



Doi: <https://doi.org/10.70577/asce.v4i4.553>

Recibido: 2025-11-28

Aceptado: 2025-12-03

Publicado: 2025-12-11

Adaptación del paciente politraumatizado en urgencias: abordaje desde el

Modelo de Adaptación de Callista Roy

Adaptation of the polytrauma patient in the emergency department: an approach based on Callista Roy's Adaptation Model

Autores

Johanna Elizabeth Caicedo Mina¹

Carrera de Enfermería

johanna.caicedo@upec.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-2255-1458>

Universidad Politécnica Estatal del Carchi

Tulcán – Ecuador

Juan Camilo Revelo Zuñiga²

Carrera de Enfermería

camilo.revelo@upec.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0000-2011-4038>

Universidad Politécnica Estatal del Carchi

Tulcán – Ecuador

Alex José Malquín Quiroz³

Carrera de Enfermería

alex.malquin@upec.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0002-0089-5900>

Universidad Politécnica Estatal del Carchi

Tulcán – Ecuador

Cómo citar

Caicedo Mina, J. E., Revelo Zuñiga, J. C., & Malquín Quiroz, A. J. (2025). Adaptación del paciente politraumatizado en urgencias: abordaje desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy. *ASCE MAGAZINE*, 4(4), 2869–2894.



Resumen

Introducción: El politrauma genera secuelas físicas, psicológicas y sociales; se requiere un abordaje de la adaptación desde modelos enfermeros como el Modelo de Adaptación de Callista Roy. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática (2020–2025) en bases de datos, sin restricción de idioma, siguiendo PRISMA y seleccionando 35 estudios sobre adaptación en personas politraumatizadas o con trauma en urgencias y hospitalización aguda. **Resultados:** Predominaron estudios observacionales que describen deterioro de calidad de vida, carga de síntomas emocionales y dificultades para el retorno al trabajo; los trabajos que aplican el Modelo de Roy mostraron mejoría en síntomas físicos, afrontamiento y apoyo percibido. **Discusión:** La adaptación del politraumatizado se configura como un proceso dinámico que afecta los cuatro modos del modelo de Roy y depende de factores personales, relacionales y organizativos, y exige intervenciones interdisciplinarias y continuidad asistencial. **Conclusiones:** Integrar el Modelo de Adaptación de Callista Roy en urgencias puede orientar valoraciones y cuidados centrados en la persona, aunque se requieren más estudios de intervención y en contextos latinoamericanos.

Palabras clave: Politrauma, Adaptación, Modelo De Adaptación De Roy, Enfermería De Urgencias, Resiliencia.



Abstract

Introduction: Polytrauma generates physical, psychological, and social sequelae; an approach to adaptation using nursing models such as Callista Roy's Adaptation Model is required.

Methodology: A systematic review (2020–2025) was conducted in databases, without language restrictions, following PRISMA guidelines and selecting 35 studies on adaptation in polytrauma patients or those with trauma in emergency departments and acute hospitalization.

Results: Observational studies predominated, describing deterioration in quality of life, burden of emotional symptoms, and difficulties returning to work; studies applying Roy's Model showed improvement in physical symptoms, coping, and perceived support.

Discussion: Adaptation in polytrauma patients is a dynamic process that affects the four modes of Roy's model and depends on personal, relational, and organizational factors, requiring interdisciplinary interventions and continuity of care.

Conclusions: Integrating Callista Roy's Adaptation Model into emergency care can guide assessments and person-centered care, although further intervention studies and research in Latin American contexts are needed.

Keywords: Polytrauma, Adaptation, Roy's Adaptation Model, Emergency Nursing, Resilience.



Introducción

El trauma mayor y el politrauma representan un problema de salud pública de alta prioridad por su elevada incidencia en población joven y laboralmente activa y por las secuelas físicas, psicológicas y sociales que persisten mucho después de la fase aguda. Estudios de seguimiento han demostrado que, aun cuando se logra la supervivencia inicial, una proporción importante de pacientes no recupera su nivel previo de funcionamiento, presenta dolor crónico, fatiga y limitaciones en actividades cotidianas, así como dificultades para reincorporarse al trabajo y al ocio (Silverstein et al., 2021; Vardon-Bounes et al., 2021; Rusche et al., 2025). Esta realidad ha llevado a replantear la visión tradicional centrada en la mortalidad hacia una concepción del trauma como condición de curso prolongado, con necesidades de rehabilitación y apoyo continuado a lo largo del tiempo (Herrera-Escobar y Schneider, 2021).

Más allá de los desenlaces físicos, la evidencia resalta la carga de trastornos de salud mental asociados al trauma, como el trastorno de estrés postraumático, la depresión y la ansiedad, que afectan de manera significativa la calidad de vida percibida y la participación social. Investigaciones longitudinales muestran prevalencias relevantes de síntomas de estrés postraumático en los primeros meses y su persistencia en un subgrupo considerable de sobrevivientes, influida por factores psicológicos premórbidos, estilos de afrontamiento y apoyo social disponible (O'Donnell et al., 2022; Momenyan et al., 2025; Zhang, 2020). Otros trabajos subrayan el impacto del distrés emocional agudo, especialmente en hombres politraumatizados, y la necesidad de intervenir precozmente sobre la esfera afectiva desde el entorno hospitalario y de urgencias (Angehe et al., 2023; Yao et al., 2023).

En paralelo a estos riesgos, ha cobrado importancia el estudio de procesos adaptativos positivos como la resiliencia y el crecimiento postraumático. Seguimientos de largo plazo muestran que muchos sobrevivientes refieren cambios favorables en su manera de valorar la vida, en la calidad de sus relaciones y en la percepción de nuevas posibilidades vitales, aun cuando conviven con secuelas físicas y funcionales (Kalbas et al., 2023; Li et al., 2025). La resiliencia, entendida como la capacidad de mantener o recuperar un nivel aceptable de calidad de vida frente a la adversidad, se ha analizado en diferentes grupos etarios, evidenciando patrones diferenciales según edad, gravedad lesional y contexto social (de Vries et al., 2023). Sin embargo, solo una parte de los

pacientes alcanza niveles de resiliencia similares a la población general, lo que plantea la necesidad de estrategias sistemáticas de apoyo a la adaptación después del trauma.

En este escenario complejo, los servicios de urgencias constituyen la puerta de entrada al sistema sanitario y el escenario donde se toman decisiones críticas durante las primeras horas del politrauma. La atención tradicionalmente se ha centrado en la estabilización hemodinámica y el control de lesiones, pero cada vez hay mayor conciencia de que las experiencias vividas en esta fase, la información recibida y la calidad de la comunicación influyen en la manera en que el paciente y su familia interpretan el evento y afrontan el proceso de recuperación. Estudios recientes describen la experiencia vivida de personas politraumatizadas y evidencian carencias en la comunicación, discrepancias entre equipos clínicos y una intensa necesidad de un referente único que coordine la información y el seguimiento, aspectos que impactan en la autoeficacia y el retorno al trabajo (Neubert et al., 2025; Jiang et al., 2025).

La literatura también muestra que la fase aguda es un momento oportuno para identificar el riesgo de alteraciones emocionales posteriores. Herramientas de tamizaje breves aplicadas durante la hospitalización han demostrado capacidad para predecir con buena sensibilidad y especificidad qué pacientes desarrollarán síntomas de estrés postraumático, depresión o ansiedad en el seguimiento, lo que abre la posibilidad de diseñar circuitos de intervención escalonados desde el ámbito hospitalario (Carlson et al., 2024). De forma complementaria, programas de resiliencia y recuperación asociados a los servicios de trauma buscan acompañar al paciente tras el alta mediante educación, seguimiento virtual y derivación a salud mental según el nivel de riesgo, con resultados prometedores en términos de factibilidad e integración en la práctica clínica (Wells et al., 2024; Zarzaur et al., 2024).

Desde la disciplina de enfermería, el concepto de adaptación ha sido central para comprender la respuesta humana frente a la enfermedad y orientar el cuidado. El Modelo de Adaptación de Callista Roy concibe a la persona como un sistema adaptativo que responde a estímulos internos y externos a través de cuatro modos: fisiológico, autoconcepto, rol y dependencia. La valoración sistemática de estos modos permite identificar problemas de adaptación, establecer objetivos y seleccionar intervenciones que favorezcan respuestas adaptativas eficaces. Diversos estudios de caso y diseños comparativos han mostrado que el cuidado guiado por este modelo mejora parámetros físicos, emocionales y sociales en pacientes con lesiones complejas, incluidas



amputaciones traumáticas, reimplantes de mano y quemaduras graves (Akarsu, 2024; Wang et al., 2025; Rivera Hernández et al., 2024).

En el contexto específico del trauma, el modelo de Roy se ha utilizado para estructurar el proceso de enfermería en pacientes con traumatismo craneoencefálico, para evaluar necesidades de adaptación en cuidadores de sobrevivientes y para explorar las demandas de información y apoyo psicosocial que presentan los pacientes con lesiones graves durante y después de la hospitalización (Rivera Hernández et al., 2024; Hudson et al., 2022; Jiang et al., 2025). Estos trabajos muestran que la aplicación sistemática del modelo facilita la identificación de estímulos focales y contextuales asociados al trauma, así como la formulación de diagnósticos de enfermería que integran dimensiones fisiológicas y psicosociales. No obstante, la mayoría se centra en escenarios concretos o en diseños de caso único, lo que limita la generalización de sus hallazgos a la población amplia de pacientes politraumatizados en urgencias.

Paralelamente, la investigación sobre resultados en trauma ha generado un conjunto variado de indicadores que incluyen calidad de vida, retorno al trabajo, discapacidad, participación social y bienestar psicológico, pero con escasa articulación teórica entre ellos. Revisiones recientes señalan la heterogeneidad de instrumentos utilizados y la ausencia de marcos conceptuales compartidos, lo que dificulta comparar estudios y traducir la evidencia en estrategias de cuidado centradas en la persona (Silverstein et al., 2021; Steveling et al., 2023; Neubert et al., 2025; Kus et al., 2022). Esta fragmentación contrasta con el potencial del modelo de Roy para integrar los diferentes dominios de la experiencia postraumática y ofrecer una lectura holística de la adaptación en el politrauma.

A pesar de la abundancia de estudios sobre consecuencias físicas y psicológicas del trauma, y de la existencia de experiencias aisladas que aplican el Modelo de Adaptación de Callista Roy en pacientes con lesiones traumáticas, no se dispone de una síntesis sistemática que describa cómo se ha conceptualizado y evaluado la adaptación del paciente politraumatizado en el ámbito de urgencias desde esta perspectiva. La ausencia de tal síntesis limita la posibilidad de identificar componentes clave del cuidado de enfermería que favorecen respuestas adaptativas en las primeras fases del proceso asistencial y de orientar el diseño de intervenciones basadas en la evidencia.

En este marco, el presente artículo tiene como objetivo analizar de manera sistemática la literatura reciente sobre la adaptación del paciente politraumatizado en urgencias, con énfasis en estudios



que utilizan el Modelo de Adaptación de Callista Roy o marcos conceptuales afines. Se busca describir cómo se definen y miden los procesos adaptativos, qué intervenciones se han implementado desde la enfermería y otros profesionales, y cuáles son los resultados reportados en términos de bienestar físico, psicológico y social. La integración de estos hallazgos pretende aportar una base teórica y empírica para fortalecer el abordaje de la adaptación en los servicios de urgencias y contribuir al desarrollo de cuidados centrados en la persona que acompañen al paciente politraumatizado desde la fase aguda hasta su reintegración a la vida cotidiana.

Material y Métodos

La presente investigación se diseñó como una revisión sistemática de la literatura, orientada a identificar y analizar la evidencia disponible sobre la adaptación del paciente politraumatizado en el contexto de urgencias y otros escenarios de atención aguda, desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy y marcos conceptuales afines. El enfoque fue descriptivo y analítico, con el objetivo de integrar resultados cuantitativos y cualitativos en una matriz de síntesis que permitiera discutir la adaptación en sus dimensiones fisiológica, psicológica y socioocupacional. El protocolo se estructuró siguiendo las recomendaciones internacionales para revisiones sistemáticas, incluyendo la formulación explícita de la pregunta de investigación, la definición de criterios de elegibilidad, una estrategia de búsqueda reproducible y un proceso de selección por pares. El resultado final fue un corpus de 35 artículos que constituyen la base empírica del análisis.

La búsqueda se realizó en bases de datos biomédicas y de enfermería de amplio alcance, que incluyeron PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, SciELO y LILACS, complementada con búsqueda manual en referencias de los artículos seleccionados. Se llevaron a cabo las búsquedas principales entre octubre y noviembre de 2025, delimitando el periodo de publicación entre enero de 2020 y noviembre de 2025 para priorizar la evidencia de los últimos cinco años, acorde con la rápida evolución del conocimiento en trauma y adaptación. No se aplicaron restricciones de idioma, por lo que se consideraron estudios publicados en inglés, español y otras lenguas cuando fue posible acceder al texto completo.

Para construir las estrategias de búsqueda se emplearon descriptores controlados y términos libres combinados entre sí mediante operadores booleanos. Se utilizaron términos relacionados con la población y el contexto, como “polytrauma”, “multiple trauma”, “severe trauma”, “injuries

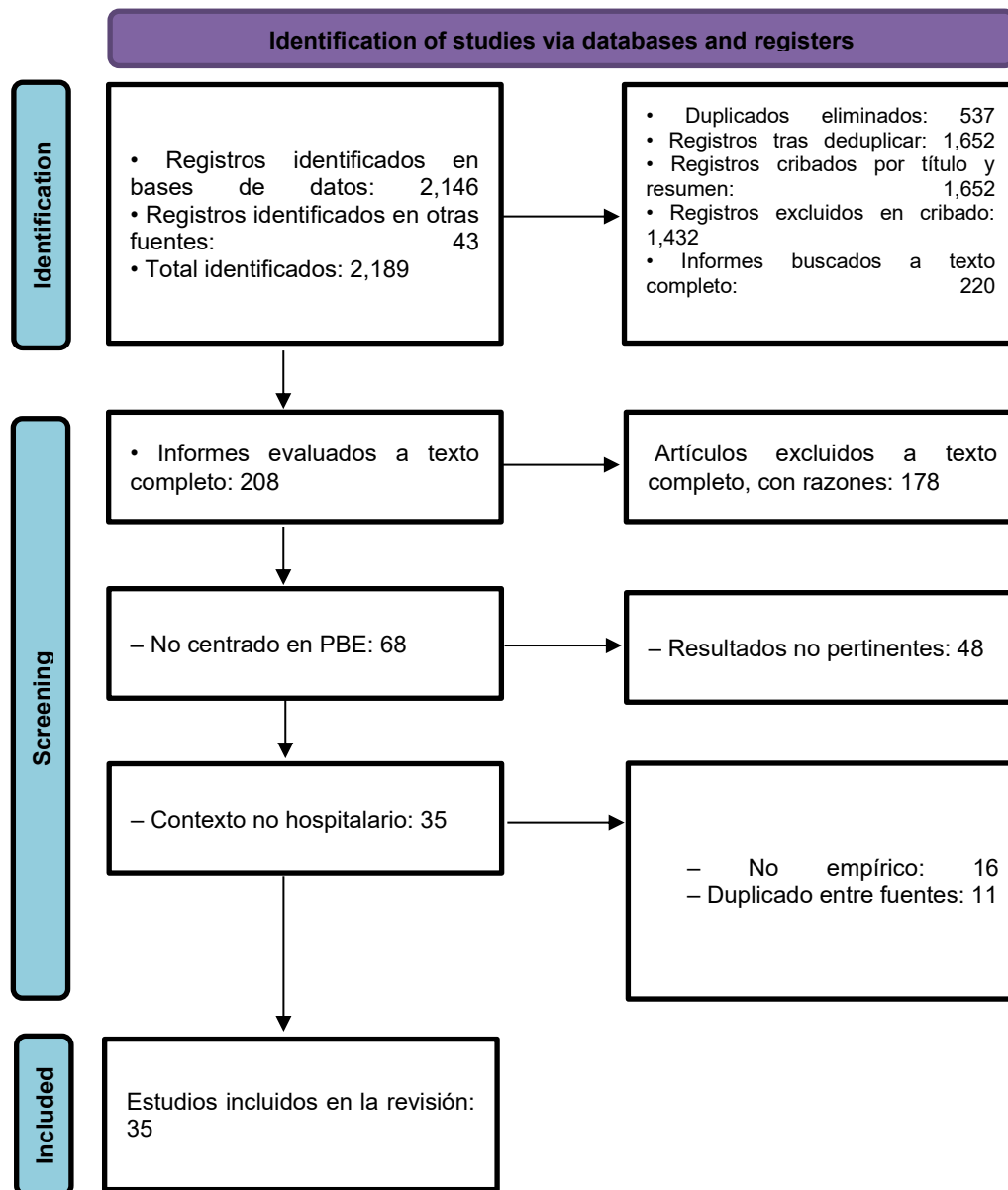


multiple”, “politraumatizado” y “trauma grave”, junto con descriptores del fenómeno de interés, tales como “adaptation”, “psychological adaptation”, “resilience”, “posttraumatic growth”, “quality of life” y “postraumático”. Estos términos se articularon con palabras clave específicas del marco teórico, como “Roy Adaptation Model”, “Callista Roy”, “nursing model” y “adaptación de Roy”, así como con conceptos de ámbito asistencial, entre ellos “emergency department”, “emergency service hospital”, “intensive care unit” y “urgencias hospitalarias”.

Los criterios de inclusión se definieron a partir de la pregunta de investigación y del foco teórico de la revisión. Se incluyeron artículos originales cuantitativos, cualitativos o mixtos, y revisiones que aportaran datos empíricos sobre la adaptación de personas adultas con politrauma o trauma grave atendidas en servicios de urgencias, unidades de cuidados intensivos o contextos de hospitalización aguda. Se consideraron elegibles los estudios que utilizaron explícitamente el Modelo de Adaptación de Callista Roy o que abordaron la adaptación, la resiliencia, el crecimiento postraumático o la calidad de vida como desenlaces centrales tras el trauma. Asimismo, se exigió disponibilidad de texto completo y que el artículo reportara de manera clara metodología, características de la muestra y resultados.

Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en población pediátrica o adolescente, trabajos sobre traumatismos de baja energía o lesiones aisladas que no se enmarcaran en el concepto de politrauma, así como investigaciones cuya temática principal no fuera la adaptación ni incorporara dimensiones adaptativas de forma explícita. También se descartaron editoriales, cartas al editor, resúmenes de congresos sin desarrollo metodológico, tesis no publicadas en revistas científicas, estudios duplicados entre bases de datos y artículos cuyo texto completo no pudo obtenerse tras una búsqueda razonable.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



El proceso de selección de estudios siguió la lógica del diagrama PRISMA, con fases de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión final. En una primera etapa se exportaron todos los registros recuperados en las diferentes bases a un gestor bibliográfico y se eliminaron los duplicados. Posteriormente, dos revisores evaluaron de manera independiente títulos y resúmenes para descartar los artículos claramente irrelevantes según los criterios establecidos. En la fase de elegibilidad, se revisaron los textos completos de los estudios preseleccionados para confirmar su

ajuste a la población, el fenómeno de interés, el contexto y el tipo de diseño requerido. Las discrepancias se resolvieron por consenso o con la intervención de un tercer revisor, y el número final de estudios que cumplieron los criterios fue de treinta y cinco, los cuales se incorporaron al corpus definitivo. Tal como se describe en el flujograma PRISMA se incluyeron 35 estudios mismos que están referenciados en la investigación y se analizó en el apartado de resultados los mas relevantes en referencia al tema.

Para cada uno de los artículos incluidos se realizó una extracción estandarizada de datos en una matriz de análisis diseñada ad hoc. Esta matriz contempló las variables año de publicación, autores, país y revista, tema principal del estudio, tipo de diseño y metodología empleada, características de la población, contexto asistencial, marco teórico de referencia, instrumentos de medida utilizados, principales resultados relacionados con la adaptación y el modelo de Roy, y número de identificación digital DOI. La extracción fue realizada por un revisor y verificada por un segundo para reducir errores y sesgos de interpretación. A partir de esta matriz se desarrolló un análisis descriptivo y temático que permitió agrupar los estudios por enfoques de adaptación, modalidades de intervención y desenlaces reportados, constituyendo la base para la discusión de los hallazgos

Resultados

El corpus final quedó conformado por treinta y cinco artículos que abordan la adaptación del paciente politraumatizado y de su entorno cercano en diferentes momentos del proceso asistencial, desde la fase aguda en urgencias y cuidados intensivos hasta el seguimiento a medio y largo plazo. Predominaron los estudios observacionales de tipo cohorte y los diseños transversales, complementados por estudios cualitativos, revisiones sistemáticas y una serie limitada de estudios de caso e intervenciones estructuradas. Una parte de los trabajos utilizó explícitamente el Modelo de Adaptación de Callista Roy como marco para organizar la valoración y las intervenciones de enfermería en pacientes con lesiones complejas, mientras que otra parte se centró en variables de calidad de vida, resiliencia, crecimiento postraumático, retorno al trabajo y salud mental, sin vincularse necesariamente a un modelo teórico de enfermería específico pero con clara relevancia para el concepto de adaptación (Silverstein et al., 2021; Akarsu, 2024; Rivera Hernández et al., 2024; Wang et al., 2025; Kus et al., 2022; Neubert et al., 2025).

Los estudios que emplearon de manera explícita el Modelo de Adaptación de Callista Roy se desarrollaron principalmente en escenarios hospitalarios de alta complejidad y en pacientes con lesiones particularmente graves, como reimplante de mano, traumatismo craneoencefálico o quemaduras extensas. En estos trabajos la enfermería organizó la valoración y el plan de cuidados según los cuatro modos de adaptación propuestos por Roy, identificando estímulos focales y contextuales, así como respuestas adaptativas o ineficaces en los planos fisiológico, del autoconcepto, del desempeño de rol y de la interdependencia (Akarsu, 2024; Rivera Hernández et al., 2024; Wang et al., 2025). Los resultados coinciden en señalar que la utilización sistemática del modelo permite ampliar el foco más allá de la estabilización hemodinámica, incorporar dimensiones emocionales y relacionales y formular diagnósticos de enfermería que integran las necesidades físicas y psicosociales del paciente politraumatizado, con reportes de mejoría en síntomas, afrontamiento y percepción de apoyo.

En la tabla 1 se sintetizan las características generales de los estudios incluidos, agrupados según tipo de diseño y contexto asistencial, lo que permite visualizar la diversidad metodológica y de escenarios en que se analiza la adaptación tras el trauma.

Tabla 1.

Características generales de los estudios incluidos

Categoría de estudio	Contexto predominante	Ejemplos de artículos representativos
Aplicación explícita del modelo de Roy	Hospitalización aguda y cuidados intensivos	Akarsu, 2024; Rivera Hernández et al., 2024; Wang et al., 2025
Calidad de vida y funcionamiento global	Seguimiento hospitalario y ambulatorio	Silverstein et al., 2021; Vardon Bounes et al., 2021; Rusche et al., 2025



Adaptación psicológica y salud mental	Urgencias, hospitalización y seguimiento	Zhang, 2020; O'Donnell et al., 2022; Momenyan et al., 2025; Van Ditshuizen et al., 2025
Adaptación social, relaciones y retorno al trabajo	Rehabilitación y seguimiento a largo plazo	Kus et al., 2022; Neubert et al., 2025; de Vries et al., 2023; Kalbas et al., 2023
Programas estructurados de resiliencia y seguimiento	Servicios de trauma y consulta externa	Carlson et al., 2024; Wells et al., 2024; Zarzaur et al., 2024

En cuanto a los resultados relacionados con la adaptación física y la calidad de vida, la mayoría de los estudios describen un deterioro importante en dominios físicos en los meses y años posteriores al trauma, incluso en pacientes que sobreviven y completan la rehabilitación. Revisiones y cohortes muestran que un porcentaje relevante de personas mantiene limitaciones en actividades de la vida diaria, dolor persistente y fatiga, con impacto negativo en la calidad de vida percibida y en la participación social (Silverstein et al., 2021; Vardon Bounes et al., 2021; Steveling et al., 2023; Rusche et al., 2025). Al mismo tiempo, se observa que los dominios mentales y sociales pueden mostrar una recuperación más heterogénea, con subgrupos que logran niveles de bienestar próximos a la población general y otros que permanecen con deterioro moderado o severo. Los trabajos que analizan la resiliencia señalan que solo una parte de los pacientes alcanza puntuaciones de calidad de vida equiparables a personas sin trauma, con mayor vulnerabilidad en grupos de edad avanzada o con combinaciones de lesiones complejas (de Vries et al., 2023; Rusche et al., 2025).

Los estudios que examinan la adaptación psicológica ponen de manifiesto la alta carga de trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad y distrés emocional tras el politrauma. Investigaciones longitudinales describen que una proporción considerable de pacientes presenta síntomas de estrés postraumático en los primeros meses, con cierta reducción a lo largo del primer año, pero con un núcleo de casos persistentes que se mantiene en el tiempo (O'Donnell et al., 2022; Momenyan et al., 2025). Los factores de riesgo identificados combinan variables relacionadas con la persona, como antecedentes de salud mental, estilos de afrontamiento desadaptativos y eventos vitales previos, con variables socioeconómicas como ingresos bajos o apoyo social limitado y características de la lesión, como traumatismo craneal o compromiso de múltiples sistemas (Zhang,

2020; Yao et al., 2023). Estudios adicionales muestran diferencias en el perfil emocional entre hombres y mujeres, con niveles elevados de afectos negativos y distrés, especialmente en varones politraumatizados, y enfatizan la necesidad de abordar el componente emocional desde la fase aguda (Anghele et al., 2023; Van Ditshuizen et al., 2025).

En la tabla 2 se resumen las principales dimensiones de adaptación evaluadas en los estudios del corpus, así como los enfoques de medición predominantes y algunos ejemplos de trabajos representativos para cada dimensión.

Tabla 2.

Dimensiones de adaptación analizadas en los estudios

Dimensión de adaptación	de Variables o indicadores predominantes	Estudios representativos
Fisiológica y funcional	Dolor, función física, complicaciones, autonomía en actividades	Vardon Bounes et al., 2021; Rusche et al., 2025; Wang et al., 2025
Psicológica	Estrés postraumático, depresión, ansiedad, distrés, resiliencia	Zhang, 2020; O'Donnell et al., 2022; Momenyan et al., 2025; Anghele et al., 2023
Autoconcepto y significado vital	Crecimiento postraumático, percepción de cambio personal	Kalbas et al., 2023; Li et al., 2025; Hudson et al., 2022
Rol y participación social	Rol familiar, relaciones, apoyo social, participación comunitaria	Hudson et al., 2022; Neubert et al., 2025; Jiang et al., 2025
Rol ocupacional y laboral	Retorno al trabajo, cambio de ocupación, discapacidad laboral	Kus et al., 2022; Neubert et al., 2025; Rusche et al., 2025



Integración de marcos teóricos de enfermería de aplicación explícita del modelo de Roy en la valoración y plan de cuidados Akarsu, 2024; Rivera Hernández et al., 2024; Wang et al., 2025

Respecto a la dimensión de autoconcepto y significado vital, varios estudios ponen énfasis en el crecimiento postraumático como expresión de adaptación positiva después del trauma. Investigaciones con seguimiento prolongado muestran que una mayoría de pacientes refiere algún grado de crecimiento, en particular en áreas como la apreciación de la vida, la prioridad de las relaciones interpersonales y la percepción de nuevas posibilidades, aunque este crecimiento coexiste con secuelas físicas y limitaciones en otros dominios (Kalbas et al., 2023). Estudios cualitativos complementan esta perspectiva al describir trayectorias narrativas de los pacientes, quienes relatan fases de respuesta al trauma, transición hacia el crecimiento, recaídas emocionales y recuperación, y resaltan el papel de recursos internos y del apoyo social en la consolidación de cambios positivos (Li et al., 2025). Además, algunos trabajos identifican un impacto importante en el autoconcepto de los cuidadores familiares de sobrevivientes de trauma, con carga emocional, económica y relacional que condiciona su propia adaptación (Hudson et al., 2022).

En cuanto a la adaptación social y la participación en redes de apoyo, los resultados muestran que el soporte familiar y comunitario actúa como factor protector frente a la cronicidad de síntomas psicológicos y las dificultades funcionales. Estudios centrados en la experiencia vivida de adultos politraumatizados destacan la importancia de contar con un referente de confianza dentro del sistema de salud, así como con familiares y empleadores que favorezcan la reincorporación progresiva a las actividades habituales (Neubert et al., 2025; Jiang et al., 2025). Por el contrario, situaciones de comunicación fragmentada entre equipos clínicos, falta de información clara sobre el pronóstico y escaso acompañamiento en la transición desde el hospital al domicilio se asocian con mayor sensación de abandono, menor autoeficacia y más dificultades para retomar roles familiares y sociales. En conjunto, estos hallazgos subrayan que la adaptación en el modo de interdependencia descrito por Roy depende tanto de la estructura del sistema sanitario como de los recursos relacionales inmediatos del paciente.

La adaptación en el rol ocupacional y el retorno al trabajo recibe una atención destacada en varios estudios del corpus. Cohortes y revisiones sistemáticas señalan que una proporción considerable

de sobrevivientes de trauma mayor no logra regresar a su puesto previo o solo lo hace con adaptaciones significativas, y que el proceso de reinserción laboral se prolonga más allá de los primeros meses, con variaciones según tipo de empleo, nivel educativo y características del mercado de trabajo (Kus et al., 2022; Neubert et al., 2025; Rusche et al., 2025). Se identifican como factores asociados al retorno exitoso aspectos funcionales como menor dolor y mejor movilidad, así como variables psicosociales, entre ellas la percepción de salud, la satisfacción vital previa, la ausencia de litigios y la existencia de entornos laborales flexibles. Al integrar estos hallazgos, se refuerza la idea de que la adaptación tras el trauma no se agota en la dimensión clínica, sino que implica la reconstrucción de proyectos de vida y trayectorias laborales, en línea con la concepción del trauma como condición de curso prolongado (Herrera Escobar y Schneider, 2021).

El corpus también incluye estudios que evalúan intervenciones específicas dirigidas a mejorar la adaptación psicológica y social desde etapas tempranas del proceso asistencial. Un grupo de trabajos describe instrumentos breves de tamizaje de riesgo en salud mental aplicados durante la hospitalización por trauma, que combinan síntomas agudos, antecedentes psiquiátricos y factores de contexto para identificar pacientes con alta probabilidad de desarrollar trastornos postraumáticos, con buenos niveles de sensibilidad y especificidad (Carlson et al., 2024). Otros artículos presentan programas de resiliencia y recuperación de base escalonada que integran educación, seguimiento remoto y derivación a servicios de salud mental según el riesgo, mostrando la viabilidad de incorporar este tipo de estrategias en la práctica habitual de los centros de trauma y una buena aceptación por parte de los pacientes (Wells et al., 2024; Zarzaur et al., 2024).

En la tabla 3 se recogen las principales intervenciones identificadas en los estudios incluidos, organizadas según tipo de estrategia y ámbito de aplicación, junto con una síntesis breve de sus efectos sobre la adaptación del paciente politraumatizado.

Tabla 3.

Intervenciones y estrategias de apoyo a la adaptación

Tipo de intervención	de Ámbito de aplicación	de Efecto principal sobre la adaptación	Estudios representativos
-----------------------------	--------------------------------	--	---------------------------------



Cuidados de Hospitalización de enfermería basados en el modelo de Roy	de Hospitalización aguda y cuidados intensivos	Mejora de síntomas físicos, afrontamiento y percepción de apoyo	Akarsu, 2024; Rivera Hernández et al., 2024; Wang et al., 2025
Tamizaje breve de riesgo en salud mental	Hospitalización por trauma	Identificación temprana de pacientes en alto riesgo psicológico	Carlson et al., 2024; Momenyan et al., 2025
Programas de resiliencia y seguimiento post alta	Servicios de trauma y consulta externa	Aumento de conexión con recursos de apoyo y continuidad de cuidados	Wells et al., 2024; Zarzaur et al., 2024
Estrategias de rehabilitación orientadas al retorno laboral	de Rehabilitación y seguimiento prolongado	Facilitación del retorno al trabajo y reducción de discapacidad laboral	Kus et al., 2022; Rusche et al., 2025; Neubert et al., 2025
Intervenciones centradas en crecimiento postraumático	Seguimiento de largo plazo	Promoción de significado vital y cambios positivos en autoconcepto	Kalbas et al., 2023; Li et al., 2025

La integración de los hallazgos sugiere que la adaptación del paciente politraumatizado es un proceso dinámico que se desarrolla a lo largo de múltiples fases y dimensiones, con influencias recíprocas entre los modos fisiológico, psicológico, de rol y de interdependencia descritos por Roy. La evidencia muestra que la gravedad lesional y las complicaciones físicas explican solo una parte de la variabilidad en los resultados, mientras que factores personales, familiares, laborales y del sistema de salud desempeñan un papel determinante en la trayectoria de recuperación, resiliencia o cronicidad de los problemas (Silverstein et al., 2021; Kus et al., 2022; Neubert et al., 2025; Rusche et al., 2025). Los estudios que incorporan de manera explícita el Modelo de Adaptación de Callista Roy aportan ejemplos concretos de cómo la enfermería puede estructurar la valoración y

las intervenciones para abordar estos múltiples niveles de experiencia en el politrauma, aunque su número sigue siendo limitado en relación con la amplitud del campo.

En conjunto, los resultados del corpus muestran la necesidad de fortalecer los abordajes integrales que articulen la atención de urgencias con la rehabilitación, la salud mental, la reintegración social y laboral y el acompañamiento a cuidadores. La adopción de marcos conceptuales como el Modelo de Adaptación de Roy ofrece una oportunidad para que los equipos de enfermería lideren el diseño de cuidados centrados en la persona politraumatizada, alineando la valoración sistemática de los modos de adaptación con la implementación de intervenciones que promuevan la estabilidad fisiológica, el bienestar psicológico, la reconstrucción de roles y la participación activa en redes de apoyo y proyectos de vida a largo plazo (Akarsu, 2024; Rivera Hernández et al., 2024; Wang et al., 2025; Hudson et al., 2022; Li et al., 2025). Estas conclusiones sientan las bases para la discusión y para la formulación de recomendaciones clínicas y de investigación orientadas a mejorar la adaptación del paciente politraumatizado en el escenario de urgencias.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión confirman que la adaptación del paciente politraumatizado es un proceso complejo, dinámico y prolongado, que trasciende con mucho la fase de estabilización inicial en urgencias. La evidencia muestra que, aun cuando se logra la supervivencia y la resolución de la fase crítica, una proporción significativa de pacientes mantiene limitaciones físicas, dolor y fatiga, con impacto negativo en la calidad de vida y la participación social (Silverstein et al., 2021; Vardon Bounes et al., 2021; Rusche et al., 2025). En este sentido, los resultados respaldan el planteamiento de considerar el trauma mayor como una condición de curso crónico, con necesidades de seguimiento y rehabilitación a largo plazo, y no solo como un evento agudo resuelto al alta hospitalaria (Herrera Escobar y Schneider, 2021).

Desde la perspectiva del Modelo de Adaptación de Callista Roy, estos hallazgos evidencian que el modo fisiológico continúa siendo un foco prioritario pero no exclusivo del cuidado. La persistencia de síntomas físicos y limitaciones funcionales indica que las respuestas adaptativas en este modo se ven comprometidas durante años, lo que obliga a una planificación de cuidados que integre rehabilitación, manejo del dolor y estrategias para conservar la energía y la autonomía (Vardon Bounes et al., 2021; Steveling et al., 2023). Al mismo tiempo, el modelo recuerda que el paciente

responde también en los modos de autoconcepto, rol e interdependencia, por lo que abordar únicamente las dimensiones orgánicas conduce a una visión parcial de la adaptación del politraumatizado en urgencias y en el continuum asistencial (Roy, 2009).

En la dimensión psicológica, la elevada prevalencia de síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad descrita en los estudios revisados pone de manifiesto la fragilidad del modo de autoconcepto en estos pacientes. Factores como antecedentes de salud mental, estilos de afrontamiento desadaptativos, percepción negativa del trauma y apoyo social insuficiente se asocian consistentemente con peor adaptación emocional y mayor riesgo de trastornos persistentes (Zhang, 2020; O'Donnell et al., 2022; Momenyan et al., 2025; Yao et al., 2023). Estos resultados coinciden con la propuesta de Roy sobre la importancia de los estímulos contextuales y residuales en la configuración de las respuestas adaptativas, y sugieren que la valoración enfermera en urgencias debe incluir de forma sistemática dimensiones emocionales y cognitivas, no solo parámetros fisiológicos, a fin de identificar tempranamente a quienes se encuentran en riesgo.

La existencia simultánea de secuelas psicológicas y fenómenos de crecimiento postraumático refleja la coexistencia de respuestas adaptativas e ineficaces en el mismo individuo, lo que resulta coherente con la concepción del modelo de Roy de la adaptación como un proceso dinámico y oscilante. Estudios con seguimiento prolongado muestran que muchos sobrevivientes reportan mayor apreciación de la vida, cambios en prioridades y mejora de las relaciones, pese a mantener dolor o limitaciones físicas (Kalbas et al., 2023; Li et al., 2025). Esta ambivalencia subraya la necesidad de que los equipos de salud no reduzcan la experiencia del politrauma a un balance de déficits, sino que reconozcan y potencien recursos internos y externos que favorecen respuestas adaptativas más eficaces, como la espiritualidad, el sentido de coherencia y las redes de apoyo (Hudson et al., 2022; Li et al., 2025).

Los estudios centrados en el rol y la interdependencia muestran que la adaptación social y laboral depende tanto de factores individuales como de características del sistema sanitario y del entorno socioeconómico. La evidencia sobre retorno al trabajo indica que la reincorporación laboral es incompleta o muy tardía en un porcentaje importante de pacientes, condicionada por dolor, discapacidad, tipo de empleo, litigios y condiciones del mercado laboral, aun cuando la supervivencia se ha asegurado (Kus et al., 2022; Neubert et al., 2025; Rusche et al., 2025). Desde el modelo de Roy, estas dificultades reflejan alteraciones en el modo de rol y en el modo de

interdependencia, que requieren intervenciones coordinadas entre servicios de urgencias, rehabilitación, trabajo social y empleadores, superando la fragmentación entre ámbitos clínico y social. No atender estas dimensiones favorece respuestas ineficaces como el aislamiento, la pérdida de rol y la dependencia prolongada.

Un hallazgo relevante de la revisión es que el número de estudios que aplican explícitamente el Modelo de Adaptación de Callista Roy al cuidado de pacientes con lesiones traumáticas complejas sigue siendo limitado en comparación con la amplitud de la literatura sobre resultados en trauma. Sin embargo, los estudios existentes muestran efectos positivos cuando el modelo se emplea de manera sistemática para valorar, planificar y evaluar intervenciones de enfermería, con mejoría de parámetros físicos, emocionales y de percepción de apoyo en pacientes con reimplante de mano, traumatismo craneoencefálico y quemaduras graves (Akarsu, 2024; Rivera Hernández et al., 2024; Wang et al., 2025). Esto sugiere que el modelo ofrece un marco útil para articular el cuidado en escenarios de alta complejidad, como urgencias y cuidados intensivos, aunque todavía no se haya extendido de forma generalizada a la práctica en trauma.

Los resultados relativos al uso de instrumentos de tamizaje y programas de resiliencia en servicios de trauma aportan elementos concretos sobre cómo operacionalizar el abordaje adaptativo en la práctica. El desarrollo de herramientas breves aplicadas durante la hospitalización que predicen el riesgo de alteraciones emocionales posteriores muestra que es factible integrar la valoración psicológica en la rutina clínica y segmentar a los pacientes según su perfil de riesgo (Carlson et al., 2024). De igual manera, los programas de resiliencia y seguimiento posterior al alta evidencian que es posible crear circuitos de acompañamiento que incluyen educación, monitoreo remoto y derivación escalonada a salud mental, aunque los resultados sobre desenlaces duros aún son incipientes (Wells et al., 2024; Zarzaur et al., 2024). Estos dispositivos son consistentes con la lógica del modelo de Roy, al centrarse en estimular mecanismos de afrontamiento y soportes adaptativos en distintos momentos del proceso postraumático.

No obstante, la revisión identificó limitaciones importantes tanto en la literatura disponible como en el propio estudio. En primer lugar, persiste una marcada heterogeneidad en la definición y medición de la adaptación, con empleo de múltiples instrumentos de calidad de vida, escalas de síntomas y cuestionarios ad hoc que dificultan la comparación directa entre trabajos y la construcción de meta análisis robustos (Silverstein et al., 2021; Steveling et al., 2023). En segundo



lugar, muchos estudios se desarrollan en contextos de países de altos ingresos, con menor representación de realidades latinoamericanas, lo que limita la transferencia directa de los hallazgos a servicios de urgencias con recursos restringidos y diferentes estructuras de atención. En tercer lugar, varios estudios presentan diseños observacionales sin grupo comparativo o con tamaños muestrales reducidos, lo que restringe la capacidad para establecer relaciones causales entre intervenciones y desenlaces adaptativos.

A pesar de estas limitaciones, la síntesis realizada permite delinear implicaciones prácticas claras para el abordaje del paciente politraumatizado en urgencias desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy. Entre ellas destacan la necesidad de incorporar valoración sistemática de los cuatro modos de adaptación desde el ingreso, de implementar tamizajes breves de riesgo psicológico que faciliten la derivación temprana, de fortalecer la comunicación con el paciente y la familia como estímulos contextuales clave y de garantizar la continuidad asistencial hacia rehabilitación, salud mental y recursos laborales y comunitarios. Asimismo, se identifica la urgencia de diseñar estudios de intervención que apliquen el modelo de Roy en forma explícita y evalúen su impacto en desenlaces físicos, psicológicos y sociales en politrauma, con metodologías más rigurosas y en contextos diversos. De este modo, la enfermería de urgencias puede asumir un rol estratégico en la construcción de trayectorias de cuidado que favorezcan respuestas adaptativas eficaces y una mejor calidad de vida a largo plazo para las personas politraumatizadas.

Conclusiones

La revisión sistemática realizada permite concluir que la adaptación del paciente politraumatizado es un proceso prolongado, multidimensional y profundamente influido por factores personales, clínicos, sociales y del propio sistema de salud. Más allá de la supervivencia inicial y de la estabilización hemodinámica en urgencias, una proporción significativa de pacientes mantiene secuelas físicas, emocionales y funcionales que impactan la calidad de vida, la participación social y la reintegración laboral. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de concebir el trauma mayor como una condición de curso crónico que demanda seguimiento estructurado, rehabilitación integral y apoyo psicosocial sostenido, y no solo intervenciones centradas en el evento agudo.

Desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy, la evidencia analizada muestra que los cuatro modos de adaptación se ven comprometidos en el politrauma, aunque la práctica asistencial tiende



a privilegiar el modo fisiológico. Los estudios que aplican explícitamente el modelo demuestran que la valoración sistemática de los modos fisiológico, autoconcepto, rol e interdependencia permite identificar con mayor precisión las necesidades reales del paciente, formular diagnósticos de enfermería más integrales y diseñar intervenciones que favorecen respuestas adaptativas más eficaces. En este sentido, el modelo de Roy se configura como un marco teórico coherente y operativo para guiar el cuidado de enfermería en escenarios de urgencias y hospitalización aguda de pacientes con lesiones complejas.

Los resultados también ponen de manifiesto que la adaptación psicológica y social no es un subproducto automático de la recuperación física, sino un campo de intervención en sí mismo. La alta prevalencia de síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad, junto con las dificultades para el retorno al trabajo y la reconfiguración de roles familiares, evidencian la vulnerabilidad de los modos de autoconcepto, rol e interdependencia. La incorporación de tamizajes breves de riesgo en salud mental durante la hospitalización, el desarrollo de programas de resiliencia y seguimiento post alta y el fortalecimiento de las redes de apoyo se presentan como estrategias concretas que pueden integrarse al cuidado habitual y que dialogan directamente con los postulados del modelo de Roy. La enfermería, por su posición de contacto continuo con el paciente y la familia, se encuentra en una situación privilegiada para liderar estas intervenciones.

Al mismo tiempo, la revisión revela vacíos importantes en la literatura. Aunque existen experiencias valiosas de aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en trauma, el número de estudios sigue siendo reducido, predominan diseños observacionales con muestras limitadas y hay gran heterogeneidad en los instrumentos utilizados para medir adaptación y calidad de vida. Además, la mayoría de las investigaciones se desarrolla en contextos de altos ingresos, con escasa representación de realidades latinoamericanas y de otros entornos de recursos limitados. Estas limitaciones restringen la generalización de los hallazgos y destacan la necesidad de generar evidencia contextualizada que considere particularidades organizativas, culturales y socioeconómicas de los servicios de urgencias de la región.

En conjunto, los resultados de esta revisión respaldan la pertinencia de fortalecer el abordaje del paciente politraumatizado en urgencias desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy, articulando la valoración integral de los modos de adaptación con intervenciones interdisciplinarias que acompañen al paciente desde la fase aguda hasta su reinserción social y laboral. Futuras líneas



de investigación deberían orientarse al diseño y evaluación de intervenciones basadas explícitamente en el modelo de Roy en el contexto de urgencias, a la validación de instrumentos de medición de adaptación específicos para el politrauma y a la exploración de estrategias que integren a la familia y a los cuidadores como actores centrales del proceso adaptativo. De este modo, será posible avanzar hacia un cuidado verdaderamente centrado en la persona politraumatizada, coherente con las exigencias actuales de la atención en salud y con el potencial transformador de la enfermería.

Referencias bibliográficas

- Akarsu, K. (2024). Nursing care after hand replantation based on Roy's adaptation model: A case report. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 52, 101039. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2023.101039>
- Alvarado García, A. M., Venegas Bustos, B. C., & Salazar Maya, Á. M. (2023). Aplicación del Modelo de Adaptación de Roy en el contexto comunitario. *Revista Cuidarte*, 14(3), e3016. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3016>
- Carlson, E. B., Palmieri, P. A., Barlow, M. R., Macia, K. S., Bruns, B. R., Shieh, L., & Spain, D. A. (2024). Development and initial performance of the Hospital Mental Health Risk Screen. *Journal of the American College of Surgeons*, 238(2), 147–156. <https://doi.org/10.1097/XCS.0000000000000904>
- Clay, F. J., Newstead, S. V., Watson, W. L., Ozanne-Smith, J., McClure, R. J., & Stevenson, M. (2010). Determinants of return to work following non life threatening acute orthopaedic trauma: A prospective cohort study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(2), 162–169.
- Davidson, T. M., Palmieri, P. A., Bruns, B. R., Spain, D. A., & Carlson, E. B. (2023). Implementation of a stepped care program to address emotional recovery among traumatic injury patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 237(6), 1265–1275. <https://doi.org/10.1097/XCS.0000000000000862>
- Espeleta, H. C., Davidson, T. M., Palmieri, P. A., Bruns, B. R., Spain, D. A., & Carlson, E. B. (2023). Implementation of a stepped care program to address acute stress, posttraumatic stress disorder, and depression after traumatic injury. *Injury*. Advance online publication.



- Hernández, L. J. R., Rivera, L., Torres, J., Jiménez, M., & Román, P. (2024). Proceso de Atención de Enfermería basado en el Modelo de Adaptación de Callista Roy a una persona con respuesta conductual principal de traumatismo craneoencefálico. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(5), 8682–8701. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.14269
- Hudson, C., Wray, J., Davies, S., Brown, J., & Christie, N. (2022). A qualitative study to understand the impact of caring for traumatic injury survivors. *BMJ Open*, 12(12), e063769. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063769>
- Jennings, K. M. (2017). The Roy Adaptation Model: A theoretical framework for nurses in practice. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(4), 445–451. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.08.004>
- Kang, J., et al. (2024). A qualitative study of survivors' experiences after severe musculoskeletal trauma. *Yonsei Medical Journal*, 65(1), 1–10.
- Kendrick, D., Dhiman, P., Kellezi, B., Coupland, C., Whitehead, J., Beckett, K., Christie, N., Sleney, J., Barnes, J., Joseph, S., & Morriss, R. (2017). Psychological morbidity and return to work after injury: Multicentre cohort study. *British Journal of General Practice*, 67(661), e555–e564. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X691673>
- Kiwanuka, O., Lassarén, P., Thelin, E. P., Hånell, A., Sandblom, G., Fagerdahl, A., & Boström, L. (2023). Long term health related quality of life after trauma with and without traumatic brain injury: A prospective cohort study. *Scientific Reports*, 13, 2986. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-30082-4>
- Kim, J. M. (2024). Predictors of the course of post traumatic stress disorder after physical injury over two years. *BJPsych Open*, 10(S1), S53. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.186>
- Kratz, A. L., Sander, A. M., Brickell, T. A., Lange, R. T., Carlozzi, N. E., & Hahn, E. A. (2015). Traumatic brain injury caregivers: A qualitative analysis of quality of life. *Brain Injury*, 29(6), 702–711.
- Lotfalla, A., Halm, J., Schepers, T., & Giannakópoulos, G. (2023a). Health related quality of life after severe trauma and available PROMS: An updated review (part I). *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 49(2), 747–761. <https://doi.org/10.1007/s00068-022-02178-5>



- Lotfalla, A., Halm, J., Schepers, T., & Giannakópoulos, G. (2023b). Parameters influencing health related quality of life after severe trauma: A systematic review (part II). *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00068-023-02276-y>
- Maclennan, B., Wyeth, E., & Derrett, S. (2024). Health related quality of life following trauma: Prevalence of problems and factors associated with six month outcomes in a New Zealand cohort. *Injury*, *55*(4), 111468. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2024.111468>
- Middlebrook, N., Brigg, N., Tronstad, Ø., & Flaws, D. (2025). Experiences, views and perceptions of recovery following musculoskeletal trauma: A qualitative study. *PLOS ONE*, *20*(x), e0323575. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0323575>
- Neubert, A., Hempe, S., Jaekel, C., Gaeth, C., Spering, C., Fetz, K., Windolf, J., Kollig, E., Bieler, D., & LeAf Trauma Group. (2025a). Lived experiences of working age polytrauma patients in Germany: A qualitative analysis. *Injury*, *56*(1), 111938. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2024.111938>
- Neubert, A., Hempe, S., Jaekel, C., Gaeth, C., Spering, C., Fetz, K., Windolf, J., Kollig, E., Bieler, D., & LeAf Trauma Group. (2025b). Return to work after major trauma: A systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, *33*(1), 44.
- Patterson, S., Brigg, N., Handy, M., Tronstad, Ø., & Flaws, D. (2025). A reason to recover: A qualitative study of recovery after traumatic chest wall injury requiring intensive care admission. *SSRN*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5167210>
- Pérez Estrada, L., Coot Tzuc, O. E., & Chi May, C. I. (2025). Abordaje de enfermería en el perioperatorio de un paciente con craneofaringioma: Un estudio de caso. *Revista Chilena de Enfermería*, *7*, 79286. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2025.79286>
- Perfetti, A. R., Lichtman, J. H., Szyld, D., Finlay, G. D., & Mikkelsen, M. E. (2022). Improving post injury care: Key family caregiver experiences throughout intensive care unit care and recovery. *Critical Care Explorations*, *4*(5), e0703.
- Rauen, K., Reichelt, L., Probst, P., Schäpers, B., Müller, F., Jahn, K., & Plesnila, N. (2020). Quality of life up to 10 years after traumatic brain injury: A cross sectional analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(1), 166.



- Roy, C. (2011a). Extending the Roy Adaptation Model to meet changing global needs. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 345–351. <https://doi.org/10.1177/0894318411419210>
- Roy, C. (2011b). Research based on the Roy Adaptation Model: Last 25 years. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 312–320. <https://doi.org/10.1177/0894318411419218>
- Sandström, L., Engström, Å., Nilsson, C., Juuso, P., & Forsberg, A. (2021). Trauma patients' health related quality of life and perceptions of care: A longitudinal study based on data from the Swedish Trauma Registry. *International Emergency Nursing*, 55, 100850. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100850>
- Savell, T. C., Carlson, E. B., Palmieri, P. A., Macia, K. S., Bruns, B. R., & Spain, D. A. (2025). Mental health screening in a rural trauma center: Implementation of the Injured Trauma Survivor Screen. *Journal of Trauma Nursing*, 32(2), 85–92.
- Selj, J. N., Taalas, W., et al. (2025). Health related quality of life and unmet healthcare needs among adult survivors after severe trauma. *Journal of Clinical Medicine*, 14(12), 4213. <https://doi.org/10.3390/jcm14124213>
- van Erp, S., Van Beeck, E. F., Metsemakers, J. F. M., & others. (2014). Determinants of limitations in unpaid work after major trauma. *Injury*, 45(12), 1983–1989.
- Vardon Bounes, F., Gracia, R., Abaziou, T., Crognier, L., Seguin, T., Labaste, F., Geeraerts, T., Georges, B., Conil, J. M., & Minville, V. (2021). A study of patients' quality of life more than 5 years after trauma: A prospective follow up. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01652-1>
- Vu, H. M., Nguyen, L. H., Nguyen, A. T., Tran, B. X., Latkin, C. A., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2024). Health related quality of life among inpatients suffering from trauma in Vietnam. *PLOS ONE*, 19(3), e0308372. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308372>
- Wasilewski, M., Jones, S., et al. (2025). Peer support experiences and needs across the continuum of care for adult traumatic injury survivors, family caregivers, and healthcare providers: A qualitative study. *Injury*. Advance online publication.
- Zatzick, D., O'Connor, S. S., Russo, J., Wang, J., Bush, N., Love, J., Peterson, R., Roy Byrne, P., Katon, W., & Rivara, F. P. (2021). Stepped collaborative care targeting posttraumatic stress disorder and



comorbidities after acute trauma care: A randomized clinical trial. *JAMA Surgery*, 156(5), 462–470.
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.6710>

Zheng, L., Fang, J., Zhang, Y., Chen, H., Wang, Y., & Xu, L. (2022). Roy Adaptation Model based nursing diagnosis and implementation reduces the sense of shame and enhances nursing outcomes in female patients with breast cancer. *American Journal of Translational Research*, 14(8), 5719–5728.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.