PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE PACIENTES Y CUIDADORES DE PACIENTES POST COVID-19 EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE COLOMBIA

Autores:

Aura Daniela Anaya Hernández

Alejandra Daniela Báez Orozco

Verónica Sofía Barboza García

Sonya Valentina González Alarcón

Ana Sofía Herrán Celis

Laura Valentina Jiménez Berdugo

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Pregrado en Medicina

Bogotá

2023

PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE PACIENTES Y CUIDADORES DE PACIENTES POST COVID-19 EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE COLOMBIA

Autores:
Aura Daniela Anaya Hernández
Alejandra Daniela Báez Orozco
Verónica Sofía Barboza García
Sonya Valentina González Alarcón
Ana Sofía Herrán Celis
Laura Valentina Jiménez Berdugo

Director:
Dra. Carolina Gutiérrez López
MSc. PhD Salud Pública
Coordinadora Línea de Educación en Salud

Trabajo de Grado para Optar por el Título de Médico Cirujano

Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Pregrado en Medicina
Bogotá
2023

La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

AGRADECIMIENTOS

Ha sido un camino largo para llegar a este punto, creemos fielmente que las personas que nos han acompañado han llegado con una finalidad como enseñarnos, retarnos, cuestionarnos, sin estas personas no seriamos lo que somos hoy. Con este proyecto queremos agradecer principalmente a nuestros padres, quienes cada día nos motivaron a dar lo mejor de nosotras y que para algunas, a pesar de la distancia, lograron la manera de hacerse sentir presentes, así mismo agradecemos a las personas que hicieron posible este proyecto con su participación, cada llamada y conversación con ellos nos recordó la fragilidad del ser humano, la importancia de la familia y la importancia de la perseverancia para salir adelante, no podemos dejar de lado un agradecimiento especial para las instituciones hospitalarias y el personal de salud que enfrentó de primera línea la pandemia. Esperamos que con esta investigación podamos aportar al desarrollo de estrategias de salud pública para considerar la importancia de abordar el impacto de situaciones difíciles que atraviesan no solo los pacientes sino en conjunto con sus familias, de parte del equipo colaborador no nos queda más que dar infinitas gracias a la familia.

Tabla de contenido

Pág.

1. Planteamiento del problema 10

2. Justificación. 13

3. Objetivos. 17

3.1. General. 17

3.2. Específicos. 17

4. Marco teórico 19

4.1. Aspectos generales de la enfermedad 19

4.2. Datos epidemiológicos 20

4.3. Manifestaciones clínicas 21

4.4. Diagnóstico 21

4.5. Complicaciones 21

4.6. Población vulnerable frente al COVID-19 23

4.7. Desacondicionamiento físico en pacientes post COVID-19 25

4.8. Rehabilitación integral de los pacientes post COVID-19 31

4.9. Modelo teórico de Afrontamiento y Adaptación 32

4.10. Afrontamiento y COVID -19 34

4.11. Escalas para medir el afrontamiento 36

4.12. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación 37

4.13. Escala abreviada CAPS 38

5. Metodología. 39

5.1. Criterios de inclusión 40

5.2. Criterios de exclusión 40

5.3. Normalización de términos 40

5.4. Selección de la muestra 45

5.5. Categorización de las variables del estudio 45

6. Recolección de datos 52

6.1 Instrumento de evaluación para la medición del desacondicionamiento físico. 52

6.2 Métodos para la recolección de datos 53

6.2.1 Proceso de recolección de datos 53

7. Análisis de datos 55

7.1. Análisis escala desacondicionamiento 55

7.2. Procesamiento de datos 55

8. Consideraciones éticas 57

8.1 Proceso de diligenciamiento del consentimiento informado 60

9. Resultados 61

9.1. Caracterización sociodemográfica de los pacientes post COVID-19. 61

9.2 Resultados caracterización sociodemográfica de cuidadores primarios de los pacientes post COVID-19. 66

9.3 Resultados de la evaluación del nivel de afrontamiento y adaptación de los pacientes post COVID-19. 69

9.4 Resultados del Proceso de Afrontamiento y adaptación por factor de la escala CAPS 70

9.5 Resultados de la evaluación del desacondicionamiento físico de los pacientes post COVID-19. 76

9.6 Resultados del cruce de variables 77

10. Discusión 78

11. Conclusiones y recomendaciones. 83

12. Limitantes del estudio. 84

13. Bibliografía 85

14. Diccionario de siglas. 97

15. Glosario de términos. 98

16. Anexos 99

Lista de tablas

Pág.

Tabla 1. Índice de Barthel, determina el grado de dependencia funcional de los pacientes 28

Tabla 2. Normalización de términos. 43

Tabla 3. Categorización de las variables del proceso de afrontamiento y adaptación. 47

Tabla 4. Variables de desacondicionamiento físico. 48

Tabla 5. Variables de caracterización sociodemográfica. 50

Tabla 6. Número de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 1: Recursivo y centrado. 73

Tabla 7. Número de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 2: Reacciones físicas y enfocadas como mecanismos para el manejo de situaciones. 73

Tabla 8. Número de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 3: Proceso de alerta. 74

Tabla 9. Número de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 4: Procesamiento sistemático de la información. 75

Tabla 10. Número de cuidadores primarios de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 1: Recursivo y cerrado. 75

Tabla 11. Número de cuidadores primarios de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 2: Reacciones físicas y enfocadas como mecanismos para el manejo de situaciones. 76

Tabla 12. Número de cuidadores primarios de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 3: Proceso de alerta. 77

Tabla 13. Número de cuidadores primarios de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 4 en cuidadores primarios: Procesamiento sistemático de la información. 77

Lista de gráficas

Pág.

Gráfica 1. Porcentaje con relación a sexo y edad de pacientes post COVID-19 de las instituciones analizadas en Colombia. 63

Gráfica 2. Relación ocupación y proveedor económico de los pacientes post COVID-19. 63

Gráfica 3. Aspectos o factores estresantes en los pacientes frente a su diagnóstico de COVID-19. 65

Gráfica 4. Comorbilidades asociadas en los pacientes post COVID-19 en instituciones de salud en Colombia. 65

Gráfica 5. Porcentaje de pacientes post COVID-19 que estuvieron en hospitalización y/o UCI en instituciones de salud de Colombia. 66

Gráfica 6. Estancia hospitalaria de los pacientes post COVID-19 que estuvieron en hospitalización y/o UCI en Instituciones de Salud de Colombia. 66

Gráfica 7. Instituciones de atención de los pacientes post COVID-19. 67

Gráfica 8. Porcentaje con relación a sexo y edad de cuidadores de pacientes post COVID-19 de las instituciones analizadas en Colombia. 68

Gráfica 9. Relación ocupación y proveedor económico de los cuidadores de pacientes post COVID-19 de las instituciones analizadas en Colombia. 68

Gráfica 10. Aspectos o factores estresantes en la población cuidadores sobre el diagnóstico de COVID-19 en su familiar. 70

Gráfica 11. Comorbilidades asociadas a los cuidadores de los pacientes diagnosticados con COVID-19. 70

Gráfica 12. Puntaje global del nivel de afrontamiento y adaptación de pacientes post COVID-19 según la escala CAPS versión corta. 71

Gráfica 13. Puntaje global del nivel de afrontamiento y adaptación de cuidadores primarios de pacientes post COVID-19, según escala CAPS versión corta. 72

Gráfica 14. Puntaje global del desacondicionamiento físico de los pacientes post COVID-19. 78

Lista de anexos.

Pág.

Anexo 1. Flujograma escala de evaluación del estado funcional post COVID-19. 101

Anexo 2. Escala de evaluación del estado funcional post COVID-19. 101

Anexo 3. Cuestionario para evaluar el estado funcional post COVID-19. 102

Anexo 4. Clasificación del puntaje global del nivel de afrontamiento y adaptación y agrupación por cada factor. 103

Anexo 5. Agrupación de cada ítem por factor según la Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy. 106

Anexo 6. Consentimiento informado pacientes post COVID-19. 109

Anexo 7. Consentimiento informado cuidadores primarios de pacientes post COVID-19. 117

Anexo 8. Escala Abreviada de Afrontamiento y Adaptación "CAPS" . Roy, C. 123

Anexo 9. Aval del Comité Institucional de Ética de la Universidad El Bosque. 127

Anexo 10. Resultado del cruce de variables sociodemográficas con nivel de afrontamiento y adaptación de cuidadores de pacientes post COVID-19. 129

Tabla 1. Correlación de la variable sexo con el grado de capacidad del nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de pacientes post COVID-19. 129

Tabla 2. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a la edad. 129

Tabla 3. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto al estado civil. 130

Tabla 4. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a la ocupación. 131

Tabla 5. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a la seguridad social. 132

Tabla 6. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a las comorbilidades. 132

Tabla 7. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a si es proveedor económico. 133

Tabla 8. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a las actividades para reducir el estrés. 134

Tabla 9. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a los factores estresantes. 134

Tabla 10. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto al lugar de estancia hospitalaria. 135

Tabla 11. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto al tiempo de estancia hospitalaria. 136

RESUMEN: En este trabajo se determinó la caracterización sociodemográfica, el proceso de afrontamiento y adaptación en cuidadores y pacientes, y el desacondicionamiento físico de estos últimos que egresaron de hospitalización y/o UCI a causa del COVID-19 en diferentes instituciones de salud de Colombia. Para esto, se aplicaron las escalas CAPS corta y PCSF mediante entrevistas a 53 pacientes y cuidadores. Este proceso constó de 3 fases. fase 1 prueba piloto de la escala CAPS, fase 2 aplicación de las escalas y la fase 3 análisis cluster de variables sociodemográficas con el puntaje global de CAPS. Como resultados, el rango de edad de mayor frecuencia en los pacientes fue de 60-69 años, predominando el sexo masculino, la mayoría de ellos estuvieron en UCI. En los cuidadores, la edad predominante fue 20-30 años. Los pacientes y cuidadores tuvieron un nivel alto de afrontamiento y adaptación. Respecto al grado de desacondicionamiento, se evidenció que la mayoría de los pacientes no tuvieron limitaciones funcionales. Con el estudio se demostró la utilidad de las escalas aplicadas en pacientes y cuidadores para evaluar los procesos de afrontamiento y adaptación frente a un evento estresante.

PALABRAS CLAVE: Afrontamiento, adaptación, post-COVID-19, desacondicionamiento físico, UCI, cuidadores, pacientes

ABSTRACT: This study determined the sociodemographic characterization, the coping and adaptation process in caregivers and patients, and the physical deconditioning of the latter who were discharged from hospitalization and/or ICU due to COVID-19 in different health institutions in Colombia. For this purpose, the short CAPS and PCSF scales were applied through interviews with 53 patients and caregivers. This process consisted of 3 phases: phase 1 pilot test of the CAPS scale, phase 2 application of the scales and phase 3 cluster analysis of sociodemographic variables with the CAPS global score. As results, the most frequent age range in patients was 60-69 years, predominantly male, most of them were in ICU. In caregivers, the predominant age was 20-30 years. Patients and caregivers had a high level of coping and adaptation. Regarding the degree of deconditioning, it was evidenced that most of the patients had no functional limitations. The study demonstrated the usefulness of the scales applied to patients and caregivers to assess coping and adaptation processes in the face of a stressful event.

KEYWORDS: Coping skills, adaptation, post COVID-19, physical deconditioning, ICU, caregivers, patients

1. Planteamiento del problema

El COVID-19 fue descubierto por el médico chino Li Wenliang, este agente hace parte de la familia coronavirus (CoV), responsable de causar infección respiratoria aguda (IRA). Ha sido catalogado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como emergencia en salud pública al rededor del mundo debido a la reciente pandemia (1,2). A nivel internacional se han notificado aproximadamente 6.8 millones de muertes por COVID-19, donde Colombia ocupa el treceavo puesto dentro de los países con más muertes en el mundo (142.678 fallecidos) (3,4).

En lo que respecta a Colombia, el último reporte de casos de COVID-19 fue entregado al público el 31 de marzo de 2023 donde, hasta el momento se notificaron 6.362.312 casos de contagio. Las personas que más se contagian están en el rango de edad entre 30-39 años (1.407.146 casos), con mayor prevalencia en el sexo femenino (53,45% n: 3.400.352). Tiene mayor mortalidad los que se encuentran entre los 70 a 79 años con 35.125 fallecidos, predominando el sexo masculino con 86.498 (60,62%) fallecidos (4–6).

Adicionalmente, las comorbilidades aumentan la proporción de casos por COVID-19 en hospitalización y UCI siendo predominantes las enfermedades cardiovasculares, seguida por la diabetes, enfermedades respiratorias de carácter crónico, hipertensión arterial, y cáncer además de factores de riesgo asociados como lo son: Asma, enfermedad renal, enfermedad autoinmune, hipotiroidismo y malnutrición. También, se identificó un incremento en la edad, donde el total de pacientes referidos en hospitalización de 50 años y más fue del 64,1% (7).

Las complicaciones más frecuentes por COVID-19 en el país, ya sea en hospitalización o en unidad de cuidados intensivos (UCI) son: 70% asociados a fenómenos de mala oxigenación; 15% insuficiencia respiratoria, 5% al 10% cardiovasculares como arritmias, lesión cardiaca aguda, shock, cardiomiopatía, eventos tromboembólico, 9% genera falla renal, 3% pueden terminar en problemas vasculares a nivel cerebral o en trastornos del conocimiento y 6% con daño multiorgánico siendo este el cuadro más letal (7). La pandemia también trajo consigo consecuencias

en la salud mental de la población a nivel mundial. La OMS reporta para el 2022 un incremento del 25% en el número de casos con diagnósticos psiquiátricos como la ansiedad y depresión a nivel mundial, dónde los principales factores implicados fueron el aislamiento social, el miedo al contagio, el duelo y preocupaciones a nivel económico. Esto llevó a los países a instaurar servicios por parte de profesionales en salud mental en los planes de tratamiento del COVID-19 (8).

Para conocer cómo afrontar estas situaciones de desacondicionamiento físico y mental que genera el COVID-19, actualmente se cuenta con la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación / Coping Adaptation Processing Scale (CAPS) creada en 2004 por Callista Roy (9). Actualmente se encuentra la versión corta del 2016 enfocada en pacientes con enfermedades agudas o crónicas (10). Durante el último año se han validado nuevas escalas de salud mental, que se centran en los principales trastornos mentales generados por el COVID-19. En una revisión de la literatura hecha por Chandu V, et al. (11), muestran y comparan varias escalas como "The Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)", "The COVID Stress Scales" (CSS), "Obsession with COVID-19 Scale", "Coronavirus Anxiety Scale", "Escala de ansiedad-depresión hospitalaria (HAD)", entre otras. Aunque las escalas mencionadas anteriormente permiten identificar a los pacientes que presentan síntomas relacionados con salud mental por el SARS-COV-2, no brindan recomendaciones o información sobre el proceso afrontamiento y las estrategias que implementan para ello (11,12).

En Colombia se cuentan con varios instrumentos que evalúan la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad, sin embargo, no se conoce si estas son usadas actualmente en pacientes COVID-19, algunas de estas son la "Escala de Hamilton para la depresión (HDRS)", "Escala de depresión de Montgomery-Asberg" y "Escala de calidad de vida para la depresión". Aunque sean herramientas que hablan sobre las complicaciones a nivel de salud mental por la pandemia, sólo se cuenta con la escala de Roy que mide el nivel de afrontamiento y adaptación en este ámbito, por esto es pertinente evaluar el proceso de afrontamiento y adaptación del paciente y de los cuidadores

y el desacondicionamiento del paciente después de salir del hospital para fortalecer e identificar las estrategias y mecanismos que aportan a una mejor recuperación post COVID-19 (11-13).

1.1. Preguntas de investigación

¿Cuál es el proceso de afrontamiento y adaptación del cuidador primario frente al familiar que fue hospitalizado por COVID- 19?

¿Cuál es el proceso de afrontamiento y adaptación del paciente frente al proceso del COVID-19?

¿Cuál es el nivel de desacondicionamiento físico del paciente post COVID-19 luego de ser dado de alta de diferentes instituciones de salud en Colombia?

2. Justificación.

La pandemia causada por el COVID-19 ha sido uno de los grandes desafíos que ha afrontado la sociedad en los últimos años, generando alteraciones en la vida de las personas, principalmente marcados por la implementación de medidas de bioseguridad que limitaron el contacto social. Al predominar el trabajo y estudio virtual aumentó el sedentarismo y las repercusiones en salud a nivel multisistémico. La revista de la Asociación Colombiana de Infectología reportó en el cuarto mes del año 2021, principalmente afecciones a nivel del sistema respiratorio en un 19%, cardiovasculares, principalmente arritmias en un 16%, daño miocárdico en un 7,2% (14). Cabe destacar que además de las manifestaciones de carácter biológico, se ha reportado que los pacientes que no se han recuperado por completo, han presentado síntomas neurológicos, cognitivos y psiquiátricos como problemas de memoria, concentración, y de sueño, y patologías psiquiátricas como la ansiedad y depresión. Probablemente a causa de una respuesta autoinmunitaria e inflamatoria anómala, sumado a que ha aumentado la incidencia de enfermedad mental debido a otros factores como el confinamiento, desempleo, aumento del uso de sustancias psicoactivas (SPA) y estimulantes (15).

De acuerdo con lo anterior, dentro de los individuos que más se han visto afectados por esta situación se destacan los que presentan factores de riesgo como ser mayor de 65 años, antecedentes de tabaquismo o que presentan dificultad respiratoria. Adicionalmente la presencia de enfermedades de base ya sea a nivel cardiovascular, metabólico como diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipertensión arterial y/o neoplasias malignas, cobran vital importancia en cuanto a riesgos de complicaciones y necesidad de manejo hospitalario e incluso estancia en UCI. Según lo reportado por el Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud (INS), en el año 2020 el 20% de estos pacientes corresponden a contagiados, de los cuales el 16% logran recuperarse. Sin embargo, el proceso de recuperación es variable en todos los individuos y aún genera muchas preguntas sobre el manejo terapéutico, las secuelas físicas y psicológicas a corto, mediano y largo plazo que puede causar, así como el proceso de afrontamiento integral que

no solamente involucra al paciente sino también a sus familias, debido a que en ese momento era una enfermedad nueva y aún poco conocida (7).

Tautiva Ochoa y col. (16) refieren que existen diferentes etapas por las que pasan no solo los pacientes que ingresan a UCI sino también sus cuidadores primarios, entre los cuales se destacan una fase de negación y evitación, shock y sensación de desesperanza e incluso episodios de ansiedad, depresión, angustia psicológica y en algunos casos desarrollan trastorno de estrés postraumático. Todo esto en parte está influenciado por la incertidumbre de no saber cómo puede progresar su familiar que se encuentra en la UCI y el estrés que afecta su bienestar emocional, lo que puede generar repercusiones en la salud física. Sin embargo, entre las estrategias de afrontamiento más importantes que observaron en este estudio fue la importancia tanto de una red de apoyo fundamental como de canales de respuesta emocional, cognitivo y comportamental que tenga el cuidador. Igualmente, se resalta el valor de la comunicación entre cuidador primario y personal de la salud, de modo que este aporte seguridad y tranquilidad a los mismos acerca del manejo que se le está brindando a quien se encuentra ingresado en la UCI, evitando efectos negativos y apoyando de manera positiva tanto a la familia como al paciente. Por otra parte, Anton Hurtado, F. y Roman, M. (17) documentan que los pacientes que ingresan a UCI por COVID-19 experimentan miedo e incertidumbre y pánico, principalmente por el notorio cambio en su cotidianidad. Por esto, se considera importante todo el apoyo que pueda recibir el paciente por parte de sus familiares, para llevar a cabo su proceso de afrontamiento ante la enfermedad y la reincorporación en labores cotidianas.

Para poder determinar el proceso de afrontamiento que viven tanto los familiares como el paciente post COVID-19, es importante conocer que existen actualmente algunas herramientas para evaluarlo. Algunas de estas son: El cuestionario de afrontamiento de Font, Escala modos de afrontamiento de Lazarus, y la escala abreviada del proceso de afrontamiento y adaptación

propuesta por Roy (CAPS). Siendo esta última la que evalúa e incorpora el nivel de adaptación de los pacientes que están viviendo alguna dificultad.

De acuerdo con lo anterior, en los estudios referidos por la literatura se encuentra que esta escala ha sido validada en versión coreana para pacientes ingresados en el servicio de hemato-oncología con cáncer de pulmón, gástrico, mama, prostático, entre otros. Dicha escala tiene un alfa de cronbach de 0,83 y un test-retest que lo cataloga como de "buena" confiabilidad (18). De igual forma, se cuenta con la versión China aplicada en pacientes adultos con enfermedades crónicas, la cual confirma una validez y confiabilidad con el coeficiente omega McDonald de 0,82 y fiabilidad test-retest de 0,87 catalogada como aceptable (19). Por otra parte, la escala CAPS cuenta con una versión corta que fue aplicada en Latinoamérica, específicamente en un estudio de la Universidad de Costa Rica acerca de la participación del servicio de enfermería en la salud mental del personal de salud para reforzar las habilidades tanto de afrontamiento como de adaptación ante el SARS-CoV-2. Este estudio concluye que la estructuración de las experiencias vividas ayuda a la comprensión y reflexión de la nueva realidad generada por esta pandemia. Sin embargo, en este trabajo se hizo la aplicación de la CAPS corta y se tuvo en cuenta el trabajo de López et al (2007) en la cual determina la alta validez y confiabilidad y posee un Alfa de Cronbach de 0,88 pero de la versión larga de 47 items mas no contaban con una versión validada de la CAPS corta al momento de la investigación (20).

Es importante tener presente que existen factores determinantes que tienen poca o mucha influencia en la recuperación de los pacientes, como la edad, salud física y mental, pero también se deben tener en cuenta factores sociales implicados en este proceso. Por esto es importante garantizar el bienestar de los pacientes ancianos dependientes, que estén o no institucionalizados, en hogares para dichas personas o centros de atención para la discapacidad y pacientes de cualquier rango de edad. Dentro de los recursos sociales, se les debe ofrecer el acceso a servicios de rehabilitación integral psicológicos y emocionales con un manejo interdisciplinario de profesionales

capacitados y comprometidos a brindar una red de apoyo sólida que se fundamenta en acciones con la familia como primera línea (21).

Como bien se puede observar, son múltiples las variables influyentes en todo el proceso de recuperación y afrontamiento del paciente que sale de hospitalización a causa del COVID- 19 y de sus cuidadores primarios que también pueden verse afectados. Sin embargo, a pesar de que existen múltiples escalas para evaluar aspectos importantes como el afrontamiento de los pacientes y cuidadores, no se encuentra mucha información literaria acerca de su aplicación en los distintos casos de aquellos que requieren atención de cuidado crítico específicamente debido a la enfermedad por SARS-CoV-2. Como ya se ha mencionado anteriormente este agente ha afectado a varias familias y ha generado grandes repercusiones que se manifiestan en los cambios drásticos de estilos de vida. Por consiguiente, la presente investigación buscará identificar un común denominador en cuanto a la forma de afrontamiento y adaptación tanto de los pacientes como de los cuidadores primarios, con el fin de establecer en futuras investigaciones pautas en la mejoría de la salud y del acondicionamiento físico que logren servir de estrategia para el paciente y cuidador en la orientación frente a este proceso de salud y enfermedad.

3. Objetivos.

3.1. General.

3.1.1. Evaluar el proceso de afrontamiento y adaptación de cuidadores primarios y pacientes post COVID-19 que egresaron de la UCI y/o hospitalización de diferentes instituciones hospitalarias de Colombia.

3.2. Específicos.

3.2.1. Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes y cuidadores de pacientes post COVID-19 que egresaron de la UCI y/o hospitalización de diferentes instituciones hospitalarias de Colombia.

3.2.2. Determinar el nivel de afrontamiento y adaptación de pacientes post COVID-19 y de cuidadores primarios frente a la hospitalización de su familiar.

3.2.3. Relacionar el nivel de afrontamiento y adaptación de los cuidadores primarios de pacientes post COVID-19 con sus características sociodemográficas.

3.2.4. Identificar los mecanismos y estrategias de afrontamiento y adaptación de los cuidadores primarios y pacientes post COVID-19.

3.2.5. Evaluar el nivel de desacondicionamiento físico de los pacientes post COVID-19 que egresan de la UCI y/o hospitalización en diferentes instituciones hospitalarias de Colombia.

4. Marco teórico

El abordaje teórico que se presenta a continuación, parte en definir y describir las características generales de la enfermedad del COVID-19 y su perfil epidemiológico actual a nivel nacional e internacional. Posteriormente, se conceptualizan dos variables importantes en el estudio que son afrontamiento y adaptación, su fundamento teórico, así como las características generales de la escala utilizada para medir el proceso de afrontamiento y adaptación y el Cuestionario del Estado Funcional Post-COVID-19 para determinar e identificar el desacondicionamiento físico.

4.1. Aspectos generales de la infección causada por COVID-19

El COVID-19 corresponde al grupo de infecciones respiratorias agudas (IRAs), las cuales son las más usuales en el mundo y de gran importancia en salud pública en nuestro país (en Colombia es la principal causa de mortalidad en menores de 5 años y una de las principales en la población de mayores de 60 años). El virus fue descubierto en Wuhan, provincia de Hubei en China en diciembre de 2019 tras un brote de casos de neumonía grave de probable origen zoonótico, principalmente transmitido por los murciélagos. Debido a los contagios masivos a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró como pandemia el 11 de marzo del 2020 (22).

La enfermedad es causada por el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), que pertenece a la familia *coronaviridae*. Los coronavirus llamados así por su forma de "corona" que le confiere su capa lipídica y las proteínas ancladas a ella, estas proteínas son las que le permite al virus fijarse a las células del huésped y fusionarse a ellas. Estos virus tienen una cadena sencilla de ARN protegido una nucleocápside, implicada en la replicación génica del virus a nivel intracelular. El virus tiene un periodo de incubación generalmente de 2 a 14 días, es transmitido de persona a persona mediante el contacto directo, gotas de saliva y fómites expulsando partes del virus cuando un individuo infectado tose o estornuda (22).

4.2. Datos epidemiológicos

De acuerdo con lo reportado por la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) y el Instituto Nacional de Salud (INS) (23) a nivel mundial con fecha a 31 de marzo del 2023 se registran aproximadamente 761.4 millones de casos confirmados y 6.8 millones de muertes y en Colombia 6.362.312 casos confirmados, 142.678 muertes y 6.185.669 recuperados. A pesar de que el número de recuperados es del 97%, existen grupos poblacionales que se verán más afectados generando mayor riesgo e incluso admisión a unidades de cuidados intensivos. Entre estos se destacan los pacientes mayores de 65 años, mujeres embarazadas, pacientes con enfermedad renal o hepática crónica, diabetes, obesidad, cáncer, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, tabaquismo, ataque cerebro vascular, demencias, enfermedades pulmonares (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, hipertensión arterial pulmonar, fibrosis quística, entre otras), con estados de inmunosupresión sometidos a trasplantes de órganos sólidos y de células madre sanguíneas, tratamientos oncológicos, VIH/SIDA, con enfermedades autoinmunes, cardíacas (miocardiopatías, cardiopatías congénitas, insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo) (15). La enfermedad predomina en mujeres principalmente procedentes de zonas urbanas, la mayoría de los perjudicados (87%) se encuentran entre los 30 y 79 años, creciendo la susceptibilidad de infectarse a medida que aumenta la edad. La tasa de enfermedad en menores de 19 años es del 1%. Los casos reportados pueden progresar a una enfermedad más grave, esto se reporta entre el 7% al 10% , además la tasa de letalidad fluctúa entre el 1 % al 3% ya que depende de si el paciente presenta comorbilidades (23).

4.3. Manifestaciones clínicas

En cuanto a la presentación de los síntomas tenemos cuadros de tos seca o productiva, fiebre, secreciones nasales, malestar general, fatiga, mialgias, artralgias, también pueden experimentar con menos frecuencia disnea, odinofagia, náuseas, vómito, dolor abdominal, diarrea, anosmia y/o ageusia. Dependiendo de la gravedad de los síntomas o signos previamente mencionados se puede

clasificar el COVID-19 en no complicado el cual no muestra signos de enfermedad crítica o grave y corresponde a pacientes sintomáticos que no presentan neumonía vírica o hipoxia. Por otro lado, el COVID-19 complicado depende de las comorbilidades, edad del paciente y carga viral, que hace referencia a los pacientes que ameriten hospitalización o ingreso a unidad de cuidado intensivo (24).

4.4. Diagnóstico

El diagnóstico de COVID-19 se hace mediante diferentes pruebas, la es más exacta es la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), que realiza detección mediante una muestra nasofaríngea, la cual recolecta líquido mediante un hisopo que es procesada en un laboratorio detectando el material genético del virus. Otra prueba de utilidad es la de antígenos, la cual detecta algunas proteínas del virus, estas suelen dar resultados en minutos y también se toma mediante un hisopado nasal. Sin embargo, este tipo de pruebas arrojan falsos negativos, por lo cual se debe confirmar con una PCR (25).

4.5. Complicaciones

Dentro de las múltiples complicaciones de los pacientes remitidos a cuidados intensivos se destaca el desacondicionamiento físico. Esté hace referencia a los cambios fisiológicos que se dan por un estado de inmovilidad y reposo prolongado comprometiendo la capacidad física y psicológica del paciente; sumado a ello el compromiso que genere en el paciente dependerá de muchos aspectos como la edad, existencia de comorbilidades, entre otras (26). Hablando de la población que es ingresada a UCI según Ortiz M. y col. (27) las repercusiones que pueden generarse divididas en sistemas son:

1. Neurológico: Delirium, depresión y ansiedad, alteraciones en el equilibrio estático y dinámico.

2. Respiratorio: Restricción de la movilidad torácica, alterando volúmenes y capacidades pulmonares, cierres alveolares que conllevan a hipoxemia, disminución de la movilidad ciliar generando mayor riesgo de neumonía en los pacientes.
3. Digestivo: Anorexia o hiporexia, reflujo gastroesofágico, estreñimiento, además, aumento del riesgo de esteatosis hepática
4. Óseo: Aumento en la resorción y disminución de la masa ósea
5. Cardiovascular: Hiperviscosidad y estasis venosa generando riesgo de trombosis venosa profunda e incluso de tromboembolismo pulmonar, bajo flujo coronario y atrofia miocárdica
6. Endocrino: Aumento de la resistencia a la insulina
7. Urinario: Aumento de la excreción urinaria de calcio generando riesgo de litiasis renal, aumento del riesgo de infección urinaria
8. Musculoesquelético: Debilidad muscular, contractura articular principalmente en las articulaciones del codo y tobillo seguidas por la cadera, rodilla y hombro
9. Piel: Riesgo aumentado de úlceras por presión.

Sumado a ello, los pacientes pueden padecer del síndrome post cuidados intensivos (PICS) definido por los mismos autores como un deterioro del estado de salud físico, cognitivo y/o psicológico, el cual puede presentarse de novo o empeorar durante la estancia del individuo en la UCI y cuyos síntomas pueden perdurar hasta 5 años después del egreso hospitalario sin asociarse con alguna alteración neurológica. Es importante también tener en cuenta que este síndrome no solo puede afectar al paciente sino también a su familia o red de apoyo.

4.6. Población vulnerable frente al COVID-19

Los factores de riesgo que predisponen a presentar PICS, incluyen edad avanzada, género femenino, bajo nivel educativo, enfermedades concomitantes, psicológicas y físicas previas al

ingreso a UCI, signos de bajo gasto como hipotensión, hipoxia, sepsis, desregulación de glicemia, tiempo de estancia hospitalaria, necesidad de ventilación mecánica y el uso de corticoides.

Dentro de las alteraciones que puede presentar el paciente con este síndrome se resaltan las neurocognitivas, psicológicas y las físicas, siendo estas últimas las que más afectan su bienestar inmediato. En esta se encuentra la debilidad muscular como la principal manifestación clínica presentada en el marco de tres entidades que hacen parte de este síndrome, como lo son la polineuropatía, miopatía del paciente críticamente enfermo y atrofia muscular por desuso. En cuanto a la parte neurocognitiva se conoce que afecta a un 70-100% de los pacientes, comprometiendo la atención, memoria, velocidad de procesamiento, ejecución visoespacial y características del habla. Respecto al aspecto psicológico se sabe que tiene un impacto desfavorable en la recuperación de los pacientes, aumentando el riesgo notable de morbimortalidad que incluyen la ansiedad, depresión y estrés postraumático.

Además de conocer las consecuencias a nivel de todos los sistemas biológicos que ocurren gracias al desacondicionamiento físico por estancia prolongada en un servicio hospitalario, es importante detallar qué secuelas adicionales puede presentar un paciente que previamente ha sido caso confirmado de infección por SARS-CoV-2 (27).

Dentro de las complicaciones tempranas causadas directamente por el virus, están enumeradas a continuación por los sistemas más afectados:

1. Sistema cardiovascular: Insuficiencia cardiaca, arritmias, lesiones miocárdicas y disfunción sistólica (27).
2. Sistema respiratorio: Fibrosis pulmonar, enfermedades con patrones restrictivos posterior (6%-20%) (27).
3. Sistema urinario: Lesión renal aguda(27).

4. Sistema Nervioso Central: Enfermedad cerebrovascular, encefalitis viral con presencia y mielitis post infecciosa con paraplejia flácida aguda (27).
5. Sistema Nervioso Periférico: Perdida del gusto (ageusia) (5,6% - 88%) y del olfato (anosmia) (5,1% - 85,6%), Neuralgia (2,3%), polineuropatía axonal sensitivo motora (46% de los pacientes) impidiendo la llegada adecuada de oxigeno a los pulmones (27).
6. Sistema muscular: Disfunción de músculos respiratorios que se asocia a la exposición a corticosteroides, relajantes musculares y sepsis (27).
7. Salud mental: discriminación por la enfermedad, ansiedad, miedo y depresión (27).

En lo que corresponde a las complicaciones derivadas por las comorbilidades preexistentes de los pacientes. Para ello nos debemos remontar a la fisiopatología dónde el SARS-COV-2 penetra en las células del pulmón gracias a su acople con la enzima convertidora de angiotensina II.. Esta enzima es la encargada de conservar el balance entre los efectos de vasoconstricción, proinflamación, proliferación y oxidantes por medio de la degradación y disminución en la síntesis de angiotensina II y la formación de angiotensina I. Es por ello que se han encontrado similitudes de que los pacientes con infección por SARS-CoV-2 tienen mayor incidencia de hipertensión arterial, problemas a nivel cardiovascular y diabetes (28).

Sumado a lo anterior es importante entender que dado a estas complicaciones los pacientes van a necesitar de una hospitalización más prolongada, quedandose más tiempo en cama, limitando su movimiento, sumando las medidas adicionales como la intubación orotraqueal generando más secuelas lo que se puede volver un círculo vicioso. Por ejemplo en cuanto a la intubación orotraqueal se puede generar una lesión a nivel de la laringe por el paso del tubo, alteraciones en la deglución, aunque estas secuelas no son para siempre, pueden persistir durante 6 meses. Por eso es

importante estimular una rápida recuperación del paciente y limitar estas secuelas lo mayor posible (29).

4.7. Desacondicionamiento físico en pacientes post COVID-19

El desacondicionamiento físico es un síndrome que genera deterioro metabólico, fisiológico y sistémico. Su principal característica es la atrofia muscular asociado a un daño en la placa neuromuscular, produciendo una disminución en la capacidad funcional, esto ocasionado por la inmovilidad y reposo prolongado. Los signos y síntomas que se manifiestan 12 semanas después de la infección por SARS-CoV-2 y que no se confieren a un diagnóstico diferencial se definen como síndrome post COVID-19. En este síndrome predominan síntomas como el malestar, fatiga, dificultad para respirar, síndrome bronco obstructivo, dolor a nivel de tórax y taquicardia (30)

Existen factores de riesgo los cuales predisponen la aparición y severidad del desacondicionamiento físico en los pacientes post COVID-19, como lo son la edad, presencia de comorbilidades, estado funcional previo a la infección y manejo de esta (29). Realizar un diagnóstico temprano de este síndrome es importante, ya que sus manifestaciones pueden progresar a una enfermedad grave con mayor compromiso funcional. En el adulto mayor los resultados pueden ser más graves, debido a que tienen una menor reserva fisiológica y adaptación al estrés, por lo que la pérdida funcional es mayor y en general la cantidad de efectos deletéreos incrementan con el tiempo de inmovilidad (31). La valoración de estos pacientes debe incluir la capacidad funcional, corporal, cognoscitiva y factores ambientales relacionados, que como se mencionó anteriormente es crucial considerar el tiempo de estancia en UCI, la necesidad de soporte ventilatorio y el uso de sedantes.

En cuanto a la independencia funcional se usa el índice de Barthel, el cual posibilita determinar el grado de dependencia de una persona o si requiere ayuda para realizar acciones básicas cotidianas

como comer, ir al baño, moverse, etc. Dependiendo de la necesidad de ayuda en cada actividad se le da una puntuación 10, 5 o 0. Donde una puntuación de 100 es total independencia, 60 es dependencia leve, 35 a 55 moderada, 20 a 35 severa y 20 o menor es dependencia total (31).

Tabla 1. Índice de Barthel, determina el grado de dependencia funcional de los pacientes.

Comer	- Totalmente independiente - Necesita ayuda para cortar carne, etc. - Dependiente	- 10 - 5 - 0
Aseo personal	- Independiente - Dependiente	- 5 - 0
Vestirse y desvestirse	- Independiente - Necesita ayuda - Dependiente	- 10 - 5 - 0
Bañarse/ducharse	- Independiente - Dependiente	- 5 - 0
Control del heces	- Continente - Ocasionalmente incontinente - Incontinente	- 10 - 5 - 0
Control de orina	- Continente - Ocasionalmente incontinente - Incontinente	- 10 - 5 - 0
Uso del retrete	- Independiente - Necesita ayuda - Dependiente	- 10 - 5 - 0
Trasladarse	- Independiente	- 15

entre la silla y la cama	- Mínima ayuda - Gran ayuda - Dependiente	- 10 - 5 - 0
Desplazarse	- Independiente - Mínima ayuda - Gran ayuda - Dependiente	- 15 - 10 - 5 - 0
Subir y bajar escaleras	- Independiente - Necesita ayuda - Dependiente	- 10 - 5 - 0

Fuente: Tomado de Escalas de uso frecuente en geriatría, Diego Andrés Chavarro Carvajal, Rodrigo Alberto Heredia, Luis Carlos Venegas Sanabria, Carlos Alberto Cano Gutiérrez. Pág 19. 2020 (31).

Por otra parte la prueba "timed-up and-go" (TUG), consiste en registrar el tiempo en el que el paciente se para de una silla y caminar en torno a un cono. Está prueba tiene como objetivo evaluar el riesgo de caída al valorar la fuerza, equilibrio y agilidad de los individuos, principalmente aquellos mayores de 60 años. Por otra parte se encuentra el test de caminata de 6 minutos (TC6M) que como su nombre lo dice el individuo debe caminar de ida y regreso por 6 minutos con el fin de recorrer una mayor distancia en este tiempo. Tiene como fin valorar la integración entre la frecuencia cardíaca (FC), la saturación de oxígeno (SaO2) y la percepción del esfuerzo (PE) durante la prueba (29).

La valoración de la función fonoaudiológica se debe realizar durante la estancia en UCI y en hospitalización, mediante el Protocolo de Evaluación de la Deglución en Pacientes Hospitalizados (PED-H), con el algoritmo del Método de Evaluación Consistencia Volumen-Viscosidad (MECV-V), que identifican signos y síntomas relacionados a la deglución, en donde se utilizan

bolos de tres viscosidades distintas (líquido, néctar y pudding) y tres volúmenes (5 ml, 10 ml, 20 ml) y se mide la saturación de oxígeno para detectar posibles aspiraciones y aportar más seguridad a la prueba (29).

El estado emocional de los pacientes es igual de importante que la valoración física, debido a los trastornos anteriormente descritos. Esta evaluación se hace con la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21), la cual esta conformada por 21 preguntas divididas en otras tres escalas. En donde 0: No me ha ocurrido (N); 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo (AV); 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo (AM); 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo (CS) (31).

Además de evaluar la salud mental, se debe evaluar la dimensión cognitiva con El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) en donde se evalúan diferentes esferas mentales, como lo son la orientación en tiempo y en espacio, memoria mediante repetición y evocación de palabras, atención y cálculo y lenguaje (31). Es fundamental tener en cuenta la calidad de vida, porque simboliza las emociones experimentadas en el Síndrome Post COVID-19 por parte del paciente. El Cuestionario de Salud SF-36 es un cuestionario genérico de medición de calidad de vida asociada a la salud, compuesto por 36 preguntas, que evalúa la autopercepción del estado de salud (32).

Por otro lado, al finalizar la evaluación de los diferentes sistemas y tener un diagnóstico claro de Síndrome Post-COVID-19 se debe aplicar la Escala de Estado Funcional Post COVID-19 (PCFS). Esta escala es creada inicialmente en Leiden, Holanda, como una escala ordinal para evaluar limitaciones funcionales en pacientes después de haber sufrido un episodio de tromboembolismo venoso, pero con el inicio de la pandemia por COVID-19 se encontró una alta incidencia de embolia pulmonar, junto con daño miocárdico y complicaciones neurológicas en pacientes críticos. Esto motivó a un grupo de expertos de distintos países de Europa, entre ellos, Klok F., Boon G., Barco S., a modificar la escala en julio de 2020 para que sea útil en la actualidad y de esta forma buscar las limitaciones funcionales de pacientes post COVID-19, para brindar una terapia de

rehabilitación que concuerde con dichas limitaciones causadas por la infección. Esta escala ha sido adaptada al español en Chile debido a su alta confiabilidad test-retest con un Rho de Spearman (p)=1, p<0,001 8 de los ítems de la escala que de acuerdo al conjunto de evaluadores determinó una puntuación final del instrumento de p: 0,929 (p< 0,001) (30, 33).

Los autores de la PCFS implementaron esta escala en las prácticas clínicas en Leiden University Medical Center y Kantonsspital Winterthur con la propuesta de monitorear la recuperación directa en un tiempo de 4 a 8 semanas después del alta por COVID-19 y se aplicó a los 6 meses para evaluar las secuelas funcionales. Por otro lado, en un estudio realizado por Lorca, et al, el cual busca evaluar las características psicométricas de la versión chilena de la escala PCFS, participaron 22 profesionales de la salud y realizaron la prueba de test-retest con 20 participantes que habían sido infectados por el COVID-19. El promedio de edad de los participantes fue de 38,6 ± 9,4 años, siendo la mediana de la edad de 36,5 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (50%) y diabetes mellitus (25%) y el 25% de los evaluados permanecieron en UCI por la infección. En cuanto al estado funcional post COVID-19, el 40% presentó limitaciones funcionales ligeras (grado 2), seguida de limitaciones funcionales severas con un 25% (grado 4), limitaciones funcionales mínimas con un 20% (grado 1) y en un menor porcentaje con un 15%, limitaciones funcionales moderadas (grado 3). Se obtuvieron buenos valores de confiabilidad test-retest con un Rho de Spearman de 1 y un valor de P de 0.035 (30).

En Colombia se cuenta con la aprobación y aval de la aplicación de la PCFS por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual ha sido utilizada por la Secretaría de Salud Distrital. Dentro de este proceso de aplicación la Secretaría de Salud llevó a cabo el autoreporte del paciente mediante la aplicación del Flujograma (anexo 1) y de la guía para personas con condiciones post SARS-CoV-2 en Bogotá, realizada para brindar orientaciones técnicas a los médicos/profesionales de la salud para la atención y cuidado integral en salud que permitieran

ofrecer acciones con enfoque interdisciplinar y diferencial dirigidas a mejorar su calidad de vida y la de sus familiares (33, 34).

4.8. Rehabilitación integral de los pacientes post COVID-19

Debido a la infección por COVID-19 la mayoría de los pacientes se recuperan en pocos días, sin embargo, aproximadamente el 10% continúa presentando síntomas después de 2 meses de adquirir la enfermedad (35). Algunos de los síntomas pueden ser fatiga, disnea, dolor articular, dolor torácico, síntomas neurológicos como pérdida de memoria y concentración, trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Por esto es importante brindar servicios de rehabilitación a pacientes post COVID-19, especialmente a los que han requerido ventilación mecánica ya que son los que han tenido un mayor deterioro a nivel funcional y respiratorio (27). Entendiendo la rehabilitación como una actividad multidisciplinaria que permite el acompañamiento al paciente para mejorar su estilo de vida y el correcto manejo de su enfermedad mediante ejercicios físicos, nutrición e identificación de factores de riesgo que puedan empeorar su estado de salud (36, 37).

La escala PCFS consta de 5 preguntas que se realizan al paciente, donde se evalúa su comportamiento en su vida diaria después del COVID-19 y si ha presentado cambios en su estilo de vida. Dependiendo de la respuesta del paciente se determina el grado de disfuncionalidad (anexo 2 y 3) el cual va de grado 0 (sin limitaciones funcionales), grado 1 (limitación funcional no significativa), grado 2 (limitación funcional leve), grado 3 (limitación funcional moderada) y grado 4 (limitación funcional severa). Al establecer el grado en el que se encuentra el paciente, se puede evaluar la existencia de deterioro o mejoría funcional. En caso de que el paciente cuente con dos clasificaciones se bebe elegir el grado más alto. Según el resultado obtenido se puede determinar la periodicidad en la que se repetirá esta escala, con el fin de determinar la velocidad de recuperación (38).

4.9. Modelo teórico de Afrontamiento y Adaptación

El afrontamiento y la adaptación biopsicosocial son muy importantes para la calidad de vida del ser humano. Para algunos autores, el instaurar y tener vínculos positivos con otros individuos favorece que la persona confíe en los demás, manifieste dificultades en cuento al afrontamiento, disminuya efectos emocionales, logre disminuir el estrés causado pro la enfermedad lo que se ve reflejado en una mejor capacidad de afrontar el problema (9). El poder sobrellevar ciertas situaciones, hace que se adquieran y se implementen estilos y estrategias para afrontar una situación a raíz de la integración entre el individuo y el entorno. Este fenómeno se ha planteado a partir del modelo de adaptación de Callista Roy (1964), que surge desde su experiencia personal y profesional como enfermera pediátrica (39). Roy define la adaptación como:

"El proceso y el resultado por medio de la cual las personas con pensamientos y sentimientos en forma individual o grupal utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental" (39).

De modo que, considera al individuo como un sistema adaptativo, el cual está en continua interacción con el medio ambiente, utilizando mecanismos innatos y adquiridos para afrontar las situaciones. Es preciso señalar que los patrones innatos son determinados como propios y los que se han logrado se desarrollan por medio de experiencias y aprendizaje a lo largo de la vida respondiendo a estímulos del entorno.

Según Chayput y Roy el afrontamiento es entendido como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente de una forma integral para mantener sus procesos vitales y su integridad (40). Lazarus y Folkman proponen que el afrontamiento se centra en el problema y las emociones que se generan ante este, ya que al enfocarse en ellas se obtiene más información sobre el evento estresante (41). Dependiendo de la emoción generada, el individuo usa diferentes estrategias para afrontar dicho problema, como el

afrontamiento confrontativo, de distanciamiento, de autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, escape y evitación, resolución planificada y reevaluación positiva (42).

Existe un modelo Psicológico planteado por Vera-Villarroel, P (43), donde se abarca no solo la adaptación y el afrontamiento de las personas, sino que también se suma el tratamiento de la enfermedad. En este proceso, al igual que como lo plantea Lazarus y Folkman, las emociones y el proceso cognitivo juegan un papel importante. Vera-Villarroel menciona que la realización de ciertos comportamientos puede hacernos propensos a desarrollar una enfermedad o no, los cuales están relacionados con las emociones y estados afectivos. El llevar un estilo de vida saludable, en donde se fundamente la realización de actividad física o ejercicio, una alimentación saludable, la disminución del consumo de grasas y azúcares, y se fomente el consumo de frutas y verduras. Adicional a esto, la no ingesta de sustancias psicoactivas, cigarrillo y alcohol, puede contribuir a ser la vía para salir del estado de enfermedad junto con el tratamiento médico tradicional (43).

Byrne y Eriksen (44) postulan que el afrontamiento es bipolar, con esto se refiere a que por una parte se encuentran personas que reprimen sus sentimientos y niegan o minimizan el evento estresante y por otro lado aquellas que se interesan y se informan sobre el evento. Otros autores como McCubbin, Cauble y Patterson (45) describen el afrontamiento como algo más colectivo, por ejemplo, al interior de las familias, que de igual forma usan estrategias para afrontar eventos estresantes mediante procesos cognitivos y comportamentales. En 1977 George L. Engel postuló, el modelo médico holístico (biopsicosocial) opuesto al modelo médico, el cual consideraba que dejaba a un lado aspectos sociales y psicológicos. Esta nueva perspectiva incorpora al paciente como sujeto, no objeto, del proceso asistencial y del diálogo (46).

4.10. Afrontamiento y COVID -19

La percepción de la enfermedad, el conocimiento que se tenga de esta y sus riesgos puede determinar las conductas de afrontamiento y adaptación de un individuo o una comunidad con respecto a una nueva enfermedad, como es el caso del COVID-19, que puede marcar una gran diferencia en el abordaje adecuado e inmediato de esta.

Como se mencionó anteriormente en reportes de la OMS del 2022 (8), el COVID-19 se ha relacionado con reacciones emocionales como miedo, incertidumbre, ira y angustia, seguido de trastornos de ansiedad y depresión. El desarrollo de estas emociones, no solo se deben a la enfermedad, sino también a la preocupación del contagio y de sospechas de personas contagiadas.

Con respecto a la cuarentena esta se ha relacionado con sentimientos de ira y violencia, junto con síntomas de estrés postraumático, por lo que se ha registrado un aumento de la violencia intrafamiliar y de conductas agresivas de humanos y animales, esto debido a las restricciones impuestas de aislamiento (47).

A lo largo de los años, el concepto de familia ha sido definido por muchos autores desde distintas perspectivas, incluyendo características como institución social, grupo, construcción cultural y sistema, influyendo en la manera de comportarse, reflexionar y relacionarse con el mundo. Por consiguiente, según Baldi L. et al, el afrontamiento familiar involucra tanto las respuestas familiares a un estresor como el tipo de interacciones familiares. Es importante señalar que el afrontamiento familiar no es estático, sino que varía a lo largo de la vida dependiendo de la situación. Por lo tanto, este se define como “la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios” (48).

Ahora bien, según Tautiva Ochoa y col. (16) se han encontrado distintas etapas por las que pasan los familiares del paciente en estado crítico, incluyendo la fase de negación y evitación, shock y desesperanza, todo esto puede llevarlos a desarrollar algunos cuadros psiquiátricos como episodios

de ansiedad, depresión, entre otros. Claramente, estas reacciones se generan una vez reciben la noticia del ingreso de su familiar a la UCI. Por ello se hace necesario el acompañamiento de una red de apoyo fundamental para los familiares en todo su proceso de afrontamiento, además de una comunicación asertiva por parte del personal de la salud, que comprenda su situación y le proporcione la información debida sobre su familiar tratando de generar un ambiente de confianza y tranquilidad.

De igual forma, Baldi L. et al (48) explican la importancia de reconocer que cada sistema familiar enfrenta las adversidades de manera particular e idiosincrática, por lo tanto, las estrategias de afrontamiento deben estar en función de dicha dinámica familiar y el tipo de situación en la que se encuentren. Así mismo, se confirma que la situación actual de salud pública modificó de manera significativa el funcionamiento tanto individual como familiar, teniendo que recurrir a estrategias para adaptar su nueva dinámica. La que más se utilizó según la investigación mencionada anteriormente fue la reestructuración, en donde las familias confían en sus propias capacidades para enfrentar el problema, no obstante, acuden a profesionales de la salud o a su red de apoyo más cercana.

Bhattacherjee B. y Acharya T. (49) mencionan, en su artículo sobre el efecto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental, algunas estrategias de afrontamiento que utilizó la población estadounidense. Para este estudio utilizaron información brindada por encuestas para el seguimiento de la salud de la población realizados por Kaiser Family Foundation, en un periodo del 11 al 15 de marzo de 2020 y del 25 al 30 de marzo de 2020, la cual brindó información sobre la afectación de sus vidas debido al brote de COVID-19 y las preocupaciones y aumento de estrés con respecto al aislamiento social. Adicionalmente, menciona los grupos poblacionales propensos a enfermedades mentales y caracteriza los trastornos mentales que se vieron asociados a la pandemia. En la revisión, mencionan las estrategias utilizadas para prevenir las enfermedades mentales durante la pandemia, algunas de las cuales fueron: el uso de medios sociales para mantener la comunicación durante la

pandemia, expresión saludable de las emociones, limitación de la exposición a noticias relacionadas con la pandemia, centrarse en lo positivo y mejorar habilidad, regular hábitos alimenticios y de sueño, yoga y meditaciones.

En una revista de salud mental, Budimir S., Probst T. y Pieh C. (50) mencionan estrategias de afrontamiento y salud mental durante el confinamiento, para este estudio reclutaron una muestra representativa de Austria mediante Qualtrics, en un periodo de 4 semanas después del comienzo del aislamiento. Usaron medidas como calidad de vida psicológica, bienestar, depresión, ansiedad, estrés e insomnio. La muestra incluyó 1005 encuestados, siendo el 52,7% de la muestra mujeres y se llegó a la conclusión que el pensamiento positivo, afrontamiento activo del estrés y el apoyo social son predictores positivos de la calidad de vida psicológica y que el consumo de alcohol y cigarrillos fueron predictores negativos. Por lo que con su trabajo hacen énfasis en la importancia de la educación sobre el pensamiento positivo, afrontamiento activo y apoyo social para lograr efectos favorables en la salud mental.

4.11. Escalas para medir el afrontamiento

La Escala de Modos de Afrontamiento o Ways of Coping construida por Lazarus y Folkman en 1980 ha sido el instrumento más influyente en el estudio del comportamiento individual ante situaciones adversas. Originalmente esta escala constaba de 68 ítems, formado por frases que describen un amplio espectro de estrategias conductuales y cognitivas, pero presenta un problema importante al estudiar este instrumento debido a la gran variedad de versiones distintas que existen (51).

La escala COPE se utiliza como prueba psicométrica para identificar los mecanismos de afrontamiento conceptualmente distintos, centrado en el problema que permite establecer las siguientes subescalas: afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, uso de apoyo

emocional, auto distracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación, aceptación, religión, uso de sustancias, humor, autoinculpación (52).

A raíz de la pandemia se han desarrollado nuevas escalas para medir el afrontamiento, una de estas es la COVID Stress Scale que evalúa cinco dimensiones establecidas a través de un análisis factorial confirmatorio. Está evalúa parámetros que como su nombre lo indica produzca estrés a una persona el COVID-19, ésta evalúa: peligro ante el COVID-19 . Tiene una consistencia interna alfa de Cronbach superior a 0.8 en total (53).

4.12. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación

Roy, C. desarrolla en 2004 la CAPS, con la finalidad de llenar una brecha de conocimiento en la práctica sobre la evaluación y entendimiento del afrontamiento cognitivo. Con el fin de identificar habilidades empleadas por un individuo para controlar el estrés y poder adaptarse. Para ello se diseñó una escala que consta de 47 ítems agrupados en cinco factores, estos items son preguntas o afirmaciones relacionadas con el evento estresante. Cuenta con una calificación Likert de cuatro criterios: nunca, rara vez, casi siempre y siempre, dependiendo de la regularidad a la que la persona asocia dicha afirmación (10).

Según estudios y el enfoque basado en la teoría de pruebas clásicas, la aplicación de esta escala ha arrojado unos resultados que permiten identificar su fortaleza con relación a sus propiedades psicométricas. Cuenta con una alta validez y confiabilidad en sus versiones en inglés (alfa de Cronbach:0.94), tailandés (alfa de cronbach:0.94) y español (alfa de cronbach:0.88, 0.89 y 0.70) (10, 54).

4.13. Escala abreviada CAPS

Actualmente se cuenta con una escala abreviada de 15 ítems denominada CAPS corta versión en español, con una puntuación máxima de 60 y mínima de 15. Es un instrumento que representa todos los conceptos originales de la CAPS larga (47 ítems) de Roy, C. (10) o "Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS) Short Form (versión en inglés). (9, 54)

Esta evalúa cuatro factores:

1. Estrategias de afrontamiento que hace referencia a los comportamientos mediante los cuales se lleva a cabo el proceso de adaptación en situaciones cotidianas y en períodos críticos y lo hace a partir de 4 modos adaptativos: Fisiológicos, autoconcepto, función de rol e interdependencia.
2. Procesamiento de adaptación: Patrones del comportamiento de afrontamiento que asimilan, operan y responden a los estresores y se orientan hacia la supervivencia, el crecimiento, el dominio y la trascendencia.
3. Procesamiento de afrontamiento y adaptación: conjunto de formas innatas y adquiridas de asimilar, manejar y actuar ante un ambiente que constantemente varía.
4. Capacidad de afrontamiento y adaptación: Evalúa la destreza de las personas de responder ante los cambios en el entorno

Basado en lo anterior se obtendrá una calificación métrica global según los factores mencionados (anexo 4 y 5) de acuerdo al proyecto interinstitucional bajo la directriz de la Dra. Carolina Gutierrez. La escala mencionada es la que se va a implementar en este estudio teniendo en cuenta que es una escala que permite cumplir con los objetivos propuestos en esta investigación

5. Metodología.

El presente trabajo corresponde a un estudio cuantitativo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Con esto se pretende realizar un análisis en la población de referencia, técnicas de recolección de datos como entrevistas y aplicación de escalas de tipo Likert para evaluar el proceso de afrontamiento y adaptación frente al COVID-19 de los pacientes y de sus familiares, para posteriormente interpretar los resultados y analizar las estrategias y estilos que favorecen la adaptación efectiva del paciente y de su cuidador primario.

Fase I: Antes de la realización del estudio, se realizó la prueba piloto con la aplicación de la CAPS corta y PCFS con el fin de realizar la validación cognitiva (Gutiérrez López, C. et al.) de la escala, previa validación por expertos del estudio macro al que pertenece este trabajo.

Fase II: Para la aplicación de la escala ya con previa validación cognitiva, se tomó los casos COVID-19 de los últimos dos picos del 2021 a 2022 (diciembre-enero: cuarto pico; junio-agosto: quinto pico). A los cuales se les aplicó la escala CAPS corta y PCFS y se les realizó una caracterización sociodemográfica.

Fase III: Cruce de variables sociodemográficas con nivel de afrontamiento y adaptación de cuidadores de pacientes post COVID-19 en el software estadístico Rstudio versión 4.2.

Población de referencia: Pacientes post COVID-19 y cuidadores de pacientes post COVID-19 atendidos en diferentes instituciones hospitalarias de Colombia.

- ➔ Muestra: Pacientes post-COVID-19 que salieron de la UCI y hospitalización en diferentes instituciones hospitalarias de Colombia.
- ➔ Cuidadores primarios de pacientes post-COVID-19 que salieron de la UCI y hospitalización en diferentes instituciones hospitalarias de Colombia.

5.1. Criterios de inclusión

1. Hombres y mujeres mayores de edad con diagnóstico de COVID-19 y cuyo egreso es de UCI u hospitalización
2. Paciente en estado cognitivo activo
3. Familiar mayor de edad de primer grado de consanguinidad directa (papá, mamá e hijos), cuidador primario, esposo (a) o compañero (a) permanente de paciente con COVID-19 que haya estado hospitalizado o en UCI.

5.2. Criterios de exclusión

1. Pacientes con alguna limitación cognitiva que impida la aplicación de la escala.
2. Pacientes o familiares que en la tercera llamada no respondan al teléfono o que al llamarlos no quieran participar en el estudio.
3. Pacientes que hayan sido institucionalizados por complicaciones clínicas diferentes o ajenas al COVID-19.

5.3. Normalización de términos

- ➔ Adaptacion: resultados de la búsqueda 161.672 artículos
  - ◆ (((((Physiological Adaptation) OR (Adaptations, Physiologic)) OR (Adaptation, Physiologic)) OR (Physiologic Adaptations)) OR (Adaptations, Physiological)) OR (Physiological Adaptations)
- ➔ Afrontamiento: resultados de la búsqueda 891.667
  - ◆ ((((((((((((((((((Adaptation, Psychologic) OR (Psychologic Adaptation)) OR (Psychological Adaptation)) OR (Adjustment)) OR (Coping Behavior)) OR (Behavior, Coping)) OR (Behaviors, Coping)) OR (Coping Behaviors)) OR (Coping

Skills)) OR (Coping Skill)) OR (Skill, Coping)) OR (Skills, Coping)) OR (Coping Strategies)) OR (Coping Strategy)) OR (Strategies, Coping)) OR (Strategy, Coping)) OR (Behavior, Adaptive)) OR (Adaptive Behavior)) OR (Adaptive Behaviors)) OR (Behaviors, Adaptive)

- ➔ Paciente: resultados de la búsqueda 7.889.277 artículos
  - ◆ ((Patient) OR (Clients)) OR (Client)
- ➔ Familiares: resultados de la búsqueda 1.651.262
  - ◆ ((Families) OR (Family Members)) OR (Family Member)
- ➔ COVID-19: resultados de la búsqueda 244.618
  - ◆ ((((((((((((COVID 19) OR (SARS-CoV-2 Infection)) OR (Infection, SARS-CoV-2)) OR (SARS CoV 2 Infection)) OR (SARS CoV 2 Infections)) OR (2019-nCoV Disease)) OR (2019 nCoV Disease)) OR (Disease, 2019-nCoV)) OR (COVID-19 Virus Infection)) OR (COVID 19 Virus Infection)) OR (COVID-19 Pandemic)) OR (COVID 19 Pandemic)) OR (Pandemic, COVID-19)) OR (COVID-19 Pandemics)

Tabla 2. Normalización de términos.

Términos de búsqueda	**Operadores booleanos y combinación**	**Artículos seleccionados**	**Tipo de artículos**
COVID 19, afrontamiento, familiares	((((((((((((((COVID 19) OR (SARS-CoV-2 Infection)) OR (Infection, SARS-CoV-2)) OR (SARS CoV 2 Infection)) OR (SARS CoV 2 Infections)) OR (2019-nCoV Disease)) OR (2019 nCoV Disease)) OR (Disease, 2019-nCoV)) OR (COVID-19 Virus Infection)) OR (COVID 19 Virus Infection)) OR (COVID-19 Pandemic)) OR (COVID 19 Pandemic)) OR (Pandemic, COVID-19)) OR	1517	Revisión sistemática: 12 Meta análisis: 6

	(COVID-19 Pandemics)) AND ((((((((((((((((((Adaptation, Psychologic) OR (Psychologic Adaptation)) OR (Psychological Adaptation)) OR (Adjustment)) OR (Coping Behavior)) OR (Behavior, Coping)) OR (Behaviors, Coping)) OR (Coping Behaviors)) OR (Coping Skills)) OR (Coping Skill)) OR (Skill, Coping)) OR (Skills, Coping)) OR (Coping Strategies)) OR (Coping Strategy)) OR (Strategies, Coping)) OR (Strategy, Coping)) OR (Behavior, Adaptive)) OR (Adaptive Behavior)) OR (Adaptive Behaviors)) OR (Behaviors, Adaptive))) AND (((Families) OR (Family Members)) OR (Family Member))		
COVID 19, afrontamiento, pacientes	(((((((((((((COVID 19) OR (SARS-CoV-2 Infection)) OR (Infection, SARS-CoV-2)) OR (SARS CoV 2 Infection)) OR (SARS CoV 2 Infections)) OR (2019-nCoV Disease)) OR (2019 nCoV Disease)) OR (Disease, 2019-nCoV)) OR (COVID-19 Virus Infection)) OR (COVID 19 Virus Infection)) OR (COVID-19 Pandemic)) OR (COVID 19 Pandemic)) OR (Pandemic, COVID-19)) OR (COVID-19 Pandemics)) AND (((((((((((((((((((Adaptation, Psychologic) OR (Psychologic Adaptation)) OR (Psychological Adaptation)) OR (Adjustment)) OR (Coping Behavior)) OR (Behavior, Coping)) OR (Behaviors, Coping)) OR (Coping Behaviors)) OR (Coping Skills)) OR (Coping Skill)) OR (Skill, Coping)) OR (Skills, Coping)) OR (Coping Strategies)) OR (Coping	5956	Revisión sistemática: 141 Meta análisis: 106 Revisión: 251

	Strategy)) OR (Strategies, Coping)) OR (Strategy, Coping)) OR (Behavior, Adaptive)) OR (Adaptive Behavior)) OR (Adaptive Behaviors)) OR (Behaviors, Adaptive))) AND (((Patient) OR (Clients)) OR (Client))		
COVID 19, adaptación, familiares	(((((((((((((COVID 19) OR (SARS-CoV-2 Infection)) OR (Infection, SARS-CoV-2)) OR (SARS CoV 2 Infection)) OR (SARS CoV 2 Infections)) OR (2019-nCoV Disease)) OR (2019 nCoV Disease)) OR (Disease, 2019-nCoV)) OR (COVID-19 Virus Infection)) OR (COVID 19 Virus Infection)) OR (COVID-19 Pandemic)) OR (COVID 19 Pandemic)) OR (Pandemic, COVID-19)) OR (COVID-19 Pandemics)) AND ((((((Physiological Adaptation) OR (Adaptations, Physiologic)) OR (Adaptation, Physiologic)) OR (Physiologic Adaptations)) OR (Adaptations, Physiological)) OR (Physiological Adaptations))) AND (((Families) OR (Family Members)) OR (Family Member))	8	Reporte de caso: 1 Revisión de la literatura: 7
COVID 19, adaptación, pacientes	(((((((((((((COVID 19) OR (SARS-CoV-2 Infection)) OR (Infection, SARS-CoV-2)) OR (SARS CoV 2 Infection)) OR (SARS CoV 2 Infections)) OR (2019-nCoV Disease)) OR (2019 nCoV Disease)) OR (Disease, 2019-nCoV)) OR (COVID-19 Virus Infection)) OR (COVID 19 Virus Infection)) OR (COVID-19 Pandemic)) OR (COVID 19 Pandemic)) OR (Pandemic, COVID-19)) OR (COVID-19 Pandemics)) AND ((((((Physiological Adaptation) OR (Adaptations, Physiologic))	33	Revisión sistemática: 33

	OR (Adaptation, Physiologic)) OR (Physiologic Adaptations)) OR (Adaptations, Physiological)) OR (Physiological Adaptations))) AND (((Patient) OR (Clients)) OR (Client))		
COVID 19, afrontamiento, adaptación, pacientes, familiares	((((((((((((((((COVID 19) OR (SARS-CoV-2 Infection)) OR (Infection, SARS-CoV-2)) OR (SARS CoV 2 Infection)) OR (SARS CoV 2 Infections)) OR (2019-nCoV Disease)) OR (2019 nCoV Disease)) OR (Disease, 2019-nCoV)) OR (COVID-19 Virus Infection)) OR (COVID 19 Virus Infection)) OR (COVID-19 Pandemic)) OR (COVID 19 Pandemic)) OR (Pandemic, COVID-19)) OR (COVID-19 Pandemics)) AND ((((((((((((((((((Adaptation, Psychologic) OR (Psychologic Adaptation)) OR (Psychological Adaptation)) OR (Adjustment)) OR (Coping Behavior)) OR (Behavior, Coping)) OR (Behaviors, Coping)) OR (Coping Behaviors)) OR (Coping Skills)) OR (Coping Skill)) OR (Skill, Coping)) OR (Skills, Coping)) OR (Coping Strategies)) OR (Coping Strategy)) OR (Strategies, Coping)) OR (Strategy, Coping)) OR (Behavior, Adaptive)) OR (Adaptive Behavior)) OR (Adaptive Behaviors)) OR (Behaviors, Adaptive))) AND ((((((Physiological Adaptation) OR (Adaptations, Physiologic)) OR (Adaptation, Physiologic)) OR (Physiologic Adaptations)) OR (Adaptations, Physiological)) OR (Physiological Adaptations))) AND (((Patient) OR (Clients)) OR (Client))) AND (((Families)	3	Estudio de diseño descriptivo cualitativo: 1 Reporte de caso: 1 Revisión de la literatura: 1

	OR (Family Members)) OR (Family Member))		

5.4. Selección de la muestra

El muestreo probabilístico y censal del cuarto y quinto pico de Diciembre 2021 a Agosto 2022 probablemente sea aleatorio o en su defecto intencional, debido a las características del diagnóstico del paciente y a sus complicaciones. Además, toda persona seleccionada para la investigación, sin importar la categoría en la que se encuentre, es considerada una muestra o población de estudio.

5.5. Categorización de las variables del estudio

Tabla 3. Categorización de las variables de proceso de afrontamiento y adaptación.

Nombre de la variable	**Definición conceptual**	**Factores o categorías**	**Definición operacional**	**Naturaleza**	**Nivel de medición**	**Unidad de medida**

Proceso de afrontamiento y adaptación	"Describe las estrategias que utilizan las personas para responder a las influencias y cambios ambientales para crear una integración humana y ambiental, dicho ambiente tiene para el modelo estímulos focales, contextuales y residuales que al entrar en contacto con la persona generan respuestas mediadas por procesos innatos y adquiridos de la adaptación"(9)	1. Preguntas 5, 13 y 14 2. Las otras 12 preguntas se responden con números de manera ascendente	Se responden al revés que las otras preguntas con números de manera descendente	Variable cuantitativa, continua de razón	Alta capacidad de Baja capacidad de	Escala de likert de cuatro puntos

Tabla 4. Variables de desacondicionamiento físico.

Nombre de la	**Definició**	**Factores**	**Definición**	**Naturale**	**Nivel de medición**

variable	n conceptual	o categorías	operacional	za	
Estado post funcional COVID-19 De Klok, 2020	"Es una herramienta ordinal que mide el espectro completo de las secuelas funcionales después del COVID-19 observando como este puede tener un impacto importante en el estado de salud física, cognitiva, social y mental de los pacientes" (34)	0-4	Numérica en forma ascendente incluyendo el 0	Variable cuantitativa discreta de razón	0 : Sin limitaciones funcionales: refleja la ausencia de cualquier limitación funcional. 1: Limitación funcional no significativa: está reservado para pacientes con algunos síntomas, que sin embargo no prohíben ni limitan las actividades habituales 2: Limitación funcional leve: está reservado para pacientes que pueden realizar de forma independiente todas las actividades habituales pero a una intensidad menor, a veces combinada con limitaciones leves en la participación en los roles sociales habituales. 3: Limitación funcional moderada: explica las limitaciones funcionales moderadas que obligan a los pacientes a modificar estructuralmente las actividades habituales, lo que refleja la incapacidad para realizar ciertas actividades que, por lo tanto, deben ser asumidas por otros.

					Esos pacientes pueden necesitar asistencia en actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), p. El manejo de tareas domésticas básicas, la movilidad comunitaria, la compra de alimentos o necesidades, o la participación en roles sociales habituales está restringida. 4: Limitación funcional severa: explica las limitaciones funcionales moderadas que obligan a los pacientes a modificar estructuralmente las actividades habituales, lo que refleja la incapacidad para realizar ciertas actividades que, por lo tanto, deben ser asumidas por otros. Esos pacientes pueden necesitar asistencia en actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), p. El manejo de tareas domésticas básicas, la movilidad comunitaria, la compra de alimentos o necesidades, o la participación en roles sociales habituales está restringida

Tabla 5. Variables de caracterización sociodemográfica.

Nombre de la variable	**Definición conceptual**	**Factores o categorías**	**Definición operacional**	**Naturaleza**	**Nivel de medición**
Edad	Duración de la existencia de un individuo medida en unidades de tiempo		Fecha de nacimiento	Variable cuantitativa	Cuantitativa discreta quinquenios
Género	Roles sociales, comportamientos, atributos, y actividades que la sociedad considera apropiados para un hombre o una mujer	Masculino, femenino, o indeterminado	Identificación del sexo	Variable cualitativa	Cualitativa nominal 1: Femenino 2 : Masculino 3 : Otro
Comorbilidades	Trastornos orgánicos presentes en una persona	Enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, metabólicas, mentales, cáncer, consumo de sustancias psicoactivas (actualmente o en el pasado),	Enfermedades que presenta el paciente	Variable cualitativa	Cualitativa nominal 1: Enf. cardiovascular 2 : Enf. cerebrovascular 3: Enf respiratoria 4 : Enf. neurológica 5 : Enf metabólica 6 : Enf. mentales 7 : Cáncer 8: Consumo

					de PSA 9 : Otras
Hábitos de estilo de vida	Conductas propias que se asumen en la vida cotidiana y que inciden en el bienestar físico, mental y social	Consumo de proteínas en el día Consumo de vasos de agua al día Realiza ejercicio Consumo de sustancias psicoactivas (PSA)	Comportamiento de las personas con respecto a la actividad física, autocuidado, pasatiempos, y hábitos de alimentación .	Variable cualitativa	Cualitativa nominal Consumo de proteínas al día : 1: Si 2: No Consumo de vasos agua al día 0: no consume 1 : 1-2 vasos 2: 3-4 vasos 3: más de 4 vasos Realiza ejercicio: 0: no realiza ejercicio 1 : 1 vez a la semana 2: 2-3 días a la semana 3: 4-5 días a la semana 4: 6-7 veces a la semana consumo de PSA 0: no consume 1: una vez a la semana

					2: 2-3 días a la semana 3: 4-5 días a la semana 4: 6-7 veces a la semana
Nivel socioeconómico	Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos	Sin estrato-6	Categoría del estrato en la que se ubica una persona	Variable cuantitativa	Cualitativa ordinal 0-6
Nivel educativo	Subdivisiones del aprendizaje formal	Preescolar, educación básica primaria y secundaria, educación media y educación superior.	Identificación que hace el sujeto de su nivel educativo alcanzado	Variable cualitativa	Cuantitativa discreta 1: preescolar 2: educación básica primaria 3: educación básica secundaria 4: educación media 5: educación superior

6. Recolección de datos

Para cumplir el objetivo de la medición del proceso de adaptación se usará la CAPS corta de Callista Roy de 15 ítems y la escala de desacondicionamiento físico que será interpretada de acuerdo con la respuesta del paciente respecto al cuestionario de afrontamiento y adaptación.

La escala corta describe las estrategias que utilizan las personas para responder a las influencias y/o cambios ambientales y así crear una integración humana y ambiental. Esta tiene una puntuación máxima de 60 y mínima de 15, con una escala de medición tipo Likert de cuatro criterios: nunca, rara vez, a veces y siempre; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. Los ítems (afirmaciones) de la escala, estipulados por la autora Roy están agrupadas en 4 factores (anexo 4 y 5) los cuales son (9, 55):

1. Factor 1: Recursivo y centrado. Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados.
2. Factor 2: Reacciones físicas y enfocadas como mecanismo para el manejo de situaciones.
3. Factor 3: Proceso de alerta. Representa los comportamientos del yo personal y físico y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas y mantiene la combinación de estilos y estrategias para afrontar distintas situaciones.
4. Factor 4: Procesamiento sistemático. Especifica las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente y las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación.

6.1 Instrumento de evaluación para la medición del desacondicionamiento físico.

Para cumplir el objetivo de la medición del desacondicionamiento físico se usará la PCSF de Klok (2020) (38), la cual ha sido implementada por la Secretaría de la salud de Bogotá, de acuerdo con las directrices de la OPS para Colombia. Esta tiene como objetivo buscar las limitaciones

funcionales de pacientes post COVID-19, para así brindar una terapia de rehabilitación que concuerde con dichas limitaciones causadas por la infección con preguntas como: ¿Si puede vivir solo sin ninguna asistencia de otra persona?, ¿Si hay algunas tareas/actividades en el hogar o en el trabajo las cuales ya no es capaz de realizar por sí mismo? ¿Si sufre de síntomas, dolor, depresión o ansiedad? y ¿Si necesita evitar o reducir tareas/actividades o extender estas en el tiempo? Consta de 5 categorías donde se evalúa el comportamiento del paciente en su vida diaria después del COVID-19 y si ha presentado cambios en su estilo de vida. La calificación va de grado 0 (sin limitaciones funcionales), grado 1 (limitación funcional no significativa), que agrupa a pacientes con algunos síntomas, que sin embargo no prohíben ni limitan las actividades habituales, grado 2 (limitación funcional leve), que agrupa pacientes que pueden realizar de forma independiente todas las actividades cotidianas pero a una intensidad menor, grado 3 (limitación funcional moderada) el cual explica las limitaciones funcionales moderadas que hacen que el paciente necesite asistencia ante ciertas actividades y grado 4 (limitación funcional severa), son aquellos pacientes que siempre requieren de ayuda ante actividades cotidianas Los grados 1 y 2 son los que definen un bajo desacondicionamiento y los grados 3 y 4 los que indican alto desacondicionamiento en el paciente. Con base a lo anterior, se analizará el resultado predominante de limitación funcional en pacientes post COVID-19.

6.2 Métodos para la recolección de datos

6.2.1 Proceso de recolección de datos

- ➔ Determinar la fuente de los datos: Pacientes y familiares de pacientes que estuvieron en hospitalización/ UCI por COVID-19 en instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas en el territorio colombiano.

- ➔ Localización de las fuentes: La fuente se localiza en el territorio colombiano, dónde se incluyeron instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas.
- ➔ Método para recolección de datos: Se realizan entrevistas personales de manera virtual, la información obtenida se diligencia en un Google Forms que contiene:
  - ◆ Consentimiento informado para los pacientes post COVID-19 y su cuidador primario (anexo 6 y 7).
  - ◆ Preguntas sociodemográficas.
  - ◆ Escalas.
    - Escala abreviada de afrontamiento y adaptación "CAPS" de Callista Roy (anexo 8).
    - Escala de evaluación del estado funcional post COVID-19 de Klok (anexo 2 y 3)

7. Análisis de datos

1. Realizar análisis con estadística descriptiva de la caracterización sociodemográfica de los cuidadores y pacientes posterior a su egreso de hospitalización o de la UCI.
2. Elaborar un análisis Clúster para caracterizar el proceso y el nivel del afrontamiento y adaptación de los pacientes y cuidadores de pacientes post COVID-19, posterior a su egreso de hospitalización o de la UCI.

7.1. Análisis escala desacondicionamiento

Usando la estadística descriptiva se realizará:

1. Un análisis de las respuestas de los participantes para identificar el grado de desacondicionamiento después de la infección por COVID-19.
2. Identificar los grados de desacondicionamiento más frecuente presentados en los participantes y buscar posibles asociaciones con respecto al desacondicionamiento de los pacientes.
3. Caracterizar la población por factores sociodemográficos y grado de desacondicionamiento y hacer énfasis en los factores de riesgo que se asociaron con un mayor grado de desacondicionamiento.

7.2. Procesamiento de datos

La información recolectada será consignada en una base de datos en Excel, con posterior realización de gráficas y tablas con los resultados de las variables sociodemográficas y del puntaje global con cada factor evaluado en la CAPS corta respectivamente y la PCFS. Para después realizar un análisis descriptivo de los mismos. En cuanto al análisis tipo Cluster se utilizará el software estadístico R Studio versión 4.2, con el fin de obtener el valor P del cruce de

variables sociodemográficas con el nivel de afrontamiento y adaptación de cuidadores de pacientes post COVID-19.

8. Consideraciones éticas

Dentro del marco de las consideraciones éticas para este trabajo de investigación, se hace necesario mencionar la Resolución Número 8430 de 1993 (56), que tiene por objeto establecer las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia. En el presente trabajo se dará cumplimiento a los siguientes artículos formulados en dicha Resolución (Art. 4, 5, 11, 14, 15 y 16), los cuales serán especificados a continuación.

Se toma inicialmente el artículo 4, que considera que uno de los objetivos de este proyecto sea el de contribuir al desarrollo de acciones en salud, el artículo 5, donde se asegura que se deberá primar el criterio del respeto a la dignidad y protección de derechos y bienestar de la población sujeta a esta investigación. El artículo 11 clasifica está investigación con riesgo mínimo dado que se obtendrá información por medio de entrevistas que generan susceptibilidad por el hecho de recordar la situación, sin embargo no se realizará ninguna intervención clínica, procedimiento o alteración de forma intencional de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes (56).

Con relación al consentimiento informado (Artículo 14, 15 y 16) anexado (anexo 6 y 7), se le explicará al paciente post COVID-19 y cuidador primario los objetivos de la investigación y la justificación de la misma, decisión que debe ser tomada por su propia voluntad y sin influencia de factores externos, donde además siempre se preserve la confidencialidad. Así mismo, se garantizará la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que se creen prejuicios. Por lo que este consentimiento será revisado por el Comité de Ética en Investigación de las instituciones donde se realizará el estudio. El consentimiento informado se

leerá en su totalidad por vía telefónica a los participantes y se consignará en el estudio mediante la herramienta de Google forms.

Cabe aclarar que este trabajo hace parte de un proyecto interinstitucional con la Clínica Cobos y la Universidad El Bosque bajo la dirección de la Dra. Carolina Gutiérrez-López et al. y avalado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad El Bosque mediante Código: PIS 2021-049 (ver anexo 9). Por lo anterior, se solicitó la base de datos de los pacientes hospitalizados y en unidad de cuidados intensivos que ingresaron en el segundo al cuarto pico del COVID-19, dicha base de datos contiene el número de contacto de los pacientes y fecha de ingreso y de egreso de UCI y hospitalización. Se realizarán llamadas telefónicas explicando la justificación del proyecto. Posterior a la aceptación en la participación del estudio se aplicarán entrevistas con el fin de aplicar la Escala Corta del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) de Callista Roy y la Escala de Estado Funcional Post-COVID19 de Klok a pacientes post COVID-19 que salieron de UCI u hospitalización de diferentes instituciones hospitalarias de Colombia. Así mismo, se realizará la aplicación de la Escala Corta de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) de Callista Roy a cuidadores primarios de pacientes post COVID-19. Los datos se categorizarán por medio de códigos para guardar la reserva de las personas partícipes en el proyecto, como lo dicta el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 ya mencionada (56). Además, la información recolectada será guardada en una base de datos (formato de google forms) por un tiempo máximo de 2 años y que será exclusivamente manejada por el investigador principal para posteriormente poder realizar un análisis multivariado.

Se considerará los siguientes principios basados en las leyes mencionadas anteriormente:

- Prohibición de divulgar datos: Allí se garantizará que los datos recolectados en el marco del trabajo de investigación no sean divulgados por parte de quien hubiere tenido acceso a esa información.
- Guarda y custodia: Se salvaguardará toda la información recolectada en el marco del trabajo de investigación en cuanto respecta a su manejo, lugar y las condiciones donde serán aplicadas la CAPS corta de Callista Roy y la PCFS de Klok. Los investigadores procesarán los datos, protegiendo la identidad de cada participante, el almacenamiento seguro de la información será de parte del investigador principal y que los participantes son los únicos que tienen derecho a poseer dicha información.
- Beneficencia y no maleficencia: Se respetará a las personas como seres humanos que participaran en este trabajo de investigación, reconociendo la expresión de sus sentimientos, pensamientos y emociones al igual que su dignidad humana y en aquellas condiciones que se desarrollen en todas las fases de la investigación.
- Veracidad y Fidelidad: Los participantes tienen derecho a ser informados sobre la naturaleza de la investigación, su contenido, y resultados.
- Autonomía, titularidad y autorización a terceros: Cada uno de los participantes es libre al decidir hacer parte de la investigación, como de retirarse cuando solo él lo decida, además que es el único titular de sus datos por tanto sólo él es responsable de autorizar a terceros a excepción de los investigadores de acceder al manejo de la información.
- Clasificación de riesgo: Se trata de una investigación con riesgo mínimo dado que se obtiene información documental retrospectiva por medio de entrevistas que pueden generar sensibilidad en los pacientes o cuidadores por recordar dicha experiencia generando susceptibilidad en el área psicológica de los mismos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado sobre la metodología de la investigación y la resolución 8430 de 1993 (56) se clasifica este estudio como una investigación con riesgo mínimo, puesto que si bien sólo se aplicarán encuestas y entrevistas a los participantes del estudio y no se manipulará su conducta, el hecho de recordar la condición por la que pasaron genera cierto grado de sensibilidad tanto al paciente como a al cuidador ocasionando afectación emocional en ambos.

Este proyecto de investigación fue avalado por el Comité Institucional de Ética con el código PIS 2021-049 (aprobación dada el 10 de Mayo de 2022 en el acta #10-2022) (anexo 9), bajo la dirección de la Dra. Carolina Gutiérrez López, cuyo tema de estudio es evaluar el proceso de afrontamiento y adaptación de familiares con pacientes post COVID-19 que requirieron hospitalización o UCI en una IPS de Bogotá, De este trabajo se derivó el presente estudio de trabajo de grado para optar por el título de médico cirujano.

8.1 Proceso de diligenciamiento del consentimiento informado

Un investigador del estudio será encargado de leer el consentimiento informado (anexo 6 y 7) a cada uno los participantes respetando los siguientes puntos:

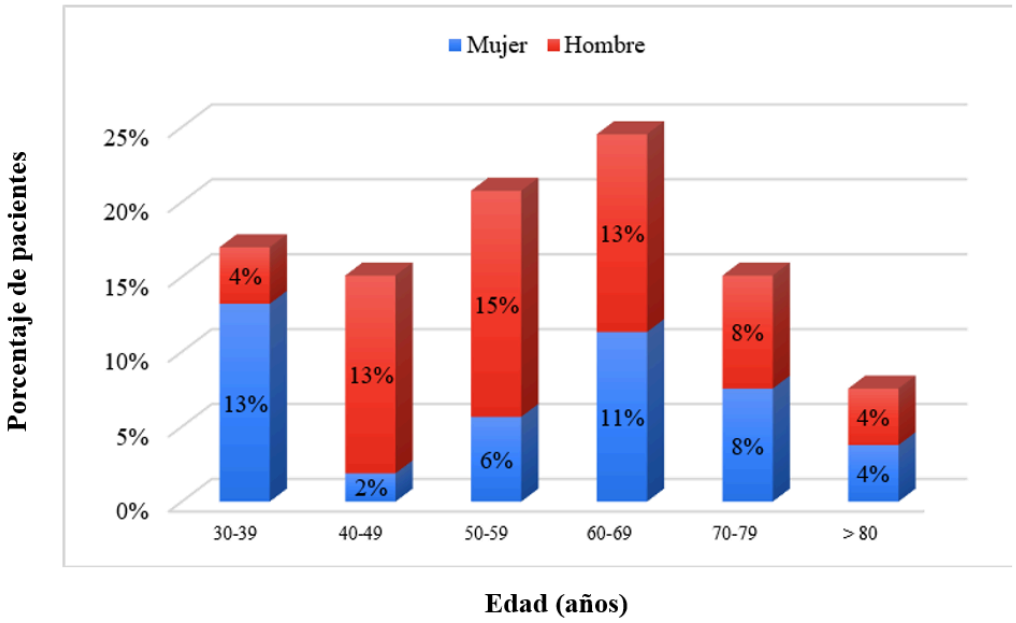
Se desarrollará un protocolo de presentación de los investigadores por el cual se explicará de forma general la actividad que se va a realizar con una duración aproximada de 20 minutos. Posteriormente, se aclararán dudas a los participantes acerca del documento y se informará la importancia de su aceptación por vía telefónica para el diligenciamiento del consentimiento informado por parte del investigador (vía virtual en Google forms). Así mismo, se deja claro al participante que su aceptación (vía verbal) y participación en el proyecto es de carácter voluntario y que en cualquier momento podrá desistir de esta actividad.

9. Resultados

A continuación, se describen inicialmente los resultados sociodemográficos de la población objeto de estudio y posterior a ello se consignan los resultados obtenidos tras la aplicación de la CAPS corta de Callista Roy tanto para pacientes como cuidadores y la PCFS.

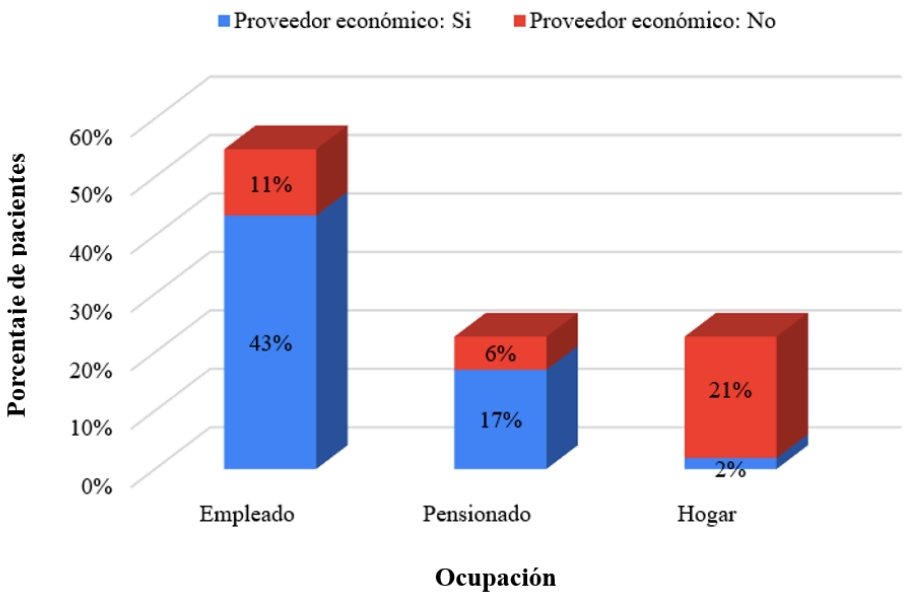
9.1. Caracterización sociodemográfica de los pacientes post COVID-19.

Gráfica 1. Porcentaje con relación a sexo y edad de pacientes post COVID-19 de las instituciones analizadas en Colombia.



De los 53 pacientes entrevistados el rango de edad de mayor frecuencia fue de 60-69 años con un 25% (n: 13), predominando el sexo masculino en un 13% (n: 7) seguido de las mujeres con un 11% (n: 6) (gráfica 1).

Gráfica 2. Relación ocupación y proveedor económico de los pacientes post COVID-19.



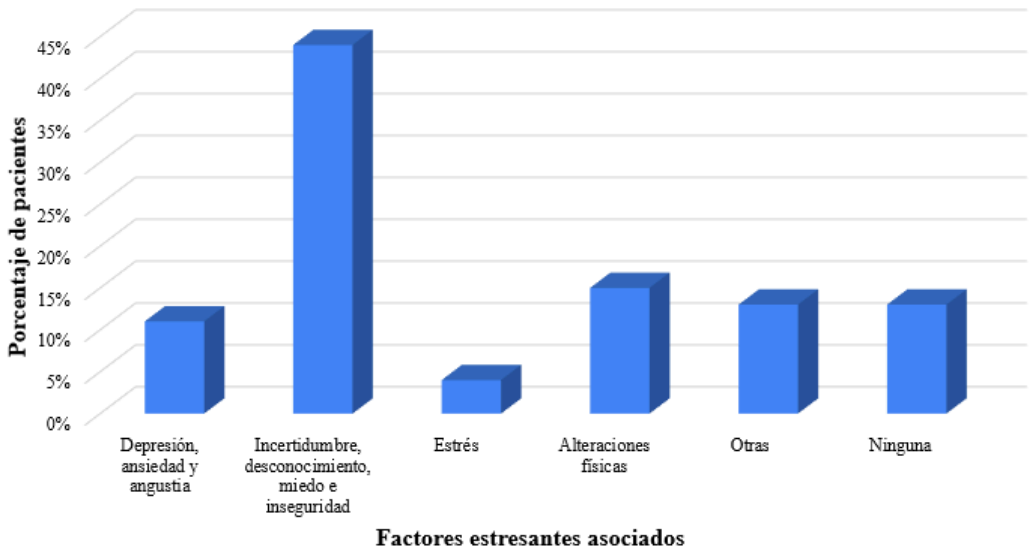
Con respecto a la relación de ocupación y proveedor económico de los pacientes post COVID-19, tenemos que el 54% (n: 29) de los pacientes post COVID-19 son empleados y de esos un 43% (n: 23) son proveedores económicos. (Gráfica 2).

De acuerdo a su estado civil, el 53% (n: 28) de los pacientes están casados seguido del 23% (n: 12) solteros.

Dentro del régimen de afiliación a Seguridad Social en Salud los pacientes post COVID-19 se encuentran afiliados al régimen contributivo con un 83% (n: 44) y en menor medida con un 17% (n: 9) al régimen subsidiado.

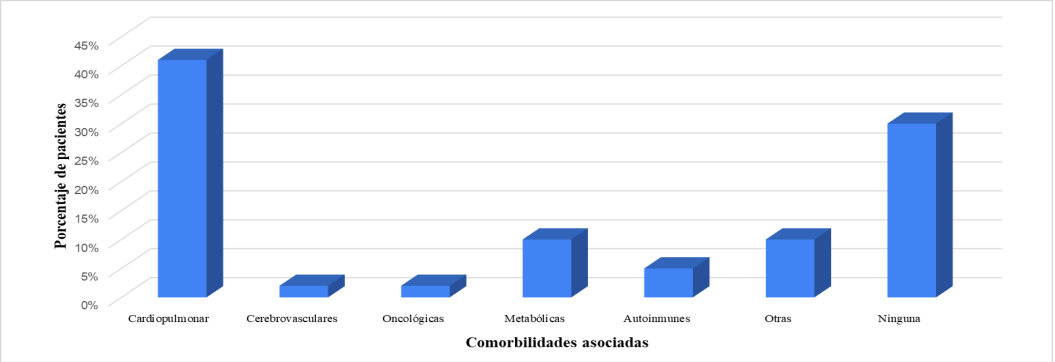
Cuando se les preguntó sobre las actividades que realizan los pacientes post COVID-19 para reducir el estrés tenemos que las actividades pasivas (leer, orar y comer) es el recurso mayormente usado 55% (n: 29) seguido por las activas como la práctica de deportes con un 45% (n: 24).

Gráfica 3. Aspectos o factores estresantes en los pacientes frente a su diagnóstico de COVID-19.



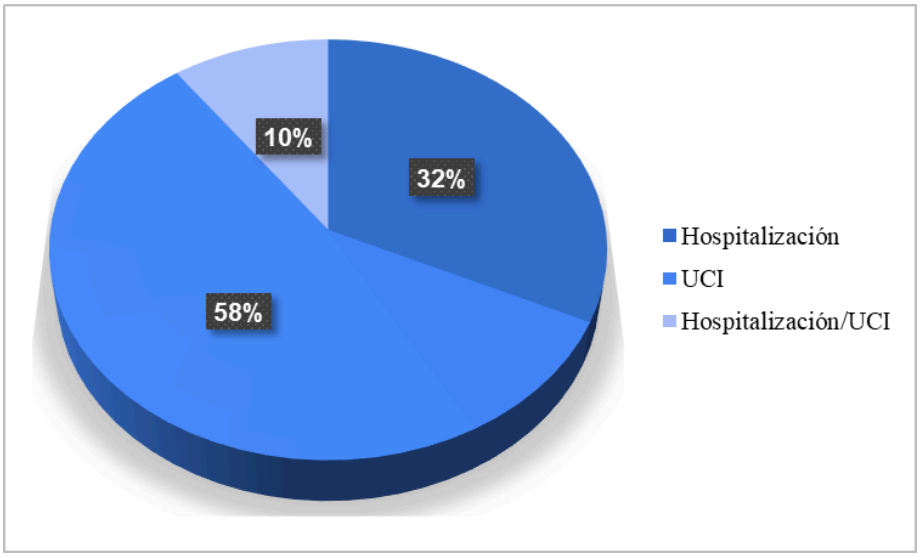
Con respecto a los sentimientos o comportamientos percibidos frente al diagnóstico de padecer COVID-19 los pacientes refieren en mayor proporción 44% (n: 23) incertidumbre, desconocimiento, miedo e inseguridad, seguido de alteraciones físicas con un 15% (n: 8) (sensación de falta de aire, problemas de memoria y afectación a capacidad de respuesta a actividades cotidianas), en un 13% (n: 7) otras o ninguna (muchos aparatos, contagio y menos oportunidades, aislamiento, falta de atención oportuna, soledad e impotencia), en 11% (n: 6) depresión, ansiedad y angustia y en menor medida estrés con un 4% (n: 2) (gráfica 3).

Gráfica 4. Comorbilidades asociadas en los pacientes post COVID-19 en instituciones de salud de Colombia.



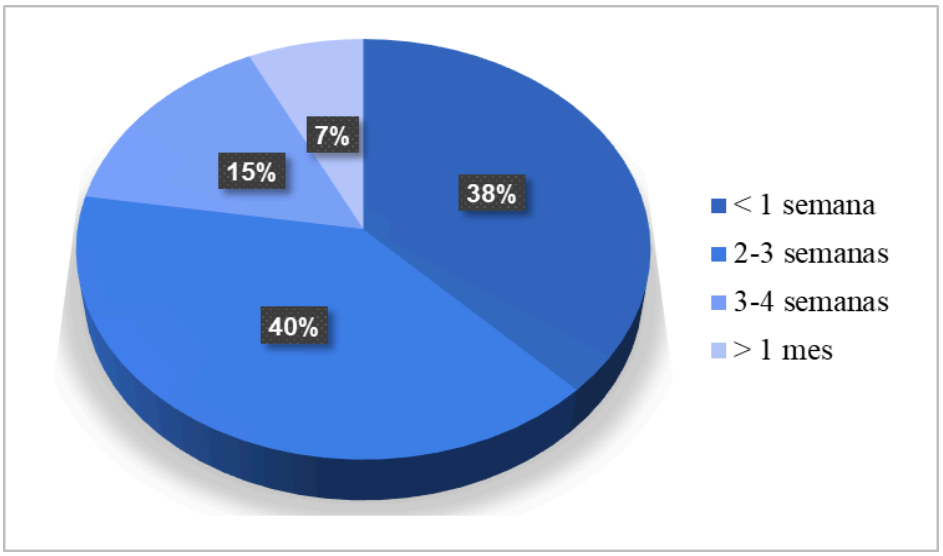
Sumado a lo anterior, se consideró las comorbilidades asociadas en los pacientes post COVID-19, encontrando que el 41% (n: 22) tienen enfermedades cardiopulmonares, seguida de enfermedades metabólicas 10% (n: 5) y en menor medida cerebrovasculares y oncológicas 2% (n: 1). (gráfica 4)

Gráfica 5. Porcentaje de pacientes post COVID-19 que estuvieron en hospitalización y/o UCI en instituciones de salud de Colombia.



Con respecto al porcentaje de pacientes que estuvieron en hospitalización y/o UCI, tenemos que el 58% (n: 31) estuvieron en UCI, seguido de hospitalización con un 32% (n: 17). (Gráfica 5)

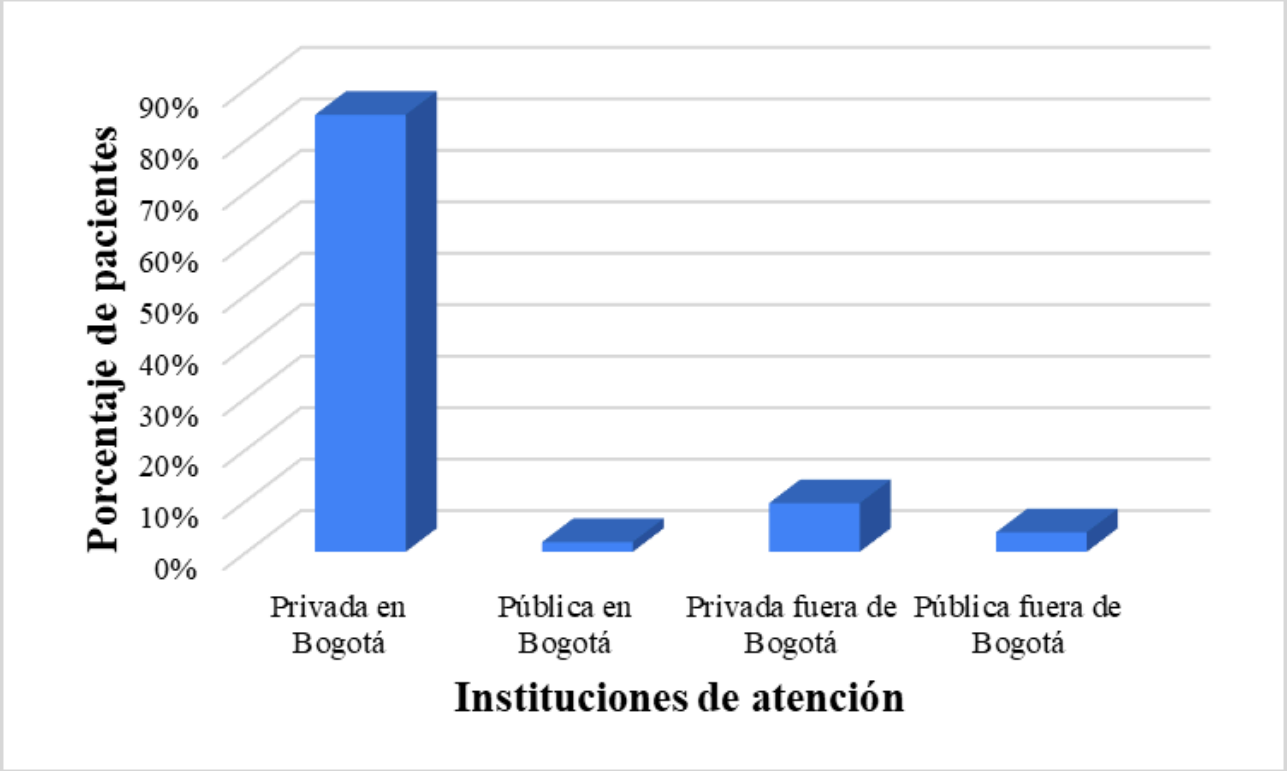
Gráfica 6. Estancia hospitalaria de los pacientes post COVID-19 que estuvieron en hospitalización y/o UCI en instituciones de salud de Colombia.



Así mismo, se evidencia que en un 40% (n: 21) los pacientes con COVID-19 estuvieron hospitalizados entre 2 a 3 semanas, un 38% (n: 20) estuvieron hospitalizados menos de 1 semanas, un 15% (n: 8) entre 3 a 4 semanas y en menor medida estuvieron más de 1 mes con un 7% (n: 4). (gráfica 6).

Frente a los controles médicos y terapias físicas de los pacientes post COVID-19, tenemos que el 87% (n: 46) no requirieron controles médicos o terapias físicas luego de ser dados de alta, sin embargo un 13% (n: 7) si requirieron, como consecuencia del impacto del COVID-19 y las comorbilidades presentes en este grupo de pacientes.

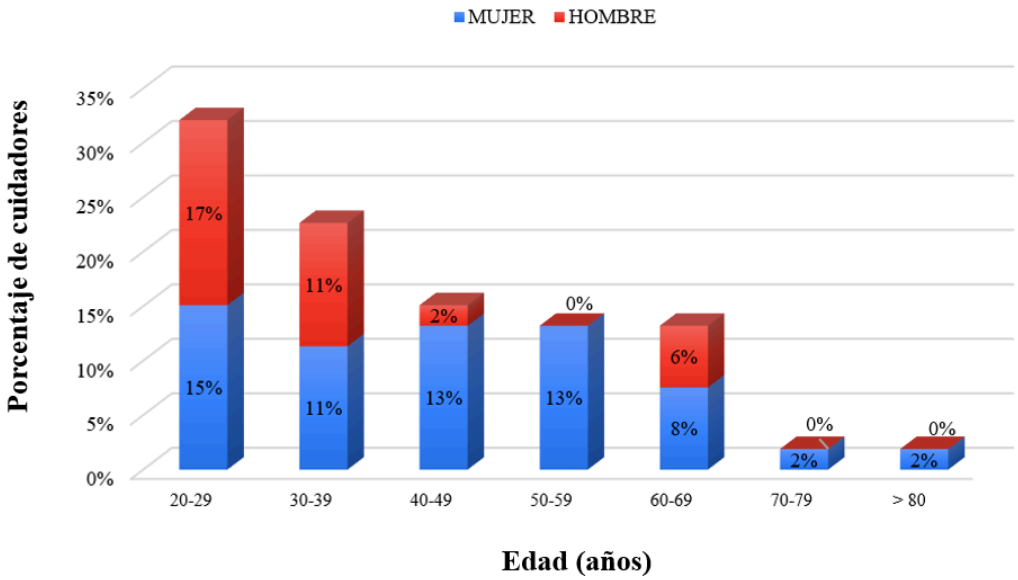
Gráfica 7. Instituciones de atención de los pacientes post COVID-19.



Al determinar qué instituciones ofrecieron los servicios de atención por COVID-19, tenemos que la mayoría 87% (n: 45) fueron atendidos en instituciones privadas de Bogotá, y un 9% (n: 5) fuera de Bogotá. Solo el 3% (n: 2) fueron atendidos en instituciones públicas fuera de Bogotá y un 1% (n: 1) en instituciones públicas en Bogotá (gráfica 7).

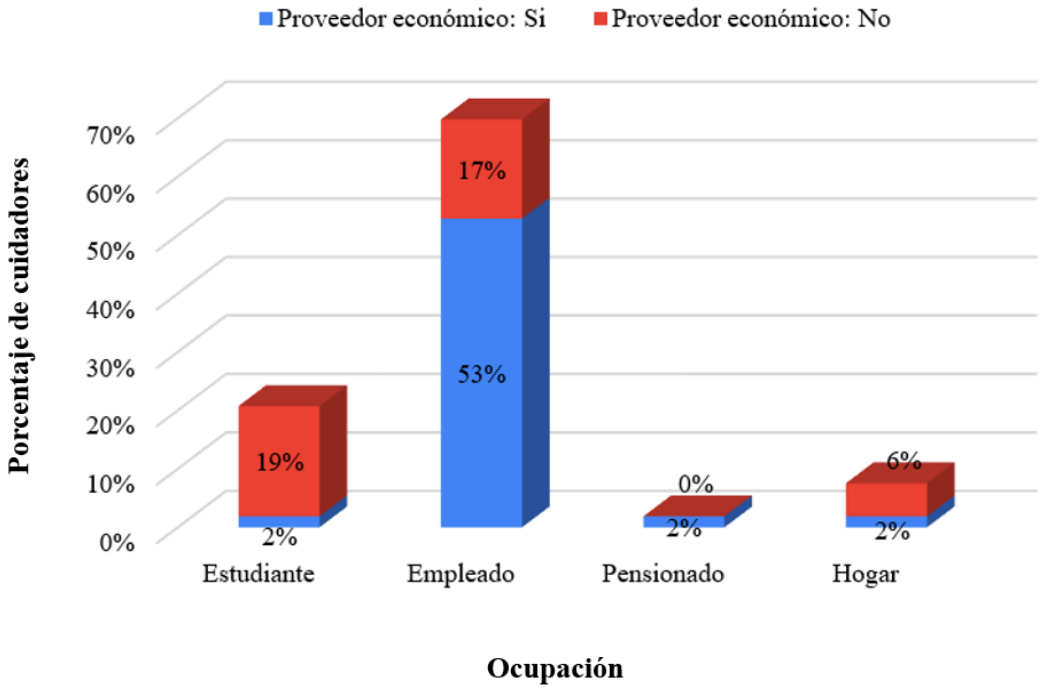
9.2 Resultados caracterización sociodemográfica de cuidadores primarios de los pacientes post COVID-19.

Gráfica 8. Porcentaje con relación a sexo y edad de cuidadores de pacientes post COVID-19 de las instituciones analizadas en Colombia.



De los 53 cuidadores entrevistados el rango de edad predominante es de 20-29 años con un 32% (n: 17), predominando el sexo masculino en un 17% (n: 9) seguido de las mujeres con un 15% (n: 8) (gráfica 8).

Gráfica 9. Relación ocupación y proveedor económico de los cuidadores de pacientes post COVID-19 de las instituciones analizadas en Colombia.



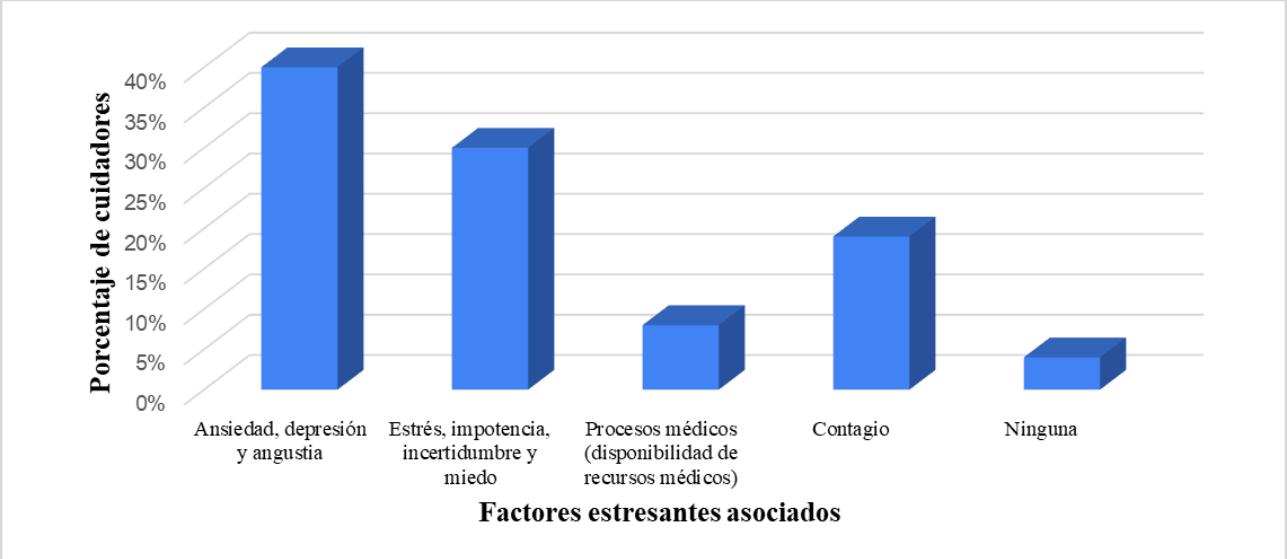
Con respecto a la relación de ocupación y proveedor económico de los cuidadores de pacientes post COVID-19, el 70% son empleados (n: 37) y de esos un 53% son proveedores económicos (n: 28). (gráfica 9).

Según su estado civil, en la población de cuidadores, el 60% (n: 32) son solteros seguido del 32% (n: 17) que están casados.

Por otra parte, se evidencia que, en la población de cuidadores primarios, el tipo de actividades que realizan para reducir el estrés de tener a su familiar diagnosticado con COVID-19, es principalmente actividades de tipo pasivas (leer, orar, comer), en un 55% (n: 29). El 45% (n: 24) de la población realiza actividades activas (ejercicio, salir a caminar).

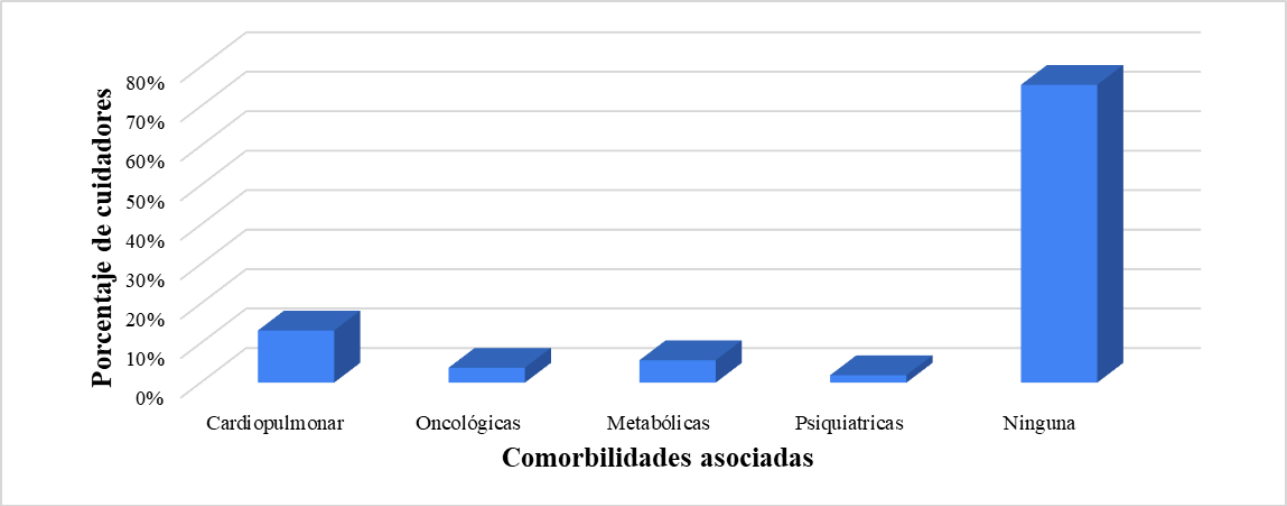
En cuanto al Sistema General de Seguridad Social en Salud se encontró que el 91% (n: 48) de la muestra de cuidadores se encuentra afiliado al régimen contributivo y el 9% (n:5) al régimen subsidiado.

Gráfica 10. Aspectos o factores estresantes en la población cuidadores sobre el diagnóstico de COVID-19 en su familiar.



Con respecto a los sentimientos o comportamientos percibidos frente al diagnóstico de su familiar de padecer COVID-19 los cuidadores refieren en mayor proporción 39% (n: 21) ansiedad, depresión y angustia, seguido de estrés, impotencia, incertidumbre y miedo con un 30% (n: 16), contagio con un 18% (n: 10), un 7% (n: 4) sobre los procesos médicos (disponibilidad de recursos médicos, trámites e información) y en menor medida no ocasionó factores estresantes con un 3% (n: 2). (gráfica 10)

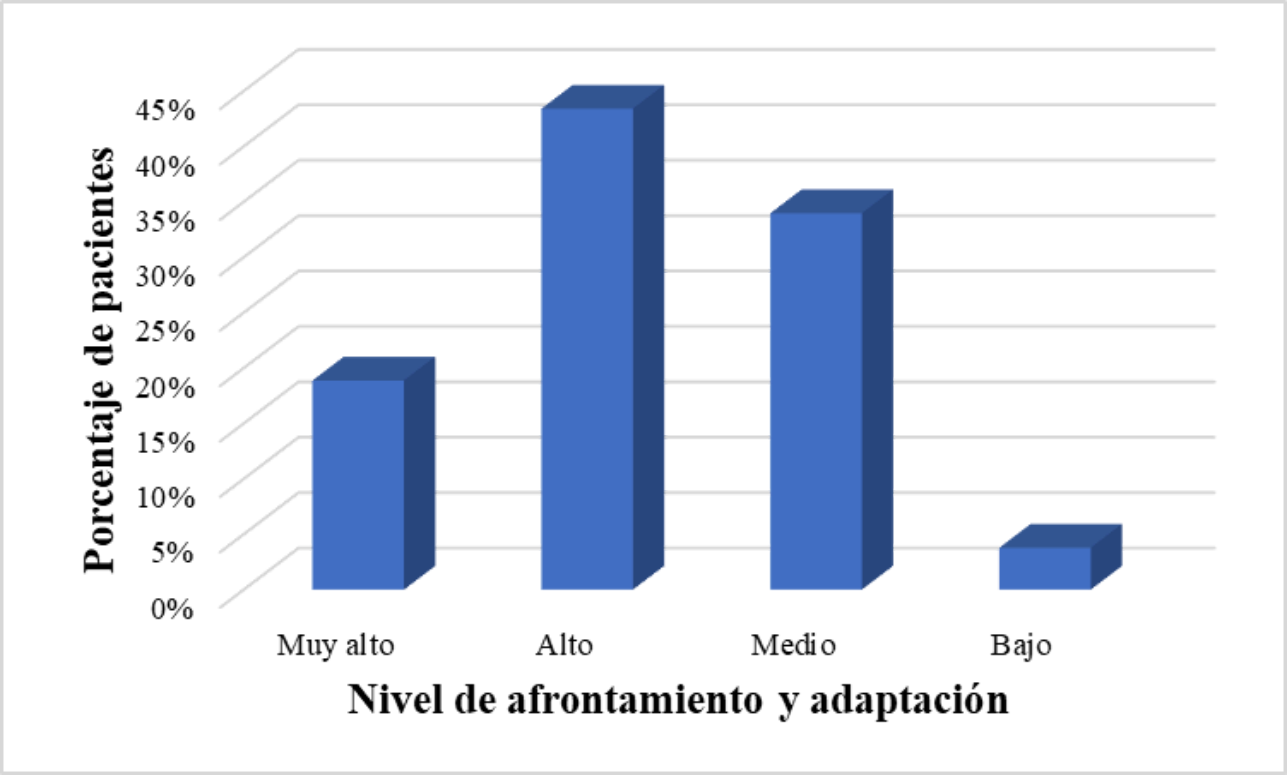
Gráfica 11. Comorbilidades asociadas a los cuidadores de los pacientes diagnosticados con COVID-19.



Sumado a lo anterior, se consideró las comorbilidades asociadas en los cuidadores de los pacientes diagnosticados con COVID-19, encontrando que el 75% (n: 40) no tienen ninguna comorbilidad, seguida de enfermedades cardiopulmonares 13% (n:7) enfermedades metabólicas con un 6% (n:3) enfermedades oncológicas con un 4% (n: 2) y en menor medida enfermedades psiquiátricas 2%. (n: 1) (gráfica 11).

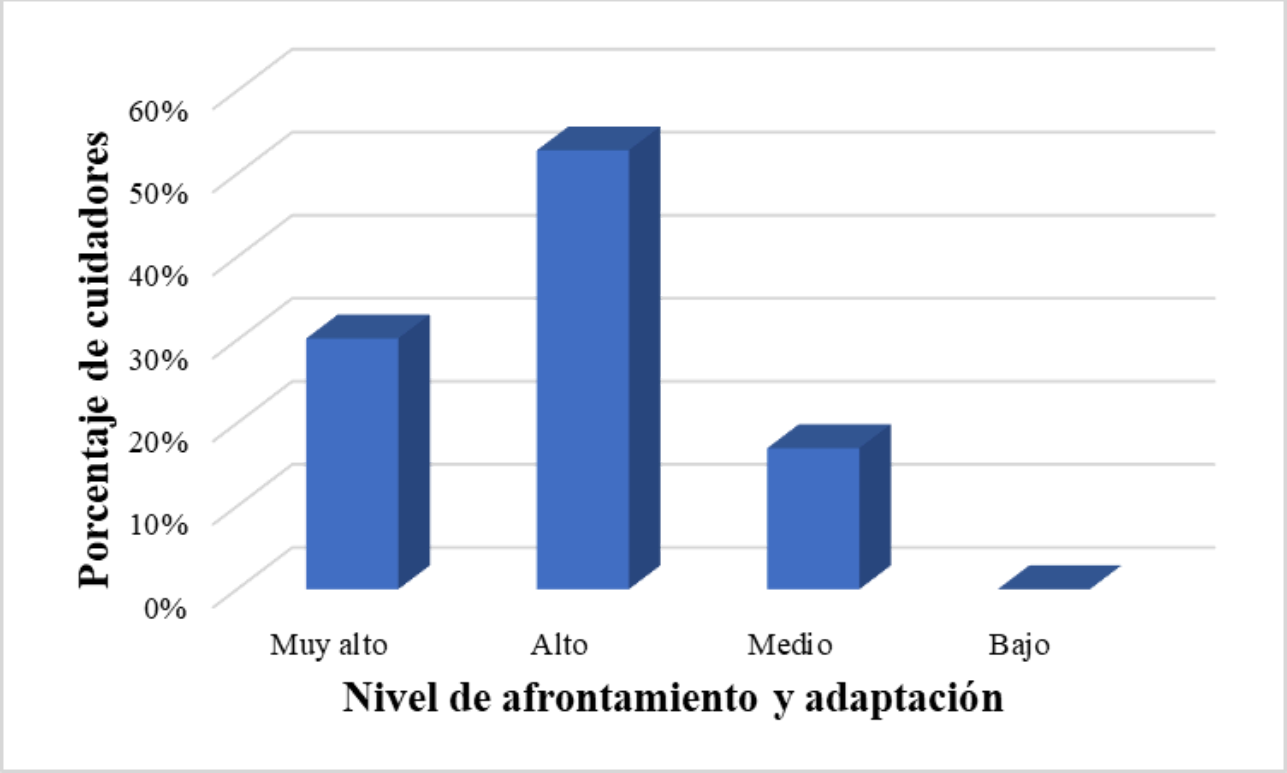
9.3 Resultados de la evaluación del nivel de afrontamiento y adaptación de los pacientes post COVID-19.

Gráfica 12. Puntaje global del nivel de afrontamiento y adaptación de pacientes post COVID-19 según la escala CAPS versión corta.



Al evaluar el nivel de afrontamiento y adaptación en los pacientes post COVID-19 se evidenció que el 43% (n: 23) tuvo un nivel alto, seguido del 34% (n: 18) con un nivel de afrontamiento y adaptación medio (Gráfica 12).

Gráfica 13. Puntaje global del nivel de afrontamiento y adaptación de cuidadores primarios de pacientes post COVID-19, según escala CAPS versión corta.



Al evaluar el nivel de afrontamiento y adaptación de los cuidadores primarios de pacientes post COVID-19 se encontró que el 53% (n: 28) mostró un nivel alto seguido del 30% (n:16) con un nivel muy alto (Gráfica 13).

9.4 Resultados del Proceso de Afrontamiento y adaptación por factor de la escala CAPS

Como se mencionó anteriormente, el instrumento está dividido en 4 factores o categorías:

- Factor 1: Recursivo y centrado
- Factor 2: Reacciones físicas y enfocadas como mecanismos para el manejo de situaciones
- Factor 3: Proceso de alerta
- Factor 4: Procesamiento sistemático

A continuación, expresamos los resultados encontrados por cada factor más usado o empleado que responde al estilo y estrategias de afrontamiento y adaptación.

Tabla 6. Número de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 1: Recursivo y centrado.

Factor 1: Recursivo y centrado	
Grado de capacidad del nivel de afrontamiento y adaptación	No de Pacientes
Muy alta (>13)	14
Alta (11-13)	16
Media (8-10)	10
Baja (4-7)	13

En la tabla 6 se observa que el nivel de afrontamiento y adaptación de los pacientes post COVID-19 en el factor 1, se encuentra en un nivel alto (n: 16), donde su estilo de afrontar el problema es activo y utilizando estrategias centradas en la solución del problema.

Tabla 7. Número de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 2: Reacciones físicas y enfocadas como mecanismos para el manejo de situaciones.

Factor 2: Reacciones físicas y enfocadas como mecanismos para el manejo de situaciones	
Grado de capacidad del nivel de afrontamiento y adaptación	No. de Pacientes
Muy alta (11-12)	21
Alta (8-10)	19

Media (6-7)	12
Baja (3-5)	1

Al observar este factor que responde a reacciones físicas y enfocadas frente al problema, observamos que el grado de capacidad es muy alto (n: 21), indicando que utilizan un estilo activo e implementan estrategias resolutivas frente al problema, en su proceso de afrontamiento y adaptación.

Tabla 8. Número de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 3: Proceso de alerta.

Factor 3: Proceso de alerta	
Grado de capacidad del nivel de afrontamiento y adaptación	No de Pacientes
Muy alta (11-12)	2
Alta (8-10)	19
Media (6-7)	23
Baja (3-5)	9

Al observar el factor 3 que corresponde a los procesos de alerta, se observa que el grado de capacidad es medio (n: 23). Indicando que los pacientes post COVID-19 buscaban estrategias para no rendirse fácilmente o no pensaban solo en lo que les preocupaba.

Tabla 9. Número de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 4: Procesamiento sistémico de la información.

Factor 4: procesamiento sistémico de la información	
Grado de capacidad del nivel de afrontamiento y adaptación	No de Pacientes
Muy alta (>16)	14
Alta (13-16)	22
Media (10-12)	8
Baja (5-9)	9

En la tabla 9 se observa que el nivel de afrontamiento y adaptación de los pacientes post-COVID-19 en el factor 4, se encuentra en un nivel alto (n: 22), indicando que utilizan altamente estrategias que implican la imaginación y creatividad para la resolución de problemas.

Tabla 10. Número de cuidadores primarios de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 1: Recursivo y cerrado.

Factor 1: Recursivo y centrado	
Grado de capacidad del nivel de afrontamiento y adaptación	No de Cuidadores primarios
Muy alta (>13)	33

Alta (11-13)	15
Media (8-10)	4
Baja (4-7)	1

En la tabla 10 se observa que los cuidadores primarios de pacientes post COVID-19 tuvieron un grado muy alto en el factor 1 (n: 33). Donde su estilo de afrontar el problema fue activo utilizando estrategias centradas en la solución del problema.

Tabla 11. Número de cuidadores primarios de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 2: Reacciones físicas y enfocadas como mecanismos para el manejo de situaciones.

Factor 2 : Reacciones físicas y enfocadas como mecanismos para el manejo de situaciones	
Grado de capacidad del nivel de afrontamiento y adaptación	No cuidadores primarios
Muy alta (11-12)	26
Alta (8-10)	18
Media (6-7)	7
Baja (3-5)	2

Se observa que los cuidadores de pacientes post COVID-19 tuvieron un grado muy alto en el factor 2 (n: 26). Esto indica que utilizan un estilo activo e implementan estrategias resolutivas frente al problema, en su proceso de afrontamiento y adaptación.

Tabla 12. Número de cuidadores primarios de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 3: Proceso de alerta.

Factor 3: Proceso de alerta	
Grado de capacidad del nivel de afrontamiento y adaptación	No Cuidadores primarios
Muy alta (11-12)	5
Alta (8-10)	23
Media (6-7)	20
Baja (3-5)	5

En la tabla 12 se observa que los cuidadores de pacientes post COVID-19 tuvieron un grado alto en el factor 3 (n: 23). indicando que cuando los cuidadores se vieron enfrentados a la situación de COVID-19 de su enfermedad buscaron estrategias para no rendirse fácilmente a pesar de lo que les preocupaba.

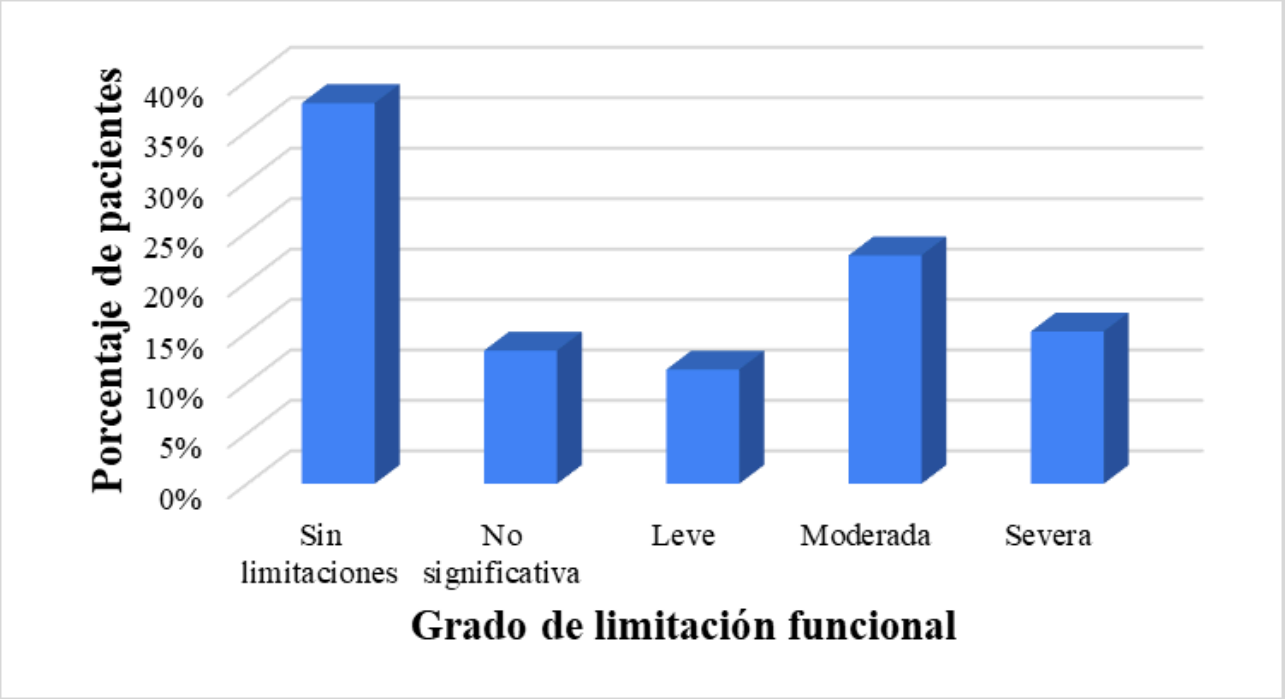
Tabla 13. Número de cuidadores primarios de pacientes post COVID-19 que emplearon el factor 4 en cuidadores primarios: Procesamiento sistemático de la información.

Factor 4: Procesamiento sistemático de la información	
Grado de capacidad del nivel de afrontamiento y adaptación	No. Cuidadores primarios
Muy alta (>16)	16
Alta (13-16)	21
Media (10-12)	12
Baja (5-9)	4

En la tabla 13 se observa un grado alto en el factor 4 (n: 21), utilizado por parte de los cuidadores primarios de pacientes post COVID-19. Esto indica que utilizan en gran medida estrategias que implican la imaginación y creatividad para la resolución de problemas.

9.5 Resultados de la evaluación del desacondicionamiento físico de los pacientes post COVID-19.

Gráfica 14. Puntaje global del desacondicionamiento físico de los pacientes post COVID-19.



Al evaluar el desacondicionamiento físico de los pacientes post COVID-19 se evidenció que el 37% de los pacientes (n: 20) no presentaron limitaciones funcionales, seguidos de la limitación funcional moderada 20% (n: 11), limitación funcional severa 15% (n: 8) y en igual proporción la limitación funcional leve y mínima 13% (n: 7). (gráfica 14)

9.6 Resultados del cruce de variables

Al cruzar el nivel de afrontamiento y adaptación del familiar del paciente post COVID-19 con aspectos sociodemográficos como sexo, edad, estado civil, ocupación, seguridad social y comorbilidades no se demostró una significancia estadística (anexo 10 tablas 1-6). Cabe resaltar que al relacionar el nivel de afrontamiento y adaptación de los cuidadores con el ser proveedor económico se obtuvo una P:0.051, el Fisher fue de 0.063 denotando que tampoco tiene significancia estadística (anexo 10 tabla 7). Además, no se encontró relación entre las actividades que los cuidadores realizaban para reducir el estrés, los factores estresantes por tener un familiar con COVID-19, el lugar y tiempo de estancia hospitalaria respecto al nivel de afrontamiento y adaptación de los mismos (anexo 10 tabla 8-11).

10. Discusión

La pandemia del COVID-19 ha sido uno de los desafíos más grandes por los que ha pasado la sociedad actualmente, la cual significó un momento de parálisis a nivel mundial dado por la incertidumbre sobre el desenlace de esta enfermedad. En el presente trabajo se hace un análisis estadístico (caracterizando a la población colombiana), sobre el nivel de afrontamiento y adaptación de pacientes hospitalizados y cuidadores frente a su enfermedad del COVID-19.

Podemos interpretar con los resultados anteriormente expuestos, que la mayor parte de la población en general, tanto hombres como mujeres hospitalizadas por COVID-19, se encontraban en el rango de edad entre los 60 a 69 años. De manera aislada por sexo, el mayor porcentaje de hombres diagnosticados por COVID-19 se encontraron en el grupo de los 50 a 59 años. Sin embargo, en el estudio de Diaz J. se observó en mayor proporción el diagnóstico de esta enfermedad en personas entre los 30-39 años en Colombia (57). Según el INS el mayor porcentaje de los casos confirmados de COVID-19 son mujeres, sin embargo, en múltiples estudios predomina la hospitalización tanto general como en UCI en los hombres, uno de estos, realizado por la Universidad del Rosario en el año 2020, concluyó que, el sexo masculino requirió en mayor porcentaje atención hospitalaria/UCI (2.24%) respecto al sexo femenino (1.69%) (58).

Respecto a los cuidadores de pacientes con diagnóstico de COVID-19, se encontró que la mayoría se estaban en un rango de edad de 20 a 29 años y predominaba el sexo masculino. Larrañaga I, Valderrama M, Martín U, Begiristain J, et al, encontraron que prevalecen las mujeres como cuidadoras. Ellos concluyen que esta función social se le atribuye a lo femenino como un deber moral, sin embargo, actualmente se ve una participación importante de los hombres en este rol (59).

Otro aspecto relevante respecto a los pacientes diagnosticados con COVID-19, es que la mayoría son empleados y dentro de este grupo predominan los proveedores económicos, lo que se ve

reflejado en la caída de la economía. Un estudio realizado por la Alcaldía Mayor de Bogotá en 2021 describió que una de las consecuencias de la pandemia fue un aumento en la brecha económica y laboral, esto debido al aumento del desempleo y de los costos de la canasta familiar. Sin embargo, mientras los condicionamientos de salud pública se han ido retirando paulatinamente, el panorama ha ido mejorado (60).

De igual manera en los cuidadores la mayoría son empleados de los cuales predominan los proveedores económicos. Estos resultados sorprenden debido a que los cuidadores por cuestiones de disposición de tiempo y de los mismos cuidados y atenciones que requiera el paciente suponen de su constante presencia en el hogar, todo lo contrario, sucedido en el estudio. Un estudio que se realizó en Envigado, Colombia, evidencia que los cuidadores principalmente eran hijas o esposas amas de casa dedicadas al cuidado y por tal motivo con limitaciones para actividades de tipo laboral e incluso con las relaciones interpersonales por fuera de este (61). Según el estudio de Cuevas-Martínez K., realizado en cuidadores informales de adultos mayores en tiempo de pandemia por COVID-19, se encontró que los cuidadores principalmente eran personas con estado civil casado y dedicados a labores del hogar (62).

Al analizar los aspectos o factores estresantes que preocupaban a la población de pacientes frente a su diagnóstico de COVID-19 en su hospitalización, se evidenció que la incertidumbre, el desconocimiento, miedo e inseguridad fue lo que más preocupaba a esta población. En un estudio realizado en Wuhan con 50 pacientes diagnosticados con COVID-19, estos fueron ingresados en un hospital psiquiátrico en donde describen las alteraciones mentales presentadas con mayor frecuencia en la pandemia, entre estas podemos encontrar los trastornos de ansiedad secundarios a la enfermedad, depresión sola o asociada a ansiedad, pánico, entre otros (63). De manera comparativa, el factor estresante que predomina en la muestra de cuidadores frente a la enfermedad de su familiar, es la ansiedad, depresión y angustia, así mismo se evidencio en el estudio de Ruiz-Aguilar

C, donde reportan que el síntoma de ansiedad más prevalente en familiares de pacientes con COVID-19 fue el miedo (75.3%), además de ansiedad moderada a severa (26.5%.) (64).

Por otro lado, se realizó un análisis estadístico teniendo en cuenta el cruce de diferentes variables sociodemográficas (sexo, edad, ocupación, comorbilidades y proveedor económico) junto con el proceso de afrontamiento y adaptación de cuidadores de pacientes post COVID-19, de lo anterior, se encontró que no hay significancia estadística según las diferentes variables para algún grado de afrontamiento, lo que indica que aunque las personas entrevistadas tienen procesos de afrontamiento y adaptación diferentes, se adaptan de manera similar independientemente de las variables ya mencionadas. Así mismo la Universidad Privada San Juan Bautista en Lima, Perú realizaron pruebas de Chi cuadrado de Pearson, en donde no obtuvieron relaciones estadísticas significativas entre las características sociodemográficas, más sin embargo si hubo significancia entre la condición laboral y el estado emocional, siendo afectados en su mayoría los desempleados (65).

En cuanto a los sentimientos percibidos tras el diagnóstico de COVID-19 y la estancia hospitalaria tanto para cuidadores como para pacientes se encontró predominancia de sentimientos como ansiedad (39%), seguido de estrés en un 30%. Sin embargo, entre las estrategias utilizadas para manejar estas situaciones destacaban las actividades pasivas (55%) previamente definidas seguidas de las activas (45%), resultados que de acuerdo con el estudio de Puerto C. y León L. (66) concuerda con el hecho de que la pandemia desencadenó una gran variedad de sentimientos predominantemente de estrés y ansiedad que llevó a las personas a buscar distintas estrategias para poder afrontarla, que como bien se observa no solo aplicó para aspectos relacionados con el encierro sino también en cuanto a la atención hospitalaria que requirieron algunos miembros de la familia y como se logró buscar soluciones en conjunto.

La mayoría de los pacientes post COVID-19 tuvieron un alto nivel de afrontamiento y adaptación. De igual manera Flórez I, Herrera E, Carpio, E, et al, demostró que los pacientes que egresaron de UCI también presentaron un nivel alto. Sin embargo según los hallazgos del estudio de Flores, T y Cárdenas, M, predominaba en pacientes con COVID -19 el nivel medio 60%, seguido del alto en un 24% (67, 68).

En nuestro estudio, el factor 2 fue el más utilizado, dónde en su mayoría el nivel de afrontamiento y adaptación fue entre alto y muy alto, mientras que, en el estudio de Flórez I, Herrera E, Carpio, E, et al. La mayoría de los pacientes tuvo un nivel mediano a alto en el factor 2 (67). Al ser este el más usado los pacientes utilizan estrategias como darle un significado a la enfermedad y por medio de experiencias, recuerdos y adquisición de nuevos conocimientos para anticipar planes de acción (40).

De igual manera el puntaje global del nivel de afrontamiento y adaptación de los cuidadores de pacientes post COVID-19 fue clasificado "Alto", dónde el factor 1 fue el más utilizado. Isamar, J. y Carlosama, C en su proyecto de tesis “Afrontamiento de los familiares de pacientes COVID-19, atendidos en el hospital San Vicente de Paúl 2021-2022” también encontraron que el factor más utilizado fue el 1 (52,78%) (69). Así mismo Jiménez V. et al (70) encontró que el factor más usado por cuidadores de pacientes hospitalizados en UCI era el 1 y 3 (85%). donde las estrategias más usadas fueron la recolección de información y la realización de un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación.

En cuanto a la escala funcional post COVID-19 se observó que la mayoría de los pacientes post COVID-19 no presentaron limitaciones funcionales, a pesar de que la mayoría estuvieron en UCI, por un periodo entre 2-3 semanas y presentaban una patología de base, predominantemente cardiopulmonar. Sin embargo, cabe resaltar que la mayoría de la muestra eran pacientes menores de 70 años. Benkalfate N, Eschapasse E, Georges T, et al. E. (71) evaluaron la escala PCFS en

pacientes que se recuperaron de neumonía por SARS-CoV-2, dónde al igual que en nuestro estudio, la mayoría de la muestra eran pacientes entre 59 ± 11 años, y pese a que la mayoría de la muestra presentaban dichas variables, el 88% de ellos no tuvieron síntomas y si los llegaban a tener, presentaban una limitación funcional mínima o leve. Esto puede ser paradójico ya que en un estudio realizado por la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas dónde se relacionó el estado funcional de pacientes post COVID-19 con variables como comorbilidades, hospitalización por COVID-19, tiempo de hospitalización y área dónde estuvo hospitalizado, se encontró un P-valor significativo concluyendo que las variables mencionadas anteriormente se asocian a cualquier grado de limitación funcional (72).

11. Conclusiones y recomendaciones.

- La investigación realizada permite concluir que los hombres entre los 50 a 59 años son quienes requieren mayor hospitalización general o en UCI por COVID-19. De los pacientes ingresados en instituciones de salud de Colombia con diagnóstico de COVID-19 predominan los que son empleados y proveedores económicos, además, presentan comorbilidades principalmente asociadas al sistema cardiopulmonar.
- En la población de cuidadores de pacientes post COVID-19 corresponde a hombres jóvenes en edades entre los 20 a 29 años, de igual manera se evidenció que en su mayoría son empleados y proveedores económicos.
- Los pacientes y cuidadores de pacientes post COVID-19 tuvieron una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, observándose con mayor frecuencia los factores 2 y 1 respectivamente. En el cual se ven reflejados los comportamientos personales, las estrategias para la resolución de problemas mediante procesos cognitivos, la creatividad, planificación de acciones en busca de resultados, darle un significado a la enfermedad y las emociones que se ve reflejada en reacciones físicas.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la capacidad de afrontamiento y adaptación de los cuidadores de pacientes post COVID-19 y las variables sociodemográficas de sexo, edad, ocupación, comorbilidades y proveedor económico.
- A pesar de que la mayoría de los pacientes tuvieron factores de riesgo para tener algún grado de limitación funcional, se evidenció que la mayoría de ellos no presentó limitaciones funcionales. Por lo anterior recomendamos realizar un análisis tipo Clúster para evaluar si hay relación entre aspectos sociodemográficos con la limitación funcional post COVID-19.

12. Limitantes del estudio.

Durante el desarrollo del estudio investigativo encontramos diferentes limitaciones, algunas de estas son el tamaño de la muestra, debido a que no se contó con una amplia base de datos de la población de estudio, esto tuvo repercusiones al momento del análisis y procesamiento estadístico con respecto al cruce de variables para poder determinar los valores P de significancia estadística con respecto a la población, sus factores sociodemográficos y su afrontamiento ante el diagnóstico de COVID-19. Además, se posee poca literatura con la que se pueda comparar el estudio realizado, con respecto a la aplicación de la escala CAPS en su versión corta, en español y validada en la población que usamos de estudio, debido a que principalmente se tomaba en cuenta en otros estudios la aplicación de la escala CAPS en su versión larga y en inglés y en poblaciones de estudio diferentes.

13. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado el 20 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjw1JeJBhB9EiwAV612y90p0_sGtZ9ZgyQsvUTCImvCB6w5r3MeDh38JAt_nxGov-GWO92QpxoCIcUQAvD_BwE
2. Hegarty S. Coronavirus en China: Quién era Li Wenliang, el doctor que trató de alertar sobre el brote y de cuya muerte se cumple un año [Internet]. 2020 [citado el 27 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-51371640
3. Statista. Número de personas fallecidas a causa del coronavirus en el mundo a fecha de 28 de abril de 2023, por país [Internet]. Statista. 2023 [citado el 27 de abril del 2023]. Disponible en: https://es.statista.com/estadisticas/1095779/numero-de-muertes-causadas-por-el-coronavirus-de-wuhan-por-pais/#main-content
4. Instituto Nacional de Salud. Módulo de datos COVID-2019 en Colombia [Internet]. Instituto Nacional de Salud. 2019 [citado el 25 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/modelos-covid-19
5. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 - Sistema de Información para la Región de las Américas [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2023 [citado el 30 de abril del 2023]. Disponible en: https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/pages/paho-south-america-covid-19-response

6. Instituto Nacional de Salud. COVID-19 en Colombia [Internet]. Instituto Nacional de Salud. 2023 [citado el 1 de abril del 2023]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-casos.aspx

7. Ministerio de Salud y Protección Social. Estas son las complicaciones más frecuentes en pacientes con covid-19 en el país [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2020 [citado el 25 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Estas-son-las-complicaciones-mas-frecuentes-en-pacientes-con-covid-19-en-el-pais.aspx

8. World Health Organization. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide [Internet]. World Health Organization. 2022 [Cited 30 Abril 2023]. Disponible en: https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide

9. Roy C, Bakan G, Li Z, Nguyen TH. Coping measurement: Creating short form of Coping and Adaptation Processing Scale using item response theory and patients dealing with chronic and acute health conditions. Appl Nurs Res. el 1 de noviembre de 2016;32:73–9.

10. Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, Durán 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. Aquichan. 2007;7(1):54–63.

11. Chandu VC, Marella Y, Panga GS, Pachava S, Vadapalli V. Measuring the Impact of COVID-19 on Mental Health: A Scoping Review of the Existing Scales. Indian J Psychol Med [Internet]. el 1 de septiembre de 2020 [citado el 2 Septiembre del 2021];42(5):421–7. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0253717620946439

12. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Guía Clínica para la Atención al Paciente Long COVID/ COVID persistente [Internet]. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. 2021 [citado el 1 de septiembre del 2021]. Disponible en: https://www.semg.es/images/2021/Documentos/GUIA_CLINICA_COVID_Persistent_20210501_version_final.pdf

13. Londoño Pérez C, Alejo Castañeda IE. Instrumentos usados en Colombia para evaluar la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad [Internet]. Vol. 4. Bogotá: Universidad Católica de Colombia; 2017 [citado el 3 de septiembre del 2021]. Disponible en: https://hdl.handle.net/10983/19109

14. ACIN. Consenso Colombiano de Atención, Diagnóstico y Manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. ACIN [Internet]. abril de 2021 [citado el 2 de septiembre de 2021];25(4). Disponible en: https://www.acin.org/images/guias/coronavirus/GUIA_COVID_ED3_copia.pdf

15. Bouza E, Moreno RC, Ramos PDL, García-Botella A, García-Lledó A, Gómez-Pavón J, et al. Síndrome post-COVID: Un documento de reflexión y opinión. Rev Esp Quimioter [Internet]. abril de 2021 [citado el 2 de septiembre del 2021];34(4):279. Disponible en: /pmc/articles/PMC8329562/

16. Tautiva Ochoa K, López CM, Guzmán-Romero SY, González Ruíz DP, Hernández Zambrano SM. Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes críticos. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía. 2020 Sep 3;1–8.

17. Antón Hurtado, F, Román López, M. Análisis antropológico de las vivencias del paciente Covid – 19 en UCI: del miedo a la gratitud. Cultura de los cuidados. 2021; 25(60-1): 20-7.

18. Song CE, Kim HY, So HS, Kim HK. Reliability and Validity of the Korean Version of the Coping and Adaptation Processing Scale-Short-Form in Cancer Patients. J Korean Acad Nurs. 2018;48(3):375.

19. Wang X, Tang L, Howell D, Shao J, Qiu R, Zhang Q, et al. Psychometric Testing of the Chinese Version of the Coping and Adaptation Processing Scale-Short Form in Adults With Chronic Illness. Front Psychol. 2020 Jul 23;11.

20. Román S, Walsh P. Intervención de enfermería en salud mental, para fortalecer las habilidades de afrontamiento y adaptación a la nueva realidad provocada por el Sars-Cov-2, dirigido al personal de la oficina de bienestar y salud de la Universidad de Costa Rica [Tesis]. Trabajo final de investigación para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Mental. [Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2021.

21. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Medicina y Laboratorio. 2020 May 5;24(3):183–205.

22. Organización Mundial de la Salud. Covid-19 a nivel mundial. [Internet].Organización Mundial de la Salud 2022 [citado el 4 de abril del 2022]. Disponible en: https://who.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=2203b04c3a5f486685a15482a0d97a87&extent=-17277700.8881%2C-1043174.5225%2C-1770156.5897%2C69796352%01

23. Instituto Nacional de Salud. Covid-19 en Colombia - Corte 03-05-2023. [Internet]. Instituto Nacional de Salud. 2021 [citado el 11 de septiembre del 2021]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx

24. Padilla Benítez T, Rojas AL, Munive Báez L, Monsiváis Orozco AC, Dionicio Avendaño AR, Corona Villalobos CA, et al. Manifestaciones clínicas de la COVID-19. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica. 2020;33(s1):10–32.

25. Organización Mundial de la Salud. Pruebas diagnósticas para el SARS-COV-2: Orientaciones provisionales [Internet]. OMS Ginebra; 2020 [citado 12 de septiembre del 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335830/WHO-2019-nCoV-laboratory-2020.6-spa.pdf

26. Mulavara AP, Peters BT, Miller CA, Kofman IS, Reschke MF, Taylor LC, et al. Physiological and Functional Alterations after Spaceflight and Bed Rest. Med Sci Sports Exerc. 2018 Sep;50(9):1961–80.

27. Páez O, Ortiz M, Rodriguez. Nora. Capítulo 1, Desacondicionamiento físico. In: Prevención y manejo del desacondicionamiento físico en el paciente hospitalizado por COVID-19 . 2020.

28. Lamas-Barreiro JM, Alonso-Suárez M, Fernández-Martín JJ, Saavedra-Alonso JA. Supresión de angiotensina II en la infección por el virus SARS-CoV-2: una propuesta terapéutica. Nefrología. 2020 May;40(3):213–6.

29. Saavedra CH. SECCIÓN IX. Síndrome Post COVID-19: complicaciones tardías y rehabilitación. Infectio. 2021 Apr 30;25(4):290.

30. Lorca LA, Leão Ribeiro I, Torres-Castro R, Sacomori C, Rivera C. Propiedades psicométricas de la escala Post-COVID-19 Functional Status para adultos sobrevivientes de COVID-19. Rehabilitación (Madr). 2022 Oct;56(4):337–43.

31. Chavarro Carvajal DA, Heredia RA, Venegas Sanabria LC, Cano Gutiérrez CA. Escalas de uso frecuente en geriatría. Bogotá. Disponible en:

https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/53402/Manual%20de%20escalas%20de%20uso%20frecuente%20en%20geriatria%201%20Version.pdf?sequence=1&isAllowed=y

32. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet]. 2005 [citado el 5 de Abril 2022];19(2):135–50. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007

33. Gómez López A, Ivont Hurtado Sepúlveda E, Peña Aponte C, Gerardo Cano Villate Carlos Eduardo Galán Suárez Dilson Ríos Romero María Fernanda Barreto Villalba L, Baquero Molina María Fernanda Barreto Villalba Ana Mireya Castañeda Abril N. Guía para la atención de personas con condiciones Post SARS-Cov-2 en Bogotá, Distrito Capital. Bogotá

34. Betancourt-Peña J, Ávila-Valencia JC, Palacios-Gómez M, Rodríguez-Castro J, Benavides-Córdoba V. Traducción y adaptación cultural de la escala The Post-COVID-19 Functional Status (PCFS) Scale al español (Colombia). Rev Cubana Invest Bioméd 2021;40.

35. Benavidez Córdoba V, Betancourt Peña. Jhonatan, Ávila Valencia JC. PCFS - Manual de la escala del estado funcional posterior al COVID-19 versión español. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2021 [citado el 29 de marzo del 2023] ; 40(Suppl 1): e1551. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002021000200018&lng=es.

36. García-Molina A, Espiña-Bou M, Rodríguez-Rajo P, Sánchez-Carrión R, Enseñat-Cantallops A. Programa de rehabilitación neuropsicológica en pacientes con síndrome post-COVID-19: una experiencia clínica. Neurología [Internet]. 2021 Sep 1 [Citado 24 Noviembre 2022];36(7):565. Disponible en: /pmc/articles/PMC8015432/

37. Acosta-Dighero R, Rodríguez-Núñez I, Solís-Grant MJ, Torres-Castro R, García-Soto C, Acosta-Dighero R, et al. Post COVID-19 rehabilitation: A current challenge. Rev Med Chil [Internet]. 2020 Oct 1 [citado el 24 de Noviembre de 2022];148(10):1531–2. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020001001531&lng=en&nrm=iso&tlng=en

38. Klok FA, Boon GJAM, Barco S, Endres M, Geelhoed JJM, Knauss S, et al. The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. European Respiratory Journal. 2020 Jul;56(1):2001494.

39. Díaz de Flores L, Durán de Villalobos MM, Gallego de Pardo P, Gómez Daza B, Gómez de Obando E, González de Acuña Y, et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichan [Internet]. 2002 [citado el 5 de mayo de 2023] ;2(1):19–23. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es

40. Gutiérrez López C, Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. Hallazgos [Internet]. 2009;6(12):201-213. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835200009

41. Gómez V. Richard Stanley Lazarus (1922-2002). Rev Latinoam Psicol, Vol 37, núm 1 , 2005 pp. 207-209

42. Krohne, H.W. (2001) Stress and Coping Theories. The International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences, Elsevier; 2001. p. 15163–70 , 22. Disponible en: https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/03817-1

43. Vera-Villarroel P. Psicología y COVID-19: Un análisis desde los procesos psicológicos básicos. Panamerican J. Neuropsychol 2020;14:10–8.

44. Narváez JH, Obando-Guerrero LM, Hernández-Ordoñez KM, De la Cruz-Gordon EK. Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento frente a la COVID-19 en universitarios. Univ Salud. 2021 Aug 31;23(3):207–16.

45. Amarís Macías M, Madariaga Orozco C, Valle Amarís M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico Individual and family copying strategies when facing psychological stress situations. Universidad del Norte. Psicología desde el caribe, Vol 30, no 1. 30:2013.

46. Villarreal JLA, Guzmán-Saldaña R. Modelo Biopsicosocial: De la teoría a la clínica. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo [Internet]. 2021 Dec 5;10(19):101–2.Disponible en: https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/8033

47. Marquina R, Jaramillo-Valverde L. El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población. SciELO [Preprint] 25 de Mayo de 2021, Universidad Nacional Federico Villarreal. Facultad de psicología y humanidades, Lima, Perú

48. Lucero MC, Baldi López G, Lucero Morales E, Tifner S. Estrategias de afrontamiento familiar y Salud Mental en el marco del aislamiento social preventivo por COVID 19. InXII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia 2020. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

49. Bhattacharjee B, Acharya T. “The COVID-19 Pandemic and its Effect on Mental Health in USA – A Review with Some Coping Strategies.” Psychiatric Quarterly [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2023 May 5];91(4):1135–45. Available from: https://click.endnote.com/viewer?doi=10.1007%2Fs11126-020-09836-0&token=WzM5Nz

M0NDEsIjEwLjEwMDcvczExMTI2LTAyMC0wOTgzNi0wIl0._VmUZeCfIwyqN71N0TNYCKs7dS0

50. Budimir S, Probst T, Pieh C. Coping strategies and mental health during COVID-19 lockdown. https://doi.org/101080/0963823720211875412 [Internet]. 2021 [cited 2023 May 5];30(2):156–63. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2021.1875412

51. Nava-Quiroz C, Vega-Valero CZ, Soria Trujano R. Escala de modos de afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas. Universitas Psychologica. enero de 2010;9(1):139-47

52. Bonilla-Cruz NJ, Bahamon MJ, Forgiony-Santos J, Mora-Wilches K, Montánchez-Torres ML. Propiedades psicométricas de la escala de afrontamiento para la intervención psicológica en adolescentes COPE.

53. Medina Fernández IA, Carreño Moreno S, Chaparro Díaz L, Gallegos-Torres RM, Medina Fernández JA, Hernández Martínez EK. Fear, Stress, and Knowledge regarding COVID-19 in Nursing Students and Recent Graduates in Mexico. Invest Educ Enferm. 2021 Mar 3;39(1).

54. Sarmiento González P, Botero Giraldo J, Carvajal Carrascal G. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión modificada en español. Index de Enfermería. 2013 Dec;22(4):233-6

55. Callista Roy S, Professor F, Theorist William NF. Coping and Adaptation Processing Scale (CAPS): Short Form (15-Item) Information for Users [Internet]. School of Nursing - Boston College. 2015 [citado el 6 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.msmu.edu/media/website/learning-amp-research-communities/roy-adaptation-association/CAPS-Short-Form-User-Manual-2015.pdf

56. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993 [Internet].Organización Mundial de la Salud 2022 [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF

57. Díaz Pinzón JE. Curva epidémica para COVID-19 en Colombia (2020-2021). Revista Repertorio de Medicina y Cirugía - FUCS. 2022 Apr 18;31:10–3.

58. Escallón T, Fajardo E, García A, Rodríguez N. Análisis de la pandemia COVID-19 según la vulnerabilidad en Colombia (DANE). Periodo: Caso índice hasta la finalización de la cuarentena, 2020. [Tesis]. [Bogotá]: Universidad del Rosario - Universidad Corporación Para Estudios en Salud ; 2020.

59. Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B. Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2009 En;27(1):50-5

60. López Hernández CN, Jaramillo MM, Avendaño A, Pérez D, Rincón H. Principales efectos de las medidas tomadas a raíz de la pandemia por el Covid-19 en la economía bogotana [Internet]. Bogotá; 2021 Nov [citado el 3 de mayo de 2023]. Disponible en : https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/estudio_impacto_del_covid-19_en_la_economia_bogotana_0.pdf

61. Giraldo CI, Franco GM, Correa LS, Salazar MO, Tamayo AM. Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2005 Jul;23(2):7-15

62. Cuevas Martinez KI, Gutiérrez Valverde JM. Caracterización de los cuidadores informales de adultos mayores en situación de pandemia por COVID-19 en Tamaulipas, México. SANUS. 2022 Mar 10;7.

63. Paredes Pérez PM, Dawaher Dawaher JE, Chérrez Paredes MF. Impacto del COVID-19 en la salud mental de los pacientes hospitalizados. Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca. 2020:55-64.

64. Ruiz-Aguilar CA, Urdapilleta-Herrera ED, Lara-Rivas G. Ansiedad en familiares de pacientes con COVID-19 hospitalizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Neumología y cirugía de tórax. 2021 Jun;80(2):100-4.

65. Sipán Bernal S. Características Sociodemográficas Y Estado Emocional Del Paciente Con Covid-19 Del Centro Materno Infantil José Gálvez, 2022 [Internet]. 2022 [citado el 6 de mayo de 2023]. Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/3821/TI-MSP-SIPAN%20BERNAL%20SUSY%20DEL%20PILAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

66. Puerto Barrera CF, León Beltrán LV, López Gómez JM. Capacidades de afrontamiento de las familias de la Fundación Construyendo Seres ante la pandemia por SARS-2 (COVID-19) [Internet] [Thesis]. [Bogotá]: Universidad de la Salle; 2021 [citado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en: https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=2288&context=trabajo_social

67. Lucho Salvador RE, Chuquillanqui Trujillo EE. Estado funcional y nivel de calidad de vida en pacientes Post COVID-19 [Internet] [Tesis]. [Lima]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2022 [citado el 6 de mayo de 2023]. Disponible en: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/12706/2/06%20ENF%201286%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf

68. Flores T, Cárdenas M. Estrategia de afrontamiento en pacientes COVID hospitalizados de una clínica particular de Lima, 2020 [Internet] [Thesis]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener ; 2020 [citado el 5 de mayo de 2023]. Disponible en:

https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4928/T061_47845714_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

69. Carlosama JI. Afrontamiento de los familiares de pacientes covid-19, atendidos en el hospital san vicente de paúl 2021-2022 [Tesis]. [Ibarra]: Universidad técnica del Norte ; 2022.

70. Jimenez-Ocampo VF, Zapata-Gutiérrez LS. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan. 2013 Aug 1;13(2):159–72.

71. Benkalfate N, Eschapasse E, Georges T, Leblanc C, Dirou S, Melscoet L, et al. Evaluation of the Post-COVID-19 Functional Status (PCFS) Scale in a cohort of patients recovering from hypoxemic SARS-CoV-2 pneumonia. BMJ Open Respir Res. 2022 Mar 9;9(1).

72. Lucho R, Chuquillanqui E. Estado funcional y nivel de calidad de vida en pacientes post COVID-19 [Internet]. [lima]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2022 [citado el 6 de mayo de 2023]. Disponible en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/667072/Lucho_SR.pdf?sequence=3&isAllowed=y

14. Diccionario de siglas.

- **SARS-CoV-2**: Síndrome respiratorio agudo severo tipo-2
- **IRA:** Infección Respiratoria Aguda
- **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **PCFS:** Post-COVID-19 Functional Status Scale
- **CAPS:** Coping Adaptation Processing Scale
- **FCV-19S:** The Fear of COVID-19 Scale
- **CSS**: The COVID Stress Scales
- **HAD**: Escala de ansiedad-depresión hospitalaria
- **HDRS**: Escala de Hamilton para la depresión
- **SPA:** Sustancias psicoactivas
- **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- **INS:** Instituto Nacional de Salud
- **PAHO**: Organización Panamericana de la Salud
- **PCR:** Reacción en cadena de la polimerasa
- **PICS:** Síndrome post cuidados intensivos
- **SRAA**: Sistema Renina Angiotensina Aldosterona
- **TUG:"**timed-up and-go"
- **SaO2:** Saturación de oxígeno
- **PE** : Percepción del esfuerzo
- **PED-H:** Protocolo de Evaluación de la Deglución en Pacientes Hospitalizados

- **MECV-V:** Método de Evaluación Consistencia Volumen-Viscosidad.
- **DASS 21:** Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés

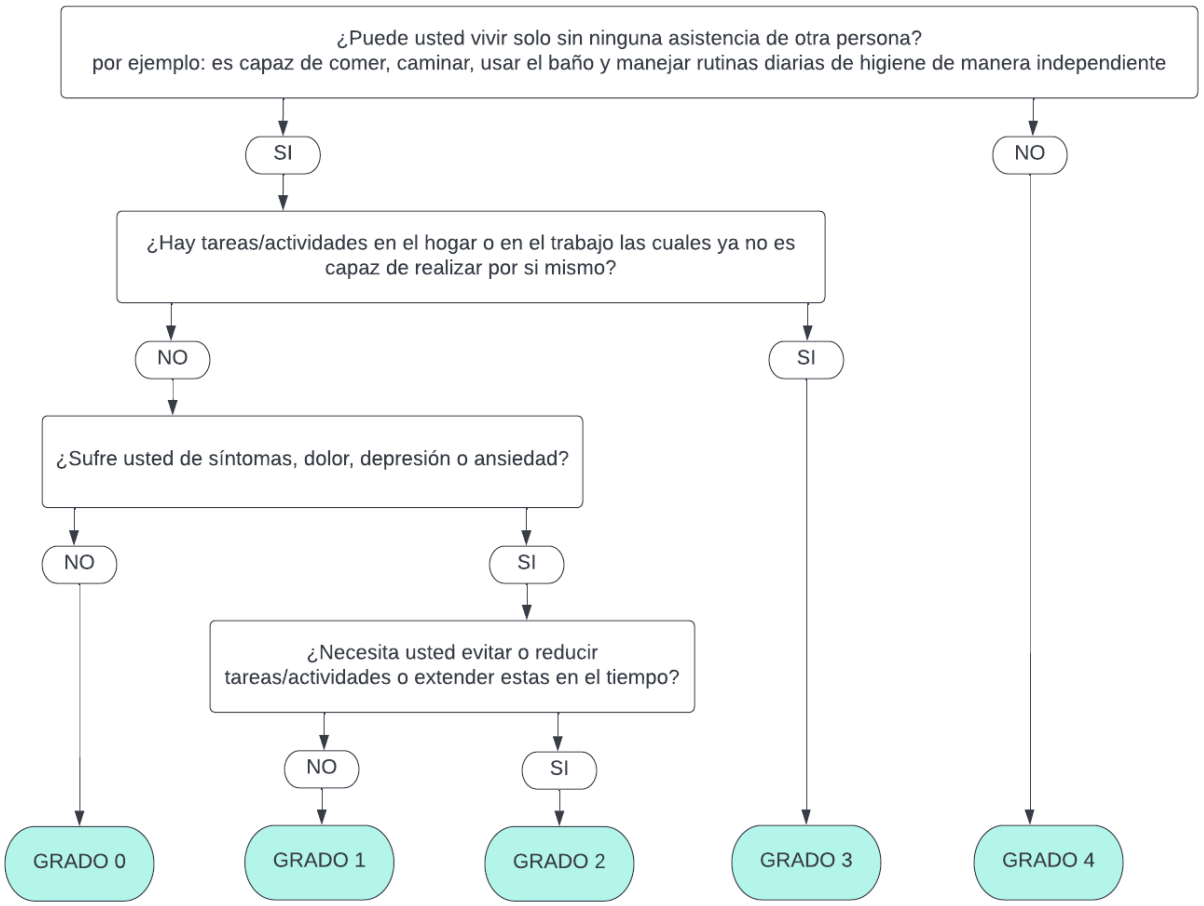
15. Glosario de términos.

- **Adaptación:** Proceso por el cual un organismo evoluciona buscando la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el dominio y la trascendencia.
- **Afrontamiento:** Esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y de integridad.
- **Desacondicionamiento físico:** Situación de pérdida de condiciones fisiológicas y metabólicas de diversos sistemas ocasionada por la permanencia en reposo, que afecta los desempeños y posibilidades funcionales de la persona.
- **Paciente:** Aquella persona que sufre de dolor y malestar, y por ende solicita asistencia médica y está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud.
- **Cuidador:** Persona que asiste a otra que cursa con alguna enfermedad o condición de discapacidad, estos pueden ser profesionales de la salud, familiares, amigos, miembros de organizaciones gubernamentales o demás individuos que velen por el bienestar del paciente.

- **COVID-19:** Agente viral de la familia coronavirus (CoV), responsable de causar infección respiratoria aguda (IRA).

16. Anexos

Anexo 1. Flujograma escala de evaluación del estado funcional post COVID-19.



Fuente: Tomado de Traducción y adaptación cultural de la escala The Post-COVID-19 Functional Status (PCFS) Scale al español (Colombia), Betancourt-Peña J, Ávila-Valencia JC, Palacios-Gómez M, Rodríguez-Castro J, Benavides-Córdoba V. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2021;40. (34)

Anexo 2. Escala de evaluación del estado funcional post COVID-19.

Grado de la escala PCFS+descripción	Sección de la revista estructurada
0. Sin limitaciones funcionales Sin síntomas, dolor, depresión o ansiedad	Lista de chequeo de síntomas.
1. Limitación funcional no significativa Todas las tareas, actividades habituales en el hogar o en el trabajo pueden llevarse a cabo con el mismo nivel de intensidad a pesar de algunos síntomas, dolor, depresión y ansiedad.	Lista de chequeo de síntomas.
2. Limitación funcional leve Las tareas/actividades habituales en el hogar o en el trabajo se llevan a cabo con un nivel de intensidad más bajo u ocasionalmente se evitan debido a síntomas, dolor, depresión y ansiedad.	Participación en roles sociales habituales (capaz de realizar de manera independiente todas las tareas/actividades aun cuando en ocasiones sea necesario abusar del tiempo o la frecuencia).
3. Limitación funcional moderada Las tareas/actividades habituales en el hogar o en el trabajo se han modificado estructuralmente (reducido) debido a síntomas, dolor, depresión y ansiedad.	Actividades instrumentales de la vida diaria; participación en roles sociales habituales (incapacidad para realizar ciertas tareas/actividades las cuales son asumidas por otro).
4. Limitación funcional severa Asistencia necesaria en actividades de la vida diaria debido a síntomas, dolor, depresión y ansiedad. Se requieren cuidados y atención de enfermería.	Cuidado constante; ADL básicas; ADL instrumentales; participación en roles sociales habituales.
Fallecido.	

Fuente: Tomado de The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19, Klok FA, Boon GJAM, Barco S, Endres M, Geelhoed JJM, Knauss S, et al. Eur Respir J. 2020;56(1):2001494. (39)

Anexo 3. Cuestionario para evaluar el estado funcional post COVID-19

¿Cuánto se ve afectada actualmente su vida diaria por el COVID-19 ? Por favor indique cuál de las siguientes afirmaciones se aplica más a usted. *por favor, marque sólo una casilla a la vez*		**Calificación correspondiente de la escala PCFS** *(marque la casilla)*
Sin limitaciones funcionales: No tengo ninguna limitación en mi vida diaria ni síntomas de dolor, depresión o ansiedad.	☐	**Grado 0**
Limitación funcional no significativa: Tengo limitaciones insignificantes en mi vida diaria, ya que puedo realizar todas las tareas habituales, aunque todavía no tengo síntomas persistentes, dolor, depresión o ansiedad.	☐	**Grado 1**
Limitación funcional leve: Sufro limitaciones en mi vida diaria, ya que ocasionalmente necesito reducir o evitar tarea / actividades habituales o necesito extenderlas en el tiempo debido a los síntomas, dolor, depresión o ansiedad. Sin embargo, soy capaz de realizar todas las actividades sin ninguna asistencia.	☐	**Grado 2**
Limitación funcional moderada: Sufro limitaciones en mi vida diaria, ya que no soy capaz de realizar todas las tareas/actividades habituales debido a los síntomas, dolor, depresión o ansiedad. Sin embargo, soy capaz de cuidar de mí mismo sin ninguna asistencia.	☐	**Grado 3**
Limitación funcional severa: Sufro limitaciones severas en mi vida diaria. No puedo cuidar de mí mismo y por lo tanto dependo de cuidados de enfermería y/o la asistencia de otra persona debido a los síntomas, dolor, depresión o ansiedad.	☐	**Grado 4**

Fuente: Tomado de The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19, Klok FA, Boon GJAM, Barco S, Endres M, Geelhoed JJM, Knauss S, et al. Eur Respir J. 2020;56(1):2001494. (39)

Anexo 4. Agrupación de cada ítem por factor según la Escala del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy.

"Cuando vivo una crisis, o un evento extremadamente difícil, yo……

Número de ítem	**Modelo adaptación**	**Proceso Inform**	**Deducción de conduc adapt**
1	**Autoconcepto**	**Central**	**Fact 1**
2	**Autoconcepto**	**Central**	**Fact 1**
3	**Autoconcepto**	**Entrada**	**Fact 1**
4	**Auto concept**	**Salida**	**Fact 2**
5	**Fisiológico**	**Entrada**	**Fact 3**
6	**Rol e interdependencia**	**Entrada**	**Factor 1**

7	**Interdependencia**	**Central**	**Fact 4**
8	**Autoconcep**	**Central**	**Fact 4**
9	**Autoconcept e interdepend**	**Entrada**	**Fact 2**
10	**Autoconcept**	**Central**	**Fact 2**
11	**Autoconcept**	**Salida**	**Fact 4**
12	**Rol**	**Salida**	**Fact 4**
13	**Fisiológico**	**Entrada**	**Fact 3**
14	**Fisiológico**	**Entrada**	**Fact 3**
15	**Rol**	**Salida**	**Fact 4**

Fuente: Tomado de Psychometric testing of the Chinese version of the coping and adaptation processing scale-short form in adults with chronic illness. Wang, X., Tang, L., Howell, D., Shao, J., Qiu, R., Zhang, Q., & Ye, Z. Frontiers in Psychology, 2020, vol. 11, p. 1642). (19)

Anexo 5. Clasificación del puntaje global del nivel de afrontamiento y adaptación y agrupación por cada factor.

Tabla 1. Clasificación del puntaje global del nivel de afrontamiento y adaptación

Puntaje global
Muy alto >49
Alto (39-49)
Medio (27-38)
Bajo <27

Tabla 2. Rango de valores para factor 1: Recursivo y centrado

FACTOR 1
RANGO DE VALORES

Muy alta (>13)
Alta (11-13)
Media (8-10)
Baja (4-7)

Factor 1. Está conformado por 4 afirmaciones (ítems 1, 2, 3 y 6), los cuales se clasifican en entrada y central con un modelo de adaptación de autoconcepto y rol e interdependencia.

Tabla 3. Rango de valores para factor 2: Reacciones físicas y enfocadas como mecanismos para el manejo de situaciones

FACTOR 2
RANGO DE VALORES
Muy alta (11-12)
Alta (8-10)
Media (6-7)
Baja (3-5)

Factor 2. Está conformado por 3 afirmaciones (ítems 4, 9 y 10), los cuales se clasifican en entrada central y salida con un modelo de adaptación de autoconcepto y autoconcepto e interdependencia

Tabla 4. Rango de valores para factor 3: Proceso de alerta

FACTOR 3
RANGO DE VALORES
Muy alta (11-12)
Alta (8-10)
Media (6-7)
Baja (3-5)

Factor 3. Está conformado por 3 afirmaciones (ítems 5, 13 y 14), los cuales se clasifican en entrada con un modelo de adaptación fisiológico

Tabla 5. Rango de valores para factor 4: Procesamiento sistemático de información

FACTOR 4
RANGO DE VALORES
Muy alta (>16)
Alta (13-16)
Media (10-12)
Baja (5-9)

Factor 4. Está conformado por 5 afirmaciones (ítems 7, 8, 11, 12 y 15), los cuales se clasifican en central y salida con un modelo de adaptación de interdependencia, autoconcepto y rol.

Fuente: Tomado de Métrica De Calificación De La Escala Del Proceso De Afrontamiento Y Adaptación Versión Corta, del proyecto interinstitucional bajo la directriz de la Dra. Carolina Gutierrez.

Anexo 6. Consentimiento informado pacientes post COVID-19

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES POST COVID-19

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO "PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE PACIENTES Y CUIDADORES DE PACIENTES POST COVID-19 EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE COLOMBIA"

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Pacientes y Cuidadores de Pacientes post COVID-19 en Instituciones Hospitalarias de Colombia

NÚMERO DE AVAL ÉTICO INSTITUCIONAL: PIS 2021-049

NOMBRE DEL PATROCINADOR: Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque

Nombre de los investigadores principales: Gustavo Ordoñez, Marcia Andrea Quiñonez Mora

Directora del proyecto: Carolina Gutiérrez López.

Nombre de los investigadores secundarios: Aura Daniela Anaya Hernández, Alejandra Daniela Báez Orozco, Verónica Sofía Barboza García, Sonya Valentina Gonzalez Alarcon, Ana Sofía Herrán Celis, Laura Valentina Jiménez Berdugo

INTRODUCCIÓN: La finalidad del estudio es identificar cómo usted como paciente afrontó la infección por COVID-19, las repercusiones y secuelas que ocasionó en su condición de salud como su grado de desacondicionamiento físico, también cómo usted como familiar cuidador de paciente egresado del hospital afronta ese proceso de su familiar. Adicionalmente enriquecer el estudio con datos sociodemográficos sobre los participantes con la finalidad de a futuro poder desarrollar estrategias en salud.

¿POR QUÉ SE VA A REALIZAR ESTA INVESTIGACIÓN?

Se busca evaluar el proceso de afrontamiento y adaptación de pacientes y cuidadores de pacientes post covid-19 en instituciones hospitalarias de Colombia.

¿EN QUÉ CONSISTE ESTA INVESTIGACIÓN?

El estudio consiste en caracterizar la población mayor de edad que egresa post COVID-19 de diferentes instituciones de Colombia, con desacondicionamiento físico a causa de la infección, y de esta forma determinar el nivel de afrontamiento y adaptación del paciente post COVID-19.

Con esto se pretende realizar un estudio en la población de referencia, técnicas de recolección de datos como entrevistas y aplicación de escalas de tipo Likert para evaluar el proceso de afrontamiento frente al desacondicionamiento físico de los pacientes y de cuidadores, para

posteriormente interpretar los resultados y analizar la viabilidad de la aplicación de estas escalas en un proceso de rehabilitación integral.

¿QUÉ TENGO QUE HACER SI PARTICIPO EN ESTA INVESTIGACIÓN?

La participación para la investigación es voluntaria, para esto debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser mayor de edad.
- Haber cursado con la enfermedad de COVID-19 y haber estado hospitalizado y/o en UCI por esta misma enfermedad.
- Paciente orientado, alerta, capaz de responder las preguntas (estado cognitivo activo).

¿CUÁNTAS PERSONAS PARTICIPARÁN EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Las personas que participan en la investigación son pacientes y cuidadores voluntarios, que cumplen con las características de inclusión antes mencionadas.

¿CUÁNTO TIEMPO ESTARÉ EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, puede retirarse de este en cualquier momento si así lo desea, solo debe informarle al equipo de investigación sobre la intención de no continuar con el estudio.

El investigador principal puede retirar de forma temprana a cualquier persona que no cumpla con los requisitos anteriormente mencionados

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS O INCOMODIDADES ASOCIADOS A ESTA INVESTIGACIÓN?

Esta investigación genera riesgo mínimo a la persona participante, ya que con el estudio solo se busca medir el proceso de afrontamiento y adaptación de los participantes, ante el desacondicionamiento físico del paciente por su egreso post COVID-19, con la aplicación de escalas que pueden generar susceptibilidad por el hecho de recordar la situación pasada.

Estas escalas deben responderse según el criterio del participante, las cuales toman un tiempo de aplicación de máximo 1 hora. Con el fin de evitar incomodidad a los pacientes sobre su privacidad o traslados, las escalas o encuestas se realizarán por vía telefónica, llamadas que realizan los investigadores.

¿QUÉ OPCIONES TENGO SI DECIDO NO PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Si la persona no decide participar, puede continuar con su vida cotidiana de forma normal como lo ha estado haciendo.

¿CÓMO SE VA A GARANTIZAR LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE MIS DATOS PERSONALES?

Todos los datos brindados por los participantes, información personal y respuestas a las encuestas serán manejados con discreción y reserva del equipo investigador. La información recolectada sólo podrá ser utilizada por los investigadores principales y los coinvestigadores, con la finalidad de hacer el análisis de los resultados, los datos serán almacenados por un tiempo no mayor a 2 años en una nube de almacenamiento digital.

¿TIENE ALGÚN COSTO MI PARTICIPACIÓN EN ESTA INVESTIGACIÓN?

El participar en la investigación no tiene ningún costo, su participación es voluntaria y la investigación **NO** dará ningún tipo de pago a los participantes del estudio.

¿QUÉ PASA SI ME LESIONO O ME ENFERMO DURANTE LA INVESTIGACIÓN?

Los investigadores no tendrán contacto directo con el participante, por esta razón no hay afección física o emocional en su defecto**.**

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?

Las personas que hacen parte del estudio tienen derecho de hacer preguntas acerca de la investigación antes de firmar el consentimiento o en el transcurso de la investigación a cualquiera de los integrantes del equipo, las cuales serán respondidas y resueltas bajo la completa satisfacción y entendimiento del participante. En la parte final del documento se encuentran los correos para comunicarse o si prefiere acercarse al Comité Institucional de Ética de la Universidad El Bosque para resolver cualquier inquietud de la investigación.

Los hallazgos realizados con la información se conocerán al momento de realizada la sustentación del trabajo investigativo con su posterior aprobación. A partir de los resultados, se pretende presentar sugerencias para el manejo integral de la recuperación de los pacientes POS COVID teniendo en cuenta su desacondicionamiento físico y su respuesta de afrontación y adaptación.

Las dudas relacionadas con el aval ético de la investigación pueden ser consultadas con el comité Institucional de Ética en Investigaciones, 648 9000 extensión 1520, comiteetica@unbosque.edu.co, Calle 132 No.7A-63 en la ciudad de Bogotá D.C.

Si se tiene alguna duda relacionada con las consideraciones éticas, derechos y deberes como participante, beneficios o alguna otra relacionada a su participación en el estudio, puede contactarse con los investigadores principales, estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad El Bosque por los siguientes medios.

Carolina Gutierrez López

cgutierrezlo@unbosque.edu.co

Alejandra Daniela Baez Orozco

abaezo@unbosque.edu.co

Comité Institucional de Ética en investigación

Calle 132 No 7A - 63

Bogota, D.C

Teléfono: 6489000 Ext: 1520

comiteetica@unbosque.edu.co

He sido invitado(a) a participar en el estudio **sobre el proceso de afrontamiento y adaptación de los familiares post COVID-19 frente a su desacondicionamiento físico después de salir del hospital.** Entiendo que mi participación consistirá en responder unas preguntas, para así conocer el

desacondicionamiento físico después de salir del hospital tras presentar COVID-19 y haber estado hospitalizado y/o en UCI por esta enfermedad.

He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de consentimiento informado recibiré una copia del mismo (partes 1 y 2).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente. Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Por favor indique su decisión acerca del permiso de la información recolectada en la investigación para estudios futuros, recuerde que igualmente se mantendrá la confidencialidad de los datos:

____ Autorizo que mis datos se utilicen en futuras investigaciones.

____ No autorizo que mis datos se utilicen en futuras investigaciones.

Para constancia, firmo a los _____ de _____ de _____

Día mes año

_____

Nombre del participante **Nombre del investigador**

Cédula:

Cédula:

Firma del participante

Firma del investigador

Testigo

Cédula:

Firma del testigo

Anexo 7. Consentimiento informado cuidadores primarios de pacientes post COVID-19.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

CONSENTIMIENTO INFORMADO CUIDADORES PRIMARIOS

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO "PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE PACIENTES Y CUIDADORES DE PACIENTES POST COVID-19 EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE COLOMBIA"

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Pacientes y Cuidadores de Pacientes post COVID-19 en Instituciones Hospitalarias de Colombia

NÚMERO DE AVAL ÉTICO INSTITUCIONAL: PIS 2021-049

NOMBRE DEL PATROCINADOR: Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque

Nombre de los investigadores principales: Gustavo Ordoñez, Marcia Andrea Quiñonez Mora

Directora del proyecto: Carolina Gutiérrez López.

Nombre de los investigadores secundarios: Aura Daniela Anaya Hernández, Alejandra Daniela Báez Orozco, Verónica Sofía Barboza García, Sonya Valentina Gonzalez Alarcon, Ana Sofía Herrán Celis, Laura Valentina Jiménez Berdugo

INTRODUCCIÓN: La finalidad del estudio es identificar cómo usted como familiar cuidador de paciente egresado del hospital afronta la situación de su familiar al ser diagnosticado por COVID-19. Adicionalmente enriquecer el estudio con datos sociodemográficos sobre los participantes con la finalidad de a futuro poder desarrollar estrategias en salud.

¿POR QUÉ SE VA A REALIZAR ESTA INVESTIGACIÓN?

Se busca evaluar el proceso de afrontamiento y adaptación de pacientes y cuidadores de pacientes post COVID-19 y nivel de desacondicionamiento físico en instituciones hospitalarias de Colombia.

¿EN QUÉ CONSISTE ESTA INVESTIGACIÓN?

El estudio consiste en caracterizar la población mayor de edad que egresa post COVID-19 de diferentes instituciones de Colombia, con desacondicionamiento físico a causa de la infección, y de esta forma determinar el nivel de afrontamiento y adaptación del cuidador primario.

Con esto se pretende realizar un estudio en la población de referencia, técnicas de recolección de datos como entrevistas y aplicación de escalas de tipo Likert para evaluar el proceso de afrontamiento frente al desacondicionamiento físico de los pacientes y de cuidadores, para posteriormente interpretar los resultados y analizar la viabilidad de la aplicación de estas escalas en un proceso de rehabilitación integral.

¿QUÉ TENGO QUE HACER SI PARTICIPO EN ESTA INVESTIGACIÓN?

La participación para la investigación es voluntaria, para esto debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser cuidador de un paciente post COVID-19 egresado de la hospitalización/UCI por esta misma enfermedad.
- Debe ser un familiar de primer grado de consanguinidad directa o cuidador primario que tenga una relación mayor a 1 año con el paciente seleccionado al estudio.
- Debe ser mayor de edad.
- Permitir la realización de procedimientos no invasivos a su paciente a cargo, como escalas para determinar el desacondicionamiento físico presentado después de haber cursado con la enfermedad de COVID-19.

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, puede retirarse de este en cualquier momento si así lo desea, solo debe informarle al equipo de investigación sobre la intención de no continuar con el estudio.

Las personas que hacen parte de la investigación pueden retirarse en cualquier momento del proyecto. Para realizar el retiro de la participación, se debe informar al grupo investigador, esto no genera ningún costo o sanción para el participante y se hará constancia por escrito de su retiro voluntario de la participación del estudio.

El investigador principal puede retirar de forma temprana a cualquier persona que no cumpla con los requisitos anteriormente mencionados.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS O INCOMODIDADES ASOCIADOS A ESTA INVESTIGACIÓN?

Esta investigación genera riesgo mínimo a la persona participante, ya que con el estudio solo se busca medir el proceso de afrontamiento y adaptación de los participantes, ante el desacondicionamiento físico del paciente por su egreso post COVID-19, con la aplicación de escalas que pueden generar susceptibilidad por el hecho de recordar la situación pasada.

Estas escalas deben responderse según el criterio del participante, las cuales toman un tiempo de aplicación de máximo 1 hora. Con el fin de evitar incomodidad a los pacientes sobre su privacidad o traslados, las escalas o encuestas se realizarán por vía telefónica, llamadas que realizan los investigadores.

¿OBTENDRÉ ALGÚN BENEFICIO AL PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Los participantes no obtendrán ningún beneficio por su participación en la investigación.

¿QUÉ OPCIONES TENGO SI DECIDO NO PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN?

Si la persona no decide participar, puede continuar con su vida cotidiana de forma normal como lo ha estado haciendo.

¿CÓMO SE VA A GARANTIZAR LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE MIS DATOS PERSONALES?

Todos los datos brindados por los participantes, información personal y respuestas a las encuestas serán manejados con discreción y reserva del equipo investigador. La información recolectada sólo podrá ser utilizada por los investigadores principales y los coinvestigadores, con la finalidad de hacer el análisis de los resultados, los datos serán almacenados por un tiempo no mayor a 2 años en una nube de almacenamiento digital.

¿TIENE ALGÚN COSTO MI PARTICIPACIÓN EN ESTA INVESTIGACIÓN?

El participar en la investigación no tiene ningún costo, su participación es voluntaria y la investigación **NO** dará ningún tipo de pago a los participantes del estudio.

¿QUÉ PASA SI ME LESIONO O ME ENFERMO DURANTE LA INVESTIGACIÓN?

Los investigadores no tendrán contacto directo con el participante, por esta razón no hay afección física o emocional en su defecto**.**

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?

Las personas que hacen parte del estudio tienen derecho de hacer preguntas acerca de la investigación antes de firmar el consentimiento o en el transcurso de la investigación a cualquiera de los integrantes del equipo, las cuales serán respondidas y resueltas bajo la completa satisfacción y entendimiento del participante. En la parte final del documento se encuentran los correos para comunicarse o si prefiere acercarse al Comité Institucional de Ética de la Universidad El Bosque para resolver cualquier inquietud de la investigación.

Los hallazgos realizados con la información se conocerán al momento de realizada la sustentación del trabajo investigativo con su posterior aprobación. A partir de los resultados, se pretende presentar sugerencias para el manejo integral de la recuperación de los pacientes post COVID-19 teniendo en cuenta su desacondicionamiento físico y su respuesta de afrontación y adaptación.

Las dudas relacionadas con el aval ético de la investigación pueden ser consultadas con el comité Institucional de Ética en Investigaciones, 648 9000 extensión 1520, comiteetica@unbosque.edu.co, Calle 132 No.7A-63 en la ciudad de Bogotá D.C.

Si se tiene alguna duda relacionada con las consideraciones éticas, derechos y deberes como participante, beneficios o alguna otra relacionada a su participación en el estudio, puede contactarse con los investigadores principales, estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad El Bosque por los siguientes medios.

Carolina Gutierrez López

cgutierrezlo@unbosque.edu.co

Alejandra Daniela Baez Orozco

abaezo@unbosque.edu.co

Comité Institucional de Ética en investigación

Calle 132 No 7A - 63

Bogota, D.C

Teléfono: 6489000 Ext: 1520

comiteetica@unbosque.edu.co

He sido invitado(a) a participar en el estudio **sobre el proceso de afrontamiento y adaptación de los familiares post COVID-19 frente a su desacondicionamiento físico después de salir del hospital.** Entiendo que mi participación consistirá en responder unas preguntas, para así conocer el desacondicionamiento físico después de salir del hospital tras presentar COVID-19 y haber estado en UCI por esta enfermedad.

He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de consentimiento informado recibiré una copia de este (partes 1 y 2).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente. Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Por favor indique su decisión acerca del permiso de la información recolectada en la investigación para estudios futuros, recuerde que igualmente se mantendrá la confidencialidad de los datos:

____ Autorizo que mis datos se utilicen en futuras investigaciones.

____ No autorizo que mis datos se utilicen en futuras investigaciones.

Para constancia, firmo a los _____ de _____ de _____

Día mes año

_____

Nombre del cuidador responsable **Nombre del investigador**

Cédula: **Cédula:**

_____

Firma del cuidador responsable **Firma del investigador**

_____

Testigo

Cédula:

_____

Firma del testigo

Anexo 8. Escala Abreviada del de Afrontamiento y Adaptación "CAPS". Roy, C.

Indicaciones: A veces las personas experimentan eventos muy difíciles o crisis en sus vidas. Abajo se enlistan diversas formas en las cuales las personas responden a esos eventos, por favor para cada enunciado encierre en un círculo el número que esté más cercano a la forma como usted respondería. 1: Nunca, 2: raras veces; 3: casi siempre; 4: siempre

"Cuando vivo una crisis, o un evento extremadamente difícil, yo……

	Nunca	Raras veces	A veces	Siempre
1.Puedo seguir más de una instrucción a la vez	1	2	3	4
2. Identifico el problema y trato de verlo en su totalidad	1	2	3	4
3.Reúno información para solucionar el problema	1	2	3	4
4.Intento que todo funcione a mi favor	1	2	3	4
5.Solo pienso en lo que me preocupa	4	3	2	1
6.Trato de obtener diferentes opciones para manejar/enfrentar la situación	1	2	3	4
7.Utilizo el sentido del humor para manejar la situación	1	2	3	4

8.Soy más eficciente bajo estrés	1	2	3	4
9.Tomo fortaleza de mi espiritualidad o de la valentía/tenacidad de las personas exitosas	1	2	3	4
10.Puedo beneficiarme de mis experiencias pasadas para solucionar la situación	1	2	3	4
11.Trato de ser creativo y encontrar nuevas soluciones	1	2	3	4
12.Planteo múltiples soluciones, aunque parezca imposible lograrlas	1	2	3	4
13.Siento que me enfermo	4	3	2	1
14.Me rindo fácilmente	4	3	2	1
15.Desarroll	1	2	3	4

o un plan con una serie de acciones para afrontar la situación				

Fuente: Tomado de Escala de medición del proceso de Afrontamiento y Adaptación (Coping Adaptation Processing Scale, CAPS) de Callista R. William F. Connell Scholl of Nursing, Boston College, Chestnut Hill, MA. 2017 (54).

Anexo 10. Resultado del cruce de variables sociodemográficas con nivel de afrontamiento y adaptación de cuidadores de pacientes post COVID-19

Tabla 1. Correlación de la variable sexo con el grado de capacidad del nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19.

		Puntaje global			
Sexo		**Alto**	**Medio**	**Muy alto**	**Total**
1	Observed	18	6	10	34
	% within row	52.94 %	17.65 %	29.41 %	100.00 %
2	Observed	10	3	6	19
	% within row	52.63 %	15.79 %	31.58 %	100.00 %
Total	Observed	28	9	16	53
	% within row	52.83 %	16.98 %	30.19 %	100.00 %

	Value	**df**	**p**
χ^2	0.04395	2	0.978
χ^2 continuity correction	0.04395	2	0.978
N	53		

1: Femenino

2: Masculino

Tabla 2. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a la edad.

Edad		Puntaje global			
		Alto	Medio	Muy alto	Total
1	Observed	8	6	3	17
	% within row	47.06 %	35.29 %	17.65 %	100.00 %
2	Observed	8	1	3	12
	% within row	66.67 %	8.33 %	25.00 %	100.00 %
3	Observed	4	1	3	8
	% within row	50.00 %	12.50 %	37.50 %	100.00 %
4	Observed	4	0	3	7
	% within row	57.14 %	0.00 %	42.86 %	100.00 %
5	Observed	4	1	2	7
	% within row	57.14 %	14.29 %	28.57 %	100.00 %
6	Observed	0	0	1	1
	% within row	0.00 %	0.00 %	100.00 %	100.00 %
7	Observed	0	0	1	1
	% within row	0.00 %	0.00 %	100.00 %	100.00 %
Total	Observed	28	9	16	53
	% within row	52.83 %	16.98 %	30.19 %	100.00 %

	Value	df	p
χ^2	11.94	12	0.450
χ^2 continuity correction	11.94	12	0.450
N	53		

Convenciones: 1: 20-29 años, 2: 30-39 años, 3: 40-49 años, 4: 50-59 años, 5: 60-69 años, 6: 70-79 años, 7: Mayores de 80 años

Tabla 3. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto al estado civil.

Estado civil		Puntaje global			
		Alto	Medio	Muy alto	Total
1	Observed	17	8	7	32
	% within row	53.13 %	25.00 %	21.88 %	100.00 %
2	Observed	1	1	2	4
	% within row	25.00 %	25.00 %	50.00 %	100.00 %
3	Observed	10	0	7	17
	% within row	58.82 %	0.00 %	41.18 %	100.00 %
Total	Observed	28	9	16	53
	% within row	52.83 %	16.98 %	30.19 %	100.00 %

	Value	df	p
χ^2	6.885	4	0.142
χ^2 continuity correction	6.885	4	0.142
N	53		

Convenciones: 1: Soltero , 2: Unión libre, 3: Casado

Tabla 4. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a la ocupación.

Ocupación		Puntaje global			
		Alto	Medio	Muy alto	Total
1	Observed	5	5	1	11
	% within row	45.45 %	45.45 %	9.09 %	100.00 %
2	Observed	21	4	12	37
	% within row	56.76 %	10.81 %	32.43 %	100.00 %
3	Observed	0	0	1	1
	% within row	0.00 %	0.00 %	100.00 %	100.00 %
4	Observed	2	0	2	4
	% within row	50.00 %	0.00 %	50.00 %	100.00 %
Total	Observed	28	9	16	53
	% within row	52.83 %	16.98 %	30.19 %	100.00 %

	Value	df	p
χ^2	11.50	6	0.074
χ^2 continuity correction	11.50	6	0.074
N	53		

Convenciones: 1:Estudiante, 2: Empleado, 3: Pensionado y 4: Hogar

Tabla 5. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a la seguridad social.

		Puntaje global			
Seguridad social		**Alto**	**Medio**	**Muy alto**	**Total**
1	Observed	26	9	13	48
	% within row	54.17 %	18.75 %	27.08 %	100.00 %
2	Observed	0	0	2	2
	% within row	0.00 %	0.00 %	100.00 %	100.00 %
3	Observed	2	0	1	3
	% within row	66.67 %	0.00 %	33.33 %	100.00 %
Total	Observed	28	9	16	53
	% within row	52.83 %	16.98 %	30.19 %	100.00 %

	Value	**df**	**p**
χ^2	5.511	4	0.239
χ^2 continuity correction	5.511	4	0.239
N	53		

Convenciones: 1: Contributivo, 2: Subsidiado , 3: Independiente

Tabla 6. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a las comorbilidades.

¿Tiene comorbilidades asociadas?		Puntaje global			Total
		Alto	Medio	Muy alto	
1	Observed	3	1	3	7
	% within row	42.86 %	14.29 %	42.86 %	100.00 %
2	Observed	1	0	1	2
	% within row	50.00 %	0.00 %	50.00 %	100.00 %
3	Observed	1	1	1	3
	% within row	33.33 %	33.33 %	33.33 %	100.00 %
4	Observed	0	0	1	1
	% within row	0.00 %	0.00 %	100.00 %	100.00 %
5	Observed	23	7	10	40
	% within row	57.50 %	17.50 %	25.00 %	100.00 %
Total	Observed	28	9	16	53
	% within row	52.83 %	16.98 %	30.19 %	100.00 %

	Value	df	p
χ^2	4.675	8	0.792
χ^2 continuity correction	4.675	8	0.792
N	53		

Convenciones: 1: Cardiopulmonar , 2: Oncológicas, 3: Metabólicas, 4: Psiquiátricas, 5: Otras como endometritis, rinitis y gastritis, 5: Ninguna

Tabla 7. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a si es proveedor económico.

¿Es proveedor económico?		Puntaje global			Total
		Alto	Medio	Muy alto	
1	Observed	18	2	11	31
	% within row	58.06 %	6.45 %	35.48 %	100.00 %
2	Observed	10	7	5	22
	% within row	45.45 %	31.82 %	22.73 %	100.00 %
Total	Observed	28	9	16	53
	% within row	52.83 %	16.98 %	30.19 %	100.00 %

	Value	df	p
χ^2	5.957	2	0.051
χ^2 continuity correction	5.957	2	0.051
Fisher's exact test			0.063
N	53		

Convenciones: 1: Si es proveedor económico y 2: no es proveedor económico.

Tabla 8. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a las actividades para reducir el estrés.

¿Qué actividades hace para reducir el estres?		Puntaje global			Total
		Alto	Medio	Muy alto	
1	Observed	15	5	9	29
	% within row	51.72 %	17.24 %	31.03 %	100.00 %
2	Observed	13	4	7	24
	% within row	54.17 %	16.67 %	29.17 %	100.00 %
Total	Observed	28	9	16	53
	% within row	52.83 %	16.98 %	30.19 %	100.00 %

	Value	df	p
χ^2	0.03256	2	0.984
χ^2 continuity correction	0.03256	2	0.984
N	53		

Convenciones: 1: Actividades pasivas (leer, orar, comer) y 2: Actividades activas (ejercicio)

Tabla 9. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto a los factores estresantes.

¿Que aspectos o factores estresantes le generó a usted el hecho de tener un familiar diagnosticado con COVID-19?		Puntaje global			Total
		Alto	Medio	Muy alto	
1	Observed	11	4	6	21
	% within row	52.38 %	19.05 %	28.57 %	100.00 %
2	Observed	6	5	5	16
	% within row	37.50 %	31.25 %	31.25 %	100.00 %
3	Observed	2	0	2	4
	% within row	50.00 %	0.00 %	50.00 %	100.00 %
4	Observed	8	0	2	10
	% within row	80.00 %	0.00 %	20.00 %	100.00 %
5	Observed	1	0	1	2
	% within row	50.00 %	0.00 %	50.00 %	100.00 %
Total	Observed	28	9	16	53
	% within row	52.83 %	16.98 %	30.19 %	100.00 %

	Value	df	p
χ^2	7.955	8	0.438
χ^2 continuity correction	7.955	8	0.438
N	53		

Convenciones: 1: ansiedad, depresión y angustia, 2: estrés, impotencia, incertidumbre, miedo, 3: procesos médicos (disponibilidad de recursos médicos), 4: Contagio, 5: Ninguno.

Tabla 10. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto al lugar de estancia hospitalaria.

¿Estuvo hospitalizado o en UCI?		Puntaje global			Total
		Alto	Medio	Muy alto	
1	Observed	13	2	6	21
	% within row	61.90 %	9.52 %	28.57 %	100.00 %
2	Observed	6	6	3	15
	% within row	40.00 %	40.00 %	20.00 %	100.00 %
3	Observed	9	1	7	17
	% within row	52.94 %	5.88 %	41.18 %	100.00 %
Total	Observed	28	9	16	53
	% within row	52.83 %	16.98 %	30.19 %	100.00 %

	Value	df	p
χ^2	8.610	4	0.072
χ^2 continuity correction	8.610	4	0.072
N	53		

Convenciones 1: Hospitalización, 2: UCI , 3: Hospitalización y UCI

Tabla 11. Nivel de afrontamiento y adaptación del familiar de paciente post COVID-19 respecto al tiempo de estancia hospitalaria.

		Puntaje global			
Cánto tiempo duró en el servicio?		**Alto**	**Medio**	**Muy alto**	**Total**
1	Observed	7	3	4	14
	% within row	50.00 %	21.43 %	28.57 %	100.00 %
2	Observed	16	5	7	28
	% within row	57.14 %	17.86 %	25.00 %	100.00 %
3	Observed	3	0	1	4
	% within row	75.00 %	0.00 %	25.00 %	100.00 %
4	Observed	2	1	4	7
	% within row	28.57 %	14.29 %	57.14 %	100.00 %
Total	Observed	28	9	16	53
	% within row	52.83 %	16.98 %	30.19 %	100.00 %

	Value	df	p
χ^2	4.139	6	0.658
χ^2 continuity correction	4.139	6	0.658
N	53		

Convenciones: 1: menor a una semana, 2: 2 a 3 semanas, 3: 3 a 4 semanas, 4: más de un mes

Fuente: Tomado de cruce de variables mediante software estadístico R Studio versión 4.2, realizado por la Enfermera Marcia Andrea Quiñonez Mora.