



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE QUEMADO, EN  
EL CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y ATENCIÓN DEL  
QUEMADO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN.

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

**SANDY ANAHI MORENO MALDONADO**

No. DE CUENTA: 408010786

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA.: ARACELÍ JÍMENEZ MENDOZA



MÉXICO, D.F.

OCTUBRE, 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres por haber confiado en mí, darme la oportunidad y brindarme el apoyo necesario para estudiar en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

A la UNAM y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, que permitió mi preparación académica, tanto teórica como práctica, durante los años que abarca la licenciatura.

A las personas que decidieron ser participes en la investigación, que a pesar de sus ocupaciones se dieron el tiempo para contestar el cuestionario.

Así como a la maestra y enfermera del INR, Sandra Hernández Corral, por haberme apoyado y animado durante la realización del trabajo en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2. PREGUNTA	10
3. OBJETIVOS	
3.1. Objetivo general	10
3.2. Objetivos específicos	10
4. JUSTIFICACIÓN	11
5. MARCO TEÓRICO	
5.1. Quemaduras	12
5.1.1. Definición	12
5.1.2. Tipos de quemaduras	12
5.1.2.1. Clasificación de quemaduras en función del agente productor	13
5.1.2.2. Clasificación de quemaduras en función de la extensión de la superficie corporal quemada	14
5.1.2.3. Clasificación de quemaduras en función de la profundidad	15
5.1.2.4. Clasificación de quemaduras según la localización de las áreas quemadas	16
5.1.3. Etiopatogenia	16
5.1.4. Tratamiento general	

5.1.4.1. Valoración inicial	17
5.1.4.1.1. Evaluación primaria	17
5.1.4.1.2. Evaluación secundaria	18
5.1.4.2. Actitud terapéutica	19
5.1.4.2.1. Tratamiento del gran quemado	19
5.1.4.2.2. Tratamiento del quemado leve	21
5.2. Papel de enfermería	
5.2.1. Generalidades	22
5.2.2. Modelo de Adaptación	
5.2.2.1. Biografía de Sor Callista Roy	25
5.2.2.2. Fuentes teóricas	27
5.2.2.3. Utilización de pruebas empíricas	30
5.2.2.4. Principales propuestas	30
5.2.2.5. Afirmaciones teóricas	34
5.2.2.6. Forma lógica	37
5.2.2.7. Aceptación por parte de la comunidad enfermera	38
5.2.2.8. Desarrollo posteriores	54
5.2.2.9. Descripción del instrumento de Callista Roy	55
6. METODOLOGÍA	
6.1. Tipo de diseño	56
6.2. Universo	56

6.3. Criterios	57
6.4. Variables de medición	58
6.5. Materiales y métodos	58
6.6. Plan de análisis	60
6.7. Aspectos éticos	60
7. RESULTADOS	
7.1. Características de los participantes	62
7.2. Características de afrontamiento y adaptación	63
8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	69
9. DISCUSIÓN	71
10. CONCLUSIÓN	72
BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXOS	78

## INTRODUCCIÓN

El origen de las prácticas de cuidados está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie. La alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda en los primeros estadios evolutivos del hombre es considerada como la práctica de cuidados más antigua.

Conforme fue pasando el tiempo, la enfermería obtuvo un valor religioso, lo cual se practicaba por vocación por mujeres consagradas y monjes; en donde se pierde el contacto físico para pasar a la palabra (oración) para solucionar la enfermedad.

Posteriormente la salud se vuelve una lucha contra la enfermedad, etapa en la hay un avance de la tecnología, los recursos se encaminan hacia el tratamiento de las enfermedades y su diagnóstico. Aparece un nuevo tipo de profesional a parte del medico, el cual delega obligaciones a éstos, pero no tiene autonomía. Es en esta época en donde se define la enfermería técnica, la cual se dedica a cuidar.

A continuación, la enfermería se profesionaliza, y la salud se ve como un equilibrio entre el individuo y su ambiente; llegando a la conclusión de que debe haber empatía del individuo con en el entorno para propiciar el proceso de adaptación y así mantener su bienestar.

En este sentido Roy define a la adaptación como el proceso y el resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o miembros de un grupo, son conscientes, y escogen la integración del ser humano con su entorno. Cuando esta integración con el entorno no es la adecuada, se presentan alteraciones fisiológicas, psicológicas y sociales en la persona.

Las personas que han padecido o padecen alguna enfermedad crónica son las que presentan más alteraciones físico, psicológico y socialmente, debido a los largos tratamientos a los que son sometidos, por ejemplo aquellos que padecen Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, VIH, cáncer, quemaduras; por lo que se podrá observar un desequilibrio con el entorno, lo que no le permite adaptarse adecuadamente.

Al realizar el servicio social en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) se observó el proceso por el que pasan los pacientes que han sufrido una quemadura desde que llegan y son dados de alta, en el Centro Nacional de Investigación y Atención del Quemado (CENIAQ); considerando que estos son sometidos a largos tratamientos y su recuperación es muy lenta, el proceso de adaptación se ve afectado.

Por tal motivo, se elaboró el siguiente trabajo; en el cual se describe la situación que se presenta en el CENIAQ, del INR, en donde se realizan cuidados inmediatos, mediatos y a largo plazo a personas que han sufrido una quemadura, así como la rehabilitación que el paciente requiera.

El interés por conocer el nivel de afrontamiento y adaptación del paciente quemado, es motivarlo para continuar con su tratamiento y sus roles sociales; debido a que un gran número de estos pacientes, no concluyen con sus tratamientos tanto farmacéuticos como psicológicos; y como personal, de enfermería es recomendable realizar acciones multidisciplinarias para mejorar su bienestar biopsicosocial, por lo que se busca ser participe elaborando una investigación que cubra la necesidades que la persona requiera.

Esta investigación se basa en el modelo de Callista Roy, que se refiere al afrontamiento y a los procesos de adaptación como a un constructo multidimensional que representa las respuestas o modos fisiológico y psicosocial. Como sistema posee niveles jerárquicos pues abarca procesos cognoscitivos tanto a nivel de entradas o estímulos, procesos internos o centrales, como de salidas o respuestas (Lazcano, 2008). En los primeros apartados se hace mención de la problemática, los objetivos y la justificación del estudio.

Siguiendo la continuidad del estudio, se presenta el marco teórico, describiendo lo que es una quemadura, su clasificación y tratamiento, así como se detalla el modelo de adaptación y afrontamiento por Callista Roy.

En los temas siguientes se describe la metodología del estudio, que incluye el diseño, universo, criterios, materiales y métodos, plan de análisis y los aspectos éticos de la investigación.

Subsecuente a lo anterior, se presentan los resultados del estudio, así como el análisis de los mismos y la discusión. Por último, se presentan las conclusiones derivadas de este estudio.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Durante la estancia en el Instituto Nacional de Rehabilitación y Ortopedia se tuvo la oportunidad de conocer y trabajar en el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ), una torre especializada en la atención del paciente quemado en cualquiera de sus fases. Se observó algunas de las intervenciones dirigidas a los pacientes que sufrieron alguna quemadura, así como también se logró ver el estado de angustia y miedo por el que pasaba el paciente, al igual que sus familiares ante la propia quemadura, y junto con ello, el tratamiento clínico y quirúrgico que recibieron.

Las lesiones provocadas por quemaduras conllevan un peligro muy elevado no sólo fisiológicamente, también en la forma en que la persona se percibe a sí misma, las modificaciones que se presentan a los roles sociales así como la independencia para realizar las actividades de la vida diaria.

La información disponible referente a las quemaduras es muy amplia respecto a la etiología, respuestas biológicas y tratamientos ante este tipo de lesiones, sin embargo, existe poca información específica para el trabajo del profesional de enfermería, por ello se considera elaborar un estudio que tenga como resultado información que ayude a realizar las intervenciones de enfermería

Por tal motivo se considera de gran relevancia y utilidad tanto para el paciente, su familia y para el personal de enfermería que labora en esta área, contribuir en alguna medida con una investigación documental que dé a conocer el grado de capacidad de adaptación y afrontamiento que presentan los pacientes que han sufrido alguna quemadura; con la finalidad de estimular al paciente para que afronte y se adapte al padecimiento que presenta.

## **2. PREGUNTA**

¿Qué nivel de adaptación y afrontamiento tiene el paciente quemado del Centro Nacional de Investigación y Atención del Quemado en el Instituto Nacional de Rehabilitación?

## **3. OBJETIVOS**

### 3.1. Objetivo general

Identificar el nivel de capacidad del paciente quemado de adaptación y afrontamiento de su padecimiento

### 3.2. Objetivo específico

Señalar el factor recursivo y centrado de adaptación y afrontamiento del paciente quemado en el INR

Enunciar el factor reacciones físicas y enfocadas de adaptación y afrontamiento del paciente quemado en el INR

Describir el factor procesos de alerta de adaptación y afrontamiento del paciente quemado en el INR

Enumerar el factor procesamiento sistemático de adaptación y afrontamiento del paciente quemado en el INR

Identificar el factor conocer y relacionarse de adaptación y afrontamiento del paciente quemado en el INR

Conocer las fallas del proceso de adaptación y afrontamiento de una persona que ha sufrido una quemadura.

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

El Sistema Nacional de Salud en México en 2009 en su informe semanal de casos nuevos de enfermedades, las quemaduras se encuentran en el apartado de Accidentes con EPI Clave 125 (1).

Con respecto a la morbilidad en el 2003 las quemaduras estaban dentro de las 20 principales causas de enfermedad ocupando el vigésimo tercer lugar con 11 840 casos y con una tasa de incidencia de 110.20. Para el 2008 ocupó el vigésimo lugar con 117 435 casos y una tasa de incidencia de 110.08 ambas por 100 000 habitantes (1).

Conociendo la gravedad de esta patología, y la incidencia de la misma que conforme pasa el tiempo va en aumento, se tiene que dar mayor importancia en cuanto a la prevención y al tratamiento de la misma.

Si bien, la prevención y el tratamiento son importantes, también lo son las consecuencias de la quemadura. Entre las situaciones que generan estrés a las personas que sufrieron quemaduras se pueden mencionar las alteraciones fisiológicas, los cambios en la imagen corporal como consecuencia de las cicatrices, la disminución en la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, entre otras, por lo que el paciente debe utilizar sus propias herramientas para afrontar y adaptarse a estas situaciones.

En este sentido es importante que el personal de enfermería considere estos elementos para proponer intervenciones que permitan fomentar un afrontamiento y adaptación positivos en el paciente.

Por lo antes mencionado se investigó la capacidad de afrontamiento y adaptación de los pacientes con quemaduras, utilizando como enfoque teórico a Callista Roy.

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1. Quemaduras**

#### **5.1.1. Definición**

Las quemaduras son aquellas lesiones producidas en los tejidos por acción del calor en sus diferentes formas, energía térmica transmitida por radiación, productos químicos o contacto eléctrico. Los mecanismos de producción más frecuentes en nuestro medio son: las llamas y los líquidos calientes, principalmente son lesiones de la piel, pero a veces afectan a órganos profundos (pulmones, corazones, riñones, etc.) (2)

La literatura recoge como factores de riesgo: edad, extensión profundidad, localización, presencia de lesiones asociadas, el mecanismo o causa de la lesión, la existencia de patología previa y el tipo de accidente que lo produjo. Los accidentes que con mayor frecuencia producen quemaduras son los domésticos 59,3% siendo más frecuentes en niños y mayores de 69 años y provocando quemaduras pequeñas, sin embargo los accidentes de trabajo (30%) y de tráfico presentan con frecuencia quemaduras más extensas. Los mecanismos de producción más frecuentes son las llamas y los líquidos calientes. (3)

#### **5.1.2. Tipos de quemaduras**

Existen varias clasificaciones de las quemaduras, en función de diversos criterios: el agente que las produce, la extensión de la superficie quemada, la profundidad y la localización (2, 4).

### 5.1.2.1. Clasificación de quemaduras en función del agente productor

#### ✘ Térmicas:

- Calor
  - Líquidos calientes: escaldadura
  - Fuego directo (llama)
  - Gases inflamables
- Frio
  - Congelación

#### ✘ Eléctricas

- Electricidad
  - Atmosférica
  - Industrial

#### ✘ Químicas

- Producto químico
  - Ácidos
  - Bases
  - Gases

#### ✘ Radioactivas

- Radiación
  - Energía radiante
    - Sol

- Radiaciones ultravioleta
- Radiaciones ionizantes
  - Rayos X
  - Energía atómica
- Radiaciones por isótopos radioactivos

#### **5.1.2.2. Clasificación de quemaduras en función de la extensión de superficie corporal quemada (SCQ)**

- Quemado grave. También se denomina “gran quemado”. Es el paciente que representa SCQ superior al 15% (4).
- Quemado leve. Es aquel paciente que presenta SCQ inferior al 15% (4).

En esta clasificación hay que considerar otros aspectos importantes, como la edad del paciente, la profundidad de la lesión, la existencia de otras enfermedades, etc., que pueden hacer que la clasificación del paciente cambie de leve a grave, aunque la superficie quemada sea inferior al 15%.

Para calcular la extensión de una quemadura, se utilizan distintos métodos:

- ❖ Esquema de Lund y Browder. Este esquema da valores porcentuales a las distintas partes del cuerpo, estableciendo diferencias si el paciente quemado es un lactante, un niño o un adulto. El inconveniente de este esquema es el no poder tenerlo siempre a la mano.
- ❖ Método de Pulaski y Tenlison o también llamada “regla de los nueve”. Según este método se divide la superficie corporal en zonas que representan 9 o múltiplos de 9 (expresados en porcentaje). El 1% restante se asigna al periné.

- ❖ La “regla de la palma de la mano”. Si pensamos que en el adulto la palma de la mano, contando los dedos, bastará con una sencilla operación de superposición de la mano del paciente que ha sufrido la quemadura (no la de la enfermera) para obtener el cálculo aproximado de la SCQ.

### 5.1.2.3. Clasificación de quemaduras en función de la profundidad

Estas abarcan la lesión, tradicionalmente se establecían grados (1° 2°, 3° y 4°). Hoy en día se considera más correcta su clasificación según las capas de la piel afectadas (4).

Tipo y grado	Características microscópicas	Características macroscópicas	Sensibilidad de la zona	Curación
Epidérmica (1° Grado)	Dstrucción de la epidermis	Eritematosa No exudativa No flictena o ampollas	Muy dolorosa (hiperestesia)	Espontánea 4-5 días No secuelas
Dérmicosuperficial (2° Grado)	Dstrucción de la epidermis más la dermis superficial	Si flictenas. Al retirarlas su base es: Roja brillante Exceso de exudado Conservar folículos pilosebáceos	Muy dolorosa (hiperestesia)	Espontánea 7-10 días No secuelas (si no se infecta)
Dérmicoprofunda (2° Grado)	Dstrucción de la epidermis más la dermis	Si flictenas. Al retirarlas su base es: Blanca o gris Menos exudado No conserva folículos pilosebáceos	No dolor (hipoestesia)	Tratamiento quirúrgico Si secuelas
Subdérmica (3° Grado)	Dstrucción de todo el espesor de la piel y zonas profundas	Negruzca Vasos sanguíneos trombosados	Pérdida de sensibilidad y anestesia	Tratamiento quirúrgico Secuelas importantes

#### **5.1.2.4. Clasificación de quemaduras según la localización de las áreas quemadas**

Se consideran graves y de gran importancia las quemaduras situadas en cara y cuello, manos, genitales y pliegues flexoextensores, debido a su repercusión futura, tanto funcional como estética (4).

#### **5.1.3. Etiopatogenia**

La agresión térmica sobre los tejidos desencadena una serie de fenómenos fisiopatológicos en el organismo, interesando profundamente a los sistemas circulatorio, nervioso, endocrino, renal y otros. En relación directa con la superficie quemada, el agente causal de la quemadura y el tiempo de exposición, los más importantes son (5):

- Aumento de la permeabilidad capilar: tras producirse la quemadura, se origina el paso de plasma, electrolitos y agua del espacio intravascular al espacio intersticial, lo que provoca un desequilibrio electrolítico y por lo tanto condiciona el edema. El edema interesa a las zonas afectadas y adyacentes y puede afectar a todo el organismo si éste presenta un elevado tanto por ciento de SCQ.
- Destrucción tisular: se produce pérdida de la barrera cutánea, lo que provoca aumento de las pérdidas de agua por evaporación. Esta pérdida de agua puede ser de 200g/m<sup>2</sup> y por SCQ/h, que junto con el edema desencadenan el shock hipovolémico característico de los pacientes con quemaduras. Ello conduce a hipoxia celular y acumulación de ácido láctico.
- Hemoconcentración al inicio y, posteriormente anemia, debido a la destrucción de hematíes.

- Disminución y lentificación del volumen circulante, con disminución del volumen minuto y por tanto disminución del gasto cardiaco.
- Infección, ya que la pérdida de la piel constituye una vía de entrada de gérmenes en el organismo.
- Alteraciones en la función pulmonar en pacientes quemados que hayan podido inhalar humos, con cambios importantes  $CO_2$ ,  $O_2$  y del pH arterial.

#### **5.1.4. Tratamiento general**

##### **5.1.4.1. Valoración inicial**

###### **5.1.4.1.1. Evaluación primaria (4)**

- I. Actuar sobre el agente productos neutralizando su acción, asegurando la integridad de equipo de atención sanitaria.
- II. Asegurar vía aérea (A) ante la posibilidad de obstrucción por edema. Signos que nos debe hacer pensar en una afectación severa de las vías respiratorias:
  1. Alteración del nivel de conciencia
  2. Quemaduras faciales
  3. Pérdida de vello en ceja y/o nariz
  4. Esputos carbonáceos
  5. Lesiones agudas inflamatorias en orofaringe
  6. Ronquera o estridor
  7. Paciente con probable exposición a humos
  8. Antecedentes de explosión

- III. Ventilación (B): aseguramiento de oxigenación adecuada. Observar deformidades del tronco, movilidad simétrica en los movimientos respiratorios, crepitación a la palpación de cuello y tórax, heridas en pared torácica auscultación de ambos campos pulmonares en busca de ausencia de murmullo vesicular o ruidos patológicos, medir frecuencia respiratoria.
- IV. Circulación (C) inspección de color de la piel, palpación de pulsos, temperatura y relleno capilar.
- V. Valoración neurológica (D): determinar el nivel de conciencia y estado pupilar.
- VI. Exposición (E): retirando la ropa, excluyendo la adherida a la piel determinamos el alcance de las lesiones y el tipo de agresión

**5.1.4.1.2. Evaluación secundaria**

Reevaluación desde la cabeza a los pies, confirmación de la expansión de las lesiones y profundidad de las quemaduras. Buscar otras lesiones que pudieran haber pasado desapercibidas (4).

- I. Evaluación del área quemada (Regla del 9)

ZONA	EVALUACIÓN DEL ÁREA QUEMADA
	ADULTO
Cabeza y cuello	9%
Miembro superior	9% (x2)
Miembro inferior	18% (x2)
Porción anterior del tronco	18%
Porción posterior del tronco	18%
Genitales	1%

- II. Valoración de la reposición de volumen, la colocación de sonda nasogástrica en prevención de problema a digestivos y la instauración de sonda urinaria ara valoración de la reposición de líquidos.
- III. Toma de tensión arterial,, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria

**5.1.4.2. Actitud terapéutica**

**5.1.4.2.1. Tratamiento del gran quemado (4)**

- I. Aseguramiento de la vía aérea, manteniendo una buena oxigenación. Valorar intubación endotraquial.
- II. Reposición de volumen. Se debe infundir líquidos templados a una velocidad y/o cantidad suficiente para garantizar una diuresis aproximadamente de 50ml/hr en el adulto.

<b>REPOSICIÓN DE VOLUMEN EN EL PACIENTE QUEMADO</b>	
<b>0-24 HORAS DCCUAP HOSPITAL</b>	2-4ml/kg/%SCQ Ringer lactato Necesidades basales ~ 2.000cc Glucosa al 5% 50% en primeras 8 horas 25% en segundas 8 horas 25% en las 8horas restantes Considerar albúmina desde la primera hora si disponemos de ella SCQ = superficie corporal quemada

- III. Preservar la hipotermia envolviendo en sábanas limpias y abrigando al quemado
- IV. Sonda urinaria. Debe de colocarse o más precoz posible

V. Sonda nasogástrica. En pacientes que presente vómito y en quemados que superen el 20% de la superficie corporal quemada.

VI. Analgesia y sedación. Administrar analgésicos narcóticos por vía intravenosa

De elección: Cloruro mórfico. Dosis 3-4mg IV (1/3 amp disuelta en suero fisiológico) en medio minuto. Se puede repetir cada 5-15 minutos hasta que desaparezca el dolor, se presenten efectos secundarios o se llegue a la dosis máxima (2-3mg/kg)

Alternativa: Meriperidina 1 amp diluida en 9cc de suero fisiológico y administrar hasta sedación y analgesia en bolos de 2cc

VII. Dieta absoluta

VIII. Inmunización antitetánica

- Toxoide tetánico 0.5cc vía subcutánea
- Inmunoglobulina humana antitetánica 500UI vía intramuscular

IX. No administrar antibióticos

X. Protectores gástricos: Ranitidina 1 ampolla IV

XI. Tratamiento local:

Si por la extensión, profundidad y características de las quemaduras debe ser atendido en centro hospitalario se actuará de la manera siguiente:

- a) Retirar ropas quemadas de forma no traumática
- b) Limpieza muy somera, no traumática, con suero salino templado, nunca frío en quemaduras moderadamente extensas. Se puede utilizar soluciones jabonosas suaves, sin hexaclofeno o antiséptico líquido, tipo digluconato de clorhexidina.

- c) No aplicar tratamiento local quimioterapico que dificulten la valoración posterior.
- d) Nunca se debe emplear antiséptico colorantes que dificulten la posterior valoración de la profundidad y extensión
- e) Cubrir las quemaduras con compresas empapadas en suero fisiológico templado con el fin de no interferir la valoración posterior del centro especializado que determine el tratamiento definitivo.
- f) Preservar antisepsia absoluta en la manipulación de las quemaduras.

#### **5.1.4.2.2. Tratamiento del quemado leve**

Si por las características, expansión y localización de las quemaduras estas se pueden tratar ambulatoriamente se procederá de la siguiente forma (4):

1) Quemaduras de 1° grado:

- Limpieza con agua y jabón suave
- Cremas hidratantes con urea y ácido láctico
- No utilizar corticoides ni antisépticos tópicos

2) Quemaduras de 2° grado <10% extensión y 3° grado < 2% de SCQ

- Limpieza con agua y jabón suave
- Apertura de las flictenas
- Limpieza con suero fisiológico
- Buen secado de la lesión
- Aplicación local de sulfadiacina argéntica al 1% ó nitrofurazona al 0.2%

- Tul graso
- Vendaje cómodo y no compresivo
- Prevención antitetánica
- No dar antibióticos
- Remitir a su centro de salud para curas cada 24-48 horas.
- Remitir a hospital si no epiteliza en 10.15 días

## **5.2. Papel de enfermería**

### **5.2.1. Generalidades**

En un intento por estudiar mejor los modelos y las teorías de enfermería algunas enfermeras han tratado de agruparlos a partir de la identificación de aquellos aspectos que tenían en común. Ya hemos dicho que, según Fawcet, todos los modelos se encuentran vinculados entre sí por lo que se denomina metaparadigma, es decir, unos conceptos comunes a partir de los cuales se desarrollará cada modelo o teoría. Además del metaparadigma, los modelos y teorías presentan otros aspectos comunes que pueden identificarse a partir del análisis comparativo de sus propuestas (6).

Este análisis trata de encontrar un elemento común o directriz en la manera de abordar la descripción del proceso de cuidar en cada uno de los modelos (6).

Esta directriz común es lo que denominamos tendencia y que se define como directriz que permite agrupar y ordenar. Volviendo a los modelos y las teorías de enfermería podemos encontrar varias propuestas para agruparlos en tendencias, a partir de la identificación de qué es lo que tienen en común. Paul Beck propone agrupar los modelos en cuatro categorías o tendencias. Para hacer esta agrupación Beck analiza los modelos tratando de identificar qué relación existe,

dentro de cada modelo, entre el concepto salud y el resto de los que conforman el metaparadigma, y posteriormente ver en cuántos de los modelos existentes se produce este tipo de relación.

<b>Clasificación de los modelos y teorías</b>					
Paul Bec, 1976	UNED, 1981	Ann Marriner, 1989	MARRiner y Raile, 1994	Suzanne Kërouac, 1996	S. Kërouac y cols., 1996
Tendencia ecologista	Tendencia naturalista	Tendencia humanista	Filosofía	Paradigma de categorización	Escuela de necesidades
Tendencia existencialista	Tendencia suplencia y ayuda	Tendencia de relaciones interpersonales	Modelos conceptuales	Paradigma de integración	Escuela de interacción
Tendencia cósmica	Tendencia de interrelación	Tendencia de sistemas	Teoría de nivel medio	Paradigma de transformación	Escuela de efectos deseables
Tendencia sociológica		Tendencia de campos energéticos			Escuela de promoción de la salud Escuela del ser humano unitario Escuela de caring

Fuente: Marriner A, Raile M. 2007

Posteriormente, en 1981 en el texto *Conceptos de Enfermería*, editado por la UNED y elaborado para el curso de convalidación del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado Universitario en Enfermería, se recoge una propuesta para clasificar los modelos en tres tendencias. El criterio que sirve a las autoras para llevar a cabo esta agrupación de los modelos es la identificación del papel que la enfermera lleva a cabo durante el proceso de cuidar.

Ann Marriner presenta en su libro sobre modelos y teorías una clasificación de los modelos en cuatro tendencias. El criterio sobre el que fundamenta esta agrupación es la identificación del significado que la enfermería tiene en cada uno de los modelos.

En el texto publicado en nuestro país en 1999, A. Marriner y M Raile, agrupan los modelos en tres categorías y se refieren a *Filosofías, Modelos conceptuales y Teorías de enfermería*.

Los modelos y teorías de enfermería ponen de manifiesto un interés por la persona, de manera que ésta se convierte en el centro de la práctica enfermera.

Este cambio, respecto al paradigma de categorización, queda justificado por el desarrollo de disciplinas como la Psicología. La incorporación de la Teoría de la Motivación o las terapias orientadas a la persona ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad. Esta evolución social que se produce en estos momentos marca fuertemente los modelos y teorías de enfermería y comienzan a aparecer las diferencias entre la disciplina enfermera y la disciplina médica. Los trabajos de enfermeras como V. Henderson, H. Peplau o D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma.

La disciplina enfermera, al incorporar los principios de este paradigma en su desarrollo a través de los modelos y teorías, queda abierta al mundo de la ciencia. El paradigma de transformación podemos situarlo temporalmente en la mitad de los años 70 y podemos encontrar su impronta en los modelos y teorías propuestos por R.R. Parse, M. Newman, M. Rogers y J. Watson.

Por último, recogemos la clasificación de los modelos y teorías en lo que Kérouac denomina escuelas. El significado de las escuelas es para nosotros homologable al que tiene el término tendencia. Al analizar los modelos y teorías podemos establecer un primer nivel de relación entre ellos que viene marcado precisamente por su pertenencia a un paradigma.

La profundización en el análisis nos permite ir afinando en la identificación de relaciones entre los modelos y teorías, de este modo surgen las escuelas que sobrepasan la relación establecida a través de los paradigmas haciendo que dos modelos o teorías mantengan un nivel de relación entre ellos fuera del paradigma. Esto nos demuestra cómo la disciplina enfermera, además de desarrollarse paralelamente al resto de las disciplinas, genera un conocimiento que le es propio,

manteniendo una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general.

En S. K rouac (6) aparecen agrupados los modelos y teorías en seis escuelas: escuela de necesidades escuela de interacci3n, escuela de los efectos deseables, escuela de la promoci3n de salud, escuela del ser humano unitario y escuela del *caring*. La escuela en la que se tiene interés en este estudio, es la de efectos deseables, en la cual, se encontrara el modelo de C. Roy:

<<**Escuela de los efectos deseables.** La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente cuál es el resultado que esperan obtener de su actuaci3n. Es decir “*este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros*”. Dentro de esta escuela se encontrarían D. Johnson, L. Hall, M. Levine, C. Roy y B. Neuman.>>

## **5.2.2. Modelo de Adaptaci3n (Sor Callista Roy, 1939-presente)**

### **5.2.2.1. Biografía**

Sor Callista Roy, miembro de las Hermanas de San José de Carondelet, naci3 el 14 de octubre de 1939 en los  ngeles, California. En 1963, obtuvo un B. A. en enfermería en el Mount Saint Mary’s College en Los  ngeles, y en 1966 una M.S.N. de la Universidad de California, en Los  ngeles (8). Después de haber finalizado sus estudios de enfermería, Roy inici3 su formaci3n en sociología; recibí una M. A. en sociología en 1973, y un Ph. D. en la misma materia en la Universidad de California en 1977 (7).

Mientras estudiaba la maestría, desarroll3 con Dorothy E. Johnson un modelo conceptual de enfermería. Mientras trabajaba en el ámbito de la pediatria, Roy observ3 la gran capacidad de recuperaci3n que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios físicos y psicol3gicos importantes. Le impact3 su nivel de adaptaci3n, hasta el punto de considerarlo como un marco conceptual adecuado

para la enfermería. Roy desarrolló los conceptos básicos cuando aún estaba estudiando en la Universidad de California, de 1964 a 1966, en la ciudad de Los Ángeles. Roy puso en marcha su modelos en 1968 cuando el Mount Saint Mary's College adoptó el marco de adaptación como base filosófica para la formación enfermera. El Roy Adaptation Model (RAM) se presentó por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la Nursin Outlook, titulado <<Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing>> (Roy, 1970).

Roy fue una profesora asociada y presidenta del departamento de enfermería del Mount Saint Mary's College hasta 1982. En 1982, ascendió a la categoría de profesora en el Mount Saint Mary's College y en la Universidad de Portland. Colaboró e impartió clases en un curso de verano de maestría en la Universidad de Portland. De 1983 a 1985 fue una Robert Post Doctoral Fellow en la Universidad de California, en San Francisco, como enfermera clínica especialista en neurología. Durante este período, llevó a cabo una investigación acerca de las intervenciones del personal enfermero para la recuperación cognitiva en caso de lesiones cerebrales y acerca de la influencia de los modelos de enfermería en la toma de decisiones clínicas. En 1987, Roy ocupó el puesto de enfermera teórica, entonces de reciente introducción, en el Boston College School of Nursing.

Roy ha publicado un gran número de libros, capítulos y artículos periódicamente, además de impartir numerosas conferencias y talleres centrados en su teoría enfermera de la adaptación (Roy & Andrews, 1991). La revisión y la reformulación más recientes del modelo de Roy las efectuó la misma autora en su libro The Roy Adaptation Model, publicado en 1999. (Roy & Andrews, 1991).

Roy es miembro del Sigma Theta Tau y, en 1981, recibió el premio National Founder's Award for Excellence in Fostering Professional Nursing Standards. En reconocimiento a su gran labor, Roy ha recibido un Honorary Doctorate of Human Letters por el Alverno College (1984), un Honory Doctorate por la Eastern Michigan University (1985) y otro por el Saint Joseph's en Maine (1999) y un A.J.N. Book of the Year Award por su libro Essential of the Roy Adaptation Model (Roy & Andres, 1986). También ha visto reconocido su trabajo al incluirse su nombre en el World

Who's Who of Women (1979) y en Personalities of America (1978), y al ser admitida como miembro de la American Academy of Nursing (1978); recibió un Fullbright Senior Scholar Award del Australian Educational Foundation (1989) y un Martha Rogers Award for Advancing Nursing Science, de la National League for Nurses (1991). Roy recibió el premio Outstanding Alumna y prestigiosa Carondelet Medal de su alma mater, Mount Saint Mary's.

#### **5.2.2.2. Fuentes teóricas**

En el origen del modelo de adaptación de Roy para la enfermería se puede identificar el trabajo de Harry Helson sobre psicofísica, que abarca desde las ciencias sociales hasta las de la conducta humana (Roy, 1984). En la teoría de la adaptación de Helson, las respuestas de adaptación son una función del estímulo recibido y del nivel de adaptación (Roy, 1984). El estímulo es un factor que provoca una respuesta. Los estímulos pueden surgir tanto del entorno interno como del externo (Roy, 1984). El nivel de adaptación está compuesto por el efecto combinatorio de tres tipos de estímulos (7):

1. Estímulos focales, que son los que se presentan ante el individuo.
2. Estímulos contextuales, que son el resto de los estímulos presentes que contribuyen en el efecto de los estímulos focales.
3. Estímulos residuales, factores del entorno cuyo efecto no queda muy claro en una situación determinada.

Helson, con su trabajo, desarrolló el concepto de la zona del nivel de adaptación, que determina si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa. Según la teoría de Helson, la adaptación es el proceso de responder de forma positiva ante cambios en el entorno (Roy & Roberts, 1981).

Roy (Roy & Robert, 1981) combinó el trabajo de Helson con la definición de sistema que dio Rapoport, que veía a la persona como un sistema de adaptación.

Con la teoría de la adaptación de Helson como base, Roy (1970) desarrolló y profundizó en la revisión del modelo gracias a los conceptos y a la teoría de Dohrenwend, Lazarus, Mechanic y Selye. Roy atribuyó gran valor a la labor de las que fueron sus coautoras, Driever (por haber señalado las subdivisiones de la integridad de un individuo) y Martínez y Sato (por haber identificado los estímulos comunes y primarios que influyen en el modo de vivir). También elaboraron los conceptos otros colaboradores, como Poush-Tedrow y Van Landingham, por su interpretación sobre la interdependencia, y Randell, por el modo de vida según la función del papel que hay que desempeñar (7).

Tras haber desarrollado su modelo Roy lo presentó como un marco que sirviese para la práctica de la enfermería, para la investigación y para la formación (Walker & Avant, 1983). Según Roy (1971), más de 1.500 facultades y estudiantes han contribuido al desarrollo teórico del modelo de adaptación. Hacia 1987, se estimó que alrededor de 100.000 enfermeras, de Estados Unidos y Canadá, se habían formado para la práctica de su profesión bajo el modelo de Roy.

En *Introduction to Nursing: An Adaptation Model* (1971a), Roy trató de los modos de adaptación del autoconcepto y de la identificación como un grupo social. Roy y colaboradores citaron el trabajo de Coombs y de Snygg sobre la constancia del individuo y sobre los factores que más influyen en la autoestima (Roy, 1984). También incluyeron teorías de interacción social para aportar una base teórica. Por ejemplo, Roy (1984) destaca la indicación que hace Cooley de que, en la publicación de Epstein, la percepción de uno mismo se ve influida por la percepción de las respuestas de los otros individuos. Roy señala que Mead amplía la idea al formular una hipótesis en que la autovaloración hace referencia al otro generalizado. Roy saca provecho de lo sugerido por Sullivan de que la personalidad de un individuo se forma por medio de la interacción social (Roy, 1984). Garder y Erickson defienden los enfoques de Roy sobre el entorno (Roy, 1984). Los otros modos de adaptación –fisiológico-físico, de la función del rol del individuo y de la interdependencia. Se formaron de un modo muy similar al de la

biología y al de la ciencia de la conducta humana, con el fin de conocer mejor al individuo.

Se continuó con el desarrollo del modelo a finales de la década de 1900, y ya en el siglo XXI. Estos avances incluyen: afirmaciones científicas y filosóficas actualizadas; la redefinición de la adaptación y de los niveles de adaptación; la ampliación de los modos de adaptación al desarrollo del saber en el grupo, y, por último, el análisis, la crítica y la síntesis de los primeros 25 años de investigación basada en el RAM. Roy está de acuerdo con los teóricos que creen que los cambios que se producen en los sistemas de la persona y de su entorno en el mundo son tan enormes que un gran hito está llegando a su fin (Davies, 1988; de Chardin, 1966). Durante los 67 millones de años que duró la era Cenozoica, una era de gran actividad, que fue la era de los mamíferos, apareció el primer signo de vida humana en la Tierra. En aquel momento, la raza humana apenas tenía, o simplemente no tenía, influencia alguna sobre el universo (Roy, 1997). << Cuando esta era finalizó, la raza humana ya tenía un amplio control sobre el sistema de vida terrestre. Roy reivindica que ahora los humanos debemos decidir en qué tipo de universo vamos a vivir>> (Roy, 1997). Roy <<ha convertido en el centro de las afirmaciones para el siglo XXI la autoorganización mutua y compleja del individuo y su entorno, y también un destino significativo para la convergencia del universo, de las personas y de su entorno en el que se pueda considerar la presencia de un ser supremo o de Dios>> (Roy & Andrews, 1999). Según Roy (1997): <<las personas coexisten con su entorno físico y social>> y <<comparten un destino común con el universo, además de ser responsables de las mutuas transformaciones (Roy & Andrews, 1999). Los avances realizados en el modelo, con respecto a la relación integral entre la persona y su entorno, se han visto influidos por Pierre Teilhard de Chardin y por su ley de la complejidad progresiva y de creciente concienciación (De Chardin, 1959, 1965, 1966, 1969) y, además, por el trabajo de Swimme de Berry (1992).

### **5.2.2.3. Utilización de pruebas empíricas**

El uso del modelo de adaptación de Roy en la práctica enfermera llevó a obtener una mayor aclaración y una revisión del modelo. Un estudio de investigación piloto, realizado en 1971, y un estudio de investigación por sondeo, realizado entre 1976 y 1977, condujeron a la ratificación provisional del modelo (Roy, 1980).

Desde su inicio, el modelo de adaptación de Roy se ha apoyado en la investigación llevada a cabo en la práctica y en la formación enfermeras (Brower & Baker, 1976; Farkas, 1981; Mastal & Hammond, 1980; Meleis, 1986; Roy & Obloy, 1978; Wargner, 1976). En 1999 (Roy & Andrews, 1999), un grupo de siete especialistas que trabajaban con Roy llevaron a término el análisis, la crítica y la síntesis de 163 estudios basados en este modelo y que habían aparecido en 44 publicaciones de habla inglesa en cinco continentes, además de disertaciones y tesis redactadas en Estados Unidos. De los 163 estudios, 116 satisficieron los criterios establecidos para evaluar las propuestas del modelo. Se extrajeron doce propuestas genéricas basadas en el trabajo inicial de Roy. Con el fin de sintetizar la investigación, los descubrimientos de cada estudio se usaron para plantear propuestas auxiliares y prácticas y se examinó la base de las propuestas. De las 265 propuestas evaluadas 216 (82%) fueron apoyadas.

### **5.2.2.4. Principales propuestas**

Los supuestos sugeridos de las teorías de sistemas y los surgidos de la teoría del nivel de adaptación se han unido en un mismo conjunto de supuestos científicos. Basándose en los supuestos surgidos de las teorías de sistemas, los sistemas humanos de adaptación se observan como sistemas compuestos por partes interactivas que actúan al unísono para obtener cierto propósito. Los sistemas humanos de adaptación son complejos, con multifacetadas, y reaccionan ante millones de estímulos procedentes del entorno para, así, conseguir adaptarse. Con su capacidad para adecuarse a los estímulos del entorno, los humanos pueden llegar a crear cambios a su alrededor (Roy & Andrews, 1999). Gracias a las

características ofrecidas por Swimme y Berry de la creación de la espiritualidad (1992), Roy unió los supuestos del humanismo y de la verdad en un mismo conjunto de supuestos filosóficos. El humanismo que las experiencias individuales y de la raza humana son vitales para conocer y valorar, y que participan de un poder creador. La verdad afirma su creencia en la finalidad, en el valor y en el significado de la vida humana en su totalidad. Estos supuestos científicos y filosóficos se han sometido a revisión para utilizar el modelo en el siglo XXI (7).

### Adaptación

Roy, en su libro más reciente (Roy & Andrews, 1999) definió a detalle el concepto de adaptación para que pudiese aplicarse en el siglo XXI. Según Roy, la adaptación se refiere <<al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno>> (Roy & Andrews, 1999). Más allá de ser un sistema simple cuya finalidad es la de reaccionar ante los estímulos que envía el entorno para así mantener su integridad, se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno.

### Enfermería

Roy ofrece una descripción amplia de la enfermería al constatar que es <<una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general>> (Roy & Andrews, 1999). En concreto, y de acuerdo con su modelo, Roy define la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. Roy identifica las actividades de la enfermería con el análisis de la conducta y de los estímulos que

influyen en la adaptación. Los juicios de enfermería se basan en el análisis y las intervenciones se programan para controlar los estímulos (Roy & Andrews, 1999). Roy diferencia entre la enfermería interpretada como una ciencia y la enfermería interpretada como una disciplina práctica. La enfermería como una ciencia es <<un sistema de desarrollo del conocimiento acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos con los que las personas influyen de manera positiva en su estado de salud>> (Roy, 1984). <<La enfermería como disciplina práctica es el cuerpo científico del saber de la enfermería que se usa para ofrecer un servicio vital a las personas, a saber, fomenta la capacidad de influir en la salud de manera positiva>> (Roy, 1984). <<La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación>> (Andrews & Roy, 1991).

Según Roy, el objetivo de las enfermeras es <<mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad>> (Roy & Andrews, 1999). La enfermería cumple un papel único, ya que facilita la adaptación al analizar el comportamiento de los cuatro modos de adaptación y de los factores que influyen en ella y al intervenir en el fomento de la capacidad de adecuación, además de mejorar las interacciones del entorno (Roy & Andrews, 1999).

## Persona

Según Roy, las personas son sistemas holísticos y adaptables. <<Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general>> (Roy & Andrews, 1999). Pese a la gran diversidad existente entre las personas, se unen en un mismo destino (Roy & Andrews, 1999). << los sistemas humanos tienen capacidad

para pensar y para sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por los que se ajustan de manera adecuada a los cambios que se producen en el entorno y, a su vez, influyen en el mismo entorno>> (Roy & Andrews, 1999). Las personas y el mundo tienen en común los modelos, y comparten relaciones y significado (Roy & Andrews, 1999). Roy (Roy & Andrews, 1999) describió a la persona como: el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia que ofrecen estas profesiones; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos (relacionador y regulador) y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia).

## Salud

<<La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno>> (Roy & Andrews, 1991).

Roy (1984) extrajo esta definición de la creencia de que la adaptación es un proceso en el que se fomenta la integración fisiológica, psicológica y social, y de que la integridad implica un estado perfecto que lleva a complementarla. En el trabajo realizado al principio de su carrera, Roy tenía una visión de la salud como un continuo que oscilaba entre la muerte y la salud delicada, hasta el nivel más elevado de bienestar (Brower & Baker, 1976). A finales de la década de 1990, los escritos de Roy se centran más en la salud interpretada como un proceso en el que la salud y la enfermedad pueden coexistir (Roy & Andrews, 1999). Empleando lo expuesto por Illich, Roy (1974,1976) escribe: <<La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible>> (Roy & Andrews, 1999).

La salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona (Riehl & Roy, 1980). La enfermería sabe de la existencia de esta dimensión. Cuando los mecanismos que

se usan para combatir todos los factores antes citados no son eficaces, aparece la enfermedad. Se mantiene la salud mientras las personas se adaptan. Al mismo tiempo que las personas reaccionan ante los estímulos, tienen libertad para reaccionar ante los estímulos. La liberación de energía desprendida de los intentos sin éxito de combatir el afrontamiento es capaz de promover una mejora de la salud (Roy, 1984).

## Entorno

Según Roy, el entorno es el conjunto de <<todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales>> (Roy & Andrews, 1999). <<Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse>> (Roy & Andrews, 1991). El entorno es la aportación a la persona de un sistema de adaptación que engloba tanto factores internos como externos. Estos factores pueden ser insignificantes o relevantes, negativos o positivos. No obstante, un cambio en el entorno requiere un aumento de la energía para, así, conseguir adaptarse a la nueva situación. Los factores que llegan del entorno y que influyen sobre las personas se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales.

### **5.2.2.5. Afirmaciones teóricas**

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Las nociones de Roy de enfermería, persona, salud y entorno están relacionadas con este concepto base. La persona busca continuamente estímulos en su entorno. Como paso último, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Esta reacción de adaptación puede ser eficaz o puede no serlo. Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a

conseguir el objetivo de adaptarse: a saber, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona (Andrews & Roy, 1986; Randell, Tedrow & Van Landingham, 1982; Roy, 1970, 1971, 1980, 1984; Roy & Roberts, 1981).

Como sistema vital abierto que es, la persona percibe estímulos tanto del ambiente como de sí misma. *El nivel de adaptación está determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales.* Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que la conduce a tener una buena salud. Las reacciones ineficaces ante los estímulos interrumpen la integridad de la persona (Andrews & Roy, 1986; Randell et al, 1982; Roy, 1970, 1971, 1980; Roy & McLeond, 1981).

En el modelo de Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre sí. El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está compuesto por el regulador y el relacionador. El subsistema secundario y de efectos está compuesto por cuatro modos de adaptación: 1) necesidades fisiológicas; 2) autoestima; 3) función del rol, y 4) interdependencia (Andrews & Roy, 1986; Limandri, 1986; Mastal, Hammond & Roberts, 1982; Meleis, 1986 Riehl & Roy, 1980; Roy, 1971, 1975).

Roy considera que tanto el regulador como el relacionador son métodos de afrontamiento. El subsistema del regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, <<reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos>> (Roy & Andrews, 1991). El subsistema del relacionador, gracias a los modos de adaptación de la autoestima, de la interdependencia y de la función del rol, <<reacciona por medio de los canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de la información sensorial, el

aprendizaje, el criterio y las emociones>> (Roy & Andrews, 1991). La percepción de la persona enlaza el regulador con el relacionador <<y esa entrada de información en el regulador se transforma en percepciones. La percepción es un proceso del relacionador. Las reacciones que suceden a la percepción son un retorno al relacionador y al regulador>> (Galligan, 1979).

Los cuatro modos de adaptación de ambos subsistemas del modelo de Roy ofrecen la forma o aportan pruebas de las actividades del relacionador y del regulador. Las reacciones ante los estímulos se llevan a cabo por medio de los modos de adaptación.

- El modo de adaptación *fisiológico-físico* se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse.
- El *autoconcepto* de grupo se centra en la necesidad de saber quién es uno mismo y cómo se debe actuar en la sociedad. Roy define el concepto de autoestima de uno mismo como <<el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento>> (Roy & Andrews, 1999). El autoconcepto individual se compone del yo físico (el aspecto físico y la imagen del cuerpo) y del yo personal (la coherencia y el ideal de uno mismo, y la identidad moral, ética y espiritual).
- El modo de adaptación de la *función del rol* describe los roles primario, secundario y terciario que se desempeña el individuo en la sociedad. El rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro.
- El modo de adaptación de la *interdependencia* trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es la de dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes de modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social.

El propósito de los cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social. Las proposiciones relacionadas entre subsistemas del relacionador y del regulador unen los sistemas de los modos de adaptación (Roy & Andrews, 1999).

La persona vista como un todo está compuesta por seis subsistemas. Estos subsistemas (el regulador, el relacionador y los cuatro modos de adaptación) se relacionan entre sí para formar un complejo sistema cuyo propósito es la adaptación. Las relaciones existentes entre los cuatro modos de adaptación tienen lugar: cuando los estímulos internos y externos influyen en más de un modo de adaptación; cuando hay un comportamiento negativo en más de un modo, o cuando un modo de adaptación se convierte en un estímulo focal, contextual o residual para otro modo (-Brower & Baker, 1976; Chinn & Jacobs, 1987; Mastal & Hammond, 1980).

Con respecto al sistema social humano, Roy categoriza de forma amplia los procesos de control situados en el subsistema estabilizador y en el innovador. El subsistema estabilizador es análogo al subsistema regulador del individuo y se encarga de la estabilidad. Con el fin de mantener el sistema, el subsistema estabilizador se compone de una estructura organizativa, valores culturales y una regulación de las actividades diarias del sistema. El subsistema innovador se asocia con el subsistema relacionador del individuo, y se relaciona con la creatividad, el cambio y el crecimiento (Roy & Andrews, 1999).

#### **5.2.2.6. Forma lógica**

El modelo de adaptación de Roy de enfermería es tanto deductivo como inductivo. En lo que cabe, es deductivo, puesto que la teoría de Roy deriva de la teoría psicofísica de Helson. Éste desarrolló los conceptos de los estímulos focales, contextuales y residuales, lo que Roy (1971) redefinió en el campo de la enfermería para formar así una tipología de los factores que están relacionados con los niveles de adaptación de las personas. Roy también usa otros conceptos y teorías que no

pertenecen a la disciplina de la enfermería, y sintetiza todos éstos en su teoría de la adaptación.

La teoría de la adaptación de Roy es inductiva por el hecho de que la autora formuló los cuatro modos de adaptación a raíz de la investigación y de las experiencias que tanto ella como sus colaboradores y estudiantes tuvieron al practicar la profesión. Roy construyó el marco conceptual de la adaptación, y desarrolló un modelo detallado con el que las enfermeras usan el proceso de atención de enfermería para proporcionar cuidados de enfermería y facilitar la adaptación en situaciones de salud o enfermedad (Roy, 1976a, 1980, 1984).

#### **5.2.2.7. Aceptación por parte de la comunidad enfermera**

##### Práctica profesional

El modelo de adaptación de Roy está profundamente enraizado en la práctica enfermera y esto, en parte, contribuye a su éxito continuado (Fawcett, 2002). Sigue siendo uno de los marcos conceptuales utilizado con mayor frecuencia, y se usa nacional e internacionalmente (Roy & Andrews, 1999; Fawcett, 2005).

El modelo de Roy es útil para la *práctica de la enfermería* en el área de rehabilitación, en problemas crónicos, ya que pone de relieve las características de las personas y los contextos, por lo que guía la práctica para la individualización del cuidado; así mismo contribuye a la formación integral del profesional de enfermería y su aplicación en la investigación. En el modelo se toman en consideración los objetivos, los valores, las intervenciones del profesional y al paciente. El proceso de enfermería planteado por Roy está bien desarrollado. La valoración a dos niveles ayudó en la identificación de los objetivos y diagnósticos de enfermería (Brower & Baker, 1976).

Se trata de una teoría con valor para la práctica enfermera, puesto que incluye un objetivo, que está especificado como el propósito de la actividad y la planificación de las actividades para conseguir el objetivo (Dickoff, James & Wiedenbach, 1968a,

1968b). El objetivo del modelo es la adaptación de la persona en los cuatro modos de adaptación en estados de salud o de enfermedad. Las intervenciones o prescriptores significan el hecho de controlar los estímulos al eliminarlos, aumentarlos, disminuirlos o alterarlos. Los prescriptores pueden obtenerse al crear una lista con todas las hipótesis relacionadas con la práctica y que estén generadas por el modelo (Roy, 1984).

Siguiendo el proceso de enfermería en seis pasos, la enfermera:

1. Evalúa las conductas manifestadas en los cuatro modos de adaptación.
2. Evalúa los estímulos para esas conductas y los clasifica en estímulos focales, contextuales o residuales.
3. Expone su juicio o establece un diagnóstico sobre el estado de adaptación de la persona
4. Fija objetivos para fomentar la adaptación.
5. Establece las intervenciones que irán dirigidas a controlar los estímulos para fomentar la adaptación.
6. Evalúa qué los objetivos se han alcanzado.

Al controlar los estímulos y no al paciente, la enfermera consigue una mejora en <<la interacción de la persona con su entorno, y así fomenta una buena salud>> (Andrews & Roy, 1986). El uso del proceso de atención de enfermería encaja en el ámbito de la práctica. La valoración a dos niveles es exclusiva de este modelo y lleva a identificar los problemas de adaptación o los diagnósticos enfermeros.

Roy y colaboradores han desarrollado una tipología del diagnóstico enfermero bajo la perspectiva del RAM (Roy, 1984; Roy & Roberts, 1981). En esta tipología, los problemas recurrentes habitualmente se han relacionado con las necesidades básicas de los cuatro modos de adaptación (Andrews & Roy, 1991).

La intervención se basa específicamente en el modelo, pero existe la necesidad de crear una organización de categorías de las intervenciones enfermeras (Roy & Roberts, 1981). Las enfermeras proporcionan intervenciones que alteran, aumentan, disminuyen, eliminan o mantienen estímulos (Roy & Andrews, 1999). El

modelo de juicio enfermero perfilado por McDonald y Harms (1966) está recomendado por Roy para guiar la selección de la mejor intervención para modificar un estímulo concreto. Según este modelo, se generan numerosas intervenciones alternativas que pueden ser adecuadas para modificar los estímulos. Cada intervención posible es juzgada por las consecuencias esperadas de modificar un estímulo, la probabilidad de que una consecuencia se produzca (alta, moderada o baja) y el valor del cambio (deseable o indeseable).

Senesac (2003) revisó la literatura buscando evidencias de la aplicación del modelo de adaptación de Roy en la práctica enfermera. Explicó que este modelo de ha sido utilizado, en su mayor parte, por enfermeras de forma individual para comprender, planificar y dirigir la práctica enfermera en el cuidado de paciente. Aunque existen pocos ejemplos de aplicación del modelo de adaptación en entornos prácticos institucionales, estos ejemplos existen. Concluyó que si el modelo se implementa con éxito como filosofía práctica se reflejará en la misión y en los puntos de vista de la institución, las herramientas de reclutamiento, las herramientas de valoración, los planes de cuidados enfermeros y otros documentos relacionados con el cuidado de pacientes.

El modelo de adaptación de Roy es útil para guiar la práctica enfermera en entornos institucionales. Se ha implementado en una unidad de cuidados intensivos de recién nacidos, una sala de cirugía aguda, una unidad de rehabilitación, dos unidades de hospital general, un hospital ortopédico, una unidad neuroquirúrgica y un hospital de 145 camas, entre otros (Roy & Andrews, 1999).

De Villers (1998) mostró cómo podían usar el modelo de adaptación de Roy los especialistas en enfermería clínica para definir el papel que tienen como expertos en el marco de obstetricia y la ginecología. De Villers aplicó los pasos que planteó Roy del proceso enfermero, y aportó ejemplos específicos y el tipo de atención adecuado para todos los modos de adaptación.

El modelo también se ha aplicado en el cuidado enfermero de grupos de pacientes. En la literatura hay muchos ejemplos de la extensa aplicación del modelo de

adaptación de Roy Villareal (2003) lo aplicó al cuidado de mujeres jóvenes que estaban dejando de fumar. La autora proporciona una exposición global del uso del proceso enfermero de seis pasos de Roy para guiar los cuidados enfermeros para mujeres jóvenes de entre 20 y 30 años que fumaban y eran miembros de un grupo de apoyo cerrado. La investigadora realizó una valoración a dos niveles. En el primer nivel se identificaron los estímulos para cada uno de los cuatro modos de adaptación. En el segundo nivel, la enfermera realiza un juicio sobre los estímulos focal (adicción a la nicotina), contextual (creencia de que fumar es agradable, les hace sentir bien, las relaja, les da sensación de confort y forma parte de su rutina) y residual (creencias y actitudes sobre su imagen corporal y que dejar de fumar la engordaría). La enfermera hizo un diagnóstico enfermero que, para este grupo, era una falta de motivación para dejar de fumar relacionada con la dependencia. Las mujeres del grupo de apoyo y la enfermera establecieron mutuamente objetivos a corto plazo para cambiar conductas, más que el objetivo a largo plazo de dejar de fumar. La intervención se centró en la discusión de los efectos del hábito de fumar y dejar de fumar, el manejo del estrés, la nutrición, la actividad física y la autoestima. Durante la fase de evaluación se determinó que las mujeres habían pasado de la fase de precontemplación a la fase de contemplación de dejar de fumar. La autora concluyó que el modelo proporcionó un marco útil para proporcionar cuidados a las mujeres que fumaban.

Samarel, Tulman y Fawcett (2002) examinaron los efectos de dos tipos de apoyo social (teléfono y apoyo social en grupo) y la educación sobre la adaptación al cáncer de mama en etapas iniciales en una muestra de 125 mujeres. Las mujeres del grupo experimental recibieron ambos tipos de apoyo social y educación (n=34), mientras que las mujeres del primer grupo control sólo recibieron apoyo telefónico y educación y las mujeres del segundo grupo control sólo recibieron educación. Los trastornos del humano y la soledad se redujeron significativamente en el grupo experimental y en el primer grupo control, pero no lo hicieron en el segundo grupo control. Entre los grupos no se observaron diferencias respecto a la preocupación o al bienestar relacionado con el cáncer. Este estudio proporciona un excelente ejemplo de cómo utilizar el modelo de adaptación de Roy para guiar la

conceptualización, revisar la literatura, construir teorías y desarrollar una intervención.

Samarel y colaboradores (1999) desarrollaron un paquete de recursos para mujeres con cáncer de mama. Los contenidos del paquete se obtuvieron del modelo de adaptación de Roy. El paquete contiene *The Resource Manual for Woman With Breast Cancer*, que reúnen información pertinente en una sola fuente. El manual está dividido en ocho capítulos que se basan teóricamente en los cuatro modos de adaptación. Contiene gran variedad de actividades prácticas para reforzar la información contenida en los capítulos. El paquete contiene folletos, cintas de audio y vídeos que complementan el texto del manual.

Newman (1997a) aplicó el modelo a cuidadores de familiares con enfermedades crónicas. Con una revisión completa de la literatura, Newman mostró cómo este modelo puede utilizarse para proporcionar cuidados a esta población. Newman consideró al familiar enfermo crónico como estímulo focal. Los estímulos contextuales incluían la edad y el sexo del cuidador y su relación con el familiar enfermo crónico. El estado de salud física del cuidador es una manifestación del modo de adaptación fisiológica. Las respuestas emocionales del cuidador (shock, temor, ira, culpa, aumento de la ansiedad) son respuestas efectivas o inefectivas del modo de autoconcepto. Las relaciones con los seres queridos y el apoyo indicaban las respuestas de adaptación en el modo de interdependencia. Los roles primario, secundario y terciario de los cuidadores se refuerzan al añadir el rol de cuidar. Las implicaciones prácticas y de la investigación dan luz sobre la aplicabilidad del modelo para prestar atención a los cuidadores familiares enfermos crónicos.

El modelo de adaptación de Roy se ha aplicado al cuidado de la persona con enfermedad renal crónica que requieren hemodiálisis (Keen et al, 1998), mujeres en la menopausia (Cunningham, 2002) y para la valoración de ancianos sometidos a amputación de la pierna derecha por debajo de la rodilla. El RAM se ha aplicado al cuidado de adolescentes con asma (Hennessy-Harstad, 1999) y enfermedad intestinal inflamatoria (Decker, 2000) y en niños de 10 meses con traqueomalacia

(Lankester & Sheldon, 1999). Cook (1999) realiza la valoración enfermera relacionada con el autoconcepto de pacientes con cáncer, y proporciona intervenciones específicas para fomentar la adaptación en este grupo de pacientes.

Araich (2001) utiliza un estudio de caso para ilustrar cómo la teoría puede integrarse en una unidad de cuidados cardíacos. En este esfuerzo, Araich realiza una valoración a dos niveles, y describe posibles intervenciones enfermeras para fomentar la adaptación de personas en cuidados cardíacos. Dixon (1999) demuestra cómo la enfermería de salud comunitaria puede estar guiada por este modelo.

## Formación

El modelo de adaptación de Roy define el propósito inequívoco de la enfermería para estudiantes, que es fomentar la adaptación de personas en cada uno de los modos adaptativos en situaciones de salud y enfermedad. El modelo también distingue la ciencia enfermera de la ciencia médica, enseñando el contenido de esas áreas en cursos separados. Acentúa la colaboración, pero plantea objetivos separados para enfermeras y médicos. Según Roy (1971), el objetivo de la enfermera es ayudar al paciente a aplicar su energía en sentirse bien, mientras que el estudiante sobre el continuo salud-enfermedad con el objetivo de provocar un movimiento a largo del continuo. Considera el modelo como una herramienta valiosa para analizar las distinciones entre las dos profesiones de enfermería y medicina. Roy (1979) considera que el plan de estudios basado en este modelo ayuda al desarrollo de teorías por parte de los estudiantes, que también aprenden cómo comprobar las teorías y cómo reconocer nuevos puntos de vista teóricos. Roy (1971) sugiere que el modelo clarifica objetivos, identifica contenidos y especifica patrones para la educación y la enseñanza.

El modelo de adaptación también ha sido útil en el marco de la formación y en la actualidad se está usando en el departamento de enfermería del Mount Saint Mary's College de Los Ángeles desde 1970. En 1987 más de 100.000 enfermeras

estudiantes se habían formado en programas de enfermería basados en el modelo de adaptación de Roy en Estados Unidos y en otros países. Este modelo proporciona educadores con una forma sistemática de enseñar a los estudiantes a valorar y a atender a los pacientes dentro del contexto de sus vidas, más que como víctimas de una enfermedad.

Dobratz (2003) evaluó los resultados de aprendizaje de un curso de investigación en enfermería diseñado desde la perspectiva del modelo. La autora describe detalladamente el contenido teórico del curso que se implantó a estudiantes de un curso de investigación enfermera avanzado. La herramienta de evaluación fue una escala tipo Likert que contenía siete afirmaciones. Se les preguntó a los estudiantes su desacuerdo, acuerdo o acuerdo total con las siete afirmaciones. Se incluyeron cuatro preguntas abiertas para obtener información de los estudiantes sobre la actividad de aprendizaje más útil, la actividad menos útil, los métodos utilizados por el instructor que mejoraron el aprendizaje y la comprensión de la investigación y lo que el instructor podría hacer para aumentar el aprendizaje. La investigadora concluyó que un curso de investigación basado en el modelo ayuda a los estudiantes a poner juntas las piezas del puzle de la investigación. Un estudio futuro debería reforzarse con la inclusión de un grupo control o de comparación.

## Investigación

Si la investigación sirve para influir en el modo de hacer de los profesionales, también servirá para analizar una y otra vez las teorías que derivan de los modelos conceptuales en el ámbito de la enfermería práctica. Roy (1984) ha constatado que la elaboración de una teoría y el análisis de teoría ya elaboradas se consideran asuntos prioritarios para la enfermería. El modelo puede generar gran cantidad de hipótesis comprobables que requieren una posterior investigación

Como ya se ha señalado anteriormente, la teoría de Roy ha generado cierto número de propuestas generales. De estas propuestas se puede desarrollar una serie de hipótesis específicas y luego comprobarlas. Hill y Roberts (1981) han

demostrado que se pueden elaborar hipótesis comprobables del modelo, como bien sostenía Roy. La información que sirve para validar y sobre la que basar el modelo se crea al comprobar estas hipótesis; el modelo comienza a generar más investigaciones de este tipo. El modelo de la adaptación de Roy ha sido ampliamente utilizado para guiar el desarrollo del conocimiento a través de la investigación enfermera (Frederickson, 2000).

Roy (1970) ha identificado el conjunto de conceptos que forman el modelo, de cuyo proceso de observación y de clasificación de los hechos se formulan los postulados. Éstos atañen a la aparición de problemas de adaptación, mecanismos de combate e intervenciones, basados en las leyes originadas por los factores que provocan la reacción que se produce ante los estímulos focales, contextuales y residuales. Roy y colaboradores han señalado una tipología de problemas de adaptación o de diagnóstico enfermeros (Roy, 1973, 1975, 1976b). es necesario investigar y examinar el área de la tipología y de las categorías de las intervenciones para que encajen bien en el modelo. También se han desarrollado propuestas generales que aún tienen que comprobarse (Roy & Mcleod, 1981).

**Investigación basada en la práctica.** DiMattio y Tulman (2003) describieron cambios en el estado funcional, y correlacionaron el estado funcional de 61 mujeres durante el período postoperatorio de 6 semanas después de someterse a cirugía por bypass de arteria coronaria. El estado funcional se midió a las 2, y 6 semanas después de la cirugía, utilizando el Inventory of Functional Status in the Elderly and the Sickness Impact Profile. Se encontraron aumentos significativos en todas las dimensiones de estado funcional, excepto en la personal, en los tres puntos de medición. El mayor aumento en el estado funcional se produjo entre 2 y 4 semanas después de la cirugía. Sin embargo, ninguna de las dimensiones del estado funcional había vuelto a los valores basales a las 6 semanas. Esta información ayudará a las mujeres sometidas a cirugía por bypass de la arteria coronaria a comprender mejor el período de recuperación y a fijar objetivos más realistas.

Young-McCaughan y colaboradores (2003) estudiaron los efectos de un programa de ejercicios aeróbicos estructurados sobre la tolerancia al ejercicio, los patrones

de sueño y la calidad de vida en pacientes con cáncer, desde la perspectiva del modelo. Los sujetos realizaron ejercicios durante 20 minutos, dos veces a la semana, durante 12 semanas. Se demostraron mejoras significativas en tolerancia al ejercicio, la calidad del sueño de los sujetos y la calidad de vida psicológica y fisiológica.

Yeh (2002) comprobó el modelo de adaptación de Roy en una muestra de 116 chicos y chicas taiwaneses con cáncer (de edades comprendidas entre los 7 y los 18 años en el momento del diagnóstico). Se comprobaron dos de las proposiciones de Roy. La primera proposición es que los estímulos ambientales (gravedad de la enfermedad, edad, sexo, comprensión de la enfermedad y comunicación con los demás) influyen en las respuestas biopsicosociales (calidad de vida relacionada con la salud [HRQOL]). La segunda proposición es que los cuatro modos de adaptación están interrelacionados. Utilizando el modelado de la ecuación estructural, la investigadora encontró que la gravedad de la enfermedad tenía un ajuste excelente con la etapa de la enfermedad, los valores de laboratorio (recuento de leucocitos, hemoglobina, plaquetas, recuento absoluto de neutrófilos) y el número total de hospitalizaciones. Aunque no está del todo claro lo definido que estaban los estímulos focal y contextual, este estudio demostró que los estímulos ambientales (gravedad de la enfermedad, edad, sexo, comprensión de la enfermedad y comunicación con los demás) influyen en las respuestas de adaptación biopsicosocial de los niños con cáncer. Finalmente, este estudio demostró la interrelación de los modos de adaptación fisiológico (HRQOL física), de autoconcepto (HRQOL síntomas y enfermedad), de interdependencia (HRQOL social) y de función social (HRQOL cognitiva).

Woods e Isenberg (2011) proporcionan un ejemplo de síntesis de teorías. Es su estudio sobre el abuso sexual y el estrés postraumático en mujeres maltratadas, desarrollaron una teoría intermedia sintetizando el Ram con la literatura actual relacionada con el abuso sexual y el trastorno de estrés postraumático. Se utilizó un modelo correlacional predictivo para examinar la adaptación como mediador del abuso sexual, el abuso emocional y el riesgo de homicidio por parte de un

compañero sexual. La adaptación se hizo operativa dentro de los cuatro modos de adaptación, y se comprobó como mediador entre el abuso sexual y síndrome de estrés postraumático. Se detectaron relaciones directas entre el estímulo focal y el abuso sexual, y la adaptación en cada uno de los cuatro modos medió las relaciones entre el estímulo focal y el estrés postraumático.

Chiou (2000) dirigió un metaanálisis de interrelaciones entre los cuatro modos de adaptación de Roy. Utilizando criterios de inclusión y exclusión bien definidos, una búsqueda en el Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature proporcionó ocho informes de investigación con muestras diversas. Se concluyó un informe pendiente de editar. Las muestras para los nueve estudios incluyeron sólo adultos, algunos de los cuales eran ancianos. El metaanálisis reveló correlaciones de pequeñas e medianas entre cada uno de los conjuntos de dos modos, a excepción de una asociación no significativa entre los modos de interdependencia y fisiológico. Las relaciones de pequeñas a moderadas apoyaron la idea que los cuatro modos de adaptación están relacionados, pero son independientes.

Zhan (2000) encontró apoyo para la proposición de Roy que los procesos de adaptación cognitiva ayudan a mantener la autoconsistencia. Utilizaron la Cognitive Adaptation Processing Scale de Roy (Roy & Zhan, 2001) para medir la adaptación cognitiva y la Self-Consistency Scale (Zhan & Shen, 1994). Zhan descubrió que la adaptación cognitiva desempeña un papel importante en ayudar a los ancianos a mantener autoconsistencia en la pérdida de audición. La autoconsistencia era más alta en los hombres con alteración auditiva que en las mujeres, pero no variaba con la edad, el nivel educativo, la raza, el estado civil o los ingresos.

Nuamah, Cooley, Fawcett y McCorkle (1999) examinaron la calidad de vida de 515 pacientes enfermos de cáncer. Las investigaciones realizadas establecieron claros lazos entre los conceptos del modelo de adaptación de Roy, los conceptos de las teorías de segundo rango y los indicadores empíricos. También se identificaron los estímulos focales y contextuales. Se pusieron en marcha las variables en cada modo de adaptación. Al utilizar un modelo de ecuación estructural, los investigadores percibieron que dos de los estímulos del entorno (tratamiento

adyuvante contra el cáncer y gravedad de la enfermedad) explicaban el 59% de la variancia en los indicadores biopsicosociales de la variable latente de la calidad de vida en relación con la salud. Sus descubrimientos apoyan la propuesta del RAM de que los estímulos recibidos del entorno influían en las respuestas biopsicosociales.

Samarel y colaboradores (1999) pusieron en práctica el modelo para examinar la percepción de la adaptación de la mujer frente a un cáncer de mama en una muestra de 70 mujeres, quienes participaban en un programa de apoyo experimental y en un grupo educativo. El grupo experimental recibió información sobre la enfermedad, mientras que el educativo no la recibió. Tras usar el análisis cuantitativo del contenido de las entrevistas que se realizaron por teléfono, los investigadores encontraron que 51 de 70 mujeres (el 72,9%) experimentaron un cambio positivo de su cáncer de mama durante el estudio, lo que indicó una adaptación a la enfermedad. Los investigadores informaron que existían indicadores cualitativos de adaptación para cada uno de los cuatro modos de adaptación expuestos por Roy.

Modrcin-Talbott y colaboradores estudiaron el concepto de autoestima desde el punto de vista del RAM en 140 adolescentes con una buena salud (Modrcin-Talbott, Pullen, Ehrenberger, Zandstra & Muenchen, 1998) y en 77 adolescentes de un centro psiquiátrico con consulta externa (Modrcin-Talbott, Pullen, Zandstra, Ehrenberger & Muenchen, 1998). Agruparon a los adolescentes como adolescentes menores (de 12 a 14 años), medianos (de 15 a 16 ) y mayores (de 17 a 19). Los adolescentes completamente sanos fueron localizados en una parroquia grande del sureste de Estados Unidos. El nivel de autoestima de los adolescentes sanos no difirió en función de la edad, el estrato social ni el género, ni en función de si fumaban o no. Los adolescentes sanos que hacían ejercicio físico con asiduidad mostraron un nivel de autoestima superior. Se observó una relación negativa entre la autoestima y la depresión, el estado y el rasgo de ira, la ira interiorizada y exteriorizada, el control y la expresión de la ira. En el segundo estudio, los adolescentes participaban en unas sesiones de grupo programadas y regulares,

que formaban parte de un programa de tratamiento psiquiátrico para pacientes no ingresados. El nivel de autoestima difirió de manera importante según la edad del grupo y era más bajo en los adolescentes mayores. En cambio, el nivel de autoestima no difirió en función del género ni en función de si fumaban o no. Se observó una relación negativa significativa entre el autoestima y la depresión. A diferencia del estudio realizado entre los adolescentes sanos, en este segundo estudio no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre el autoestima y las dimensiones del enfado. El nivel de autoestima no resultó estar significativamente relacionado con el abuso del alcohol por parte de los padres en ninguno de los grupos.

Modrcin-Talbott, Harrison, Groer y Younger (2003) comprobaron los efectos del contacto humano en la adaptación bioconductual de recién nacidos pretermino basándose en el RAM. Según Roy, los bebés nacían con dos modos de adaptación, el fisiológico y el de interdependencia. Los recién nacidos prematuros a menudo están privados del contacto humano y estaban rodeados de un entorno lleno de máquinas, estímulos nocivos y procedimientos invasivos. Estas investigadoras encontraron que el contacto humano (estímulo focal) fomenta la adaptación fisiológica de los recién nacidos prematuros. La frecuencia cardíaca, la estabilidad de la saturación de oxígeno, el aumento del sueño tranquilo, el sueño y la somnolencia menos activos, la disminución de la actividad motora, el aumento del tiempo sin movimiento y la disminución del estrés conductual se identificaron como respuestas efectivas en el modo de adaptación fisiológico. Este estudio apoya la conceptualización de Roy de la adaptación en bebés.

Gallagher (1998) llevó a cabo un estudio piloto para discernir si existía una relación entre un trastorno urogenital y el impacto psicológico en una mujer de 17 años que padecía incontinencia urinaria. Gallagher observó una relación significativa entre el trastorno urogenital y la actividad física, las relaciones sociales y el hecho de viajar, todas ellas dimensiones del impacto psicológico de sufrir incontinencia. Aunque los descubrimientos no son concluyentes, puesto que se recurrió a un ejemplo de

dimensiones pequeñas, el estudio encajó bien en el modelo y facilitó información relevante para cuando se lleven a cabo estudios futuros.

El University of Montreal Research Team in Nursing Science (Ducharme, Ricard, , Duquette & Lachance, 1998; Levesque, Ricard, Ducharme, Duquette & Bonin, 1998) está analizando el nivel de adaptación frente a un conjunto de estímulos recibidos del entorno. En sus estudios, se incluyeron cuatro grupos de individuos: 1) cuidadores familiares informales que tienen en casa y a su cargo un pariente demente; 2) familiares y cuidadores informales que tienen en casa y a su cargo un enfermo psiquiátrico; 3) enfermeras cuya profesión es la de cuidadoras profesionales en centros geriátricos, y 4) mujeres de cierta edad, casadas, en la comunidad. Al plantear un tipo de relación lineal y estructural (LISREL), el estrés percibido (estímulo focal), el apoyo social (estímulo contextual) y el mecanismo de afrontamiento pasivo y de elusión (mecanismo de afrontamiento) estaba enlazados directa o indirectamente con sensación de angustia psicológica. Estos descubrimientos apoyan la propuesta que planteó Roy acerca de que el afrontamiento facilita la adaptación.

Bournaki (1997) estudió las respuestas ante el dolor y la punción venosa en niños en edad escolar desde la perspectiva del modelo. Basándose en la suposición de Roy de que <<la conducta adaptada es una función del estímulo y del nivel de adaptación, es decir, de los efectos de los estímulos focal, contextual y residual>> (Roy & Corliss, 1993), Bournaki comprobó la hipótesis de que la edad, el sexo, las experiencias dolorosas anteriores, el temperamento, los temores médicos, los temores generales y las prácticas de crianza están relacionadas con la localización del dolor, la intensidad del dolor, la calidad del dolor, las conductas observadas y la frecuencia cardíaca. Los hallazgos de este estudio proporcionan apoyo parcial a la proposición de Roy de que los estímulos focal y contextual influyen en las respuestas de adaptación. En este estudio, el dolor relacionado con la punción venosa fue el estímulo focal, y la edad, el sexo, las experiencias dolorosas anteriores, el temperamento, los temores médicos, los temores generales y las prácticas de crianza fueron estímulos contextuales. La correlación canónica reveló

que la edad (etapa de desarrollo), los temores médicos (autoconcepto) y dos dimensiones del temperamento, 1) distracción y 2) umbral (interdependencia padre-niño) estaban relacionados con la calidad del dolor, las respuestas conductuales y las respuestas de la frecuencia cardíaca. El sexo se relacionó con las respuestas conductuales en las chicas, que lloraron con más frecuencia que los chicos.

**Creación de instrumentos para el desarrollo de la adaptación.** El modelo de adaptación de Roy ha aportado la base teórica para el desarrollo de cierta cantidad de instrumentos de investigación. Newman (1997b) desarrolló el Inventory of Functional Status-Caregiver of a Child in a Body Cast para medir el alcance en el que los cuidadores paternos continúan sus actividades usuales mientras que el niño está en un body cast. La verificación de la exactitud indica que las subescalas para el cuidado del niño en casa, social y en la comunidad en un body cast, el cuidado de otros niños y el cuidado personal (más que la puntuación total) son medidas fiables de estos constructos. Modrcin-MacCarthy, McCue y Walker (1997) utilizaron este modelo para desarrollar una herramienta clínica que puede utilizarse para identificar factores estresantes reales y potenciales de bebés prematuros débiles y para implementar sus cuidados. Esta herramienta mide los signos de estrés, las intervenciones de contacto, la reducción del dolor, consideraciones ambientales, estado y estabilidad (STRESS, por sus siglas en inglés).

**Desarrollo de teorías intermedias de adaptación.** Silva (1986) ha indicado que el hecho de usar un marco conceptual para un estudio de investigación no significa que se haya examinado la teoría. Muchos de los investigadores que pusieron en práctica el modelo de Roy no comprobaron, en realidad, las propuestas y las hipótesis de su modelo, aunque han resultado de cierta validez por su utilidad como marco para dirigir estudios. Toda teoría que se origine en un marco conceptual tiene que explicitarse; por tanto, existe la necesidad de desarrollar y analizar las teorías de segundo rango que se formaron a partir del modelo de adaptación de Roy. Ya se ha llevado a cabo investigaciones de este tipo en el modelo, pero éste requiere una validación más exhaustiva y el desarrollo de nuevas áreas. El modelo genera muchas hipótesis comprobables relacionadas tanto como la práctica como

con la teoría en la enfermería. El éxito de un marco conceptual es evaluado, en parte, por el número y la calidad de teorías intermedias que genera. El modelo de adaptación de Roy ha sido la fuente teórica para numerosas teorías intermedias.

Dunn (2004) utilizó la sustracción teórica para derivar una teoría de adaptación intermedia para el dolor crónico a partir del modelo de adaptación de Roy. En el modelo de adaptación al dolor crónico de Dunn, la intensidad del dolor se especifica como estímulo focal. Los estímulos contextuales incluyen edad, raza y sexo. El afrontamiento religioso y no religioso son funciones del subsistema relacionador. Las manifestaciones de la adaptación al dolor crónico son sus efectos sobre la habilidad funcional y el bienestar psicológico y espiritual.

Frame, Kelly y Bayley (2003) desarrollaron la teoría de Frame de empowerment adolescente sintetizando el RAM, la matriz de empowerment de Murrell-Armstrong y la perspectiva de desarrollo de Harter. La teoría se comprobó utilizando un diseño cuasiexperimental en el que los niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) se asignaron aleatoriamente a un grupo de tratamiento o a un grupo de control. Noventa y dos estudiantes de quinto y sexto curso se asignaron al grupo de tratamiento o al grupo de control. Los niños del grupo de tratamiento asistieron a una intervención de grupo de apoyo conducida por la enfermera escolar durante ocho sesiones (dos veces a la semana durante cuatro semanas). El tratamiento se diseñó para enseñar a los niños el ADHD, las ventajas de tener ADHD, impotencia frente a empowerment, empowerment hacia los propios sentimientos, profesores, familia y compañeros de clase y cómo aprender a relajarse. Los niños del grupo control no recibieron ninguna intervención. Utilizando el análisis de covarianza, los niños del grupo de tratamiento explicaron una aceptación social percibida, una competencia atlética percibida, una apariencia física percibida y una autovalía global percibida significativamente superiores.

Jirovec, Jenkins, Isenberg y Baiardi (1999) han propuesto una teoría intermedia de control urinario derivada del modelo de adaptación de Roy, que se propone explicar el fenómeno del control de la orina y reducir la incontinencia urinaria. Según la

teoría del control urinario, el estímulo focal para el control urinario es la distensión vesical. Los estímulos contextuales incluyen instalaciones accesibles y habilidades de movilidad. Un estímulo residual es la intensa socialización de los hábitos sanitarios y de la vejiga que empieza en la infancia. Esta teoría tiene en cuenta mecanismos de afrontamiento fisiológicos, regulador (reflejo espinal mediado por S2 a S4 y contracción del músculo detruso y relajación del esfínter coordinada) y relacionador (percepción, juicio del aprendizaje y conciencia de urgencia o goteo). Para los cuatro modos de adaptación se han descrito respuestas de adaptación para prevenir la incontinencia urinaria. La adaptación efectiva se define como continencia, y la adaptación inefectiva como incontinencia. Los autores proporcionan apoyo limitado para la teoría del control urinario aclara la complejidad, la multidimensionalidad y la naturaleza holística de la adaptación.

Investigadores de la Universidad de Montreal han propuesto una teoría de adaptación intermedia para el cuidado que se basa en el modelo de adaptación de Roy. Esta teoría intermedia se ha comprobado en numerosos estudios publicados sobre cuidadores informales de familiares con demencia en casa, cuidadores informales de familiares con enfermedades psiquiátricas en casa, de cuidadores profesionales de ancianos internados y de cónyuges ancianos en la comunidad. El estrés percibido se conceptualiza como estímulo focal. Los estímulos contextuales incluyen sexo, conflictos y apoyo social. Los mecanismos de afrontamiento incluyen estrategias de afrontamiento activas, pasivas y de evitación. En esta teoría intermedia, las respuestas (estrés psicológico) adaptada (inadaptada) se manifiesta en el modo de autoconcepto. El análisis LISREL ha dado apoyo a muchas de las propuestas de esta teoría intermedia de adaptación del cuidado y al RAM (Ducharme et al, 1998; Levesque et al, 1998).

Tsai, Tak, Moore y Palencia (2003) derivaron una teoría intermedia del dolor a partir de este modelo. En la teoría del dolor crónico, el dolor crónico es el estímulo focal, la discapacidad y el apoyo social son los estímulos contextuales, y la edad y el sexo son estímulos residuales. El estrés diario percibido es un proceso de afrontamiento. La depresión es una variable resultado manifestada en los cuatro

modos de adaptación. El análisis Path proporcionó apoyo parcial a la teoría del dolor crónico. Un dolor crónico y una discapacidad superiores se asocian con un estrés diario superior, y un apoyo social superior se asoció con un estrés diario inferior. Estas tres variables explican el 35% de la varianza en estrés diario. Un estrés diario superior explicó el 35% de la varianza en depresión.

Se han propuesto otras teorías intermedias derivadas del modelo de adaptación de Roy, pero por el momento no hay informes de investigación que verifique las teorías. Tsai (2003) ha propuesto una teoría intermedia de estrés al cuidador. Whittemore y Roy (2002) desarrollaron una teoría intermedia de adaptación a la diabetes mellitus utilizando síntesis de teorías. Basándose en un análisis de una teoría intermedia de Pollock de enfermedad crónica y una revisión completa de la literatura, la reconceptualización del modelo de enfermedad crónica y la adición de conceptos como autocuidado, integración y salud dentro de la enfermedad, amplían más específicamente el modelo de adaptación de Roy para adaptarse a la diabetes mellitus.

#### **5.2.2.8. Desarrollo posteriores**

El RAM es un enfoque de la enfermería que han contribuido, y lo sigue haciendo, de manera significativa al conocimiento enfermero., aunque hay ciertas áreas del modelo que aún no se han desarrollado. Se facilitaría el uso del modelo que en la práctica enfermera si se definiese detalladamente la tipología de los diagnósticos establecidos por las enfermeras y se organizaran las categorías de las intervenciones. Los investigadores que siguen el modelo de Roy continúan observando la función del papel que se debe desempeñar y la interdependencia, aunque éstas se solapan con las categorías psicosociales de la autoestima. Recientemente, Roy ha vuelto a definir la palabra salud, al restarle importancia al concepto del continuo entre la salud y la enfermedad, y al presentar el concepto de salud como la integración y la totalidad de la persona. Este enfoque incorpora los mecanismos de adaptación del paciente en coma ante estímulos verbales y táctiles

de un modo más claro. No obstante, como la salud no se conceptualizó de esa manera en los primeros trabajos, ahora se abre una nueva área de investigación. Después de una revisión global de la literatura Frederickson (2000) concluyó que existe un buen apoyo empírico para la conceptualización de Roy de la persona y de la salud. Realizó las siguientes recomendaciones para investigaciones futuras. Primero, existe una necesidad de diseñar estudios para comprobar proposiciones relacionadas con el entorno y con la enfermería. Segundo, deberían verificarse las intervenciones basadas en los conceptos y en las proposiciones que anteriormente se han apoyado.

#### **5.2.2.9. Descripción del instrumento de Callista Roy**

Paralelamente con el desarrollo de la teoría, Roy (2004) construyó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación - Coping Adaptation Processing Scale (CAPS), con el propósito de llenar un vacío de conocimiento en la práctica sobre la valoración y comprensión del subsistema de afrontamiento cognitivo y, de esta manera, identificar las habilidades que utiliza una persona para controlar el estrés y promover su adaptación (9).

El instrumento está conformado por 47 ítems agrupados en cinco factores y un formato Likert con cuatro criterios: nunca, rara vez, casi siempre, siempre; cada ítems es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil (10).

Con relación a los cinco factores, los tres primeros miden los comportamientos, las reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación. Son los siguientes:

- Factor 1: recursivo y centrado (10 ítems)

Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados.

- Factor 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems)

Resalta las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones.

- Factor 3: proceso de alerta (9 ítems)

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.

- Factor 4: procesamiento sistemático (6 ítems)

Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.

- Factor 5: conocer y relacionar (8 ítems)

Describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación (9).

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1. Tipo de diseño**

La investigación es de tipo descriptiva ya que su propósito es observar, describir y documentar diversos aspectos de una situación que ocurre de modo natural y, algunas veces, provee un punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de la teoría.

También es transversal debido a que implica la obtención de datos en un momento específico, resultando particularmente adecuados para describir el estado de fenómenos determinados o de los resultados entre ellos en un momento dado.

### **6.2. Universo**

La población estuvo conformada por los pacientes que han sufrido quemaduras que acudan a la consulta en el CENIAQ, en el INR,

### 6.3. Criterios

- Inclusión

- Pacientes de 18 a 60 años de edad, hombres y mujeres.
- Pacientes que presenten una superficie corporal quemada mayor del 20%.
- Pacientes que presenten quemaduras por cualquier agente productor.
- Pacientes que presentes quemaduras especiales (cara, cuello, vías respiratorias, genitales, manos y pliegues como codos, muñecas, tobillos o rodillas)
- Pacientes que deseen participar en el estudio.

- Exclusión

- Pacientes menores de 18 años de edad.
- Pacientes que presenten menos del 20% de superficie corporal quemada.
- Pacientes que padezcan alguna deficiencia, por la cual no puedan contestar el cuestionario.

- Eliminación

- Aquellos cuestionarios que estén incompletos.

## **6.4. Variables de medición**

### **Variable dependiente:**

Afrontamiento y adaptación

### **Variable independiente**

Paciente quemado

## **6.5. Materiales y métodos**

### **Materiales**

Se utilizó como instrumento, “Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS)” la cual fue diseñada por Callista Roy en el año 2004 (8), que además de los ítems que contiene, incluye datos generales del paciente.

Con este instrumento se puede identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación que la persona utiliza para hacer frente a situaciones difíciles o críticas. El instrumento consta de 47 ítems, cinco dimensiones o factores, con un patrón de respuesta tipo Likert, desde 1 = nunca, a 4 = siempre. El puntaje puede oscilar entre 47 a 188 puntos, a mayor puntaje significa un uso más consistente de estrategias de afrontamiento. La puntuación total de CAPS se obtiene invirtiendo los valores de las preguntas negativas 5, 8, 11, 13, 15, 20, 23, 24, 33, 35, 39, 42, 43, 45, 47.

Con relación a los cinco factores, los tres primeros miden los comportamientos, las reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación. Son los siguientes:

- Factor 1: recursivo y centrado (10 ítems[2, 4, 7, 10, 16, 19, 26, 29, 34, 46])

Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados.

- Factor 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems [5, 8, 13, 15, 20, 23, 24, 33, 35, 39, 42, 43, 45, 47])

Resalta las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones.

- Factor 3: proceso de alerta (9 ítems [1, 11, 17, 22, 25, 27, 31, 40, 44])

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.

- Factor 4: procesamiento sistemático (6 ítems [3, 12, 14, 18, 30, 41])

Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.

- Factor 5: conocer y relacionar (8 ítems [6, 9, 21, 28, 32, 36, 37, 38])

Describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación.

La confiabilidad del instrumento en su versión en español fue informada por Gutiérrez et al., en el contexto colombiano, evaluada a través de la consistencia interna, presentando un Alfa de Cronbach de 0,88 (11). El análisis se condujo de acuerdo con la categorización realizada a la escala por Gutiérrez y López (12), a nivel global y por factores:

Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Puntaje global
Baja capacidad	11-19	13-23	9-16	6-11	8-14	47-82
Mediana capacidad	20-28	24-33	17-23	12-15	15-20	83-118
Alta capacidad	29-36	34-42	24-29	16-20	21-26	119-153
Muy alta capacidad	37-44	43-52	30-36	21-24	27-32	154-188

Fuente: Gutiérrez y López de Mesa (12)

## Métodos

Se realizó una prueba piloto del instrumento el cual fue aplicado a 10 personas al azar, con lo cual se corroboró tiempo y forma de llenado, así como comprensión del mismo.

Para llevar a cabo la entrevista se abordaba a la persona a la llegada de la consulta, que permitieron aplicar el instrumento en ese momento.

Se revisaron los instrumentos para verificar su llenado y pasar al vaciamiento y manejo de los datos

### **6.6. Plan de análisis**

Los datos se capturaron en sistema computarizado y se analizaron en el programa estadístico de Excel versión 2007 para Windows. Obteniendo tablas de frecuencia, porcentajes y sus respectivas gráficas.

### **6.7. Aspectos éticos**

Se siguieron las normatividades expuestas por la ley general de salud, en materia de investigación para la salud (13). El cual menciona en el título quinto, Investigación para la Salud en el capítulo único:

**Artículo 100.-** La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución

a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

**II.** Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.

**III.** Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

**IV.** Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

**V.** Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación;

**VI.** El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación;

**VII.** Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda, y

**VIII.** Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

**Artículo 101.-** Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

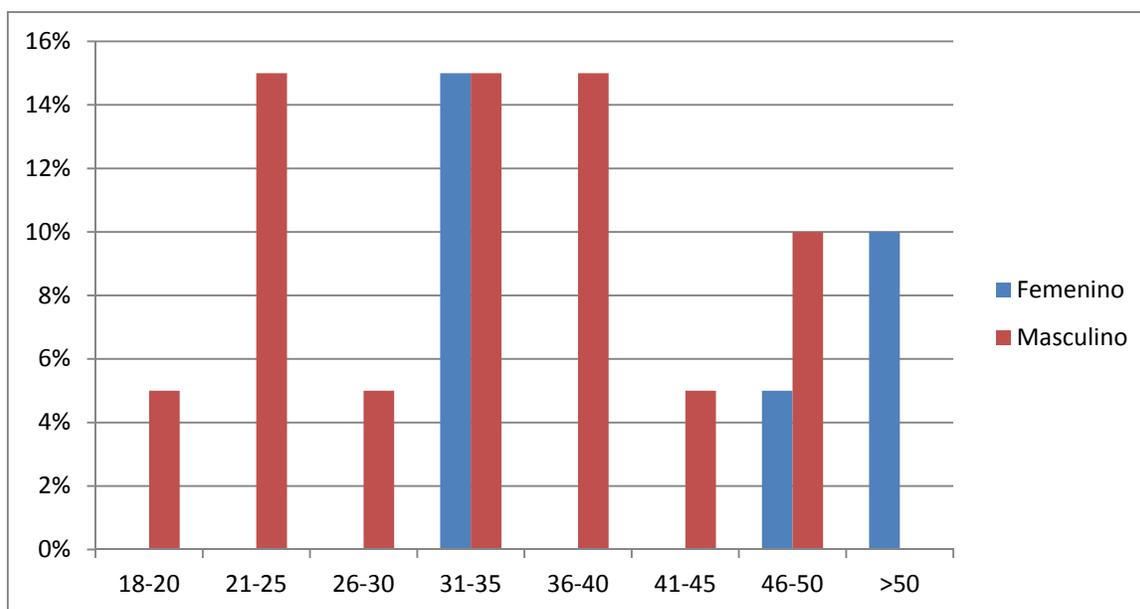
## 7. RESULTADOS

### 7.1. Características demográficas de los participantes

Se entrevistaron 20 pacientes con diagnóstico de quemaduras, con una media de edad de  $35 \pm 10.07$  años. El 70% fueron hombres y 30% mujeres. La escolaridad estuvo representada por primaria con 10%, secundaria con 25%, preparatoria 55%, posgrados el 5% y aquellos que no tenían ninguna preparación con 5%. Con relación al estado civil 35% casados, el 55% solteros y en unión libre un 10%. La religión predominante fue la católica con un 95%. El 90% desempeñan una actividad laboral.

**Gráfica No. 1**

**Edad de los pacientes quemados que asistieron a la consulta externa del CENIAQ-INR**



Fuente: Cuestionario CAPS

Descripción

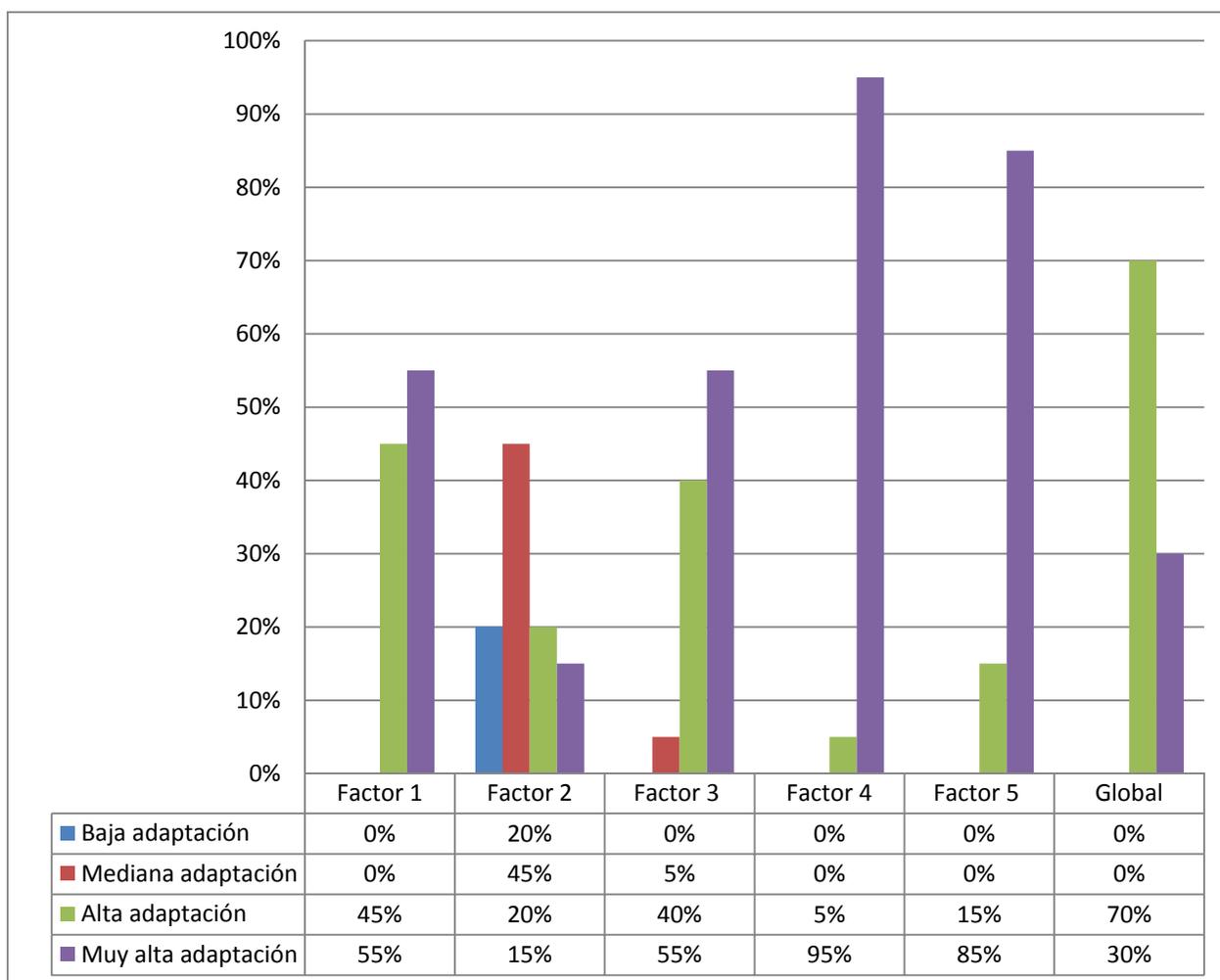
La figura 1 muestra que el 70% de los participantes fueron hombres.

## 7.2. Características de afrontamiento y adaptación

Con respecto a la capacidad de afrontamiento de los pacientes con quemaduras, el 30% presentó una capacidad muy alta y el 70% una capacidad alta.

**Grafica No 2.**

### Capacidad de afrontamiento y adaptación por factores y global de los pacientes quemados del INR



Fuente: cuestionario CAPS

Descripción. La gráfica muestra que el 95% de los participantes presentan una capacidad de adaptación y afrontamiento muy alta, en el factor 4.

**Tabla No 2.**

**Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 1. Recursivo y Centrado de los pacientes que presentaron quemaduras**

Ítems	Porcentaje			
	Siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Propongo soluciones para problemas nuevos	60	30	5	5
Obtengo información para aumentar mis opciones	85	10	5	0
Trato de que todo funcione a mi favor	60	25	5	10
Identifico cómo quiero que resulte la situación	50	40	0	10
Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente	90	10	0	0
Estoy atento a la situación	95	5	0	0
Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación	95	0	5	0
Con tal de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida	80	15	0	5
Trato de ser creativo y propongo soluciones	75	20	0	5
Desarrollo un plan para enfrentar la situación	75	25	0	0

Fuente: cuestionario CAPS

**Descripción**

La tabla muestra que los ítems con 95% respectivamente son “estoy atento a la situación” y “trato de usar mis habilidades”.

### Cuadro No 3.

#### Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 2 físico y enfocado de los pacientes que presentaron quemaduras

Ítems	Porcentaje			
	Siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas	20	45	10	25
Solo pienso en lo que me preocupa	15	65	0	20
Encuentro la crisis demasiado complicada	40	30	10	20
Parece que actúo con lentitud sin razón aparente	25	25	20	30
Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo	40	25	0	35
Tiendo a quedarme quieto por un momento	30	25	20	25
Encuentro difícil explicar el verdadero problema	20	20	30	30
Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo	30	30	20	20
Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas	30	20	20	30
Experimento cambios en la actividad física	55	30	10	5
Trato de hacer frente a la crisis desde el principio	80	20	0	0
Me doy cuenta de que estoy enfermado	90	10	0	0
Me rindo fácilmente	0	10	0	90
Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas	50	35	0	15

Fuente: cuestionario CAPS

Descripción:

En la tabla se muestra que el ítem con un 90% es “me doy cuenta de que estoy enfermo”.

**Tabla No 4.**

**Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor proceso de alerta de los pacientes que presentaron quemaduras**

Ítems	Porcentaje			
	Siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo	60	30	5	5
Soy menos eficaz bajo estrés	40	25	10	25
Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis	75	15	5	5
Miro la situación desde diferentes puntos de vista	75	20	5	0
Obtengo buenos resultados con problemas complejos	65	30	0	5
Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos	65	25	0	10
Soy más eficaz bajo estrés	20	40	5	35
Analizo los detalles tal como sucedieron	80	10	5	5
Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad	85	10	0	5

Fuente: cuestionario CAPS

**Descripción**

En la tabla se muestra que los ítems con un 75% son: “estoy activo durante el día cuando estoy en crisis” y “miro la situación desde diferentes puntos de vista”, respectivamente.

**Tabla No 5.**

**Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor procesamiento sistemático de los pacientes que presentaron quemaduras**

Ítems	Porcentaje			
	Siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo	85	10	5	0
No actúo hasta que tengo comprensión de la situación	65	25	10	0
Pienso en el problema paso a paso	80	20	0	0
Soy realista con lo que sucede	85	15	0	0
Mantengo el equilibrio entre la actividad y el descanso	50	30	20	0
Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar	85	15	0	0

Fuente: cuestionario CAPS

**Descripción.**

En la tabla se muestra que los ítems con un 85% cada uno son: “llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo”, “soy realista con lo que sucede” y “trato de aclarar cualquier duda antes de actuar”.

**Tabla No 6.**

**Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor conocer y relacionar de los pacientes que presentaron quemaduras**

Ítems	Porcentaje			
	Siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Trato de recordar soluciones que me han servido antes	60	25	10	5
Me siento bien de saber que estoy manejando el problema	90	5	5	0
Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones	60	35	0	5
Utilizo el humor para manejar la situación	75	20	5	0
Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas	30	40	10	20
Aprendo de la soluciones de otros	70	25	5	0
Miro la situación positivamente como un reto	75	20	5	0
Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar	75	25	0	0

Fuente: cuestionario CAPS

Descripción.

La tabla muestra que el ítem con un 90% es “me siento bien de saber que estoy manejando el problema”.

## 8. ANÁLISIS DE LOS DATOS

De las 20 personas evaluadas se encuentra en edad reproductiva, presentando con una media de 35 años de edad. El 70% fueron hombres, con una escolaridad de preparatoria en un (55%). En cuanto al estado civil se encontró que el 55% son solteros, y el 90% desempeña una actividad laboral. Lo anterior muestra que como en la generalidad de la población, los hombres son los que tienen mayor riesgo de sufrir una quemadura debido al oficio que desempeñan y quizá también se debe a la escolaridad que presentan.

Con respecto a la capacidad de afrontamiento de los pacientes con quemaduras, el 30% presentó una capacidad muy alta y el 70% una capacidad alta; por lo que se entiende que los pacientes tienden a adaptarse de manera más rápida a situaciones que generan estrés.

En cuanto a los factores, la media del factor 1 (recursivo y centrado) fue de 37, lo que representa que los pacientes tienen una capacidad muy alta de afrontamiento y adaptación en relación a los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados; estos resultados son dados por que en los ítems de “estoy atento a la situación” y “trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación”, ambos presentan el 95% (Tabla No. 2).

En el factor 2, reacciones físicas y enfocadas, presentó una media de 31, lo que representa una capacidad media de afrontamiento y adaptación con relación a las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones; representado por los ítems “trato de hacer frente a la crisis desde el principio” con 80% y “me doy cuenta que me estoy enfermando” con 90% (Tabla No. 3).

El factor 3, proceso de alerta, presentó una media de 31, lo que significa una capacidad muy alta de afrontamiento y adaptación con relación a los comportamientos del yo personal y físico, y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas; dado por los ítems “analizo los detalles tal como sucedieron” y “adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad” con 80% y 85% cada una (Tabla No. 4).

El factor 4, procesamiento sistemático, presentó una media de 22, que representa una muy alta capacidad de afrontamiento y adaptación relacionado con las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente; resultado representado por los ítems “llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo”, “soy realista con lo que sucede” y “trato de aclarar cualquier duda antes de actuar” los cuales presentan 85% cada uno (Tabla No. 5).

En el factor 5, conocer y relacionar, presentó una media de 28.5, una muy alta capacidad de afrontamiento y adaptación, en relación con las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación; representado por los ítems que presentaron mejores resultados: “me siento bien de saber que estoy manejando el problema” y “planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar”, con 90% y 75% respectivamente (Tabla No. 6).

## 9. DISCUSIÓN

La capacidad de afrontamiento de los pacientes con quemaduras fue alta y muy alta, por lo que se considera que pueden adaptarse de manera más rápida a situaciones estresantes como lo es su enfermedad. Estos resultados son similares a los reportados por Flores y cols. en Cartagena, Colombia (abril 2011) en su estudio realizados en pacientes egresados de UCI cuya capacidad de afrontamiento y adaptación fue muy alta en más de la mitad de los pacientes. Sin embargo en un estudio realizado por Leyva y cols. en Durango, México (2011) en pacientes oncológicas, reportaron que el nivel de afrontamiento y adaptación es integrado y compensatorio.

En el factor recursivo y centrado los pacientes que sufrieron quemaduras presentan una capacidad muy alta de afrontamiento y adaptación de acuerdo a esto se puede inferir que se adaptan rápidamente a su padecimiento. Estos resultados tienen similitud con los reportados por Flores y cols. en su estudio realizado con pacientes egresados de la UCI en los cuales su capacidad fue muy alta en el 44%.

En el factor 2, reacciones físicas y enfocadas, en los pacientes que sufrieron quemaduras, fue una capacidad media, por lo que se supone que estas personas tardan un poco más para adaptarse a la diferentes crisis que puedan llegar a presentar. A comparación con el estudio realizado por Flores y cols. (2011), los pacientes presentaron una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, en ambos estudios, por lo que se considera que los participantes pueden adaptarse fácilmente a situaciones de estrés.

La capacidad de afrontamiento y adaptación de los pacientes que sufrieron quemaduras, en el factor procesamiento sistemático, fue media. Estos resultados difieren de los reportados por Flores y cols. en el 2011 quien reporta muy alta capacidad en casi la mitad de los pacientes entrevistados. Razón por la que se infiere que los pacientes se adaptan de manera diferente en situaciones de enfermedad crítica

Con relación al factor 5, conocer y relacionarse los pacientes presentaron una alta capacidad de afrontamiento y adaptación en más de la mitad de los participantes al igual que un estudio realizado en pacientes egresados de la UCI en Colombia, por Flores y cols.

## **10. CONCLUSIÓN**

En esta investigación se investigó el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación de un paciente que ha sufrido alguna quemadura, encontrando que los participantes presentaron en un 66.6% muy alta capacidad y el 33.3% solo alta capacidad, resultados con lo que se puede considerar que el paciente que ha sufrido una quemadura puede adaptarse más rápido a situaciones que le generen estrés.

Con respecto al alcance de los objetivos específicos el factor 1, recursivo y centrado, muestra que el 55% de las personas presentan una muy alta adaptación; mientras que el factor 2 (físico y enfocado), presenta un 45% con mediana capacidad de adaptación. El factor 3 (proceso de alerta) y el factor 4 (procesamiento sistemático) demuestran que la población encuestada tiene una capacidad muy alta de adaptación, con el 55% y el 95% respectivamente. Sin embargo el factor 5 (conocer y relacionarse) sólo el 85% presenta una capacidad muy alta.

Si bien, los pacientes que participaron en la investigación tienen la capacidad de afrontamiento y adaptación a su patología, con esta investigación no se tiene la certeza de que el paciente pueda completar el proceso de adaptación y afrontamiento en un tiempo determinado; pero con ello el personal de enfermería puede desarrollar estrategias adecuadas y orientadas para proporcionar cuidado específico para cada paciente.

Sugiriendo, seguir con las investigaciones para conocer a profundidad las variables que esta investigación describe, y no sólo con pacientes con la misma patología, también con otras para poder realizar un análisis completo. Así como ampliar la muestra del estudio.

## Bibliografía

1. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia epidemiológica de las quemaduras. México, ISSN105-2636. Número 25, Volumen 26, Semana 25, del 21 al 27 de junio de 2009. [Recuperado Mayo 2012]. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2009/sem25/pdf/edit2509.pdf>
2. García Torres Vidal. Quemaduras. Tratamiento de urgencia. Madrid: Duphar Farmacéutica. 3ra Edición, 1993. 878 páginas.
3. Francisco Díaz, A. Manual de tratamiento de las quemaduras. Curso de emergencias para médicos. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Edición Centro de Formación e Investigación EPES. Sevilla, 2000
4. Brunner L.S. Enfermería Médico-Quirúrgica. Vol. 2. México: Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1989. 135 páginas.
5. Beare, P. Principios y práctica de la Enfermería Médico-Quirúrgica. Madrid: Mosby-Doyma. Volumen I. Madrid 1995.
6. Marriner Tomey, Ann; Raile A, Martha. Modelos y teorías en enfermería. Sexta Edición. Editorial Elsevier. Barcelona, 2007
7. Cutcliffe, John; MacKenna, Hugh; Hyrkäs, Kristiina. Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica. Manual Moderno. México, 2011
8. Roy C. Coping and Adaptation Processing Scale: Development and Testing. En prensa; 2004
9. Flores-Torres Inna Elid, Herrera-Alarcón Eliana, Carpio-Jiménez Estefany, et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. Año 11 volumen 11 No 1 Chía, Colombia – Abril 2011
10. Gutiérrez López Carolina et al. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy. Revista Aquichan – ISSN 1657-5997

11. Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, Durán MM, López C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy. *Aquichán* 2007; 7 (1): 54-63.
12. Gutiérrez C, López C. Escala de Medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación; 2009
13. Ley general de salud. Título quinto, Investigación para la salud. Capítulo único. Artículo 100 [recuperado mayo, 2012]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
14. C. Human Information Processing. In: Fitzpatrick JJ et al. *Annual Review of Nursing Research*. Springer Publishing Co.; 1988, 6: 237-262.
15. Dunn K. Adaptation to chronic pain: Religious and non religious coping in Judeo-Christian elders. Wayne State University School of Nursing, Graduate program; 2001, AA T: 3037070, p. 24.
16. González, Vanesa; Ramírez Maestre Carmen; Herrero, Ana Ma. Inteligencia emocional, personalidad y afrontamiento en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Psicología*, vol. 24, núm. 2. Pp. 185-195. Sociedad Mexicana de Psicología A.C. Distrito Federal, México. Diciembre, 2007.
17. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar. *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill. 2ª edición México D.F. 1998
18. Lazcano – Ortiz Margarita, Salazar – González Bertha Cecilia, Gómez – Meza Marco Vinicio. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Año 8 vol. 8 No 1- Chía Colombia- Abril 2008. 116-125

19. Leyva Pescador Yoeli, Solano Arellano Gabriela, Labrador Ortega Laura, Gallegos Alvarado Mónica, Ochoa Estrada María Cristina. Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. Revista de investigación, CUIDARTE.
20. Livneh H. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Conceptual Framework. In: Rehabilitation Counseling Bulletin. Washington: Spring, 2001; 44 (3): 151
21. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007
22. Morales, Francisco M.; Trianes, Ma. Victoria. Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. European Journal of Education and Psychology, volumen 3, número 2, pp. 275-286. Editorial CENFINT. Almería, España, diciembre, 2010
23. Niño García, Jorge Andrés. Despersonalización en pacientes quemado. Revista colombiana de psiquiatría, volumen 39, número 39, número 1, pp. 168-177. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Colombia, 2010.
24. Plan Andaluz de Urgencias y emergencias. Manejo del paciente quemado. Marzo, 2000
25. Polit Dinise F. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, D.F. 1999
26. Quintanilla Montoya Roque / Valdez Figueroa Isabel / Valencia Abundiz Silvia / González de Mendoza Manuel. Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. Investigación en salud, agosto, año/volumen VII, número 002. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México. pp 112-116.
27. Ramírez Maestre Carmen / Esteve Zarazaga Rosa / López Martínez Alicia Eva. Neuroticismo, Afrontamiento y Dolor Crónico. Anales de Psicología,

año/volumen 17, número 001. Universidad de Murcia. Murcia, España. pp 129-137. 2001

28. Richaud de Minzi, María Cristina. Evaluación del afrontamiento en niños de 8 a 12 años. Revista Mexicana de Psicología, volumen 23, número 2, pp. 193-201. Sociedad Mexicana de Psicología A.C. Distrito Federal, México, diciembre 2006.

## **ANEXOS**

Anexo 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**



**Valoración del Paciente Hospitalizado Quemado  
Modelo de afrontamiento y adaptación de Callista Roy  
Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación  
(CAPS)**

El siguiente cuestionario mide el grado de afrontamiento y adaptación que usted tiene en relación a su padecimiento. Por favor, conteste las siguientes preguntas y marque con una X la casilla que le parezca mejor. Le rogamos que sea lo más sincero (a) que pueda y no deje ninguna pregunta sin contestar; los datos son confidenciales y no serán divulgados. De antemano muchas gracias.

1. Edad: _____	2. Sexo : _____
3. Estado civil: _____	4. Escolaridad: _____
5. Ocupación: _____	6. Religión: _____

	Siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1. Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo				
2. Propongo soluciones para problemas nuevos				
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo				
4. Obtengo información para aumentar mis opciones				
5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas				
6. Trato de recordar soluciones que me han servido antes				
7. Trato de que todo funcione a mi favor				
8. Solo pienso en lo que me preocupa				
9. Me siento bien de saber que estoy manejando el problema				
10. Identifico cómo quiero que resulte la situación				
11. Soy menos eficaz bajo estrés				
12. No actúo hasta que tengo comprensión de la situación				
13. Encuentro la crisis demasiado complicada				
14. Pienso en el problema paso a paso				

	Siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
15. Parece que actúo con lentitud sin razón aparente				
16. Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente				
17. Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis				
18. Soy realista con lo que sucede				
19. Estoy atento a la situación				
20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo				
21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones				
22. Miro la situación desde diferentes puntos de vista				
23. Tiendo a quedarme quieto por un momento				
24. Encuentro difícil explicar el verdadero problema				
25. Obtengo buenos resultados con problemas complejos				
26. Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación				
27. Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
28. Utilizo el humor para manejar la situación				
29. Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida				
30. Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso				
31. Soy más eficaz bajo estrés				
32. Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas				
33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo				
34. Trato de ser creativo y propongo soluciones				
35. Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas				
36. Aprendo de las soluciones de otros				
37. Miro la situación positivamente como un reto				
38. Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar				
39. Experimento cambios en la actividad física				
40. Analizo los detalles tal como sucedieron				
41. Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar				
42. Trato de hacer frente a la crisis desde el principio				
43. Me doy cuenta de que me estoy enfermando				
44. Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad				
45. Me rindo fácilmente				
46. Desarrollo un plan para enfrentar la situación				
47. Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas				

Aplicado por: Sandy Anahí Moreno Maldonado

## **Anexo 2**

### **Instrucciones de aplicación del instrumento**

Llegar a la habitación del paciente.

Buenos días sr. N, mi nombre es N, vengo de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia la cual pertenece a la Universidad Nacional Autónoma de México. En este momento realizo el servicio social en el Instituto Nacional de Rehabilitación. El motivo de la visita es para solicitarle su colaboración para realizar la investigación, que lleva por título: Adaptación y Afrontamiento de paciente hospitalizado quemado; con la finalidad de mejorar los servicios de enfermería.

Su participación constará en contestar un cuestionario de 47 reactivos.

Al finalizar el estudio se le otorgaran resultados sí así lo desea.

Si el paciente no desea participar se le dan las gracias, y se retira.

Si por el contrario, el paciente acepta participar, le muestro la carta de consentimiento informado en la cual se explica en que constará la participación de la persona y que sus datos personales serán manejados de manera confidencial. Al firmar el consentimiento informado debe estar presente la enfermera a su cargo.

A continuación, se le explicara la estructura general del cuestionario. En la primera parte son datos personales y los criterios de inclusión y exclusión. La segunda parte del cuestionario consta de 47 preguntas cada una con 4 opciones de respuestas (siempre, algunas veces, rara vez, nunca), según la frecuencia en la cual realizan cada actividad que se señala. El paciente tiene que colocar una "X" en la respuesta que seleccione.

### Anexo 3

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente expreso que acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“Adaptación y afrontamiento del paciente quemado”**, registrado y aprobado ante la Comisión Nacional de Investigación Científica del Instituto Nacional de Rehabilitación.

He sido informado (a) que el objetivo del mismo es mejorar la calidad de los servicios del profesional de enfermería, hacia los pacientes que se encuentren hospitalizados y que presenten algún tipo de quemadura.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un cuestionario con 47 reactivos en relación a mi sentir con mi padecimiento actual.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal se ha comprometido a darme la información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de la investigación.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Paciente

Investigador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y firma

Nombre y firma