son adaptativos y con capacidad de crear cambios en el ambiente y cuyas respuestas están dadas en función a los estímulos y del nivel de adaptación de la persona.

Roy plantea a las personas como sistemas adaptativos holísticos que interactúan continuamente con un ambiente cambiante. En el ambiente se encuentran estímulos que Roy clasifica como focales: aquellas circunstancias que la persona debe confrontar en forma inmediata (por ejemplo la enfermedad); los contextuales: son estímulos que no son el centro de atención ó de consumo de energía, pero influyen sobre la forma como la persona puede afrontar el estímulo focal; los estímulos residuales, son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente (pueden ser una actitud, una creencia, o producto de experiencias pasadas). Chayput & Roy, 2007.

Los estímulos ambientales, al entrar en contacto con el sistema, activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo y desencadenan una serie de respuestas observables a través de los cuatro modos de adaptación (fisiológico, auto-concepto, función del rol e interdependencia). Las respuestas del subsistema regulador se ven reflejadas particularmente en el modo fisiológico.

En el subsistema cognitivo, los estímulos percibidos están enmarcados por la conciencia a través de los procesos cognoscitivos y emocionales, que le permiten a la persona analizar e interpretar la situación y de esta forma dar respuesta o comportamientos para afrontar los estímulos ambientales.

A partir de este modelo conceptual de adaptación Roy (33) desarrolla la teoría de mediano rango sobre el “Proceso de Afrontamiento y Adaptación”, en la cual “describe las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios ambientales para crear una integración humana y ambiental”

Estos procesos de afrontamiento están dados por dos subsistemas, el subsistema regulador y el cognitivo. El primero es innato, responde a través de unos canales neuronales, químicos y endocrinos. De ésta manera las respuestas son automáticas e inconscientes y se expresan fundamentalmente en el modo fisiológico. El subsistema cognitivo responde a través de cuatro canales cognitivo-emocionales, percepción y procesamiento de la información, aprendizaje, juicio y emoción. La percepción y el procesamiento de la información incluyen actividades como atención, codificación y memoria; el aprendizaje involucra la imitación, refuerzo y la perspicacia; el juicio abarca actividades de solución y toma de decisiones y finalmente a través de las emociones

son usadas para amortiguar la ansiedad y realizar una evaluación afectiva. Gracias a estos procesos, la persona interpreta la situación y le otorga un significado a los estímulos ambientales, y con base en ellos da una respuesta consciente, para promover su proceso de adaptación, entendido como “el proceso y el resultado por el cual la persona utiliza la conciencia consciente para crear una integridad humana y ambiental” (20).

El procesamiento de la información, se da en tres etapas secuenciales, las cuales están íntimamente relacionadas entre sí; Roy (20), las ha denominado como entradas, procesos centrales y salidas.

Entradas (estímulos entrantes): Las entradas involucran los procesos de atención, sensación, y percepción; la atención y el estado de alerta procesan la información recibida, la percepción transforma esta información en un esquema mental según la experiencia y conocimiento que tiene la persona y que retroalimentan el sistema (20). Los factores ambientales como el tipo de experiencia, la información sensorial y el tiempo de exposición afectan las entradas al sistema. En el caso de los padres o madres que tienen un hijo en una situación crítica de salud que se encuentre hospitalizado por postoperatorio de cirugía cardíaca, se convierte en un estímulo o una entrada en donde el factor ambiental de la alta tecnología y complejidad terapéutica es percibida por los sentidos y la conciencia, iniciando un proceso de afrontamiento y adaptación. En esta etapa intervienen la percepción y sensación que hace parte del subsistema cognitivo de la persona, en cuanto a la sensación es el efecto inmediato de los estímulos en el organismo (recepción del estímulo) y está constituida por procesos fisiológicos simples. Se trata de un fenómeno fundamentalmente biológico. Se refiere al

impacto de los estímulos externos e internos en los receptores sensoriales y a la primera etapa de reconocimiento por el cerebro, básicamente *preatentiva* que se correlaciona con la memoria sensorial de los modelos de procesamiento de la información (34). En cuanto a la percepción es el proceso que sigue a la sensación en el cual se organiza e interpreta la información y finalmente se le da un significado al estímulo.

Procesos Centrales (análisis de la situación fundamentada en la experiencia y la educación): La información o estímulo percibido son procesados a través de la memoria, codificación de conceptos, lenguaje, pensamiento creativo, toma de decisiones, en lo cual contribuyen las motivaciones, la atención y la emoción (35). La forma como se procesa la información en el proceso central se ven influenciada por experiencias anteriores. En esta etapa influye el aprendizaje del adulto en el cual, interviene de manera importante los diferentes tipos de memoria adicionalmente el aprendizaje en el adulto va a depender en gran medida de conocimientos y esquemas ya existentes (35). Por otro lado, el aprendizaje en el adulto es diferente al del adolescente o niño puesto que adulto aprende por comprensión y no por memoria, y para esa comprensión es indispensable el bagaje de las experiencias vividas; el adulto escoge lo que quiere aprender según sus intereses y motivaciones, mientras que el niño o adolescente lo absorbe todo sin discernir para que puede servir ese aprendizaje.

En el caso de los padres se involucra el aprendizaje que se haya tenido en hospitalizaciones anteriores de su hijo, o experiencias similares de otros padres de familia. Posteriormente la codificación de conceptos se relaciona con el significado de la situación en diferentes aspectos emocionales psicosociales y físicos; según los estudios

mencionados anteriormente sugieren que el significado y concepción del tener un hijo críticamente enfermo o con cardiopatía, es ver esta situación como la destrucción de su vida familiar, conyugal y la pérdida irreparable de un hijo; junto con la información que se le proporcione a los padres acerca del estado de salud de su hijo y los estímulos percibidos, le da herramientas al padre o madre de familia para prepararse y planear estrategias que le permitan tener un afrontamiento y adaptación más efectiva para solucionar y sobrellevar la situación.

Salidas (respuestas a través de la modificación de comportamientos): En base a la información la persona realiza un proceso de planeación y actúa a través del lenguaje y las respuestas motoras (36). Este proceso de salidas o respuestas de un padre o madre que se ve enfrentado al postoperatorio de su hijo con cardiopatía, se manifiesta en los estilos y estrategias de afrontamiento, que se ven reflejados en un primer momento en un estado de inmovilización ante el ambiente y la alta tecnología de una unidad de cuidado intensivo pediátrico, posteriormente puede utilizar un estilo de evitación al percibir y observar el estado fisiológico y físico de su hijo (conexión de catéteres y sondas, etc.).

Cuando hay una situación o un problema, el subsistema cognitivo le permite a la persona crear nuevos conocimientos, basados en recuerdos y en la nueva experiencia, lo que permite desarrollar capacidades para la solución de esos problemas. (36).

Al estudiar este proceso de afrontamiento y adaptación de los padres ante una situación crítica se tiene un interés central para conseguir su adaptación, porque de su eficacia depende el mantenimiento y la recuperación de la salud tanto del niño como del entorno

familiar. En este proceso se evidencia todos los esfuerzos que realiza una persona para controlar los estímulos del medio ambiente, así como las diferentes estrategias que utiliza permanentemente para afrontarlos.

Para conocer sobre el proceso de afrontamiento y adaptación en los padres objeto de este estudio, debemos conocer su subsistema cognitivo enmarcado en la edad adulta entre la etapa de la adultez temprana e intermedia, que comprende respectivamente edades entre 20 hasta 30 años y desde los 31 hasta los 42-44 años, es importante mencionar las principales características y rasgos de la cognición de estas etapas del ciclo vital.

Según Papalia (37), en esta etapa, el pensamiento se basa en la intuición, la emoción y la lógica para ayudar a las personas a enfrentar el mundo; se observa la capacidad de enfrentar la incertidumbre, incoherencia, contradicción, y a la imperfección, esta etapa de la cognición de adultez se conoce según Piaget como el pensamiento post formal que se basa en la capacidad de diferenciar entre el mundo abstracto y el mundo real, la comprensión que los problemas tiene múltiples causas y más de una solución, la elaboración a partir de experiencias, de capacidades para escoger la mejor solución posible, bajo criterios de elección y el reconocimiento, que un problema específico, genera de forma inherente conflicto. Lo que confirma que el afrontamiento del adulto es activo, conductual y centrado en la solución de problemas.

Este tipo de afrontamiento activo en el cual se realizan esfuerzos dirigidos a los diferentes tipos de solución para la situación planteada, centrada en la solución del problema, la persona trata de manipular o influenciar las condiciones responsables de

la situación, en donde puede utilizar dos tipos de estrategias, una que hace referencia al sujeto y otra al entorno; la primera se dirige a alterar o modificar las presiones del ambiente, los obstáculos y procedimientos y la segunda estrategia busca cambios motivacionales y cognitivos que van desde la reducción de la participación del yo, búsqueda de gratificación, y el aprendizaje de nuevos recursos y procedimientos (38) que se va evidenciado cuando el padre colabora y participa en el cuidado básico de su hijo en la unidad de cuidado intensivo pediátrico.

Respecto al desarrollo cognitivo la edad adulta temprana Según Shaie 1977-1978 citado por Rice P, (39) la persona se encuentra en la etapa de logro en donde reconoce la necesidad de aplicar todo el conocimiento adquirido para alcanzar metas a largo plazo. En cuanto al desarrollo cognitivo de la adultez intermedia, ésta se caracteriza por una etapa de responsabilidad, la persona hace uso de sus capacidades para cuidar de los demás, en especial de su familia y comunidad, también comparte una etapa ejecutiva en donde toma responsabilidad laboral y cívica. A continuación se presenta una tabla en donde se muestra las características de la adultez según varias teorías del desarrollo del ciclo vital, propuestas por diferentes psicólogos.

Tabla No 2. Comparación de las Características de la Adultez

EDAD	GOULD	LEVISON	VALLIANT	HAVIGHURST
-------------	--------------	----------------	-----------------	-------------------

<p>20 -30 años</p>	<p>Alejarse de los padres; deseo de intimidad con los compañeros.</p> <p>Trabajar, obtener competencia como adultos, vivir, prepararse para el futuro.</p> <p>Control de las emociones.</p> <p>Confusión de roles.</p> <p>Cuestionamiento del yo, el matrimonio y la carrera.</p> <p>Desvanecimiento de las dudas, deseos de ser uno mismo aceptar a los hijos como son.</p>	<p>Abandonar a la familia de origen.</p> <p>Contraer matrimonio.</p> <p>Entrada al mundo adulto.</p> <p>Elecciones: definición de metas, ocupación y matrimonio.</p> <p>Exploración contra compromiso.</p>	<p>Lograr intimidad emocional y consolidación de la carrera.</p>	<p>Se reconoce la necesidad aplicar el conocimiento adquirido para alcanzar metas a largo plazo.</p> <p>Desarrollar estabilidad emocional, compromiso con la pareja, establecer lazos emocionales.</p> <p>Establecer una residencia y manejar el hogar</p> <p>Convertirse en padres.</p>
<p>30 a los 40 años</p>	<p>Sensación de que el tiempo se escapa (analogía de los dedos de la mano).</p> <p>Reorientación de las metas.</p> <p>Urgencia de obtener las metas.</p>	<p>Establecimiento de algunas metas importantes.</p> <p>Establecimiento de un nicho.</p> <p>Avance en el trabajo.</p>	<p>Exploración interna, reevaluación de metas.</p>	<p>Adquiere responsabilidad cívica.</p> <p>Llevar a los hijos a una vida adulta y feliz.</p> <p>Encontrar satisfacción y éxito en la vida profesional</p>

Fuente: Adaptado de R.L. Gould, "The Phases of Adult Life: A Study in Developmental Psychology". Resumen basado en Rice, Philip F. (1997). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. USA, Maine: Prentice Hall y el libro de Woolfolk, Anita. (2002). Psicología Educativa. EUA, Ohio: PrenticeHall.).

4. MARCO DE DISEÑO

4.1 Diseño

La presente investigación es de tipo comparativo-descriptivo, de cohorte transversal, porque nos permite describir el fenómeno afrontamiento y adaptación, en un momento particular a través de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación, versión en español (ECAPS), diseñada por Callista Roy (2004) y validada en español por Gutiérrez *et ál.* (2007). Es descriptivo dado que cada ítem es una declaración o descripción corta acerca de como un individuo responde ante una situación de crisis o un evento difícil, permitiendo especificar la capacidad de afrontamiento y adaptación entre padreo madre con su pareja presente en el postoperatorio y padreo madre solo, en ese mismo momento; Finalmente es de cohorte transversal porque la recolección de datos se hará en un momento particular de tiempo.

4.2 Universo

Son todos los padres o madres con hijos con cardiopatía congénita que ingresan por primera vez a la Fundación CardiInfantil.

4.3 Población

La población del estudio son los padres con hijos en postoperatorio de cardiopatía congénita hospitalizados en la Fundación CardiInfantil que ingresen por primera vez.

4.4 Muestra

En concordancia con el objetivo sustancial de la tesis y bajo la guía de la hipótesis nuclear que fundamenta la orientación del trabajo, el tamaño de muestra debe obedecer a los dos derroteros de la investigación. Consecuentemente el tamaño de muestra debe garantizar la comparación estadística de dos promedios poblacionales a la luz de exigencias de rigurosidad, es decir de manejo de las probabilidades de error tipo I y II y de la diferencia mínima de los promedios poblacionales en pro del establecimiento de error tipo II, teniendo en cuenta la variabilidad del puntaje global del proceso de afrontamiento y adaptación estimada a partir de la muestra piloto.

Para el caso específico motivo del estudio, se diseñó una muestra aleatoria simple bisecada, cuya primera fracción hace referencia al conjunto de padres que se encontrasen solos en el momento del postoperatorio de su hijo con cardiopatía congénita y la segunda fracción correspondiente al conjunto de padres que se encontrasen acompañados por su pareja en el postoperatorio de su hijo con cardiopatía congénita. Para determinar la cantidad de participantes se tuvo en cuenta el registro temporal de las cirugías cardíacas realizadas mensualmente en el año 2008; el tamaño de la muestra fue derivado de la aplicación de la expresión: (40)

$$n = 2\sigma^2 f(\alpha, \beta) / (\Delta)^2$$

A partir de los resultados de la muestra piloto y los elementos requeridos para este propósito a saber:

Probabilidad de error tipo I, $\alpha = 0,01$, probabilidad de error tipo II, $\beta = 0,05$, varianza del puntaje global de afrontamiento y adaptación en la muestra piloto 13.8, $f(\alpha, \beta) = 17,8$, este último obtenido de la siguiente tabla:

Tabla No 3. Probabilidades de error para la muestra.

Probabilidad de error tipo I	Probabilidad de error tipo II			
	0,05	0,1	0,2	0,5
0,10	10,8	8,6	6,2	2,7
0,05	13,0	10,5	7,9	3,8
0,02	15,8	13,0	10,0	5,4
0,01	17,8	14,9	11,7	6,6

Con estas condiciones, el tamaño de cada grupo a comparar debe ser de al menos 31 padres, es decir el tamaño mínimo de la muestra global debería ser de 62 padres. Sin embargo se llevó a cabo un ligero incremento del tamaño de la muestra en 10 participantes como factor de seguridad ante la posibilidad de encontrar alguna reticencia de participar en el desarrollo del cuestionario y con esto se completaría una muestra global de 72 unidades. Después de un proceso de depuración de la información, fue necesario eliminar el cuestionario de un padre adscrito al segundo grupo. Por tanto el tamaño del primer grupo de padres acompañados por su pareja en el postoperatorio fue de 36 padres y el tamaño del segundo grupo de padres solos en el postoperatorio fue de 35 padres.

4.5 Criterios de Inclusión

- Padres o madres solos o acompañados por su pareja con hijos con cardiopatía congénita.
- Padres o madres de niños con cardiopatía congénita que se encuentren en postoperatorio de cirugía cardíaca por primera vez.
- Padres o madres con su capacidad cognitiva íntegra.

4.6 Instrumento

4.6.1 Descripción e Interpretación.

La escala de proceso de afrontamiento y adaptación (ECAPS) está conformada por 47 ítems, utiliza un formato Likert con un rango de respuestas que va desde 4(siempre) a 1(nunca), cada ítem es una declaración corta acerca de como un individuo responde ante una crisis o evento difícil, La escala permite identificar estrategias de afrontamiento y adaptación que la persona utiliza para encarar situaciones difíciles o críticas. La posibilidad del puntaje va desde 47 hasta 188 con un puntaje máximo que indica una utilización más consciente de las estrategias de afrontamiento identificadas.

Los resultados que arroja este instrumento, determinan la capacidad de afrontamiento, identificando estilos y estrategias, con la finalidad de conocer y describir como es el proceso de afrontamiento de estos padres y como se adaptan a esta situación específica como lo es el postoperatorio de cardiopatía congénita

Roy (2004), citada por González Yolanda (41), señala que la escala fue concebida con el objeto de medir el proceso de afrontamiento y adaptación en

las situaciones de crisis, en enfermedades que se encuentran en fases agudas y crónicas y para su elaboración se contó con la participación de las enfermeras y los pacientes; dentro del desarrollo teórico de este instrumento Roy estableció conceptos concretos de cinco factores los cuales son interpretados a través de la teoría de mediano rango del proceso de afrontamiento y adaptación. Los tres primeros factores miden comportamientos, reacciones y recursos que utiliza la persona para afrontar la situación, los dos últimos factores, miden estrategias empleadas para sobrellevar la situación; a continuación se enuncian los ítems que los conforman y se da la clasificación de cada categoría de acuerdo a estilo y estrategia determinado por Yolanda González (41):

Factor 1 Recursivo y centrado: Este factor refleja comportamientos de la utilización del yo y de los recursos que se concentran en la expansión del nivel de la entrada del sistema cognitivo, de la información, considerando actitudes respecto a la solución de problemas, como es el de ser inventivo, buscar resultados, siendo recursivo el estilo y centrado la estrategia. Representan este factor los ítems 4, 10, 46, 34, 26, 2, 19, 16, 7, 42 y 29.

Factor 2 Físico y Enfocado: Este factor resaltan las reacciones físicas y en el sistema representan las fases de la entrada para situaciones manejables. Siendo físico el estilo y enfocado la estrategia. Lo conforman los siguientes ítems: 5, 8, 13, 15, 20, 23, 24, 33, 35, 39, 43, 45 y 47.

Factor 3 Proceso de alerta: Refleja comportamientos del yo personal y físico se enfoca en las tres etapas o niveles del sistema, entrada, procesamiento central y

salidas. Es una estrategia que la conforman los siguientes ítems: 1, 11, 17, 18, 25, 27, 31, 40 y 44.

Factor 4 Procesamiento sistemático: Describe las estrategias personales físicas del yo, realizadas en situaciones manejadas metódicamente. Es una estrategia que está conformada por los siguientes ítems: 3. 12. 14. 22. 30 y 41.

Factor 5 Conociendo y relacionando: Refleja las estrategias que utilizan al yo y a los otros, utilizando la memoria y la imaginación, lo conforman los siguiente ítems 6, 9, 21, 28, 32, 36, 37 y 38.

Según González Yolanda 2007 (41), la persona con puntaje cerca de 188 en la ECAPS, tiene una alta capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación, demostrando mayor consistencia en la utilización de las estrategias de afrontamiento; las personas cuyo puntaje se acerca a una puntuación de 47 en la ECAPS tienen baja capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación, demostrando poca consistencia en la utilización de las estrategias de afrontamiento identificadas.

Respecto a las pruebas psicométricas realizadas al instrumento, actualmente existen tres investigaciones que han determinado la validez y la confiabilidad de la escala en sus versiones en inglés, tailandés y español. La primera fue aplicada por Roy (42) a 243 pacientes que presentaban lesión de medula espinal y a otro grupo de 104 personas que presentaban tumores benignos en la base de cráneo con secuelas de lesión en pares craneales, sin compromiso en la función cognitiva. Los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas para establecer

la validez de contenido, la validez predictiva, y la validez convergente, demuestran una alta consistencia interna, establecida por un alfa de Cronbach de 0.94, y una confiabilidad por mitades con un índice de Spearman Brown de 0.84 para el factor 1, 0.84 para el factor 2, 0.80 para el factor 3, 0,72 para el factor 4, y 0.72 para el factor 5. La segunda investigación fue realizada por Chayaput (42) quien estableció la validez y confiabilidad en la versión en tailandés de esta escala, la cual fue aplicada a un grupo de 554 pacientes agudos médico-quirúrgicos en 3 hospitales de Tailandia que no presentaba trastornos cognitivos. Los resultados muestran un coeficiente de correlación de 0.87, una confiabilidad aprobada de (alfa=0.93) y un 43.8% de varianza en la muestra Thai. La tercera investigación fue realizada por Gutiérrez *et al.* (42), quien estableció la validez y confiabilidad mediante el método prueba-reprueba de la escala en su versión en español; con una muestra de 417 sujetos mayores de 50 años con la función mental intacta, cuyos resultados demuestran en su validez facial una aceptabilidad en el escenario de aplicación del 96 %, correspondiente a 47 ítems. En las pruebas de confiabilidad se obtuvo un alfa de Cronbach: 0.88 y un Rho de Spearman: 0.94, $p=NS$; esta última determinada mediante la estabilidad de la escala a través del tiempo (prueba – reprueba).

Los resultados obtenidos a través del desarrollo de investigaciones transculturales relacionadas con el instrumento, en los idiomas inglés, tailandés y español, permiten identificar su fortaleza, con relación a sus propiedades psicométricas evidenciando una alta validez y confiabilidad al haber aplicado la

escala (ECAPS) en tres idiomas diferentes lo que certifica la utilidad del instrumento en diversas culturas (43).

Para esta investigación se escogió este instrumento porque explica de manera tangible la teoría de mediano rango, que permite al profesional de Enfermería describir las estrategias de afrontamiento y adaptación dentro del subsistema cognitivo del ser humano. La importancia de utilizar este instrumento para enfermería, es poder obtener información objetiva y medible acerca de este proceso complejo como lo es el afrontamiento y ser más específicos y eficaces en los cuidados de enfermería que se podrían proponer para mejorar este proceso

A su vez para poder medir la escala del proceso de afrontamiento y adaptación se utilizó la categorización de baja capacidad y alta capacidad propuesta por González Yolanda.

4.6.2 Categorización de la ECAPS

La distribución realizada por Yolanda González mantuvo el método de escalonamiento Likert de dos puntos, por tal razón se categorizo como: baja capacidad y alta capacidad.

González Yolanda,(44) define "baja capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación" como la habilidad que poseen los seres humanos, como sistemas holísticos, para llevar a cabo el desarrollo del proceso de afrontamiento cognitivo y la adaptación, en el cual la actitud frente a la ejecución de las estrategias de afrontamiento es de nunca [1], pocas veces [2], casi siempre [3] y siempre [4], su medición es posible a través de la CAP'S al obtener la mediana del puntaje

(50%), de 47–117 puntos y "alta capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación" como la habilidad que poseen los seres humanos, como sistemas holísticos, para llevar a cabo el desarrollo del proceso de afrontamiento cognitivo y la adaptación en el cual la actitud frente a la ejecución de las estrategias de afrontamiento es de nunca [1], pocas veces [2], casi siempre [3] y siempre [4], su medición es posible a través de la ECAP'S al obtener la mediana del puntaje (50%), de 118–188 puntos.

En cuanto a la categorización de los factores (1, 2, 3, 4 y 5) no parten de cero y cada uno de ellos posee un número determinado de ítems (ejemplo el factor 1 tiene 11 ítems, el factor 2 tiene 13 ítems, el factor 3 tiene 9 ítems, el factor 4 tiene 6 ítems y el factor 5 tiene 8 ítems), por lo tanto a cada factor se categorizo en forma arbitraria utilizando los mismos criterios estadísticos aplicados en la escala total (la mediana).

Tabla No 4. Categorización de la Capacidad de Afrontamiento y Adaptación

Categorización de la capacidad de afrontamiento y adaptación según CAPS			
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	PUNTUACIÓN	CATEGORÍAS	
		<i>Baja capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación</i>	<i>Alta capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación</i>
Recursivo y centrado Factor 1	11-44	11-27	28-44
Físico y Enfocado Factor 2	13 -52	13-32	33-52
Proceso de alerta Factor 3	9-36	9-22	23-36
Procesamiento Sistemático Factor 4	6-24	6-18	19-24
Conociendo y relacionando	47-188	47-117	118-188

GONZÁLES, Yolanda. *Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo con soporte emocional para mantener la capacidad de proceso de afrontamiento cognitivo y adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica en el hospital santo Tomas ene el año 2006. Tesis doctoral. Bogotá 2007.página 121*

4.7 Fases del Desarrollo de la Investigación

FASE I: Para el desarrollo y aplicación del instrumento y recolección de datos, se recopilara la estadística mes por mes del numero de cirugías cardiovasculares pediátricas realizadas en la Fundación CardiInfantil, para realizar una estimación del número de niños ingresados a la unidad de cuidado intensivo cardiovascular y así mismo tener un número relevante de padres que sean representativos para la muestra.

FASE II. Se llevara el proyecto de investigación y se presentara ante el comité de ética y científico de la Fundación CardiInfantil para su aprobación y posteriormente se expondrá ante la coordinación medica y de enfermería de la Unidad Pediátrica Cardiovascular para la realización y aplicación del instrumento.

FASE III: La prueba piloto partió de las estadísticas mensuales de cirugías cardíacas realizadas durante el 2008, para observar el comportamiento promedio de la población de niños operados que sería directamente proporcional el cual al número de los padres, el cual fluctuó entre 30 y 40 cirugías mensuales. Su aplicación se realizó en la Unidad Pediátrica Cardiovascular y en el segundo piso de cardio-pediatría de la Fundación CardiInfantil. El instrumento de escala de medición de afrontamiento y adaptación se aplicara a los padres o madres que cumplan con los criterios de inclusión descritos para esta investigación.

Se consideró que el lugar óptimo para realizar dicha prueba es la sala de padres de hospitalización de cardio-pediatría, ubicada en el segundo piso, la cual no es

concurrida, cuenta con un ambiente tranquilo, aislado y no presenta distractores para los padres que deseen participar en el estudio.

Previamente, a los padres quienes participaron en la investigación, se les solicitó la autorización del consentimiento informado y se les dio una inducción acerca del diligenciamiento del instrumento. Para aplicación de la prueba, esta se realizó en horarios posteriores a la visita de su hijo en la unidad pediátrica. El tiempo promedio para el diligenciamiento es de 20 a 30 minutos, se contó con la presencia de las investigadoras durante el diligenciamiento del instrumento por parte de los padres para la aclaración de dudas o inconvenientes.

Una vez realizada la prueba piloto según los resultados, se realizaron ajustes de acuerdo a los obstáculos y riesgos detectados con el fin de minimizar los problemas que entorpezcan en tiempo, oportunidad y viabilidad en el desarrollo de la investigación.

FASE IV: De acuerdo a los resultados de la prueba piloto se determina la muestra y se invita a los padres a la participación voluntaria de la investigación, explicándoles los objetivos del estudio, se les pide la lectura y firma del consentimiento informado se les dan instrucciones claras y precisas acerca del diligenciamiento de la escala ECAPS. Los padres participantes serán de diferente nivel socioeconómico, sociocultural, estrato, nivel educativo y de diferentes edades.

FASE V: Se aplicará el instrumento a los padres durante el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo, no se aplicará en el preciso instante en que el padre ingresa por primera vez a unidad de cuidado intensivo pediátrico y ve a su hijo, ya que teniendo en cuenta la clasificación de los momentos del proceso de afrontamiento

formulados por Lazarus y Folkman 1986 (30), momento del impacto: la persona hace un breve análisis de lo que es la situación y lo que esperaba, es decir un momento de reacción-acción, lo que induce a que la capacidad cognitiva de la persona pasa a un segundo plano; además en estado de shock los padres de familia pueden mostrarse negativos y poco dispuestos a responder un cuestionario. Por tal motivo el momento seleccionado es el de post-impacto o post confrontación donde la persona realiza una nueva evaluación de la situación y emergen todos aquellos reajustes que debe hacer a nivel psicológico y material para manejar y afrontar la situación, emergen nuevas demandas, amenazas y desafíos a medida que el entorno cambia, es el momento adecuado en donde la capacidad cognitiva de la persona está procesando la información que obtiene.

FASE VI: Se realizara la tabulación y los análisis estadísticos pertinentes para la obtención de los resultados.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se acogerá a los lineamientos dados por la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social de Colombia, del código de Núremberg y Helsinki. Esta investigación no realiza ninguna intervención ni modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sociológicas y sociales de las personas que participan en el estudio, por lo cual se considera una investigación sin riesgo. Esta investigación contará con la aprobación del comité ético y de investigación de la institución donde se va a realizar, la Fundación CardiInfantil IC.

La participación de los padres se hará a través del consentimiento informado el cual se incluirá según el artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993, información clara y comprensible acerca de la justificación, objetivos de la investigación, los riesgos esperados, los beneficios y el procedimiento a utilizar. El consentimiento por los padres será voluntario sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción a algún otro factor coercitivo que influya en la decisión consciente para participar. Los padres tendrán la libertad de retirarse del estudio en el momento en que ellos lo deseen, sin que esto altere o influya en el cuidado o atención de su hijo, y se dará un trato confidencial a la información recolectada y a la identidad de los participantes.

Esta investigación contempla los principios de beneficencia, autonomía, respeto a la dignidad humana y justicia según lo establecido en la ley 1164 del 2007. Se respetará el principio de vulnerabilidad de los padres durante la aplicación del instrumento. Finalmente se respetan los derechos de autor de instrumento CAPS, el cual fue creado

por la Dra. Callista Roy, se solicitó el permiso a la profesora Carolina Gutiérrez López quien validó el instrumento en la versión en español, y se pidió la autorización para la utilización de la categorización de medida propuesta por la Dra. Yolanda González (2007).

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Inicialmente, se realizó una matriz de correlación de los cinco factores que comprende el instrumento para observar el comportamiento de los factores entre sí, lo cual mostro que los aspectos con menos correlación son 2 y 5, llama la atención la correlación relativamente alta entre los demás factores, entre ellos está la similitud del factor 1 y 5. Como se muestra en la siguiente tabla.

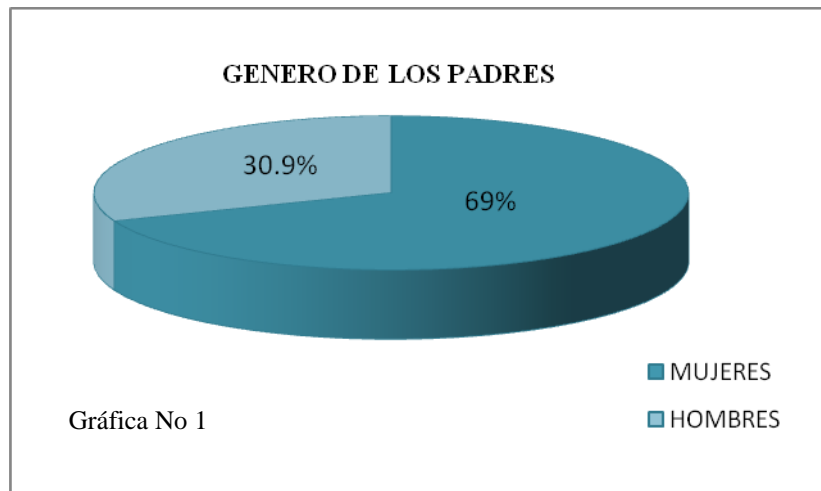
Tabla No 5. Matriz de Correlación de Factores de la ECAPS

	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>	<i>Factor 4</i>	<i>Factor 5</i>
actor 1	1	0,136985	0,5811457	0,5722632	0,6660303
Factor 2		1	0,4171143	0,2347577	0,0210944
Factor 3			1	0,6077322	0,5283693
Factor 4				1	0,5719949
Factor 5					1

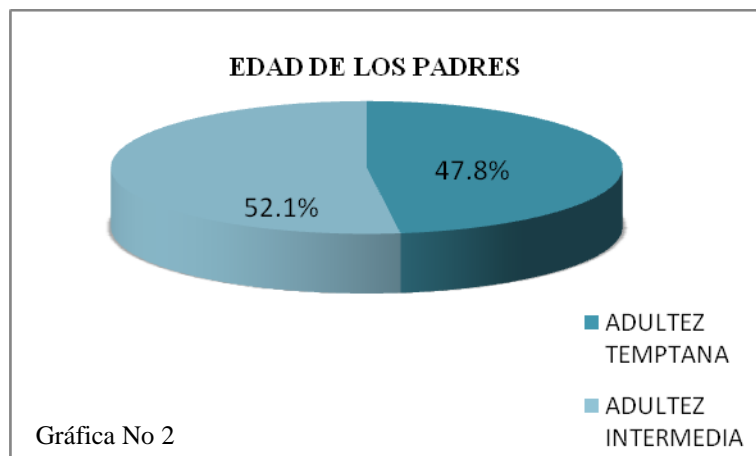
Posteriormente, para identificar el nivel de afrontamiento y adaptación de los padres y madres en el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo, se hizo pertinente la descripción a través de la comparación de grupos que se encuentran dentro de tres variables: la presencia de la pareja de padres en el postoperatorio vs. La presencia de uno solo de los padres en la misma situación.

Para el análisis e interpretación de los resultados, se inicio con las características socio-demográficas a través de una ficha que incluía: edad, sexo, escolaridad, estrato socioeconómico y estado civil:

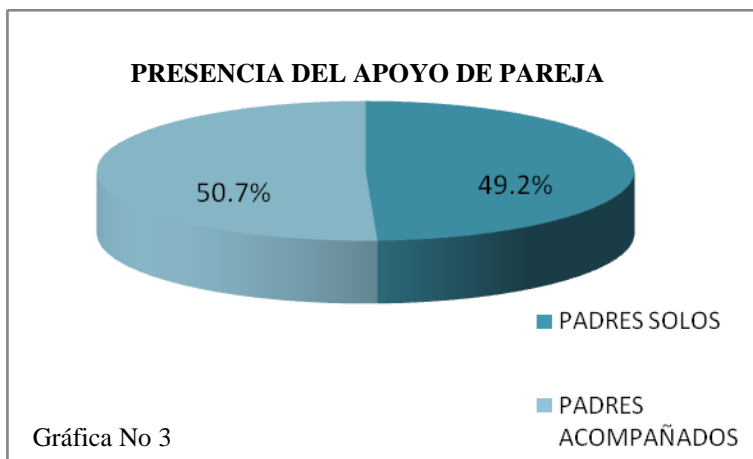
En la grafica No 1 se observa que el 69% de los participantes eran mujeres y el 30.9% hombres.



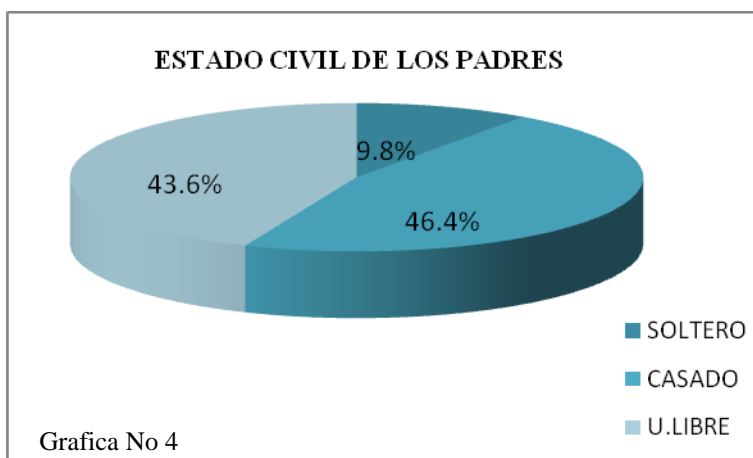
La grafica No 2 expresa en cuanto a la edad de los participantes, que se encontró en un porcentaje similar de padres en adultez temprana (que oscila entre los 20–30 años) y en adultez intermedia (que va desde los 31 a los 40 años).



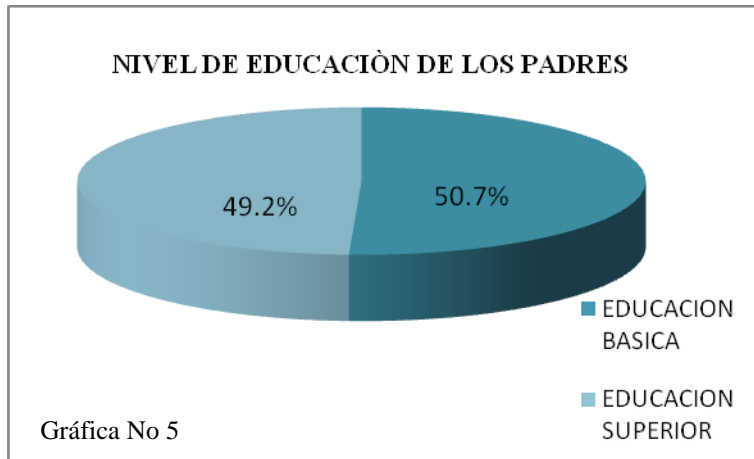
La grafica No 3 muestra que alrededor de la mitad de la población de padres se encontraron acompañados de su pareja en el postoperatorio de su hijo, y el 50.7% de padres se encontraron solos en la misma situación.



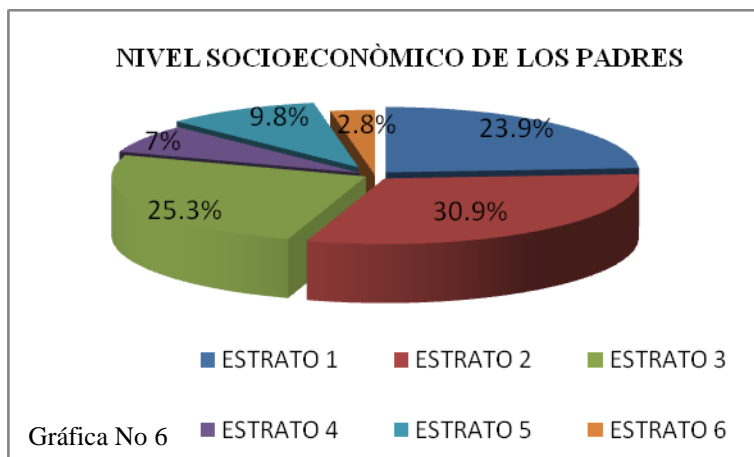
En la grafica No 4 se expone el estado civil de los padres participantes: el 46.4% eran casados, el 43.6% eran solteros y el 9.85% están en unión libre.



En la grafica No 5 se refleja el nivel educativo de los padres sin una diferencia significativa entre el porcentaje de los padres que tienen una educación básica 50.7% y los padres con educación superior 49.2%



En la gráfica No 6 se observa el nivel socioeconómico de los padres participantes el cual es muy variado teniendo mayor porcentaje el estrato 2 con el 30.9% de la población, el estrato 3 con el 25.3%, el estrato 1 que corresponde al 23.9%, estrato 5 que equivale al 9.8%, estrato 4 con el 7% y finalmente en estrato 6 con un mínimo porcentaje del 2.8% de la muestra.



Se estableció un estudio comparativo del nivel del proceso de afrontamiento y adaptación entre los padres que contaron con acompañamiento de su pareja y los padres que se encontraron solos al momento de afrontar el postoperatorio de su hijo. Los resultados que arrojó el instrumento se analizaron a través de la prueba no

paramétrica Man–Whitney, la cual es utilizada cuando se desea efectuar la comparación de dos grupos en quienes se ha medido variables cuantitativas continuas que no tiene una distribución normal, debido a los múltiples empates en las puntuaciones globales.

Para expresar en lenguaje estadístico lo planteado en la hipótesis nuclear del trabajo y conservando la estructura del sistema de hipótesis que formula el procedimiento de Man –Whitney, se establece la hipótesis nula que se juzga cotejada con la hipótesis alterna de la siguiente manera:

$$H_0: F(x) = G(x)$$

$$H_1: F(x) \neq G(x)$$

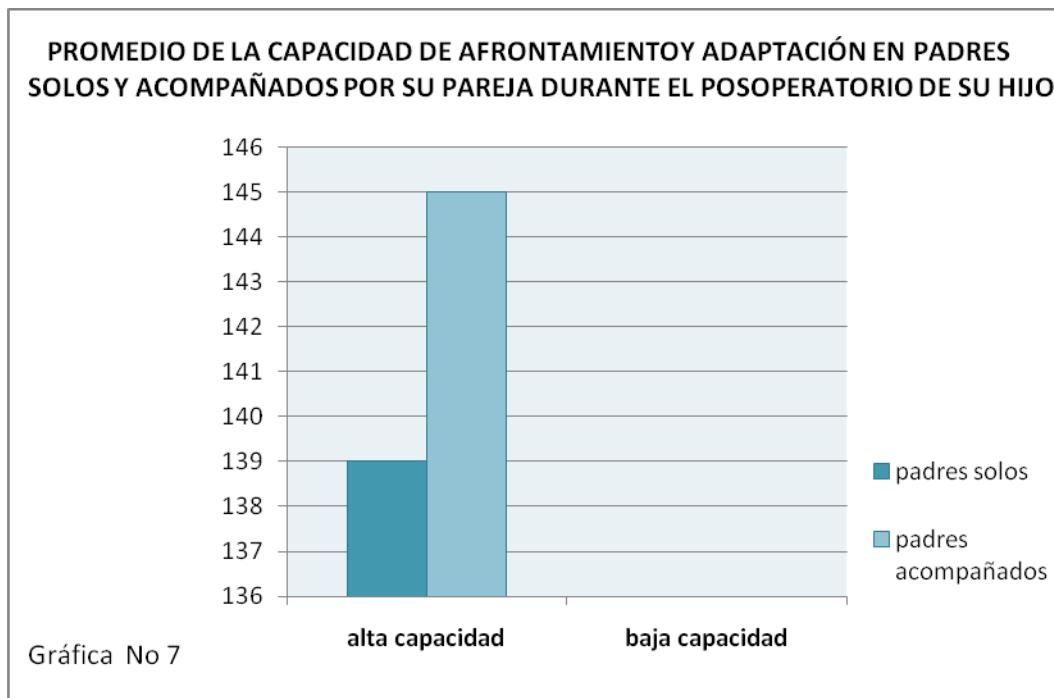
H_0 El nivel de afrontamiento y adaptación en la pareja de padres en el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo, es igual a la función de distribución del nivel de afrontamiento del padre o madre solo en el pos-operatorio de cardiopatía congénita de su hijo.

H_1 . El nivel de afrontamiento y adaptación en la pareja de padres en el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo es diferente a la función de distribución del nivel de afrontamiento del padre o madre solo en el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo.

Las diferencias entre los grupos comparados se consideraron significativas cuando el valor P fue menor a 0.05; para el análisis de las pruebas de las hipótesis planteadas se utilizo un valor de significancia del 5% $\alpha=0.05$ con un nivel de confianza del 91%.

6.1 Resultados

En general, el promedio de puntaje global de la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación en la pareja de padres fue de 145, mientras que el promedio de puntaje global en padre o madre solo, fue de 139; ambos grupos se ubican en alta capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación, teniendo en cuenta que el puntaje de alta

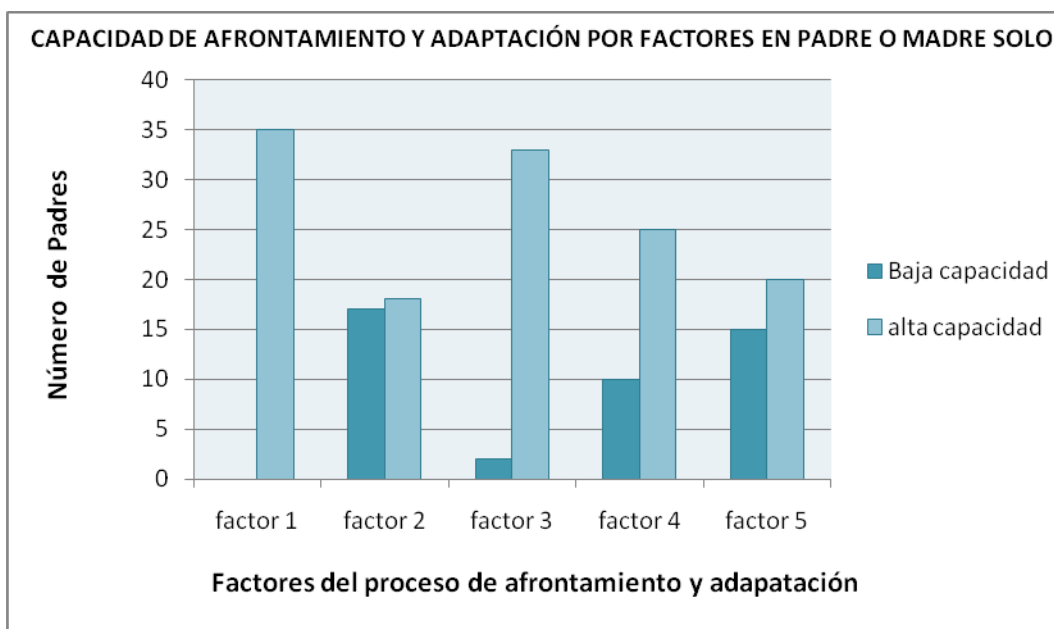


capacidad va desde 118 hasta 188 puntos; adicionalmente, se observó una diferencia de 6.1 puntos entre los dos grupos, marcando menor puntaje el padre o madre que se encontró solo al momento de afrontar el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo, como se expresa en la siguiente gráfica.

Al comparar el proceso de afrontamiento y adaptación, en la hipótesis 1 el valor P fue de 0.031 lo cual permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la H_1 , en donde el nivel de afrontamiento y adaptación en la pareja de padres es estadísticamente diferente al proceso de afrontamiento y adaptación del padre o madre, solo en el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo.

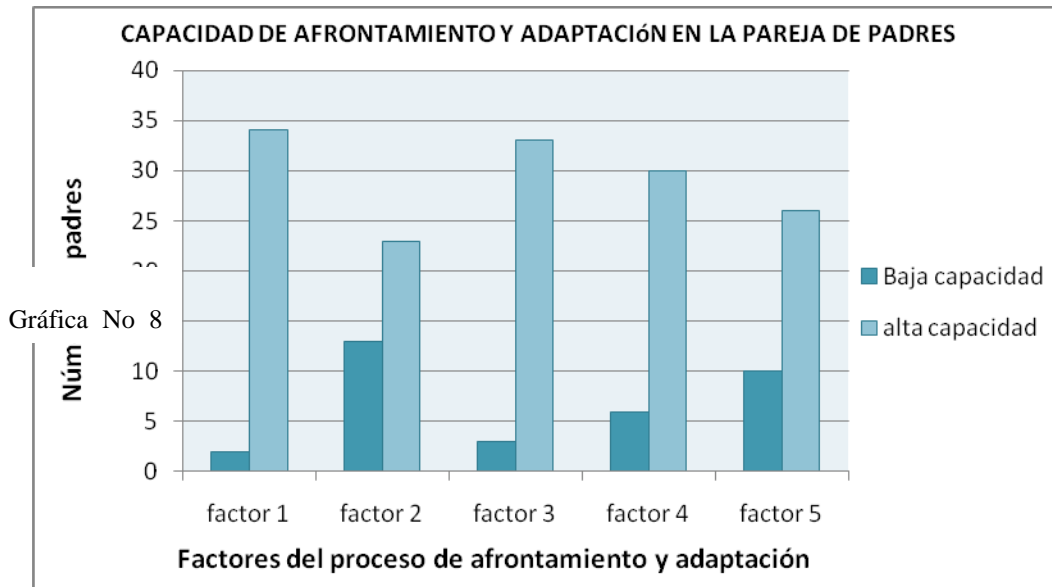
Teniendo en cuenta que existe una diferencia en la comparación realizada entre padre o madre presente en el postoperatorio de su hijo y la pareja de padres presente en la misma situación, se realizó un análisis global de esta comparación y posteriormente se generó un análisis por factores que contempla la ECAPS, para medir específicamente en cada factor su capacidad de afrontamiento y adaptación.

En la gráfica No 8 se observa la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación por factores de los padres o madres que se encontraron solos al momento del postoperatorio de su hijo. Es relevante que obtuvieron una baja capacidad en los factores 2 (representa un estilo que resalta las reacciones físicas y una estrategia respectivamente), 5 (refleja estrategias utilizando la memoria y la imaginación), 4 (describe las estrategias físicas del yo) y el factor 3 (refleja comportamientos del yo personal), mientras que en el factor 1 todos estuvieron en una alta capacidad de



afrontamiento y adaptación.

En la gráfica No 9 se observa la capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación por factores de los padres o madres acompañados por su pareja al momento del postoperatorio de su hijo. Es relevante que en los cinco factores se encontraron padres



con baja capacidad.

La proporción de padres que se encontraron en baja capacidad de afrontamiento y adaptación fue menor en los padres acompañados por su pareja, que la proporción de los padres que se encontraron solos en el postoperatorio de su hijo. La proporción de padres con alta capacidad de afrontamiento y adaptación fue mayor en padres acompañados por su pareja, que en los padres que se encontraban solos al momento del postoperatorio de su hijo.

Posteriormente se construyeron cinco tablas de contingencia 2 x 2, una para cada factor, en las cuales las filas representaban puntajes altos y bajos respectivamente y las columnas padre o madre solo y pareja de padres respectivamente, con base en la

información contenida en las tablas anteriores. A cada una de estas tablas se le calculó el valor usual de chi cuadrado para jerarquizar los factores de acuerdo al valor **P** como elemento de jerarquización.

En cuanto al factor 1 no se comenta porque la tabla de contingencia hubo presencia de un cero (0).

Los valores **P** obtenidos para los factores 3, 2, 4 y 5 (gráfica 4) fueron respectivamente: 0.66630699, 0.28794007, 0.23001867, 0.18352143. De acuerdo a ellos se puede afirmar que la mayor diferencia entre los dos grupos analizados, se le puede atribuir al factor 5 (menor valor **P**) sin indicar una diferencia significativa, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla No 6. Jerarquización de Valores de Significancia de los factores

FACTOR	VALOR P
Factor 3	0.66630699
Factor 2	0.28794007
Factor 4	0.23001867
Factor 5	0.18352143

Esta diferencia se centro en los factores 2, 4 y 5. El factor 2 que corresponde a Físico (estilo) y Enfocado (estrategia), factor 4 procesamiento sistemático (estrategias), y factor 5 conociendo y relacionando (estrategia). En cuanto al factor 5 en donde se

marco la mayor diferencia, siendo este una estrategia que en sus afirmaciones, se enfoca en relacionar las experiencias y soluciones que se han utilizado en el pasado para aplicarlas o modificarlas a la situación actual, y en el proceso de salida de este factor ve positivamente el manejo de la situación.

Otras variables socio-demográficas analizadas fueron, la edad y el nivel de escolaridad de los padres. Al comparar el proceso de afrontamiento y adaptación entre la adultez temprana e intermedia el valor **P** fue de 0.25, en donde no hay evidencia estadística suficiente para definir una diferencia en el proceso de afrontamiento y adaptación en padres en adultez temprana y padres en adultez intermedia. Al cotejar el proceso de afrontamiento y adaptación entre la educación básica y la educación superior el valor **P** fue de 0.41, en donde no hay evidencia estadística suficiente para determinar una diferencia en la capacidad de afrontamiento y adaptación en padres con educación básica y la capacidad de afrontamiento y adaptación en padres con educación superior en el postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo.

7. DISCUSIÓN

De acuerdo a la teoría de afrontamiento de Lazarus y Folkam (30), los recursos externos pueden convertirse en estrategias de afrontamiento o pueden funcionar como amortiguadores para afrontar y adaptarse a una situación y a la luz de los resultados de este estudio, se puede afirmar que el apoyo social representado en el acompañamiento de la pareja es un recurso externo que es eficaz al momento de afrontar esta situación crítica. Esto debido a que la pareja o conyugue es una persona de confianza con una relación íntima, adicionalmente si se tiene en cuenta que la población a estudio se encontró en la etapa adultez temprana e intermedia, que se caracterizan por la formación de lazos emocionales con un compañero/a de vida quien pasa a ser parte del núcleo familiar cuando se dejó la familia de origen, consolidando los compromisos y lazos emocionales, buscando el bienestar de los hijos como parte de la motivación de pareja. Esto conlleva a que más allá del estado civil de la persona, es el acompañamiento de la pareja lo que marca una real diferencia al momento de vivir una situación crítica.

Los padres que se encontraron solos en el postoperatorio de su hijo y los padres que se encontraron acompañados en esta misma situación, estuvieron expuestos a los mismos estímulos como: el entorno estresante (UCIPCV), un) a situación nueva (postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo) por lo cual los procesos de entradas son similares en ambos grupos.

Teniendo claridad en la diferencia que marco en el proceso de afrontamiento entre el padre o madre que se encontraba solo y el padre que se encontraba acompañado de

su pareja en el momento del postoperatorio de su hijo, se puede afirmar, junto con la experiencia empírica, que la pareja de padres tienen un estilo de afrontamiento más activo que los lleva a tomar la iniciativa de utilizar estrategias de búsqueda de información que se refleja en el factor 4, el cual describe las estrategias personales del yo y físicas realizadas en situaciones manejadas metódicamente y el factor 5 el cual refleja las estrategias del yo utilizando la memoria y la imaginación, en forma más frecuente que el padre o madre que se encuentre solo en este momento. Otra experiencia que se observó fue el impacto de factores externos negativos como: (la no asistencia a la visita, compromisos laborales, factor económico) que dificultan el acompañamiento a su hijo en el postoperatorio, en la pareja de padres son menos estresantes estos factores que en el padre o madre que se encuentre solo al momento del postoperatorio, ya que el tener un apoyo social (pareja) actúa como amortiguador y facilitador. Al afrontar un solo padre de familia el postoperatorio de su hijo se recarga sobre él/ella, la responsabilidad terapéutica y la toma de decisiones con todas sus implicaciones emocionales, psicológicas y físicas llevando a un desgaste y poniendo en riesgo la salud como se ha visto en estudios anteriores.

El cuidado de enfermería debe ser holístico y en esta situación específica, se debe reflejar en el apoyo social que funcione como amortiguador frente a este momento crítico, favoreciendo o mejorando la capacidad de afrontamiento y adaptación del padre o madre que se encuentre solo o en aquellos que nivel de afrontamiento y adaptación sea baja. La enfermería es la profesión que tiene más oportunidad de interactuar constantemente con la familia de estos niños hospitalizados, y puede llegar a conocer a fondo el contexto familiar y social que le permite conocer las características propias del

proceso de afrontamiento y adaptación e identificar las necesidades en cuanto estilos y estrategias de afrontamiento eficaces en búsqueda de la adaptación.

En estos padres los modos de rol e interdependencia contemplados dentro del modelo de Callista Roy son los más alterados, ya que la interdependencia hace referencia al mecanismo de soporte afectivo de la persona y las relaciones con las personas significativas, en este caso la pareja y su rol como cuidador principal de su hijo es pasivo ante esta situación crítica de salud.

En cuanto a las variables socio-demográficas como la edad y el nivel educativo también fueron analizadas de forma comparativa:

La variable socio demográfica del nivel educativo de los padres no influye en esta situación crítica específica durante el proceso de afrontamiento, ya que empíricamente se ha visto que es más relevante las experiencias vividas por los padres. Un padre con un conocimiento académico superior, al momento de afrontar la situación específica, está en las mismas condiciones de desconocimiento frente a la enfermedad de su hijo cardiópata, que el padre o madre que tan solo ha obtenido una educación básica, posiblemente este recurso educativo se utiliza como un factor externo que si implicaría una diferencia en la utilización de estrategias, pero no en el proceso de afrontamiento en general.

La edad de los padres (que se encontraban en una adultez temprana afrontando el postoperatorio de su hijo y los padres que se encontraban en adultez intermedia en la misma situación), no representó diferencia en el proceso de afrontamiento y adaptación,

este caso específico, la percepción de los padres en adultez temprana y tardía, tienen el mismo estímulo o situación con algunas condiciones que pueden variar como lo son los factores externos, es decir no hay una diferencia significativa entre edades al momento de percibir esta situación para considerarla como algo significativo. La magnitud de la percepción en estos padres independientemente de su edad es igual, ya que esta depende de las experiencias previas vividas, y esta es la primera experiencia que los padres en la adultez temprana e intermedia afrontan.

8. CONCLUSIONES

Cada año va en incremento el número de niños que presentan problemas cardíacos congénitos. Este fenómeno es directamente proporcional a la población de padres que van a vivir esta situación crítica de salud de su hijo.

El número del total de los padres que obtuvieron el mayor puntaje de afrontamiento y adaptación se ubicaron en el factor 1 siendo este un estilo activo y una estrategia centrada que se caracteriza por ser recursivo, inventivo y en búsqueda de una solución al problema.

Dentro de las estrategias que favorecieron el proceso de afrontamiento y adaptación de los padres tanto solos como en pareja fueron: factor 1, 3, y 4 siendo estrategias que se dirigen a la solución del problema y no a la regulación de la emoción.

Las variables socio-demográficas que se compararan como la edad y la escolaridad no marcan diferencia en el proceso de afrontamiento y adaptación de estos padres en esta situación específica, sin embargo al analizar los elementos del modelo de procesos cognitivos de Callista Roy, el proceso de afrontamiento y el procesamiento de información para la solución de problemas, se destacó que las experiencias vividas por las personas es lo que realmente marcaría diferencias en el proceso de afrontamiento y adaptación.

Que enfermería conozca el proceso de afrontamiento y adaptación de los padres, favorece que el cuidado que brinde sea oportuno de acuerdo a las necesidades particulares de cada padre en esta situación específica.

Conocer como es el proceso de afrontamiento y adaptación de los padres, permite realizar un diagnóstico de enfermería pertinente y un plan de cuidados acorde a las necesidades de estos padres para mantener su alta capacidad de afrontamiento y adaptación y en aquella población donde su nivel de adaptación es baja, se deben plantear cuidados dirigidos a promover su nivel de adaptación.

9. CONSIDERACIONES DEL INSTRUMENTO Y SU APLICACIÓN

Durante la prueba piloto se evidenciaron, por parte de los participantes, dificultades para la comprensión del contexto de algunos ítems y de varios términos. Esto requirió ajustes y cambios, sin alterar la semántica o el significado del interrogante, utilizando un lenguaje más coloquial que se adaptara a los diferentes niveles de escolaridad de la muestra. Los ítems que generaron confusión e incompreensión al momento de responder son:

5. Por alguna razón no parezco beneficiarme de mis experiencias pasadas.

10. Identifico como quiero que resulte la situación y luego miro como lo puedo lograr.

13. Encuentro la situación demasiado compleja, con más elementos de los que puedo manejar.

15. Parece que actúo con lentitud sin razón aparente.

16. Trato de redirigir mis sentimientos para enfocarlos constructivamente

32. Puedo relacionar lo que sucede con las experiencias pasadas o planes futuros.

44. Adopto rápidamente nuevas capacidades, cuando estas pueden resolver mi problema.

Dentro de las palabras que generaron confusión están: "tiendo" (pregunta 33, 20,23), "complejo" (pregunta 2), "modificar" (pregunta 29), "elementos" (pregunta 13), "crisis" (preguntas 42, 29), "adopto" (pregunta 44), "redirigir" (pregunta16), "objetivo" (pregunta 18), "recursivo" (pregunta 26)

10. RECOMENDACIONES

Se recomienda promover la creación de un programa liderado por enfermería, en donde se brinden cuidados enfocados hacia la dimensión cognitivo-conductual, promoviendo el apoyo social como una fortaleza dentro del proceso de afrontamiento y adaptación de los padres.

Las enfermeras durante los horarios de visita deben interactuar más con los padres como una estrategia para valorar el contexto sociocultural, factores internos o externos que interviene en la capacidad de afrontamiento y adaptación de los padres en postoperatorio de cardiopatía congénita de su hijo.

Se recomienda que el profesional de enfermería tome la responsabilidad de profundizar acerca de la dimensión cognitivo-conductual y la sustente con las teorías de enfermería para una mayor eficacia en su cuidado.

Se recomienda fortalecer el trabajo interdisciplinario, liderado por enfermería.

Se recomienda que en el programa social de la FCI incluya a un profesional de enfermería que permita realizar un acompañamiento temprano, realizando un diagnóstico previo a la cirugía, promoviendo desde un inicio una alta capacidad de afrontamiento y adaptación.

Se recomienda realizar un estudio que permita aplicar la escala de afrontamiento y adaptación ECAPS en dos momentos para valorar el nivel de adaptación, ya que este es un proceso que se da a través del tiempo y no en un solo momento.

Se recomienda realizar un análisis minucioso del lenguaje utilizado en la escala para mayor comprensión.

11. ANEXOS

11.1 Información a Padres

Lo estamos invitando a participar en el estudio **“PROCESO DE AFRONTAMIENTO COGNITIVO Y ADAPTACIÓN DE PADRES O MADRES CON HIJOS EN POSTOPERATORIO DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN LA FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE BOGOTÁ”**

El estudio propuesto pretende determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación en esta población de padres con hijos que se encuentran operados de corazón.

Las familias que tienen hijos con problemas cardiacos se han incrementado en los últimos años, causando un problema de salud pública en Colombia, llevando a que los padres de estos niños tengan repercusiones psico-emocionales frente a la situación crítica de salud de su hijo.

Dos estudiantes de la Maestría de Enfermería de la Universidad de la Sabana y que actualmente trabajan en la unidad pediátrica cardiovascular de la FCI, están realizando dicho estudio, que consta en la aplicación de un formato que evalúa la capacidad que tienen los padres para afrontar y adaptarse ante una situación difícil como es la de tener un hijo hospitalizado.

No existe ningún riesgo para los padres que deciden participar voluntariamente en este estudio.

Su participación en el estudio es importante como fuente de información crucial para en un futuro realizar otro tipo de investigaciones dirigidas a mejorar el cuidado de la salud tanto de los padres como de los hijos hospitalizados en la unidad cardiovascular.

Su decisión de participar en este estudio es totalmente voluntaria. Si en cualquier momento o por cualquier razón decide no participar en el estudio, su registro será excluido inmediatamente. Si usted lo desea, su información le será devuelta. Esto no influirá en ningún momento sobre el cuidado que su hijo recibe.

Si usted acepta participar en el estudio deberá:

Diligenciar un formato de 47 preguntas que serán contestadas en un tiempo determinado, lo cual será realizado fuera de las horas de visita estipuladas por la unidad cardiovascular.

Contara siempre con la presencia de una de las enfermeras investigadores para la aclaración de dudas durante el diligenciamiento del formato.

No tiene costo económico para el niño y su familia.

Su participación en este estudio no tendrá ningún tipo de compensación material o financiera ya que su participación es voluntaria.

La información será anónima y no se revelara la identificación personal como participante, y el manejo de la información suministrada será de carácter confidencial.

Nombre-----

Firma-----

11.2. Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación Según el Modelo de Adaptación de Callista Roy

INSTRUCCIONES

En algunas oportunidades las personas viven situaciones o crisis muy difíciles. Debajo encuentra una lista de expresiones a través de las cuales las personas responden ante estas situaciones. Por favor encierre en un círculo el número que este más cercano a la forma como usted se comportaría.

1: Nunca, 2: Pocas Veces, 3: Casi siempre, 4: Siempre.

CUANDO VIVO UNA CRISIS, O UN EVENTO EXTREMADAMENTE DIFÍCIL, YO...

	NUNCA 1	POCAS VECES 2	CASI SIEMPRE 3	SIEMPRE 4
1. Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez, incluso en una crisis o con un problema	1	2	3	4
2. Propongo una solución nueva para una situación nueva.	1	2	3	4
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad.	1	2	3	4
4. Obtengo la mayor información posible para aumentar mis opciones.	1	2	3	4
5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para completar tareas, actividades o proyectos.	1	2	3	4

6. Trato de recordar las estrategias o soluciones que me han servido en el pasado.	1	2	3	4
7. Trato de que todo funcione a mi favor.	1	2	3	4
8. Solo puedo pensar en lo que me preocupa.	1	2	3	4
9. Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo.	1	2	3	4
10. Identifico como quiero que resulte la situación y luego miro como lo puedo lograr.	1	2	3	4
11. Soy menos eficaz bajo estrés.	1	2	3	4
12. Me tomo el tiempo necesario y no actué hasta que no tengo una buena comprensión de la situación.	1	2	3	4
13. Encuentro la situación demasiado compleja, con más elementos de los que puedo manejar	1	2	3	4
14. Pienso en el problema sistemáticamente paso a paso.	1	2	3	4
15. Parece que actué con lentitud sin razón aparente.	1	2	3	4
16. Trato de redirigir mis sentimientos para enfocarlos constructivamente	1	2	3	4
17. Me siento alerta y activo durante el día.	1	2	3	4
18. Pongo mis sentimientos a un lado y soy	1	2	3	4

muy objetiva acerca de lo que sucede.				
19. Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la situación.	1	2	3	4
20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo	1	2	3	4
21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones	1	2	3	4
22. Analizo la situación como realmente es.	1	2	3	4
23. Tiendo a paralizarme y confundirme al menos por un tiempo.	1	2	3	4
24. Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema.	1	2	3	4
25. Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos o complicados.	1	2	3	4
26. Trato de ser recursivo para enfrentar la situación.	1	2	3	4
27. Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de las personas, cuando tengo que ir a lugares desconocidos.	1	2	3	4
28. Utilizo el sentido del humor para manejar la situación.	1	2	3	4
29 Con tal de salir de la crisis estar dispuesto a modificar mi vida radicalmente	1	2	3	4
30. Trato de mantener el equilibrio entre mis	1	2	3	4

actividades y el descanso.				
31. Soy más eficaz bajo estrés.	1	2	3	4
32. Puedo relacionar lo que sucede con las experiencias pasadas o con los planes futuros	1	2	3	4
33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga.	1	2	3	4
34. Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones.	1	2	3	4
35. Por alguna razón no parezco beneficiarme de mis experiencias pasadas.	1	2	3	4
36. Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros.	1	2	3	4
37. Miro la situación positivamente como una oportunidad o como un desafío.	1	2	3	4
38. Me planteo muchas ideas como soluciones posibles a la situación, aunque parezcan difíciles de alcanzar.	1	2	3	4
39. Experimento cambios en la actividad física.	1	2	3	4
40. Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como ellos sucedieron.	1	2	3	4
41. Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar.	1	2	3	4

42 Trato de hace frente a la crisis desde el principio.	1	2	3	4
43. Me doy cuenta que me estoy enfermando.	1	2	3	4
44. Adopto rápidamente nuevas capacidades cuando estas pueden resolver mi problema.	1	2	3	4
45. Me rindo fácilmente.	1	2	3	4
46. Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar las situaciones.	1	2	3	4
47. Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultaran las cosas.	1	2	3	4

11.3 Presupuesto

Recurso Humano

	CANTIDAD HORAS/VALOR HORA	VALOR TOTAL
ASESORÍA MAESTRÍA	32 *\$70.000	2.240.000
ASESORÍA ESTADÍSTICA	32*\$70.000	2.240.000
TUTOR	3*\$100.000	300.000
INVESTIGADORES PRINCIPALES	260*\$8.000	2.080.000
TOTAL		\$6.860.000

RECURSOS TÉCNICOS

ELEMENTO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
COMPUTADOR	300 HORAS	1000	\$300.000
INTERNET	50 HORAS	1200	\$60.000
IMPRESIONES	95 UNIDADES	300	\$28.500
INSTRUMENTO (FOTOCOPIAS)	284 UNIDADES	50	\$14.200
USB 4 GIGAS	2 UNIDADES	40.000	\$402.700
TOTAL			\$805.400

TRANSPORTE

ELEMENTO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
GASOLINA	2.5* 20.000	\$1600.000
PEAJES	40*6200	\$248.000
PARQUEADERO	1 MES	\$64.000

TOTAL		\$1.912.000
-------	--	-------------

PRESUPUESTO TOTAL

RECURSOS HUMANOS	\$4.240.000
RECURSOS TÉCNICOS	\$464.000
TRANSPORTES	\$1.912.000
TOTAL	\$6.616.000

Panamá, 12 de marzo 2010

Claudia Suárez A.
Enfermera Especialista
Adriana Monroy
Enfermera.
Facultad de Enfermería y Rehabilitación
Universidad de la Sabana. Colombia.

Respetadas estudiantes de la Maestría en Enfermería:

La presente es un permiso para la utilización de mi propuesta de categorización de la Capacidad de Proceso de Afrontamiento y Adaptación basada en la Teoría de Rango Medio Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, Callista, para se utilizada en su trabajo de grado (investigación) denominada "Proceso de Afrontamiento y Adaptación en Padres o Madres con hijos Post-operatorio de cardiopatía congénita de la Fundación Cardioinfantil"

Atentamente

Yolanda M. González W.
DRA. YOLANDA M. GONZÁLEZ W.
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

12. BIBLIOGRAFIA.

1. Benavides Lara Adriana, Umaña Liliana. Cardiopatías congénitas en Costa Rica: nueve años de registro. Revista Costarricense de Cardiología. 2007 Ene-Abr; 9 (1): 10.
2. Vélez, Juan Fernando, Sandoval Néstor, et al. Estudio cooperativo de la mortalidad operatoria en la corrección de cardiopatías congénitas en Colombia. Revista Colombiana De Cardiología. 2006 Sept-Oct ; 13 (2): 132-135.
3. Baltaxe Erik, Zarate Ignacio. Prevalencia de malformaciones cardíacas congénitas en 44.985 nacimientos en Colombia. Arch Cardiol Mex 2006; 76(3): 263-268.
4. Vélez. Op. Cit., p.134.
5. Baltaxe. Op. Cit., p. 263.
6. Barragan. Santiago MD. (2005-2006) Un sueño una realidad. Informe Anual Fundación Cardiointantil IC. Página 10.
7. Umaña. Juan P MD. (2008-2009) En proceso de consolidarse como líder en Latinoamérica. Informe Anual Fundación Cardioinfantil. Página 12-13.
8. Palacio. Guillermo.MD. (2006-2007) Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico UCI. Informe Anual Fundación Cardioinfantil IC. Página 48.
9. Pinal Fernandez Beatriz, Cinos Galán Carmen. Aspectos psiquiátricos en niños con patología cardíaca crónica. En: Rueda Nuñez Fernando, ed, et al. Cardiología pediátrica en atención primaria. Coruña: Autor-Editor; 2009. P. 47 -51. [Consultado Septiembre 22 2008]. Disponible en:http://www.fisterra.com/recursos_web/libros/cardiologia_pediatica_ap/
10. Servicio de Atención a las Familias de AACIC- Asociación de Ayuda a las Cardiopatías Infantiles de Catalunya. El niño con su CC en su entorno educativo, social y familiar. En: Jornada de Cardiopatías Congénitas, III. 2006 Nov. 18; Madrid. [Consultado Sep 2009]. Disponible en: <http://www.menudoscrazones.org/index.php?>
11. Zavanella Aldana. Psicologa La pareja frente a la enfermedad. Un hijo con cardiopatía congénita. Fundación Menudos Corazones. 2007 Feb 16; Madrid. [Consultado Ene 2010] Disponible en: http://www.menudoscrazones.es/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=99&order=date&dir=ASC&lang=es

12. Young Seideman R, Watson MA, Corff KE, Odle P, Haase J, Bowerman JL . Parent Stress and Coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing*. 1997 June; 12(3): 169-172.
13. Lao Barón FJ. Martínez Egea JM. La necesidad de integrar el manejo del afrontamiento en los cuidados. *Revista Internacional Para El Cuidado Del Paciente Crítico*. 2003; 3 (1): 25-26.
14. Galindo Laguna A. Proyecto de intervención psicológica en las familias de niños con cardiopatías congénitas: aplicación de un programa de relajación progresiva. *Revista MAPFRE MEDICINA*. 2006 Ene-Marz; 17(1) 2006.38- 46.
15. Fernandes JR. The experience of a broken heart. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2005 Dec;17(4):319-27, ix.
16. Seideman. Op. Cit., p.170.
17. Zavanella. Op. Cit.,p.2.
18. Vasquez Valverde M, Crespo Lopez, Ring J.M. Estrategias de afrontamiento. En: Bulbena Vilarrasa Antonio, Berrios Germán E., Fernández de Larrinoa Palacios Pedro. *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Elsevier-Masson ; 2003 . p. 428-430-431.
19. Ojeda Perez B, Ramal Lopez J, Vallespin Montero R. Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social. *Revista Psiquis*. 2001: 22(3): 57.
20. Gutierrez Lopez C, Veloza Gomez M, Moreno Fergusson M, Duran de Villalobos M, Lopez de Mesa C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy". *Revista Aquichan*. 2007 Jun.; 7(1):56.
21. Roy, C. *The Roy adaptation model* . 3 ed. New Jersey : Person Education, 2008. p.41
22. Muñoz. Ricardo, et al. *Cuidados Críticos en Cardiopatía Congénita Adquirida*. Bogotá: Editorial Distribuna; 2008.
23. Suárez, Claudia (Enfermera Especialista, Unidad Pediátrica Cardiovascular. Fundación Cardioinfantil, Bogotá) Entrevista con: Martha Reyes (Intensivista Coordinadora Unidad Pediátrica Cardiovascular. Fundación CardioInfantil, Bogotá) 2009, Feb. 15.
24. González, Yolanda. Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica en un programa educativo con enfoque cognitivo. Bogotá, 2008, [CD-ROM]. Tesis (Doctor en Enfermería) -- Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Departamento del Cuidado y Práctica en Enfermería. p 37.

25. Carpenito Juall, Lynda. Diagnóstico de enfermería. 5 ed. Madrid: International MacGraw-Hill; 1995. p.59-60.
26. Gonzalez Mónica, Rojas Claudia R, Santana Johanna C, Ballesteros Blanca P, et al. Estilos y Estrategias de afrontamiento en padres y madres de niños y jóvenes diagnosticados como autistas. Trabajo de grado (Psicóloga) Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de psicología. 2005. p. 28.
27. González Yolanda. Op. Cit., p.37
28. González Monica. Op .Cit., p.29-30
29. Krzemien D, Monchiatti, A Y Urquijo S. Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. Interdisciplinaria. Revista de psicología y ciencias afines. 2005 Ago. ; .22 (2): 183-210.
30. Folkman S, Lazarus RS, Pimley S, Novacek J. Age differences in stress and coping processes. Psychol Aging. 1987 Jun;2(2):171-84.
31. Vasquez. Op. Cit., p.428-429
32. Gutiérrez A María del Carmen, Restrepo A Lucia. Elementos conceptuales del Modelo de Adaptación de Callista Roy. En: Díaz de Flórez Leticia, et al. Aplicación del Modelo de adaptación en el ciclo vital humano. Bogotá: Universidad de La Sabana, 2003. p. 15- 35.
33. Roy C. The Roy Adaptation Model. 3th ed. New Jersey: Pearson; 2008. p. 25-52
34. www.unheval.edu.pe/docente/administrador/subidas/1190494636.pdf
35. Villanueva Roa J. El aprendizaje de los adultos. Medicina de familia. 2001 Jun.; 2.(2): 66.
36. Veloza Monica, Moreno M, Crespo O, Gutiérrez C .Proceso de afrontamiento y adaptación En: Gutierrez Maria del Carmen, coord. Adaptación y cuidado del ser humano. Bogotá: Manual moderno; 2007.p 18-19
37. Desarrollo físico y cognitivo en la edad adulta temprana. En: Papalia D, et al. Desarrollo Humano. 8 ed. Barcelona: Mac Graw Hill; 2001. p. 501 – 504.
38. Universidad Virtual Anahuac. La vida adulta: Resumen basado en Rice, Philip F. (1997). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. USA, Maine: Prentice Hall y el libro de Woolfolk, Anita. (2002). Psicología Educativa. EUA, Ohio: PrenticeHall. [Consultado diciembre 2008]. Disponible en: http://uva.anahuac.mx/mace/modulos/modulo_1/vida_adulta.pdf
39. De la Rosa A. Bioestadística. 2 ed. Bogotá: Manual Moderno; 2008. p. 162-163

41. González Yolanda. Op. Cit., p.117-118-119
42. Gutiérrez López. Op. Cit., p.117-118-119
43. Sánchez R, Echeverri J. Validación de escalas de medición en salud. Revista Salud Pública 2004; 6 (3): 302 – 318.
44. González Yolanda. Op. Cit., p.120-121-122