

María Elisa Moreno F.

# Aplicación del Modelo de Adaptación en un Servicio de Rehabilitación Ambulatoria



## RESUMEN

En el presente artículo se realiza un análisis del Modelo de Adaptación de Callista Roy y se plantean algunas aproximaciones que se han empleado para su aplicación en el servicio de rehabilitación de la Clínica Puente del Común. El artículo describe cómo se desarrollan cada una de las etapas del proceso de enfermería en la consulta que realizan los profesionales de enfermería a los pacientes vinculados al programa integral de rehabilitación.

## PALABRAS CLAVE

Enfermería en rehabilitación, Modelo de Adaptación de Callista Roy, adaptación, cuidado, enfermedades discapacitantes.

## ABSTRACT

*An analysis of Callista Roy Adaptation Model is done in this article. Some approaches used for its application are stated in the service of rehabilitation of Puente del Común Clinic. The article describes how each stage of the nursing process is applied by the nursing professionals to patients assisting to the integral rehabilitation program.*

## KEY WORDS

**Nursing in rehabilitation, Callista Roy Adaptation Model, adaptation, care, handicapping diseases.**



La marcada influencia del modelo médico en el ejercicio de la enfermería determinó que las especializaciones se desarrollaran inicialmente en los hospitales y estuvieran relacionadas con las especialidades médicas. La enfermería en rehabilitación surge como especialidad en la década de los setenta, en los Estados Unidos, y se desarrolló fundamentalmente en el área hospitalaria, donde es bien reconocida la necesidad de preservar las funciones existentes y prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad y de la enfermedad.

Según McClosky (2001), en la medida en que cambia el campo de la salud, el papel de la enfermera y los lugares donde se desempeña se van modificando<sup>1</sup>. Hoy en día, los elevados costos hospitalarios y el conocimiento acerca de las implicaciones que tienen las hospitalizaciones prolongadas, para el individuo y la familia, han llevado a reducir la estancia hospitalaria y han creado la necesidad de fortalecer los programas ambulatorios y de cuidado en casa.

La rehabilitación es un proceso cooperativo, complejo, cuya responsabilidad no puede ser asumida por una sola profesión, pues se requiere de la intervención de un grupo compuesto por diferentes disciplinas. El ideal es conformar equipos interdisciplinarios, los cuales se caracterizan por la cooperación entre varias disciplinas para alcanzar una meta común, que en este caso es la rehabilitación<sup>2</sup>. Los profesionales involucrados tienen la misma oportunidad y responsabilidad de presentar sus opiniones acerca del manejo del paciente desde su perspectiva, tomar decisiones por con-

senso y coordinar activamente la atención, para obtener el máximo beneficio y calidad en la atención del paciente y su familia.

Dadas las características de los programas de rehabilitación, se requiere para su ejercicio de una sólida formación disciplinar, de tal forma que cada uno de los participantes conoce el dominio de su profesión y su aporte para lograr la meta común de rehabilitación.

En enfermería, los modelos conceptuales constituyen un marco de referencia para la práctica, de manera que orientan a sus seguidores sobre cómo observar e interpretar el fenómeno de interés de la disciplina<sup>3</sup>. El tener claridad sobre estos aspectos facilita el trabajo con otras disciplinas y favorece el reconocimiento de la profesión.

Estos modelos surgen en respuesta a una necesidad de organizar el conocimiento, y se caracterizan por su generalidad, amplitud y elevado nivel de abstracción, lo cual explica la dificultad para aplicarlos en la práctica.

En el área de enfermería en rehabilitación se han utilizado diferentes modelos, como el de autocuidado de Dorothea Orem, Dorothy Johnson, Callista Roy, Betty Neuman, Imogene King y Nancy Roper, entre otros<sup>4</sup>. En la Clínica Puente del Común - Teletón se ha tomado como marco de referencia, para el Departamento de Enfermería, el modelo de adaptación de Callista Roy, por ser el modelo seleccionado por la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana.

A continuación se presentan algunas aproximaciones para la aplicación de este modelo en el servicio de rehabi-

litación, partiendo de un análisis del mismo.

El modelo de adaptación está basado en principios científicos provenientes de la teoría de sistemas y de la teoría de adaptación de Helson, y en principios filosóficos derivados del humanismo y de un término acuñado por Roy, denominado *veritivity* o verdad total. En la actualidad, el modelo ha evolucionado hacia una visión de reciprocidad, donde se resalta que los seres humanos son sistemas adaptativos holísticos, que funcionan con partes interdependientes y actúan en unidad de propósito, no en respuesta causa-efecto. El modelo enfatiza en la mutualidad de las personas con otros, con el mundo y con la figura de Dios.

Los seres humanos, como seres adaptativos, tienen la capacidad de adaptarse y crear cambios en el ambiente. La habilidad para responder a estos cambios está determinada por las demandas de la situación y los recursos internos disponibles.

En general, las enfermedades discapacitantes han sido descritas como catastróficas, por las múltiples implicaciones que tienen para el individuo y la familia. Ellas producen dependencia para realizar las actividades básicas y cotidianas, por lo cual es indispensable recurrir a otros, en forma parcial o total, para su ejecución. En la medida en que se es más dependiente, se requiere de la dedicación de al menos un miembro de la familia, en forma parcial o permanente, para asumir el cuidado y, por lo tanto, esta persona debe a su vez modificar su estilo de vida y asumir el rol de cuidador principal.

<sup>1</sup> McClosky, Joanne, y cols. *Current Issues in Nursing*. Mosby, 6ª. ed., 2001.

<sup>2</sup> Universidad de La Sabana, Vicerrectoría Académica, Dirección de Acreditación y Currículo. *Directrices para el desarrollo curricular en la Universidad de La Sabana*, primera versión, 2000.

<sup>3</sup> Fawcett, Jaqueline. *Análisis y evaluación de los modelos conceptuales en Enfermería*, Editorial F. A. Davis, 3ª. ed., 1995, p. 3.

<sup>4</sup> Hoeman, Shirley. *Rehabilitation Nursing. Process and Application*, Editorial Mosby, 2nd edition, 1996, pp. 3-8.

La capacidad de adaptación a estos cambios, de la persona y de sus familiares más cercanos, depende fundamentalmente de la magnitud de la situación y de los recursos disponibles. En su modelo, Roy identifica como entradas los estímulos y el nivel de adaptación. Los estímulos los clasifica en focales (aquellos que desencadenan la situación y, por lo tanto, los primeros que la persona debe enfrentar), los contextuales (otros estímulos presentes que influyen en la situación) y los residuales (aquellos que aparentemente no tienen una relación directa en el momento de la valoración, pero después pueden llegar a ser contextuales o focales).

El nivel de adaptación, según Roy, es un estímulo interno, implica la interrelación constante de la persona con el ambiente y representa la condición de los procesos vitales que afectan la habilidad del sistema para responder en forma positiva a la situación<sup>5</sup>.

Al realizar la valoración, el profesional de enfermería especialista en rehabilitación parte del supuesto de que todas las personas son únicas. Aunque el tipo de lesión sea igual, cada uno vive la situación en una forma diferente. De acuerdo con el modelo de Roy, en primer lugar debe establecerse si el comportamiento de la persona es adaptativo o inefectivo, y posteriormente se identifican los estímulos presentes en la situación y el nivel de adaptación.

En la primera consulta de enfermería, algunos estímulos que desencadenaron la situación son evidentes; por ejemplo, el trauma, la isquemia; sin embargo, la enfermera experta puede llegar a intuir otros que no son tan evidentes, como la

dificultad del paciente o de los familiares para manejar la situación, los cuales deben ser confirmados con ellos. Es factible que otros estímulos no se puedan aclarar en el primer encuentro; por ejemplo, las dificultades que tienen los familiares para asumir el rol de cuidador o los temores que siente el paciente. Estos serán evidentes en la medida en que se va estableciendo una relación de empatía con el paciente o con el cuidador.

El nivel de adaptación nos demuestra la interacción del paciente con el ambiente, es decir, las modificaciones que realiza la persona para adaptarse a la nueva situación. El paciente discapacitado en proceso de rehabilitación puede mostrar, en algunos aspectos, un nivel de adaptación integrado; en otros, compensatorio o comprometido. Finalmente, el balance entre estos, así como la magnitud de los estímulos presentes, determinarán las respuestas en los subsistemas de control, que son el regulador y el cognitivo.

Las respuestas del subsistema regulador son innatas y han sido estudiadas por las ciencias médicas, por lo cual no presentan mayor dificultad en su comprensión. Ellas podrían explicarse por los cambios neurológicos, químicos y endocrinos presentes ante situaciones de estrés, y en el caso de alteraciones de la salud, a través de los procesos fisiopatológicos de la enfermedad.

El mecanismo cognitivo es adquirido, y su conocimiento y comprensión son fundamentales para la enfermera en rehabilitación, porque en cierta forma explican el comportamiento del paciente y la familia ante determinada situación. A pesar de la importancia que tiene para el

cuidado de enfermería, este subsistema no ha sido bien estudiado.

Según Roy, la adaptación es un proceso en el cual las personas utilizan la conciencia para crear una integración con el ambiente. Con base en esta conceptualización, se puede suponer que el proceso cognitivo, de alguna manera, representa la percepción que tienen la persona y la familia de la situación, con base en valores, creencias, capacidades, aspiraciones, reacciones afectivas ante esta y otras experiencias anteriores frente a situaciones críticas, así como los mecanismos que han utilizado para enfrentarlas.

Así como las respuestas del subsistema regulador son innatas, las del cognitivo varían de una persona a otra. Esto es evidente en la consulta, cuando encontramos personas dispuestas a realizar su mejor esfuerzo para adquirir las habilidades necesarias y lograr el mayor grado de independencia posible, mientras otras no lo hacen con el mismo empeño, porque están seguras de que muy pronto se van a recuperar y, por lo tanto, no necesitan del entrenamiento.

Algunas de las respuestas a estos procesos pueden ser evidentes para la enfermera en el momento de realizar la valoración de los modos fisiológico y psicosocial (dominio del rol, interdependencia y autoconcepto), y es claro que cualquier factor presente, bien sea positivo o negativo, afecta a la persona en su totalidad. De aquí la importancia de realizar una valoración completa, que nos permita establecer, con la mayor precisión posible, las implicaciones de la situación actual y determinar si el comportamiento de la persona es adaptativo o inefectivo.

<sup>5</sup> Roy, Sister Callista, y Andrews, Heather. *The Roy Adaptation Model*, Editorial Appleton & Lange, 2ª. ed., 1999, capítulo 2.

En el momento de planear los cuidados de enfermería, el profesional de enfermería en rehabilitación es consciente de la capacidad que tienen las personas y sus familias de adaptarse a las situaciones; por lo tanto, tiene en cuenta el contexto y la experiencia de las personas en la búsqueda de alternativas de cuidado.

Las metas y recomendaciones que se establecen en el plan de cuidados se deben plantear con base en el análisis de la situación particular. La experiencia ha demostrado que en la medida en que el paciente y el cuidador participan en esta planeación, y las acciones propuestas no riñen con sus creencias, valores y recursos disponibles, los resultados positivos serán mayores.

En algunos casos, las recomendaciones implican modificar ciertos hábitos que se han establecido de tiempo atrás. En dichos casos, la aceptación y ejecución de estas modificaciones dependerán de la habilidad de la enfermera para explicar la necesidad de hacerlas. Un ejemplo claro de esto son las recomendaciones dietéticas para el manejo del estreñimiento. La mayoría de los colombianos consumen una dieta baja en fibra y rica en carbohidratos. En este caso, es importante explicar al paciente la importancia de la fibra y del consumo de líquidos en la dieta, e indagar sobre qué tipo de alimentos ricos en fibra le gustan más. De esta forma será más fácil que él modifique sus hábitos nutricionales.

El profesional de enfermería forma parte del ambiente del paciente, y como tal constituye un estímulo que puede contribuir en el proceso de adaptación. Según Pryor (2000)<sup>6</sup>, para crear un am-

biente apropiado en rehabilitación, las enfermeras tienen cuatro funciones terapéuticas:

- *Interpretativa.* La enfermera debe tener la destreza para establecer una relación de empatía, que le permita comprender y expresar en forma verbal lo que el paciente y su familia están sintiendo con las restricciones propias de la discapacidad. Según Olson<sup>7</sup>, los resultados obtenidos con el cuidado de enfermería son mejores cuando la enfermera logra establecer este tipo de relaciones con los pacientes.
  - *De consejería.* Proveer apoyo emocional. El paciente y la familia están experimentando un duelo por la pérdida que han sufrido. El profesional de enfermería los acompaña en este proceso, respetando las creencias personales y reconociendo que la respuesta ante esta situación es individual<sup>8</sup>.
- El profesional de enfermería actúa también como intermediario, al transmitir las inquietudes o necesidades del paciente y del cuidador a otros profesionales vinculados con el equipo de rehabilitación. Puede decirse que actúa como puente entre el paciente y el equipo interdisciplinario.
- *Conservativa.* Esta función busca el mantenimiento de las funciones normales y la prevención de complicaciones derivadas de la situación. El profesional de enfermería apoya y estimula la ejecución de las medidas de cuidado adoptadas por el paciente y/o el cuidador, para el manejo de su salud, y hace las recomendaciones pertinentes para la prevención de factores de riesgo y el control de las

alteraciones que puedan haberse presentado.

- *Integrativa.* Ayudar al paciente a involucrar las destrezas aprendidas en la vida diaria. Esta función destaca la importancia del trabajo en equipo; el profesional de enfermería vinculado a un programa de rehabilitación debe conocer las intervenciones que están realizando los demás miembros del equipo de rehabilitación y estimular al paciente y a sus cuidadores para que las integren a las actividades que él realiza en su hogar.

En algunas ocasiones se hace necesaria la realización de sesiones conjuntas para fortalecer las destrezas; tal es el caso del entrenamiento para la eliminación en el baño, que se hace en conjunto con un terapeuta ocupacional, y el manejo de escaras con un fisioterapeuta, cuando se utiliza la aplicación de rayos láser en el tratamiento.

En conclusión, puede decirse que la utilización de los modelos conceptuales en enfermería orienta al profesional sobre la concepción de la práctica de la profesión, le permite identificar los problemas de cuidado y establecer con mayor claridad su campo de acción.

En el trabajo interdisciplinario, favorece el reconocimiento del cuidado de enfermería por otros profesionales y facilita su actuación en equipo con ellos.

Es indispensable fortalecer la investigación, para clarificar y unificar criterios frente a algunos conceptos, como el mecanismo cognitivo, los estímulos, el nivel de adaptación, los comportamientos adaptativos e inefectivos, de tal forma que se facilite su utilización en la práctica.

<sup>6</sup> Pryor, Julie. "Creating a Rehabilitative milieu", *Rehabilitation Nursing*, julio/agosto 2000, vol. 25, No. 4, p. 141.

<sup>7</sup> Olson, J., y cols. "Nursing expressed empathy, patient outcomes and development of a middle range theory", *Image*, vol. 29, No. 1, 1997, pp. 71-6.

<sup>8</sup> Rodebaugh, Linda. "How to handle grief with wisdom", *Nursing*, oct. 1999, vol. 29, No. 10, pp. 52-53.