



Universidad y Salud
ARTÍCULO ORIGINAL

Afrontamiento y adaptación de cuidadores familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasivos

Coping and adaptation of family caregivers of patients undergoing cardiac-invasive procedures

Yiseth Rojas-Picón¹ orcid.org/0000-0002-0988-5365

Amparo Astrid Montalvo-Prieto^{2*} orcid.org/0000-0002-7925-8674

Adriano Agatón Díaz-Gómez² orcid.org/0000-0003-0903-2378

1 Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Colombia.

2 Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia

Fecha de recepción: Julio 25 - 2017

Fecha de revisión: Diciembre 12 - 2017

Fecha de aceptación: Abril 13 - 2018

Rojas-Picón Y, Montalvo-Prieto AA, Díaz-Gómez AA. Afrontamiento y adaptación de cuidadores familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasivos. Univ. Salud. 2018;20(2):131-138. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.117>

Resumen

Introducción: Ante una enfermedad cardiovascular, elegir como tratamiento un procedimiento invasivo, se constituye en una experiencia estresante para el paciente y su familia por el riesgo de presentar complicaciones que aumentan su morbilidad o la mortalidad. **Objetivo:** Determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los Cuidadores Principales Familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasivos. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal, participaron 230 cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasivos. Se utilizó una encuesta sociodemográfica y la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy, versión en español abreviada. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. **Resultados:** La edad promedio de los cuidadores fue de 40,8 años y el 93,9% fueron hombres. De acuerdo al puntaje global (PG), del total de los cuidadores principales familiares el 47% (PG: 0-56) y el 50% (PG: 57-70) presentan baja y mediana capacidad de afrontamiento y adaptación respectivamente. **Conclusión:** Los cuidadores familiares principales presentaron una baja y mediana capacidad de afrontamiento y adaptación, condición que les impide comprender el estrés al que están sometidos, responder de manera adecuada a los estímulos focales, facilitar la recuperación y rehabilitación de la enfermedad.

Palabras clave: Adaptación; cuidadores familiares; familia; procedimientos quirúrgicos cardiovasculares. (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

Introduction: In the face of cardiovascular disease, choosing an invasive procedure as a treatment constitutes a stressful experience for the patient and his or her family for the risk of complications that increase his or her morbidity or mortality. **Objective:** To determine the coping and adaptation capacity of the primary family caregivers of patients undergoing intra invasive procedures. **Materials and methods:** A descriptive transversal study was made with 230 primary caregivers of patients undergoing the process. A sociodemographic survey and the scale of measurement of the process of coping and adaptation of caller Roy in Spanish abbreviated version were used. Data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** The average age of caregivers was 40.8 years and 93.9% were male. According to the global Score (GS), from the total family principal caregivers, 47% (PG: 0-56) and 50% (PG: 57-70) presented low and medium capacity for coping and adaptation respectively. **Conclusion:** The main family caregivers presented a low and medium capacity for coping and adaptation, a condition that prevents them from

*Autor de correspondencia

Amparo Astrid Montalvo Prieto

e-mail: amontalvop1@unicartagena.edu.co

understanding the stress they are subjected to, responding adequately to focal stimuli, facilitating recovery and rehabilitation of the disease.

Keywords: Adaptation; family caregivers; family; cardiovascular surgical procedures. (Source: DeCS, Bireme).

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo y se calcula que en el 2012 murieron 17,5 millones de personas, lo cual representa el 30% de las defunciones registradas. De esas, aproximadamente 7,4 millones se debieron a cardiopatías coronarias. Se espera que para el 2030, alrededor de 23,6 millones de personas mueran por alguna enfermedad cardiovascular⁽¹⁾.

Estas enfermedades se constituyen en un problema de salud pública, ocasionan secuelas que modifican el estilo y la calidad de vida de los pacientes y su familia. Personas con factores de riesgo asociado -modificables y no modificables-, tienen un 80% más de posibilidades de presentar complicaciones⁽²⁾.

El paciente con enfermedad cardiovascular debe someterse a una intervención quirúrgica, dependiendo del tipo de patología, estadio, porcentaje de obstrucción circulatoria y situación física general. Frente al cuidado de estos pacientes, enfermería debe asumirlo como un compromiso moral, considerar al paciente y su cuidador, porque su fragilidad y vulnerabilidad requieren que quien se ocupe de ellos, los tome en cuenta⁽³⁾. Su condición genera en los pacientes distintos grados de dependencia familiar, que lo obligan a requerir cuidado permanente, necesitando que una persona asuma el rol de cuidador familiar principal (CFP)⁽⁴⁾. Para brindar un cuidado de calidad y adaptado a las necesidades de pacientes y cuidadores, enfermería debe brindarles ayuda y escucharlos para que el cuidado sea adecuado y de satisfacción para quien lo recibe⁽⁵⁾.

Ante estas demandas de cuidado los pacientes y su CFP pueden reaccionar de manera positiva o negativa. El afrontamiento del paciente y familiares ante situaciones de enfermedad ha

sido de interés para enfermería, Callista Roy, teórica de enfermería propuso un modelo conceptual⁽⁶⁾ (esquema mental que muestra una visión particular, sustentada en principios científicos y filosóficos y en unos valores)⁽⁷⁾, en el cual considera a la persona como un sistema adaptativo holístico en constante interacción con el entorno, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia⁽⁶⁾.

Estudiosas del modelo⁽⁸⁻¹⁰⁾ afirman que la adaptación es esencial para la salud y el bienestar y se constituye en un aspecto clave para el manejo adecuado de la enfermedad y el mantenimiento o recuperación de la salud. Lazcano *et al.*⁽⁹⁾, anotan que el afrontamiento ayuda a comprender el efecto que produce el estrés sobre la salud y la enfermedad, siendo clave para su rehabilitación y recuperación, a su vez Díaz de Flórez *et al.*⁽¹⁰⁾, plantean la adaptación como el resultado de la interacción entre el ser humano y el ambiente.

Las estrategias utilizadas por el CFP, pueden ser comportamentales, afectivas y cognitivas. Las comportamentales pretenden controlar el estímulo o estresor en forma directa, actuando frente al problema susceptible de modificar⁽¹¹⁾. Pueden ser evasivas cuando la persona siente que no puede actuar ante el estímulo y lo rechaza en forma consciente o inconsciente^(11,12), que de acuerdo a Torregrosa y Tomas⁽¹³⁾ puede ocasionar que las estrategias centradas en la emoción predominen en los momentos iniciales. Las afectivas hacen referencia a los intentos que realiza la persona para controlar las reacciones emocionales que el problema genera y se manifiestan con la expresión de sentimientos frente a sí mismo y a los demás⁽¹¹⁻¹³⁾. Las capacidades internas o externas, con que la persona hace frente a las demandas del

acontecimiento o situación potencialmente estresante, son los recursos cognitivos⁽⁸⁾.

Roy y Heather⁽⁶⁾ definen la salud como el proceso de ser y llegar a ser un todo integrado, la salud significa adaptación y afrontamiento por parte del individuo a situaciones nuevas; es la capacidad de ser un organismo adaptativo. Desde este punto de vista, el profesional de enfermería, el paciente y el CFP del paciente cardiovascular, forman parte del entorno donde se establece una relación de reciprocidad que afecta positiva o negativamente la adaptación del paciente y del CFP a su condición de salud. El propósito del estudio fue determinar la capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasculares, 2015.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo de corte transversal, realizado al total de los 230 CFP de pacientes sometidos a un procedimiento cardiovascular en cuatro instituciones de salud de la ciudad de Valledupar, durante 2015. Fueron criterios de inclusión: presentar un tiempo menor de 12 meses de haber transcurrido la intervención (tiempo considerado de latencia para el proceso de afrontamiento y adaptación)^(14,15), ser mayor de 18 años y no presentar alteración de la conciencia. Se contó con el permiso institucional para la recolección de los datos de identificación de los pacientes y cuidadores.

La recolección de la información de la encuesta sociodemográfica y la Escala de Medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS)⁽⁸⁾ se realizó en la vivienda de los participantes. Esta escala consta de 33 ítems, los cuales se evaluaron mediante una escala tipo Likert, donde 0 corresponde a nunca, uno casi nunca, dos casi siempre y tres siempre. La puntuación total de la escala es 99 y para establecer el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación se establecieron las siguientes categorías: baja capacidad hasta 56 puntos, mediana de 57 a 70 puntos y alta capacidad de 71 a 99⁽¹⁶⁾. En la versión en español^(8,16,17) obtuvo validez de apariencia del 95%, de contenido 0,83 y

confiabilidad con un Alfa de Cronbach de 0,70⁽¹⁶⁾. Los datos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS versión 17.0.

Consideraciones éticas

El estudio conservó las consideraciones éticas establecidas en la Resolución 8430 de 1993⁽¹⁸⁾ y se consideró de riesgo mínimo para los participantes. Se contó con los permisos institucionales, uso del instrumento y garantía a los CFP del manejo confidencial de la información.

Resultados

Características sociodemográficas de los CFP

En relación con la edad de los 230 participantes CFP, la edad promedio fue de 40,8 años (DE=16), la edad mínima fue de 18 años y la edad máxima de 91 años, predominaron los hombres 93,9%, el 78,7% eran pareja de la persona sometida al procedimiento, un 44,8% convivía en unión libre. De la población estudiada el 37,4% realizó estudios de bachillerato incompleto o menos y el 8,7% es analfabeta. El 41,3% se dedica a las tareas del hogar, el 25,2% se desempeña en diferentes oficios. El 78,0% pertenece a los estratos socioeconómicos 2 y 3. El 92,21% profesa algún tipo de religión.

Tabla 1. Procedimiento cardiovascular realizado a los pacientes de los cuidadores principales familiares de pacientes, Valledupar, 2015

Procedimiento realizado	n	%
Cateterismo cardiaco	73	31,7
Angioplastia	43	18,7
Stent	64	27,8
Marcapaso	27	11,7
Desfibrilador	1	0,4
Ablación por radiofrecuencia	5	2,2
Reemplazo valvular	5	2,2
Revascularización miocárdica	12	5,2
Total	230	100

En el 60% el tipo de familia es nuclear y en el 34,8% es extensa. Al 31,7% de los pacientes se les realizó cateterismo cardiaco (cineangiografía

o arteriografía coronaria) y al 27,8% de ellos angioplastia con implantación de Stent (Tabla 1).

Capacidad de afrontamiento y adaptación

De los 230 CFP que participaron, se encontró que existe una mediana capacidad de afrontamiento en el 50%, una baja capacidad en el 47% de ellos y una alta capacidad en el 3% (Tabla 2). El promedio obtenido por los CFP fue de 52 puntos (DE=13,5).

Tabla 2. Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales familiares

Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación	Puntaje global	n	%
Baja capacidad	0-56	108	47,0
Mediana capacidad	57-70	115	50,0
Alta capacidad	71-99	7	3,0
Total	---	230	100

Respecto a las estrategias de afrontamiento y adaptación empleadas por los CFP: el 69,1% se sienten bien cuando creen que manejan los problemas lo mejor que pueden, cuando tienen un problema o situación difícil el 58,7% lo acepta como se presenta, el 51,3% busca todos los medios posibles para enfrentar la situación, el 44,8% intenta aclarar cualquier tipo de duda relacionada con la situación antes de actuar y el 40,9% adopta rápidamente nuevas habilidades para resolver la situación que les causa problema.

El 53,5% cuando tiene un problema o situación difícil, se toma el tiempo necesario para comprender la situación y sus posibles soluciones e intenta orientar sus sentimientos y emociones para enfocarlos de forma provechosa, el 46,5% está pendiente de cualquier cosa relacionada con la situación; mientras que el 38,3% manifestó estar atento y activo durante el día y desarrollar un plan con una serie de acciones.

A la pregunta de cómo actúan cuando tienen un problema o situación difícil, el 46,1% expresa que aunque parezcan difíciles de alcanzar

proponen diferentes soluciones para resolverla, el 35,7% sigue varias indicaciones al mismo tiempo y experimentan cambios en el funcionamiento de su cuerpo, el 34,8% cree que sus experiencias no son útiles para resolver las situaciones difíciles o problemas que se están presentando, el 45,7% siente que no los pueden manejar y el 35,7% tiene dificultades para completar actividades, tareas y proyectos.

Ante un problema o situación difícil el 62,2% de los participantes respondieron que nunca se rinden fácilmente, igual respuesta se obtuvo del 54,8%, a la pregunta tienden a sentirse culpables por cualquier dificultad que se presente, el 53,5%, nunca siente que es complicado hablar de un problema cuando este se presenta, igual respuesta hicieron respectivamente el 49,6% y el 48,7% a las preguntas ante un problema o situación difícil tiendo a reaccionar de manera exagerada y actúo con lentitud.

Discusión

Los participantes del presente estudio muestran una baja y mediana capacidad de afrontamiento y adaptación (47% y 50% respectivamente) ante el manejo de la situación de enfermedad de su familiar, estos resultados fortalecen lo descrito por Roy y Heather⁽⁶⁾ con relación al procesamiento de la información; cuando el individuo se enfrenta a un problema se construyen nuevos conocimientos a través de los recuerdos y las experiencias, lo cual le permite desarrollar otras capacidades o destrezas para la solución de problemas o situaciones estresantes. Jiménez *et al.*⁽¹⁹⁾, Suárez y Monroy⁽¹⁴⁾ reportan en sus estudios que los cuidadores presentan una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, una actitud positiva que repercute en el proceso de rehabilitación del paciente y contribuye a promover cambios en el estilo de vida. Campillo-Valderrama y Duque⁽²⁰⁾ reportan que el puntaje global promedio obtenido en su investigación al aplicar la Escala de Afrontamiento y Adaptación de Roy fue de 71 puntos, evidenciando que los cuidadores tienen una capacidad de afrontamiento alta, demostrando reacciones, comportamientos y estrategias utilizadas para hacer frente a los problemas difíciles.

Los bajos resultados obtenidos en el presente estudio relacionados con el proceso de afrontamiento y adaptación, son explicados por Lazcano *et al.*⁽⁹⁾, quienes reportan en su estudio un promedio bajo de afrontamiento y adaptación de 64,19% y establecen como posible causa el bajo nivel educativo. Anotan al respecto que esta circunstancia se constituye en una limitante en el proceso de comprender la situación de salud por la que atraviesan, haciendo difícil el proceso de acompañamiento durante rehabilitación y recuperación de la enfermedad. Para enfermería, durante el proceso de cuidar, se requiere tener presente el nivel educativo del cuidador familiar principal, con el fin de poder realizar una educación orientada a su nivel educativo que le permita involucrarlo en el cuidado y en la recuperación de su familiar enfermo.

La edad promedio de los participantes fue de 40,8 años, similar a lo descrito en otros estudios^(14,21,22), lo cual se constituye ésta en una dificultad para asumir el rol de cuidador⁽²¹⁾, debido a que se encuentran en un grupo etario donde se da una mayor productividad laboral asumiendo diferentes responsabilidades, además de los compromisos en el hogar y a la demandante experiencia de cuidar al familiar enfermo⁽²³⁾. Todas estas condiciones que rodean al cuidador familiar principal deben ser consideradas por enfermería al cuidar, de tal manera que se apoye al cuidador familiar principal en el proceso de afrontamiento y adaptación⁽¹⁴⁾, porque de acuerdo al modelo de Roy, las experiencias vividas por las personas son las que realmente marcan diferencias en el nuevo rol que debe asumir^(6,10).

El 78,7% de los participantes eran pareja en el momento de recolectar la información y de acuerdo a lo expresado por Suárez y Monroy⁽¹⁴⁾, esta circunstancia les permite brindar un mayor apoyo social y en el cuidado de enfermería; esta condición debe ser aprovechada para favorecer la comunicación de experiencias, la expresión y que el proceso de afrontamiento sea en pareja, de manera que promueva la regulación de la emoción y estrategias dirigidas a la solución de problemas.

El 93,9% de los CFP del presente estudio fueron hombres contrario a los resultados obtenidos en diferentes estudios, en los cuales se evidenció que el papel de cuidador sigue siendo un rol predominantemente femenino^(20-22,24). Esta condición está dada socialmente porque es la mujer quien por tradición y habilidad para brindar cuidado, asume el rol de cuidador en las familias. Ejercer el rol de cuidador familiar principal se constituye en un desafío para los hombres por el desgaste que genera en sus capacidades físicas, emocionales, sociales y espirituales⁽²¹⁾. Esta diferencia en los resultados encontrados de género del cuidador puede deberse al incremento en el número de intervenciones cardiovivas realizadas a personas del sexo femenino^(2,14), circunstancia que condiciona a que el hombre asuma el rol de CFP y por su falta de preparación social para ejercer este nuevo rol, les genera sentimientos de frustración e impotencia que pueden conducir a baja autoestima, depresión estrés por sobrecarga, temor hacia la muerte, angustia, desesperanza, rabia y soledad^(21,25), que puede conducir a la baja y mediana capacidad de los cuidadores como en el presente estudio. De esta manera, la familia es la principal fuente de apoyo social que tienen las personas cuando viven situaciones de enfermedad crónica y enfermería en su actividad de cuidado debe tener en cuenta el impulsar y fortalecer estas relaciones.

Con respecto al nivel educativo los CFP del presente estudio, el 37,4% no alcanzó a finalizar los estudios de bachillerato (o secundaria) y el 8,7% es analfabeta, similares resultados se obtuvieron en diferentes estudios⁽²⁰⁻²²⁾; sin embargo, en el estudio realizado por Jiménez⁽¹⁹⁾ la mitad de los participantes tenían estudios técnicos, este nivel de formación podría estar asociado a presentar una mejor respuesta de afrontamiento y adaptación ante el cuidado. La escolaridad se considera un estímulo contextual positivo frente a las interferencias que genera la intervención quirúrgica cardiovascular, como lo plantean Roy y Heather⁽⁶⁾, los recursos cognitivos permiten hacer frente a las demandas de estrés que plantea una situación de enfermedad. Contrario a lo expresado por Suárez y Monroy⁽¹⁴⁾ que no encontraron diferencias entre escolaridad

y afrontamiento, sin embargo, el nivel educativo constituye un recurso importante para lograr afrontar los cambios y adaptarse ante esta nueva situación, tal como lo manifiestan Roy y Heather⁽⁶⁾ las experiencias vividas por las personas, son las que realmente marcan diferencias en el proceso de afrontamiento y adaptación ante la situación de salud, recursos que han podido ser utilizados por los participantes del presente estudio.

De manera similar a otros estudios, el estrato socioeconómico predominante de los participantes fue el 2 y el 3 (78), la condición socioeconómica es un factor que afecta al cuidador familiar principal, y en el presente estudio hay unas condiciones particulares, porque teniendo en cuenta que predomina el género masculino, que además se encuentra en una etapa productiva, -adulto joven-, es de suponer que cuenta con un empleo de donde deriva el sustento diario personal y familiar, y al verse abocado a adoptar el rol de cuidador se afecta su disponibilidad para cumplir con sus compromisos laborales y en consecuencia sus ingresos económicos^(14,20). De acuerdo a lo expresado por Carreño y Chaparro⁽²⁵⁾ esta afectación económica va en aumento en el cuidador familiar, pero además puede constituirse en iniciativas de auto-sostenibilidad derivados de actividades domésticas alternas o de acciones desarrolladas con sus redes de apoyo⁽²⁵⁾. Es así como el soporte social se constituye en un recurso de apoyo para el afrontamiento y desarrollo del rol de cuidador familiar y poder responder a los diferentes desafíos que la experiencia de cuidar a un familiar enfermo le genera⁽²¹⁾.

La práctica religiosa fue una característica que predominó en los participantes del presente estudio, similar a los resultados obtenidos por Campiño *et al.* y Pérez *et al.*^(20,26); la religión proporciona recursos para el afrontamiento de los cuidadores, además en el estudio de Leyva *et al.*⁽²⁷⁾, se expresa que, la espiritualidad les dio fortaleza y ánimos para salir adelante. Este se constituye en un recurso importante y de acuerdo a lo expresado por Pérez *et al.*⁽²⁶⁾, influye positivamente en sus vidas, es un recurso de

apoyo en su proceso de afrontamiento y adaptación.

El procedimiento cardiovascular realizado con mayor frecuencia a los pacientes, fue el cateterismo cardiaco, seguido de la angioplastia coronaria, condición que puede ser prevenible por la estrecha relación con el estilo de vida y factores fisiológicos y bioquímicos modificables de acuerdo a lo planteado por Rondanelli y Rondanelli⁽²⁸⁾. Con relación a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los CFP, se encontró una mediana capacidad de afrontamiento y adaptación, hecho que puede atribuirse a la poca formación académica que tienen para controlar la situación de salud de su familiar enfermo, la expectativa de vida y la concepción que se tiene sobre el procedimiento cardiovascular.

Conclusiones

Los cuidadores principales familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardiovasculares presentaron una baja capacidad de afrontamiento y adaptación, lo que podría dificultar que se involucren en el cuidado y en la recuperación de su familiar enfermo.

La mediana capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores principales familiares disminuye en éstos la comprensión del estrés en que se encuentran y los efectos que produce en la salud y la enfermedad. De allí que enfermería debe estudiar el diseño de estrategias de afrontamiento y de planes de cuidado para el paciente y el cuidador familiar de los pacientes sometidos a procedimientos cardiovasculares.

El perfil de los cuidadores del estudio correspondió primordialmente a hombres, con un promedio de edad de 40,8 años y estudios incompletos de secundaria o menores, condiciones que podrían influir en los procesos de adaptación y afrontamiento de los cambios permanentes que la nueva situación de salud de su familiar conlleva.

Es necesario que enfermería identifique la importancia de la familia y del cuidador familiar como parte fundamental del proceso que el

paciente está viviendo y cómo su comprensión y participación en la nueva situación de salud es importante para la recuperación y rehabilitación de la enfermedad.

Limitantes

Por ser el primer estudio de afrontamiento y adaptación en la población de Valledupar el estudio se concibió desde la descripción, con el fin de tener una línea de base que sirviera para el desarrollo de próximos estudios.

Agradecimientos

Los autores agradecen la participación en la presente investigación de los Cuidadores Principales Familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos.

Conflicto de intereses

Ninguno a declarar por los autores.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Ginebra: OMS; 2017. (Consultado diciembre 12 de 2017). Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cv_d/es/
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Cardiovasculares. Ginebra: OMS; 2015. (Consultado diciembre 12 de 2017). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
3. Muñoz M, Zea M. Necesidad de cuidados culturalmente congruentes en personas con enfermedad cardiovascular al final de la vida. *Enfermería*. 2017;6(1):25-36.
4. Texas Heart Institute. Información general sobre cirugía cardiovascular. Houston: Texas Heart Institute; 2016. (Consultado Diciembre 12 de 2017). Disponible en: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/informacion-general-sobre-cirugia-cardiovascular/>
5. Vázquez M. Expectativas y necesidades de cuidadores familiares de pacientes oncológicos que acuden a urgencias de atención primaria. *Nure Inv*. 2016;13(81):1-2.
6. Roy C, Heather A. *The Roy adaptation Model*. 3a. ed. Canadá: Pearson; 2008. 576p.
7. Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: Davis Company; 2005. p. 16-8.
8. Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, Durán de Villalobos M, López C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. *Aquichán*. 2007;7(1):54-63.
9. Lazcano M, Salazar B, Gómez M. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichán*. 2008;8(1):116-125. Disponible en: <http://aquichan.unisaban>.
10. Díaz de Flórez L, Durán de Villalobos M, Gallego P, Gómez B, Gómez E, González Y, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán*. 2009;2(1):19-23.
11. Livneh H. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2011;44(3):151-160.
12. Amarís M, Madariaga C, Valle M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*. 2013;30(1):123-145.
13. Torregrosa M, Tomás J. Diferencias de sexo en el uso de estrategias de afrontamiento en personas con lesión medular. *Aquichan*. 2017;17(4):448-459.
14. Suárez C, Monroy A. Afrontamiento y adaptación de los padres durante el postoperatorio de cardiopatía congénita. *Index Enferm*. 2012;21(3):145-149.
15. Chayaput P, Utriyaprasit K, Bootcheewan S, Thosingha O. Coping and health problems of caregivers of survivors with traumatic brain injury. *Aquichan*. 2014;14(2):170-183.
16. Sarmiento P, Botero J, Carvajal G. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión modificada en español. *Index Enferm*. 2013;22(4):233-236.
17. Botero J, Sarmiento P. Validez de constructo de la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy, versión modificada en español. *Index Enferm*. 2013;22(4):233-236.
18. Ministerio De Salud. Resolución 08430 de 1993, octubre 04, por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: MinSalud; 1993.
19. Jiménez V, Zapata L, Díaz L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichán*. 2013;13(2):159-172.
20. Campiño S, Duque P. Afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños y niñas con cáncer. *Univ. Salud*. 2016;18(2):302-311.
21. Romero S, Correa B, Camargo F. Soporte social percibido en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Univ. Salud*. 2017;19(1):85-93.
22. Barrera L, Campos M, Gallardo K, Coral R, Hernández A. Soporte social percibido por las personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares en cinco macro regiones geográficas de Colombia. *Univ. Salud*. 2016;18(1):102-112.
23. Ticona S, Santos E, Siqueira A. Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*. 2015; 5(1):9-20.
24. Dumit N, Abboud S, Massouh A, Magilvy J. Role of the Lebanese family caregivers in cardiac self-care: a

- collective approach. *J Clin Nurs.* 2015;24(21-22):3318-26.
25. Carreño S, Chaparro L. Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan.* 2016;16(4):447-461.
 26. Pérez B., Veloza M., Ortiz J. Afrontamiento y adaptación y su relación con la perspectiva espiritual en el paciente con VIH/SIDA. *Invest. educ. enferm.* 2012;30(3):330-338.
 27. Leyva Y, Solano G, Labrador L, Gallegos M, Ochoa MC. Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Rev. Cuidarte.* 2011;2(1):96-104.
 28. Rondanelli I, Rondanelli S. Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2014;25(1):69-77.