

**ADAPTACION Y CUIDADO EN PERSONAS PARAPLEJICAS
VINCULADAS A LA FUNDACION DE APOYO INTEGRAL A LA POBLACION
VULNERABLE (FAP) BASADO EN EL MODELO DE ADAPTACION DE
CALLISTA ROY, POPAYAN**

2009

**MARLEN STELLA ORTIZ
ASTRID LORENA URBANO
MARIA ALEXANDRA ZUÑIGA**

**Asesor
MARTHA ISABEL VIVAS CHACON
Enfermera**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ENFERMERIA
POPAYAN
2009**

**ADAPTACION Y CUIDADO EN PERSONAS PARAPLEJICAS VINCULADAS A
LA FUNDACION DE APOYO INTEGRAL A LA POBLACION VULNERABLE
(FAP) BASADO EN EL MODELO DE ADAPTACION DE CALLISTA ROY,
POPAYAN**

2009

**MARLEN STELLA ORTIZ
ASTRID LORENA URBANO
MARIA ALEXANDRA ZUÑIGA**



**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ENFERMERIA
POPAYAN
2009**

Notas de aceptación

Jurado

Jurado

A mi familia por acompañarme siempre
y a quienes participaron en esta investigación
haciéndonos parte de una experiencia maravillosa.

M^a Alexandra Zúñiga N.

A mis padres, abuelos, hermanos y mi
sobrino por el apoyo y alegría que me
brindan y me dan fortaleza para seguir
adelante.

Marlen stella ortiz

A Dios quien siempre nos ha acompañado,
A mi familia quienes siempre me han
brindado su apoyo.
A las personas que nos permitieron
mediante este estudio entrar en sus vidas y
hacernos parte de sus experiencias.

Astrid Lorena Urbano Ruiz

AGRADECIMIENTOS

A nuestra Universidad del Cauca por encaminarnos en esta experiencia académica.

A nuestros queridos docentes por su aporte constante e incansable apoyo, en especial a los coordinadores de la asignatura de Investigación y a Martha Isabel Vivas, asesora de esta investigación.

A la Fundación de Apoyo Integral a la Población Vulnerable de la ciudad de Popayán, por la incondicional colaboración y confianza depositada al brindarnos la información necesaria para el desarrollo de la presente investigación.

A Martiniano Valencia y Lizet Valencia por su empeño y dedicación en su compromiso con las personas en situación de discapacidad.

A los participantes en este estudio por su aporte desinteresado y por compartir su forma del ver el mundo, dejando una gran enseñanza en nuestras vidas.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	6
ABSTRAC	7
INTRODUCCIÓN	9
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. PROPÓSITO	15
4. OBJETIVOS	16
4.1 Objetivo General	16
4.2 Objetivos Específicos	16
5. MARCO TEÓRICO	17
5.1. Modelo de adaptación de callista Roy	17
5.1.1 escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación	23
5.2 adultez y adaptación	28
5.3 discapacidad y modelos de adaptación	30
5.3.1 estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la paraplejia.	33
5.4 Política nacional de discapacidad	36
6. METODOLOGÍA	39

6.1	Tipo de Diseño	39
6.2	Universo	39
6.3	Muestra	39
6.4	Criterios de Inclusión	39
6.5	Consideraciones Éticas	40
6.6	Técnicas de Recolección de la Información	40
6.7	Variables y categorías.	40
6.7.1	Variable de Estudio	40
6.7.2	Categorías Deductivas según el Modelo de Adaptación de Callista Roy	40
7.	RESULTADOS	42
7.1	MODO PSICOSOCIAL	42
7.1.1	Características de la función del rol	42
7.1.2	Autoconcepto	47
7.1.3	Interdependencia	50
7.2	MODO FISIOLÓGICO	52
7.3	ESTÍMULOS	54
7.3.1	Estimulo focal	54
7.3.2	Estímulos contextuales	54
7.3.3.	Estímulos residuales	61
7.4	PROCESOS CENTRALES	61
7.5	NIVEL DE ADAPTACIÓN	75
7.6	ESCALA DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN APLICADO – CAPS	75
8.	DISCUSIÓN	78
9.	CONCLUSIONES	82
10.	RECOMENDACIONES	84
11.	PROPUESTA	85
11.1	Propuesta educativa en adaptación y cuidado en la paraplejia	85
11.1.1	Introducción	85

11.1.2 Justificación	85
11.1.3 Objetivo general	86
11.1.4 Objetivos específicos	86
11.1.5 Metodología	87
11.1.6 Estrategias	87
BIBLIOGRAFÍA	88
ANEXOS	90

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Rangos para evaluar el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación.	26
Tabla 2. Conceptualización de los grados de capacidad, estilos y dominios de las estrategias de afrontamiento	27
Tabla 3. Estímulos contextuales durante la adaptación.	59
Tabla 4. Emociones referidas ante la percepción de la pérdida del movimiento de las piernas	67
Tabla 5. Percepción del cambio corporal	68
Tabla 6. Percepción de la discapacidad	69
Tabla 7. Percepción de la adaptación a la discapacidad.	71
Tabla 8 Puntuación por factores.	76
Tabla 9 Resultados generales de los 15 participantes.	76

LISTADO DE FIGURAS

Figura. 1 Representación esquemática de las categorías deductivas a partir del Modelo de Adaptación de Roy	41
Figura. 2. Rol secundario según ocupación y estado civil	46
Figura 3 . Autoconcepto	50
Figura 4. Interdependencia	51
Figura 5 . Modo fisiológico	53
Figura 6 . Estímulos contextuales del evento paraplejia.	56
Figura 7 .Sistema regulador	63
Figura 8. Estimado de conductas adaptativas e infectivas	74
Figura 9 .Nivel de adaptación	75

LISTADO DE GRAFICAS

Grafica 1: Función del rol según género	42
Grafica 2: Función del rol según edad	43
Grafica 3. Función del rol según escolaridad	44
Grafica 4. Edad en que ocurrió paraplejia	55
Grafica 5. Tiempo de paraplejia en años.	61
Grafica 6. Grado de afrontamiento y adaptación de los entrevistados según la escala de afrontamiento y adaptación – CAPS.	76

LISTADO DE ANEXOS

Anexo A. Escala de medición de afrontamiento y proceso de adaptación aplicado (CAPS)	91
Anexo B. Consentimiento Informado	95
Anexo C. Entrevista	96

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue describir y analizar, mediante la aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy, el proceso de adaptación y cuidado que experimentaron las personas con paraplejía adquirida vinculadas a la Fundación de Apoyo Integral a la Población Vulnerable (FAP).

Se trata de un estudio cualitativo con triangulación de la información, apoyado en técnicas etnográficas y en la escala de adaptación aportada por el Modelo de enfermería mencionado. Fue realizado en 15 personas con paraplejía adquirida pertenecientes a la FAP.

Los resultados se presentan de manera comparativa demostrando los cambios que conlleva el afrontar la paraplejía. Los relatos permitieron identificar que aunque el proceso de adaptación a la paraplejía adquirida es diverso y mediado por el contexto, tiene un común denominador, el proceso adaptativo se consolida siempre en una fuente de aprendizaje.

Palabras Clave: Adaptación, cuidado, paraplejía adquirida, modelo de enfermería, aprendizaje.

ABSTRACT

The purpose of the present study was describing and analyzing by the application of the Adaptation Model of Callista Roy, the adaptation process and the carefulness experimented by people whit acquired paraplegia that belong to the “*Fundación de Apoyo Integral a la Población Vulnerable*” (FAP)

It is about a qualitative study whit triangulation of the information, with ethnographic technique and the Coping Adaptation Processing Scale (CAPS) of the nursering model used. The study was realized in 15 people with acquired paraplegia that belong to the “*Fundación de Apoyo Integral a la Población Vulnerable*” (FAP).

The results are presented in a comparative way. It shows the changes that bring affront the paraplegia. The tales of the people of the study allowed identifying that although the adaptation process to the acquired paraplegia is different for every person, it has something common from each of them; the process of the adaptation is always a learning experience.

Key Words: Adaptation, carefulness, acquired paraplegia, nursering model, learning experience.

“...Si pudieran partirse todas las cosas enteras... —dijo mi tío tendido boca abajo sobre el escollo, acariciando aquellas convulsas mitades de pulpo—, si cada uno pudiera salir de su obtusa e ignorante integridad... Estaba entero y todas las cosas eran para mí naturales y confusas, estúpidas como el aire; creía que lo veía todo y no era más que la corteza. Si alguna vez te conviertes en la mitad de ti mismo, y te lo deseo, chico, comprenderás cosas más allá de la común inteligencia de los cerebros enteros. Habrás perdido la mitad de ti y del mundo, pero la mitad que quede será mil veces más profunda y preciosa. Y también tú querrás que todo sea demediado y desgarrado a tu imagen, porque belleza y sabiduría y justicia existen sólo en todo lo que está hecho a pedazos...”

*Italo Calvino
EL VIZCONDE DEMEDIADO*

INTRODUCCION

Diariamente los individuos se ven sometidos a factores estresores presentes en su entorno que generan respuestas conscientes o inconscientes con el propósito de alcanzar o conservar un estado de equilibrio, dichas respuestas y el mecanismo por el que son elaboradas configuran el proceso de afrontamiento, cuyo resultado final, corresponde al estado adaptativo logrado. Uno de los estímulos más influyentes en las personas es su condición de salud, la salud no es simplemente un asunto biológico, ni es tan solo un ente que depende exclusivamente de los individuos, se caracteriza además por su condición dinámica, por ser producto del medio y a la vez, por ser capaz de afectar a los seres en todas sus dimensiones.

La discapacidad física ha sido estudiada desde muchas perspectivas, así mismo, ha pasado por diversos modelos de manejo que han permitido evolucionar de un enfoque clínico a uno integral, dicha evolución va de la mano con un nuevo concepto de discapacidad, de ésta manera, en el 2001 la OMS aprueba la CIF, o **“Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”** en donde, además de reconocer el carácter multidimensional de la discapacidad y tener en cuenta el contexto de los propios individuos, se pasa a considerar la discapacidad como una condición de salud y no como una enfermedad, lo que constituye uno de sus aportes principales. Así mismo, la rehabilitación pasa a trazar la inclusión social y la consecuente mejora en la calidad de vida, como una de sus metas primordiales.

La rehabilitación configura una labor compleja que persigue el bienestar integral de los individuos, por tanto, dicha responsabilidad no puede ser asumida por una sola profesión, debe ser producto de un trabajo multidisciplinar y cooperativo en donde el profesional se valga de los recursos técnicos y comunitarios.

El enfoque enfermero de la discapacidad en la actualidad, debe trascender del manejo clínico y perseguir el carácter integral que el cuidado involucra. El Modelo de adaptación de Callista Roy, brinda una perspectiva holística e integradora del individuo con el ambiente, siendo éste, el que mejor se adecua para el presente estudio. En dicho modelo se plantea que la función del cuidado de enfermería, es el fortalecimiento de la integración de la persona con el ambiente; los cuidados promueven las conductas adaptativas y contribuyen a mejorar la adaptación, así mismo, no se basa exclusivamente en los hallazgos clínicos, se fundamenta

además, en el conocimiento de los aspectos biosicosociales y en la interacción de los mismos con el entorno individual, esto facilita un verdadero acercamiento a los sujetos y permite incidir efectivamente en ese ser multidimensional. Además, el modelo aporta un instrumento cuantitativo, la Escala de Afrontamiento y Proceso de Adaptación Aplicado (CAPS), cuyo uso en el presente estudio, permitió establecer las estrategias de afrontamiento utilizadas en el proceso de adaptación a la paraplejía. Otro de los aspectos considerados fue la etapa del ciclo vital dado que la capacidad adaptativa puede ser influenciada por la misma. De esta forma, la población escogida, se limitó a sujetos adultos, quienes por sus características biosicosociales son los más indicados para explicar el proceso adaptativo que experimentan.

El presente estudio tuvo un diseño cualitativo con triangulación de la información, apoyado en técnicas etnográficas y una escala de adaptación que permitieron describir y analizar el proceso de adaptación a la paraplejía adquirida y el cuidado que dicha situación requiere. El conocimiento de los factores que influyen en la adaptación a la enfermedad, en este caso a la paraplejía, permite precisar la manera como el enfermero puede contribuir a que las personas mejoren su potencial de adaptación. Es así como, mediante la educación en cuanto al cuidado y experiencias significativas a través de un material educativo, se pretende influir positivamente en la adaptación a la paraplejía de las personas vinculadas a la fundación de apoyo integral a la población vulnerable (FAP) de la ciudad de Popayán, organización sin ánimo de lucro, que apoya a diferentes grupos vulnerables, entre ellos individuos con paraplejía. Uno de los papeles más importantes de la FAP, lo constituye su continua labor en la divulgación y aprovechamiento de las políticas nacionales de discapacidad y de esta forma, vela por el reintegro laboral, la educación básica, la capacitación, y la salud integral de las poblaciones a las que cobija. La FAP fue fundada en septiembre de 2006, respondiendo a sentimientos de empatía con grupos sociales claramente desamparados, desde entonces, con recursos obtenidos desde la propia labor de sus integrantes y potenciando al máximo los escasos recursos disponibles, ha venido consolidándose, fortaleciéndose más y más y valiéndose de otras redes como la radiodifusión, el apoyo comunitario y el grupo de deporte “club fénix” en el arduo proceso de gestionar el bienestar comunitario.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Adquirir una discapacidad como la paraplejia, conlleva una serie de cambios que abarcan tanto aspectos biológicos como psicológicos y sociales; las complicaciones fisiológicas iniciales son manejadas intrahospitalariamente, en algunos casos, este manejo es complementado con fisioterapia, y aunque claramente los avances en el tratamiento de esta entidad, han avanzado hasta el punto de extender la expectativa de vida considerablemente, dos aspectos son frecuentemente pasados por alto: en primer lugar, las complicaciones de la paraplejia y por tanto el cuidado requerido en el hogar pocas veces es claro para quienes la adquieren, y en segundo lugar, después del proceso de afrontamiento, los individuos se convierten en los verdaderos poseedores de un conocimiento integral que los profesionales de la salud desconocen dado el predominio de modelos biológicos en el tratamiento.

Es así como el aspecto biológico cuenta con un adecuado manejo interinstitucional, sin embargo, una vez los individuos se encaminan a recuperar su vida social, se encuentran con una serie de dificultades, en algunas ocasiones, inesperadas. Las úlceras por presión, las infecciones urinarias, entre otras complicaciones, se convierten en afecciones permanentes en los individuos con paraplejia, y a su vez constituyen un estímulo en su proceso adaptativo.

Si bien, los profesionales de salud son poseedores de un conocimiento clínico completo, la verdadera dificultad se halla en la transmisión de este conocimiento a los sujetos con discapacidad, quienes en un estadio agudo, dada la situación que enfrentan, pueden no estar receptivos a la educación que debería suministrárseles. Por otra parte, una de las formas de obtener acogimiento por parte de los pacientes, es demostrando el interés por sus preocupaciones, escuchándoles y estableciendo una relación de empatía que permita un verdadero conocimiento psicosocial.

El proceso de adaptación abarca los aspectos influyentes en el mismo, el mecanismo por el que se elaboran los esfuerzos adaptativos y la manera en la que influye un evento determinado, en los individuos, de esta forma, el esclarecimiento de éste proceso, consolida el conocimiento holístico necesario para establecer el papel del profesional y la mejor forma de incidir positivamente en la adaptación. Resulta evidente entonces, que los indicados para ampliar el concepto de discapacidad son los mismos sujetos que la afrontan, y que la interacción

enfermero-sujeto de cuidado, debe ser reciproca, en la medida que el profesional eduque en las practicas de cuidado y el individuo dilucide su visión de la discapacidad. La presente investigación se encamina a la descripción profunda de éste proceso, de esta manera la cuestión a resolver es: ¿Como es el proceso de adaptación y el cuidado en las personas con paraplejia adquirida?

2. JUSTIFICACIÓN

Aunque actualmente la discapacidad se conceptualiza como una condición de salud y no como una enfermedad, las complicaciones crónicas a las que conlleva una discapacidad física como la paraplejia, además de constituir un problema de salud, siguen siendo frecuentes y capaces de afectar de múltiples maneras a quienes los padecen. Esta situación consolida evidencia de que pese al interés investigativo en ésta materia, aun hay aspectos en los que se debe incidir para obtener resultados tangibles en cuanto a la calidad de vida de los individuos afectados.

Más de 400 millones de personas, aproximadamente el 10% de la población mundial, viven con alguna forma de discapacidad en los países en desarrollo y como resultado de ello, muchas se ven excluidas del lugar que les corresponde dentro de sus propias comunidades.¹

Los resultados del Censo de Población y Vivienda 2005 adelantado por el Departamento Nacional de Estadística, DANE, revelan la situación de la discapacidad en Colombia. En éste se establece para el país una prevalencia de discapacidad del 6,4%. Esta situación contiene importantes diferencias regionales, es decir, mientras en el promedio nacional por cada 100 colombianos, el 6,4 % presentan limitaciones permanentes, el promedio es más alto en los departamentos de Cauca, Nariño, Boyacá, Huila, Quindío, Caquetá y Tolima, con especial consideración, el departamento del Cauca, donde 28 de cada 100 habitantes tienen limitaciones para caminar. En cuanto a la causa de la discapacidad adquirida, en primera instancia sobresalen la enfermedad (28%), los accidentes (18%) y la edad avanzada (16%), a excepción de la violencia familiar y terrorista (3%) y la negligencia médica (2%), otras causas no llegan al uno por ciento. Finalmente se indica un 17% de personas que nacieron con la limitación que padecen.

Las cifras conducen a considerar que la discapacidad física resulta prevenible en la medida en que se reduzca la violencia y la accidentalidad, sin embargo, su carácter multicausal hace que su erradicación total no sea posible. La prevalencia de la discapacidad en el Cauca indica la necesidad de reforzar las medidas preventivas de su aparición, y además, tomar medidas en un aspecto no tenido en

¹ http://www.discapacidadcolombia.com/estadisticasnal_estadisticascenso2005

cuenta, la prevención de las complicaciones y la promoción de la calidad de vida en éste grupo social que va en crecimiento.

Al considerar la inclusión social como meta principal del proceso de rehabilitación, resulta fundamental para los profesionales comprometidos en dicho proceso, tener en cuenta la visión del individuo que la afronta. En este sentido, es responsabilidad del profesional de enfermería, establecer un aporte eficaz al proceso de rehabilitación contribuyendo con el conocimiento en cuanto a las prácticas cotidianas necesarias para promover la adaptación y así facilitar el reintegro social que se persigue.

Popayán es una ciudad en desarrollo, sin embargo, el afán de progreso ha ocasionado el descuido a diferentes poblaciones de grupos vulnerables entre ellos, el de las personas con discapacidad. Las barreras arquitectónicas, la actitud ciudadana y en ocasiones la del personal de salud, constituyen un medio adverso para la adaptación a la paraplejía. Es así como la inclusión social se ha convertido en tarea de otros grupos, como la FAP que realiza un esfuerzo y un aporte en aspectos como la reintegración laboral, la demanda de servicios de salud y educación, la promulgación de las leyes y su consecuente aprovechamiento.

La adaptación es un proceso complejo que involucra la creatividad de los sujetos implicados, el aprovechamiento de los recursos disponibles, y la adquisición de conductas adecuadas que promuevan ese estado de armonía. Este concepto integral va de la mano con modelos que tengan en cuenta las diferencias individuales y que incorporen las características sicosociales de los individuos para que a partir del conocimiento de sus procesos de afrontamiento, se establezca la mejor manera de incidir en la adaptación a condiciones como la paraplejía.

Cabe resaltar que con el trabajo participativo que pretende un aporte bidireccional de los conocimientos científicos por parte del profesional y de la experiencia biosicosocial del grupo a estudio, se abre paso a una visión totalmente integral e integradora de los individuos dentro de su proceso de salud, lo que favorece el acogimiento de la presente investigación por parte de la comunidad implicada.

La importancia de la investigación, radica además, en la consideración de la interacción de los aspectos fisiológicos con los psicológicos y sociales y así responder al carácter holístico de los seres, sin fragmentarlos.

3. PROPÓSITO

Contribuir a que las personas con paraplejia mejoren su potencial de adaptación mediante la educación por medio de un material educativo, que oriente sobre las experiencias psico-afectivas experimentadas en dicho proceso y sobre las prácticas de cuidado que deben aprender para evitar complicaciones.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar el proceso de adaptación y cuidado que experimentaron las personas con paraplejía adquirida vinculadas a la Fundación de Apoyo Integral a la Población Vulnerable (FAP) basado en el modelo de adaptación de Callista Roy. Septiembre de 2008 a Diciembre 2009.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar la función del rol de la población estudiada.
2. Describir el proceso de adaptación a la paraplejía adquirida basado en el modelo de adaptación de Callista Roy.
3. Identificar prácticas de cuidado utilizadas por las personas con paraplejía adquirida en su proceso de adaptación.
4. Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con paraplejía adquirida durante el proceso de adaptación, mediante la Escala de Medición del Afrontamiento de Callista Roy (CAPS).
5. Determinar la relación entre las estrategias utilizadas y el nivel de adaptación actual, de la población estudiada.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

Los principios científicos del modelo de adaptación de Callista Roy, están basados en la teoría de la adaptación de psicólogo fisiólogo Harry Helson y en la teoría de los sistemas de Von Bertalanffy que considera a las personas como sistemas adaptativos, pretendiendo trascender del concepto del ser fragmentado como bio-psico-social, al concepto de seres holísticos inmersos en un ambiente fluctuante².

Para Roy, las personas son seres adaptativos holísticos, que interactúan con un ambiente cambiante, cuyos estímulos generan respuestas adaptativas o inefectivas que favorecen o estropean la integración de la persona con el mundo. Roy, plantea también que “los seres humanos con sus decisiones son responsables de la integración de procesos y comparten poder creativo”³ lo que implica que además de ser los receptores del cuidado enfermero desempeñan un papel activo en éstos y por tanto las decisiones de cuidado deben ser producto de la concertación entre el profesional de enfermería y el paciente.

Los componentes estructurales del presente modelo involucran tres fases por las cuales se procesa la información y se elaboran las respuestas, dichas fases son secuenciales y se encuentran íntimamente relacionadas, en su orden son: las entradas, los procesos centrales y las salidas.

Las entradas involucran los procesos de alerta, atención, sensación y percepción, mecanismos que permiten la interacción de la persona con el medio, abarcan los estímulos y el nivel de adaptación previo que están contenidos en el ambiente.

El ambiente, no solo se refiere al entorno, según Roy, “Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo”⁴, es todo lo interno y

² Grupo de estudio para el desarrollo del Modelo de Adaptación, Facultad de Enfermería, Universidad de la Sábana. Análisis de los Conceptos del Modelo de Adaptación de Callista Roy. Aquichan 2002; 2.

³Roy citada por Adaptación y cuidado en el ser humano. Una visión de enfermería

externo que se encuentra en estrecha relación con la persona; el ambiente, está directamente relacionado con los estímulos, que son todo aquello que produce respuestas en los individuos y son clasificados como:

- Estímulos focales: son las situaciones o circunstancias que la persona debe enfrentar de forma inmediata, están presentes en su conciencia y en estos, gasta su energía tratando de enfrentarlos.
- Estímulos contextuales: son todos aquellos que influyen en la forma de enfrentarse al estímulo focal, están presentes en la situación y aunque no representan el centro de gasto de energía, contribuyen a empeorar o mejorar la situación.
- Estímulos residuales: son factores del ambiente, cuyos efectos son inciertos en la situación actual. En el momento en que se conoce su efecto, se convierten en contextuales.

Roy identifica además los estímulos culturales, familiares, relacionados con la etapa del desarrollo, entre otros, que pueden ser focales, contextuales o residuales según la situación. Al interactuar con las personas, el profesional de enfermería se convierte en un estímulo, por lo que puede afectar positiva o negativamente su adaptación⁴. Los estímulos, además, poseen la capacidad de transformar a los individuos al desencadenar procesos que generarán aprendizaje y crecimiento formando herramientas que serán parte de la vida cotidiana de los seres desde el momento en que son adquiridos.

Los esfuerzos y estrategias que se activan para controlar los estímulos buscando la integridad humana y ambiental, conforman el afrontamiento, la adaptación abarca éste proceso y el resultado último del mismo.

El nivel de adaptación hace referencia al estado adaptativo de la persona, funciona como entrada o salida, según si se refiere a antes del afrontamiento a determinado estresor o a después del mismo, es decir, las personas al afrontar un nuevo estresor, cuentan con un nivel de adaptación previo correspondiente a otras situaciones que han afrontado con anterioridad, éste nivel de adaptación previo actúa como una entrada en la medida en que afecta la capacidad de responder a la situación actual y es una salida al corresponder al estado adaptativo alcanzado

⁴ Grupo de estudio para el desarrollo del Modelo de Adaptación, Facultad de Enfermería, Universidad de la Sábana. Análisis de los Conceptos del Modelo de Adaptación de Callista Roy. Aquichan 2002; 2.

tras afrontarla. El nivel de adaptación, se clasifica como integrado, compensatorio o comprometido, así:

- El nivel integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Representa el estado de equilibrio.
- El nivel compensatorio busca respuestas adaptativas activando los mecanismos regulador y cognitivo para restablecer la organización del sistema. En este caso el equilibrio se obtiene por las estrategias y esfuerzos adaptativos puestos en marcha.
- El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos reguladores y cognitivo son inadecuadas y por tanto resulta un problema de adaptación.

El nivel de adaptación no es estático, varía en el tiempo según la situación que se afronte, un proceso integrado puede cambiar a uno compensatorio indicando la activación de los procesos de afrontamiento en el intento de restablecer el equilibrio.

Los procesos centrales son los mecanismos intermedios que se encargan del procesamiento de los estímulos mediante la codificación, formación de conceptos, memoria y lenguaje, dichos procesos tienen lugar en los subsistemas regulador y cognitivo a partir de los cuales se generarán respuestas. El subsistema regulador, es el proceso de afrontamiento innato, se vale del sistema nervioso autónomo y del endocrino para responder automática e inconscientemente ante estresores del ambiente expresándose fundamentalmente en el modo fisiológico de la adaptación. El sistema cognitivo, es el mecanismo adquirido ligado a la conciencia, por el cual la persona interpreta la situación, otorga un significado y responde conscientemente para promover su adaptación. Este sistema, está compuesto por cuatro canales cognitivo-afectivos, en su orden, la percepción, la emoción, el aprendizaje y la creación de juicios. Gracias a estos procesos la persona interpreta la situación y otorga un significado a los estímulos ambientales y con base en ellos da una respuesta consciente para promover su adaptación.⁵

Las sensaciones y las percepciones configuran la transición entre el contacto con los estímulos y el procesamiento de los mismos, es decir entre la etapa de las entradas y los procesos centrales. Aunque las sensaciones dan inicio a la

⁵ Facultad de Enfermería, Universidad de la Sábana. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy". Aquichan, 2002; 7.

actividad cognitiva, por sí solas no forjan el conocimiento, es necesario que se hagan consientes para que se transformen en percepciones. La percepción se define como “un conjunto de sensaciones, completadas, corregidas e interpretadas por el sujeto con ayuda de sus experiencias, para generar conocimientos de hechos, objetos o fenómenos reales”⁶.

El aspecto emocional es un tema controversial, existen numerosas teorías sobre la naturaleza de las emociones, son vistas como respuestas o motivaciones, como experiencias subjetivas o comportamientos, concretamente y al igual que los sentimientos, pueden ser tomadas como estados afectivos pero a diferencia de éstos, se acompañan de cambios viscerales y glandulares. Las emociones, son desencadenadas por ciertos eventos, son incontrolables y parecen dirigir la conducta; ejemplos de emociones son el amor, la tristeza, el odio, la alegría y el miedo. Los sentimientos son experiencias agradables o desagradables sin ser placer o dolor físico, son menos intensos que las emociones y de mayor duración. Diversos autores coinciden en afirmar que tanto los sentimientos como las emociones, diferencian al ser humano de las maquinas y le dan significado a la existencia.

El individuo se apropia de los conocimientos, medita sobre los mismos y crea afirmaciones verdaderas o falsas que formarán su concepto del mundo, así se lleva a cavo la formación de juicios. El aprendizaje es un proceso complejo de adquisición de conductas que depende de la memoria. De la misma manera, con estos procesos se van configurando los comportamientos humanos dando lugar a las salidas.

Las salidas son entonces, los comportamientos, las respuestas del sistema humano, se reflejan en cuatro modos de adaptación y toman la forma de respuestas adaptativas, aquellas que promueven la integridad y el logro de metas, o inefectivas, que se contraponen. Estas respuestas actúan como la regeneración o entrada adicional al sistema, permitiendo que la gente decida aumentar o disminuir esfuerzos de hacer frente a los estímulos.⁷

Los modos de adaptación, son el fisiológico, el autoconcepto, la interdependencia y la función del rol, encerrados los tres últimos en el modo psicosocial. El modo fisiológico es la categoría del comportamiento que pertenece a los aspectos físicos del sistema humano, este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas

⁶I Leal, F Vidales, I Vidales. Psicología general. Limusa noriega editores. Méjico 2005.

⁷ Alarcón-Rosales María de los Ángeles. Modelo de adaptación: aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15 (3): 155-160 155.

de todas las células, tejidos finos, órganos, y sistemas que abarcan el cuerpo humano, lo componen cinco necesidades básicas y cuatro funciones del organismo, así: la necesidad de oxigenación y circulación, procesos por los cuales la fuente celular de oxígeno es mantenida en el cuerpo, comprende la ventilación, el intercambio gaseoso y el transporte de los mismos; la necesidad de nutrición que abarca procesos digestivos y metabólicos que conllevan a promover el crecimiento, fabricar energía y reemplazar los tejidos finos dañados; la necesidad de eliminación, que incluye la función de líquidos y electrolitos encargada de depurar productos de desecho del organismo abarcando la eliminación intestinal y urinaria; la necesidad de actividad y descanso, cuyos componentes básicos son la movilidad y el sueño, la actividad enciende procesos metabólicos que promueven el crecimiento y desarrollo normal, mientras el descanso, proporciona la posibilidad de restauración de los procesos vitales; la necesidad de protección dada por procesos inespecíficos o específicos de defensa como el sistema inmunológico, las barreras químicas y la piel; la función de líquidos, electrolitos y balance ácido-base, por la que se mantiene la homeostasis del organismo; la función neurológica que abarca tanto el desempeño fisiológico del sistema neurológico como los procesos de cognición y la conciencia con los que las personas perciben y asimilan el entorno, los subsistemas regulador y cognitivo se basan en los procesos de la función neurológica por lo que desempeña un papel predominante en la adaptación; la función endocrina responsable de procesos fisiológicos fundamentales en el desarrollo, reproducción y mantenimiento humanos y los sentidos, canales de entrada que le permiten al individuo interactuar con su medio.

En el modo psicosocial, el autoconcepto, entendido como la percepción que se tiene acerca de sí mismo, se compone del yo físico (percepción propia de la imagen corporal) y el yo personal que abarca la autoconsistencia (variabilidad del autoconcepto a través del tiempo), el yo ideal (expectativas de autorrealización) y el yo ético, moral y espiritual (creencias, valores, y principios propios de cada persona). El autoconcepto del individuo es vulnerable a la percepción que otros tienen de sí y ésta de manera positiva o negativa es capaz de afectarle.

La función del rol, se refiere a los diversos papeles que desempeñan las personas en la sociedad, Roy contempla tres tipos: el primario dado por el género (hombre o mujer); el secundario dado por el desempeño de acuerdo con la edad (madre, padre, abuela, hermano/a, hijo/a, empleado/a, amigo/a), y el terciario, rol temporal acorde a una situación determinada (amigo, paciente, representante de algún gremio o sociedad).⁸

⁸ Op. Cit Adaptación y cuidado una visión de enfermería. p 47.

El autoconcepto y el rol de cada individuo interactúan con las personas de su entorno ejerciendo y recibiendo influencias y creando relaciones de interdependencia que a su vez, pueden ser modificadas por los cambios del medio. La interdependencia es pues, el mecanismo de soporte afectivo de la persona, abarca la relación de las personas con sus allegados y sistemas de apoyo así como la capacidad de tener iniciativa y obtener satisfacción de los logros, de esta forma, las conductas del individuo pueden ser dependientes o independientes, refiriéndose éstas a la capacidad de resolución de problemas a partir de sus propias habilidades y del soporte externo que posea. El modo fisiológico y psicosocial que reflejan el estado adaptativo del individuo a los estresores que afronte, varían constantemente y de individuo a individuo.

Finalmente, todo el proceso por el que se persigue la adaptación, actúa en la persona transformando profundamente su ambiente interno y externo, todo éste recorrido resulta en un nivel de adaptación actual que igualmente se clasifica como integrado, compensado o comprometido y es el resultado de sopesar las conductas adaptativas e inefectivas y establecer su eficacia según el compromiso de los modos de fisiológico y psicosocial, de esta manera se determina el grado de adaptación de la persona frente al estresor presente.

Cada circunstancia es capaz de romper el equilibrio humano ambiental y el afrontamiento de la misma, puede perfeccionar al individuo y generar crecimiento en él. Roy, define la enfermería como “un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo”⁹, salud significa adaptación. Salud, es entonces, el proceso de ser y llegar a ser un todo integrado, de buscar y lograr el equilibrio no solo biológico sino integral y además de prevenir la pérdida del mismo. En estos términos, la meta de enfermería, es la promoción de la adaptación y en tanto que los individuos son el foco de sus actividades, su labor consiste en buscar la mejor forma de comportarse como un estímulo positivo que favorezca la adaptación, bien sea corrigiendo las conductas inefectivas u optimizando las efectivas. Hay que tener en cuenta, además, que el afrontamiento es diferente de persona a persona, por tanto, el conocimiento de las particularidades de cada caso permite individualizar el cuidado y obtener mejores resultados.

El proceso de atención de enfermería (PAE) consiste en una serie de pasos secuenciales que guían el actuar enfermero desde la identificación de problemas

⁹ Tendencias y modelos más utilizados en el cuidado de enfermería. Disponible en <http://www.enfermeria21.com/Generalitats/ficheros/verFichero.php?NzAwMTkyOTE%3D> [consultado septiembre 2008]

de salud potenciales o reales hasta su solución parcial o total, mediante la intervención del profesional. De acuerdo al Modelo de Adaptación de Roy, el proceso de enfermería consta de seis pasos: estimado de conductas, estimado de estímulos influyentes, diagnóstico de enfermería, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Las conductas son acciones internas o externas y reacciones a circunstancias específicas. Estas pueden ser observables o no observables¹⁰. Las acciones observables son los datos objetivos. Las acciones no observables son los datos subjetivos que se conocen mediante la verbalización del paciente. Las conductas inefectivas son circunstancias o respuestas que no contribuyen a la adaptación del ser humano como sistema adaptativo. Para su correcta identificación, se deben tener en cuenta normas sociales, pruebas diagnósticas, proceso fisiopatológico, información aportada por el individuo, el examen físico, seres significativos o familia y miembros del equipo de salud.

El estimado de estímulos consiste en la identificación de todas las circunstancias e influencias alrededor de las conductas inefectivas, para clasificar dichas situaciones, como estímulos focales, contextuales o residuales según corresponda.

El diagnóstico de enfermería, establecimiento de metas, intervención y evaluación siguen la misma metodología de otros modelos enfermeros. El diagnóstico de enfermería es una declaración del estado de salud del individuo, familia o grupo de la comunidad, basado en la valoración de enfermería que sirve de base para precisar una terapia a cargo del profesional de enfermería. Posterior a la identificación de los problemas reales o potenciales de salud, se pasa a establecer los resultados esperados o metas, con las que se traza el fin de las intervenciones, las intervenciones de enfermería, son acciones específicas fundamentadas científicamente y dirigidas a resolver los problemas encontrados; el paso final, consiste en la evaluación de resultados, en donde se identifica la eficacia de la terapia planteada comparando lo esperado con lo obtenido y haciendo posible la formulación de otros diagnósticos según los nuevos hallazgos encontrados.

5.1.1 Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación

De su modelo conceptual, Roy, desarrolló la teoría de mediano rango para explicar el subsistema cognitivo con el cual se identifican las estrategias de afrontamiento

¹⁰.Universidad de Puerto Rico en Humacao: Centro de Competencias de la Comunicación. Departamento de Enfermería. 2004-05Proceso de Enfermería: Estimado de Conductas y Estimado de Estímulos.

que utiliza el individuo ante el estrés. De acuerdo con la teoría, el procesamiento de la información y las respuestas observadas, en los comportamientos de los cuatro modos de adaptación, se expresan en estrategias de afrontamiento inferidas y en comportamientos cognitivos observables.¹¹

La escala de afrontamiento y proceso de adaptación aplicado (CAPS), fue diseñada por Callista Roy en el año 2004 con el propósito de identificar las estrategias utilizadas por las personas durante el proceso de adaptación. Actualmente existen tres investigaciones que han determinado la validez y la confiabilidad de la escala en sus versiones en inglés, tailandés y en español, realizada ésta última, por el grupo de investigación sobre el Modelo de Adaptación de Callista Roy de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana, donde se identifica dicha escala como de alta validez y confiabilidad y por tanto de utilidad en diversas culturas.¹²

Este instrumento, consta de 47 reactivos o ítems divididos en cinco factores de acuerdo con Roy. El patrón de respuesta es de cuatro puntos, 1=nunca, 2=casi nunca, 3=casi siempre y 4=siempre. El puntaje puede oscilar entre 47 a 188 puntos, un mayor puntaje significa un uso más consistente de estrategias de afrontamiento. (Ver anexo A).

Cada reactivo es una frase corta acerca de las respuestas personales ante eventos difíciles. 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 situación¹³, así:

- **Factor 1: recursivo y centrado (10 ítems):** Refleja los comportamientos de la persona en el uso de sus propios recursos siendo creativo en la expansión de las entradas buscando mejorar los resultados. Los ítems que mejor ejemplifican lo anteriormente explicado, son: “Obtengo la mayor información posible para aumentar mis opciones”, “Trato de recordar las estrategias ó las soluciones que me han servido en el pasado”, “Identifico como quiero que resulte la situación y luego miro como lo puedo lograr”.
- **Factor 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems):** Éste factor resalta las reacciones físicas, las respuestas al estresor, es decir, la fase de la salida durante las situaciones. Se refleja en ítems como: “Tiendo a reaccionar con

¹¹ Op. Cit Adaptación y cuidado una visión de enfermería. p, 53

¹² Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy” Facultad de Enfermería. Universidad de la Sábana; Aquichan, 2002;7.

¹³ Op. Cit Adaptación y cuidado una visión de enfermería

exageración al comienzo”, “Encuentro la situación demasiado compleja, con más elementos de los que puedo manejar”, “Soy menos eficaz bajo estrés”.

- **Factor 3: proceso de alerta (9 ítems):** Se centra en el autoconcepto, representa los comportamientos del yo personal y físico, abarcando las entradas, los procesos centrales y las salidas. Hace referencia a la percepción del afrontamiento que la persona tiene de su propio proceso, algunos de sus ítems, son: “Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos”, “Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de la gente cuando tengo que ir a lugares desconocidos”, “Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga”.
- **Factor 4: procesamiento sistemático (6 ítems):** Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente¹⁴. Sus ítems más significativos son: “Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones”, “Por alguna razón no parezco beneficiarme de mis experiencias pasadas”, “Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros”, “Miro la situación positivamente como una oportunidad ó desafío”.
- **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 imaginación¹⁴. Son ejemplos de estos reactivos: “Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar”, “Me doy cuenta que me estoy enfermando”, “Adopto rápidamente nuevas capacidades, cuando estas pueden resolver mi problema”.

Los 47 reactivos incluyen aspectos tanto positivos como negativos del proceso de afrontamiento; ítems negativos como “soy menos eficaz bajo estrés” o “me rindo fácilmente” son invertidos a la hora de analizar los resultados pues su mayor frecuencia de aparición indicaría al contrario, más dificultades en la adaptación.

En su escala, Callista Roy, no da una categorización donde se pueda ubicar el nivel de afrontamiento de un individuo, según el puntaje obtenido en la misma. En sus estudios, las personas con un puntaje cerca de 188 tienen una alta capacidad de afrontamiento y mayor consistencia en la utilización de las estrategias identificadas, las personas con un puntaje cercano a 47, tienen baja capacidad de afrontamiento, demostrando poca capacidad y consistencia en el uso de estrategias. En un estudio realizado por Gutiérrez, al observar la carencia de

¹⁴ Roy Callista, Sesión de trabajo teórico, durante la pasantía doctoral en Boston College enero 2007. Traducido por Yolanda M. González

puntos intermedios, para poder dar una interpretación más específica y clara de la escala, se propusieron modificar la categorización en una clasificación ordinal de cuatro niveles, esta categorización, se tuvo en cuenta en el presente estudio.

Gutiérrez categoriza manteniendo el método de escalonamiento de Likert de cuatro clases: baja capacidad, mediana capacidad, alta capacidad y muy alta capacidad, como lo muestra la tabla 1.

Tabla 1. Rangos para evaluar el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación.

GRADO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	PUNTAJE GLOBAL
BAJA CAPACIDAD	11 a 19	13 a 23	9 a 16	6 a 11	8 a 14	47 a 82
MEDIANA CAPACIDAD	20 a 28	24 a 33	17 a 23	12 a 15	15 a 20	83 a 118
ALTA CAPACIDAD	29 a 36	34 a 42	24 a 29	16 a 20	21 a 26	119 a 153
MUY ALTA CAPACIDAD	37 a 44	43 a 52	30 a 36	21 a 24	27 a 32	154 a 188

Fuente: Gutiérrez C, Veloza M, Moreno M, et al. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. Aquichán, Abr 2007; 7(1):54-63.

En la tabla 2 se describen los dominios de las estrategias de afrontamiento, y el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación según los rangos de la tabla anterior, esta tabla conceptualiza los grados, estilos y capacidad de afrontamiento. La conceptualización es realizada en el estudio de Gutiérrez: "Escala de Medición del proceso de afrontamiento y Adaptación de Callista Roy: Una Propuesta metodológica para su interpretación" partiendo de los referentes teóricos de Folkman y Lazarus; Dunkel-Schetter, DeLongis et al., Avía y Vazquez; Krzemien, González A y et al., y Krzemien.

Se parte de que los estilos se fundan en la estructura de la personalidad y es la tendencia de los sujetos a usar un tipo de afrontamiento, mientras que las estrategias son acciones concretas que el individuo lleva a cabo dentro de su estilo.

En la conceptualización, los estilos de afrontamiento pueden ser activos o pasivos y/o evitativo. El estilo activo, hace referencia a esfuerzos para manejar directamente el problema, este estilo, se considera exitoso al tener un efecto positivo en la adaptación. El estilo pasivo y/o evitativo asume conductas de evasión y negación, considerándoseles como poco exitosas, se encuentra la pretensión de negar la situación o ignorar la realidad del evento crítico y el desentenderse de la realidad vivida a través de la religión o la fantasía, y por último, la culpabilización de uno mismo. Carver describe las modalidades de afrontamiento, incluyendo los tres dominios de las estrategias y los dos estilos de

afrentamiento. Lazarus y Folkman concuerdan en determinar tres dominios de las estrategias de afrontamiento, según estén dirigidas a: la valoración (afrontamiento cognitivo): intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable, pueden ser de dos tipos aquellas que buscan minimizar las consecuencias y el impacto de la situación, negando su gravedad ó ignorándola y aquellas que por el contrario se enfocan en la situación y se ocupan de ella; el problema (afrontamiento conductual o comportamental): conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias; la emoción (afrontamiento emocional o afectiva): regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo.

Tabla 2. Conceptualización de los grados de capacidad, estilos y dominios de las estrategias de afrontamiento.

GRADOS DE CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO O ADAPTACIÓN	ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	DOMINIOS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO		
	ACTIVO / PASIVO y/o EVITATIVO	COGNITIVO	CONDUCTUAL O COMPORTAMENTAL	EMOCIONAL
Baja capacidad	Estilo pasivo y/o evitativo	-No encuentra significado al suceso -Pensamientos pesimistas -Negación de la gravedad del problema -Minimiza consecuencias -Incluye actividades que desligan el pensamiento del problema (fantasías)	-Conductas de negación y distanciamiento -No confronta la realidad -No maneja las consecuencias -Incluye actividades como la religión, pasear, leer, usar sustancias, entre otras. Por ejemplo "se resigna ante la situación"	-No mantiene equilibrio afectivo -Sentimientos negativos -Se culpabiliza y se autocritica. Por ejemplo "se resigna ante la situación"
Mediana Capacidad	Estilo pasivo o activo con estrategias muy limitadas	-Intenta encontrar significado al suceso -Usa la aceptación como estrategia flexible y trata de solucionar la situación cuando la percibe controlable. Por ejemplo "mantengo la esperanza"	-Intenta confrontar la realidad y manejar las consecuencias -Puede o no buscar apoyo y utilizar estrategias de autodistracción. Por ejemplo "disimula el estado de animo"	-Intenta regular los aspectos emocionales y mantener el equilibrio afectivo. Por ejemplo "Piensa que es transitoria la situación".
Alta capacidad	Estilo activo, con estrategias centradas en el problema	Busca el significado al suceso, mantiene pensamientos positivos y lo soluciona directamente. Por ejemplo mantiene "pensamientos de superación"	Las conductas van dirigidas a confrontar la realidad y a manejar el estímulo estresor en forma directa. Por ejemplo "busca ayuda"	Refleja esfuerzos para regular los aspectos emocionales y busca mantener el equilibrio afectivo. Por ejemplo "hace bromas"
Muy alta capacidad	Estilo muy activo, con estrategias resolutivas	-Encuentra significado al suceso y lo valora de manera optimista -Anticipa planes de acción -Se ocupa del problema Por ejemplo "busca información"	-Conductas dirigidas a confrontar la realidad -Acepta la responsabilidad -Controla el estímulo estresor en forma directa. Por ejemplo mantiene red social	Regula y controla los aspectos emocionales y mantiene el equilibrio afectivo. Por ejemplo "habla de ello"

Fuente: Gutiérrez C, Veloz M, Moreno M, et al. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. Aquichán, Abr 2007; 7(1):54-63.

5.2 ADULTEZ Y ADAPTACIÓN

La etapa del ciclo vital constituye uno de los estímulos principales en el proceso de adaptación dado el establecimiento de ciertas conductas y prioridades según las experiencias y la madurez adquirida, de esta forma, el proceso de adaptación a una enfermedad va a variar en función de la etapa del ciclo vital, afectando de manera diferente a un adulto o a un niño quienes responden con los recursos que posean para promover su adaptación, reflejando en su estado de salud, en la pérdida o adquisición de roles, y en la modificación o fortalecimiento de su autoconcepto e interdependencia, su nivel de adaptación. Fisiológicamente durante la infancia se tiene un mayor poder adaptativo, la formación celular y por ende la reparación tisular, responden más eficazmente durante esta etapa, sin embargo, algunos autores, refieren que el autoconcepto, se establece en la adultez, por lo que un niño es incapaz de precisar con certeza como se afecta su vida presente y futura a partir de una condición como la discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud OMS, considera como población juvenil las personas entre 10 y 24 años. La adultez es la etapa comprendida en un rango de 18 a 60 años de edad, se considera adulto joven a la persona con edad entre 18 y 40 años y adulto intermedio a la persona entre 40 y 60 años. Sin embargo, ésta delimitación no es fija y obedece a particularidades propias de cada individuo.

La adultez, es considerada como la etapa más larga del ciclo vital y potencialmente la más productiva, se caracteriza por la adquisición de roles sociales derivados del reconocimiento oficial como adulto y como ciudadano activo con nuevos derechos y responsabilidades, la búsqueda de la independencia, incorporación a la vida laboral y conformación de familia, entre otros.

El adulto joven, ha completado ya su desarrollo biológico y emprende un camino hacia la maduración. El cuerpo alcanza la madurez entre los 25 y los 30 años, periodo considerado como el punto máximo de vitalidad y salud física¹⁵. Aunque en la adolescencia se construyen las bases del yo personal y se configura una identidad más estable, es en la adultez donde se configura una verdadera identidad. Según Erickson (1980)¹⁶, el adulto joven, en edad ente 20 a 30 años, atraviesa la etapa del desarrollo psicosocial “intimidad en comparación con el aislamiento” en donde debe desarrollar la capacidad de compartir con otros sin temor a perder su propia identidad, la opción alterna es el aislamiento.

¹⁵ Hansen B, Núñez JL. Desarrollo en la edad adulta. Editorial Manual Moderno; 2003.

¹⁶ Erikson E. el ciclo vital según Erickson. Editorial Manual Moderno; 1997

El abandono del hogar, en un sentido psicológico más que físico, es considerado como una de las tareas más importantes en la transición a la adultez, implica la formación de un sentido de autonomía, el desarrollo de una identidad adulta y un mayor uso de la capacidad decisoria. El abandono del hogar puede ocurrir por etapas o al contrario abruptamente, algunos jóvenes nunca lo realizan lo que obedece a particularidades propias de la personalidad, la cultura, la situación económica, entre otras.

El establecimiento de pareja conlleva para el adulto una serie de cambios, a partir de este hecho se generarán nuevas relaciones de interdependencia que influirán en su estado psicológico y fisiológico. La incorporación laboral, generalmente se configura en una preocupación constante del adulto dadas las responsabilidades adquiridas con los nuevos roles asumidos. El desarrollo ocupacional se suele atribuir a la adolescencia y a la edad adulta, sin embargo, es más conveniente considerarle como de un desarrollo de por vida, dado que muchas variables interactúan y la mayoría de personas cambian de oficio al menos una vez durante su vida¹⁷.

El adulto temprano, adquiere nuevas habilidades, mejora las ya adquiridas y evalúa su actuar, todo con el fin de satisfacer las demandas de su entorno, es así como la adultez temprana es considerada como un periodo de logros, se caracteriza además, por la conformación de grupos sociales de los que, además de obtener conocimientos, habilidades y destrezas, se configuran conductas potencialmente dañinas para la salud.

Diferentes estresores pueden afectar los modos fisiológicos de la adaptación, en la adultez temprana se está altamente expuesto a la adquisición de hábitos nocivos para la salud como el alcoholismo y el tabaquismo que afectan diferentes funciones corporales alterando el equilibrio del sistema humano. Así mismo, el fracaso en el cumplimiento de los roles establecidos socialmente, la vulnerabilidad del autoconcepto y la interdependencia, afectan el equilibrio psicosocial del individuo.

El adulto intermedio, vive la etapa, “generatividad en comparación con estancamiento”¹⁸ en donde el interés por las generaciones futuras y su legado a las mismas, configuran una conciencia creciente de la mortalidad a la mitad de la vida, quienes fracasan en esta tarea, permanecen enfocados en sus propias tareas y deseos.

¹⁷ Op. cit Hansen B, Núñez JL. Desarrollo en la edad adulta

¹⁸ Op. Cit Erikson E. el ciclo vital según Erickson.

En ésta etapa intermedia, la persona alcanza mayor cercanía con sus padres debido a que la brecha generacional no es tan notoria, a su vez experimenta un deterioro físico y vive la incertidumbre por el futuro y la vejez. Ocurre un cambio de roles en el que además de cuidar a sus hijos, se vuelve cuidadores de sus propios padres. Son frecuentes, además situaciones como el divorcio, noviazgo embarazo adolescente y matrimonio de sus hijos, muerte de seres queridos, presión económica de autosostenimiento o de sostenimiento familiar, entre otras¹⁹.

La salud del adulto joven, en general es buena, las afecciones crónicas son poco comunes al igual que las consultas médicas y las hospitalizaciones, la mayor morbimortalidad es dada por los accidentes, las infecciones agudas y el VIH-SIDA. El adulto intermedio empieza un camino hacia el envejecimiento, siendo más afectado por enfermedades crónicas tipo hipertensión arterial, diabetes, problemas cardiacos, respiratorios y musculoesqueléticos; en esta etapa, son más comunes las visitas médicas y las hospitalizaciones.

El adulto cuenta con la madurez física, psicológica y social adquirida para enfrentarse a los estresores que se le presenten. Todos los cambios que experimenta el adulto, constituyen estímulos que conllevan modificaciones en el nivel de adaptación y que sientan las bases para afrontar una nueva etapa de la vida, la adultez tardía, cuya vivencia depende en gran medida de la satisfacción y los logros obtenidos en las etapas ya recorridas.

5.3. DISCAPACIDAD Y MODELOS DE ADAPTACIÓN

Antes de 1980, era común el uso indiscriminado de los términos deficiencia y minusvalía para referirse a discapacidad, es entonces cuando la OMS publica la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), en donde define la discapacidad como "**toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano**", la deficiencia como "toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica" y la minusvalía "situación desventajosa que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en función de la edad, sexo, condición cultural del sujeto, etc"²⁰.

¹⁹ Op. Cit Adaptación y cuidado una visión de enfermería. p, 226.

²⁰ Ministerio de salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Colección rehabilitación. 1995. p.58.

Con estos conceptos, se empieza a conceptualizar la discapacidad desde el sujeto proyectándolo hacia la sociedad y aunque representa un avance en la forma en cómo se entendía la discapacidad, se hace evidente que el concepto se quedaba corto y representaba un conflicto para el discapacitado, se le estaba equiparando con estereotipos sociales, cuyas metas estaban enmarcadas “dentro del margen que se considera normal para un ser humano

Los avances de investigación en los ochentas y principios de los noventas generaron la necesidad de una revisión a fondo de la CIDDM para elaborar una terminología más completa. En el año 2001 se aprobó la CIF, o “**Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud**”. En ésta, el término discapacidad se transforma en un concepto genérico que además de abarcar deficiencia, discapacidad y minusvalía, incluye las dimensiones corporal, individual y social de los sujetos en el marco referencial de los factores contextuales. La minusvalía, pasa a indicar la restricción en la participación y accesibilidad física, tecnológica y sociocultural, reconociendo con esto, el carácter multidimensional al que la discapacidad corresponde. Otro de sus aportes es el considerar la discapacidad como una condición de salud y no como una enfermedad, ampliando entre otras cosas, la perspectiva de manejo de ésta entidad.

Paralelo a la conceptualización de lo referente a discapacidad, se han venido implementado modelos de asistencia a la misma que igualmente han evolucionado en conceptos más complejos; el modelo biológico plantea la discapacidad como un “comportamiento anormal del individuo, el síntoma o la manifestación externa de una alteración de su organismo”²¹, al discapacitado se le ve como un enfermo permanente y por tanto la atención en salud se considera una cuestión primordial implicando la dependencia total de los individuos a la asistencia profesional; el modelo biosicosocial considera que la discapacidad está determinada tanto por la deficiencia del sujeto como por las características de la comunidad en que éste se encuentra, y aunque se tienen en cuenta las diferentes dimensiones que atañen a la discapacidad, la fragmentación del individuo en aspectos psicológicos, biológicos y sociales, así como la disgregación de estos aspectos con elementos ambientales han sido producto de discusión. Por su parte, el modelo de rehabilitación basado en comunidad, incorpora a la familia, la comunidad, la sociedad y la cultura en general, en el proceso que se extiende desde la prevención de la discapacidad hasta la inclusión social de quienes la presentan. Por último, el modelo ecológico, ofrece una perspectiva holística para

²¹ Cuervo C, Escobar M, Trujillo. Más allá de una visión clínica de discapacidad. Revista Ocupación Humana 2000; 8 (4):12-16. Citado por la nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación

abordar la discapacidad, éste se fundamenta en que “las experiencias de los seres humanos son únicas e individuales, y se relacionan básicamente con la percepción que tienen del ambiente, con el conocimiento aprendido en vivencia anteriores, con sus sentimientos, costumbres y tradiciones”²². De esta forma la idea de discapacidad que se propone trasciende lo biológico y pasa a denotar su carácter holístico y dinámico además de ampliar el campo de la rehabilitación abarcando ésta, desde la asistencia clínica hasta su continuación imperecedera en la comunidad.

Una de las discapacidades que afectan profundamente la vida de una persona y de su entorno y también una de las discapacidades físicas más estudiadas, es la causada por la lesión medular, el grado de compromiso físico es variable, pero indistintamente afecta de algún modo a los individuos que la presentan.

La discapacidad física adquirida, es decir, que involucre la pérdida de funciones que ya se poseían, en este caso, funciones motoras, genera en el individuo una reestructuración total ante la situación de cambio que enfrenta. Las secuelas originadas afectan a la persona de forma global, haciéndose evidente la necesidad de modelos funcionales en todos los ámbitos del individuo y más aun que trasciendan al contexto en el que éste se desarrolla.

Brucker (1983) citado por Rueda R y León Aguado, define la lesión medular como “una conmoción, compresión, laceración o sección de la médula que produce una pérdida de la función neurológica por debajo de la lesión. El daño puede implicar la ausencia del control voluntario de los músculos esqueléticos, la pérdida de sensación y la pérdida de función autonómica. El alcance de tales pérdidas depende del nivel de la lesión y de la cantidad de daño neural residual”²³

Dicha definición, permite ver que la lesión medular al alterar la movilidad voluntaria, el control de esfínteres, la sensibilidad, la respuesta sexual y el funcionamiento del sistema autonómico, influye en aspectos tanto físicos como psicológicos y sociales, representando la pérdida de habilidades, roles y logros alcanzados con anterioridad y generando cambios en el estilo de vida, en la dinámica familiar y social exigiendo a la persona grandes esfuerzos de afrontamiento y de adaptación a la nueva realidad.

²² Op cit La Nueva Cultura De La Discapacidad Y Los Modelos De Rehabilitación, p,3.

²³ Rueda R .León Aguado.Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 1.ª edición: 2003.

5.3.1 Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la paraplejia.

La tipología de la lesión medular se suele establecer según el nivel vertebral de la lesión y su extensión, sea ésta completa o incompleta. Así, cuando es completa, se habla de *paraplejia* si la lesión se produce a nivel dorsal, lumbar o sacro y afecta las extremidades inferiores, no obstante lesiones desde C₈ y hasta L₄ pueden ocasionar paraplejia con diferentes grados de compromiso físico.

Según su etiología, las paraplejías pueden ser de origen médico (por causas congénitas o enfermedades médicas) o traumáticas (por fracturas, luxaciones o contusiones vertebrales); lesiones desde C₈ hasta D₅ tienen en común la pérdida de la función de desplazamiento y la consecuente necesidad de silla de ruedas; para lesiones más bajas, se producen restricciones en el movimiento que permiten el desplazamiento con otros sistemas de ayuda diferentes a la silla de ruedas, sin embargo puede persistir cierto grado de dificultad.

En cuanto a la expectativa de vida, es evidente que gracias a la sistematización del tratamiento de los lesionados medulares en unidades especializadas, y a los avances tecnológicos y científicos, se ha conseguido alargar de un modo considerable, por tanto el lesionado medular debe estar preparado para convivir con su lesión durante muchos años²⁴.

Cuando la lesión está clínicamente estabilizada, los aspectos psicológicos y sociales aparecen con más fuerza. En uno de sus reportajes, Pérez Lucas²⁵ afirma “Uno de los momentos más duros del proceso sucede cuando un paciente, tras la fase de encamamiento en la que se percibe a sí mismo como un enfermo, se sienta por primera vez en la silla de ruedas e inicia la etapa conocida como de sedestación. Este es un momento especialmente duro en el que la persona hace un repaso de su vida, toma conciencia de la lesión y se siente discapacitado. ¿Por qué a mí? es la gran pregunta del paciente que llega a considerar su lesión como un castigo”.

Garantizada la supervivencia, se da inicio al proceso de rehabilitación cuya meta consiste en conseguir el mayor potencial de independencia y funcionamiento en

²⁴ MANUEL GINER PASCUAL, MARÍA DELGADO CALVO, INMACULADA MIGUEL LEÓN, J. VICENTE FORNER VALERO, RAFAEL MIRÓ VILA. Guía de Autocuidados Lesión Medular. Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2001. 1ª edición

²⁵ Miguel Ángel Pérez Lucas. Infomedula. abril de 2008 nº8 p,23.

las actividades cotidianas procurando la adaptación propia y de la familia y tendiendo a maximizar la calidad de vida de la persona. La especialidad de enfermería de rehabilitación requiere ampliar los conocimientos sobre los tipos de traumatismo y enfermedades relacionadas, técnicas de rehabilitación, educación del paciente y de las familias y colaboración interprofesional. El lugar de actuación va desde las unidades de cuidados intensivos a los centros de rehabilitación o servicios domiciliarios.²⁶

Desde la psicología, la disciplina encargada del estudio de los aspectos psicológicos de las personas con discapacidad es la psicología de la rehabilitación. Aguado(1995) citado por Rueda R y León Aguado, afirma que aunque los principios de la psicología de la rehabilitación están en estrecha conexión con los planteamientos *comunitarios* y *biosicosociales* imperantes en las ciencias de la salud, su enfoque teórico, se ha centrado en temas como la depresión y las etapas de adaptación, apartándose de la metodología científica y llegando a la circularidad en sus argumentaciones, lo que la ha colocado en un callejón sin salida y ha contribuido a su estancamiento teórico con predominio de modelos explicativos inadecuados²⁷.

Dos enfoques principales en el estudio de la adaptación a la Lesión Medular lo constituyen el modelo de las **etapas** y el modelo de las **diferencias individuales**. El modelo de las etapas postula una serie de fases progresivas, predecibles, que ocurren en una secuencia determinada hasta alcanzar la adaptación, lo que implicaría una personalidad característica en el lesionado medular en la medida en que plantea una manera estándar de respuesta al estresor. Además, éstas “fases del ajuste” varían de autor a autor, careciendo de consistencia en sus afirmaciones.

Una opción adecuada, la consolida el **modelo de las diferencias individuales**, que considera el proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida, cómo único para cada individuo, ya que responde a factores múltiples presentes en el entorno rehabilitador.

²⁶ Op. Cit Mosby. P, 122.

²⁷ Rueda R .León Aguado. Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular © Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 1.ª edición: 2003. . 36

Shontz ²⁸ (1975, 1977, 1978, 1980), citado por Rueda R y León Aguado, es quien establece las bases teóricas del modelo de las diferencias individuales, al defender las siguientes afirmaciones:

- No existe una manera estandarizada de adaptación a la discapacidad física adquirida.
- La adaptación a la aparición de una discapacidad física no conlleva necesariamente problemas psicológicos.
- La reacción a la discapacidad no se relaciona de manera simplista con las características físicas de la discapacidad.
- La adaptación a la discapacidad tiene una causalidad múltiple.
- Los factores ambientales tienen gran importancia en el proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida.

En este sentido, éstos autores citan también a Elliott y Frank (1996) quienes “sugieren la conveniencia de que las teorías actuales sobre la adaptación a la Lesión Medular adopten una perspectiva biopsicosocial que tenga en cuenta los efectos interactivos entre los parámetros de la discapacidad, los estresores psicosociales y los factores del binomio persona-ambiente. Vemos así cómo las teorías del estrés van de la mano con el modelo de las diferencias individuales, al incorporar los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y del entorno”.

Es así como el Modelo de Adaptación de Callista Roy, desde todas las perspectivas, resulta totalmente acorde con las demandas de un estudio de estas dimensiones. A través de éste se tienen en cuenta las causas, el medio interno, el contexto social, cultural, las relaciones interpersonales, las respuestas fisiológicas y psicológicas de las personas con discapacidad, integrando las afirmaciones del modelo de las diferencias individuales y el modelo ecológico y las teorías del estrés; la incorporación del proceso biológico, como causante y mediador de las respuestas adaptativas, la gran importancia que se le da al proceso cognitivo, constituyen un aporte fundamental en el conocimiento integral de los individuos.

Finalmente, cabe señalar que al considerar todos los aspectos que ejercen influencia en la adaptación a la paraplejía adquirida, la política nacional de discapacidad, resulta fundamental al establecerse como un estímulo y al consolidar una herramienta en la facilitación de la adaptación a dicha condición.

²⁸ Op.cit Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular.

5.4 POLITICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD

La política nacional define la discapacidad como el conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales, económicas y sociales, que pueden afectar el desempeño de una actividad individual, familiar o social en algún momento del ciclo vital. Es decir, la discapacidad tiene una dimensión superior a la de un problema de salud individual y por tanto afecta al individuo en relación con su familia y en su integración social. La discapacidad no necesariamente es una desventaja; es la situación que la rodea y la falta de oportunidades para superar el problema lo que genera tal condición. Y define la política de discapacidad como la construcción participativa entre el Estado y la sociedad civil para definir orientaciones que permitan avanzar hacia el desarrollo de la autonomía y potencialidades de las personas con discapacidad, y asegurar su efectiva integración y participación en los bienes y servicios sociales.²⁹

Para lo anterior el estado creo el plan nacional de intervención en discapacidad el cual constituye un instrumento de gestión de carácter estratégico para los organismos gubernamentales del nivel nacional. Con su desarrollo se contribuye a la implementación de la Política Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad contenida en el documento CONPES 80 de 2004. Este documento plantea diferentes estrategias de promoción y prevención, de mitigación y superación que apoyan en el caso de este trabajo el proceso de adaptación del individuo, estas estrategias son las dirigidas a disminuir o superar el impacto generado por la materialización del riesgo sobre la persona, la familia o la comunidad³⁰.

Mitigación

Se refiere a las estrategias utilizadas para reducir el impacto o repercusión del evento en caso de que se materialice el riesgo. El fortalecimiento del sistema de seguridad social integral (aseguramiento en salud, pensiones y riesgos profesionales), así como la incorporación de instrumentos que protejan frente situaciones coyunturales (protección del ingreso y del capital humano acumulado,

²⁹ Documento CONPES social 80, política pública nacional de discapacidad, Bogotá D.C., 26 de julio de 2004. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad>, [consultado septiembre 2008]<http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad>

³⁰Op cit. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad>

mecanismos sociales de protección y ayuda mutua, subsidios temporales focalizados).

Las líneas de acción para la mitigación de riesgos incluyen:

- Continuar la ampliación de la cobertura de la seguridad social en pensiones y en salud (a través de los regímenes contributivo y subsidiado) para la población general.
- Incentivar la incorporación de la población trabajadora informal e independiente al Sistema de Riesgos Profesionales.
- Desarrollar instrumentos de control de la evasión de aportes y de la afiliación a la seguridad social, que involucren la objetivación del riesgo por la sociedad y las ventajas de los mecanismos y alternativas de aseguramiento.
- Diseñar, desarrollar y promover instrumentos informales deseables, de mercado y desde el Estado, cuando sea necesario, que ofrezcan protección a las familias frente a riesgos asociados a discapacidad como consecuencia de situaciones de crisis.

Superación

Estas estrategias son dirigidas a superar los efectos generados por la materialización del riesgo sobre la persona, la familia o la comunidad, procuran la equiparación de oportunidades y la modificación del imaginario social e individual sobre la discapacidad, que posibiliten la adecuada integración social y económica de los afectados.

Las líneas de acción para la superación incluyen:

- Fomentar los procesos de participación y organización comunitaria para la transformación del imaginario social cultural en torno a la discapacidad. Para el efecto, es necesario promover y potenciar el papel de las organizaciones que trabajan en la prevención de riesgos y en la atención y equiparación de oportunidades para las personas en situación de discapacidad.
- Identificar las barreras de acceso y las prácticas institucionales de discriminación con el fin de establecer mecanismos que propicien su eliminación. En el mismo sentido, se divulgarán las recomendaciones de la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Los planes y programas institucionales de las entidades públicas de todos los niveles territoriales tendrán en cuenta los preceptos contenidos en esta Convención (ley 762 de 2002).

- Promover y dar reconocimiento público a las organizaciones sociales y entidades que adopten e implementen prácticas institucionales que contribuyan a eliminar la discriminación y promuevan el acceso de las personas con discapacidad a los bienes y servicios que ofrecen.
- Establecer condiciones para que las personas con condición de discapacidad tengan acceso, permanencia y promoción en el servicio educativo.
- Fomentar la participación productiva mediante el establecimiento y aplicación de mecanismos e instrumentos que incentiven la actualización y capacitación de la fuerza laboral de las personas con discapacidad y otros miembros de su hogar, trascendiendo al ámbito profesional.
- Promover la aplicación de la normatividad existente para la eliminación de barreras de acceso físico y funcional a espacios públicos, sitios turísticos, con particular énfasis en los terminales y transporte público, establecimientos educativos y de salud, entidades públicas prestadoras de servicios, escenarios deportivos, parques y zonas recreativas y culturales y proyectos y programas de vivienda de interés social.
- Promover el desarrollo, adaptación e implementación de tecnologías y medios que posibiliten a las personas con discapacidad el acceso a la información y la comunicación.
- Diseñar e implementar estrategias de intervención que permitan monitorear la habilitación, acreditación y gestión de los prestadores de servicios de rehabilitación, en el marco de los nuevos estándares de calidad definidos por el Ministerio de la Protección Social.
- Mejorar la oportunidad en el acceso y la calidad en los servicios de habilitación y rehabilitación para las personas con discapacidad y sus familias, soportados en enfoques de base comunitaria. Las acciones se dirigen a fortalecer la capacidad de los servicios y de las comunidades y articularlos para intervenir efectiva y oportunamente en la situación de discapacidad. Para tal fin, se promoverá la organización y fortalecimiento de redes de servicios integrales, incorporando normas técnicas para la atención, estrategias y metodologías de participación comunitaria, y el desarrollo de instrumentos que posibiliten el acceso a ayudas técnicas que contribuyan a mejorar la capacidad de desempeño autónomo de las personas con discapacidad y su productividad.

6. METODOLOGIA

6.1. TIPO DE DISEÑO:

Cualitativo con triangulación de la información, apoyado en técnicas etnográficas y una escala de adaptación que permitieron describir y analizar el proceso de adaptación que atraviesa una persona parapléjica y el cuidado que practica.

6.2 UNIVERSO

Personas discapacitadas pertenecientes a la Fundación de apoyo integral a la población vulnerable (FAP).

6.3. MUESTRA

Personas pertenecientes a la FAP que presentan discapacidad física adquirida por una lesión medular.

Para llegar a la población objeto del estudio, se aplicó una encuesta a un total de 22 personas con paraplejia que en el momento eran participantes activos de la fundación FAP. A través de la encuesta, se detectaron 15 personas con paraplejia adquirida quienes aceptaron voluntariamente su participación en el estudio.

6.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personas con un rango de edad entre 18 y 60 años.
- Personas con paraplejia adquirida en un periodo menor a 15 años.
- Personas sin déficit cognitivo.
- Personas que acepten participar en el estudio.
- Personas que vivan en la ciudad de Popayán.

6.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones éticas del proyecto se basaron en los principios éticos de autonomía, beneficencia y justicia , la propuesta se presentó a las personas con discapacidad y al representante legal de la fundación de apoyo integral a la población vulnerable, las personas en condición de discapacidad firmaron un consentimiento informado autorizando la realización de la entrevista en profundidad y su grabación, la aplicación de la escala de afrontamiento y proceso de adaptación aplicado (CAPS), para la recolección de la información y su participación en el estudio. (Ver anexo B).

6.6. TÉCNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

La información cualitativa se obtuvo a través de las entrevistas en profundidad (Anexo C) donde se buscó información acerca de las experiencias, los sentimientos y pensamientos del entrevistado, con relación a la adaptación y los cuidados en la paraplejía. En esta técnica se dieron conocer los objetivos de la entrevista, y se aseguró la confidencialidad con que se manejarían los mismos. Se utilizó además la observación participante y el diario de campo. Después de recoger los datos de las personas en situación de discapacidad, se identificaron prácticas de cuidado como conductas adaptativas de la persona con paraplejía.

Desde la perspectiva cuantitativa se recurrió a una entrevista estructurada y la escala de afrontamiento y proceso de adaptación aplicado (CAPS).

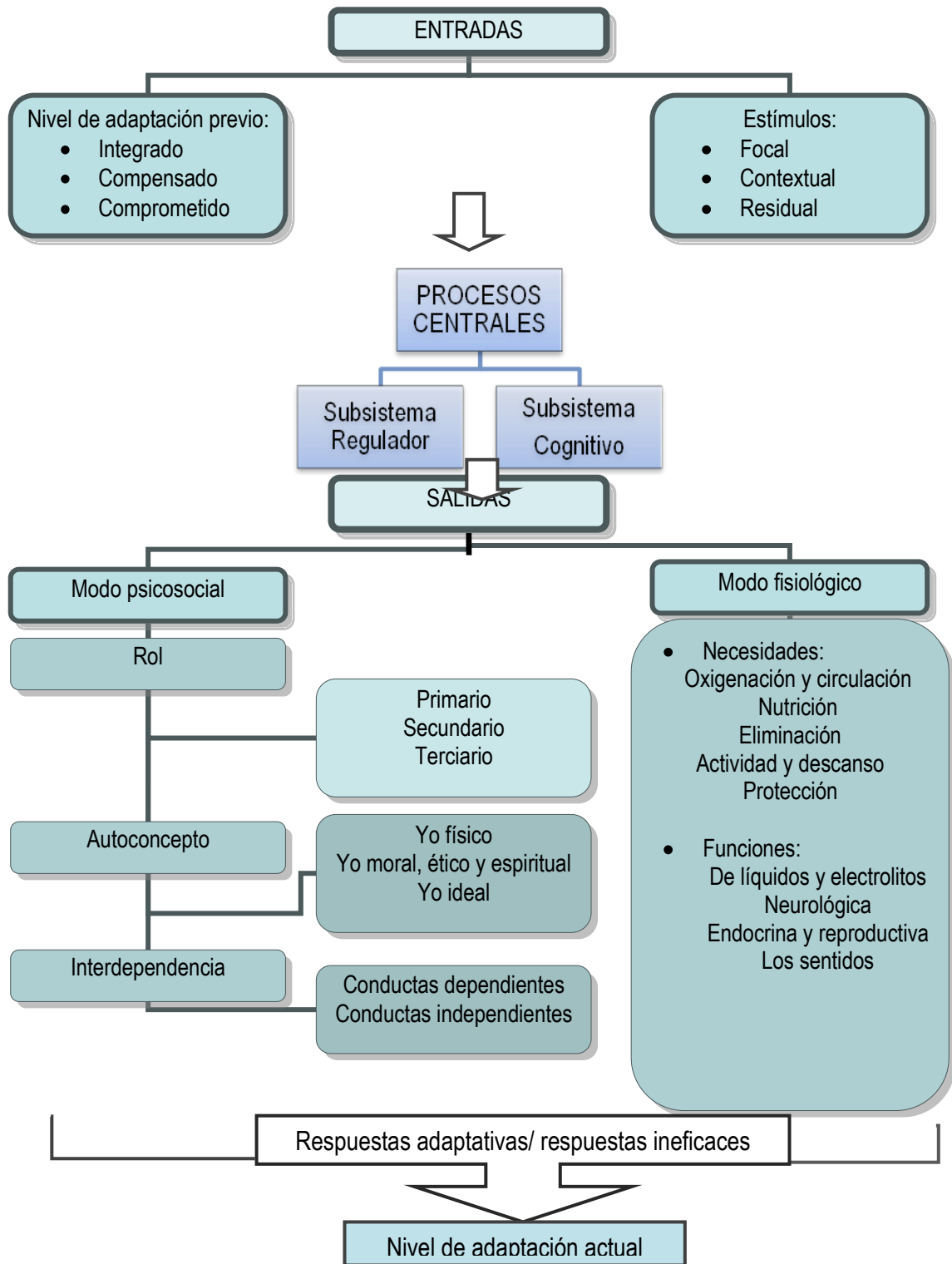
6.7. VARIABLES Y CATEGORIAS

6.7.1 Variable de estudio: Adaptación y cuidado en personas parapléjicas vinculadas a la fundación de apoyo integral a la población vulnerable (FAP).

6.7.2. Categorías deductivas según el Modelo de Adaptación de Callista Roy

Las categorías correspondieron al Modelo de Adaptación de Callista Roy, se exponen en la figura 1.

Fig.1 Representación esquemática de las categorías deductivas a partir del Modelo de Adaptación de Roy



7. RESULTADOS

Los resultados se presentan comparando los modos de adaptación durante las entradas, que hacen referencia al nivel adaptativo y al ambiente de los sujetos, antes de enfrentarse al estresor y las salidas, que describen el estado actual del proceso adaptativo, con el fin de resaltar la forma en que el evento parapleja, afecta todas las dimensiones de la persona. Los procesos centrales, que corresponden a la etapa intermedia entre las entradas y las salidas, se exponen posteriormente para lograr mayor claridad.

Por último, se exponen los resultados de la aplicación de las CAPS, que indican las estrategias de afrontamiento utilizadas corroborando si fueron o no efectivas.

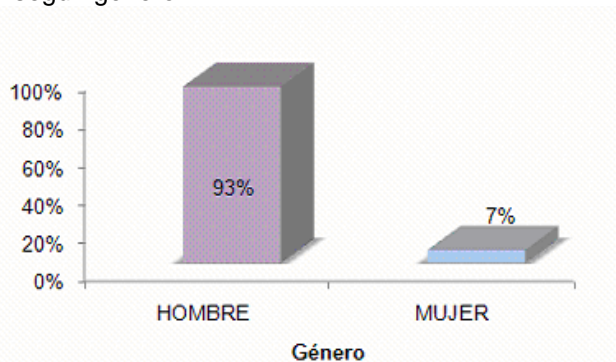
NIVEL DE DE ADAPTACIÓN PREVIO Y POSTERIOR AL EVENTO PARAPLEJÍA Y EL CUIDADO SEGÚN EL MODELO DE CALLISTA ROY: Características Sociodemográficas.

7.1 MODO PSICOSOCIAL:

7.1.1 Características de la función del rol

En cuanto al rol primario, se tiene en cuenta la edad y género de los sujetos de estudio. La grafica 1, muestra que el género que predomina es el masculino con un porcentaje del 97% (14/15), el 7% restante (1/15) corresponde al femenino.

Grafica 1: Función del rol según género.

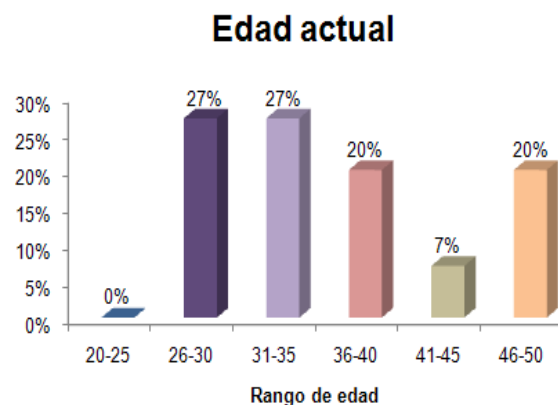


Fuente: Elaboración Propia

En relación a la edad, en las entradas se considera el tiempo anterior a la ocurrencia del evento paraplejia. En las salidas, se tomó la edad actual de los entrevistados. Los sujetos de estudio se encuentran en la etapa de adultez, siendo un 74% adultos jóvenes y un 26% adultos intermedios. (Ver grafica 2)

Grafica 2: Función del rol según edad

EDAD
PREVIA A LA PARAPLEJIA
(Periodo anterior al que fue
dado el diagnostico
paraplejia)

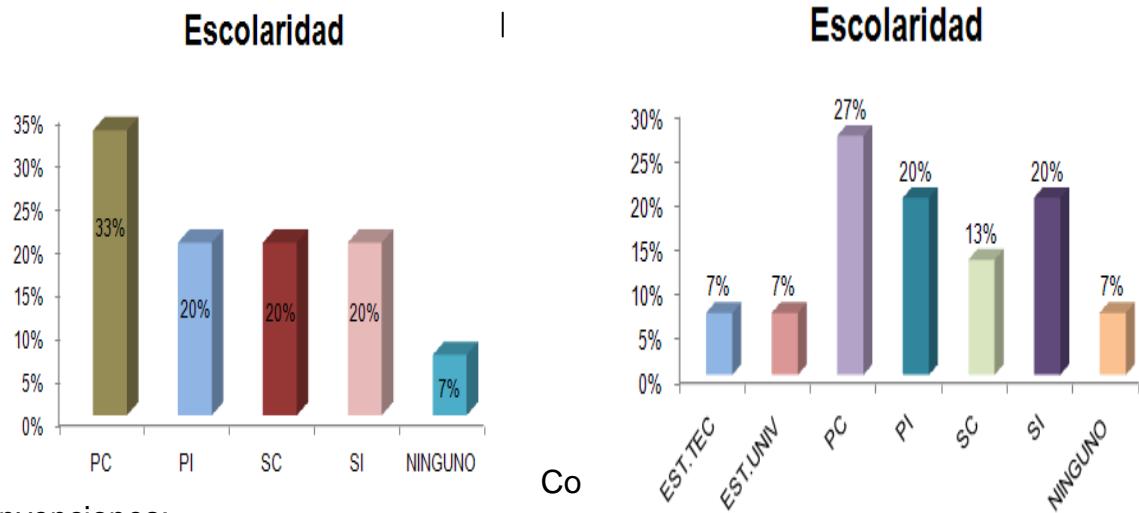


Fuente: Elaboración Propia

A continuación se describe el rol secundario, en éste, se tuvo en cuenta el grado de escolaridad, ocupación y estado civil de los entrevistados. En relación a la escolaridad, se encontró que previo a la adquisición de la paraplejia, el 33.3 % de los entrevistados realizaron primaria completa, seguido de primaria incompleta, secundaria incompleta, secundaria completa cada una con un 20% y el 7% restante no realizo ningún estudio. En las salidas, aparecen dos nuevas categorías las cuales corresponden a estudios tecnológicos y estudios universitarios, cada uno con un 7% de la población. (Ver Grafica 3). Algunos de los sujetos de estudio no vieron en la paraplejia una limitante para mejorar su grado de escolaridad. Obteniendo expresiones como:

“... me dedique a prepararme más empecé a estudiar en la nocturna... estudiaba de seis de la tarde a diez de la noche todos los días y hasta que me gradué ahí tengo mi diploma y todo y pensando en esa opción de algún día yo podía volver tener otra vez el sustento para mi familia...” (Entrevista 1)

Grafica 3. Función del rol según escolaridad.



Convenciones:

PC: Primaria Completa
 PI: Primaria Incompleta
 SC: Secundaria Completa

SI: Secundaria Incompleta
 EST. TEC: Estudios técnicos
 EST.UNIV: Estudios Universitarios

Fuente: Elaboración Propia

Referente a la ocupación se encontró que de los 15 participantes del estudio, previo a la paraplejía el 60% tenían un trabajo independiente, seguido de 33.3% que eran empleados y el 7% restante se encontraba realizando estudios. En las salidas se encontró que el 67% se desempeñan como trabajadores independientes y realizan oficios como vendedores ambulantes de lotería, minutos y CDs, un 27% de la población pasa a ser desempleada y un 7% actualmente se encuentra estudiando. (Ver figura 2). Se infiere que la situación económica de los participantes del estudio cambia, después del estímulo focal empiezan a desempeñar trabajos que no son de su agrado y que no les aportan iguales ingresos económicos que antes, manifestándose en expresiones como:

“... el cambio fue muy fuerte por el motivo de que tenía la costumbre de que a mí me llamaban para los trabajos... me hacía falta los recursos y hasta que un día hubo alguien que me apoyara y desde ahí tomé la decisión de vender lotería...” (Entrevista 13)

Para las personas que perdieron su empleo o no podían volver a realizar las mismas actividades de antes, su rol secundario se observó alterado

significativamente pues expresaron que la rehabilitación laboral es mucho más difícil, esto se manifestó por parte de los participantes de la siguiente forma:

“... ahorita no estoy haciendo nada, pues por ahí en veces me pongo a vender helados ese es el rebusque mío...” (Entrevista 8)

“... ¡lo económico! Ah eso si es un golpe muy bajo que se le da a la persona con discapacidad porque desafortunadamente en este país no hay quien nos rehabilite...” (Entrevista 1)

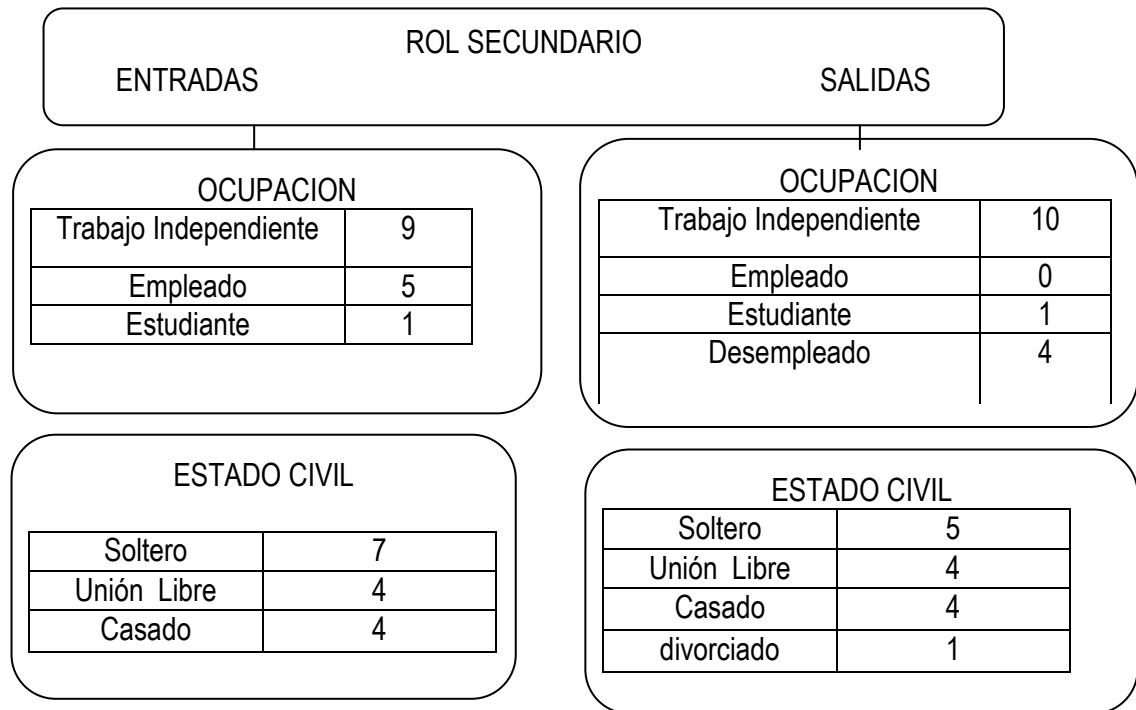
Una pequeña parte de la muestra manifestó que gracias a la discapacidad se dieron cuenta de nuevas capacidades, expresando:

“... mi situación económica es mejor, ahora, yo creo que eso es lo que me ha motivado a seguir adelante... y a mirar que la vida no es solo no poder caminar o no tener un brazo o una mano...” (Entrevista 15)

Las personas con paraplejia no consiguen competir de manera igual con otras personas en el mercado laboral por lo cual hay una disminución en los ingresos familiares y en la calidad de vida.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta fue el estado civil, se obtuvo que previo a la paraplejia, el 40% de las personas entrevistadas se encontraban solteros, el 53.3% en unión libre, un participante que representa el 7%, se encontraba casado. Posterior al evento paraplejia, el estado civil cambia en algunos de los participantes del estudio, se encontró que de las 7 personas que se encontraban solteras 2 se encuentran en unión libre, otro sujeto de estudio se casó, durante el proceso de rehabilitación, al cabo del tiempo esta relación se ve afectada por diferentes razones y deciden separarse, en este momento su estado civil es divorciado, las 4 personas restantes siguen solteros, de las 4 personas que antes del evento paraplejia su estado civil era unión libre actualmente para dos de ellos sigue igual y uno se separa de su compañera sentimental por lo cual se lo considera como soltero y otra persona se casa. Las 4 personas restantes quienes su estado civil era casado actualmente siguen igual. (Ver figura 2).

Fig. 2. Rol secundario según ocupación y estado civil



En lo referente al rol terciario de los entrevistados, en las entradas, se encontró que el 20% de los participantes del estudio se desempeñaban en otras actividades como: bailarín de salsa, instructor de natación y caballista. En las salidas, los 15 participantes, adquirieron un nuevo rol ante la sociedad, ingresando a la fundación, (FAP), además, 7 personas ingresaron a un club deportivo de tenis (club fénix) y un participante empezó a desarrollar un papel político desempeñándose como EDIL.

Para algunos de los participantes del estudio, la paraplejia es una limitante en la adquisición de roles terciarios lo cual se manifestó en expresiones como:

“...yo no creo en la recreación del discapacitado, no creo porque pues no jugaba básquetball cuando estaba alentado, ahora para que me pongan a jugar en silla de ruedas... me parece de una forma ridícula...” (Entrevista 10)

7.1.2 Autoconcepto

“...Aquellos individuos que se perciben a sí mismos como capaces de regular su emociones y encarar sistemáticamente los problemas pueden ser capaces de enfrentarse con más efectividad a su incapacidad física...” (Elliot, 1991).

La paraplejia conlleva importantes implicaciones psicológicas, entre ellas, un cambio en el autoconcepto, el cual abarca el yo físico, yo ético moral y espiritual y yo ideal de los participantes del estudio. (Ver figura 3)

En cuanto al aspecto físico, en las entradas el 93% de los participantes al preguntarle sobre su imagen corporal, manifestaron de forma positiva que se percibían bien y se preocupaban por su presentación personal, el 7% restante se sentía inconforme con su apariencia física y no se preocupaba por su apariencia personal.

En las salidas se encontró que para el 33% de los entrevistados, existe un cambio positivo en cuanto al yo físico y lo manifestaron con las siguientes expresiones:

“...la paraplejia si influyo, ahora me motivo más por arreglarme...” (Entrevista 12)

“...Mi autoconcepto cambio en tres etapas, primero cuando quede así el pensamiento y la palabra mía quedé sirviendo pa..., no sirvo pa nada, pa nada, entonces me dolía el alma, me dolía hasta el mismo cuerpo ... me daba fastidio que me miraran con pena...entonces uno tiene que aprender también a quererse, porque yo quería era morirme, matarme no quería seguir viviendo, vino otra segunda etapa donde mi autoestima ya se elevo y ahora ya pienso seguirla elevando ...” (Entrevista 10)

Para el 67% restante de los participantes del estudio, la paraplejia no influyó pues a pesar de la limitación se perciben físicamente igual que antes.

Con relación a la formación ético moral y espiritual en las entradas se encontró que 13 entrevistados (87%) presentan fortalezas en cuanto a que manifiestan buenas relaciones con los demás, acercamiento con Dios y no tenían antecedentes penales, argumentando con las siguientes expresiones:

Excelente... me he preocupado mucho por mantener relaciones personales muy chéveres. (Entrevista 1)

Era muy buena porque siempre he sido muy servicial con la vecindad, con la gente y no he tenido problemas.”(Entrevista 4)

“Yo creo mucho en Dios, yo creo mucho en él, yo voy a la iglesia, Diosito es el que me ayuda nunca me desampara” (Entrevista 3)

Las 2 personas (13%) restantes, en cuanto a su percepción y a su relación interpersonal no se sentían bien porque tenían conflictos con otras personas, eran poco sociables y tenían antecedentes penales, por lo cual se deduce que eran debilidades personales en cuanto a su ser íntegro, los entrevistados lo manifestaron con las siguientes expresiones:

“Yo mantenía en los calabozos, por borracheras, o andaba sin papeles o me agarraba a peliar. 24 horas me metían...volvía y salía...” (Entrevista 3)

*“me gustaba mucho el trago y por eso tenía muchos problemas con los demás
“(entrevista 10)*

En cuanto al yo moral, ético y espiritual, posterior a la paraplejia, para el 73% de los participantes en cuanto a su comportamiento y creencias, se ve afectado, en algunos de forma positiva y en otros de forma negativa, argumentando con las siguientes expresiones:

“...me volví grosero, impulsivo, porque no se me dan las cosas como yo quiero...por muchos obstáculos, por muchas cosas que sufre una persona en este estado” (Entrevista 10)

“yo le dije a un amigo, cuando usted queda parapléjico al principio todo el mundo lo rodea, luego uno ya queda solo, son poquitas las personas, si es que se pueden decir que lo acompañan” (entrevista 14)

“... ahora ya no bebo y evito pleitos...” (Entrevista 15).

“Hay cambios buenos por ejemplo muchas experiencias, uno valora más la vida, uno piensa mucho que es lo va a hacer, ahora uno no es tan loquito como antes” (entrevista 2)

“Ahora busco más de Dios...Sé que hay un Dios que me mantiene vivo” (entrevista 1)

Para el 27% restante de las personas del estudio, el yo moral, ético y espiritual no se vio afectado por su deficiencia física, continuaron con las mismas creencias,

sus relaciones con las demás personas se mantuvieron igual que antes. En relación al Yo ideal, se preguntó a los sujetos de estudio acerca de los planes que tenían previo al evento paraplejia, teniendo en cuenta el proyecto de vida de éstos, se dividieron en dos categorías, la realización personal y la realización familiar. Se encontró que el 53% de las personas, manifestaban como prioridad la realización personal, en cuanto a su estudio, trabajo y viajar al extranjero.

“Pensaba en estudiar un técnico, un técnico en electrónica, eso era lo que me gustaba, me había gustado siempre”. (Entrevista 2)

“Ser enfermera eso era lo que yo quería” (Entrevista 12)

“No... Que mi empresa creciera, ese era mi sueño...” (Entrevista 4)

“Yo pensaba viajar a los Estados Unidos o, a aun país Europeo, pà lo de culinaria... me sentía capaz de defenderme en cualquier cocina del mundo...” (Entrevista 14)

El 47% restante de los entrevistados anhelaban la realización familiar y aspiraban que sus hijos fueran profesionales y tener su propia vivienda. Argumentando con las siguientes expresiones:

“Antes de estar así... en silla de ruedas...mi hijo... Pensaba en sacar adelante a mi hijo.” (Entrevista 7)

En las salidas, se encontró en el yo ideal, que para 8 personas (53%) se centraba en la realización familiar, manifestándose en expresiones como:

“... a futuro yo pienso en que mis hijos sean alguien...” (Entrevista 5)

Para 7 personas (47%) su “yo ideal” se basó en la búsqueda de la realización personal:

“...lo que yo busco es ser un buen tenista y seguir estudiando...” (Entrevista 6)

Figura 3. Autoconcepto



Fuente: Elaboración Propia

7.1.3 Interdependencia

En esta categoría, las conductas del individuo pueden ser dependientes o independientes (ver figura 4).

Previo a la paraplejía, se encontró que la mayoría de los entrevistados, presentaron conductas independientes como: el sostenimiento del hogar, autosostenimiento y otros solucionaban solos sus problemas. Es importante resaltar que las respuestas no son excluyentes ya que los participantes tenían conductas dependientes e independientes a la vez.

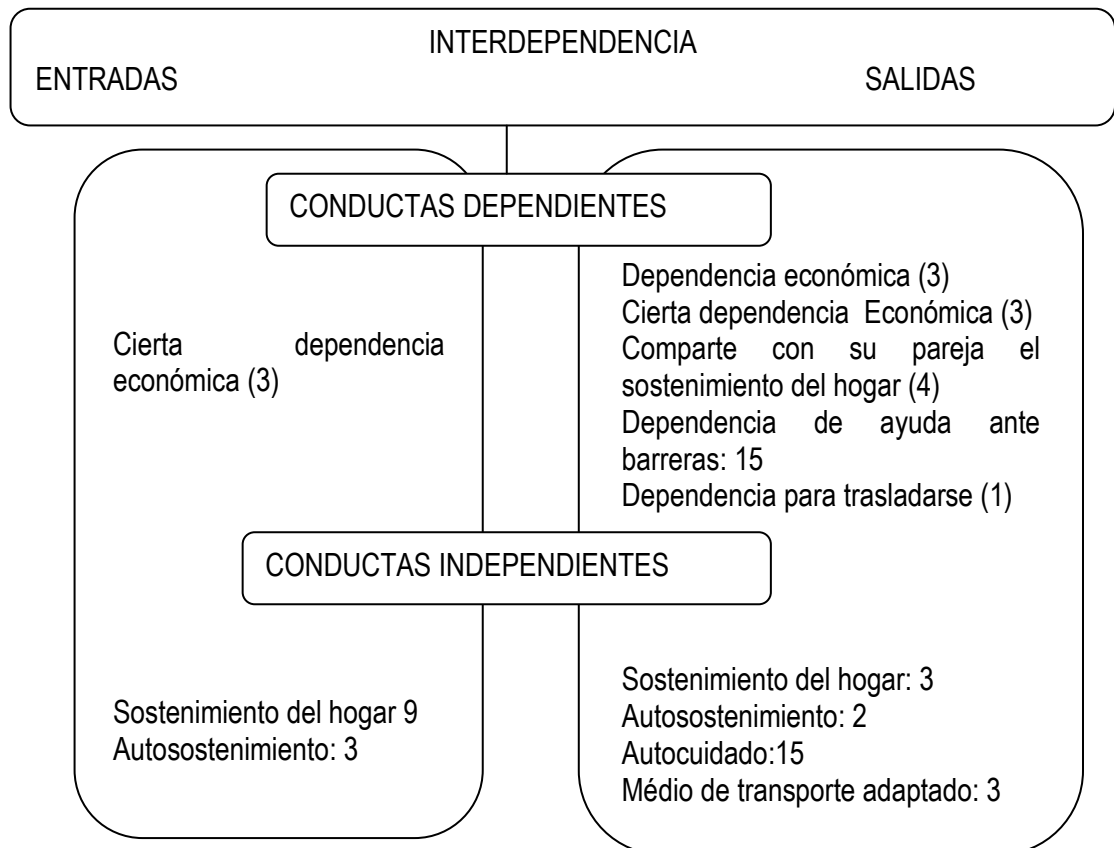
"Yo era la cabeza de hogar o el pilar de mi familia, gracias a Dios yo tenía mi trabajito y toda la cosa, de eso dependía yo y mi familia y muchas familias más, porque yo le daba empleo a mucha gente" (Entrevista 4).

Dentro de las conductas dependientes, algunos de los entrevistados, manifestaron que antes de la paraplejia, ante una situación difícil, acudían a su familia o amigos, también argumentaron cierta dependencia económica.

En las salidas, algunos de los participantes del estudio manifestaron sentimientos de minusvalía al no poder realizar las actividades que antes realizaban, sugiriendo así la aparición de conductas dependientes. Durante el proceso de adaptación y gracias al aprendizaje, estas conductas disminuyeron. En el grupo de estudio se encontraron conductas de dependencia económica, dependencia a la silla de ruedas y a otras personas para la movilización.

Las conductas independientes son el resultado del aprendizaje ante el estímulo focal paraplejia, dentro de las conductas independientes se encontró que todos los sujetos de estudio realizan sus propios cuidados, entre ellos, la realización del cateterismo vesical, cuidados de la piel con masajes, terapia física, algunos practican algún deporte, 3 de los sujetos de estudio actualmente sostienen el hogar, 2 personas tienen independencia económica para su autosostenimiento y tres personas han adaptado medios de transporte diferentes a la silla de ruedas, entre estos medios encontramos un carro y una motocicleta

Figura 4. Interdependencia



7.2 MODO FISIOLÓGICO

En la figura 5, se compara el estado de salud previo a la paraplejia con el actual.

En las entradas, se encontró que el 93% de los entrevistados, manifestaron que su estado de salud era bueno y nunca se enfermaban.

*“No... Maravilloso, excelente, no me dolía una muela gracias a Dios.
(Entrevista 1)*

“Era alentado, nunca me enfermaba” (Entrevista 9)

El 7% restante consideraba que previo a la paraplejia su estado de salud estuvo comprometido por presentar dolores de cabeza frecuentes en la infancia.

En las salidas, para valorar el estado de salud actual, se realizó un examen físico donde se tuvieron en cuenta las necesidades básicas con los patrones de oxigenación y circulación, nutrición, eliminación, líquidos y electrolitos, función neurológica, necesidad de protección, actividad y descanso, función endocrina y reproductiva.

A la valoración de cada uno de los participantes se encontraron alterados los patrones de función neurológica, protección, eliminación y función endocrina y reproductora.

En el patrón de función neurológica, las alteraciones encontradas en todos los sujetos de estudio fueron: paraplejia con movimientos involuntarios ocasionales y pérdida de la sensibilidad por debajo del nivel de la lesión y un participante manifestó dolor permanente en la articulación del pie.

En el patrón de protección, se encontraron seis sujetos con alteraciones, 4 presentaron úlceras por presión en diferentes regiones como en glúteos y muslos, algunos manifestaron que las úlceras por presión ya se habían convertido en una patología crónica.

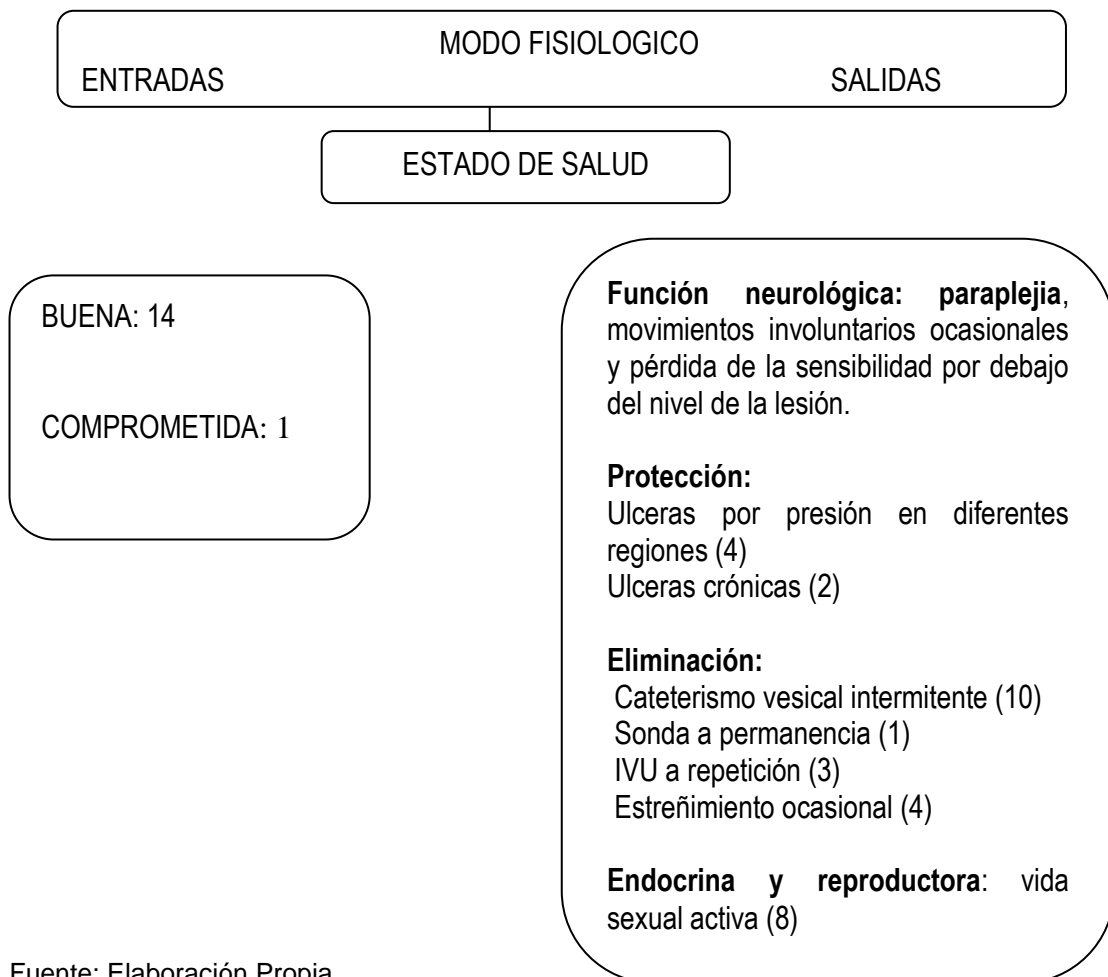
En el patrón de eliminación, se encontraron 10 personas que realizan cateterismo vesical intermitente, una persona tiene sonda a permanencia, 3 personas que presentan infección de vías urinarias (IVU) a repetición y 4 con estreñimiento ocasional.

En cuanto a la función endocrina y reproductora, se preguntó a los participantes si mantenían una vida sexual activa, 8 personas manifestaron tenerla, pero la erección la lograban mediante medicamentos, además relataron que ya no había eyaculación y 7 manifestaron que no son activos sexualmente porque no tienen

pareja o a pesar de tenerla no mantienen relaciones sexuales activas por conflictos en la convivencia. Uno de los sujetos, manifestó que su vida sexual mejoró.

“Mi vida sexual a cambiado, no es como antes, que uno lo hacía cuando quería, donde quería y en cualquier parte, ahora me doy cuenta que el sexo es mas hablado, durante mi rehabilitación mi esposa me apoyo y eso ayudó a comprendernos más y a fortalecer mi vida de pareja, ahora cuando vamos a tener una relación, desde que me levanto le digo a mi esposa, cosas bonitas y en el transcurso del día nos besamos, nos acariciamos y los dos sabemos en qué termina tanto cariño y me preocupo de que no solo sea yo quien lo disfrute, sino que los dos sintamos lo mismo” (Entrevista 1)

Figura 5. Modo fisiológico



Fuente: Elaboración Propia

7.3 ESTIMULOS

Los estímulos hacen referencia a todo aquello que produzca respuestas en los individuos y son clasificados así: Estímulos focales, Estímulos contextuales, Estímulos residuales.

7.3.1 ESTIMULO FOCAL.

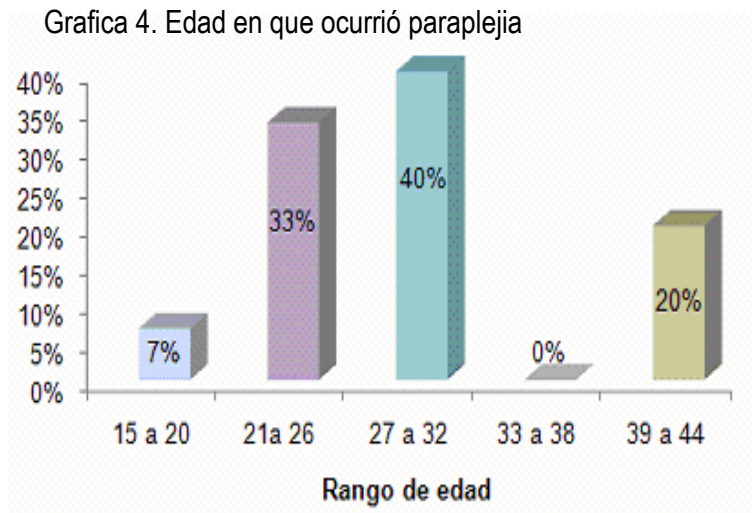
El estímulo focal se refiere a la situación o circunstancia que la persona trata de afrontar y que compromete el equilibrio humano ambiental, en éste caso, la paraplejia. Se encontró que en las 15 personas de la muestra, el nivel de lesión que predomina es el torácico, con un porcentaje del 80% y el 20 % restante corresponde a lesiones lumbares de L1 a L3.

Dentro de las lesiones medulares torácicas, el nivel de lesión más frecuente fue de T7 a T12 que corresponde al 60%(9 personas), seguido de T1 a T6 con un 20%.

7.3.2 Estimulos contextuales

Los estímulos contextuales hacen referencia a todas aquellas circunstancias que influyen en la forma como se enfrenta el estímulo focal (paraplejia) y que contribuyen a empeorar o a mejorar la situación. Estos se dividen en: estímulos contextuales del evento, donde se tiene en cuenta la edad a la que ocurrió la paraplejía, la causa, la forma de enterarse y el acompañamiento durante la hospitalización y estímulos contextuales durante el proceso de adaptación como, contacto con otros discapacitados, el apoyo familiar, el deporte, estímulos espirituales, la situación económica, barreras arquitectónicas, estado de salud y el apoyo de otras personas que influyeron positiva o negativamente en el proceso de adaptación.

Dentro de los estímulos contextuales del evento, se tuvo en cuenta la edad en la cual ocurrió la paraplejia. En la grafica 4, se puede observar que el promedio de edad a la cual ocurrió el evento paraplejia es de 27 a 32 años, con un porcentaje del 40%.



Fuente: Elaboración Propia

En relación a la etiología o causa de la paraplejia, la que predominó fue la traumática, dentro de ésta, el 60% de la población fue debida heridas por arma de fuego (HAF), 20% por accidente de tránsito, 13% fue por herida con arma corto punzante (HACP) y en el 7% restante, fue causada por una enfermedad (tumor intramedular).

En relación a la forma de enterarse del diagnostico de paraplejia en el hospital, el 60 % de los entrevistados manifestaron que fue negativa, argumentaron que los médicos no tuvieron una forma adecuada para expresar la discapacidad, en algunos casos, hicieron comentarios donde culpaban a los padres por la situación, además manifestaron que se los trató como personas que no quedaban sirviendo para la sociedad.

“El médico le dijo a mi papá que él me compro la muerte con la moto” (entrevista 11)

“Me dijo, usted ya no queda sirviendo para nada” (Entrevista 10)

“El médico me dijo: usted queda para siempre en silla de ruedas” (Entrevista 3)

“El doctor le dijo a mis hermanas que se acostumbraran a mi... que yo iba a quedar parapléjico” (Entrevista 7).

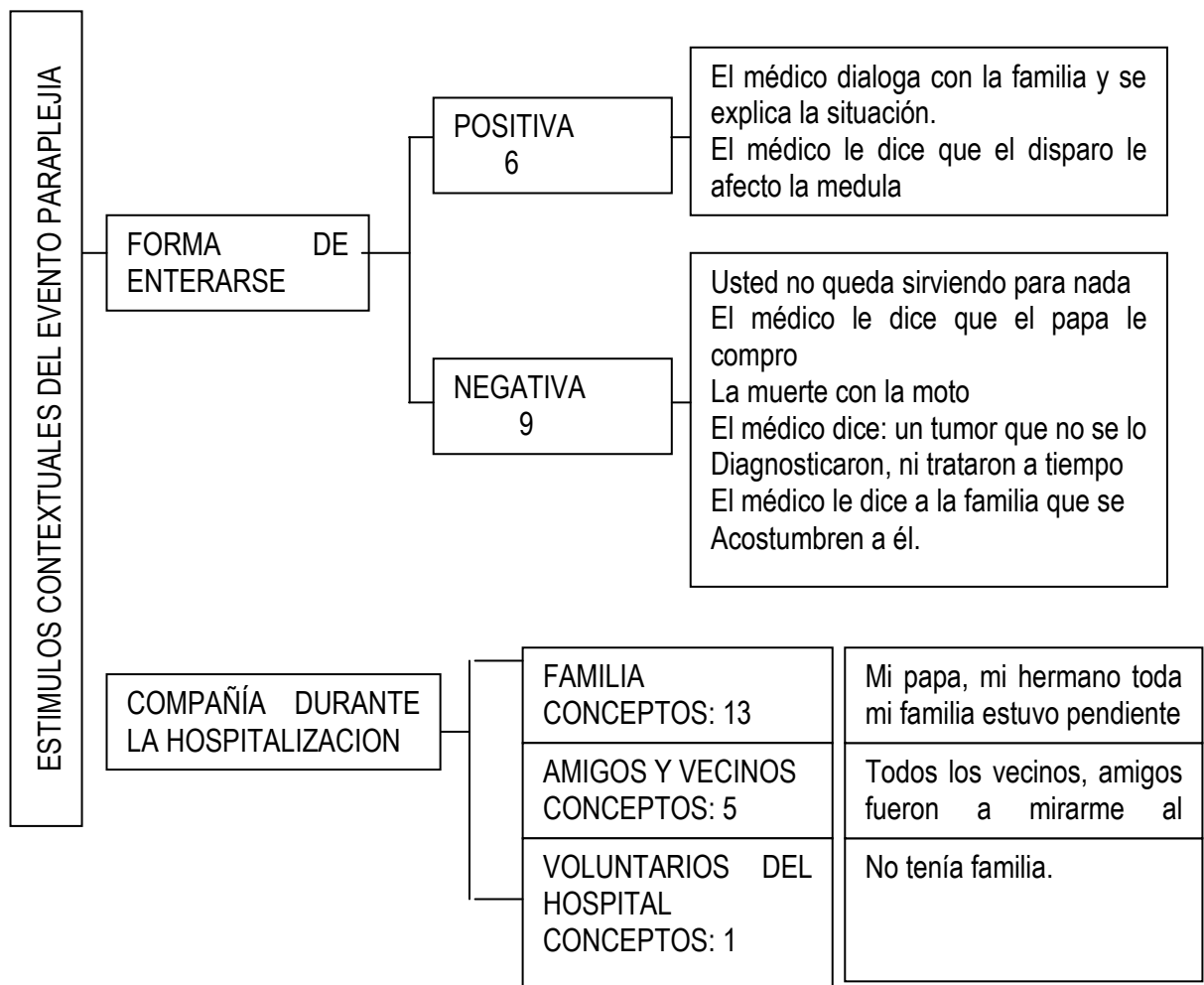
Mientras que el 40% restante manifestó que el personal de salud expuso el diagnóstico adecuadamente. Algunas expresiones de los entrevistados fueron:

“En el hospital reunieron a toda mi familia y nos explicaron la situación” (Entrevista 1)

“El doctor que me valoro me dijo que la bala había afectado la medula” (Entrevista 5)

Referente a la compañía durante la hospitalización, el 86.7% de los participantes del estudio refirieron que durante la hospitalización las personas que estuvieron pendientes de ellos fueron los familiares más cercanos, el 13.3% los amigos, vecinos y conocidos y el 7% restante manifestó que personal de salud voluntario estuvo con él durante la hospitalización. (Figura 6).

Figura 6. Estímulos contextuales del evento paraplejía.



Los estímulos contextuales durante el proceso de adaptación, se categorizaron como positivos y negativos, las categorías no son excluyentes ya que se presentaron simultáneamente en los sujetos de estudio.

Dentro de los estímulos positivos, se destaca el contacto con otros discapacitados, el ingreso a la FAP, el apoyo familiar, el deporte y los estímulos espirituales, los cuales influyeron en el proceso de adaptación. (Ver tabla 3)

El ingreso a la fundación de apoyo integral a la población vulnerable (FAP), representó para los participantes del estudio, un estímulo positivo al construir redes sociales haciendo posible el contacto con otros discapacitados y la formación del club fénix para la práctica de Tenis, además, la continua propagación de la política de discapacidad, que realizó la FAP, permitió a sus integrantes, el conocimiento de sus derechos para hacer uso de los mismos y así perseguir una mejor calidad de vida.

“La fundación a la que yo pertenezco es un apoyo, porque nos ayudan a realizar los trámites con la alcaldía para conseguir cosas que uno necesita, como por ejemplo una silla de ruedas que nos sirve bastante y gracias a las personas de esta fundación la he podido conseguir.” (Entrevista 1).

“... todas las personas que iban a mirarme y mi familia siempre me decían: hay que salir adelante, de todas maneras la vida no se acaba en éste instante y eso me daba mucha moral” (Entrevista 2).

“El apoyo incondicional de todos mis amigos, esa era la moral que a mí me daba y otra cosa es que gracias a Dios yo tenía mi trabajito, de eso he dependido yo y mi familia.”(Entrevista 4)

“Practico tenis de campo, el deporte me ha ayudado...porque en este deporte uno se distrae, conoce muchos amigos en el estado en que uno esta, personas en silla de ruedas, personas en muletas y cuando uno sostiene confianza con las personas, se cuenta uno sus historias, sus experiencias y sus sufrimientos.” (Entrevista 2).

“El deporte fue mi rehabilitación, fue allá donde aprendí muchas cosas que yo no sabía, por ejemplo algunos de mis compañeros me enseñaron a pasarme la sonda, porque yo utilizaba pañal y eso era muy incomodo y son muy costosos” (entrevista 4)

“Esto me ha inducido a creer en que verdaderamente existe un Dios, que por voluntad de él, es que estoy vivo, si no, no estaría aquí” (Entrevista 15)

Dentro de los estímulos negativos, se encontraron los siguientes: la situación económica, debido a que la mayoría de los entrevistados no tienen un empleo estable; las barreras arquitectónicas, porque la ciudad no está adecuada para las personas en situación de discapacidad; el estado de salud, por diferentes complicaciones que se presentaron durante la rehabilitación; la falta de apoyo familiar, argumentando que al quedar en situación de discapacidad, los familiares los dejaron solos y la falta de solidaridad por parte de otras personas en cuanto al transporte, al cruzar una calle o al mirarlos de manera diferente. Estos estímulos representan una constante en la vida del discapacitado configurando un obstáculo en el proceso de adaptación.

“Cuando uno le pide un favor a una persona en la calle, o algo...y no...ellos pasan...entonces lo hacen sentir mal a uno, entonces pues siempre quedan esos sentimientos por dentro”.

(Entrevista 15)

“Hay muchos discapacitados que ellos tienen el modo, de sus papaces, eso es mucha ayuda, ellos tienen el apoyo de su familia, mientras yo no, yo, pago arrendo yo no vivo de posada”

(Entrevista 3)

“En Popayán le hacen huecos a las calles, pero nunca le hacen una rampla para que se suba un invalido y hay gente que no lo voltea a ver a uno y que uno les produce asco, lastima, indiferencia” (Entrevista 14)

“Hay gente que es bien, hay otra gente que lo mira como si uno, fuera una mierda, en veces pasa la gente y le dicen...huy!..Y lo miran a uno como si fuera una basura” (Entrevista 10)

TABLA 3. Estímulos contextuales durante la adaptación.

ESTIMULOS CONTEXTUALES DURANTE LA ADAPTACION					
POSITIVOS			NEGATIVOS		
ESTIMULOS	CONCEPTOS		ESTIMULOS	CONCEPTOS	
Contacto con otros discapacitados	1 2	Comparte opiniones, sentimientos uno se da cuenta de que hay una lucha que no es simplemente de una persona. Escucha muchas experiencias. Superación de otros discapacitados	Situación económica	1 1	Nos quedamos sin plata y ya no seguí yendo a las terapias No volví a la terapia porque se me acabo la plata... No, estoy haciendo nada porque no tengo las comodidades
Dios	6	Conocer a Dios, el es que me orienta. Dios ha estado conmigo y siempre estará conmigo. Existe un Dios y por voluntad de él estoy vivo.	Barreras arquitectónicas	1 0	Fuera encementado, pues uno toma la silla y se va, pero aquí no se puede salir... Uno no puede acceder a unos sitios y uno se desanima...se acompleja.
Familia	1 0	Sentí que no debía defraudar el esfuerzo de mis papás. La familia le da moral. Por mis Hijos por ellos fue que me dio ánimo de seguir.	Falta de apoyo familiar	3	La familia me dejo solo, ya me voltearon la espalda Son muy poquitas las personas si es que se puede decir que lo acompañan
Situación económica	2	Pues al menos tenía el modo Pude pagar terapias	Muerte de un miembro de la familia	1	Lo que mas me tiene afectado es la muerte de mi hija.
Terapia física	2	Me sirvió mucho el año y medio de terapia... A mí me ayudaban bastante...			
ESTIMULOS CONTEXTUALES DURANTE LA ADAPTACION					

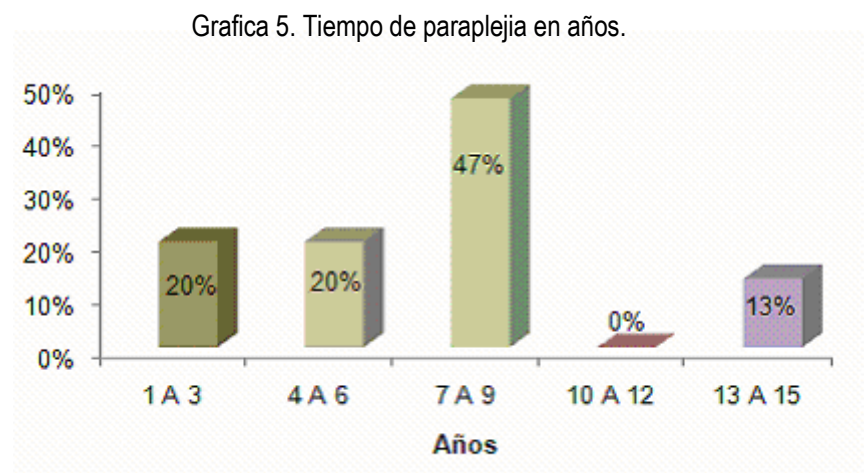
Continuación tabla 3.

POSITIVOS			NEGATIVOS		
ESTIMULOS	CONCEPTOS		ESTIMULOS	CONCEPTOS	
Deporte	8	El deporte fue más que todo mi rehabilitación, fue allí donde aprendí muchas cosas. Es una forma de relajarse, despeja la mente y lo desestresa. Eso es lo que da ganas de seguir viviendo además eso es salud	Estado de salud	1	Escaras, Eso es lo que me mantiene un poco deprimido. Infección urinaria.
Trabajo	2	Lo que me daba mucha moral es que gracias a Dios yo tenía mi trabajito Eso me motiva a seguir adelante uno mira que la vida no solo es caminar sino que uno puede hacer muchas cosas	Falta de apoyo de otras personas	3	Es muy difícil, incluso en el taxi. Los taxis a uno no le paran y menos cuando esta lloviznando. Llego el día que había gente que no me saludaba en la calle Llega el punto de estar uno de que lo quieren tanto, que no lo quieren nada.
Contacto con otras personas	2	Apoyo incondicional de amigos Personas que me ayudaron a entender que no volvería a caminar	Otras: Condiciones ambientales.	2	Cuando está lloviendo dificulta trasladarse en la silla de ruedas. El clima daña la motocicleta y la silla de ruedas
Otras: hospitalización Apoyo psicológico	1 1	Apoyo del personal de salud	Complicaciones	3	Ver la muerte de cerca es muy horrible, Hasta ahora siento fatiga porque se me colapso un pulmón.

7.3.3 ESTIMULOS RESIDUALES

Estos estímulos hacen referencia a las situaciones cuyo efecto no es claro en la situación actual, no es posible determinar de qué forma influyen en el proceso adaptativo dada la variabilidad de las respuestas ante los mismos y son: el tiempo de adquisición de la paraplejía, traslado al hospital, otras complicaciones durante el hospital o fuera de él, tiempo de hospitalización y presencia de sustancias nocivas (alcohol) durante el accidente.

En la grafica 5 se puede apreciar que el promedio de tiempo de paraplejía es de 7 a 9 años con un porcentaje del 47%.



Fuente: Elaboración Propia

Entre otros estímulos residuales se encontró que durante el traslado al hospital en el momento del accidente, el 67% de los entrevistados estuvieron consientes y el 33.3% restante refirieron que no se dieron cuenta de los hechos.

Referente al tiempo de hospitalización, el 40% argumentaron que estuvieron 15 días en el hospital, seguido del 33.3% de las personas entrevistadas con una hospitalización de un mes y medio. Otro aspecto que se encontró, fue el consumo de sustancias nocivas: el 67% de las personas entrevistadas manifestaron que su discapacidad estuvo relacionada con el uso y consumo de bebidas alcohólicas.

7.4 PROCESOS CENTRALES

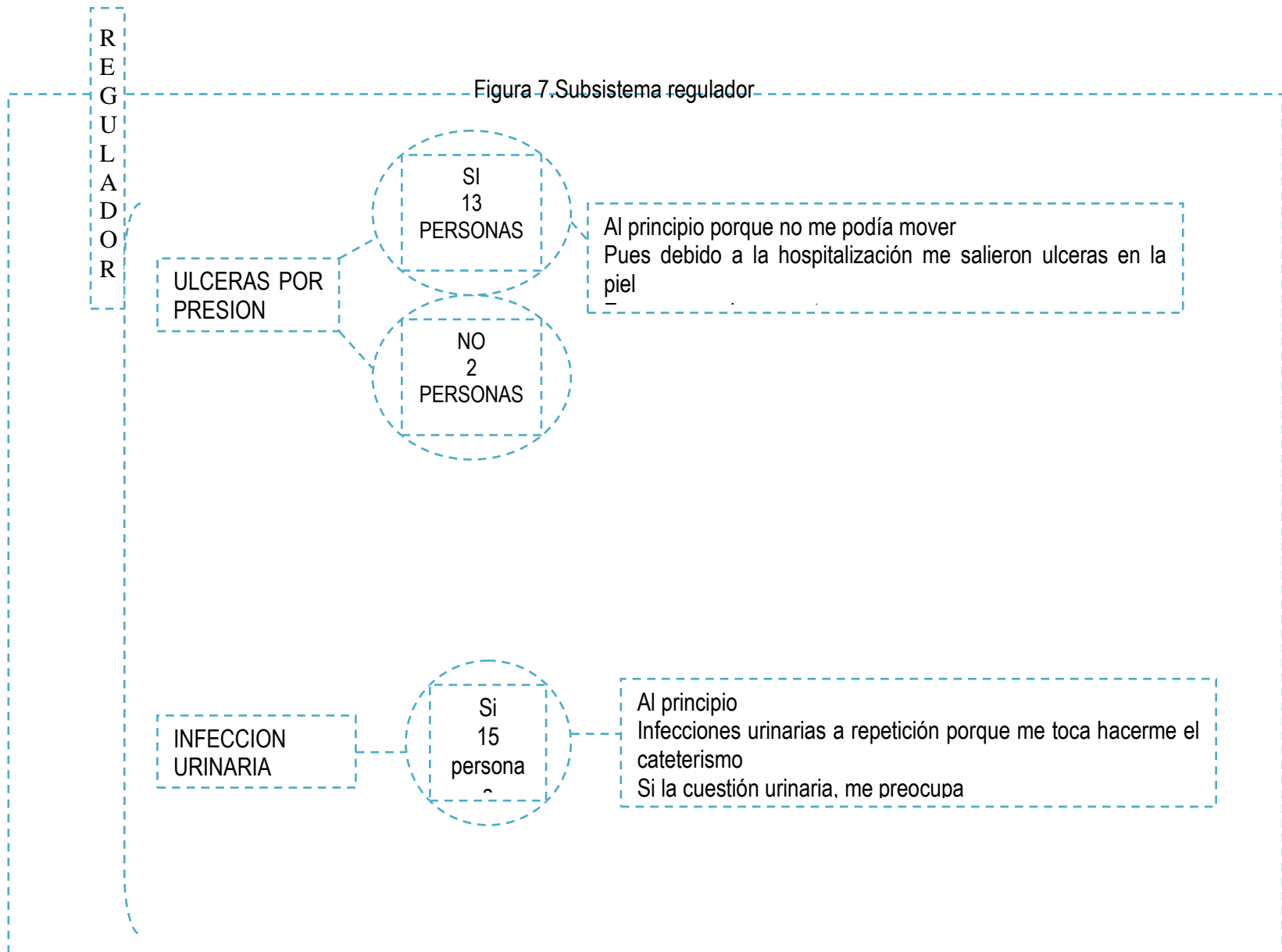
Los procesos centrales son los mecanismos por los cuales se procesa el medio (las entradas) y se configuran las respuestas (las salidas). Son procesos de

afrontamiento llevados a cabo por los subsistemas regulador y cognitivo que activan mecanismos para promover la adaptación fisiológica y psicológica, respectivamente.

El subsistema regulador, se pone en marcha ante un estímulo como la lesión medular, respondiendo primero, con una serie de sucesos neuro-químicos con el fin de restablecer el equilibrio fisiológico comprometido. Esta etapa haría referencia a un estadio agudo, comprendiendo el momento de la lesión medular hasta la estabilización médica, dado que el evento a estudio se realizó en personas con un tiempo de paraplejia de 3 a 14 años, la descripción de este proceso se vería limitada. El proceso emprendido por el subsistema regulador estudiado, se refiere entonces, a los esfuerzos físicos para mantener la integridad fisiológica frente a constantes estímulos que afronta la persona con un tiempo de paraplejia comprendido en dicho intervalo de tiempo.

La restricción de la movilidad, la adquisición de una postura diferente a la bipedestación, la pérdida del reflejo miccional y de cambio de posición que ocasiona la lesión medular, conllevan a una serie de complicaciones con las que la persona con paraplejia tendrá que lidiar diariamente. Un subsistema regulador íntegro, se ocuparía de evitar en su totalidad la aparición de dichas complicaciones, regulándolas mediante la activación de los reflejos mencionados, así, inconscientemente la persona mantiene su integridad fisiológica mediante la acción del sistema neuro-químico activado.

Las úlceras por presión se presentaron en 86.7 % de los casos estudiados, la infección urinaria por su parte, se presentó en el 100% de la muestra, demostrando con esto que la lesión medular, es un estímulo que compromete la integridad del subsistema regulador por lo que inevitablemente, los procesos que anteriormente se despertarían de manera inconsciente, pasarán ahora, por un proceso nuevo de cognición, es decir, ante un compromiso del subsistema regulador, se hace necesario hacer conscientes los intentos de promover la adaptación, así, se enciende el subsistema cognitivo, por el que la persona responde conscientemente para restablecer el equilibrio perdido.



La figura 7, representa el compromiso del subsistema regulador que afecta a los sujetos de estudio, 13 personas que manifiestan haber presentado úlceras por presión, la atribuyen acertadamente a la restricción de la movilidad, además, mencionan la sensación de extrañeza ante el deterioro corporal del cual no poseían conocimiento, lo que refleja que en este punto, se había ya activado el subsistema cognitivo del que dependería en adelante, la adaptación. Un 13,3 % de individuos, manifestaron la ausencia de aparición de úlceras por presión, obedeciendo a estímulos contextuales que afectaron positivamente su adaptación, en quienes estaban presentes situaciones como: nivel de adaptación previo integrado, favorable situación económica, apoyo familiar y recuperación de la independencia.

La infección urinaria presentada en todos los sujetos y dejando a un lado las razones fisiológicas a las que el evento corresponde, indica un compromiso del subsistema regulador independiente de circunstancias que afecten positiva o negativamente la adaptación, lo que hace innegable la necesidad de la integridad de los mecanismos de afrontamiento para coincidir con un nivel integrado de adaptación, a partir de esto, el nivel de adaptación actual, para los sujetos de estudio, se debatirá entre las categorías de compensado o comprometido, cuestión que se determina a través de las salidas.

Otras complicaciones referidas durante el proceso de adaptación a la paraplejia fueron el estreñimiento e infecciones del tejido celular subcutáneo que respondían a particularidades de los casos o no eran de mayor impacto para quienes los afrontaban.

El procesamiento cognitivo que se abrió pasó frente a los cambios del ambiente, realiza sus procesos mediante cuatro canales: percepción, emoción, juicio y aprendizaje. Iniciando con la percepción, los individuos reconocen los cambios, en primera instancia, la persona con paraplejia bien sea por si misma o al ser sorprendida por el diagnóstico, afronta un estresor tal como la pérdida del movimiento de sus piernas, inmediatamente surge una respuesta producto de relacionar los recuerdos evocados con la situación actual, las emociones, término empleado frecuentemente como sinónimo de sentimientos, abarca la alteración del ánimo que se acompaña de determinados cambios fisiológicos, por lo que su determinación sería simultánea al evento, los sentimientos reflejan el grado de alteración del ánimo que causa en los individuos, determinado estímulo. Ante la imposibilidad de determinar las emociones y además de la utilidad de determinar los sentimientos, se utilizará indiscriminadamente el término emoción para referirse al impacto de los estresores en los individuos.

La tabla 4, expone las emociones referidas ante la percepción de la pérdida del movimiento de las piernas, en los sujetos estudiados, las emociones referidas, fueron tristeza, confusión, negación, incertidumbre, frustración, y concienciación, el pensamiento más frecuente que surgió en el 93.3% de los participantes fue la ideación suicida.

Otra de las percepciones identificadas, fue el cambio corporal, descrito como una sensación de extrañeza ante el reconocimiento de las pérdidas funcionales que conlleva la lesión medular agravada por una de sus consecuencias, la inmovilidad. Las úlceras por presión y otras complicaciones que la persona con paraplejia puede experimentar, no solo son estímulos fisiológicos, se comportan además, como estresores que comprometen el bienestar psicológico de los individuos. Procesos que solían ser cotidianos, casi mecánicos, pasan a estar ausentes, estas carencias funcionarían como estresores, tras ser percibidas, generarán emociones y posteriormente gracias a procesos más complejos inmersos en la mente humana, servirán de base para creación de juicios y aprendizaje. Es así como el afrontamiento se convierte en un proceso transformador de los individuos cuyo único objetivo es lograr la adaptación.

La tabla 5, muestra la percepción del cambio corporal y como se interioriza, dicho proceso fue identificado en tres participantes, quienes expresan como emociones, extrañeza y tristeza, coinciden además, en la falta de conocimientos sobre la misma y por ende la necesidad de educación para hacer posible el evitar complicaciones. Esta experiencia enriquecedora creó en ellos convicciones fijas a las que se aferrarán insistentemente, juicios que los plantean como maestros para otras personas que inicien un proceso tal como la adaptación a la paraplejia. Además, el aprendizaje, es inherente al humano, de ésta situación, los individuos lograron extraer habilidades y conocimientos reflejados en prácticas de cuidado, ejemplos tangibles de cómo la disfunción del sistema regulador, encendió procesos cognitivos para hacer conscientes los intentos de reestablecer el equilibrio y preservar la vida y dignidad humanas. Así, en una de las entrevistas, un sujeto manifestó: “yo si digo que una persona discapacitada empezando, una persona como yo, que ya tiene 4, 5, 6, 7, 10 años de discapacidad, esos, esos son los que deberíamos de ir y conversar con ellos, allí es donde uno va a saber que si vale la pena vivir, es que uno pierde las ganas de vivir, la vida le cambia del cielo a la tierra, es un cambio abismal, grandísimo, uno no sabe si echar pa lante o pa tras”

Durante el proceso de adaptación, los individuos se verán enfrentados a diferentes situaciones que recorrerán el camino de la cognición, innumerables percepciones atiborrarán su conciencia, el proceso de conocer el mundo es incesante y ambiguo, y siempre llevará a la reevaluación de las acciones, de los juicios, de lo aprendido. Pasar a percibirse a sí mismos como discapacitados, refleja un

avanzado proceso de lectura de la realidad, los sujetos estudiados revelan emociones derivadas de esta percepción, de lo cual se dedujo que pese a un proceso prolongado de adaptación, la paraplejia es un estímulo permanente y aunque se logre la adaptación, no se garantiza, de la misma forma, la aceptación.

La tabla 6 presenta la visión de la discapacidad referida por los sujetos de estudio, donde fueron identificadas percepciones positivas o negativas que obedecen estímulos contextuales propios de cada caso. En el 80% de los sujetos de estudio, todos con un tiempo de paraplejia mayor de 7 años, fue identificada una visión positiva de su discapacidad, manifestada con emociones de superación en expresiones como: “estando en discapacidad hago cosas que no hacia cuando caminaba”.

Tabla 4. Emociones referidas ante la percepción de la pérdida del movimiento de las piernas

PERCEPCION	EMOCION	Expresiones EMIC
PERDIDA DEL MOVIMIENTO DE LAS PIERNAS	Confusión 4	sin palabras, no sabía que pensar sentimientos encontrados confundido
	Tristeza depresión 13	- Dure 15 días encerrado, me dolía el alma ver la luz del día No le veía sentido a seguir viviendo Mucho dolor, mucho Tristeza, yo me agarre a llorar
	Negación 4	Dios me sacaba de esas cuestiones del hospital No asimilaba, yo decía que eso era pasajero Yo veía la cosa pasajera
	Ideación suicida 14	Prefería morirme antes de quedar así Compre una pistola Se pasan ideas locas de quererse quitar la vida Pensé: si mis piernas no me sirven la solución es morirse.
	Incertidumbre 3	Miedo a que de pronto ya no volviera a trabajar, a quedar solo Mucho pensamiento de que iba a pasar La mujer de pronto me acompañara un mes dos meses.
	Concienciación 2	Es seguir viviendo o es morirse. Ya vi que la cosa era seria.
	Frustración 2	No podías alcanzar las metas que voz tenias Ya empezar a depender de otra persona...
	Vergüenza 2	Al salir a la calle al principio pena, no querría que me vieran en silla. Al principio me daba pena, salía tapado

Tabla 5. Percepción del cambio corporal

PERCEPCION	EMOCION	EMIC	JUICIO	APRENDIZAJE	
CAMBIO CORPORAL	Extrañeza: 2	Empecé a experimentar la cosa más rara, unas yagas... Alguien que le explicara que si no se mueve uno se empieza a pelar.	Discapacitados como maestros: 2 Necesidad de educación: 5	lenguaje	habilidades
	Tristeza:1	La cosa más lastimera del discapacitado		Escaras:	Masajes locales Cambios de posición Terapia física
				Infección urinaria: Cateterismo	Cateterismo Toma de medicamentos Remedios caseros
				Estreñimiento	Tratamiento médico y casero.

Tabla 6. Percepción de la discapacidad.

PERCEPCION F9	EMOCION	EMIC			
DISCAPACIDAD	NEGATIVA 4	Culpa: 1 (TP:4-6)	si yo fuera estado alentado, eso no había pasado	JUICIO: El discapacitado es un enfermo pero no es un enfermo Terminal, hay que ayudarlo y abandonarlo también. Invalido no es el que no tiene patas, sino el que la mente no le sirve para nada.	
		Ideación suicida: 1 (TP: 4-6)	el pensamiento mío siempre es matarme		
		Frustración: 1 (TP: 7-9)	Uno le toca vivir como pueda		
		Depresión-tristeza. 2 (TP:4-6 y 7-9)	Quiero irme de aquí, les digo déjenme solo La cabeza la tengo seca de lagrimas, eso es horrible		
		Minusvalía 1 (TP: 4-6)	Uno se cree menos que las demás personas		
	POSITIVA 11	Superación : 11	El día que me pude pasar a la silla, me pude bañar, un éxito lindo, poderse bañar uno mismo y to asearse, lo máximo. Voy a aprovecharlo y a vivir al máximo Les doy un ejemplo para otros que están alentados	APRENDIZAJE Habilidades: modos de adaptación Creación de lenguaje: Quebrados: estado actual de discapacidad Alentados: estado anterior	
	NO ACEPTA 5	Inestabilidad : 2 (TP: 1-3 Y 4-6)	...hay días en que si, días en que no, es un nivel m inestable...		
		Negación: 3 (TP: 1-3 y 7 - 9)	Dios me va ha parar, sueño que me levanto Desde un comienzo no he creído, dios es más grande que una bala. En la mente todavía no se me grava que soy un discapacitado.		
	ACEPTA 5	Concienciación: 1 (TP:1-3)	Tengo que aceptarlo		

PERCEPCION F10		EMOCION	EMIC
	ADAPTACIÓN	Se sienten adaptados: 14 min.: 6 meses y máx. de 3 años	Me sentí adaptado, adaptado a los 9 o 10 meses Un tiempo que considero rápido de seis meses Si como a los tres años que salí.
		No se sienten adaptados: 1	No, yo no, siento que no puedo maniobrar la silla, ni salir, no salgo si no me sacan...
VISION SOCIAL	Acogimiento: 3	La familia y los amigos	
	Abandono: 2 por parte de la familia 10 por parte de los amigos 10 por parte del estado	La mujer me dejó, si yo creo que por eso Esperaba más apoyo de la que fue mi mujer Los amigos se acaban El estado no nos apoya	
	Indiferencia:1	No lo ven, no le ponen cuidado	
	Rechazo:6	No digo discriminación, pero lo miran diferente Lo miran como una mierda, como una basura. Piensan que uno va a pedir limosna	
	Lastima: 4	Lo miran con esa complacencia, diciendo pobrecito...	

Tabla 7. Percepción de la adaptación a la discapacidad.

JUICIO:

Al discapacitado no tienen que darle pescado si no enseñarlo a pescar.

Al discapacitado lo ven según el trabajo que desempeñe.

Se debe trabajar en las aulas de clase

APRENDIZAJE

Habilidades: modos de adaptación

Creación de lenguaje:

Caminantes: personas sin paraplejia.

Un 20 % de los individuos estudiados, percibieron su discapacidad como negativa, todos ellos con un tiempo de paraplejia entre 4 y 6 años, en quienes se vieron presentes estímulos como la muerte de un familiar cercano, barreras arquitectónicas que impedían la recuperación de su independencia y la pérdida de roles adquiridos previamente.

En cuanto a la aceptación a su discapacidad, (Tabla 7) 66,7% refieren que aceptan el hecho de ser discapacitados, demostrando concienciación y duelo, frente a un 33,3% de individuos estudiados que no aceptan su discapacidad, manifestando inestabilidad y negación en expresiones como:

“En la mente todavía no se me grava que soy un discapacitado” (entrevista 3).

La presencia o no de aceptación, no correspondió con el tiempo de paraplejia, se presentó en individuos sin condiciones ambientales similares.

Respecto a la adaptación a la discapacidad, 93.3% manifestaron sentirse adaptados, dicha población, está comprendida entre un tiempo mínimo de paraplejia de 6 meses a tres años, intervalo de tiempo que sugiere que más que deberse al tiempo, la adaptación es multicausal. Un 6.7% de la población a estudio, manifestó no sentirse adaptada aún, dicho caso se caracterizó por un tiempo de paraplejia de 4 años, un nivel de adaptación previo correspondiente a compensado, estímulos negativos presentes tales como barreras arquitectónicas que le han impedido recobrar su independencia, escaso apoyo familiar y precaria situación económica. Los juicios identificados ante la percepción de discapacidad, corresponden a sentimientos de superación y anhelos de inclusión social. Las habilidades adquiridas correspondientes, son el aprender a maniobrar la silla y a practicar un deporte como el tenis o el baloncesto.

La visión social del discapacitado, además de ser un estímulo contextual, es percibida por los sujetos de estudio de manera positiva, negativa o variada, despertando emociones como acogimiento, abandono, discriminación e indiferencia. Uno de los sujetos expresa:

“Los caminantes, uno si pa´ que uno va a hablar, la mayoría de gente le tiene lastima a uno, le dicen pobrecito y eso si me emberraca a mí, que le digan a uno pobrecito. Le ayudan por lastima” (entrevista 3)

En dicha cita, se refleja uno de los procesos de cognición, el aprendizaje, que se manifiesta de dos maneras, con la adquisición de habilidades y/o con la formación de lenguaje. La palabra “caminantes” sienta la diferencia entre un grupo social

formado en el afán adaptativo de los seres encontrados como iguales, un “caminante”, no alberga en su conciencia la necesidad de diferenciar el poseer o no, esta facultad, para sí, es innata y socialmente no sobresale por ella, para las personas con paraplejia, ésta diferencia se hace evidente y más aun la necesidad de expresarla.

Un primer encuentro con la discapacidad, permitió a los individuos apreciar su nueva situación, meditar sobre lo que ésta traería para sí mismos y su círculo social, es así como un proceso de cognición, generó en los individuos, cambios que se reflejan en las conductas y determinan el nivel adaptativo ante la paraplejia adquirida.

7.5 NIVEL DE ADAPTACION

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos con anterioridad, por lo tanto, la percepción que tienen de las situaciones a las cuales se enfrentan, son individuales y diferentes para cada individuo. Las conductas aprendidas por los sujetos de estudio, es decir, las salidas que se reflejan en los modos de adaptación psicosocial y fisiológico, se traducen en respuestas adaptativas o inefectivas que determinan el nivel de adaptación.

La capacidad de aprendizaje de los individuos, hace posible la adquisición de conductas adaptativas, por lo tanto, el profesional de enfermería debe actuar para promover las situaciones de bienestar en pro de mejorar el nivel de adaptación de las personas. El papel del cuidado, encierra una serie de actividades que se enmarcan en el acto de educar. El profesional de enfermería, gracias al contacto permanente con el paciente, es capaz de reconocer el potencial adaptativo de los individuos y de encaminar la adaptación. Las actividades cotidianas de cuidado, que abarcan principalmente, la higiene diaria, la administración de tratamientos y los procedimientos, resultan propicias para educar sobre los cuidados que los sujetos deben aprender, para el mantenimiento de su salud.

Después de haber revisado el proceso de adaptación, se realiza un estimado de conductas adaptativas e inefectivas que orientan sobre el nivel de adaptación de cada participante del estudio, (ver figura 9). Se encontró que previo a la paraplejia el 80% de los entrevistados se encontraba en un nivel de adaptación integrado debido a que tenían su hogar, su trabajo, el 13.3% tenía un nivel de adaptación compensado, quienes referían haber tenido dificultades pero lograron mantener un equilibrio y el 7% restante se clasificó con un nivel de adaptación comprometido ya

que tenía problemas con la ley, y no realizó estudios o no alcanzó un desarrollo acorde a su ciclo vital.

Algunas conductas adaptativas e inefectivas, se ilustran en la figura 8 el balance de las mismas, permite establecer el nivel de adaptación actual de los individuos.

En las salidas, se encontró que para el 80% de los entrevistados, el nivel de adaptación era compensado ya que habían puesto en marcha estrategias de adaptación que lograron conservar el estado de equilibrio perdido y el 20% restante se clasifica con un nivel de adaptación comprometido, porque las estrategias puestas en marcha, han sido ineficaces o insuficientes, resultando en problemas de adaptación, evidenciados en problemas de salud, pérdida de roles e incapacidad de adquirir conductas adaptativas referentes a la movilidad. (Ver figura 12)

Figura 8. Estimado de conductas adaptativas e inefectivas

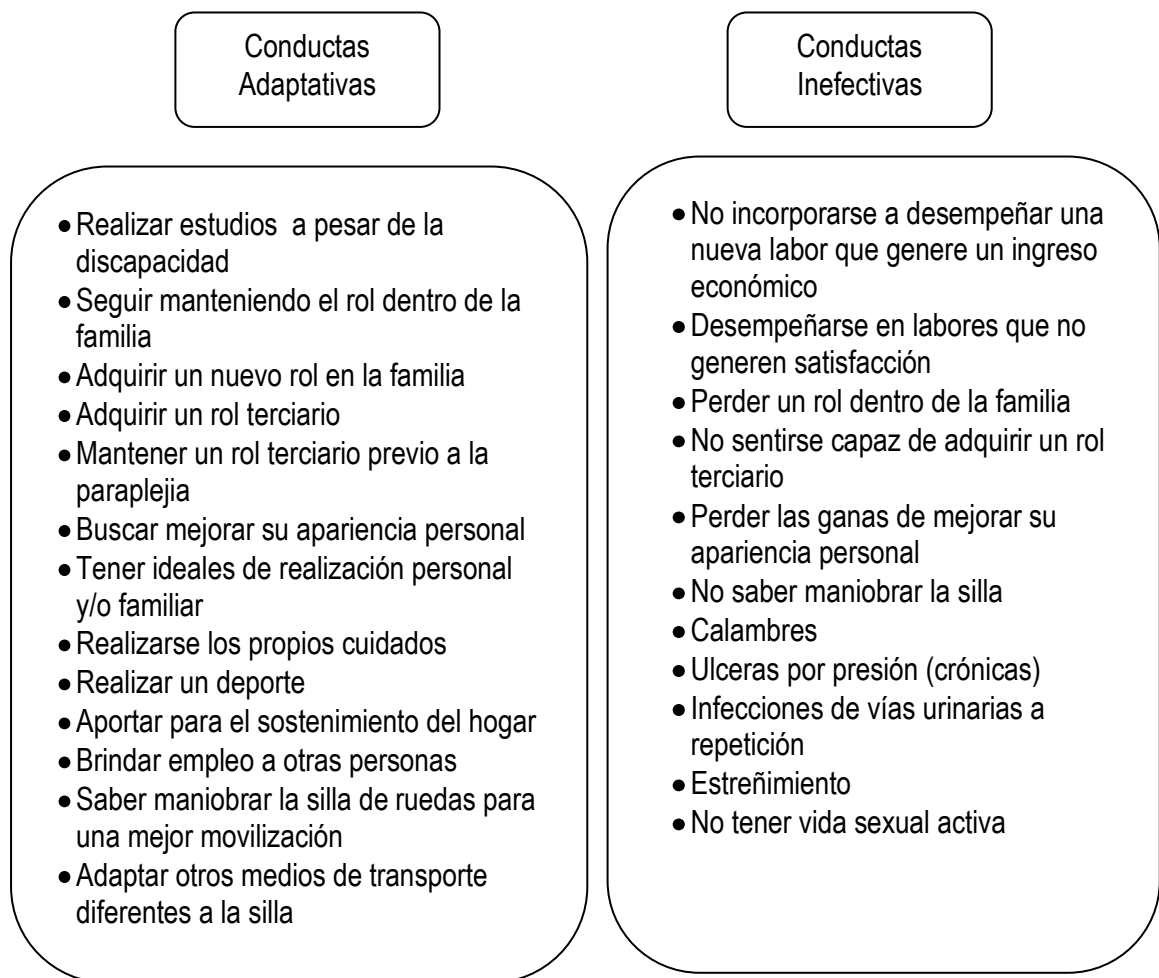
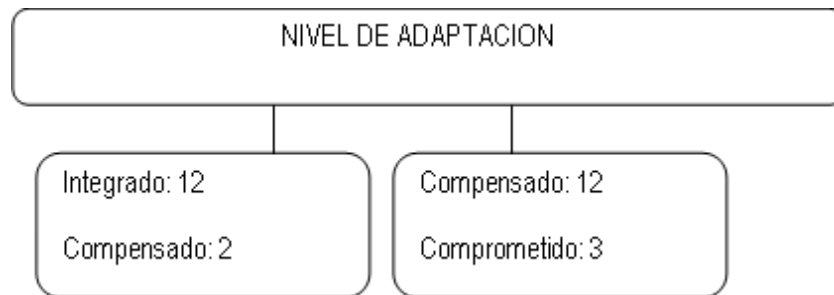


Figura 9. Nivel de adaptación final.



7.6 ESCALA DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION APLICADO – CAPS

La escala de afrontamiento y adaptación aplicado CAPS, fue creada por Callista Roy con el propósito de conceptualizar y comprender el proceso de afrontamiento y adaptación, esta escala permite identificar la capacidad, el estilo y las estrategias que utiliza una persona para controlar una situación crítica y promover su adaptación. La escala consta de 47 reactivos con 5 factores o dimensiones según ROY, que se califican con la frecuencia que se presente en el entrevistado. Van desde nunca, casi nunca, algunas veces y siempre, con puntajes de 1, 2, 3 y 4 respectivamente, cada reactivo es una frase corta acerca de cómo una persona responde ante un evento crítico; el puntaje obtenido tras la aplicación de la escala puede oscilar entre 47 a 188 puntos, lo que quiere decir que a mayor puntaje, hay mayor uso consciente de estrategias. Para obtener el puntaje total hay que invertir el valor de los siguientes 15 reactivos: 5- 8- 11- 13 – 15 - 20 – 23 – 24 – 33 – 35 – 39 – 42 – 43 -45 – 47, los cuales corresponden a preguntas donde no hay uso de estrategias de afrontamiento, por lo tanto los valores serán: nunca= 4, casi nunca = 3, algunas veces = 2, siempre =1.

En los sujetos de estudio, se aplicó esta escala con el objetivo de mostrar las estrategias que ellos están utilizaron en el momento de la investigación, para así relacionar estos resultados con el proceso de adaptación a la paraplejía, que se ha venido desarrollando.

Las puntuaciones obtenidas en los 15 participantes oscilan entre 124 y 140 puntos. La media obtenida en la población, fue de 147.2, por lo cual se podría decir que el grupo tiene un buen uso de estrategias de afrontamiento, pero por ser la población del estudio, pequeña y los resultados tan variables, se analizara en particular los resultados para cada sujeto de estudio y otros factores que pueden intervenir en el uso de estrategias de afrontamiento.

Tabla 8. Puntuación por factores

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
FACTOR 1	28	34	33	38	34	32	35	28	35	37	40	34	33	33	24
FACTOR 2	36	49	39	50	41	44	55	32	42	49	46	48	44	45	44
FACTOR 3	24	33	24	27	24	28	33	23	30	28	27	27	27	30	30
FACTOR 4	15	22	19	20	20	21	20	20	22	21	20	21	18	20	21
FACTOR 5	21	23	21	24	23	23	26	19	23	23	16	22	22	24	21

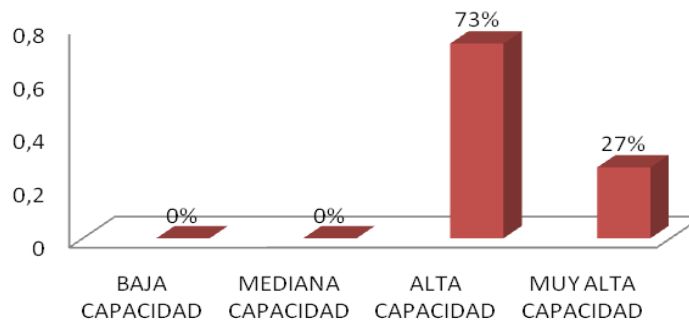
En la tabla 8, se muestran los resultados generales obtenidos en la aplicación de la escala según el grado de capacidad de afrontamiento y adaptación para así analizarlos estilos, dominios, y estrategias de afrontamiento, siendo MC: mediana capacidad de afrontamiento, AC: alta capacidad de afrontamiento y MAC: muy alta capacidad de afrontamiento, en el resultado no se estima BC: baja capacidad de afrontamiento puesto que no se presentó en ninguno de los participantes del estudio.

Tabla 9 Resultados generales de los 15 participantes.

GRADO DE CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION															
	E1	E2	E3	E4	E5	E	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15
FACTOR 1	MC	AC	AC	MAC	AC	AC	AC	MC	AC	MAC	MAC	AC	AC	AC	MC
FACTOR 2	AC	MAC	AC	MAC	AC	MAC	MAC	MC	AC	MAC	MAC	MAC	MAC	MAC	MAC
FACTOR 3	AC	MAC	AC	AC	AC	AC	MAC	MC	MAC	AC	AC	AC	AC	MAC	MAC
FACTOR 4	MC	MAC	AC	AC	AC	MAC	AC	AC	MAC	MAC	AC	MAC	AC	AC	MAC
FACTOR 5	AC	AC	AC	AC	AC	AC	AC	MC	AC	AC	MC	AC	AC	AC	AC
ESCALA	AC	MAC	AC	MAC	AC	AC	MAC	AC	AC	MAC	AC	AC	AC	AC	AC

Gráfico 6. Grado de afrontamiento y adaptación de los entrevistados según la escala de afrontamiento y adaptación – CAPS.

GRADO DE AFRONTAMIENTO Y ADPTACION DE LOS PARTICIPANTESSEGUN LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION - CAPS



A la aplicación de la escala el 73% de los entrevistados presentan una muy alta capacidad de afrontamiento y adaptación y el 27% con alta capacidad, ninguno de los participantes se encuentra con mediana y baja capacidad.

Teniendo en cuenta los criterios de la tabla 9, el 73% tienen un estilo muy activo de afrontamiento, utilizando estrategias de resolutivas a la situación crítica, a nivel cognitivo este porcentaje de la población encuentran significado a la situación, valoran el suceso de una manera optimista, anticipan planes de acción para darle solución, de esta forma demuestran que se ocupan del problema, su conducta se dirige a confrontar la realidad, aceptan la responsabilidad en el origen de la situación mas no se culpabilizan, consideran el problema o la situación estresante susceptible de modificar, a nivel emocional, regulan y controlan sus reacciones emocionales y la tensión que genera la situación crítica.

El 27% de los participantes en el estudio tienen una alta capacidad de afrontamiento y adaptación, el estilo de afrontamiento sigue siendo activo y las estrategias aunque no son resolutivas si son centradas en el problema, este grupo aun percibe la situación como controlable, a nivel cognitivo buscan darle significado al suceso, mantienen pensamientos positivos, por ejemplo mantienen pensamientos de superación, sus conductas van dirigidas a confrontar la realidad y manejar la situación, buscan ayuda. A nivel emocional reflejan esfuerzos para regular los aspectos emocionales, aunque aun no tienen el control de la situación, buscan mantener el equilibrio afectivo.

8. DISCUSIÓN

Los procesos de afrontamiento en la adaptación a diferentes enfermedades, han sido elemento de interés para disciplinas como la psicología y la enfermería, en diferentes estudios, se explican las fases del ajuste o las estrategias de afrontamiento que los individuos utilizan para promover su adaptación.

En lo referente al rol primario, el predominio del género masculino es una constante en los estudios sobre la lesión medular, lo que coincide con el presente estudio. La edad, fue incluida dentro de los criterios de inclusión, la población estudiada se delimitó a sujetos adultos por lo que el análisis de la edad no resulta significativo. No se encontraron estudios en los que se planteara una descripción comparativa del proceso de adaptación, frente al estadio anterior a la adquisición de la paraplejia y el posterior a la misma.

Entre los factores personales que explican las variaciones en el afrontamiento se han señalado características sociodemográficas como la edad, el género y el nivel socioeconómico, En el área de la salud, Pelechano et al. (1994) y De Miguel y García (2000) ofrecen evidencia de las diferencias del afrontamiento entre los géneros. Mientras que los *hombres* tienen actitudes y acciones realistas hacia la enfermedad, centradas en la búsqueda de información, de tratamiento y de apoyo, las *mujeres* presentan una mayor utilización de estrategias de tipo emocional y de corte social. Sin embargo, hace falta obtener más datos para llegar a conclusiones definitivas en esta materia, considerando la influencia de las variables culturales y de personalidad.³¹

En un estudio brasilero de enfermería sobre las estrategias de afrontamiento a la discapacidad motora, publicado en el 2007, se encontraron la negación, la búsqueda de información y el aprendizaje como estrategias más utilizadas por las personas con discapacidad y sus familiares para lograr la adaptación. En este estudio se refiere: "La negación y o minimización de las secuelas de la lesión medular puede ser benéfica en la fase inicial de la adaptación la paraplejia, haciendo con que la persona separe el lado emocional del lado clínico, esto hace

³¹ Pelechano, V., y De Miguel, A. (1991): *Locus de control y motivación de rendimiento en ancianos: Evaluación y primeros resultados para dos instrumentos*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17 (53-54), 333-350.

con que el paciente y los familiares se sientan demasiados tristes y les da tiempo para que organicen modalidades personales de comprensión de la situación”. En el presente estudio se encontró, sin embargo, que la negación, no solo está presente en un estadio agudo, persistió en casos incluso con tiempo de paraplejia de 7 a 9 años, donde los individuos manifiestan no aceptar su situación de discapacidad y aun esperar la cura para su estado.³² Al respecto, se encontró un segundo estudio acerca de la ciudadanía y calidad de vida de las personas con lesión medular que cita: “Otras circunstancias que han influido en las condiciones de vida de las personas es la ignorancia, abandono, superstición, miedo, factores sociales, que a lo largo de la historia, ha aislado las personas con deficiencia y atrasado su desarrollo. Aplicándolo a los casos en los que persiste la negación pese un tiempo prolongado de paraplejia, están presente situaciones como creencias religiosas y desconocimiento, donde la incredulidad persiste debido a la percepción de su cuerpo completo, sin alteraciones visibles que expliquen la causa de su deficiencia física. En el presente estudio, el aprendizaje fue identificado como un proceso cognitivo derivado del afrontamiento a un estresor, a la vez que fue entendido como una conducta adaptativa para promover la adaptación, en el estudio mencionado anteriormente sobre las estrategias de “coping” se afirma: “Aprender significa hacerse apto o capaz de alguna cosa, en consecuencia de estudio, de la observación o de la experiencia vivida. Para la persona con una lesión medular significa, convivir con la deficiencia y aprender a lidiar con las dificultades diarias y quitar una lección de cada problema enfrentado, recogiendo, así, una solución para ellos. Aprendizaje aquí, representa aprender desde los cuidados relativos las actividades de vida diaria como la reitegração familiar, social, laboral”. Los hallazgos propios y de la literatura revisada, acreditan la adaptación como un proceso transformador que apunta a generar crecimiento en los individuos.

Cuando los sujetos percibieron su deficiencia física, y los cambios que esta conlleva, se generaron una serie de procesos internos producto de la asimilación de la situación y de la definición de la conducta ante la misma, en otras investigaciones, se refiere respecto al descubrimiento de la paraplejia y sus consecuencias, que pueden generar traumas emocionales, detectados bajo la forma de depresión, tristeza, soledad, desesperanza, melancolía e ideas de suicidio, que puede llevar los pacientes a sentimientos negativos, dificultando la elaboración de los enfrentamientos que mejoren las condiciones generales de estos.³³ Frente a esto, se encontró que la percepción negativa de la discapacidad, persistió en un 20% de los individuos con un tiempo de paraplejia entre 4 y 9 años, en quienes se identificó un ambiente hostil, para el 80 % restante, con un tiempo

³² Silva, AMF. Rev. Texto & Contexto Enfermagem. Refletindo sobre a qualidade de vida do portador de deficiência: resgatando os direitos de cidadão. In: Qualidade de Vida e a Enfermagem, 1999

³³ Carvalho ZMF. O significado da paraplegia para pacientes internados. Pensar Enfermagem. Vol. 6.Nº 2, 2º Semestre de 2002.p:16-24.

de adaptación variado, se identificó una percepción positiva de la discapacidad, siendo ésta entendida como un reto.

En lo concerniente a la visión social, estudios al respecto, confirman que la discapacidad es entendida como sinónimo de invalidez, contribuyendo para que las personas mantengan sentimientos negativistas y pesimistas sobre su estado general. Lo que es demostrado por sujetos de estudio quienes muestran cambios en su autoconcepto ante la respuesta social a sus diferencias.

La reducción de la autonomía impuesta por la paraplejia es un contingente de disgregación de los lazos sociales, hizo con que aumentara la vulnerabilidad y la incertidumbre ante el futuro. (Calidad de vida)

Entre las variables psicológicas tradicionalmente estudiadas en las personas con LM la más evaluada con diferencia ha sido la **depresión**. La mayoría de las investigaciones se han realizado desde el enfoque de la *psicopatología* y se han centrado en la morbilidad psicológica de las personas con Lesión Medular, Algunos estudios han relacionado la depresión con el *nivel de actividad* o con aspectos *neuropsicológicos*, presentes ante la aparición de una Lesión Medular. Así, la *depresión* puede entenderse como una conducta reactiva, presente o no, ante las demandas de una situación estresante como es la aparición de la Lesión Medular y cuya presencia depende de múltiples factores y no de la lesión en sí misma. De igual forma, la *negación*, puede estudiarse no como mecanismo patológico sino como estrategia de afrontamiento, desde la perspectiva del estrés, la negación es una conducta que la persona utiliza para afrontar la incertidumbre y procesar la información durante el proceso de rehabilitación.³⁴

La falta de conclusiones definitivas sobre la depresión y la Lesión Medular, y que a menudo ha dado lugar a creencias erróneas al respecto, es el resultado de las deficiencias metodológicas y los errores frecuentemente cometidos en su estudio, Todas las argumentaciones anteriormente expuestas y los datos empíricos comentados sugieren que es inadecuado utilizar el enfoque de la psicopatología, centrado en la morbilidad psicológica, para explicar el elevado estrés emocional como respuesta ante la aparición de una LM. Frente a esto, parece más adecuado el estudio de la depresión desde la perspectiva biopsicosocial y los estudios del estrés, que consideran que la forma de actuar del lesionado medular y las estrategias de afrontamiento utilizadas tienen mucho que ver en el estado

³⁴ Taylor, S.E.; Collins, R.L.; Skokan, L.A., y Aspinwall, L.G. (1989): *Maintaining positive illusions in the face of negative information: Getting the facts without letting them get to you*. Journal of Social and Clinical Psychology

emocional asociado³⁵. Desde este planteamiento, la depresión no sería ya un fin de estudio en sí misma sino un indicador del proceso de adaptación y de la eficacia de las estrategias de afrontamiento utilizadas, Así, conceptos como la depresión o la negación, elementos clave en las teorías tradicionales, ven cuestionado su protagonismo en las explicaciones que se dan de la adaptación a la Lesión Medular.

En el presente estudio el nivel cultural el cual establece una relación directa con la situación económica de los participantes, se observó que estos aspectos facilitan el proceso de adaptación del individuo a la paraplejía, puesto que se encontró un menor tiempo en el proceso y menor incidencia de complicaciones propias de la paraplejía. Lo anterior concuerda con otros estudios donde los autores afirman: “En el nivel cultural son las personas con estudios primarios las que presentan. Esto puede ser debido a que tengan más dificultades a enfrentarse a la nueva situación”.

Los resultados obtenidos revelan que el entorno hospitalario no actúa como un estímulo en el proceso de adaptación puesto que el aprendizaje acerca de los cuidados se obtiene mediante redes de apoyo social como contacto con otros discapacitados y en la relación grupal. Estos resultados coinciden con las afirmaciones de Carvalho quien refiere que la persona con paraplejía es en un principio un sujeto pasivo a la espera de que el sistema sanitario le facilite algún remedio para su enfermedad, pero es en los lazos que establece en la relación grupal donde aprende pautas de autocuidado que favorece un proceso de autonomía personal disminuyendo su dependencia de los profesionales y aumentando el control sobre la enfermedad.

En un estudio realizado por Hernanz G, se aprecia que a mayor grado de incapacidad hay una mayor desadaptación al medio y aislamiento social de los pacientes después del accidente, estos resultados difieren con los obtenidos en el presente estudio donde la relación establecida entre el grado de discapacidad, la desadaptación al medio y el aislamiento social es variable.

³⁵ Boekamp, J.R.; Overholser, J.C., y Schubert, D.S.P. (1996): *Depression following a spinal cord injury*. International Journal of Psychiatry in Medicine, 26 (3), 329-349.

9. CONCLUSIONES

La adquisición de una discapacidad como la paraplejia, se convierte en un estímulo para los individuos consolidándose en una situación a afrontar. Los cambios generados de manera multidimensional en las personas con paraplejia generan un proceso de adaptación diverso para cada uno de ellos y además, mediado por el entorno. En todos los sujetos de estudio se evidenciaron cambios en los roles desempeñados. Algunos de los sujetos de estudio no vieron en la paraplejia una limitante para mejorar su grado de escolaridad, por otro lado, el rol laboral se afecta negativamente, las personas con paraplejia no consiguen competir de manera igual con otras personas, por lo cual hay una disminución en los ingresos familiares y en la calidad de vida.

En lo referente al autoconcepto, se deduce que se afecta negativamente en un estadio agudo de la lesión medular, pero tras el proceso adaptativo, el autoconcepto, se ve influenciado además, por el entorno. Para los sujetos de estudio en él 67% la situación de paraplejia no influye en su yo físico al igual que el yo ideal dado que para el 100% de los sujetos corresponde al ciclo vital que atraviesan.

La interdependencia es afectada en todos los sujetos, quienes adquieren roles como el del autocuidado al igual que pierden otros, lo que se relaciona con el aspecto laboral.

Uno de los aspectos mayoritariamente afectados por el estímulo focal, corresponde precisamente al cambio en el modo fisiológico, es decir, en la salud de los individuos. Aunque en un 13.3% las complicaciones derivadas de la paraplejia no son frecuentes, en el porcentaje restante, se ha convertido en un fenómeno continuo en quienes constituye un estímulo negativo en el proceso adaptativo, cabe señalar, que las complicaciones se presentan en sujetos en los que además, predomina, una difícil situación económica.

El conocimiento acerca de los cuidados en la paraplejia es un elemento fundamental para lograr un compromiso tanto del paciente como de su familia con todo lo relacionado a esta condición de discapacidad. Se encontró que los participantes de esta investigación tenían poco conocimiento acerca de estos cuidados por lo cual se hallaron muchas complicaciones que interfieren en el proceso de adaptación.

El pertenecer a la FAP, para todos los sujetos de estudio, constituyó un estímulo positivo, en la medida que a través de ésta, se les facilitó la reintegración a la vida social mediante el contacto con otras personas en situación de discapacidad, el ingreso a grupos deportivos o la adquisición de dispositivos para el cuidado.

Uno de los hallazgos más sobresalientes y presentes en todos los sujetos, lo consolida el aprendizaje. La situación de discapacidad, estimuló en los participantes del estudio, la adquisición de habilidades, de roles y de lenguaje. El proceso adaptativo independiente del nivel adaptativo logrado, se constituye como un generador de aprendizaje, las conductas adaptativas son reevaluadas permanentemente y son cambiadas en el esfuerzo constante por restablecer el equilibrio.

El 93.3% de los sujetos, manifestaron sentirse adaptados, en dichos individuos, el contexto era diverso, la percepción de la adaptación, no se vio relacionada con el tiempo de paraplejia, al contrario, la falta de relación, permitió inferir, que la adaptación es de etiología multicausal, mediada por las características del entorno.

En el 80% de los entrevistados que se encontraron en un nivel de adaptación integrado debido a que tenían su hogar, su trabajo y especialmente debido a la adquisición de gran cantidad de conductas adaptativas.

Al relacionar el nivel adaptativo con el puntaje obtenido en las CAPS, se encontró que tanto individuos clasificados con un nivel adaptativo compensado como comprometido, obtuvieron puntajes altos en dicha escala. Lo que indica que aunque los individuos estén poniendo en marcha estrategias adecuadas de afrontamiento, estas no están teniendo resultados, indicando una vez más, que no solo la adaptación depende de los individuos, sino que además, esta mediada por el entorno.

10.RECOMENDACIONES

El modelo de adaptación de Callista Roy se convierte en un gran instrumento para evidenciar el proceso de adaptación a patologías crónicas y constituye un punto de partida para teorizar el cuidado de las personas afectadas. No obstante, la escala CAPS por sí sola, sería insuficiente para inferir sobre el nivel adaptativo de los individuos, por esta razón, en estudios cualitativos se recomienda el uso de la escala CAPS junto a la descripción del proceso de adaptación, como un instrumento para identificar estrategias utilizadas por los individuos

El profesional de enfermería debe desempeñar un papel fundamental en el manejo de los pacientes con paraplejia sus intervenciones son necesarias para lograr una adecuada rehabilitación, fortaleciendo el conocimiento e interés en estos pacientes por su nueva condición de vida. Se recomienda la implementación del material educativo de adaptación a la paraplejia que se generó a través de esta investigación, para el personal de salud en donde se orienta y brinda un manejo adecuado a las personas parapléjicas, además de lograr que la familia se involucre de una manera activa brindándoles educación en cuanto a cuidados y recomendaciones que deben tener en cuenta en casa para su rehabilitación.

11.PROPUESTA

11.1 PROPUESTA EDUCATIVA EN ADAPTACION Y CUIDADO EN LA PARAPLEJIA.

11.1.1 Introducción

La discapacidad motora, genera en el individuo una reestructuración debido al cambio que enfrenta. Las secuelas originadas afectan a la persona de forma global, haciéndose evidente la necesidad de modelos funcionales en todos los ámbitos del individuo y más aun que trasciendan al contexto en el que éste se desarrolla.

La propuesta educativa en adaptación y cuidado en la paraplejia va dirigida a todas aquellas personas que atraviesan por una situación de discapacidad motora, pretende también ser una ayuda para el profesional de enfermería quien es un agente de educación dentro de las instituciones de salud.

Con esta propuesta se busca educar desde la experiencia de personas que ya han vivido la situación de discapacidad convirtiéndolos también en agentes educativos, es una propuesta que se genera desde las personas paraplégicas quienes coinciden en haber aprendido mejor acerca de los cuidados en la paraplejia de personas que ellos consideran se encuentran en iguales condiciones y aportan más desde la experiencia no solo en el cuidado sino también en la adaptación.

11.1.2 Justificación

Los resultados del Censo adelantado por el Departamento Nacional de Estadística, DANE, revelan la situación de la discapacidad en Colombia. En éste se establece para el país una prevalencia de discapacidad del 6,4%. Esta situación contiene importantes diferencias regionales, es decir, mientras en el promedio nacional por cada 100 colombianos, el 6,4 % presentan limitaciones permanentes, el promedio es más alto en los departamentos de Cauca, Nariño, Boyacá, Huila, Quindío, Caquetá y Tolima, con especial consideración, el

departamento del Cauca, donde 28 de cada 100 habitantes tienen limitaciones para caminar

Adquirir una discapacidad como la paraplejia, conlleva una serie de cambios que abarcan tanto aspectos biológicos como psicológicos y sociales; las complicaciones fisiológicas iniciales son manejadas intrahospitalariamente, en algunos casos, este manejo es complementado con fisioterapia, y aunque claramente los avances en el tratamiento de esta entidad, han avanzado hasta el punto de extender la expectativa de vida considerablemente, dos aspectos son frecuentemente pasados por alto: en primer lugar, las complicaciones de la paraplejia y por tanto el cuidado requerido en el hogar pocas veces es claro para quienes la adquieren, y en segundo lugar, después del proceso de afrontamiento, los individuos se convierten en los verdaderos poseedores de un conocimiento integral que los profesionales de la salud desconocen dado el predominio de modelos biológicos en el tratamiento.

Si bien, los profesionales de salud son poseedores de un conocimiento clínico completo, la verdadera dificultad se halla en la transmisión de este conocimiento a los sujetos con discapacidad, quienes en un estadio agudo, dada la situación que enfrentan, pueden no estar receptivos a la educación que debería suministrárseles. Por otra parte, una de las formas de obtener acogimiento por parte de los pacientes, es demostrando el interés por sus preocupaciones, escuchándoles y estableciendo una relación de empatía que permita un verdadero conocimiento psicosocial.

11.1.3 Objetivo general

Contribuir a que las personas con paraplejia mejoren su potencial de adaptación mediante la educación por medio de un material educativo, que oriente sobre las experiencias psico-afectivas experimentadas en dicho proceso y sobre las prácticas de cuidado que deben aprender para evitar complicaciones.

11.1.4 Objetivos especificos

- Identificar experiencias en la población de estudio que ayuden al individuo con paraplejia en el proceso de afrontamiento y adaptación.
- Crear material educativo que oriente en cuanto a los cuidados y prevención de las complicaciones en la paraplejia.
- Vincular a las instituciones de salud y a la fundación de apoyo a la población vulnerable en el uso del material educativo para la orientación de las personas con paraplejia.

11.1.5 Metodología

A partir de la descripción de los procesos de adaptación de los individuos del estudio, se busca crear material educativo, con el fin de brindar herramientas a las personas que empiecen a afrontar la paraplejía.

Se entregara el material educativo a las instituciones de salud para fortalecer la educación del individuo desde que ingresa a la institución de salud, también se entregara el material educativo a la fundación de apoyo a la población vulnerable (FAP) quienes captan la mayora de la población que esta afrontando la paraplejía.

11.1.6 Estrategias

Identificar individuos que estén atravesando por el proceso de adaptación a la paraplejía, describir su proceso de adaptación y los cuidados que requirieron durante el proceso.

Generar material educativo para el individuo parapléjico que contenga los cuidados requeridos.

Entregar material educativo a las instituciones de salud, para fortalecer la educación de los individuos desde el momento que ingresan a la institución.

Entregar el material educativo a la Fundación de Apoyo a la población vulnerable (FAP) ya que esta fundación canaliza la mayor parte de población discapacitada en el municipio.

BIBLIOGRAFÍA

Alarcón-Rosales María de los Ángeles. Modelo de adaptación: aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15 (3): 155-160 155.

Boekamp, J.R.; Overholser, J.C., y Schubert, D.S.P. (1996): *Depression following a spinal cord injury*. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26 (3), 329-349.

Carvalho ZMF. O significado da paraplegia para pacientes internados. *Pensar Enfermagem*. Vol. 6.Nº 2, 2º Semestre de 2002.p:16-24.

Cuervo C, Escobar M, Trujillo. Más allá de una visión clínica de discapacidad. *Revista Ocupación Humana* 2000; 8 (4):12-16. Citado por la nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación

Erikson E. el ciclo vital según Erickson. Editorial Manual Moderno; 1997

Facultad de Enfermería, Universidad de la Sábana. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy". Aquichan, 2002; 7.

Grupo de estudio para el desarrollo del Modelo de Adaptación, Facultad de Enfermería, Universidad de la Sábana. Análisis de los Conceptos del Modelo de Adaptación de Callista Roy. Aquichan 2002; 2.

Hansen B, Núñez JL. Desarrollo en la edad adulta. Editorial Manual Moderno; 2003.

I Leal, F Vidales, I Vidales. Psicología general. Limusa noriega editores. Méjico 2005.

MANUEL GINER PASCUAL, MARÍA DELGADO CALVO, INMACULADA MIGUEL LEÓN, J. VICENTE FORNER VALERO, RAFAEL MIRÓ VILA. Guía de Autocuidados Lesión Medular. Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2001. 1ª edición

Miguel Ángel Pérez Lucas. *Infomedula*. abril de 2008 nº8 p,23.

Ministerio de salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Colección rehabilitación. 1995. p.58.

Pelechano, V., y De Miguel, A. (1991): *Locus de control y motivación de rendimiento en ancianos: Evaluación y primeros resultados para dos instrumentos*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17 (53-54), 333-350.

Roy Callista, Sesión de trabajo teórico, durante la pasantía doctoral en Boston College enero 2007. Traducido por Yolanda M. González

Rueda R .León Aguado.Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 1.ª edición: 2003.

Rueda R .León Aguado. Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular © Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 1.ª edición: 2003. . 36

Taylor, S.E.; Collins, R.L.; Skokan, L.A., y Aspinwall, L.G. (1989): *Maintaining positive illusions in the face of negative information: Getting the facts without letting them get to you*. *Journal of Social and Clinical Psychology*

Universidad de Puerto Rico en Humacao: Centro de Competencias de la Comunicación. Departamento de Enfermería. 2004-05 Proceso de Enfermería: Estimado de Conductas y Estimado de Estímulos.

Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy" Facultad de Enfermería. Universidad de la Sábana; Aquichan, 2002;7.

Silva, AMF. Rev.Texto & Contexto Enfermagem. Refletindo sobre a qualidade de vida do portador de deficiência: resgatando os direitos de cidadão. In: Qualidade de Vida e a Enfermagem, 1999

Tendencias y modelos más utilizados en el cuidado de enfermería. Disponible en <http://www.enfermeria21.com/Generalitats/ficheros/verFichero.php?NzAwMTkyOTE%3D> [consultado septiembre 2008]

Documento CONPES social 80, política pública nacional de discapacidad, Bogotá D.C., 26 de julio de 2004. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad>, [consultado septiembre 2008]<http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacid>

http://www.discapacidadcolombia.com/estadisticasnal_estadisticascens

ANEXOS

**ADAPTACIÓN Y CUIDADO A PERSONAS PARAPLÉJICAS VINCULADAS ALA
FUNDACION DE APOYO INTEGRAL A LA POBLACION VULNERABLE (FAP)
BASADO EN EL MODELO DE ADAPTACION DE CALLISTA ROY.**

Encuesta N°

Fecha y hora de aplicación de la encuesta: _____

INSTRUCCIONES GENERALES: el presente instrumento consta de una encuesta dirigida que corresponde a la aplicación de la **Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación según El Modelo de Adaptación de Callista Roy**, primero se diligenciaran los datos de identificación del entrevistado y se procederá a aplicar la escala.

1. INFORMACION GENERAL

Nombres y apellidos: _____

Dirección: _____

Teléfono _____

Lugar de residencia _____

2. FUNCIONES DE ROL

2.1. Edad: _____ 2.2. Género: 2.2.1 Femenino: ____

2.2.2 Masculino: ____

2.3 Estado civil:

2.3.1 Soltero: ____ 2.3.2. Casado: ____ 2.3.3 Unión libre: ____ 2.3.4 Viudo: _____

2.4 Escolaridad. 2.4.1 Ninguna: ____ 2.4.2 Primaria (año): _____

2.4.3 Secundaria (año): _____ 2.4.4 Estudios tecnológicos (cual): _____

2.4.5 Estudios Universitarios (cual): _____

2.5 Ocupación:

2.5.1 Empleado. ____ 2.5.2 T. independiente: ____ 2.5.3 Estudiante: _____

2.5.4 Desempleado: ____ 2.5.5 Ama de casa: ____

2.6 Estrato socioeconómico: 2.6.1 Estrato 1: ____ 2.6.2: Estrato 2: ____ 2.6.3 Estrato 3: _____

2.6.4 Estrato 4: ____ 2.6.5 Estrato 5: ____ 2.6.6 Estrato 6: _____

2.7 Procedencia: _____ 2.7.1 Urbana ____ 2.7.2 Rural _____

2.8 SGSS. 2.8.1 Vinculado: ____ 2.8.2 Subsidiado: ____ 2.8.3 Contributivo: _____

2.8.4 Ninguno ____

2.9 Pertenencia a grupos: 2.9.1 Si: ____ 2.9.2 No: ____

Cual: _____

**APLICACION DE LA ESCALA DE MEDICION DEL PROCESO DE
AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION (CAPS) SEGÚN EL MODELO DE
ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY A PERSONAS PARAPLEJICAS
VINCULADAS A LA FUNDACION DE APOYO INTEGRAL A LA POBLACION
VULNERABLE (F.A.P)
POPAYAN, NOVIEMBRE DE 2008**

INSTRUCCIONES:

A continuación se encuentra una lista con las expresiones que usted tuvo que afrontar durante el proceso de adaptación a su nuevo rol después del evento traumático, usted debe responder de acuerdo al número de veces que se haya presentado: 1: Nunca, 2: rara vez; 3: algunas veces; 4: siempre

“CUANDO VIVO UN PROBLEMA, Ó UNA DIFICULTAD EXTREMA, YO.....”

	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Siempre
1. Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez.	1	2	3	4
2. Propongo una solución nueva para un problema nuevo.	1	2	3	4
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad.	1	2	3	4
4. Obtengo la mayor información posible para aumentar mis opciones.	1	2	3	4
5. Tengo dificultad para completar tareas o proyectos.	1	2	3	4
6. Trato de recordar las estrategias ó las soluciones que me han servido en el pasado.	1	2	3	4
7. Trato de que todo funcione a mi favor.	1	2	3	4
8. Solo puedo pensar en lo que me preocupa.	1	2	3	4
9. Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo.	1	2	3	4
10. Identifico como quiero que resulte la situación y luego miro como lo puedo lograr.	1	2	3	4
11. Soy menos eficaz bajo estrés	1	2	3	4
12. Me tomo el tiempo necesario y				

no actúo hasta que no tengo una buena comprensión de la situación	1	2	3	4
13. Encuentro la situación demasiado compleja, con más elementos de los que puedo manejar.	1	2	3	4
14. Pienso en el problema sistemáticamente, paso a paso	1	2	3	4
15. Parece que actúo con lentitud sin razón aparente.	1	2	3	4
16. Trato de redirigir mis sentimientos para enfocarlos constructivamente.	1	2	3	4
17. Me siento alerta y activo durante el día.	1	2	3	4
18. Pongo mis sentimientos a un lado y soy muy objetivo acerca de lo que sucede.	1	2	3	4
19. Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la situación	1	2	3	4
20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo.	1	2	3	4
21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones.	1	2	3	4
22. Analizo la situación como realmente es.	1	2	3	4
23. Tiendo a paralizarme y confundirme al menos por un tiempo	1	2	3	4
24. Encuentro difícil explicar cuál es el verdadero problema	1	2	3	4
25. Obtengo buenos resultados al manejar problemas complejos.	1	2	3	4
26. Trato de ser recursivo para enfrentar la situación.	1	2	3	4
27. Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de la gente cuando tengo que ir a lugares desconocidos	1	2	3	4
28. Utilizo el humor para manejar la situación.	1	2	3	4
29. Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida radicalmente.	1	2	3	4

30. Trato de mantener equilibrio entre la actividad y el descanso.	1	2	3	4
31. Soy más eficaz bajo estrés.	1	2	3	4
32. Puedo relacionar lo que sucede con las experiencias pasadas o con los planes futuros	1	2	3	4
33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tenga.	1	2	3	4
34. Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones.	1	2	3	4
35. Por alguna razón no parezco beneficiarme de mis experiencias pasadas.	1	2	3	4
36. Aprendo de las soluciones que han funcionado para otros.	1	2	3	4
37. Miro la situación positivamente como una oportunidad ó desafío.	1	2	3	4
38. Planteo diferentes soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar	1	2	3	4
39. Experimento cambios en la actividad física.	1	2	3	4
40. Manejo la situación analizando rápidamente los detalles tal como ellos sucedieron.	1	2	3	4
41. Trato de aclarar cualquier tipo de duda antes de actuar.	1	2	3	4
42. Trato de hacer frente a la crisis desde el principio.	1	2	3	4
43. Me doy cuenta que me estoy enfermando.	1	2	3	4
44. Adopto rápidamente nuevas capacidades, cuando estas pueden resolver mi problema.	1	2	3	4
45. Me rindo fácilmente.	1	2	3	4
46. Desarrollo un plan con una serie de acciones para enfrentar la situación	1	2	3	4
47. Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas.	1	2	3	4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por participantes de enfermería de la Universidad del Cauca. La meta de este estudio es identificar el proceso de adaptación y cuidado en la persona parapléjica basado en el Modelo de adaptación de Callixta Roy.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y completar una encuesta dirigida. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabara, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por tanto, serán anónimas, según su preferencia.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía _____ de _____ y en pleno uso de mis facultades mentales, acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es identificar el proceso de adaptación y cuidado a la paraplejia.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Firma del participante

ENTREVISTA

ADAPTACION Y CUIDADO EN PERSONAS PARAPLEJICAS VINCULADAS A LA FUNDACION DE APOYO INTEGRAL A LA POBLACION VULNERABLE (FAP) BASADO EN EL MODELO DE ADAPTACION DE CALLISTA ROY.

1. ¿Cuál es su nombre?
2. Cuántos años tiene?
3. Qué estudios realizó antes de quedar parapléjico?
4. Quienes componían tu familia antes de quedar parapléjico?
5. Tienes hijos?
6. Cual era la relación con tus familiares?
7. A que se dedicaba antes de quedar parapléjico?
8. De donde provenían sus ingresos familiares?
9. Como se percibía usted físicamente?
10. Como consideraba que era su estado de salud?
11. Practicaba algún rito religioso?
12. Como era la relación con amigos vecinos u otras personas?
13. Tenia algún problema con la ley o con las personas de su trabajo?
14. Cuál era su proyecto de vida antes de quedar parapléjico?
15. Cuantos años tenias cuando ocurrió el accidente?
16. Cual fue la causa del accidente?
17. Hace cuanto tiempo perdió el movimiento de las piernas?
18. Cuál fue su reacción al saber de que no volvería a caminar?

19. Cuanto tiempo estuvo hospitalizado?
20. Quien lo acompaño durante la hospitalización?
21. Cuáles fueron los sentimientos que experimento al saber que no volvería a caminar?
22. Al ser dado de alta a donde se dirigió?
23. Quien fue la persona que se ocupo de sus cuidados en casa?
24. Recuerda alguna situación que influyera en la adaptación a al paraplejia?
25. Actualmente con quien vive?
26. Como es la relación con las personas que convive en este momento?
27. Actualmente los ingresos familiares provienen de usted?
28. Como se moviliza usted para llegar a su trabajo?
29. Tuvo problemas al principio por la consecución de la silla de ruedas?
30. Actualmente como se percibe usted físicamente?
33. Que cuidados o elementos necesita?
34. Durante el proceso de adaptación ha tenido complicaciones en cuanto a su salud?
35. Quien realiza los cuidados que necesita?
36. Cuáles son tus metas actuales?
37. Que situaciones externas afectan su vida personal, social y familiar?
38. Has tenido contacto con otras personas discapacitadas? Crees que te ha ayudado en tu proceso de adaptación a la paraplejia?