



Adaptación del paciente y su cuidador familiar durante la transición hospital-hogar: análisis de concepto

Patient and family caregiver adaptation during hospital-home transition: a concept analysis

Adaptação do paciente e seu cuidador familiar durante a transição hospital-casa: análise de conceito

Como citar este artículo:

Fuentes-Ramírez A, Carvajal-Carrascal G, Roa-Lizcano KT, Peña-Mancera LX, Sánchez-Herrera B. Patient and family caregiver adaptation during hospital-home transition: a concept analysis. Rev Esc Enferm USP. 2025;59:e20240363. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0363en>

- Alejandra Fuentes-Ramírez¹
- Gloria Carvajal-Carrascal¹
- Karen Tatiana Roa-Lizcano¹
- Laura Ximena Peña-Mancera¹
- Beatriz Sánchez-Herrera¹

¹ Universidad de La Sabana, Facultad de Enfermería y Rehabilitación, Chía, Colombia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the concept of “Adaptation of the patient and his family caregiver” during the hospital-home transition”. **Method:** The Walker and Avant method was followed. This included a scoping review following the Joanna Briggs Institute (JBI) parameters conducted in the Dimensions and Eureka metasearch engines and the PubMed, Embase, Scielo, CINAHL, and ScienceDirect databases. **Results:** Of 6073 articles, 85 met inclusion criteria. The transition from hospital to home of the patient and his/her family caregiver after discharge from the hospital requires them to take on care tasks for which they are not always prepared. Adapting to this transition involves understanding it, coping with it; having support; anticipating risks; transferring instructions; adhering to therapy; and monitoring and recording the health condition. **Conclusion:** The adaptation of the patient and his/her family caregiver during the hospital-home transition is a comprehensive response to the responsibility of caring for his/her health. Adapting means being able to reestablish routines, maintain or improve quality of life, strengthen autonomy and have a sense of achievement and control over the situation.

DESCRIPTORS

Adaptation; Transitional Care; Patient Discharge; Caregivers; Nursing Theory; *DeCS*.

Autor correspondiente:

Beatriz Sánchez-Herrera
Universidad de La Sabana, Edificio H,
Campus del Puente del Común, Km. 7,
Autopista Norte de Bogotá
11321 – Chía, Cundinamarca, Colombia.
publiifer@unisabana.edu.co

Recibido: 31/10/2024
Aprobado: 13/01/2025

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024), propone como una de las estrategias centrales para garantizar la seguridad de los pacientes, buscar transiciones seguras entre los diferentes escenarios de cuidado como son el hospital y el hogar. Según ellos, la continuidad y la coordinación durante esta transición pueden disminuir la mortalidad, las complicaciones, los reingresos hospitalarios y el sufrimiento y carga familiar⁽¹⁾.

Los sistemas de salud han buscado generar estrategias adecuadas para que los pacientes y cuidadores reciban las respuestas requeridas durante la transición hospital – hogar⁽²⁾. Estas estrategias abarcan la valoración, la construcción de confianza, el afianzamiento del compromiso, el manejo de medicamentos, el reconocimiento y manejo de los síntomas, la educación, la promoción del autocuidado, la colaboración entre el equipo y la familia, el seguimiento con llamadas y visitas domiciliarias y los ajustes en recursos y procesos de los sistemas⁽³⁻¹⁰⁾. En estos programas y estrategias, el rol de enfermería ha demostrado ser particularmente útil cuando se ejercen funciones asistenciales, de administración, colaboración, orientación, educación y abogacía por los sujetos a su cargo⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

A pesar de los invaluable avances en el campo del cuidado durante la transición hospital hogar, algunos servicios no han evolucionado lo suficiente para apoyar a los usuarios y para coordinar de manera adecuada la atención institucional con la domiciliaria⁽¹⁶⁾. Se ha documentado que, para su funcionamiento apropiado, aún deben superar dificultades como la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo de los profesionales, de recursos, de procesos coordinados y estandarizados y de competencias para trabajar en equipo⁽⁸⁾. En algunos casos los programas de transición hospital – hogar han demostrado disminuir las complicaciones y la readmisión hospitalaria de los paciente⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, en otros, no se han logrado mejores resultados⁽²⁰⁾ o su diseño no es equitativo para beneficiar a diferentes poblaciones⁽²¹⁾.

Los estudios reportados reflejan un vacío de conocimiento respecto a la adaptación del paciente y su cuidador familiar durante la transición hospital – hogar. En tal sentido el presente trabajo buscó precisar los atributos, antecedentes y consecuencias de este concepto como un aporte que apoye el mejoramiento de las prácticas de salud en este campo.

MÉTODO

Este es un estudio de análisis de concepto que incluye los ocho pasos propuestos por Walker y Avant⁽²²⁾. Se buscaron inicialmente las definiciones de los términos del concepto “Adaptación del paciente y su cuidador familiar durante la transición hospital-hogar” en diccionarios. Se realizó una revisión de alcance para revisar su uso en la literatura. Para garantizar su rigor metodológico esta revisión siguió los criterios de Khalil et al.⁽²³⁾ bajo planteamientos del Johanna Brinings Institute (JBI). Para obtener la información se emplearon los metabuscadores Dimensions y Eureka y las bases de datos PubMed, Embase, Scielo, CINAHL y ScienceDirect. No se establecieron límites de tiempo, idioma o lugar del estudio. Se excluyeron la literatura gris, los estudios que no abordaran el concepto de adaptación del paciente, su cuidador o su contexto durante la transición hospital – hogar, los que no fueran evaluados por pares y aquellos cuyo

texto completo no estuviera disponible. El protocolo de la búsqueda fue registrado en la plataforma Open Science Framework (OFS)⁽²⁴⁾.

A partir de los resultados de la búsqueda se revisaron los atributos del concepto y se identificaron los casos: el caso modelo para reflejar los atributos y consecuencias del concepto; el límite donde no se dan todas las condiciones para la adaptación del paciente y su cuidador familiar durante esta transición y el caso opuesto para ilustrar la desadaptación en el proceso. Posteriormente, se analizaron los antecedentes y consecuencias de este concepto y se identificaron los indicadores empíricos propuestos para valorar la adaptación del paciente y su cuidador familiar durante la transición hospital-hogar.

RESULTADOS

El análisis del concepto “Adaptación del paciente y su cuidador familiar durante la transición hospital-hogar” responde a la falta de claridad sobre el mismo en la literatura y a la necesidad de precisarlo para poder desarrollar programas que promuevan esta adaptación.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DEL CONCEPTO

El término adaptación significa comprender la acción o proceso de cambio para ajustarse a un nuevo propósito o situación⁽²⁵⁾. La adaptación puede ser motivada interna o externamente, e incluye elementos cognitivos y evaluativos; se asocia con cambios de actitud o comportamiento necesarios para la supervivencia⁽²⁶⁾. Todos los seres vivos tienen procesos de adaptación funcional que les permite acomodarse a su entorno⁽²⁷⁾. La psicología revela que la adaptación surge del estrés derivado de cambios de roles o contextos⁽²⁸⁾. La pedagogía plantea que la adaptación ocurre cuando una persona cambia de lugar, estatus o condición en sus roles, relaciones, rutinas o autoconcepto y que esta requiere percibir las situaciones y ser consciente de la propia capacidad para afrontarlas⁽²⁹⁾.

El término transición se refiere al proceso de pasar de una situación o condición a otra diferente. Este término puede aplicarse a diversos contextos. En el campo político o económico puede referirse a un cambio de régimen o de sistema como la transición de dictadura a la democracia o de feudalismo al capitalismo⁽³⁰⁾. Al referirse a la transición en el campo de la salud, se habla de cuidado transicional como aquel que se da en donde el paciente y su cuidador familiar se encuentren físicamente o desde donde haga contacto con el profesional de la salud. Esto incluye la transición entre el hospital y el hogar⁽³¹⁾.

El paciente es quien busca o recibe atención de salud para mejorar su bienestar, prevenir o manejar enfermedades o lesiones o para obtener el diagnóstico de su condición⁽³²⁾.

El cuidador familiar es una persona con vínculo de parentesco o cercanía que asiste a alguien que tiene limitaciones en su funcionamiento físico, mental o cognitivo, generalmente sin recibir remuneración. Como grupo varían en edades, ubicaciones y tipo de cuidado que ofrecen, así como en la motivación y la competencia para dar dicho cuidado⁽³³⁾.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La revisión de la literatura reportó 6073 documentos de los cuales 85 fueron analizados, tal como se presenta en la Figura 1.

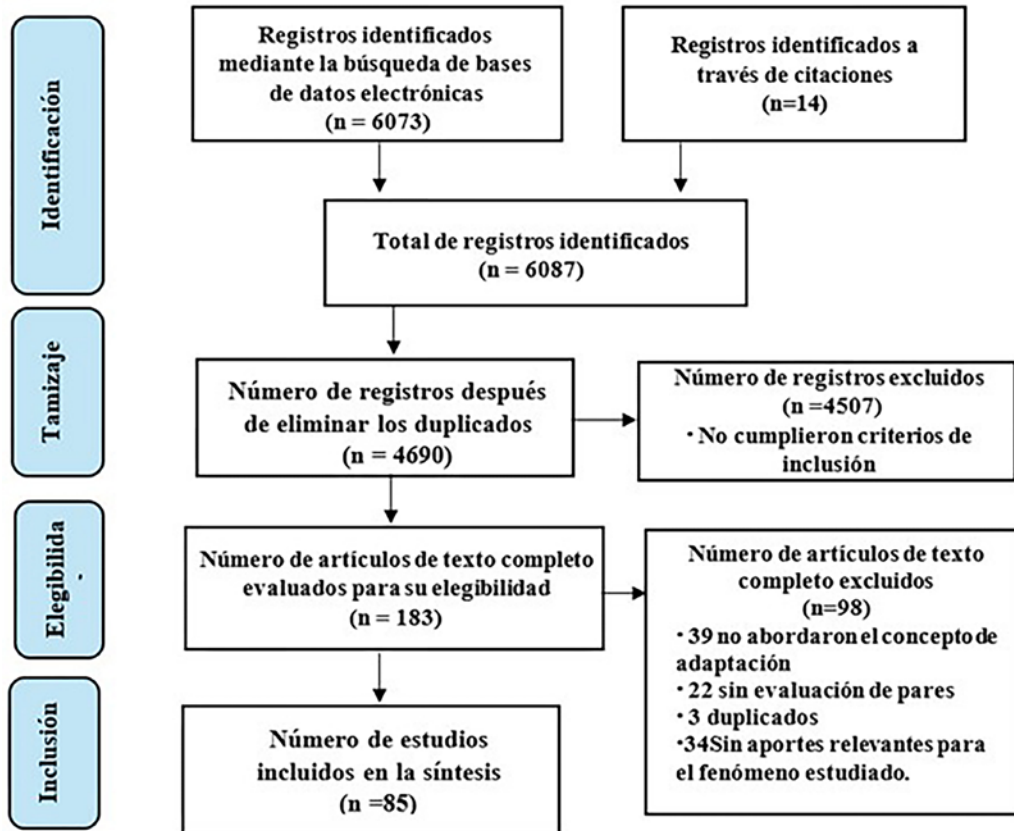


Figura 1 – Flujograma para la selección e inclusión de los estudios (adaptado de la declaración PRISMA para publicación de revisiones de alcance)

Fuente, elaboración propia.

CARACTERÍSTICAS Y ATRIBUTOS DE LA ADAPTACIÓN DEL PACIENTE Y SU CUIDADOR FAMILIAR DURANTE LA TRANSICIÓN HOSPITAL-HOGAR

La transición hospital - hogar es un proceso complejo que varía de acuerdo con la situación de los sujetos involucrados, la condición que enfrenten y el contexto en que lo hagan; este proceso se caracteriza por generar al paciente y a su cuidador familiar altos niveles de incertidumbre y estrés y exigirles un ajuste significativo^(34,35). Adaptarse durante esta transición es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su cuidador familiar, evitando complicaciones innecesarias y fortaleciendo la autonomía hasta lograr integrar los cuidados a la rutina diaria⁽³⁶⁾. Es tomar el control y recobrar una nueva normalidad⁽³⁷⁻⁴³⁾. Esta adaptación incluye siete atributos:

Afrontar. Para la diada paciente cuidador familiar, afrontar es una forma de aceptar la propia realidad, reconocerse y asumir la responsabilidad del cuidado durante la transición sintiéndose parte activa de ella⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾. Es un proceso interno difícil para quienes viven situaciones de alta vulnerabilidad pero necesario para lograr la adaptación^(41,47,48). Es además lograr la aceptación activa de la nueva realidad con la decisión de asumir la responsabilidad del cuidado^(49,50).

Discernir. El paciente y su cuidador familiar necesitan discernir su situación para poder abordarla^(41,51-54). Esto involucra

conocer, comprender y ser capaz de diferenciar aspectos relacionados con su condición y cuidado de la salud durante la transición del hospital al hogar^(50,55-58). Es tomar conciencia de la propia situación, comprenderla para poderla manejar hasta lograr autonomía^(55,57,59-64).

Apoyarse. Una adaptación exitosa de los pacientes y sus cuidadores durante la transición del hospital al hogar demanda contar con el apoyo necesario^(56,65,66). Este apoyo puede asociarse con la información, la preparación para el alta o para los cuidados posteriores^(44,67). También puede hacer referencia a la necesidad de garantizar servicios de atención domiciliar y comunitaria para el paciente y su cuidador familiar⁽⁶⁸⁾. La necesidad de apoyo debe ser identificada por la diada a partir de reconocer los vacíos para poder asumir el propio cuidado, para enfrentar cambios en la funcionalidad o la rutina o para asumir cuidados especializados^(34,39,41,57,59,69). De igual forma la diada debe reconocer los recursos necesarios y los disponibles para enfrentar la situación⁽⁷⁰⁻⁷²⁾. Los apoyos requeridos incluyen el social, brindado por familiares y amigos, redes personales o de pares; el profesional, con acompañamiento o supervisión adecuada e información avanzada; el emocional o espiritual para afrontar de manera adecuada el proceso; el operativo para apoyar las tareas de cuidado; y el del sistema para garantizar los recursos necesarios y los suministros especiales en la situación de cuidado

de la salud durante la transición hospital hogar^(49-51,53,55,58,62,65,73). Los apoyos pueden además fluctuar durante las diferentes etapas de la transición siendo de especial interés para el paciente y su cuidador familiar aquellas que se presentan después del alta hospitalaria⁽⁴⁸⁾.

Prevenir. La adaptación en el proceso de transición requiere prevenir para garantizar la seguridad durante las tareas de cuidado, identificar riesgos y reducir la probabilidad de que se materialicen^(49,51,71). Prevenir significa prepararse para identificar problemas que generan mayor vulnerabilidad como la posibilidad de infección cuando el sistema inmunológico está comprometido⁽⁵⁸⁾. Pedir orientación, asistencia o ayuda oportuna^(57,58,65). Saber a quién y cuándo se llama para atender posibles problemas de la condición de salud o para manejar las posibles emergencias que se puedan llegar a presentar en el hogar^(41,44,61).

Transferir. Los pacientes y sus cuidadores deben transferir las instrucciones de atención sanitaria a las prácticas para responder de la mejor forma posible al cuidado de su salud durante la transición hospital – hogar^(43,54-56-61). Esta transferencia encierra los conocimientos y habilidades para atender tanto las actividades de la vida diaria y los cuidados básicos como los especializados, incluyendo el tratamiento, las terapias y el plan de cuidado^(41,53,62,69,74). Al llevar las instrucciones a la práctica, las personas tienen nuevas dudas que se deben ir resolviendo con el tiempo^(51,61).

Adherirse. La adherencia en este proceso de adaptación significa que la diada se comprometa a seguir las pautas prescritas para la condición del paciente a través del tiempo y en el contexto en que se encuentre⁽⁶⁵⁾. Es manejar de manera adecuada la terapéutica indicada atendiendo y siguiendo las prescripciones médicas a partir de la reconciliación medicamentosa^(47,62,71). Esto puede implicar tener que modificar la conducta diaria para cumplir las indicaciones prescritas^(55,70).

Monitorear y llevar un registro. La adaptación durante la transición hospital hogar implica estar atentos a la condición de salud, el efecto del tratamiento y la respuesta al cuidado, así como llevar un registro de la evolución y su manejo⁽⁶²⁾. Esto incluye monitorear los síntomas y manejos durante las actividades diarias, y saber cuándo y cómo reportar cambios^(51,58,75).

CASOS QUE ILUSTRAN EL CONCEPTO

Caso modelo. La señora Anita es una mujer viuda de 88 años con funcionalidad y cognición intactas, que vivía con su hija. Anita ingresó al hospital por una fractura de tobillo y después del alta, regresó a casa. Su hija se mostró dispuesta a afrontar la situación y asumir su cuidado (afrontar). La hija pidió a los profesionales de la salud que le explicaran la condición de su madre y cómo debía cuidarla, lo que le permitió comprender bien la situación (discernir). Luego recibió apoyo de enfermería mediante instrucciones escritas y verbales durante el alta hospitalaria (apoyar). Durante tres semanas, tuvo que mantener la pierna afectada elevada para evitar la hinchazón (prevenir) y cuidar la herida dos veces al día, atendiendo así las instrucciones que el médico le dio (transferir). Después de 20 días, Anita inició su rehabilitación y comenzó a reorganizar las cosas junto con su hija, mientras se adhería a las indicaciones y ejercicios para la curación. Luego continuaron los tratamientos farmacológicos habituales y los ejercicios de rehabilitación según lo

recomendado (adherirse). Al ir a la cita de control, Anita y su hija presentaron los registros que habían diligenciado sobre los ejercicios realizados y la presión arterial semanal (monitorear y registrar). Estos registros permitieron hacer un pequeño ajuste en su medicación. Hoy Anita y su hija han retomado sus rutinas habituales, las cosas parecen volver a la normalidad aunque desde su accidente aprendieron a estar más atentas a prevenir situaciones que le puedan generar nuevas caídas.

Caso límite. Camilo y María tienen 43 y 40 años respectivamente, llevan 10 años casados y decidieron no tener hijos. Ellos sienten que su apoyo mutuo ha sido definitivo para superar las dificultades. Camilo salió del hospital tras iniciar su tratamiento de hemodiálisis y tendrá que volver dos veces por semana por el resto de su vida o acudir al programa de diálisis peritoneal hasta que le encuentren un donante. El personal sanitario le ha explicado que esta situación no cambiará y aunque Camilo lo entiende, María no cree lo que le dicen; ella espera que la función renal de Camilo se restablezca para que pueda continuar con sus actividades diarias. Ella dice conocer casos de problemas urinarios que han mejorado solos. Contrataron un servicio de urgencias para cualquier imprevisto basándose en el miedo a la situación. María y Camilo siguen las instrucciones de cuidado de alimentos en la preparación del menú diario, salvo pequeños bocados que no incluyen en el registro de alimentación que deben llevar al control médico “para que el personal de salud no nos regañe”.

Caso contrario. Juan es un mensajero que presentaba dolores abdominales. Cuenta con seguridad social subsidiada por el Estado y vive con Marta, su esposa y sus hijos gemelos de un año. Acudió a urgencias y le dijeron que tenía apendicitis y que necesitaba una cirugía urgente. Marta pidió ayuda a una vecina para cuidar a sus hijos mientras ella ayuda a Juan en el hospital, pero hubo complicaciones y Juan tuvo que quedarse solo en el servicio de cirugía durante días. Marta solo podía entrar en horario de visita, pero en ese espacio la vecina no podía ayudarla a cuidar a los gemelos. Juan dijo que lo abandonó y quiere huir. No sabe cómo manejar la situación. No pidió apoyo en el hospital porque pensó que no se lo darían. Finalmente, Juan salió del hospital y omitió las instrucciones para su cuidado, como tomar medicamentos y descansar; él no sabía cómo reclamar sus medicinas. Ocho días después, tuvo que ser ingresado nuevamente por infección. La situación que es abrumadora para Juan y Marta ha cambiado significativamente su relación.

IDENTIFICACIÓN DE ANTECEDENTES Y CONSECUENCIAS

Antecedentes. La adaptación durante la transición hospital – hogar de la diada paciente – cuidador familiar exige que ellos estén listos para el alta, que tengan orientación y apoyo durante este periodo, que comprendan y se involucren en el cuidado, resolviendo sus dudas y garantizándoles un seguimiento^(63,65,68). Esta adaptación demanda que ellos se sientan reconocidos y respetados como personas y que se propicie el fortalecimiento de sus capacidades de cuidado mirándolos integralmente^(76,77). Son de especial relevancia en este proceso la información, comunicación y coordinación adecuadas antes del egreso hospitalario^(61,67,70,78-81); así como la revisión y ajuste en las condiciones del contexto y la cobertura de las necesidades de atención en salud^(69,82).

Es necesario que esta diada reconozca su condición y sus capacidades para afrontar con éxito el reto del cuidado en medio del desconocimiento, el temor y la vulnerabilidad pero con el deseo de seguir adelante buscando disminuir la carga y lograr bienestar en la vida diaria^(49,56,64,70,71,74,83,84). Implica que la diada pueda satisfacer las necesidades de cuidado durante el proceso para enfrentar las barreras y aprovechar las oportunidades^(72,85). Requiere a los implicados buscar el control y un estado de armonía para poder aprender el manejo de una nueva condición de salud que se suma a las demandas habituales^(16,46,50,55,65,86). Supone que ellos generen estrategias de afrontamiento positivo que les ayuden a percibir su capacidad para cuidar, a disminuir el estrés o ansiedad, a fortalecer su potencial, sus recursos y su vínculo mutuo y a reconocer sus limitaciones y aumentar su nivel de resiliencia^(34,38,52,54,57,62,63,74,78,84,87-91). Para su afrontamiento la diada requiere manejar el conflicto y abordar el duelo⁽⁴⁹⁾, así como contar con la motivación y orientación desde el hospital para asumir el cuidado en el hogar^(50,59,60,63,66,68,69,84,85).

Lograr el discernimiento requerido para poder comprender y diferenciar la situación y los cuidados necesarios, es un proceso que toma tiempo y que orientación y educación específica frente a las tareas de cuidado, mientras se logra crecer con la experiencia^(34,38,45,46,58,62,70,72,73).

Lograr el apoyo efectivo requiere que la diada lo acepte como algo útil y confiable^(44,73,87). Los profesionales e instituciones por su parte, deben reconocer a las personas en su situación actual, orientarlas de manera adecuada, coordinar los procesos y servicios, explicarles en detalle el plan de cuidado, ratificar el buen desempeño y motivarlos a involucrarse para lograr los mejores resultados posibles durante la transición hospital hogar^(16,34,37,39-42,44-46,49-53,57-60,62,63,67,77,90-93).

Prevenir exige conocer de forma anticipada las necesidades o problemas que pueden presentarse y prepararse para resolverlos o para minimizar los riesgos durante y después de la transición^(40,42,45,46,71,74,92).

Al salir del hospital la diada requiere preparación y acompañamiento ya que recibe mayor responsabilidad sobre el cuidado y debe atender y aplicar las instrucciones recibidas^(45,50,53,56,58,71). En tal sentido es necesario que los profesionales verifiquen tanto su nivel de comprensión como su habilidad para asumir esta responsabilidad antes del alta^(59,64). Contar con pautas o protocolos clínicos facilita procesos de calidad y ayuda a prevenir complicaciones innecesarias^(16,67).

La adherencia está influenciada por las realidades prácticas de mantener el tratamiento y por la disposición interior para hacerlo; lograr una buena adherencia implica que se cuente con independencia y credibilidad en quienes orientan el tratamiento y el cuidado para hacer lo que se debe y evitar lo que no se debe hacer⁽⁹⁰⁾.

Finalmente el seguimiento a la condición de salud manteniendo un monitoreo constante con registro de los hallazgos relevantes es necesario para ayudar a la toma de decisiones y poder recibir mejor orientación para el manejo de la condición^(41,47,62,71).

Un registro adecuado evita omisiones y facilita concretar las necesidades y apoyos requeridos durante los seguimientos profesionales⁽⁶⁴⁾. El empleo de la tecnología, previa valoración de su pertinencia puede facilitarlos^(93,94).

Consecuencias. Quienes se adaptan durante la transición hospital - hogar logran retomar el control de la situación con mayor autonomía en el manejo de las tareas del cuidado. Ellos pueden lograr una nueva normalidad con satisfacción personal, confianza y comodidad al integrar el cuidado a la rutina diaria. Pueden vislumbrar el futuro a partir de la nueva condición y establecer un plan de vida en donde la preocupación y la ansiedad disminuyen. Finalmente pueden superar los obstáculos para integrarse a la propia comunidad^(44,51,54,57,59,62,71,73,75,88,90-92,95).

La adaptación del paciente y su cuidador familiar durante la transición hospital hogar refleja un afrontamiento adecuado que genera confianza, autocontrol y autorregulación y permite organizar las rutinas y tareas del cuidado^(50,51,53,55,56,71). Esto les genera una percepción positiva con sentido de competencia y control en medio de una rutina alterada^(16,35,40,42,53,54,56,58,59,80).

De igual forma la adaptación se asocia con un buen nivel de discernimiento, lo que le permite a la diada comprender y poder manejar mejor la condición de salud que enfrenta, el diagnóstico y pronóstico, los signos y síntomas, el tratamiento, la medicación, los cuidados requeridos, las actividades recomendadas y el impacto de la situación de salud en su vida diaria^(37,49,70,71,74).

Una adaptación adecuada durante la transición hospital hogar del paciente y su cuidador familiar supone haber identificado o construido una red de apoyo que facilita la experiencia^(63,74). Refleja que los profesionales e instituciones han dispuesto los recursos adecuados y que han hecho seguimiento a sus necesidades fluctuantes para responder a sus requerimientos^(49,55,70,71,85,86).

Cuando las diadas se adaptan en este proceso es también evidente la existencia de un plan de cuidado en el cual se toman precauciones personales y ambientales y se identifican signos de emergencia o de alarma asociados con la condición de salud^(51,57,62). Prevenir les ayuda a mejorar la calidad de vida y les evita complicaciones, gastos innecesarios, reingresos hospitalarios y el uso innecesario de servicios especializados⁽⁵²⁾.

Si bien las tareas o metas terapéuticas pueden ser inicialmente complejas, con el paso de los días estas llegan a convertirse en parte de una rutina diaria^(50,65,73). Sin embargo, para lograrlo es necesario que el paciente y su cuidador familiar pregunten y que se involucren en el cuidado tanto como sea posible^(43,58). Es necesario además disponer los recursos, adaptaciones, equipos e información necesaria para garantizar en casa el cuidado requerido por estas personas⁽⁵²⁾. Asumir la transferencia instrumentalizando las instrucciones de cuidado de manera adecuada permite a la diada desarrollar autonomía y aumentar el nivel de competencia⁽⁷³⁾.

Adherirse ha demostrado ser una práctica que ayuda a superar la situación crítica de salud y generar un mejor pronóstico de vida^(41,46,59); ayuda además a disminuir riesgos y mejorar el efecto de los tratamientos que inician en el hospital y continúan en el hogar⁽⁶⁷⁾. Un buen nivel de adherencia al tratamiento es una condición que refleja que hay un proceso de adaptación para el cuidado⁽⁵⁵⁾.

De igual forma registrar permite observar de manera más objetiva la evolución y efecto del tratamiento y la adquisición de competencias para el cuidado en la diada, ayudando a precisar su nivel de adaptación durante la transición hospital hogar⁽⁷²⁾.

El resultado de una adaptación positiva para el cuidado permite bajar el estrés percibido, mantener la mejor calidad de

vida, mejorar el estado de ánimo y la satisfacción con el propio desempeño en el cuidado^(45,52,58,87,89,93). Por el contrario, la falta de adaptación se asocia con mayores complicaciones y costos⁽⁶⁶⁾ y aumenta la brecha entre la teoría y la práctica del cuidado de la salud⁽⁴⁷⁾. Cuando esto sucede es necesario identificar lo que hace difícil la adaptación, lo que las personas quisieran que fuera diferente y aquello que les puede ayudar en su proceso⁽⁶⁰⁾. La Figura 2 ilustra los antecedentes, atributos y consecuencias del concepto “adaptación durante la transición hospital-hogar” (ver Figura 2).

DEFINICIÓN DE INDICADORES EMPÍRICOS

La adaptación de la diada paciente- cuidador familiar durante la transición hospital - hogar ha sido valorada de diferentes formas. La literatura reporta instrumentos aplicables a esta adaptación que evalúan competencias de cuidado en el hogar^(71,96); calidad de la atención durante la transición van⁽⁹⁷⁻¹⁰⁰⁾; adopción del rol de cuidador⁽¹⁰¹⁾; adoptar la capacidad de cuidar⁽¹⁰²⁾; capacidad de afrontamiento⁽¹⁰³⁾; preparación y alistamiento para el alta hospitalaria donde se revise además de la condición de salud el nivel de comprensión de la condición, la capacidad de afrontamiento y el nivel de apoyo disponible^(104,105); la continuidad de la atención después del alta⁽¹⁰⁶⁾. La prevención de complicaciones innecesarias como el manejo de medicamentos al regresar al hogar⁽¹⁰⁷⁾; Algunas de estas herramientas se han validado culturalmente⁽¹⁰⁸⁾. Sin embargo, algunos autores señalan que ninguno de estos indicadores aborda de manera

integral la adaptación de la diada persona hospitalizada – cuidador familiar durante la transición hospital – hogar⁽¹⁰⁹⁾. Una búsqueda sistemática reciente confirma estos hallazgos^(110,111) (Ver Figura 3).

DISCUSIÓN

El análisis del concepto “adaptación de la diada persona hospitalizada – cuidador familiar durante la transición hospital – hogar” es una contribución al conocimiento vigente. De una parte se suma con algunos conceptos relacionados con este tema como el concepto de transiciones para enfermería⁽¹¹²⁾; el concepto de cuidado centrado en el paciente con empoderamiento y participación en el cuidado hospitalario⁽¹¹³⁾; el concepto de cuidado centrado en la persona⁽¹¹⁴⁾; el de apoyo de pares en el contexto del cuidado de la salud⁽¹¹⁵⁾; y el concepto de cuidado transicional a nivel de los sistemas de salud⁽¹¹⁶⁾. De igual forma complementa los modelos y teorías relacionados con esta temática como son el modelo para el análisis de la adaptación a las transiciones humanas⁽¹¹⁷⁾ y los modelos de cuidado durante la transición⁽¹¹⁸⁾.

Desde la perspectiva teórica de la enfermería, el concepto de “adaptación del paciente y su cuidador familiar durante la transición hospital – hogar” es compatible con los postulados del Modelo de adaptación de Callista Roy y las teorías de mediano rango desarrolladas a partir de este, en donde se plantea cómo la enfermera, debe facilitar la adaptación del paciente para promover su salud y bienestar^(119,120). Con respecto a la teoría de

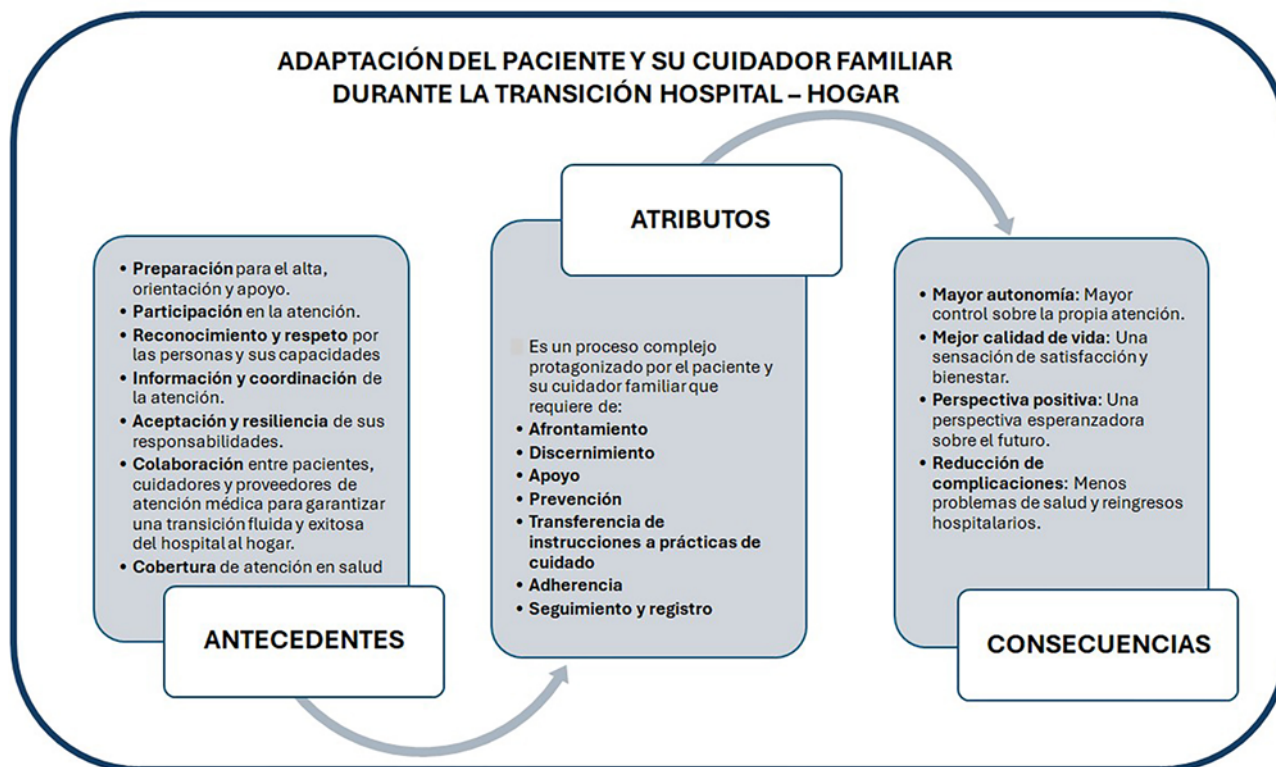


Figura 2 – Adaptación del paciente y su cuidador familiar durante la transición hospital-hogar

Fuente, elaboración propia.

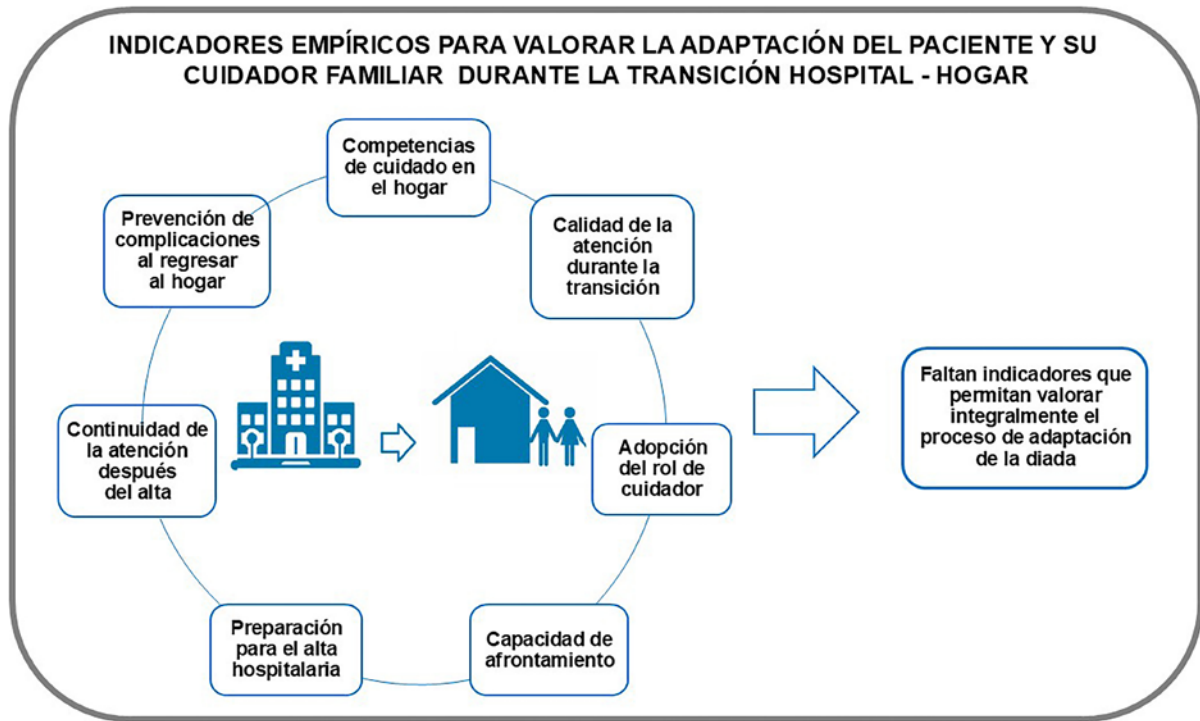


Figura 3 – Indicadores empíricos de la adaptación del paciente y su cuidador familiar durante la transición hospital-hogar

Fuente, elaboración propia.

las transiciones propuesta por Meleis et al.⁽¹²¹⁾ que incluyen las que experimentan los individuos a lo largo de su vida, las que se dan entre la salud y la enfermedad, las que se presentan con la edad y aquellas que se asocian a otras situaciones de cambio, este concepto recoge, como lo señala su autora, el contexto, las emociones y las estrategias de afrontamiento del paciente y de su cuidador familiar ya que ellas pueden afectar el proceso adaptativo durante la transición⁽¹²²⁾. El presente estudio ratifica los planteamientos de Ribeiro et al.⁽¹²³⁾, respecto al importante nivel de coherencia entre las concepciones teóricas de Callista Roy y las de Afaf Meleis, y su aplicación en la práctica profesional. El concepto analizado refleja que la adaptación es un fin y la transición, es el escenario cambiante donde se desarrolla el proceso de cuidado de la salud por parte de la diada paciente- cuidador familiar. Estos planteamientos reflejan el análisis presentado por Meleis quien propone la evolución de la enfermería desde teorías grandes a medianas para abordar situaciones más específicas de la práctica⁽¹²⁴⁾.

Estos hallazgos pueden ser útiles para los formuladores de políticas y para profesionales de enfermería docentes o asistentes como base para el desarrollo de intervenciones basadas en evidencia para mejorar la evaluación, el diagnóstico y los resultados durante la transición hospitalaria y de alta de los pacientes y sus cuidadores familiares. La claridad conceptual demuestra, como se ha documentado ser un elemento esencial de la práctica de enfermería⁽¹²⁵⁾. El presente análisis fue abordado con criterios incluyentes en geografía e idiomas. Sin embargo, sus hallazgos podrían tener limitaciones frente a algunas prácticas específicas de transición hospital – hogar aún no reportadas en la literatura.

CONCLUSIÓN

La adaptación durante la transición hospital-hogar es un evento deseable que puede ocurrir en varios niveles y períodos. Estos comienzan cuando los pacientes en compañía de sus cuidadores familiares ingresan al hospital y duran hasta que ellos estén en la capacidad de cuidar su salud. La adaptación durante la transición hospital hogar es reflejo de las mejores decisiones para que los pacientes y los cuidadores mantengan o mejoren su calidad de vida en sus hogares.

Esta transición crea cambios y desafíos para los pacientes y sus cuidadores familiares y está mediada por la forma en que afrontan las situaciones, cómo disciernen la información de la que disponen, el apoyo con que cuentan, la prevención y anticipación del riesgo y emergencias, su capacidad para traducir las instrucciones terapéuticas en acciones, su adherencia a las instrucciones de cuidado y tratamiento y del seguimiento y registro para facilitar la toma de decisiones.

La adaptación durante la transición hospital – hogar de estas diadas supone un reto para la enfermería que al comprender tanto la vulnerabilidad como el potencial de cuidado que tienen los pacientes y sus cuidadores familiares podrá apoyar en el logro de una mejor calidad de vida con menores complicaciones y carga de cuidados.

La definición, atributos, antecedentes, consecuencias de la adaptación durante la transición hospital hogar obtenido en este estudio proporciona una base teórica para futuras investigaciones. Esta información puede utilizarse para evaluar la adaptación durante la transición hospital hogar, con el desarrollo de herramientas de evaluación y generar formación e intervenciones basadas en teoría.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el concepto “Adaptación del paciente y su cuidador familiar durante la transición hospital-hogar”. **Método:** Análisis bajo lineamientos de Walker y Avant con revisión de alcance. Se siguieron parámetros del Johanna Brinings Institute, usando los metabuscadores Dimensions y Eureka y las bases de datos PubMed, Embase, Scielo, CINAHL y ScienceDirect. **Resultados:** 85 artículos cumplieron criterios de inclusión para ser revisados. La transición hospital - hogar inicia con la hospitalización de un paciente quien regresa a su hogar junto con su cuidador familiar después del alta hospitalaria. Allí deben asumir tareas de cuidado para las cuales no siempre están preparados. Su adaptación les implica comprender y afrontar la situación; buscar apoyo; anticiparse a riesgos; transferir instrucciones; adherirse a un plan terapéutico; y monitorear y registrar la condición de salud. **Conclusión:** La adaptación del paciente y su cuidador familiar durante la transición hospital-hogar, es una respuesta integral frente a la responsabilidad de cuidar su salud. Adaptarse significa reestablecer rutinas, mantener o mejorar la calidad de vida, fortalecer la autonomía y tener sensación de logro y control de la situación.

DESCRIPTORES

Adaptación; Cuidado de Transición; Alta del Paciente; Cuidadores; Teoría de Enfermería; DeCS.

RESUMO

Objetivo: Analisar o conceito de “Adaptação do paciente e seu cuidador familiar durante a transição hospital-casa”. **Método:** O método Walker e Avant foi seguido. Isto incluiu uma revisão de escopo que seguiu os parâmetros do Joanna Briggs Institute (JBI), conduzida nos Mecanismos de metabusca Dimensions e Eureka e bancos de dados PubMed, Embase, Scielo, CINAHL e ScienceDirect. **Resultados:** De 6073 artigos, 85 atenderam aos critérios de inclusão. A transição hospital-casa do paciente e de seu cuidador familiar após a alta hospitalar exige que eles assumam tarefas de cuidado para as quais nem sempre estão preparados. Adaptar-se a essa transição envolve compreendê-la e enfrentá-la; ter suporte; prever riscos; transferir instruções; aderir à terapia; e monitorar e registrar as condições de saúde. **Conclusão:** A adaptação do paciente e do seu cuidador familiar durante a transição hospital-casa é uma resposta abrangente à responsabilidade de cuidar da sua saúde. Adaptar-se significa ser capaz de restabelecer rotinas, manter ou melhorar a qualidade de vida, fortalecer a autonomia e ter uma sensação de realização e controle sobre a situação.

DESCRITORES

Adaptação; Cuidado Transicional; Alta do Paciente; Cuidadores; Teoria de Enfermagem; DeCS.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global patient safety report 2024. Geneva: WHO; 2024 [citado 2024 oct. 31]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>.
2. Liu H, Zhao Q, Fan S. Research status of transitional care for cancer survivors. Chinese General Practice. 2020;23(12):1566. doi: <http://dx.doi.org/10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.298>.
3. Liebbezeit D, Rutkowski R, Arbaje AI, Fields B, Werner NE. A scoping review of interventions for older adults transitioning from hospital to home. J Am Geriatr Soc. 2021;69(10):2950–62. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.17323>. PubMed PMID: 34145906.
4. Naylor MD, Hirschman KB, McCauley K. Meeting the transitional care needs of older adults with COVID-19. J Aging Soc Policy. 2020;32(4–5):387–95. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2020.1773189>. PubMed PMID: 32476586.
5. Chardon ML, Klages KL, Joffe NE, Pai AL. Recommendations for providing medication adherence support after pediatric hematopoietic stem cell transplant: caregivers’ lived experience. J Pediatr Hematol Oncol Nurs. 2023;40(1):5–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/27527530221121723>. PubMed PMID: 36221958.
6. Lima MA, Magalhães AM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LA, et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e20180119. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>. PubMed PMID: 30517436.
7. Santos MM, Peradotto BC, Micheletti VC, Treviso P. Transição do cuidado da atenção terciária para a atenção primária: revisão integrativa da literatura. Nursing. 2022 [citado 2024 oct. 31];81:73–82. Disponible en: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/26103179>.
8. Oliveira AB, Pereira AC, Barbosa IT, Cardoso KG, Viana MS, Silveira CC, et al. Estratégias de transição do cuidado: desafios e perspectivas da equipe de enfermagem para uma comunicação efetiva com foco na segurança do paciente. Braz J Dev. 2022;8(8):58676–95. doi: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv8n8-248>.
9. Gallo VC, Khalaf DK, Hammerschmidt KS, Santiago ML, Vendruscolo C. Estratégias de transição para alta hospitalar utilizadas por enfermeiros: revisão integrativa. Rev Enferm UFSM. 2021;11:e79. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769264383>.
10. Li J, Carayon P. Health Care 4.0: a vision for smart and connected health care. IISE Trans Healthc Syst Eng. 2021;11(3):171–80. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/24725579.2021.1884627>. PubMed PMID: 34497970.
11. Mardani A, Griffiths P, Vaismoradi M. The role of the nurse in the management of medicines during transitional care: a systematic review. J Multidiscip Healthc. 2020;13:1347–61. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S276061>. PubMed PMID: 33154651.
12. Rivera-Romero N, Devia-Vega JS. Cuidados de enfermería del plan de transición de la unidad de salud mental al hogar: revisión de alcance. MedUNAB. 2022;25(3):451–60. doi: <http://dx.doi.org/10.29375/01237047.4244>.
13. Oliveira ES, Oliva Menezes TM, Gomes NP, Oliveira LM, Sales MG, Novaes HP. Orientación enfermera para el cuidador de anciano con marcapasos artificial en la transición hospital-domicilio. Rev Cubana Enferm. 2023;39(1):1.
14. Bucknall TK, Hutchinson AM, Botti M, McTier L, Rawson H, Hitch D, et al. Engaging patients and families in communication across transitions of care: an integrative review. Patient Educ Couns. 2020;103(6):1104–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2020.01.017>. PubMed PMID: 32029297.
15. Hagedoorn EI, Keers JC, Jaarsma T, van der Schans CP, Luttik ML, Paans W. The association of collaboration between family caregivers and nurses in the hospital and their preparedness for caregiving at home. Geriatr Nurs. 2020;41(4):373–80. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.02.004>. PubMed PMID: 30867090.

16. Chen L, Xiao LD, Chamberlain D, Newman P. Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2021;30(19–20):2786–807. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15807>. PubMed PMID: 33872424.
17. Tsuboi H, Fujimori K. Effectiveness of hospital discharge support by medical and nursing care workers in reducing readmission rates of patients in long-term care wards: an observation study in Japan. *Tohoku J Exp Med*. 2020;251(3):225–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1620/tjem.251.225>. PubMed PMID: 32684534.
18. Balladares J, Carvacho R, Basualto P, Coli Acevedo J, Molina Garzón M, Catalán L, et al. Cuidar a los que cuidan: experiencias de cuidadores informales de personas mayores dependientes en contexto COVID-19. *Psicoperspectivas*. 2021;20(3):55–66. doi: <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol20-Issue3-fulltext-2397>.
19. Arsenault-Lapierre G, Henein M, Gaid D, Le Berre M, Gore G, Vedel I. Hospital-at-home interventions vs in-hospital stay for patients with chronic disease who present to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021;4(6):e2111568. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.11568>. PubMed PMID: 34100939.
20. Griffin JM, Kaufman BG, Bangerter L, Holland DE, Vanderboom CE, Ingram C, et al. Improving transitions in care for patients and family caregivers living in rural and underserved areas: the Caregiver Advise, Record, Enable (CARE) Act. *J Aging Soc Policy*. 2024;36(4):581–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2022.2029272>. PubMed PMID: 35156557.
21. Duncan PW, Bushnell CD, Jones SB, Psioda MA, Gesell SB, D'Agostino Jr RB, et al. Randomized pragmatic trial of stroke transitional care: the COMPASS study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2020;13(6):e006285. doi: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.006285>. PubMed PMID: 32475159.
22. Walker LO. Strategies for theory construction in nursing. Norwalk: Appleton & Lange; 2005.
23. Khalil H, Peters M, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Parker D. An evidence-based approach to scoping reviews. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016;13(2):118–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12144>. PubMed PMID: 26821833.
24. Open Science Framework. Adaptation during the hospital to home transition. 2024 [citado 2024 oct. 31]. Disponible en: https://osf.io/mf2ux/?view_only=e8cb9b12ee645aabc976a489e133737.
25. Turnbull J, Lea D, Parkinson D, Phillips P, Francis B, Webb S, et al. Oxford advanced learner's dictionary. Oxford: Oxford University Press; 2010.
26. Uña O, Hernández A, Prado JM. Diccionario de sociología. Madrid: Esic. 2004.
27. Grawitz M. Diccionario de ciencias sociales. Bogotá: Editorial Temis; 1990.
28. McCubbin HI. Families coping with illness: the resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In Winstead-Fry P, Hamel-Bissell B, Danielson CB, editores. *Families, health & illness: perspectives on coping and intervention*. St. Louis: Winstead & Fry; 1993. p. 21–63. doi: http://dx.doi.org/10.5630/jans1981.22.3_10.
29. Figuera P, Rodríguez ML, Llanes J. Transición y orientación: Interrelaciones, estrategias y recomendaciones desde la investigación. *REIRE*. 2015;8(2):1–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1344/reire2015.8.2821>.
30. University of Oxford. Diccionario Oxford: definición de transición. 2024 [citado 2024 oct. 31]. Disponible en: https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/transition_1.
31. World Health Organization. Transitions of care: technical series on safer primary care. Geneva: WHO; 2016 [citado 2024 oct. 31]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf>.
32. Clínica Universidad de Navarra. Definición de paciente. Madrid; 2024 [citado 2024 oct. 31]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/paciente>.
33. Schulz R, Beach SR, Czaja SJ, Martire LM, Monin JK. Family caregiving for older adults. *Annu Rev Psychol*. 2020;71(1):635–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754>. PubMed PMID: 31905111.
34. Mendes C, Greenwood N, Jones F. “A proof of life” through transition from hospital to home after a stroke in a Portuguese setting-a multi-perspective, longitudinal qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2023;18(1):2238986. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2023.2238986>. PubMed PMID: 37533284.
35. Affleck G, Tennen H, Rowe J, Roscher B, Walker L. Effects of formal support on mothers' adaptation to the hospital-to-home transition of high-risk infants: the benefits and costs of helping. *Child Dev*. 1989;60(2):488–501. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/1130993>. PubMed PMID: 2494024.
36. Zhang M, Zhang CH, Chen C, Liu L, Liang Y, Hong YR, et al. The experience of diabetic retinopathy patients during hospital-to-home full-cycle care: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2023;22(1):58. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-023-01206-y>. PubMed PMID: 36869346.
37. McCarthy MS, Ujano-De Motta LL, Nunnery MA, Gilmartin H, Kelley L, Wills A, et al. Understanding adaptations in the Veteran Health Administration's Transitions Nurse Program: refining methodology and pragmatic implications for scale-up. *Implement Sci*. 2021;16(1):71. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-021-01126-y>. PubMed PMID: 34256763.
38. Gustafsson LA, Hodson TJ, Fleming JM, Hoyle MF. The impact of STRENGTH on the expected and actual transition to home experience. *Disabil Rehabil*. 2014;36(26):2244–51. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2014.904937>. PubMed PMID: 24670192.
39. Rittman M, Faircloth C, Boylestein C, Gubrium JF, Williams C, van Puymbroeck M, et al. The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. *J Rehabil Res Dev*. 2004;41(3A):259. doi: <http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2003.06.0099>. PubMed PMID: 15543443.
40. Perrin PB, Rodríguez-Agudelo Y, Plaza SLO, Quijano-Martínez MC, Trujillo MA, Smith ER, et al. Multi-site, multi-country randomized clinical trial of an acute traumatic brain injury caregiver transition assistance program in Latin America. *NeuroRehabilitation*. 2023;52(1):137–47. doi: <http://dx.doi.org/10.3233/NRE-220121>. PubMed PMID: 36617755.
41. Du Plessis M, McGaffin CR, Molepo T, Oelofse R, Van Zyl S, Mashola MK. Perceived readiness for hospital discharge: patients with spinal cord injury versus physiotherapists. *S Afr J Physiother*. 2018;74(1):437. doi: <http://dx.doi.org/10.4102/sajp.v74i1.437>. PubMed PMID: 30167501.
42. Hvalvik S, Reiersen IÅ. Striving to maintain a dignified life for the patient in transition: next of kin's experiences during the transition process of an older person in transition from hospital to home. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2015;10(1):26554. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.26554>. PubMed PMID: 25746043.

43. Aydon L, Hauck Y, Murdoch J, Siu D, Sharp M. Transition from hospital to home: Parents' perception of their preparation and readiness for discharge with their preterm infant. *J Clin Nurs*. 2018;27(1–2):269–77. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13883>. PubMed PMID: 28514524.
44. Cain CH, Neuwirth E, Bellows J, Zuber C, Green J. Patient experiences of transitioning from hospital to home: an ethnographic quality improvement project. *J Hosp Med*. 2012;7(5):382–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.1918>. PubMed PMID: 22378714.
45. Sá M, Nabais AS. How to care for patients with heart failure: a systematic review of nursing interventions. *New Trends in Qualitative Research*. 2022;11:e557. doi: <http://dx.doi.org/10.36367/ntqr.11.2022.e557>.
46. Lerret SM, Weiss ME, Stendahl G, Chapman S, Neighbors K, Amsden K, et al. Transition from hospital to home following pediatric solid organ transplant: qualitative findings of parent experience. *Pediatr Transplant*. 2014;18(5):527–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/petr.12269>. PubMed PMID: 24814154.
47. Lerret SM, Weiss ME. How ready are they? Parents of pediatric solid organ transplant recipients and the transition from hospital to home following transplant. *Pediatr Transplant*. 2011;15(6):606–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-3046.2011.01536.x>. PubMed PMID: 21736682.
48. Zhang M, Zhang C, Chen C, Liu L, Liang Y, Hong Y, et al. The experience of diabetic retinopathy patients during hospital-to-home full-cycle care: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2023;22(1):58. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-023-01206-y>. PubMed PMID: 36869346.
49. Arias Rojas M, García-Vivar C. The transition of palliative care from the hospital to the home: a narrative review of experiences of patients and family caretakers. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(3):482–91. doi: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.ive.v33n3a12>. PubMed PMID: 28569956.
50. Hestevik CH, Molin M, Debesay J, Bergland A, Bye A. Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):224. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4035-z>. PubMed PMID: 30975144.
51. Breivold K, Hjaelmlund E, Sjöström-Strand A, Hallström IK. Mothers' experiences after coming home from the hospital with a moderately to late preterm infant—a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(3):632–40. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12656>. PubMed PMID: 30715759.
52. Soegaard K, Sollie M, Beeckman D, Biering-Sørensen F, Ahm-Sørensen J. Interventions, stakeholders, and organisation related to pressure ulcer prevention for individuals with spinal cord injuries in transition from hospital to home—a scoping review. *J Tissue Viability*. 2023;32(2):194–205. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtv.2023.02.005>. PubMed PMID: 36997467.
53. March S. Parents' perceptions during the transition to home for their child with a congenital heart defect: how can we support families of children with hypoplastic left heart syndrome? *J Spec Pediatr Nurs*. 2017;22(3):e12185. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jspn.12185>. PubMed PMID: 28627006.
54. Lerret SM, Johnson NL, Haglund KA. Parents' perspectives on caring for children after solid organ transplant. *J Spec Pediatr Nurs*. 2017;22(3):e12178. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jspn.12178>. PubMed PMID: 28371009.
55. Arango Restrepo MC, Gómez Ochoa AM. The dialogic bond that relieves: encounter to transcend therapeutic adherence. *Aquichan*. 2019;19(2):e1925. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2019.19.2.5>.
56. Huang TT, Peng JM. Role adaptation of family caregivers for ventilator-dependent patients: transition from respiratory care ward to home. *J Clin Nurs*. 2010;19(11–12):1686–94. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03007.x>. PubMed PMID: 20384666.
57. Sánchez L, Carrillo G. Competencia para el cuidado en el hogar diada persona con cáncer en quimioterapia cuidador familiar. *Psicooncología*. 2017;14(1):137–48. doi: <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.55817>.
58. March S, Keim-Malpass J. Transition experiences between hospital-and home-care for parents of children with hypoplastic left heart syndrome. *J Spec Pediatr Nurs*. 2018;23(3):e12225. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jspn.12225>. PubMed PMID: 30098124.
59. Rodham K, Boxell E, McCabe C, Cockburn M, Waller E. Transitioning from a hospital rehabilitation programme to home: exploring the experiences of people with complex regional pain syndrome. *Psychol Health*. 2012;27(10):1150–65. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2011.647820>. PubMed PMID: 22260304.
60. Kosta L, Harms L, Franich-Ray C, Anderson V, Northam E, Cochrane A, et al. Parental experiences of their infant's hospitalization for cardiac surgery. *Child Care Health Dev*. 2015;41(6):1057–65. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/cch.12230>. PubMed PMID: 25652039.
61. Van de Riet L, Alsem MW, Beijneveld RS, van Woensel JB, Van Karnebeek CD. Delineating family needs in the transition from hospital to home for children with medical complexity: part 2, a phenomenological study. *Orphanet J Rare Dis*. 2023;18(1):387. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13023-023-02747-w>. PubMed PMID: 38082332.
62. Silva FM, Bernardo CS, Alvarenga WD, Janzen DC, Nascimento LC. Transitional care to home in the perspective of parents of children with leukemia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40:e20180238. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>. PubMed PMID: 31188974.
63. Hu R, Gu B, Tan Q, Xiao K, Li X, Cao X, et al. The effects of a transitional care program on discharge readiness, transitional care quality, health services utilization and satisfaction among Chinese kidney transplant recipients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2020;110:103700. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103700>. PubMed PMID: 32739670.
64. Plank A, Mazzoni V, Cavada L. Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. *J Clin Nurs*. 2012;21(13–14):2072–82. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04025.x>. PubMed PMID: 22672464.
65. Branowicki PA, Vessey JA, Temple KL, Lulloff AJ. Building bridges from hospital to home: understanding the transition experience for the newly diagnosed pediatric oncology patient. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2016;33(5):370–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1043454215616606>. PubMed PMID: 26668212.
66. Leonard C, Lawrence E, McCreight M, Lippmann B, Kelley L, Mayberry A, et al. Implementation and dissemination of a transition of care program for rural veterans: a controlled before and after study. *Implement Sci*. 2017;12(1):123. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-017-0653-1>. PubMed PMID: 29058640.
67. Solan LG, Beck AF, Brunswick SA, Sauers HS, Wade-Murphy S, Simmons JM, et al. H2O Study Group. The family perspective on hospital to home transitions: a qualitative study. *Pediatrics*. 2015;136(6):e1539–49. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-2098>. PubMed PMID: 26620060.
68. Kiran T, Wells D, Okrainec K, Kennedy C, Devotta K, Mabaya G, et al. Patient and caregiver priorities in the transition from hospital to home: results from province-wide group concept mapping. *BMJ Qual Saf*. 2020;29(5):390–400. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009993>. PubMed PMID: 31907325.

69. Saunders S, Weiss ME, Meaney C, Killackey T, Varenbut J, Lovrics E, et al. Examining the course of transitions from hospital to home-based palliative care: A mixed methods study. *Palliat Med*. 2021;35(8):1590–601. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/02692163211023682>. PubMed PMID: 34472398.
70. Silveira LK, Peloso-Carvalho BM, Moraes CM, Freitas PS, Dázio EMR, Fava SMCL. Construction of a calendar for people with hypertension for self-care in the hospital-home transition. *Rev Pesqui*. 2021;13(1):1542–7. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.10414>.
71. Carrillo GM, Vargas Rosero E, Gómez Ramírez OJ. Validación de la escala competencia para el cuidado en el hogar en adultos con cáncer. *Rev Cuid*. 2021;12(2). doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1210>.
72. Hendrix C, Tepfer S, Forest S, Ziegler K, Fox V, Stein J, et al. Transitional care partners: a hospital-to-home support for older adults and their caregivers. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2013;25(8):407–14. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00803.x>. PubMed PMID: 24170636.
73. Raffray M, Semenik S, Osorio Galeano S, Ochoa Marín SC. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit: perceptions of health care providers. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(3):379–92. doi: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v32n3a03>. PubMed PMID: 25504404.
74. Carvajal G, Fuentes A, Pulido SP, Guevara M, Sánchez B. Effects of the discharge plan on the caregiving load of people with chronic disease: quasi-experimental study. *Chronic Illn*. 2023;20(4):712–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/17423953231192131>.
75. Pereira FD, Baggio MA, Viera CS, Toso BR, Piva EK. Estresse materno pós-alta do recém-nascido prematuro. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019;13:1–8. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2019.237763>.
76. Hardy MS, Dallaire C. Mieux saisir les difficultés d'adaptation des personnes âgées insuffisantes cardiaques en transition de l'hôpital vers le domicile à partir des expériences vécues et d'un éclairage théorique. *Rech Soins Infirm*. 2020;141(2):38–48. doi: <http://dx.doi.org/10.3917/rsi.141.0038>. PubMed PMID: 35724029.
77. Eliassen M, Arntzen C, Nikolaisen M, Gramstad A. Rehabilitation models that support transitions from hospital to home for people with acquired brain injury (ABI): a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):814. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-023-09793-x>. PubMed PMID: 37525270.
78. Hvalvik S, Dale B. The transition from hospital to home: older people's experiences. *Open J Nurs*. 2015;5(7):622–31. doi: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2015.57066>.
79. Mabire C, Dwyer A, Garnier A, Pellet J. Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *J Adv Nurs*. 2018;74(4):788–99. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13475>. PubMed PMID: 28986920.
80. Bobay KL, Jerofke TA, Weiss ME, Yakusheva O. Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatr Nurs*. 2010;31(3):178–87. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2010.03.005>. PubMed PMID: 20525522.
81. Hurtaud A, Lallier F, Heidet M, Arnoult C, Dramé M, Canoui-Poitaine F. Real-life implementation of guidelines on the hospital-to-home transition for older patients: a cohort study in general practice. *Age Ageing*. 2019;49(1):46–51. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afz143>. PubMed PMID: 31763676.
82. Lotus Y. Role tuning between caregivers and care receiver during discharge transition: an illustration of role function mode in roys adaptation theory. *Nurs Sci Q*. 2000;13(4):323–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/08943180022107870>. PubMed PMID: 11847755.
83. Lovett DL, Haring KA. Family perceptions of transitions in early intervention. *Educ Train Dev Disabil*. 2003 [citado 2024 oct. 31];38(4):370–7. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/23879913>.
84. Athan V, Bissett M, Boland N, Owen K, Collins J. Engagement of Older Adults in out-of-Home Occupations: Transitioning from Hospital to Home. *Phys Occup Ther Geriatr*. 2022;40(1):94–111. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02703181.2021.1986194>.
85. Gage M, Cook JV, Fryday-Field K. Understanding the transition to community living after discharge from an acute care hospital: an exploratory study. *Am J Occup Ther*. 1997;51(2):96–103. doi: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.51.2.96>. PubMed PMID: 9124276.
86. Siripituphum D, Songwathana P, Khupantavee N, Williams I. Caring for Thai traumatic brain injury survivors in a transitional period: what are the barriers? *J Health Sci Med Res*. 2020;38(1):43–52. doi: <http://dx.doi.org/10.31584/jhsmr.202076>.
87. Affleck G, Tennen H, Allen DA, Gershman K. Perceived social support and maternal adaptation during the transition from hospital to home care of high-risk infants. *Infant Ment Health J*. 1986;7(1):6–18. doi: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355\(198621\)7:1<6::AID-IMHJ2280070103>3.0.CO;2-V](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355(198621)7:1<6::AID-IMHJ2280070103>3.0.CO;2-V).
88. Osorio Galeano SP, Salazar Maya AM. El empoderamiento de los padres para el cuidado del hijo prematuro. *Rev Cuid*. 2022;13(2). doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2104>.
89. Hodgins MJ, Filiatreault S, Keeping-Burke L, Logan SM. Patterns of patient coping following hospital discharge from medical and surgical units: a pilot study. *Nurs Health Sci*. 2020;22(1):118–25. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12658>. PubMed PMID: 31692227.
90. Andrews N, Jones LL, Moiemien N, Calvert M, Kinghorn P, Litchfield I, et al. Below the surface: Parents' views on the factors that influence treatment adherence in paediatric burn scar management: a qualitative study. *Burns*. 2018;44(3):626–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2017.09.003>. PubMed PMID: 29031888.
91. Turner B, Fleming J, Ownsworth T, Cornwell P. Perceptions of recovery during the early transition phase from hospital to home following acquired brain injury: a journey of discovery. *Neuropsychol Rehabil*. 2011;21(1):64–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09602011.2010.527747>. PubMed PMID: 21132603.
92. Zakrajsek AG, Schuster E, Guenther D, Lorenz K. Exploring older adult care transitions from hospital to home: a participatory action research project. *Phys Occup Ther Geriatr*. 2013;31(4):328–44. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/02703181.2013.825362>.
93. Safadi A, Etzioni T, Fliss D, Pillar G, Shapira C. The effect of the transition to home monitoring for the diagnosis of OSAS on test availability, waiting time, patients' satisfaction, and outcome in a large health provider system. *Sleep Disord*. 2014;2014(1):418246. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/418246>. PubMed PMID: 24876974.
94. Wild K, Sharma N, Mattek N, Karlawish J, Riley T, Kaye J. Application of in-home monitoring data to transition decisions in continuing care retirement communities: usability study. *J Med Internet Res*. 2021;23(1):e18806. doi: <http://dx.doi.org/10.2196/18806>. PubMed PMID: 33439144.

95. Turner B, Fleming J, Cornwell P, Worrall L, Ownsworth T, Haines T, et al. A qualitative study of the transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury and their family caregivers. *Brain Inj.* 2007;21(11):1119–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02699050701651678>. PubMed PMID: 17952712.
96. Carrillo Gonzalez GM, Sanchez Herrera B, Vargas Rosero E. Desarrollo y pruebas psicométricas del Instrumento “cuidar” - versión corta para medir la competencia de cuidado en el hogar. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Rev Univ Ind Santander.* 2016;48(2):222–31. doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016007>.
97. Parast L, Burkhart Q, Desai AD, Simon TD, Allshouse C, Britto MT, et al. Validation of new quality measures for transitions between sites of care. *Pediatrics.* 2017;139(5):e20164178. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-4178>. PubMed PMID: 28557755.
98. Coleman EA, Smith JD, Frank JC, Eilertsen TB, Thiare JN, Kramer AM. Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. *Int J Integr Care.* 2002;2(2):e02. doi: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.60>. PubMed PMID: 16896392.
99. Coleman EA, Parry C, Chalmers SA, Chugh A, Mahoney E. The central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. *Home Health Care Serv Q.* 2007;26(4):93–104. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J027v26n04_07. PubMed PMID: 18032202.
100. Coleman EA, Mahoney EC, Parry C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient’s perspective: the care transitions measure. *Med Care.* 2005;43(3):246–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>. PubMed PMID: 15725981.
101. Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L. Adopción del rol del cuidador familiar del paciente crónico: una herramienta para valorar la transición. *Invest Andina.* 2018;20(36):39–54. doi: <http://dx.doi.org/10.33132/01248146.968>.
102. Strickland OL. Measurement of nursing outcomes: self care and coping. New York: Springer; 2003.
103. McKee K, Spazzafumo L, Nolan M, Wojszel B, Lamura G, Bien B. Components of the difficulties, satisfactions and management strategies of carers of older people: a principal component analysis of CADI-CASI-CAMI. *Aging Ment Health.* 2009;13(2):255–64. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607860802342219>. PubMed PMID: 19347692.
104. Weiss M, Piacentine L. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *J Nurs Meas.* 2006;14(3):163–80. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/jnm-v14i3a002>. PubMed PMID: 17278337.
105. Weiss ME, Costa LL, Yakusheva O, Bobay KL. Validation of patient and nurse short forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and their relationship to return to the hospital. *Health Serv Res.* 2014;49(1):304–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12092>. PubMed PMID: 23855675.
106. Hadjistavropoulos H, Biem H, Sharpe D, Bourgault-Fagnou M, Janzen J. Patient perceptions of hospital discharge: reliability and validity of a Patient Continuity of Care Questionnaire. *Int J Qual Health Care.* 2008;20(5):314–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn030>. PubMed PMID: 18635587.
107. Glans M, Kempen TG, Jakobsson U, Ekstam AK, Bondesson Å, Midlöv P. Identifying older adults at increased risk of medication-related readmission to hospital within 30 days of discharge: development and validation of a risk assessment tool. *BMJ Open.* 2023;13(8):e070559. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070559>. PubMed PMID: 37536970.
108. Ajstrup M, Mejdahl CT, Christiansen DH, Nielsen LK. Transition of care in a Danish context: translation, cross-cultural adaptation and content validation of CTM-15 and PACT-M. *J Patient Rep Outcomes.* 2024;8(1):58. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s41687-024-00739-3>. PubMed PMID: 38856787.
109. Burgdorf JG, Arbaje AI, Chase JA, Wolff JL. Current practices of family caregiver training during home health care: a qualitative study. *J Am Geriatr Soc.* 2022;70(1):218–27. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.17492>. PubMed PMID: 34618918.
110. van Melle MA, van Stel HF, Poldervaart JM, de Wit NJ, Zwart DL. Measurement tools and outcome measures used in transitional patient safety: a systematic review. *PLoS One.* 2018;13(6):e0197312. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0197312>. PubMed PMID: 29864119.
111. Yoshimura M, Sumi N. Measurement tools that assess the quality of transitional care from patients’ perspective: a literature review. *Jpn J Nurs Sci.* 2022;19(3):e12472. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jjns.12472>. PubMed PMID: 35132783.
112. Schumacher KL, Meleis AL. Transitions: a central concept in nursing. *Image J Nurs Sch.* 1994;26(2):119–27. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>. PubMed PMID: 8063317.
113. Castro EM, van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns.* 2016;99(12):1923–39. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>. PubMed PMID: 27450481.
114. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs.* 2012;30(1):6–15. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898010111412189>. PubMed PMID: 21772048.
115. Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 2003;40(3):321–32. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00092-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00092-5). PubMed PMID: 12605954.
116. Caramanica L, Bressler T, Betz CL, Zalon ML, Shelton D, Chlan LL, et al. A concept analysis of transitions of care for population health. *Res Theory Nurs Pract.* 2019;33(3):257–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/1541-6577.33.3.257>. PubMed PMID: 31615945.
117. Schlossberg NK. A model for analyzing human adaptation to transition. *Couns Psychol.* 1981;9(2):2-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/001100008100900202>.
118. Chakurian D, Popejoy L. Utilizing the care coordination Atlas as a framework: an integrative review of transitional care models. *Int J Care Coord.* 2021;24(2):57–71. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/20534345211001615>.
119. Roy C. (2009). The Roy adaptation model. 3rd ed. Upper Saddle River: Pearson Education.
120. Roy C. Research based on the roy adaptation model: last 25 years. *Nurs Sci Q.* 2011;24(4):312–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0894318411419218>. PubMed PMID: 21975478.
121. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci.* 2000;23(1):12–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>. PubMed PMID: 10970036.

122. Meleis AI. Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer; 2010.
123. Ribeiro OM, Martins MM, Tronchin DM, Forte EC. The perspective of portuguese nurses on nursing metaparadigmatic concepts. *Texto Contexto Enferm*. 2018 [citado 2024 oct. 31];27(2):e3970016. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VNs9n4dmCkjRSJVDvyVCyFz/?format=pdf&lang=en>.
124. Meleis AI. Historical background for theories: revisiting the past to create the future. In: Im EO, Meleis AI, editores. *Situation specific theories: development, utilization, and evaluation in nursing*. Cham: Springer; 2021. p. 3–11. doi: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-63223-6_1.
125. Sari NK, Prihatiningsih TS, Lusmilasari L. Key elements of professional nursing practice: a scoping review. *Open Access Maced J Med Sci*. 2021;9(T4):253–60. doi: <http://dx.doi.org/10.3889/oamjms.2021.5885>.

EDITORIA ASOCIADA

Cristina Lavareda Baixinho

Apoyo financiero

Universidad de La Sabana código ENF612021.



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.