

**PROPUESTA METODOLOGICA PARA EL ESTUDIO DE MODELOS Y
TEORIAS DE ENFERMERIA. APLICACIÓN AL MODELO TEORICO “DEFICIT
DE AUTOCUIDADO” DE DOROTHEA OREM**

**ANGELA MARIA BARAHONA ARBELÁEZ
BEATRIZ EUGENIA HOLGUIN CARDONA
BIBIANA MARULANDA GALLEGO
CARLOS ANDRÉS MARULANDA LENIS
YULIETH ANDREA MOLANO TOCAREMA**

**UNIVERSIDAD LIBRE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PEREIRA
2005**

**PROPUESTA METODOLOGICA PARA EL ESTUDIO DE MODELOS Y
TEORIAS DE ENFERMERIA. APLICACIÓN AL MODELO TEORICO “DEFICIT
DE AUTOCUIDADO” DE DOROTHEA OREM**

**ANGELA MARIA BARAHONA ARBELÁEZ
BEATRIZ EUGENIA HOLGUIN CARDONA
BIBIANA MARULANDA GALLEGO
CARLOS ANDRÉS MARULANDA LENIS
YULIETH ANDREA MOLANO TOCAREMA**

TESIS DE GRADO

**ASESORES:
ENF. NELSON CUESTA GORDILLO
ENF. MARIA NELCY MUÑOZ ASTUDILLO
Docentes del programa de Enfermería**

**UNIVERSIDAD LIBRE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PEREIRA
2005**

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Pereira 17 de Febrero de 2005

DEDICATORIA

A las directivas académicas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira, enfermeras Isnardy Toro López, Gloria María Atehortúa Rada, Nama El Kouri Chaia y Martha Lucía Gallón Ochoa, que hicieron nuestra la motivación de iniciar este proyecto. Esperamos que este aporte, permita vislumbrar el sueño de construir un enfoque conceptual de Gerencia del cuidado, para nuestra amada facultad.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Dios por permitirnos culminar esta etapa de nuestras vidas y proveernos de fortaleza y constancia en todo momento.

Nuestras familias por su apoyo y acompañamiento incondicional.

Nelson Cuesta Gordillo, Enfermero, Mg en Ciencias de la Enfermería, docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira, por sus enseñanzas y su acompañamiento durante los años invertidos en la comprensión de los fundamentos teóricos propios de la Enfermería.

Judith Patricia Morales Velandia, Enfermera, Esp. Enf. Materna Perinatal, Mg Enf. con énfasis en cuidado de la salud Materna Perinatal, docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira, por compartir con nosotros sus conocimientos sobre modelos y teorías en enfermería y por sus valiosos aportes en la elaboración de la propuesta metodológica que se desarrolla en este trabajo.

Maria Nelcy Muñoz Astudillo, Enfermera, docente investigadora, directora de la sublínea “Enfoque Conceptual de Gerencia del cuidado” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira, por su dedicación y compromiso en la construcción final del documento.

Todos los docentes y colaboradores que aportaron directa o indirectamente mediante documentos o información pertinente para enriquecer nuestro trabajo.

Los expertos en el tema, que puedan contribuir con sus conocimientos, discusión y aportes a fortalecer éste y posteriores análisis de modelos y teorías en Enfermería.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GENERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
4. PROPUESTA METODOLOGICA PARA ANALISIS DESCRIPTIVO DE TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA	20
5. DESARROLLO DE LA PROPUESTA, APLICADA AL MODELO TEÓRICO “DEFICIT DE AUTOCUIDADO” DOROTHEA ELIZABETH OREM	26
5.1 LENGUAJE DE LAS TEORIAS Y MODELOS EN ENFERMERIA	26
5.2 VISIONES DE LA REALIDAD DE ENFERMERIA	33
5.2.1 Determinismo- Particular Reactivo	33
5.2.2 Interactiva- Integrativa (Interacción Recíproca)	34
5.2.3 Unitaria – Transformativa (Acción Simultánea)	35
5.3 TENDENCIAS EN ENFERMERIA (ESCUELAS)	36
5.4 EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (PAE)	39
5.5 EXPERIENCIAS EN ENFERMERÍA	41
5.5.1 La adopción de un modelo o teoría en Enfermería	43
6. SELECCIÓN DEL MODELO TEÓRICO O TEORÍA EN ENFERMERÍA	44
6.1 SITUACION BIOGRAFICA DEL TEORICO SELECCIONADO: DOROTHEA ELIZABETH OREM	45
6.2 ORIGEN PARADIGMÁTICO DEL MODELO TEORICO “DEFICIT DE AUTOCUIDADO”	48
6.3 LOS METAPARDIGMAS DE ENFERMERÍA SEGÚN DOROTHEA ELIZABETH OREM	49
6.3.1 Enfermería	49
6.3.2 Entorno	49
6.3.3 Salud	50
6.3.4 Persona	50
6.4 ESTRUCTURA DEL MODELO TEORICO DE DOROTHEA	51

	ELIZABETH OREM	
6.4.1	La teoría del Autocuidado	51
6.4.2	La teoría del Déficit del Autocuidado	53
6.4.3	La teoría del Sistema de Enfermería	57
6.4.4	Principales conceptos del modelo de Orem	59
6.4.4.1	Requisitos de Autocuidado	59
6.4.4.2	Déficit de Autocuidado	65
6.4.4.3	Agencia de Autocuidado	65
6.4.4.4	Agencia de cuidado dependiente	66
6.4.4.5	Sistemas de Enfermería	66
6.4.4.6	Supuestos en los que se fundamentó el Modelo	68
6.5	UTILIDAD DEL MODELO TEÓRICO “DEFICIT DE AUTO CUIDADO” PARA CUMPLIR LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERIA.	69
6.5.1	Utilidad del modelo teórico en la práctica asistencial	69
6.5.2	Utilidad del modelo teórico en la Investigación	77
6.5.3	Utilidad del modelo teórico en la Educación	78
6.5.3.1	Guía para currículos y programas de Enfermería	79
6.5.4	Utilidad del modelo teórico en la Administración	79
7.	ANALISIS CRÍTICO DEL MODELO TEORICO “DÉFICITE DE AUTOCUIDADO” DE DOROTHEA ELIZABETH OREM	83
7.1	CRITERIOS INTERNOS	83
7.2	CRITERIOS EXTERNOS	83
8.	CONGRUENCIA DEL MODELO TEÓRICO CON LOS VALORES PROFESIONALES, SOCIALES E INSTITUCIONALES	85
8.1	LOS VALORES PROFESIONALES DEL MODELO “DÉFICIT DE AUTOCUIDADO” Y LA LEGISLACIÓN DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA.	85
8.2	EL MODELO TEÓRICO “DÉFICIT DE AUTOCUIDADO” Y LOS VALORES SOCIALES DE LA ACTUALIDAD	86
8.3	EL MODELO TEÓRICO “DÉFICIT DE AUTOCUIDADO” Y LOS VALORES INSTITUCIONALES DE LA CORPORACIÓN UNIVERSIDAD LIBRE	89
9.	EL MODELO TEORICO “DEFICIT DE AUTOCUIDADO” DE OREM Y LA ORIENTACION DEL PROGRAMA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA	91
10.	CONCLUSIONES	98
11.	RECOMENDACIONES	100

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Modelo de Orem en la práctica asistencial de Enfermería	72
Tabla 2. Modelo Teórico “Déficit de autocuidado” de Orem y la orientación del Programa de Enfermería de la Facultad de Enfermería Universidad Libre Seccional Pereira	93

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Marco conceptual para la Enfermería	55
Figura 2. Agente de autocuidado y cuidado dependiente	56
Figura 3. Sistemas básicos de Enfermería	68

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Glosario del modelo teórico “Déficit de autocuidado” de Orem	103
Anexo 2. Estudio de casos en la aplicación del modelo teórico “Déficit de autocuidado” de Dorothea Elizabeth Orem	111

RESUMEN

El desarrollo de la disciplina enfermera, ha generado la construcción de modelos conceptuales que constituyen un conjunto de conceptos abstractos y generales que se desarrollan a partir de la observación empírica y la deducción o inducción de los campos de investigación. Cada modelo conceptual, se constituye en una guía teórica que orienta la práctica de Enfermería al manejar cada uno un enfoque único de la realidad.

El proyecto de investigación, propone una guía metodológica con diez pasos que van desde la familiarización con el lenguaje de las teorías y modelos, hasta la búsqueda de expertos para someter a revisión el análisis realizado, y hacer los ajustes pertinentes; dicha guía facilita el estudio de teorías y modelos de Enfermería con el propósito de orientar en un futuro el ejercicio profesional de los estudiantes y egresados de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira.

La guía se desarrolla aplicándola al modelo teórico de “Déficit de Autocuidado” de Dorothea Elizabeth Orem, ya que el modelo es tan universal que no perderá actualidad, se adapta fácilmente a múltiples situaciones de la práctica profesional, especialmente en la actualidad cuando la tendencia de la Enfermería es hacia el fortalecimiento y mantenimiento de la salud de las personas; se adapta al contexto socio – político y valores de la facultad, y proporciona elementos fundamentales para el perfeccionamiento de posteriores análisis de teorías y modelos, contribuyendo así a la adecuación en un futuro de un modelo para la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira.

**“La práctica sin la teoría es como un hombre que
sale a la mar sin mapa y en un barco sin timón”
Leonardo da Vinci**

INTRODUCCION

Ante la imperiosa necesidad de los profesionales de Enfermería de apropiarse del fundamento teórico y metodológico de su quehacer asistencial, educativo, investigativo y gerencial, descrito en los modelos y teorías de Enfermería, que han fortalecido el desarrollo profesional, surge la idea de proponer una guía metodológica para el análisis de las teorías y modelos.

Un modelo es la representación de una realidad que se nombra como hecho enfermero y que no es más que la manera de llevar a cabo el proceso de cuidar de Enfermería, son propuestas para llevar a cabo dicho proceso desde los diferentes aportes de la disciplina enfermera.

Si se entienden los modelos como simples representaciones de la realidad de la Enfermería sin más, su estudio tan solo permite llegar a obtener un álbum fotográfico que mostrará los distintos momentos por los que ha ido transcurriendo el desarrollo de la disciplina enfermera. Los modelos adquieren su verdadero significado cuando las enfermeras y los enfermeros son capaces de trasladarlos a la práctica y ser probados.

Probar un modelo, y demostrar su eficacia permite identificar y validar el aporte específico de la Enfermería en el cuidado de la salud, necesario para certificar la condición de disciplina científica y de actividad profesional.

Únicamente se está en condiciones de demostrar que la forma de llevar a cabo el proceso de cuidar, guiada por un modelo de enfermería, permite obtener una mayor calidad de vida en los individuos, familias y comunidades que se cuidan, cuando se pruebe el modelo en la práctica y se analicen sus resultados, lo cual ayudará a adquirir conocimientos que permitan perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, predicción y control de los fenómenos de la salud.

La aplicación de cualquier modelo obliga a su conocimiento profundo, su comprensión teórica y metodológica. Se reconoce que hay deficiencias conceptuales en este sentido en una gran proporción de profesionales, por lo cual se pretende aportar una guía para su estudio.

Consistente con el pluralismo ideológico que enmarca el quehacer universitario de La Corporación Universidad Libre, como Institución de Educación Superior en Colombia, se estudia y profundiza el modelo teórico de Dorotea Elizabeth Orem, como una visión, una tendencia, una perspectiva o un enfoque de cuidado, que como otros modelos y teorías, es necesario comprender, para abordar los fenómenos complejos de la Enfermería.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la perspectiva disciplinar, en aras de fomentar su identidad profesional, la Enfermería ha venido transformando su rol y trascendiendo de la dependencia total del acto médico que caracterizó sus orígenes, y en la actualidad se orienta a ser una profesión que reclama autonomía y liderazgo, situación en la cual se está trabajando a nivel mundial. El abordaje de la identidad implica una solidez teórica y metodológica que a partir de los modelos existentes, desarrolle la práctica, fomente el conocimiento y estimule la investigación, para lograr mejor calidad en la prestación del cuidado y mayor reconocimiento y estatus social.

Acorde con la naturaleza legal de la profesión, definida en la Ley 266, la Enfermería, además de utilizar otros saberes básicos, debe fundamentar su práctica...”en sus propias teorías y tecnologías”. De allí que, el cuidado como esencia de la profesión, deba guiarse utilizando teorías y modelos propios, que permitan procesos de atención con intervenciones eficaces, en beneficio de la calidad de vida de los sujetos de atención: “personas, familias y comunidades, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar”¹.

La historia de la formación de enfermeras(os) en Colombia da cuenta del desconocimiento parcial de las teorías y modelos de Enfermería y su falta de aplicabilidad en el ejercicio cotidiano; no hay apropiación por parte de los profesionales del área, de la estructura y utilidad de los mismos, probablemente debido a la dificultad para su comprensión. Cabe anotar que la ausencia de la aplicación de los modelos y teorías de Enfermería en la formación teórico - práctica de los estudiantes de pregrado, restringe la organización del proceso enseñanza – aprendizaje, lo cual conlleva a debilitar la imagen profesional del egresado.

Considerando lo anterior, la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre seccional Pereira, ha centrado su interés en formar profesionales cuyo quehacer como “cuidador” esté fundamentado científica y metodológicamente en modelos y teorías propias de la Enfermería, lo cual les permita tener mayor autonomía y empoderamiento en su desempeño.

¹ Republica De Colombia. Diario Oficial. Año Cxxxi. N. 42710. 5, Febrero, 1996. Pag. 1 Ley 266 De 1996 (enero 25) por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

Ante la dificultad existente para la comprensión y aplicación de teorías y modelos de Enfermería por parte de docentes y estudiantes, se considera que la existencia de una guía metodológica completa, clara y precisa que oriente su estudio y sirva para analizar cualquiera de los modelos o teorías descritas hasta la actualidad, será de gran utilidad para que la comunidad académica de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira, inicie y fortalezca la apropiación de los fundamentos filosóficos, teóricos y metodológicos propios, durante su desempeño profesional. De igual manera, el estudio continuado de esta temática, le aporta al Programa de Enfermería, elementos fundamentales de tipo disciplinar, al promover un proceso sólido de atención que beneficia directamente a los sujetos de cuidado: individuos, familias y comunidades.

Para iniciar la validación de la propuesta, es necesario aplicar su diseño a un modelo o teoría y en este sentido se selecciona uno de los modelos teóricos más utilizados mundialmente: “Déficit de autocuidado” de Dorothea Elizabeth Orem.

2. JUSTIFICACIÓN

La Enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, ha generado teorías y modelos conceptuales que constituyen un conjunto de elementos abstractos y generales, que dan respaldo a la práctica profesional, al proporcionar un sentido y una metodología, que hacen a la profesión útil y funcional.

El Plan Latino para el desarrollo de la Enfermería, en su línea de acción N° 5 propone “Clarificar, divulgar y fortalecer la imagen pública de Enfermería en relación con el servicio esencial a la sociedad”...para... “Promover y legitimar la imagen positiva de Enfermería en la sociedad”² Por lo tanto, es necesario continuar la orientación del proceso enseñanza aprendizaje de la disciplina, con la aplicación de los modelos y teorías, pues su utilización fortalece la imagen profesional y el reconocimiento social de la profesión.

De manera coyuntural, la promulgación de la Ley 100 de 1993 en Colombia, genera un momento socio-político importante para el fomento de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que permite vislumbrar el quehacer de la Enfermería en su condición de profesión independiente, como “un elemento clave” en el desarrollo de esta política nacional de salud.

En Enero de 1996, se aprobó la Ley 266, que reglamenta el ejercicio profesional de Enfermería en Colombia. En el CAPITULO II: De la naturaleza y ámbito del ejercicio, expresa:.. “Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías” y genera como una de sus propuestas: “Construir la identidad profesional como una opción y oportunidad de desarrollo personal y colectivo, ubicándose en el espacio social que le corresponde”³. Este fundamento legal, al mismo tiempo que fortalece el camino hacia la identidad profesional, exige a todos los profesionales una apropiación total de los conocimientos científicos, y las herramientas y recursos propios para el ejercicio.

En Octubre de 2004, La Ley 911 permite disponer de un Código de ética para la Profesión de Enfermería en Colombia. Este soporte ético-legal, demarca el camino para el ejercicio independiente de la profesión, a la luz de la esencia de la profesión: el cuidado de la salud de individuos, familias y comunidades, enmarcado en la visión de la Enfermería como ciencia humana.

² OMS/OPS. División de sistemas y servicios de la salud. Programa de Recursos Humanos. Plan de desarrollo para la Enfermería en América Latina. Elaborado en reunión realizada en la sede de ACOFAEN. Santa fe de Bogotá, Colombia, del 31 de julio al 2 de agosto de 1996.

³ LEY 266 DE 1996 (enero 25). Diario Oficial. Año CXXXI. N. 42710. 5, febrero, 1996. Pág. 1

Atendiendo a estas, y otras consideraciones de orden curricular, la concepción inicial acerca de la necesidad de profundizar en teorías y modelos propios de la Enfermería, estaba dada en la Facultad de Enfermería, cuando se inició la elaboración de esta propuesta. La guía diseñada y el análisis del modelo teórico de Dorotea Elizabeth Orem constituyen un aporte muy valioso a los proyectos que se adelantan para fortalecer la sublínea de investigación: “Enfoque conceptual de Gerencia del Cuidado”⁴ del Programa de Enfermería.

La guía diseñada provee las bases para el estudio y análisis de otros modelos y teorías de Enfermería y debe continuar perfeccionándose con la aplicación diaria, en todas las unidades, escenarios, áreas, niveles y servicios de desempeño profesional de estudiantes y egresados.

⁴ Universidad Libre Seccional Pereira Facultad de Enfermería. Centro de Investigaciones. Línea de Investigación “Gerencia del Cuidado”.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer una guía metodológica para el estudio de teorías y modelos de enfermería, que permita orientar en un futuro el ejercicio profesional en todas las áreas de acción, de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre seccional Pereira, y aplicarla en el análisis descriptivo del modelo teórico de Dorothea Elizabeth Orem: “Déficit de autocuidado”.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Diseñar una guía inicial para el análisis de teorías y modelos de enfermería.
2. Desarrollar la guía, analizando en forma descriptiva el modelo teórico “Déficit de autocuidado” de Dorothea Elizabeth Orem, respondiendo a los siguientes objetivos:
 - a. Describir la experiencia de Dorothea Elizabeth Orem como teórica de Enfermería.
 - b. Analizar el origen paradigmático del modelo teórico: Déficit de autocuidado.
 - c. Describir los conceptos meta paradigmáticos del modelo teórico en estudio.
 - d. Describir y analizar la estructura del modelo teórico en estudio.
 - e. Analizar la utilidad del modelo en el área asistencial, en la investigación, en la docencia y en la administración.
 - f. Realizar la crítica de criterios internos y externos del modelo de Orem.
 - g. Identificar la congruencia del modelo teórico con los valores personales, profesionales, institucionales y sociales.
3. Identificar la aplicación del modelo teórico de Dorothea Elizabeth Orem en el desarrollo del programa de pregrado en Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira.

4. PROPUESTA METODOLOGICA PARA ANALISIS DESCRIPTIVO DE TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA

A continuación se enuncian diez pautas secuenciales, que se pueden y deben validar en el proceso de aprehender y aplicar un modelo o teoría de Enfermería:

➤ **Primero: familiarícese con el lenguaje de los modelos y teorías de Enfermería.**

Si se acepta que los **modelos y teorías** de Enfermería son el resultado del examen cuidadoso y crítico que hacen las (los) enfermeras (os) de los **fenómenos y hechos** que conforman la práctica de Enfermería, utilizando el método científico y aplicando los distintos tipos de razonamiento influenciados por **supuestos y paradigmas**, es necesario en un primer momento que se realice una lectura global del lenguaje de los modelos y teorías y se familiarice con los términos utilizados: concepto, modelo, teoría, fenómeno, hecho, supuesto, paradigma, valores, postulados y elementos, entre otros.

Referencias bibliográficas:

- Fawcett, J. (1995) Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing (3rd edition). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Tomey, Ann Marriner. Modelos y teorías en Enfermería. Ediciones Harcourt, S.A., España. 2000. (4): 376, 11, 337.
- Berdayes Martínez, Daisy. Desarrollo teórico de Enfermería. ISCM-H. 2001: 9, 18.
- Marriner Tomey, Ann; Raile Alligood, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería, Ed. Harcourt, S.A., España, 2000: 186.
- Donalson, SK. y Crowley, DM. (1978). The discipline of nursing. NURSING OUTLOOK. 26, 2, 113-120. Traducido por Edilma de Reales para fines exclusivamente didácticos. Universidad Nacional de Colombia.

➤ **Segundo: revise su experiencia personal como estudiante o como profesional de Enfermería.**

Identifique cual es la base que orienta su práctica profesional y le permite llevar a cabo el proceso de cuidar. A partir de una reflexión individual acerca de su “estar” cotidiano como “enfermera (o)”, responda los siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es el objetivo que se plantea en su práctica profesional?
- ¿Quiénes son y cómo son sus sujetos de actuación?
- ¿El instrumento metodológico que utiliza para llevar a cabo el cuidado enfermero, llámese este, “proceso de atención de enfermería”, o “seguimiento por enfermería”, o “programas de enfermería”, etc., le permite una visión

dinámica para gerenciar el cuidado de enfermería?, ¿Se trata de un instrumento propio, le permite realizar los ajustes pertinentes?

- ¿Cuáles son los procedimientos que usted desarrolla en su práctica profesional?, ¿Está validada la efectividad de estos procedimientos en la consecución de los objetivos de cuidado?

➤ **Tercero: seleccione un modelo- teoría de Enfermería.**

El modelo o una teoría de Enfermería seleccionada deben ofrecer elementos para fundamentar científicamente su práctica. Se recomienda realizar una lectura global de los principales componentes de cada modelo o teoría, antes de profundizar en su estudio. Existen grandes teorías, teorías de nivel medio y micro teorías. Se recomienda iniciar con teorías de nivel medio que no son tan complejas y permiten establecer con mayor precisión los vínculos entre las formulaciones teóricas y la realidad, siendo útiles para explicar las complejas situaciones de la vida.

Referencias bibliográficas:

- Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157.
- Marrineer Tomey A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Editorial Harcoort; 1998:55-56.
- Riehl-Sisca Joan P. Modelos conceptuales de enfermería. Recopilación de modelos originales escritos por sus autoras. Texto fotocopiado con fines didácticos como difusión y aporte de la Universidad de la Sabana. Santafé de Bogotá, Colombia.
- Sánchez, B. (1997). Recopilación de artículos del grupo de cuidado. Bogotá: Documento de trabajo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.
- Organización Mundial de la Salud. Los cuidados de salud primario. Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, Ginebra: OMS; 1978 (Serie Salud para Todos No.1).

➤ **Cuarto: analice la situación biográfica del teórico seleccionado.**

Describa la experiencia del teórico de Enfermería seleccionado, su trayectoria de vida profesional y personal, el contexto sociocultural donde se desarrolló, sus colaboradores y la experiencia en educación. Es fundamental comprender los parámetros humanos involucrados en el desarrollo de la teoría o modelo, las creencias del autor y los factores que facilitaron el proceso de desarrollo de la teoría.

Referencias bibliográficas:

- Profundice en la literatura citada en el punto anterior, referida al teórico seleccionado.

➤ **Quinto: analice el origen paradigmático del modelo o teoría seleccionada.** Para realizar este análisis, describa, interprete el modelo o teoría seleccionada y relaciónelo con los demás existentes hasta la actualidad. Se deben trabajar dos aspectos: la visión de la realidad y el enfoque conceptual o tendencia de la teoría o modelo.

Referencias bibliográficas:

- Sanabria Triana L. Otero Ceballos M. Laza O.U. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super 2002;16(4). Escuela Nacional de Salud Pública Sitio en Internet http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/cargo#cargo.
- Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157.
- Villalobos de, María Mercedes. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Santafé de Bogotá: Editorial Universidad Nacional De Colombia. 1998.

➤ **Sexto: describa los conceptos meta paradigmáticos de la teoría seleccionada.**

Un concepto meta paradigmático es el que está presente en todas las teorías y modelos, siendo definidos básicamente cuatro conceptos para la profesión de Enfermería: persona, salud, contexto y cuidado. Defina e interprete estos conceptos correspondientes al modelo o teoría en estudio y realice el contraste de diferencias, similitudes y enfoque con las bases conceptuales del programa de pregrado en Enfermería, definidas por la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira.

Referencias bibliográficas:

- Los escritos directos del teórico seleccionado, buscar fuentes primarias.
- Riehl-Sisca Joan P. Modelos conceptuales de enfermería. Recopilación de modelos originales escritos por sus autoras. Texto fotocopiado con fines didácticos como difusión y aporte de la Universidad de la Sabana. Santafé de Bogotá, Colombia.
- Sánchez, B. (1997). Recopilación de artículos del grupo de cuidado. Bogotá: Documento de trabajo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.
- Universidad Libre Seccional Pereira. Facultad de Enfermería. Programa académico de pregrado en Enfermería. Caracterización y currículo. Cap. 4: Organización académica del programa de Enfermería y diseño macro curricular: bases conceptuales.

➤ **Séptimo: describa, diagrame y analice la estructura del modelo.**

Describa y analice la estructura del modelo o teoría en cuanto a conceptos, supuestos, proposiciones y diagrame las relaciones de la teoría que permitan dar

una descripción articulada del pensamiento del autor. Observe diferencias con otras teorías y modelos.

Referencias bibliográficas:

- Los escritos directos del teórico seleccionado, buscar fuentes primarias.

➤ **Octavo: revise la utilidad del modelo o teoría seleccionada para el cumplimiento de las funciones de la profesión.**

Identifique la utilidad de la teoría o modelo, según la experiencia del teórico; realice una revisión de donde ha sido utilizada y como han sido estas experiencias. Además de ello, analice la utilidad de esta en los siguientes campos:

➤ En la práctica: su dirección, aplicabilidad, posibilidad de generalización, efectividad de costos, relevancia en el contexto actual y la opinión que tienen los profesionales de ella.

➤ En la investigación: capacidad para describir, explicar, predecir fenómenos de la salud, posibilidad de comprobación, capacidad demostrada para la prescripción de cuidados de enfermería; que tan reproducible es el modelo o teoría en la investigación, que proposiciones tienen que ser comprobadas, se ha hecho investigación utilizando la teoría, y si los resultados en la investigación son significativos en otros campos.

➤ En la educación: afirmaciones filosóficas, objetivos y conceptos, que sean coherentes con los modelos pedagógicos del programa con el que se confronta y si el modelo o teoría ha sido utilizada para guiar currículos o programas de enfermería.

➤ En la administración: estructura y planeación del cuidado, organización del cuidado, normas para el cuidado del paciente, sistemas de clasificación del paciente y revisión de los elementos que el modelo o teoría proporciona para determinar criterios de control de calidad.

Referencias bibliográficas:

- Los escritos directos del teórico seleccionado, buscar fuentes primarias.
- Consulte las aplicaciones de las teorías realizadas en diferentes contextos: instituciones educativas, instituciones de salud y proyectos de investigación.
- Bello Fernández, Nilda; Machado M., María; Valdés M., Cristobalina, et. al. Proceso de Atención de Enfermería. Revisión Bibliográfica para actualización. MINSAP, 1996: 3-6
- Riehl-Sisca Joan P. Modelos conceptuales de enfermería. Recopilación de modelos originales escritos por sus autoras. Texto fotocopiado con fines didácticos como difusión y aporte de la Universidad de la Sabana. Santafé de Bogotá, Colombia.
- Sánchez, B. (1997). Recopilación de artículos del grupo de cuidado. Bogotá: Documento de trabajo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

➤ **Noveno: revise la congruencia del modelo con los aspectos ético - legales**

Identifique la congruencia del modelo teórico con los valores sociales, profesionales, e institucionales, respondiendo los siguientes interrogantes:

- ¿El rol de la (el) enfermera (o) propuesto por la teoría en estudio es congruente con el rol que percibe la sociedad?
- ¿Las acciones y resultados que plantea la teoría son congruentes con sus expectativas sociales?
- ¿Los valores que prioriza la teoría son congruentes con los valores y costumbres del contexto?
- ¿Los planteamientos de la teoría son congruentes con la legislación nacional, la legislación de Enfermería y el proyecto educativo institucional y de la facultad?

Referencias bibliográficas:

- República de Colombia. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Ley 100 de 1993 (Diciembre 23) por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. Libro Segundo: Sistema General de Seguridad Social en Salud
- OMS/OPS. División de sistemas y servicios de la salud. Programa de Recursos Humanos. Plan de desarrollo para la Enfermería en América Latina. Elaborado en reunión realizada en la sede de ACOFAEN. Santa fe de Bogotá, Colombia, del 31 de julio al 2 de agosto de 1996.
- República de Colombia. Diario oficial. Año CXXXI. N. 42710. 5, Febrero, 1996. Pág. 1 Ley 266 de 1996 (enero 25) por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.
- República de Colombia. Ley 911 de 2004 (Octubre 5). Código de ética de Enfermería.
- Republica de Colombia. Ministerio de Protección Social. Políticas Nacionales de salud.
- Documentos de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC.
- Producción y divulgación realizada por la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN – Colombia.
- Proyecto educativo Institucional de la Corporación Universidad Libre de Colombia
- Proyecto educativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira.
- Currículum y programa de Enfermería. Lineamientos generales. Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira.

➤ **Décimo: Someta el análisis realizado a la revisión de expertos y realice los ajustes pertinentes.**

Una vez terminado el análisis, solicite la revisión de expertos, para posterior socialización.

El proceso de socialización será liderado por el Centro de Investigaciones de la Facultad de Enfermería. Se iniciará con una fase de motivación a docentes acerca de la importancia de los fundamentos propios de la Enfermería en su actividad de aula. Se conformarán “grupos de estudio” por área profesional específica, a saber: madre y recién nacido, niño y adolescente, adulto y anciano, desarrollo histórico, conceptual y ético legal de la Enfermería, con el objetivo de aplicar la guía, validarla y seleccionar teóricos de Enfermería que sustenten su desempeño.

5. DESARROLLO DE LA PROPUESTA, APLICADA AL MODELO TEORICO “DÉFICIT DE AUTOCUIDADO” DOROTHEA ELIZABETH OREM

5.1 LENGUAJE DE LAS TEORIAS Y MODELOS EN ENFERMERIA

Las ideas globales de lo que se entiende por Enfermería, han sido organizadas por Fawcett⁵ a través de lo que denomina "Estructura del conocimiento", en la cual vincula el mundo abstracto con el mundo concreto de Enfermería en una estructura descendente a partir del metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales y teorías. A continuación, se definen estos términos, de tal manera que se consiga una comprensión de los mismos, al interior del lenguaje para describir y analizar teorías y modelos de Enfermería.

En este esquema de la estructura conceptual, los **metaparadigmas** son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de Enfermería; **Persona, Salud, Entorno y Enfermería**, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras (os) para dar lugar a la generación de modelos conceptuales.

Según Monti y Tigen el metaparadigma es la descripción global de los conceptos y temas que se escogen como núcleo de la disciplina y aquellos que la diferencian de otras, es decir, la perspectiva singular de cada disciplina se ejemplifica por el metaparadigma. Hay un acuerdo de que los conceptos del metaparadigma de Enfermería son persona, contexto, enfermería y salud, sin embargo, también puede incluir valores y creencias comunes de las (os) enfermeras (os) como cuidar, fomentar la autonomía de las personas, promoción de la salud, conducta ética, entre otros.⁶

La filosofía: como ciencia que comprende la lógica, la ética, la estética, la metafísica y la epistemología, se encuentra ubicada en una línea staff, como un conjunto de creencias, valores y lo que las (os) enfermeras (os) asumen como verdadero, respecto al fenómeno de interés para la disciplina "el cuidado", por lo que indirectamente modifican lo que cada enfermera (o) utiliza para realizar la práctica de Enfermería en su contexto propio de trabajo.

⁵ FAWCETT, J. Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing and ed. Philadelphia: F.A. Davis. 1996. Citado por González Juárez, Lilitana. en Introducción a los modelos y teorías de enfermería: documento de trabajo docente de la Universidad Nacional Autónoma de México. Sitio en Internet consultado 12/01/05.
<http://www.google.com.co/search?q=cache:FPAbeMYF2VAJ:www.exactas.unlpam.edu.ar/academica/carreras/enfermeria/documentacion/introalosmodelosPDF.pdf+teorias+y+modelos+de+enfermer%C3%ADa+&hl=es>

⁶ Monti, E; y Tinger, M. (1999) Multiple paradigms of nursing science. Advances In Nursing Science. 21, 4, 64 - 80. Traducción De Edilma de Reales.2001

Filosofía de Enfermería: son las proposiciones relacionadas con lo que se cree verdadero acerca del fenómeno de la disciplina de la Enfermería. Además, lo que se cree acerca del desarrollo del conocimiento relacionado con el fenómeno de interés de la Enfermería. La filosofía incluye propuestas éticas relacionadas con las actuaciones de los miembros de la disciplina y, además, acerca de la naturaleza del ser humano y la meta propia de ésta.

Los modelos conceptuales: "conjunto de conceptos abstractos, generales y de proposiciones que integran esos conceptos en configuraciones significativas. El término modelo conceptual es sinónimo o intercambiable de los términos marco de referencia conceptual, sistema conceptual, paradigma y matriz disciplinaria"⁷. Incorporan observaciones empíricas, intuiciones de los estudiosos, deducciones combinadas con las ideas creativas del campo de la investigación. Esto quiere decir que explican de manera general el fenómeno del cuidado, el autocuidado, la promoción de la salud, las relaciones interpersonales, y el proceso de adaptación entre otros.

El Modelo: es un esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o realidad compleja, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de un comportamiento. También se puede decir, que el modelo representa la idea que se explica a través de la visualización simbólica y física los cuales se utilizan para facilitar el razonamiento basado en los conceptos y las relaciones entre ellos o bien, para planificar un proceso de investigación, es decir, es un diseño estructural compuesto de conceptos organizados y relacionados. Se pueden diferenciar en:

- Verbales: son los que se expresan mediante enunciados verbales.
- Esquemáticos: pueden adoptar la forma de diagramas, dibujos, gráficos o imágenes.
- Cuantitativos: utilizan simbología matemática.
- Físicos: pueden asemejarse a la realidad que representan como por ejemplo los órganos del cuerpo humano.

Los modelos son especialmente útiles en el desarrollo teórico, ya que ayudan a seleccionar los conceptos relevantes necesarios para representar un fenómeno de interés y a determinar las relaciones entre los conceptos. Los modelos evolucionan para convertirse en teorías cuando se genera un respaldo empírico suficiente para sus enunciados de relación. Los modelos conceptuales son los trabajos en los que aparecen identificados y definidos los conceptos involucrados en el proceso de cuidar a la vez que se plasma un cierto nivel de relación entre ellos, dejando abierta una vía directa para el desarrollo de teorías.

⁷(Fawcett, 1995. pág 2). Fawcett, J. (1995) Analysis And Evaluation Of Conceptual Models Of Nursing. Third Edition. Philadelphia: Fa. Davis Company. Cap 1.

De acuerdo con lo expresado por Marriner⁸, **una teoría** consiste en una serie de conceptos organizados, de forma sistémica y conectada lógicamente para explicar su relación. La teoría ha dejado de ser un lujo en la Enfermería. Hubo un tiempo en que el uso de una teoría se equiparaba con el uso de un sistema conceptual, simplemente como guía para el desarrollo curricular; en cambio, hoy en día, la teoría ha pasado a formar parte del léxico habitual de la educación, la administración y el ejercicio profesional de la Enfermería.

La teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno.

El concepto se conoce como idea que concibe o forma el entendimiento; pensamiento expresado en palabras; aspecto, calidad o título, es decir, es la formulación mental compleja de un objeto, propiedad o suceso que se deduce de la experiencia perceptiva individual. Puede asociarse a una idea, una imagen mental o una generalización conformada y desarrollada en la mente. Comprende la materia de interés de una teoría y se expresan algunos aspectos de la realidad que son susceptibles de cuantificar. El concepto abstracto es completamente independiente de tiempo y lugar y el concepto concreto es específico de tiempo y lugar.

Las (los) enfermeras (os) pese a compartir un mismo marco conceptual, pueden estar queriendo expresar ideas distintas al utilizar dichos conceptos, por tanto es necesario la definición de los mismos para dejar claramente explicadas las ideas que encierran.

Las definiciones fijan con claridad, exactitud y precisión la significación de una palabra o de una persona o cosa. Son enunciados que expresan el significado de una palabra, una frase o un término. Se definen como símbolos abstractos de la realidad, representaciones mentales construidas en términos lingüísticos. Las definiciones teóricas son enunciados que expresan el significado general de un concepto en forma acorde con la teoría y las definiciones operativas especifican las operaciones necesarias para mediar una construcción o una variable.

Las (los) enfermeras (os) cuando se disponen a elaborar un modelo o una teoría de Enfermería, además de dar nombre a los elementos que ocurren en nuestra práctica, es imprescindible definir el significado de dichos conceptos. Esa definición nos permite relacionar los conceptos y poder describir con claridad el hecho o fenómeno enfermero.

⁸ Marriner Tomey A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Editorial Harcourt; 1998. p.50-51

Los supuestos son opiniones sobre los fenómenos que se deben admitir como verdaderas para la teoría construida, acerca de esos fenómenos se acepta como válida. Para Marriner los supuestos son enunciados que se admiten como ciertos sin ninguna prueba o demostración, al interior de cada modelo o teoría.

Las proposiciones son términos que suelen utilizarse para referirse a cualquier idea que se presente en forma de enunciado científico.

La teoría como herramienta utilizada para guiar una práctica y una investigación es abstracta, se puede ver el desarrollo de una teoría como un proceso de comprensión de relaciones y como una aplicación de conocimientos a la práctica o a la investigación.

Como funciones principales de la teoría, se incluyen: la capacidad para resumir el conocimiento y la posibilidad de explicar los fenómenos de interés para el campo científico en que se aplica y dotar a éste de los medios necesarios para predecir y controlar dichos fenómenos.

Las teorías contribuyen a la base científica de una disciplina porque:

- Suministran una base para interpretar las observaciones y los datos relativos a un fenómeno.
- Vinculan entre sí los resultados de la investigación para obtener una forma de conocimiento acumulado.
- Ofrecen marcos de trabajo para estudiar los conceptos y las variables a efectos de dotar de un significado especial a los términos de los fenómenos analizados.
- Proporcionan un método que permita interpretar los resultados de las investigaciones más allá de la situación concreta de la obtención de los datos, ampliando así la base de conocimiento de la disciplina en cuestión.

Si se analizan las definiciones, se encuentra que las teorías son la representación de los modelos. Ahora bien, un modelo puede limitarse a describir los elementos implicados en un fenómeno, que la investigación ha observado de la realidad, sin llegar a explicarlo, predecirlo y/o controlarlo. Las (los) enfermeras (os), a partir de la observación, el análisis y la representación del hecho enfermero, han llegado a construir tanto modelos como teorías.

Visión de la Realidad (Visión del Mundo): *orientación* consistente de un campo de estudio, a partir de una conceptualización o perspectiva abstracta que refleja un conjunto de creencias sistemáticas y las formas como se instrumentaliza la generación y prueba del conocimiento relacionado con el fenómeno o fenómenos de la disciplina.

El Paradigma: es el referente en la construcción de un modelo o teoría. Un paradigma es el conjunto de creencias, valores, principios, leyes, teorías o metodologías que sirven como referente para el desarrollo de la ciencia. Al hablar de paradigmas, se refiere a estructuras, marcos referenciales, a partir de los que se desarrollan un modelo o una teoría en Enfermería.

"La clasificación de los modelos de Enfermería como paradigma, que aplica conceptos meta paradigáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la Enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas"⁹ En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de Enfermería.

Paradigma de la categorización: comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. La visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, las manifestaciones poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

La orientación centrada en la salud pública está caracterizada por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios."¹⁰ Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos metaparadigáticos de Enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

- **La persona**, posee la capacidad de cambiar su situación.
- **El entorno**, comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.
- **La salud**, es "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos". Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.
- **El cuidado**, es la intervención que la (el) enfermera (o) realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.

⁹ Tazon Ansola M, García Campayo J, Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50.

¹⁰ Op cit. Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157.

La orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica, surge cuando comienzan a controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el metaparadigma según esta orientación es el siguiente:

- **La persona**, es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.
- **El entorno**, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.
- **La salud**, es la ausencia de enfermedad, un estado deseable¹¹.
- **El cuidado**, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficit que surjan en la persona.

La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica está reflejada en F. Nightingale, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

Otros enfermeros como Henderson, Hall y Watson suponen la transición entre los diversos paradigmas, especialmente porque dan paso al de la integración, en ellos ya se avisa que la experiencia de salud-enfermedad supera la linealidad y comienza a considerar la persona en su integralidad, en interacción con el entorno.

Paradigma de la integración¹: En su inicio suponía una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de Enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de Enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica.

La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de V.Henderson, H. Peplau y Dorothea Elizabeth Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Los cuidados de salud primario. Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, Ginebra: OMS; 1978. Serie Salud para Todos No.1.

esta orientación, los conceptos de los metaparadigmas de Enfermería se definen así:

- **La persona**, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- **El entorno**, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- **La salud**, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- **El cuidado**, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de Enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de Enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la disciplina de Enfermería.

Paradigma de la transformación: representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Los modelos y teorías propuestos por R.R. Porse, M.Newman, M. Rogers y Watson quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de Enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- **La persona**, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- **La salud**, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- **El entorno**, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- **El cuidado**, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de Enfermería supone respeto e

interacción del que ambos, persona-enfermera (o), se benefician para desarrollar el potencial propio.

Como puede observarse, en la evolución de la disciplina de Enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica.

En la actualidad, los cuidados se orientan a incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende, entonces la intervención de enfermería con esta orientación va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de los cuidados y la satisfacción y el bienestar de la persona en su integralidad.

5.2 VISIONES DE LA REALIDAD DE ENFERMERÍA^{12, 13, 14}

Como una perspectiva moderna para el análisis descriptivo de teorías y modelos de Enfermería, se plantean las visiones de la realidad, que están construidas tomando como referentes básicos los componentes de los tres grandes paradigmas y las entidades que se estudian, que pueden ser particulares, interactivas o unitarias.

5.2.1 Determinismo – Particular Reactivo. Visión de la entidad que estudia: Particular. Noción de cómo ocurre el cambio: Determinista Causa – Efecto.

Origen: esta visión surge al interior del positivismo, es mecanicista, involucra las nociones de persistencia, totalidad y objetividad.

El Ser Humano se fracciona para su estudio y constituye la suma de partes discretas, componentes que pueden cuidarse en forma aislada: física, emocional, social, espiritual. El ser humano es pasivo, responde a estímulos externos del ambiente.

¹² Op cit ___Benavent Garcés M, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. Los modelos de cuidados. Madrid. 2001:157

¹³ Villalobos de, María Mercedes. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Santafé de Bogotá: Editorial Universidad Nacional De Colombia. 1998.

¹⁴ Morales, Judith Patricia. Apuntes de trabajo sobre Visiones de la realidad de Enfermería. Documento fotocopiado. Programa Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2004.

Ambiente y las Relaciones: se plantea que el ambiente produce estímulos que suscitan respuestas en el ser humano.

El cambio solo se produce cuando se reacciona para sobrevivir. Se da valor a la estabilidad. Se puede predecir cuando se conoce el estímulo.

El Método para Producir Conocimiento es el método científico con un enfoque empírico analítico, es cuantitativo, es importante poder predecir, usa el experimento, los fenómenos se pueden aislar, medir o manipular.

El Cuidado, no tiene suficiente fundamento para que sea importante. Está basado en aquellas intervenciones de Enfermería que se pueden medir y controlar. Usa los procesos de Enfermería, el desarrollo de taxonomías de diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería.

Valoración de Enfermería es fraccionada, se valora por patrones funcionales. No tiene en cuenta la experiencia del paciente, se basa en hechos concretos y los registra.

5.2.2 Interactiva – Integrativa (Interacción Recíproca). La entidad que estudia: Interactiva. Noción de cambio: Integrativa

Origen en el positivismo, se vislumbran más elementos de la totalidad del ser humano, como simultaneidad, cambio, persistencia.

El Ser Humano es holístico, interactuante, no fraccionado. Las partes solo tienen significado dentro de la persona total. El ser humano espontáneamente activo.

Ambiente y Relaciones: la persona y ambiente reaccionan recíprocamente. La realidad es relativa, multidimensional, depende del contexto. Se tiene en cuenta el contexto de las relaciones persona-ambiente.

El cambio puede ocurrir simultáneamente, ocurre toda la vida, a veces ocurre la persistencia. El cambio solo se puede estimar, no predecir.

Métodos para Producir Conocimiento, usa métodos cuantitativos y cualitativos, estudia correlación, fenomenologías, métodos de ciencias psicosociales, enfatiza en la observación empírica. El producto es relativo al tiempo histórico y lugar.

El Cuidado es visto como un conjunto de acciones propias para satisfacer las necesidades básicas, o de acciones de otras personas (cuidadores) cuando la persona (cuidada) no puede satisfacerlas por sí mismas. El cuidado como rasgo humano, como intervención terapéutica. Se enfatiza en la necesidad de tener conocimientos para las acciones. El cuidado debe ofrecerse de modo que las

acciones sean consistentes y den respuesta a la percepción de las necesidades del paciente.

Valoración de Enfermería: utiliza instrumentos de valoración igual que en el determinismo. Analiza las narraciones de los pacientes sobre la percepción del cuidado que brinda la (el) enfermera (o). No se da plena utilización de las palabras según el sentido que tienen para el paciente. Las narraciones miran segmentos mayores que en el momento de la reacción.

En esta visión se desarrolla una evolución social, en la que Dorothea Elizabeth Orem aporta sus conocimientos al empezar a diferenciar la disciplina de Enfermería de la disciplina médica.

5.2.3 Unitaria – Transformativa (Acción Simultánea). Visión de la unidad que estudia: Unitaria. Noción de cómo ocurre el cambio: Transformativo.

Origen: en su origen se plantea la combinación de organismos, simultaneidad, de cambio y unitario transformativa.

El Ser Humano es unitario, un campo holístico, organizado, irreducible, reconocible por patrones de comportamiento. Cuando se afecta una parte, se afecta el todo. El fenómeno de la experiencia de la salud de un ser humano como un campo auto-organizado dentro de un campo organizado mayor.

Ambiente y Relaciones: el intercambio persona - ambiente es mutuo y rítmico. Las relaciones se identifican por transacciones con el todo mayor. Es una transacción más que una relación porque nada parece lo mismo.

El cambio en patrones de comportamiento es continuo, impredecible, a medida que el hombre evoluciona. Aún cuando los patrones son a veces organizados o desorganizados, el cambio busca la organización de los patrones.

Métodos para producir conocimiento: enfatiza en los abordajes cualitativos. Cree que hay una realidad interna que comprende emociones, valores, pensamientos, que dibujan la realidad del todo. Busca identificación de patrones a través de la fenomenología y la hermenéutica. La meta de la investigación es ver y entender los patrones como un todo. El desarrollo del conocimiento es mediante el reconocimiento de patrones.

El Cuidado: Refleja todas las características:

Como rasgo humano: motiva acciones humanitarias, integradas en un todo mayor.

Como imperativo moral: cuidar es adherirse al compromiso de mantener la integridad del individuo.

Como afecto: incorpora preocupación, interés, protección y medicación, como la motivación para acciones de Enfermería, la (el) enfermera (o) siente un compromiso emocional o empático con el paciente.

Como relación interpersonal: está centrada específicamente en la relación enfermera (o) – paciente, en la autorrealización y efectos de sanación que la relación de cuidado puede provocar.

Valoración de Enfermería se considera antes que la valoración por partes, la narración de experiencias totales que vive el paciente para considerar el patrón total de toda la experiencia. No utiliza instrumentos, ni registros. Escucha, grava, interpreta e identifica patrones. La comprensión del patrón le permite comprender al otro como persona y ve de que modo lo ubica en el cuidado más apropiado.

Desde la perspectiva de esta visión, un fenómeno es único y por tanto, no puede parecerse totalmente a otro. Cada fenómeno puede ser definido como una estructura siendo, por tanto, una unidad global más grande que es el mundo que lo rodea.

La disciplina de Enfermería, al incorporar los principios de esta visión en su desarrollo a través de los modelos y teorías, queda abierta al mundo de la ciencia. Esta visión maneja los criterios de persona, salud, entorno y cuidado como entidades únicas y que deben ser estudiadas de manera total.

5.3 TENDENCIAS EN ENFERMERIA (ESCUELAS)^{15,16}

Algunos autores han presentado varias propuestas para agrupar las teorías de Enfermería en tendencias, a partir de la identificación de que es lo que tienen en común.

La clasificación de los modelos y teorías según Kérouac las denomina en 6 escuelas, donde el significado de escuelas es homologable al término tendencias:

1. **Escuela de necesidades:** las características fundamentales de los modelos que pertenecen a esta escuela es que definen la acción de la (el) enfermera (o) como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado. Los modelos que presentan esta característica son los de Henderson, Dorothea Elizabeth Orem y Abdellah.

¹⁵ Sánchez, b. (1997). Recopilación de artículos del grupo de cuidado. Bogotá: documento de trabajo de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional De Colombia.

¹⁶ Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería, Sitio en Internet www.enfermeria21.com/listametas/tendenciasymodelos.doc consultada 06/12/04

2. **Escuela de la interacción:** la característica fundamental de los modelos y teorías que se incluyen en esta categoría, es que coinciden con la descripción del modo en que la (el) enfermera (o) desarrolla su acción, señalando que se trata de un proceso de interacción entre la persona y el profesional de Enfermería. Como representantes de esta escuela se incluyen a: H. Peplau, J. Paterson, L. Zdeard, I. Orlando, J. Travelbee, E. Wiedenvach e Imogene King.
3. **Escuela de los efectos deseables:** la característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestra por hacer patente cual es el resultado que esperan obtener de su actuación. Es decir, “este grupo de teóricas han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros”. Dentro de esta escuela se encontrarían a: D. Jonson, L. Hall, M. Levine, C. Roy y B. Newman.
4. **Escuela de promoción de la salud:** la característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por destacar el importante papel de los cuidados de Enfermería tienen sobre la promoción de la salud ampliando su acción a la familia, M. Allen es la representante de esta escuela.
5. **Escuela del ser humano unitario:** la característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente quien es y como es el receptor de los cuidados de Enfermería. Dentro de esta escuela se situaría M. Roger, M. Newman y R. Parce.
6. **Escuela del Caring:** las características fundamentales de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por la cultura y que lo denomina Caring. Este nuevo concepto implica un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas. Dentro de esta escuela se sitúan Madeleine Leininger y J. Watson.

Paul Beck propone agrupar los modelos en cuatro categorías o tendencias. Para hacer esta agrupación, Beck analiza los modelos tratando de identificar que relación existe, dentro de cada modelo, entre el concepto salud y el resto de lo que conforma el meta paradigma, y posteriormente ver en cuantos de los modelos existentes se produce este tipo de relación, así identifica las siguientes tendencias:

1. **Tendencia ecologista:** existen modelos que establecen una relación entre la naturaleza y el medio ambiente con la salud, influyendo esta relación en el proceso de cuidar. El modelo que Beck considere que reúne estas condiciones es el de Florence Nightingale.
2. **Tendencia existencialista:** podemos encontrar modelos que establecen una clara relación entre la salud y las características prevalentemente psicológicas

de los individuos. Como referentes de esta tendencia Beck cita a H. Peplau, M. Levine , N. Roper, C, Roy e I. King.

3. **Tendencia C3smica:** existen modelos que muestran una clara relaci3n entre la salud y el medio ambiente que rodea al sujeto, entendido este medio ambiente como un sistema abierto que comunica el sujeto al cual puede influir, a la vez que este influye en 3l. Beck considera como representante a esta tendencia el modelo de M. Rogers.
4. **Tendencias sociol3gicas:** considera la existencia de modelos que hacen referencia a la relaci3n entre la salud y la din3mica social. Dorothea Elizabeth Orem y A. Meleis son para Beck representantes de esta tendencia.

En 1981 en el texto Conceptos de Enfermer3a se recoge una propuesta para clasificar los modelos en 3 tendencias:

1. **Tendencia naturalista:** tambi3n denominada ecologista, se incluyen en este apartado los conceptos formulados por Florence Nightingale, que enfoca los cuidados de Enfermer3a como facilitadores de la acci3n que la naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.
2. **Tendencia de suplencia o ayuda:** los modelos representativos de esta tendencia son los de Virginia Henderson y Dorotea Elizabeth Orem. Estas autoras conciben el papel de la (el) enfermera (o) como la realizaci3n de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital (enfermedad, niñez, ancianidad), fomentado ambas, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente.
3. **Tendencia de interrelaci3n:** en este grupo se incluyen los modelos de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Levine. Todas estas enfermeras usan como base fundamental para la actuaci3n de Enfermer3a, el concepto de relaci3n, bien sean las relaciones interpersonales (enfermera (o)-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente.

Ann Marriner, presenta en su libro sobre modelos y teor3as una clasificaci3n de los modelos en 4 tendencias. El criterio sobre el que se fundamenta es la de identificaci3n del significado de la Enfermer3a que se tiene en cada uno de los modelos:

1. **Tendencia humanista:** identifica los modelos que consideran la Enfermer3a como un arte y una ciencia. Incluye en esta tendencia los de F. Nightingale, V. Henderson, F.G Abdallah, L. may, Dorothea Elizabeth Orem, M. Leininger y J. Watson.

2. **Tendencias de relación interpersonal:** se considera dentro de estas tendencias aquellos modelos que definen la Enfermería como una relación interpersonal, siendo esta el elemento clave en el proceso de cuidar. Se incluyen en esta tendencia los modelos de C. Roy y J. Tavelbee.
3. **Tendencia de sistemas:** Marriner incluye en esta tendencia aquellos modelos que consideran la Enfermería como un sistema explicando el proceso de cuidar a través de la teoría de sistemas. En estos están los modelos de B. Neuman y D. E. Jonson.
4. **Tendencia de campos energéticos:** los modelos que se agrupan en esta tendencia definen la enfermería en términos de intercambio y conservación de la energía, siendo esta el elemento clave en el proceso de cuidar: M. Roger.¹⁷

5.4 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)^{18, 19}

Actualmente, la práctica científica de Enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de Enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. Es un método lógico y racional para que la (el) enfermera (o) organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz. Ambos elementos significan la epistemología de Enfermería entendida como los fundamentos (modelos de cuidados) y métodos (procesos de atención de Enfermería) del conocimiento de Enfermería.

Estos dos elementos adquieren su verdadero sentido cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente, se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de Enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso.

Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados de Enfermería y contribuyen al desarrollo y avance de la profesión, lo que quiere decir en otras palabras "garantizar que todos los profesionales de Enfermería

¹⁷ Op cit ___Benavent G, M^a A. Francisco del Rey, C.. Ferrer F, E. Desde el origen de la Enfermería a la disciplina enfermera. Modelos de cuidados.

¹⁸ Leddy S, Pepper J. Mac. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Cap 12. El proceso de enfermería. New York: Editorial J.B.Lippincott; 1989; 251-68.

¹⁹ Sanabria Triana L. Otero Ceballos M. Laza O.U. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super 2002;16(4). Escuela Nacional de Salud Pública. Sitio en Internet consultado 13/01/05:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/cargo#cargo

compartan una misma concepción de persona, salud, entorno y rol profesional, y un mismo lenguaje en la orientación de los cuidados."²⁰

El PAE, como instrumento de apoyo, permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), quienes consideraron un proceso de tres etapas; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro, valoración, planificación, realización y evaluación; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Enfermería es "un proceso terapéutico que implica la interacción mutua entre la (el) enfermera (o), el cliente y la familia, quienes colaboran para conseguir la máxima salud posible". En esta interacción se emplea el proceso de Enfermería para evaluar a la persona en sus procesos vitales psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio, los objetivos de salud, las energías y limitaciones del cliente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud.

El PAE se define por sus objetivos, así dice Iyer (1989) que, "el objetivo principal es constituir una estructura que pueda satisfacer, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad". En este sentido de estructura y refiriéndose a los objetivos, Yura y Walsh (1983) afirman que, "el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la Enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; si éste estado se alterara, proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija, para restablecer su bienestar.

Si no se puede llegar al bienestar, el proceso de Enfermería debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos, para conseguir la mayor calidad de vida durante el mayor tiempo posible". Alfaro define el proceso de Enfermería como: "El conjunto de acciones intencionadas que la (el) enfermera (o) realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería".

El PAE como sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de Enfermería, esta compuesto de cinco momentos²¹:

²⁰ Servicios de Cuidados de Enfermería, según modelo conceptual de Virginia Henderson. Rev. Metas de Enfermería 1999; II (13): 8-14.

²¹ www.personal.redestb.es/a_sanguesa/modelos.html, Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería, Sitio en Internet consultado 06/12/04

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- **Diagnóstico de Enfermería:** es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación:** se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
- **Ejecución:** es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación:** comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y la (el) enfermera (o); el proceso de Enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería y hay participación en su propio cuidado; para el profesional de Enfermería se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

El proceso de atención tiene las siguientes características:

- **Tiene una finalidad:** se dirige a un objetivo.
- **Es sistemático:** implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- **Es dinámico:** responde a un cambio continuo.
- **Es interactivo:** basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la (el) enfermera (o) y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- **Es flexible:** se puede adaptar al ejercicio de la Enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- **Tiene una base teórica:** el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de Enfermería.

Existen muchos otros conceptos que apoyan la comprensión del lenguaje de teorías y modelos, los paradigmas, las visiones y las tendencias de Enfermería. Aquí se realizó una lectura básica, que se considera de aporte inicial para profundizar en cada elemento, de acuerdo a los intereses del consultante.

5.5 EXPERIENCIAS EN ENFERMERÍA

Desde el tiempo de Florence Nightingale se agregaron a la compasión caritativa, otros aspectos que le dieron fuerza y ciencia a la profesión; datos estadísticos,

nutrición, administración e higiene pública por citar algunos de ellos; aspectos que poco a poco fueron guiando el quehacer, y permitiendo organizar el cuidado de Enfermería en un cuerpo de conocimientos claves para el ejercicio profesional.

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta disciplina, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo, en conjunto con otras ciencias. De ahí la importancia de que los profesionales de Enfermería comprendan los fundamentos y los cambios que se han producido en la construcción de su propia ciencia, para que puedan participar activamente del proceso de crecimiento profesional y atiendan cabalmente las necesidades que van surgiendo, tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados.

Las enfermeras y los enfermeros constituyen una fuerza humana y profesional de primer orden; cuidan, educan, aconsejan, dirigen e investigan. Su trabajo actual esta demarcado por la polivalencia y la multidisciplinariedad y está lleno de paradojas. Se exige desarrollar un espíritu analítico en un medio globalizante y desarrollar competencias técnicas de alto nivel, manteniendo el calor humano y la simplicidad del contacto. Se desea formar un(a) enfermero(a) que pueda combinar las prioridades del alto tacto, es decir, proporcionar cuidados con alto contenido científico y tecnológico, pero sobre todo con calidad humana. Más allá de la diversidad y del cambio, los cuidados siguen siendo la razón de ser de la profesión; constituyen su motor y el centro de su quehacer.

Como producto de la investigación disciplinar a través de los años, surgieron las teorías y modelos, componentes básicos de la disciplina de Enfermería. Las teorías y modelos conceptuales no son nuevos para esta disciplina, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la Enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas, todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y orienta las acciones que realizan. Así se deduce que los modelos son la representación de una realidad que se puede nombrar como un hecho enfermero y que no es más que la manera de llevar a cabo el proceso de cuidar en enfermería.²²

Los modelos contribuyen a la definición de la Enfermería, favorecen el desarrollo profesional y adquieren su verdadero significado cuando se ponen en práctica y se

²² Benavent Garcés, M^a Amparo. Francisco del Rey, Cristina. Ferrer Ferrandis, Esperanza. Desde el origen de la Enfermería a la disciplina enfermera. Los modelos de cuidados. Enciclopedia Enfermería 21 Cap. 5. Sitio en Internet www.enfermeria21.com/enciclopedia/pdf/01capFUNDAMENTOS.pdf consultado 10/01/05. p.148

validan. De ahí la necesidad de utilizarlos como guía para direccionar los cuidados en la búsqueda de la más alta calidad del desempeño profesional.

El traslado de un modelo a la práctica, nunca podrá ser un proceso automático, puesto que requiere de todo un análisis previo que garantice un mínimo de efectividad del modelo en su aplicación a un entorno concreto.

5.5.1 La adopción de un modelo o teoría de Enfermería. Los modelos de Enfermería son competencia básica de la disciplina de Enfermería y constituyen representaciones de las distintas miradas que las (los) enfermeras (os) dirigen hacia el proceso de cuidar. Por lo tanto, son el resultado del examen cuidadoso y crítico de los fenómenos y hechos que conforman la práctica de Enfermería, utilizando el método científico y aplicando los distintos tipos de razonamiento influenciados por los supuestos y paradigmas.

Tradicionalmente la formación de enfermeras (os) se ha guiado por el modelo biomédico, lo que ha fortalecido la imagen de la Enfermería como auxiliar del médico. El propósito es que tanto docentes como estudiantes, en sus áreas específicas, logren estructurar y adoptar un modelo de cuidado de Enfermería, con una visión holística, que responda al objetivo de la formación y permita desarrollar a cabalidad las competencias disciplinares.

Para la adopción de un modelo, se debe realizar un buen análisis de sus conceptos y estructura, buscando identificar claramente los principios filosóficos y los componentes del mismo, así como los valores y creencias. De igual manera se deben atender las críticas realizadas desde diferentes aspectos para complementar y mejorar la comprensión lograda.

Los modelos, del tipo que sean, están presentes en la actuación profesional y por ello, no puede obviarse su conocimiento, estudio y análisis profundo. La adopción y puesta en marcha de un modelo debe contar con un análisis cuidadoso y crítico que evite el riesgo al fracaso. Se deben analizar varios modelos, dado que su complejidad puede dificultar su aplicación íntegra a diferentes contextos. De igual manera, se deben evitar las confusiones derivadas de análisis inconclusos.

6. SELECCIÓN DEL MODELO TEÓRICO O TEORÍA EN ENFERMERÍA

A continuación se realiza una narrativa de la experiencia del grupo investigador, para llegar a seleccionar el modelo que constituiría el objeto de profundización científica.

Inicialmente, al definir el tema de investigación, la primera motivación se recibió de las directivas académicas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira. El objetivo inicial era realizar una revisión bibliográfica tendiente a diseñar y validar un modelo teórico para la Facultad de Enfermería.

En un primer ejercicio, se revisaron 27 teóricas de Enfermería, de los cuales, se preseleccionaron 12 teóricas, cuyas construcciones incluían modelos, teorías y filosofías en Enfermería. Esta preselección se realizó a la luz 7 criterios:

- Contemporaneidad: es considerado como la posibilidad de adaptarse al estado actual de desarrollo de la salud desde el ámbito legal, institucional y comunitario.
- Aplicabilidad duradera: debe garantizar en lo posible, una aplicación por un periodo considerable de tiempo, teniendo en cuenta las perspectivas actuales de desarrollo del Sistema General de Seguridad Social de Salud.
- Ajuste regional: debe posibilitar la adaptación a las condiciones culturales de la región.
- Ajuste al objeto social de la facultad: debe garantizar la posibilidad de ajustarse al objeto social de la facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira: Gerencia del cuidado.
- Cubrimiento de todos los sujetos de atención: debe posibilitar su aplicación en el individuo, familia y comunidad.
- Enmarcado en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud: debe cumplir los requisitos para poder ser aplicado dentro del actual sistema de salud teniendo en cuenta las limitaciones y posibilidades inherentes a él.
- Aplicable a los tres niveles de atención, al ciclo vital y a las fases de atención: debe ofrecer la posibilidad de aplicarse a los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria; al niño, al adolescente, al adulto y al adulto mayor y permitir su desarrollo en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Autoras preseleccionadas:

- Virginia Henderson “Definición de Enfermería”.
- Dorothea Elizabeth Orem “Déficit de Autocuidado”.
- Callista Roy “Modelo de adaptación”.
- Betty Newman “Modelo de los Sistemas”.
- Madeleine Leininger “Universalidad y Diversidad de los Cuidados Transculturales”.

- Imogene King “Marco Sistémico y Teoría de la Consecución de Objetivos”.
- Dorothy Jonson “Modelo del Sistema Conductual”.
- Martha Roger “Seres Humanos Unitarios”.
- Nancy Roper y Colaboradores “Elementos de la Enfermería, un Modelo Basado en el Modelo Vital”.
- Rosemarie Rizzo Parse “Evolución Humana”.
- Margaret A. Newman “Modelo de Salud”.
- Florence Nightingale “Enfermería Moderna”.

Después de realizar el análisis y determinar las ventajas y desventajas que ofrecían los modelos, teorías y filosofías, se determinó la importancia y utilidad en las áreas de psiquiatría, madre y recién nacido, niño, adolescente, adulto y adulto mayor en los ámbitos asistencial y comunitario llegando a la selección de cuatro teorías: “Déficit de Autocuidado” de Dorothea Elizabeth Orem, “Universalidad y Diversidad de los Cuidados Transculturales” de Madeleine Leininger, “Definición de Enfermería” de Virginia Henderson y “Modelo de los Sistemas” de Betty Newman.

Atendiendo a la complejidad que involucra el análisis profundo de cada una de estas teorías, se decidió iniciar con la primera de ellas: Déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, por su universalidad, aplicabilidad y contemporaneidad.

6.1 SITUACION BIOGRÁFICA DEL TEORICO SELECCIONADO: DOROTHEA ELIZABETH OREM

Dorothea Elizabeth Orem nació en el año de 1909, en Baltimore, Maryland; su padre trabajaba como obrero de la construcción y era un apasionado de la pesca mientras que su madre, ama de casa era muy aficionada a la lectura. La menor de dos hermanas, se educó con las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl y se graduó en 1930. Su carrera profesional la inició en la escuela de Enfermería de Providence Hospital de Washington. Obtuvo varios títulos. Trabajando en el Ministerio de salud, en 1959, se interesó en la profundización del conocimiento acerca del propósito de Enfermería y en ese año dio a conocer sus primeras publicaciones, desarrolló el concepto de Enfermería y de autocuidado.

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. Orem menciona a varias autoras que han contribuido a su base teórica, entre ellas: Addallah, Henderson, Jonson, King; Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Roy, Rogers, y Weidenbach; el desarrollo de su teoría estuvo apoyado también por autores de otras disciplinas como Maslow.

La búsqueda de Dorotea Elizabeth Orem, de una mayor comprensión de la naturaleza de la Enfermería empezó formalmente a finales de la década de los 50' y se centró en 3 cuestiones:

1. ¿Qué hacen y qué deberían hacer las (los) enfermeras (os) como profesionales de la Enfermería?
2. ¿Por qué hacen las (los) enfermeras (os) lo que hacen?
3. ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de Enfermería?

El deseo de abordar estos problemas surgió sustancialmente de la experiencia práctica, durante la década de 1950 el propio interés y reflexiones de Dorotea Elizabeth Orem sobre las competencias y límites de la Enfermería empezaron a tomar un enfoque más propio, distinguiéndose del enfoque más global de cuidados preventivos de salud que previamente las había caracterizado. La formalización inicial de las reflexiones sobre la Enfermería como campo de práctica fue expresada en 1956 y les siguió una formulación más precisa en 1959.

Desde 1949 hasta 1957, como enfermera consultora de la **“Divison of Hospital and Institutional Services”**, del Indiana Board of Health, Dorothea Elizabeth Orem tuvo una experiencia intensiva en el trabajo con el director y el personal del equipo de la División, con las enfermeras de los hospitales de Indiana y con las enfermeras de la **División of Public Health Nursing**. En 1950 completó el informe sobre un estudio de las posiciones administrativas en Enfermería en el Hospital de Indiana y añadió al informe un capítulo titulado **“The Art of Nursing”**.

En 1958 y 1959, como consultora en la **Office of Education, U. S. Department of Health, Education, and Welfare**, participó en un proyecto para actualizar el entrenamiento práctico de las enfermeras profesionales y para identificar modos de incluir en el currículo práctico de las enfermeras un componente explícito de Enfermería. Tal componente daría sentido de Enfermería profesional a las tareas alrededor de las cuales se organizaba el conocimiento y los componentes de experiencia de los programas de entrenamiento. Para este momento, todos los programas de Enfermería profesional extraían contenidos de unas o más disciplinas; por tanto, en el desarrollo del currículo era esencial saber como estaban estructuradas y organizadas las disciplinas para lograr extraer contenidos de varias fuentes sin distorsión ni error.

Conociendo el estado relativamente desestructurado del conocimiento existente sobre la práctica de la Enfermería, Dorothea Elizabeth Orem era consiente de que tenía que disponer por lo menos de una conceptualización burda de los elementos propios de la competencia de la Enfermería y de las relaciones entre ellos, como elemento de trabajo. De este modo, pensaba que podría hacer algunas inferencias sobre la estructura de Enfermería como campo de conocimientos necesarios para la práctica de la Enfermería.

No procedió a la revisión y análisis de los componentes de las declaraciones sobre Enfermería de que disponía, ni las propias ni de otras personas, sino a la reflexión sobre sus experiencias. El trabajo de conceptualización sobre la Enfermería de Dorothea Elizabeth Orem tuvo su inicio formal en 1958, con la formulación y formalización del propósito adecuado de la Enfermería considerada como campo de conocimiento y campo de práctica; sus esfuerzos se unieron a los esfuerzos de los miembros del ***Nursing Development Conference Group*** en 1965.

Como resultado de los esfuerzos combinados, en 1970 se formuló, expresó y revisó el concepto teórico del sistema de Enfermería; Dorothea Elizabeth Orem y sus colegas consideraron esta posición teórica sobre la Enfermería, como un paso hacia delante en el desarrollo de un modelo adecuado para guiar la investigación en Enfermería y también su estructuración como un cuerpo de conocimiento.

Los elementos expresados en el concepto de sistema de Enfermería y en el marco conceptual surgido del trabajo de Dorothea Elizabeth Orem y del trabajo del Nursing Development Conference Group fueron formalizados y validados como conceptos fijos en 1970. Desde entonces se ha producido un cierto refinamiento de la expresión y un desarrollo adicional de la estructura y validación continuada, pero no se ha hecho ningún cambio sustantivo.

Esta experiencia le sirvió para formular su trabajo: ***Nursing: Concepts of Practice*** en 1991, ha sufrido una sustancial revisión desde la aparición de sus trabajos anteriores en 1971, 1980 y 1985. Tales revisiones se han basado en comentarios y discusiones surgidas en conferencias sobre teorías de Enfermería, pero también en las redacciones de las personas que utilizan el modelo. Dorothea Elizabeth Orem no preconiza, en modo alguno, que su modelo sea la respuesta completa a sus preguntas o a una panacea para la práctica, simplemente proporciona un marco desde donde se pueda contemplar la práctica, la educación y la gestión de la Enfermería.

En la actualidad, se dedica a impartir conferencias y a redactar artículos sobre diversos elementos conceptuales de su teoría. También sigue contribuyendo al trabajo de sus colegas a través de debates sobre la estructura de esta teoría y su aplicación en el campo de la Enfermería.

➤ **Resumen biográfico:**

- **1930:** Obtuvo su diploma de Enfermería del Providence Hospital de Washington.
- **1939:** Obtuvo el B.S.N. de The Catholic University Of America.
- **1945:** Obtuvo el M.S. en educación de Enfermería.
- **1940-1949:** Fue directora de la Escuela de enfermería y del Departamento de enfermería del Providence Hospital de Detroit.

- **1957-1960:** Fue asesora de programas de estudio del Office of Education de los Estados Unidos, fue profesora y decana de The Catholic University of America.
- **1970:** Abandona The Catholic University of America y fundó su propia empresa de consultoría, llamada Orem and Shields.
- **1971:** Publica su primer gran libro; Nursing: Concepts of Practice.
- **1972:** Publica Concept Formalization in Nursing: Process and Product.
- **1976:** Recibe título honorífico de doctora en ciencias.
- **1979:** Se publicó en la revista de los alumnos de la Escuela de Enfermería del Johns Hopkins su artículo “ Levels of Nursing Education and Practice”.
- **1980:** Recibió el Alumini Association Award for Nursing Theory de The Catholic University of America, título honorífico de doctora en ciencias del Incarnate Word College.
- **1988:** Recibió título honorífico de doctora en letras de la Universidad Illinois Wesleyan.
- **1991:** Recibió el premio Linda Richard, concedido por la National League for Nursing.
- **1992:** Es nombrada como miembro honorario de la American Academy of Nursing.

6.2 ORIGEN PARADIGMATICO DEL MODELO TEORICO “DEFICIT DE AUTOCUIDADO”

El modelo teórico de Dorothea Elizabeth Orem está clasificado en el paradigma de integración. Aunque maneja conceptos de corte positivista, muestra avances hacia la visión holística del ser humano, generando una propuesta viable, aplicable en el momento actual del estado del conocimiento de la Enfermería en Colombia.

El modelo está influenciado por la visión de reacción pues permite identificar una serie de elementos y manifestaciones como parte del fenómeno de autocuidado. Determina intervenciones de Enfermería que se pueden medir y utiliza el PAE. Además visualiza la Enfermería ayudando al individuo, lo cual supone una postura pasiva preliminar de la persona cuidada.

Pero, tiene rasgos de la visión interactiva – integrativa, Dorothea Elizabeth Orem demuestra un interés por la percepción total de los fenómenos. Admite a la persona como centro de la práctica de Enfermería y reconoce el autocuidado como un fenómeno que ocurre toda la vida. El cuidado está concebido como unas acciones para satisfacer necesidades de las personas, o de sus capacidades para el autocuidado Plantea una tendencia de suplencia y ayuda, su pensamiento coincide substancialmente con Virginia Henderson al identificar la Enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado.

El modelo es de tendencia humanista, porque la autora reconoce la Enfermería como ciencia por poseer un cuerpo de conocimientos que guían las acciones de la práctica mediante la aplicación del proceso de Enfermería, y como arte definido como unas cualidades que permiten que la (el) enfermera (o) se preocupe por la creación de sistemas de asistencia o de cuidado de enfermería.²³

6.3 LOS METAPARADIGMAS DE ENFERMERÍA SEGÚN DOROTHEA ELIZABETH OREM

6.3.1 Enfermería. Para Dorothea Elizabeth Orem “Enfermería es atender y servir, proporcionar cuidados íntimos a una persona, un niño, un enfermo o un incapacitado incapaz de cuidar de sí mismo, con el objetivo de ayudar a la persona a mejorar su salud y ser autosuficiente”.²⁴

Complementa su concepción de Enfermería, cuando expresa: “La Enfermería es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”²⁵

La Enfermería es un servicio de salud especializado y se distingue de otros servicios humanos por su foco de atención en las personas con incapacidades para la continua provisión de la cantidad o de la calidad de cuidados en un momento específico que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo siempre que las incapacidades que limitan los cuidados estén asociados a su estado de salud a la naturaleza especializada, compleja de las medidas reguladoras de cuidados requeridas. Según Dorothea Elizabeth Orem, la Enfermería se distingue de otras profesiones y hace referencia a la labor medica diferente a la de la (el) enfermera (o) siendo ambas complementarias.

6.3.2 Entorno. A través de la descripción de su teoría, Dorothea Elizabeth Orem define el entorno, como el conjunto de las condiciones ambientales necesarias con características psicológicas, físicas, químicas, biológicas y sociales que motive a la persona a establecer objetivos y ajustar su comportamiento, dichas condiciones ambientales interactúan continua o periódicamente con los hombres, mujeres y niños, en su localización de espacio y tiempo, y pueden afectar positiva o negativamente a la vida, salud y bienestar de los individuos, familias y

²³ MORALES JUDITH P. Análisis, contraste y evaluación crítica del modelo de autocuidado de Dorothea Orem. Trabajo presentado en el Programa de Maestría en Enfermería. Bogotá, 2002.

²⁴ Op cit___Orem, D, Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica, capítulo 1: Comprensión de situaciones de la práctica de Enfermería, p.3.

²⁵ Ibid, p.2.

comunidades; bajo condiciones de guerra o de un desastre natural, la sociedad en su globalidad están sujetas a alteraciones o destrucción.²⁶

Es claro que el entono visto como lo define Dorothea Elizabeth Orem, influye en la salud y la vida de los sujetos y de los grupos, jugando un papel importante en los procesos de recuperación de los mismos; el profesional de Enfermería es la persona responsable de favorecer el desarrollo de entornos adecuados.

6.3.3 Salud. El término salud hace referencia a un estado de la persona, caracterizado por el buen estado integral de las estructuras humanas desarrolladas y del funcionamiento corporal y mental.²⁷ Tiene una utilidad general considerable para describir el estado de globalidad o de integridad de los seres humanos.²⁸

Según Dorothea Elizabeth Orem, la salud del ser humano tiene un enfoque integral al abarcar todos los componentes biológicos, sicológicos, sociales y el entorno en el cual se desarrolla, sin embargo la concepción integral de Dorotea Orem no incluye los resultantes de la interacción de estos componentes, lo que la diferencia de la concepción holística de salud.

6.3.4 Persona. Las personas que reciben cuidados de las (los) enfermeras (os), de los médicos y de otros proveedores de cuidados directos de salud han sido y son identificados con el término de pacientes. La misma persona puede ser paciente del profesional de Enfermería, del médico y del hospital. La palabra paciente significa receptor de cuidados, alguien que esta bajo los cuidados de un profesional de salud en este momento, en uno o más sitios.²⁹ Dorothea Elizabeth Orem identifica la persona como un ser integral que esta en capacidad de recibir cuidados y participar en su propio autocuidado, en la medida que sus condiciones y capacidades lo permitan, y que tiene la tendencia a adquirir independencia en su autocuidado.

El paciente legítimo es asumido como la persona que presenta gran limitación en su auto cuidado por lo que requiere el servicio de agencia de autocuidado o de cuidado dependiente.

²⁶ Op cit___Orem, D, Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica, capítulo 2: La enfermería y la sociedad, p.42.

²⁷ Op cit___Orem, D, Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica, capítulo 8: Consideraciones sobre la salud, los cuidados de la salud y la Enfermería, p. 205.

²⁸ Ibid, p.199.

²⁹ Op cit___Orem, D, Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica, capítulo 2: La Enfermería y la sociedad, ps 32- 33.

6.4 ESTRUCTURA DEL MODELO TEORICO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM³⁰

El modelo de Enfermería de Dorothea Elizabeth Orem ha ganado una popularidad creciente en todo el mundo como medio de organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las (los) enfermeras (os), necesarios para brindar cuidados a los pacientes. Al igual que con otros modelos de Enfermería, la aplicación práctica y el apuntalamiento conceptual del trabajo de Dorothea Elizabeth Orem, por lo general, no se han estudiado en profundidad en Colombia.

De hecho, se ha tendido a contemplar el modelo como sinónimo del concepto de autocuidado, lo que actualmente sólo constituye una parte del modelo y no necesariamente la más importante. Para mayor información, ver Anexo 1: Glosario del modelo teórico “Déficit de autocuidado” de Dorothea E. Orem.

6.4.1 La teoría del autocuidado. La teoría del autocuidado describe y explica el autocuidado; el cual abarca todas las actividades llevadas a cabo de forma independiente por un individuo para promocionar y mantener el bienestar personal durante toda su vida. Por otro lado, también se define el concepto de “agencia de autocuidado”, señalando que es la capacidad de un individuo para llevar a cabo las actividades de autocuidado. En este sentido, Dorothea Elizabeth Orem hace referencia a dos agentes: el agente de autocuidado (persona que brinda el autocuidado) y el agente de cuidado dependiente (persona que proporciona cuidados a otros).³¹

Según Dorothea Elizabeth Orem, dentro del contexto de la vida diaria, en los grupos sociales y su localización temporo-espacial, las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia si mismas o hacia características ambientales conocidas o supuestas para cubrir requisitos identificados para el control de factores que promueven o afectan adversamente, o interfieren la regulación confirmada de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, el auto-mantenimiento y a la salud y bienestar personal. Las personas realizan las mismas acciones reguladoras para los miembros de la familia u otras personas dependientes.

Los requisitos reguladores son de tres tipos:

- Requisitos requeridos universalmente por todos los individuos, independiente de su edad. Son requisitos comunes a todos los individuos (aire, agua, ingestión de alimentos, eliminación, actividad equilibrada, descanso,

³⁰ Orem, D., Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica, capítulo 3: La teoría de Enfermería del autocuidado, una teoría general, ps 75 a 81.

³¹ Orem, D., Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica, capítulo 3: La teoría de Enfermería del autocuidado, una teoría general, ps 75 a 81.

aislamiento e interacción social, prevención de accidentes, promoción de la normalidad).

- Requisitos específicamente reguladores de los procesos de desarrollo humano, que son requisitos específicos, consecuencia de la maduración o de nuevos requisitos desarrollados como resultado de una situación o un suceso.
- Requisitos de desviación de la salud, que son el resultado de una enfermedad, lesión o alteración o del tratamiento. Aquí se incluyen todos los que surgen o están vinculados a los estados de salud de las personas y los cuidados de salud asociados.

Premisas:

1. En igualdad de condiciones, los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas y mantener la motivación esencial para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia.
2. Las formas de cubrir los requisitos de autocuidado son elementos culturales y varían con los individuos y los grandes grupos sociales.
3. El autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia son formas de acción intencionada, dependientes para su realización de los repertorios de acción de los individuos y su predilección por actuar en ciertas circunstancias.
4. La identificación y descripción de los requisitos recurrentes para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia conduce a la investigación y desarrollo de vías para satisfacer los requisitos conocidos y para formar hábitos de cuidado.

Proposiciones:

1. El autocuidado es intelectualizado como una función reguladora humana ejecutada deliberadamente con cierto grado de complejidad y efectividad.
2. El autocuidado en concreto, es la acción intencionada y dirigida que es sensible al conocimiento de las personas sobre cómo el funcionamiento humano y el desarrollo humano puede y debería mantenerse dentro de una gama compatible con la vida humana y la salud y el bienestar en las condiciones y circunstancias existentes.
3. El autocuidado, en concreto, implica el uso de recursos y materiales y gasto de energía dirigidos a aportar el material y las condiciones necesarias para el funcionamiento y desarrollo interno, y para establecer y mantener relaciones esenciales y seguras con los factores y fuerzas ambientales.
4. El autocuidado con una orientación externa se concreta cuando emerge como eventos observables resultantes de las secuencias de acción prácticas

realizadas dirigidas por las personas hacia sí misma o hacia su entorno. El autocuidado que adopta la forma de acciones de autocontrol orientadas internamente no es observable, y los demás solo pueden conocerlo buscando información subjetiva. Las razones para las acciones y los resultados buscados por ellas pueden ser conocidas o no por el sujeto que realiza acciones.

5. El autocuidado que se realiza a lo largo del tiempo puede ser comprendido (intelectualizado) como un sistema de acción – sistema de autocuidado – siempre que haya un conocimiento del conjunto de los diferentes tipos de las secuencias de acción – o de las actividades de cuidado realizadas – y de los vínculos de conexión entre ellas.
6. Los componentes constitutivos del sistema de autocuidado son series de tareas o actividades de cuidados necesarios para usar los medios apropiados y seleccionados (es decir, las tecnologías para satisfacer los valores existentes y cambiantes de los requisitos de autocuidado conocidos).

6.4.2 La teoría del déficit de autocuidado. Hace referencia a todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas prácticas dentro del dominio y los límites de la Enfermería, están asociadas con la subjetividad de los individuos maduros y en proceso de maduración respecto a las limitaciones de acción relacionadas o derivadas de la salud que los hacen completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y que empiezan a surgir para el cuidado regulador de sí mismos o de las personas que dependen de ellos, y para ocuparse en el continuo desempeño de actividades de cuidado, para controlar o manejar de alguna manera los factores que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo, o el de las personas que dependen de ellos.

En síntesis, esta teoría explica cuándo se necesita la Enfermería y describe cómo las personas pueden ser ayudadas por medio de la Enfermería. El déficit se presenta cuando la agencia de autocuidado no es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado. Por lo tanto, necesita de Enfermería para satisfacer tales requisitos. Se utiliza cinco métodos de ayuda: actuar o hacer para, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente la capacidad del cliente. Ver Fig.1

Premisas:

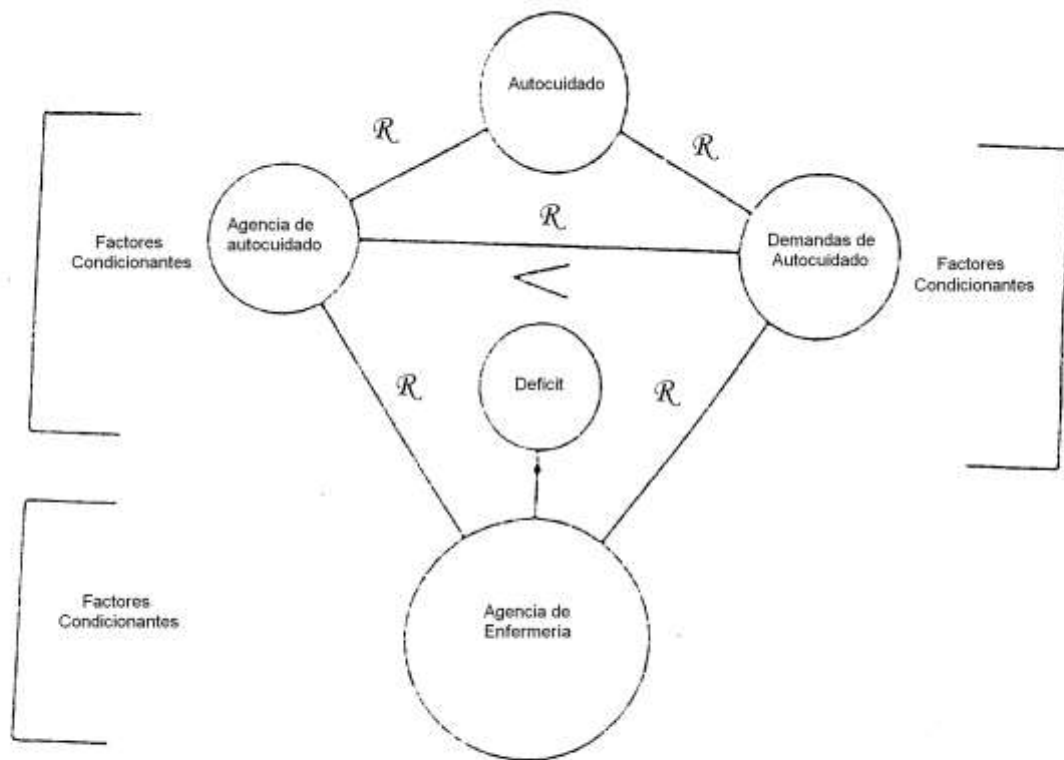
➤ Primer grupo:

1. Ocuparse del autocuidado requiere habilidad para autorregularse en un entorno estable o cambiante.

2. El ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente se ve afectado por la valoración de la persona sobre las actividades de cuidado con respecto a la vida, el desarrollo, la salud y el bienestar.
3. La calidad y globalidad del autocuidado y del cuidado dependiente en las familias y comunidades se apoya en la cultura, incluyendo los logros científicos de los grupos sociales y la posibilidad de educar a los miembros del grupo.
4. El ocuparse en el autocuidado y el cuidado dependiente se ve afectado, como el ocuparse en todas las formas de conducta práctica, por las limitaciones de conocimiento de las personas sobre que hacer en las condiciones y circunstancias existentes o sobre cómo hacerlo. Ver Fig.2

➤ Segundo grupo:

1. Las sociedades proporcionan para el estado humano de dependencia social, las formas y medios para ayudar a las personas de acuerdo con la naturaleza y razones de su dependencia.
2. Cuando son institucionalizadas, las operaciones directas de ayuda de los miembros de los grupos sociales se convierten en los medios para ayudar a las personas en su estado de dependencia social.
3. Las operaciones directas de ayuda de los miembros de los grupos sociales pueden clasificarse en aquellas que están asociadas con estados de dependencia relacionados con la edad y las no asociadas a éstos.
4. Los servicios de ayuda directa instituidos en los grupos sociales para proporcionar asistencia a las personas sin tener en cuenta su edad, incluyen los servicios de salud.
5. La enfermería es uno de los servicios de salud de la civilización occidental.



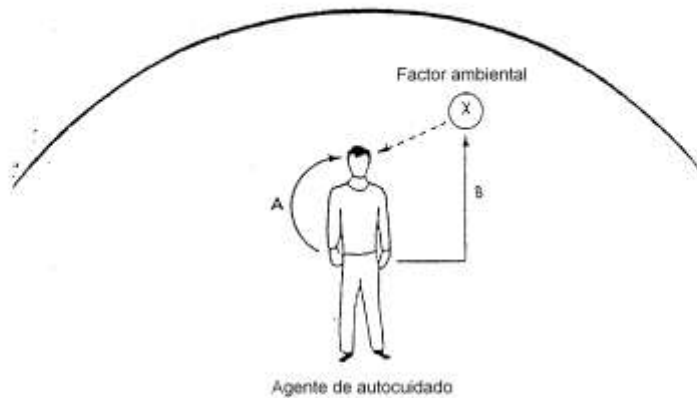
Marco conceptual para la enfermería. R, relación; <, déficit en la relación, actual o potencial.

Nota: "R" = relación entre los componentes

"<" = déficit actual o potencial en donde la enfermería puede requerirse

Figura 1. Marco conceptual para la Enfermería

Fuente: De Orem, D.E. Nursing: Concepts of Practice, 3ra. Ed. Nueva York: McGraw Hill Book Co. presentado por Wesley, R. (1997) Teorías y modelos en Enfermería. México D.F.: McGraw Hill.



Agentes de autocuidado y cuidado dependiente. A, cuidado dirigido hacia uno mismo o hacia otro que es el receptor de cuidado; B, cuidado dirigido hacia la regulación de factores ambientales; X, factores ambientales.

Figura 2. Agentes de autocuidado y cuidado dependiente

Proposiciones:

1. Las personas que emprenden acciones para promover su propio autocuidado o el cuidado de las personas dependientes tienen capacidades de acción especializadas.
2. Las habilidades de los individuos para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente están condicionadas por la edad, la etapa del desarrollo, experiencia vital, orientación sociocultural, salud y recursos disponibles.

3. La relación entre las capacidades del individuo para el autocuidado o el cuidado dependiente con la demanda cuantitativa y cualitativa de autocuidado o cuidado dependiente puede ser determinada cuando se conoce el valor de cada una.
4. La relación entre las habilidades de cuidado y las demandas de autocuidado puede definirse en términos de iguales que, menores que o mayores que.
5. La enfermería es un servicio legítimo cuando: 1) las habilidades de cuidado son menores que las requeridas para satisfacer una demanda de autocuidado conocida (una relación de déficit); y 2) las habilidades de autocuidado o de cuidado dependiente exceden o son iguales a las requeridas para satisfacer la demanda de autocuidado actual, pero puede anticiparse una futura relación de déficit a causa de una disminución predecible de las habilidades de cuidados, o un aumento cuantitativo o cualitativo de las demandas de cuidados o ambas cosas.
6. Las personas con déficit de cuidados actuales o potenciales están, o se esperan que estén en estado de dependencia social que legitima una relación de enfermería.

6.4.3 La teoría del sistema de Enfermería. Todos los sistemas de acción práctica que son sistemas de Enfermería son formados por las (los) enfermeras (os) a través del ejercicio deliberado de las capacidades especializadas de Enfermería (agencia de Enfermería) dentro del contexto de su relación interpersonal y contractual con personas con déficit derivados de su salud o asociado con ella para la producción de cuidados continuados, efectivos y completos para sí mismas o para las personas que dependen de ellas, a fin de asegurar que las demandas de autocuidado terapéutico son conocidas y satisfechas, y que se protege la agencia de autocuidado o se regula su ejercicio o desarrollo.

Los sistemas de Enfermería pueden ser formados o producidos para individuos, para personas que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéuticos con componentes similares o que tienen limitaciones similares para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente, para familia o unidades multipersonales.

Premisas:

1. La Enfermería, son los esfuerzos prácticos que realizan las (los) enfermeras (os) durante cierto tiempo para personas en localizaciones temporo-espaciales determinadas, siempre que sus limitaciones de acción para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente estén relacionadas con la salud o deriven de ella.

2. La enfermería es un servicio humano de salud institucionalizado, con una competencia y unos límites definidos por la propia finalidad o por su centro de atención especializado en la sociedad.

Proposiciones:

1. Las (los) enfermeras (os) se relacionan e interactúan con personas que ocupan la posición de pacientes de las (los) enfermeras (os).
 2. Los pacientes legítimos tienen requisitos de autocuidado existentes o potenciales.
 3. Los pacientes legítimos tienen déficit existente o potencial para cubrir sus propios requisitos de autocuidado.
 4. Las (los) enfermeras (os) determinan los valores actuales y cambiantes de los requisitos de autocuidado del paciente, seleccionan procesos o tecnologías válidas y fidedignas y formulan los cursos de acción necesarios para usar los procesos o tecnologías seleccionados que satisfarán los requisitos de autocuidado identificados.
 5. Las (los) enfermeras (os) determinan los valores actuales y cambiantes de las habilidades del paciente para satisfacer sus requisitos de autocuidado usando procesos o tecnologías específicos.
 6. Las (los) enfermeras (os) valoran el potencial de los pacientes para: 1) no ocuparse del autocuidado con propósitos terapéuticos, o 2) desarrollar o refinar las habilidades para ocuparse en el autocuidado ahora o en el futuro.
 7. Las (los) enfermeras (os) y los pacientes actúan conjuntamente para asignar los roles de cada uno de la producción de autocuidado del paciente y en la regulación del ejercicio o desarrollo de las capacidades de autocuidado del paciente.
 8. Las acciones de las (los) enfermeras (os) y las acciones de los pacientes (o las acciones de las enfermeras que compensan las limitaciones de acción de los pacientes), que regulan las capacidades de autocuidado del paciente y satisfacen las necesidades de autocuidado del paciente, constituyen sistemas de Enfermería.
- **Interpretación de los sistemas de Enfermería:** el diseño de un sistema de Enfermería empieza cuando la (el) enfermera (o) selecciona y usa una o varias combinaciones de métodos de ayuda en las situaciones de Enfermería basándose en la naturaleza y extensión del déficit. Los métodos de ayuda prescriben roles generales de las (los) enfermeras (os) y de los pacientes definidos por métodos de ayuda.

Los diseños de sistemas de Enfermería dejan claro³² :

1. El alcance de la responsabilidad de Enfermería en las situaciones de salud.
2. Los roles generales y específicos de las (los) enfermeras (os), los pacientes y otras personas.
3. Las razones para las relaciones de las (los) enfermeras (os) con los pacientes.
4. Los tipos de acciones a realizar y los patrones de ejecución y las acciones de las (los) enfermeras (os) y de los pacientes en la regulación de la agencia de autocuidado del paciente en la satisfacción de su demanda de autocuidado terapéutico.

Las actividades anteriores se definen cuando se conocen la naturaleza y la extensión del déficit en las situaciones de ayuda. Se han reconocido tres variaciones básicas en los sistemas de Enfermería clasificadas como:

1. Sistemas de Enfermería totalmente compensadores.
2. Sistemas de Enfermería parcialmente compensadores.
3. Sistemas de Enfermería de apoyo – educación.

La manera más práctica de definir dentro de cual tipo de sistema de Enfermería se encuentra el paciente, es respondiendo a la pregunta ¿quién puede o debería realizar aquellas operaciones de autocuidado que requieren movimiento en el espacio y una manipulación controlada? Ya que si la respuesta es que la (el) enfermera (o) este frente al primer tipo de sistema de Enfermería totalmente compensador; si por el contrario, la respuesta es que el paciente puede realizar algunas pero no todas las operaciones de autocuidado, estarán frente a un sistema de Enfermería parcialmente compensador; y si finalmente la respuesta es que el paciente puede y debería realizar todas las operaciones de autocuidado estaríamos frente a un sistema de Enfermería de apoyo-educación.

Los tres tipos de sistema de Enfermería son aplicables en gran medida a los individuos. Cuando la (el) enfermera (o) atiende servicios multipersonales como la familia, debe tenerse gran cuidado al combinar los tres, ya que uno solo de ellos no respondería a las situaciones de necesidad de ayuda.

6.4.4 Principales Conceptos del Modelo de Orem. Dorothea Elizabeth Orem, maneja dentro de su teoría “Déficit de Autocuidado los siguientes conceptos que se definen a continuación.

6.4.4.1 Requisitos de Autocuidado³³: esenciales en el modelo de Dorothea Elizabeth Orem, son los llamados requisitos de autocuidado. No sólo son un

³² Op cit___Orem, D, Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica, capítulo10: Enfermeras y práctica de la Enfermería, p.318.

³³ Op cit. Modelo de Orem en la Actualidad, material fotocopiado con fines exclusivamente didácticos, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, págs 6 a 11

componente principal del modelo, sino que también constituyen una parte importante de la valoración del paciente. Dorothea Elizabeth Orem (1991, pág. 135) ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo, o entorno ambiental de un individuo. Estas actividades son las llamadas *requisitos de autocuidado universal*. El término “requisito” se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo. Hay dos tipos más de requisitos de autocuidado, los de *desarrollo* y los de *desviación de la salud*, descritos a continuación:

- **Los requisitos de autocuidado universal:** los ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos incluyen:
 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
 4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.
 5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
 6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
 7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.
 8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos *sociales* de acuerdo con el potencial humano. las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos fisiológicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano.

Estos ocho requisitos representan las clases de acciones humanas que producen las condiciones externas e internas que mantienen la estructura y funcionamientos humanos que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporcionan de manera efectiva, el autocuidado o el cuidado dependiente organizado alrededor de los requisitos de cuidado universal, refuerza la salud positiva y el bienestar.

El mantenimiento de aire, agua y alimentos suficientes, y la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales. Los problemas que ocurren en estas áreas podrían conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida. El equilibrio entre la actividad y el reposo es importante para evitar problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivos.

La interacción social es importante para la socialización de los individuos en su cultura, así como para proporcionar la oportunidad de intercambiar ideas y opiniones, también proporciona el calor y la proximidad esenciales para el

desarrollo humano normal. Así mismo tiene una importancia práctica, puesto que pueden requerirse habilidades sociales para obtener los materiales necesarios para la vida, incluyendo los alimentos. La soledad requiere igualmente una importante consideración, ya que proporciona a los individuos la oportunidad de reflexionar y pensar sobre su existencia y la de otros, así como sobre el entorno que les rodea.

La prevención de peligros para la vida es esencial si el individuo tiene que sobrevivir, al tiempo que es un prerrequisito para el desarrollo humano. Parte del desarrollo humano necesita que el individuo aprenda qué situaciones son potencialmente peligrosas, y que sea capaz de apartarse de tales entornos.

Finalmente, hay una tendencia humana a ser “normal”. Deriva de características genéticas y culturales, así como de las limitaciones humanas conocidas. La *normalidad*, como denomina Dorothea Elizabeth Orem a esta tendencia, implica que el individuo tenga un autoconcepto realista, y sea capaz de cultivar su propio desarrollo. Adicionalmente, puede referirse al hecho de que un individuo sea “aceptado” en un grupo semejante o en la sociedad en general. Realizar acciones para mantener la salud se considera parte de la normalidad, al igual que identificar y prestar atención, cuando sea posible a los cambios en la salud.

Estos requisitos de autocuidado universal son tareas esenciales que un individuo debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo. Sin embargo, estos ocho requisitos no deberían considerarse aisladamente, ya que interactúan entre sí. Por ejemplo, la prevención de peligros debe considerarse en el contexto de todos los demás requisitos por ejemplo, aunque el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos es esencial, debe considerarse la existencia de posibles sustancias tóxicas o nocivas.

Dorothea Elizabeth Orem describe las demandas de autocuidado y capacidad humana, considerando el autocuidado para los individuos sanos o enfermos que puede contemplarse en términos de equilibrio de varios factores. Por una parte, existe la necesidad de cuidar de uno mismo para lo cual deben satisfacerse los requisitos de autocuidado universal y por otra parte, el individuo debe tener la capacidad de satisfacer o cubrir las demandas que se le hacen.

En este sentido, contempla los requisitos de autocuidado universal como demandas de autocuidado que se hacen al individuo: un individuo debe cubrir activamente estas demandas mediante el empleo de habilidades que ha aprendido y que tienen un contexto cultural apropiado. Esta idea de *equilibrio* entre las demandas y las actividades es central en el modelo de Dorothea Elizabeth Orem, no sólo a nivel conceptual, sino también en términos del cuidado práctico de los pacientes.

En este espacio, Dorothea Elizabeth Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo (Orem 1991. pág. 215). La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención primaria. La prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o la incapacidad prolongada; mientras que la prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad. Estos conceptos están en consonancia con el creciente interés que la Enfermería manifiesta por la salud en vez de hacerlo por la enfermedad.

- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** además de los requisitos de autocuidado universal, esenciales para todas las personas en todas las etapas de desarrollo, Dorothea Elizabeth Orem ha identificado un segundo tipo de requisitos, hallados en especiales circunstancias, asociados con el desarrollo humano (Orem 1991. pág. 146). Estos requisitos de autocuidado del desarrollo se clasifican principalmente en:
 - **Etapas específicas de desarrollo:** algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo, es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración. Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo, como el ser un neonato. En tales etapas debe prestarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

- ✓ Vida intrauterina y nacimiento.
- ✓ Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
- ✓ Lactancia.
- ✓ Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
- ✓ Etapas de desarrollo de la edad adulta.
- ✓ Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Dorothea Elizabeth Orem argumenta que en cada una de estas etapas de desarrollo debe considerarse los requisitos de autocuidado universal, pero que también puede haber demandas específicas de salud a causa del nivel prevalente de desarrollo del individuo. Un ejemplo de ello sería el neonato y la regulación de la temperatura: mientras que los adultos sanos son capaces de cuidar del control de su propia temperatura corporal, por razones de desarrollo, un neonato requiere asistencia para cubrir esta necesidad.

- **Condiciones que afectan el desarrollo humano:** el segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Este requisito de autocuidado del desarrollo tiene dos subtipos:
 - ✓ El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas: los ejemplos incluyen la provisión de descanso y nutrición adecuados durante el embarazo. Dorothea Elizabeth Orem también se preocupa por el posible peligro para la vida y el desarrollo de los materiales tóxicos que se encuentran en el entorno.
 - ✓ El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición o acontecimiento vital particular. Los ejemplos incluyen las respuestas a acontecimientos vitales específicos, como la paternidad maternidad, o los cambios en las condiciones económicas y sociales. La consideración clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano. *Las condiciones relevantes incluyen:*
 - ❖ Deprivación educacional.
 - ❖ Problemas de adaptación social.
 - ❖ Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
 - ❖ Pérdida de posesiones o del trabajo.
 - ❖ Cambio súbito en las condiciones de vida.
 - ❖ Cambio de posición, ya sea social o económica.
 - ❖ Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
 - ❖ Enfermedad terminal o muerte esperada.
 - ❖ Peligros ambientales.

Esto constituye una amplia gama de eventos identificados por Dorothea Elizabeth Orem como importantes para los procesos naturales de desarrollo de un individuo, estar sujeto a una de estas condiciones o a una combinación de ellas podría representar una demanda creciente para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de autocuidado. Por ejemplo, la deprivación educacional podría inhibir o evitar el desarrollo de las habilidades de un individuo para la búsqueda de información y ayuda cuando la necesita.

- **Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud:** en el modelo de Dorothea Elizabeth Orem hay un nuevo grupo de requisitos de autocuidado, los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud (Orem 1991 pág. 148). Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Bajo estas circunstancias, el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud:

- Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe que producen patología humana o están asociadas a esta.
- Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.
- Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación médicamente prescrita, dirigida a la prevención de tipos específicos de patologías, o a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
- Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo, y atender a dichos efectos o regularlos.
- Modificación del autoconcepto y autoimagen aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.
- Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado.

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud. Se espera que la persona cumpla entonces con cualquier intervención terapéutica legítima que se le ofrezca. Dorothea Elizabeth Orem reconoce que la alteración del propio autoconcepto puede ser una parte importante de sentirse mal, y que es esencial para adaptarse a los cambios provocados por la enfermedad o lesión.

Como un “resumen” de la relación terapéutica entre los requisitos de autocuidado que se sabe que existen para un paciente (o los que pueden ocurrir en el futuro) y lo que puede o debería hacerse para satisfacerlos, Dorothea Elizabeth Orem formula el concepto de “*demanda de autocuidado terapéutico*” como el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos. La formulación de la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo es, por lo tanto, una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

6.4.4.2 Déficit de Autocuidado:³⁴ es el núcleo central del modelo de Dorothea Elizabeth Orem. Establece que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que las incapacitan para el autocuidado continuo, cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar.

“Es la relación entre demanda de autocuidado terapéutico y la actividad auto-asistencial en la cual las capacidades del autocuidado desarrolladas dentro de la actividad no sirven o no resultan adecuadas para conocer o satisfacer parte o la totalidad de los componentes de la demanda existente o potencial”³⁵.

En algunas situaciones, el cuidado dependiente es el que es dado por un miembro de la familia a otro. Cuando el cuidado requerido es mayor a la capacidad del miembro de la familia se dice que existe un déficit de cuidado dependiente.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de Enfermería. La Enfermería establece que requisitos son demandados por la persona a la que van a atender, selecciona las formas más adecuadas de cubrirlos y determina el curso adecuado de la acción, evalúa las habilidades y capacidades de la persona para cubrir sus requisitos y el potencial del enfermo para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

6.4.4.3 Agencia de Autocuidado:³⁶ Dorothea Elizabeth Orem usa la palabra agente para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica (Orem 1991, pág. 174). Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera *agentes de autocuidado*. La capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de agencia de autocuidado.

Esta capacidad puede encontrarse en diferentes grados de desarrollo:

- Cuando la agencia de *autocuidado está aún desarrollándose* como en los niños cuando se les está enseñando el control esfinteriano. Aquí hay un desarrollo creciente del control esfinteriano y una comprensión creciente del proceso de eliminación; y su aprendizaje tiene lugar dentro de límites culturales bien definidos.
- En la persona sana y ocupada en la realización de sus propias actividades de autocuidado la agencia de autocuidado existe en forma desarrollada o en *proceso de desarrollo*.

³⁴ www.personal.redestb.es/a_sanguesa/modelos.html, Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería, Sitio en Internet consultado 06/12/04

³⁵ Orem. D, Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica, capítulo 7: Agencia de Autocuidado y Agencia de Cuidado Dependiente. p.178.

³⁶ Orem. D, Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica, capítulo 1: Comprensión de Situaciones de la Práctica de enfermería, pág16.

- Se considera que los individuos que saben cómo satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado *desarrollada capaz* de satisfacer sus necesidades de autocuidado
- En tercer lugar, los individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que, sin embargo, *no funcione*, por ejemplo, una persona puede darse cuenta de que necesita ayuda, ser capaz de buscarla, pero preferir *no* hacerlo, a causa del temor o la ansiedad.

6.4.4.4 Agencia de cuidado dependiente:³⁷ Dorothea Elizabeth Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de Enfermería. Este concepto se denomina agencia de cuidado dependiente. En esencia es la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras (como los niños, adolescentes o adultos con limitaciones relacionadas con la salud) tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos, y satisfacerlos total o parcialmente (Orem, 1991, pág. 196).

En esta situación de adultos que cuidan de niños y personas jóvenes, el énfasis está en satisfacer o modificar los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo o de la desviación de la salud.

Los adultos pueden verse implicados en una amplia gama de actividades de cuidado dependiente, proporcionando cuidados parciales o totales. Considérese el caso de un neonato incapaz de satisfacer necesidades, tales como mantener un aporte suficiente de alimentos, o de un paciente en coma incapaz de realizar diversas funciones vitales básicas.

En estas situaciones, un progenitor o una (un) enfermera (o) asumirán el papel de cuidador y les ayudarán a satisfacer los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo y de desviación de la salud. Dorothea Elizabeth Orem describe al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado como *agente de cuidado dependiente*; en las situaciones en que la (el) enfermera (o) proporciona cuidados, usa la agencia de Enfermería.

6.4.4.5 Sistemas de Enfermería:³⁸ son complejos métodos de acción, realizados por las (los) enfermeras (os) dentro de contextos sociales e interpersonales, y dependen de las capacidades del paciente para autocuidarse. “En los sistemas de Enfermería la (el) enfermera (o) pasa a ser agente de autocuidado”. La fig.3

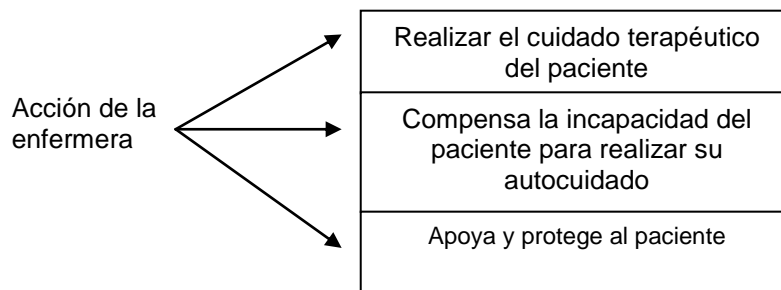
³⁷ Orem. D, Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica, capítulo 1: Comprensión de Situaciones de la Práctica de enfermería p. 17.

³⁸ www.personal.redestb.es/a_sanguesa/modelos.html, Tendencias y Modelos más utilizados en Enfermería, Sitio en Internet consultado 06/12/04.

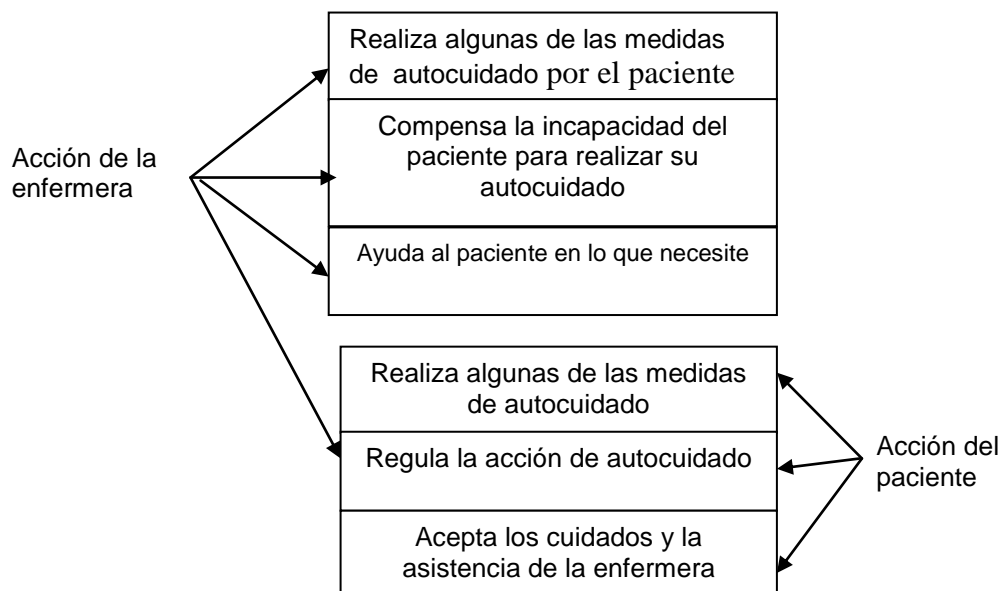
permite la visualización clara de los roles del paciente y la enfermera de acuerdo al tipo de sistemas de enfermería, que según Dorothea Elizabeth Orem son:

- **Sistema de compensación total:** el enfermo no tiene ningún papel activo en la realización del autocuidado, por su estado de incapacidad / limitación. La enfermería actúa en lugar del paciente tomando las decisiones más adecuadas y ejecutando el autocuidado y todas las operaciones de autocuidado pasan a ser responsabilidad de la (el) enfermera (o).
- **Sistema de compensación parcial:** tanto el enfermo como el profesional de Enfermería participa en el autocuidado, el grado de participación depende de las capacidades cognitivas y de las destrezas del enfermo, así como de sus capacidades físicas, tanto el paciente como la (el) enfermera (o) conserva roles, algunos compartidos y algunos propios de cada uno, con el fin de dar suplencia adecuada a las necesidades de autocuidado.

Sistema totalmente compensador



Sistema parcialmente compensador



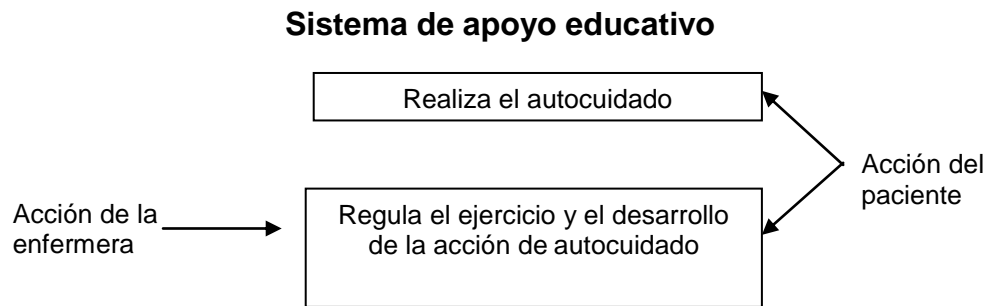


Figura 3. Sistemas básicos de Enfermería

- **Sistema de apoyo educativo:** la Enfermería instruye y orienta a la persona para que lleve a cabo el autocuidado necesario. El enfermo es capaz de aprender y tomar las decisiones necesarias en lo referente al autocuidado, ya que no tienen limitaciones / incapacidades.

Se refleja la independencia del paciente en la realización de las operaciones de autocuidado y la (el) enfermera (o) aparece apoyándole en la regulación y el ejercicio de su agencia de autocuidado; dicha ayuda por parte de Enfermería se refiere al apoyo, guía y provisión de entornos que favorezcan el desarrollo y los procesos enseñanza-aprendizaje del paciente. “Es el único sistema en que los requerimientos de ayuda del paciente están limitados a la toma de decisiones, control de la conducta y adquisición de conocimientos y habilidades”³⁹.

6.4.4.6 Supuestos en los que se fundamenta el modelo.⁴⁰ El modelo se fundamenta en cuatro supuestos básicos:

1. Los seres humanos necesitan una serie de aportaciones deliberadas continuas tanto de ellas como de su entorno para vivir de acuerdo a la naturaleza.
2. Capacidad humana: es el poder que tiene la persona para actuar deliberadamente y se ejercita identificando necesidades y satisfaciéndolas.
3. Los seres humanos experimentan privaciones en forma de limitaciones de cuidados tanto de ellos mismos como de otras personas que afectan al mantenimiento de la vida y sus funciones.

³⁹ Orem, D, Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica, p. 325.

⁴⁰ Leyes, Teorías, Tendencias y Modelos, Sitio en Internet consultado 06/12/04 www.aibarra.org/Apuntes/Fundamentos/Apuntes_Enfermería_Fundamental_normas_Daniel_Mingu_ez.doc,

4. Los grupos humanos se relacionan uniendo tareas y asignando las responsabilidades para proporcionar cuidados a los miembros que lo necesitan (relación enfermera (o) – paciente).

6.5 UTILIDAD DEL MODELO “DEFICIT DE AUTOCUIDADO” PARA CUMPLIR LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERIA

De acuerdo con lo descrito en la Ley 266 de 1996, las funciones de la Enfermería son: asistencia, investigación, educación y administración.

6.5.1 Utilidad del modelo teórico en la práctica asistencial. Para cumplir a cabalidad las funciones de Enfermería se requiere tener una visión integral de la persona, definir acciones con una finalidad y definir cuidados basados en un modelo. Lo anterior permite identificar cual es el papel de la (el) enfermera (o).

La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, puede utilizarse con facilidad para desarrollar, como ella lo denominó, un “plan individualizado para los pacientes”, equivalente en la actualidad al proceso de atención de Enfermería (PAE); el modelo se usa para: la valoración de los déficit de autocuidado, formulación de un plan de cuidados basados en el nivel de intervención de la (el) enfermera (o) para asistir a las necesidades, y en la evaluación de la efectividad de los objetivos del proceso de atención⁴¹.

Dorothea Elizabeth Orem el proceso de Enfermería requiere que las (los) enfermeras (os) participen en operaciones interpersonales y sociales, y en operaciones tecnológico profesionales⁴².

- **Operaciones interpersonales y sociales:** la (el) enfermera (o) desarrolla un estilo social e interpersonal para trabajar con pacientes y sus familias. Se inicia y mantiene una relación efectiva con el paciente y sus familias, se ponen de acuerdo para responder a cuestiones relacionadas con salud y revisar la información continuamente.

Las (los) enfermeras (os) establecen acuerdos para brindar cuidados de Enfermería, entran en relaciones interpersonales con las personas que cuidan y con las relacionadas con ellas. Todas las actividades, incluyendo las de la recogida de información obtenida para los aspectos sociales e interpersonales de la Enfermería, capacitan a las (los) enfermeras (os) para ocuparse de las operaciones profesionales – tecnológicas de la práctica de Enfermería.

⁴¹ Op cit. ____Modelo de Orem Cap. 32: Teoría de Enfermería de autocuidado. p. 302

⁴² Modelo de Orem en la actualidad, capítulo 1: Significado de la Enfermería, página 21, Material fotocopiado con fines exclusivamente didácticos, Universidad de la Sabana Bogotá Colombia

- **Operaciones tecnológicas profesionales:** estas operaciones pueden identificarse como la forma en que los profesionales proporcionan cuidado directo y servicio a las personas.

Son consideradas por Dorothea Elizabeth Orem como los pasos **que aplican al proceso de Enfermería** y comprenden:

1. Operaciones diagnósticas (valoración).
2. Operaciones prescriptivas (planificación).
3. Operaciones de tratamiento o reguladoras (cuidado iniciado y evaluado).
4. Operaciones de manejo de casos (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de Enfermería).

Dichas operaciones son realizadas y dirigidas al bienestar de las personas que reciben los servicios de salud específicos individualmente o en grupos.

1. Operaciones diagnósticas: implican un proceso de examen cuidadoso y análisis de los hechos descriptivos de una persona en particular y de las condiciones y circunstancias de la vida de esa persona como la forma de comprender o explicar la naturaleza de las condiciones existentes o cambiantes por las que solicita el servicio de salud. Lo que los profesionales de cada servicio diagnostican es específico de cada servicio.

Las operaciones diagnósticas aportan respuestas a las preguntas ¿Qué es? ¿Cuáles son las características distintivas de lo que es? ¿Cuál es su naturaleza? ¿Por qué es, como es? Las operaciones diagnósticas siguen o son concurrentes con las operaciones de investigación para acumular los hechos relevantes para los problemas por los que las personas buscan servicios de salud específicos.

Estas operaciones determinan si el paciente necesita ayuda de Enfermería. Esta parte hace referencia a la etapa de valoración. Para saber si existe un déficit de autocuidado, el diagnóstico implica:

- Determinar las demandas de autocuidado presentes y futuras del individuo (examinar cada requisito, sus efectos de interacción y los factores que influyen en su satisfacción).
- Determinar las capacidades de autocuidado presentes y futuras del individuo (identificar y describir capacidad de autocuidado, las limitaciones, determinar el conocimiento del paciente y aptitudes y deseos de satisfacer las necesidades, lo que debería y no debería hacer para necesidades presentes y futuras).

2. Operaciones prescriptivas: son juicios prácticos seguidos de operaciones de toma de decisiones sobre los cursos de acción a seguir en las situaciones en las que existen particulares condiciones diagnósticas.

Responde a las preguntas ¿Qué puede hacerse dada las condiciones conocidas, el estado proyectado de los asuntos y los medios disponibles? ¿Qué debería

hacerse a la luz de la situación global de la persona y de las condiciones y circunstancias de vida, no solo este o aquel aspecto aislado de la situación?

Se puede comparar con la fase de planificación. Las operaciones prescriptivas unen las operaciones interpersonales y sociales con las operaciones tecnológicas profesionales; es decir, cuantos más aspectos técnicos se planifiquen y realicen mayor es el requerimiento de Enfermería para desarrollar y mantener un buen contacto social e interpersonal con el paciente y su familia.

3. Operaciones de tratamiento o reguladoras: constituyen las actividades prácticas a través de las cuales se trata la condición o problema diagnosticado para eliminarlo o controlarlo, o para mantenerlo dentro de los límites compatibles con la vida humana, la salud y el bienestar.

Estas pueden compararse con la etapa de intervención y evaluación del tradicional proceso de Enfermería.

Para el diseño de las operaciones de tratamiento o reguladoras, se utilizan los sistemas de Enfermería, los cuales incluyen las siguientes tareas:

- Crear un sistema de relaciones para satisfacer requerimientos de autocuidado presentes y en el futuro.
- Especificar el momento y duración del contacto enfermera (o) – paciente.
- Identificar contribuciones de la (el) enfermera (o) y del paciente para satisfacción de demandas de autocuidado asegurando:
 - Rutinas de tareas y secuencia temporal.
 - Regulación de participación del paciente en su autocuidado.
 - El interés y deseo del paciente de cuidarse de sí mismo.
 - El paciente desarrolla, perfecciona o domina capacidades de autocuidado.
 - El paciente desarrolla nuevas aptitudes y habilidades para satisfacer necesidades sin desarrollar nuevas limitaciones.

Una vez establecido la existencia de una situación de Enfermería, es importante la forma en que la (el) enfermera (o) organiza sus esfuerzos y aborda el cuidado del paciente.

Un sistema de Enfermería es la meta y el contexto en los que l (el) enfermera (o) y el paciente interactúan. Los elementos del sistema de Enfermería son: la (el) enfermera (o), el paciente o grupo de personas y acontecimientos ocurridos e interacciones.

La planificación de operaciones de tratamiento o reguladoras tienen las siguientes dimensiones⁴³:

⁴³ Modelo de Orem en la actualidad, capítulo 1: Significado de la Enfermería, página 30, Material fotocopiado con fines exclusivamente didácticos, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

- Tiempo (planificar cuidados y establecer objetivos para saber si se tuvo éxito o no).
- Lugar (naturaleza de la demanda de autocuidado).
- Condiciones ambientales (proporcionar reposo, evitar el estrés).
- Equipamiento y suministros (disponibilidad de equipos, relación costo efectividad).
- Número y cualificaciones del equipo necesarias para conducir, evaluar y modificar el plan de cuidados (determina los requerimientos de la persona).

Tabla 1. Modelo de Orem en la práctica asistencial de Enfermería.

SISTEMA DE ENFERMERÍA	ROL DEL PACIENTE	FUNCIÓN DE LA ENFERMERA (O)
Totalmente compensatorio		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Compensar las incapacidades para el autocuidado ➤ Apoyar y proteger ➤ Emitir juicios y tomar decisiones para los paciente ➤ Cultivar las capacidades existentes
Parcialmente compensatorio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar algunas medidas de autocuidado ➤ Aceptar de buen agrado la ayuda del equipo de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar algunas medidas de autocuidado para el paciente ➤ Compensar cualquier limitación del autocuidado ➤ Ayudar al paciente según sea necesario
De apoyo / educación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Satisfacer los requerimientos de autocuidado ➤ Continuar aprendiendo y desarrollar capacidades de autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar a tomar decisiones ➤ Ayudar al paciente a aprender ➤ Actualizar periódicamente la información

El componente de evaluación de los cuidados reguladores, es necesario ya que permite decidir si los cuidados de Enfermería deben continuar de la misma forma o deberían cambiarse; por lo tanto la (el) enfermera (o) debe emitir juicios sobre el plan de cuidados existente y los progresos del paciente en la consecución de los objetivos y resultados.

Dorothea Elizabeth Orem⁴⁴ ofrece unas guías específicas a las (los) enfermeras (os), indicando que debería prestarse atención a:

- Controlar a los pacientes y ayudarles a controlarse a sí mismos para determinar si se realizan las medidas de autocuidado y para determinar los efectos de las conductas de autocuidado.
- Hacer juicios sobre la suficiencia y eficacia del autocuidado del paciente, de su capacidad para desarrollar su propio repertorio de capacidades de autocuidado y la asistencia de Enfermería.
- Formular juicios sobre la percepciones del paciente de los resultados obtenidos a través de la intervención de la (el) enfermera (o), y hacer o recomendar ajustes en el sistema de cuidados de Enfermería mediante cambios en las funciones de la (el) enfermera (o) y del paciente.

4. Operaciones de manejo de casos: están relacionadas con el control, dirección y seguimiento de las operaciones diagnósticas, prescriptivas y de tratamiento o reguladoras. El control incluye evaluación y el manejo de casos se refiere a la integración de operaciones tecnológicas para formar un sistema dinámico de servicios de salud que sea efectivo y juicioso en el uso de recursos y minimice el estrés psicológico y físico para las personas que reciben cuidados de salud.

Las operaciones tecnológico – profesionales de la Enfermería se hacen específicas en términos de su finalidad propia, personas con déficit de autocuidado relacionado con la salud o derivado de la mismas, o con déficit de cuidado dependiente asociado con la salud de la persona dependiente.

Las operaciones diseño están relacionadas pero son diferentes de las operaciones tecnológico – profesionales del diagnóstico de Enfermería, la prescripción y la regulación o tratamiento de Enfermería. Estas determinan la jurisdicción de Enfermería, quien está implicado en la provisión de cuidados, y los roles de estas personas en la producción de un sistema de Enfermería continuo y periódico.

La unidad de diseño del sistema de Enfermería aboca a un diseño creativo para el sistema de Enfermería que debe producirse basado en los roles del paciente en el autocuidado y en los métodos de ayuda en relación con las limitaciones del paciente. Y tiene lugar antes de la producción del tratamiento o regulación de

⁴⁴ Modelo de Orem en la actualidad, capítulo 1: Significado de la Enfermería, página 32, Material fotocopiado con fines exclusivamente didácticos, Universidad Nacional de Bogotá.

Enfermería para satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico del paciente y para regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado. El diseño de Enfermería tiene lugar antes de la producción del tratamiento o regulación de Enfermería para satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico del paciente y para regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado.

El modelo teórico de Dorothea Elizabeth Orem, ha sido aplicado en la práctica profesional de Enfermería, entre otras razones, porque considera la posibilidad de generar autocuidado desde el punto de vista del individuo que requiere el autocuidado, la cual se enmarca en un sistema de enfermería.

El modelo se aplica fácilmente a la práctica, ya que dentro de su ejercicio profesional, la (el) enfermera (o) diseña constantemente procesos de atención de Enfermería para brindar sus cuidados, en el servicio o área en el que se desempeña.

Proporcionar los medios para lograr el autocuidado, es una función inherente en el ser de una (un) enfermera (o), ya que es educador en todo momento para la satisfacción de necesidades y en estilos de vida saludables independiente del área en el que se desempeña (asistencial, administración, investigación, educación y comunitaria). Por lo tanto la utilización del modelo de Orem, no produciría un aumento en los costos de la prestación de servicios, ya que el profesional de enfermería otorga la educación como un valor agregado a los servicios que presta a sus sujetos de atención.

Dentro del ejercicio práctico el profesional de Enfermería, se puede utilizar fácilmente el modelo de Dorothea Elizabeth Orem dentro de su proceso de atención de Enfermería. Uno de los primeros pasos que debe realizar, es un examen de los cuidados de salud del paciente desde la perspectiva de Enfermería. Al obtener la historia de salud del paciente durante la valoración, la enfermera (o) está en capacidad de determinar si:

- Hay presencia o ausencia de enfermedad.
- Estado de la calidad de salud del paciente.
- Cambios actuales y necesidades de cuidados.

De acuerdo con Dorothea Elizabeth Orem⁴⁵, un examen de la demanda de autocuidado terapéutico y la posibilidad de generar autocuidado inicia el proceso de diagnóstico. Antes de completar este proceso, la (el) enfermera (o) debe buscar respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la demanda de autocuidado terapéutico del paciente?
2. ¿Tiene un déficit de autocuidado para cubrir esta demanda?
3. ¿Cuál es la razón o naturaleza del déficit?

⁴⁵ Teoría general de Orem, una interpretación, página 295, Material fotocopiado con fines exclusivamente didácticos, Universidad de la Sabana Chía Bogotá.

4. ¿Se debería ayudar al paciente a cambiar sus formas de autocuidado o deberían protegerse las capacidades terapéuticas ya desarrolladas?
5. ¿Cuál es el potencial y deseos del paciente de realizar su autocuidado, aumentar su conocimiento sobre sí mismo, aprender sus técnicas e incorporar medidas esenciales en sus actividades de la vida diaria?

El paso siguiente es diseñar el plan de cuidados, se empieza primero calculando todas las demandas de autocuidado, identificando las limitaciones de las posibilidades de generar autocuidado y determinando su déficit de relaciones, en segundo lugar se elige el mejor método de ayuda.

Para clasificar los métodos de ayuda se usa especialmente la prevención secundaria y terciaria con la teoría del déficit de autocuidado; la prevención primaria se sitúa con la teoría de autocuidado, porque trata del mantenimiento de la salud antes del proceso de enfermedad. Los métodos de ayuda son los propuestos por Dorothea Elizabeth Orem como los sistemas de Enfermería, totalmente compensatorios, parcialmente compensatorios y de soporte y educación.

Al diseño y planificación de cuidados sigue la fase prescriptiva del proceso de Enfermería, aunque Dorothea Elizabeth Orem considera esta fase con la diagnóstica⁴⁶, en la práctica sigue al diseño, ya que prescribir es escribir las reglas de acción. Las tareas de manejo y evaluación son los pasos finales del proceso de Enfermería, al evaluar los resultados de la interacción enfermera (o) – paciente se realizan cambios cuando persiste el déficit de autocuidado rediseñando un nuevo plan de cuidados. Ver Anexo: Estudio de casos.

El autocuidado, como una estrategia para el desarrollo de la política de “Salud para todos” planteada en Alma Ata en 1978 por la OMS, se convierte en una clara invitación a los profesionales de Enfermería a fundamentar su práctica en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem. Son muchas las experiencias descritas y cada día se han validado sus teorías con mayores aportes. Algunas enfermeras han complementado el modelo teórico de Dorotea Orem con otras teorías y modelos, para fortalecer la fundamentación teórica de sus escritos, conservando la tendencia y el paradigma que trabaja Dorothea Elizabeth Orem. Entre otros, Hernández, Rivas⁴⁷, Gallegos⁴⁸, muestran la aplicación del modelo.

⁴⁶ Teoría general de Orem, una interpretación, página 295, Material fotocopiado con fines exclusivamente didácticos, Universidad de la Sabana Chía Bogotá.. 296.

⁴⁷ Hernández, Rivas y otros. Valoración de capacidades de auto cuidado en adultos mayores para una práctica avanzada de enfermería. Sitio en Internet consultado 15/01/05 <http://culturacuidados.ua.es/index.php?hoja=revista/articulo.php&numero=64>

⁴⁸ Gallegos C. E., Cárdenas V. & Salas Ma. (1999). Capacidades de auto cuidado en adulto con Diabetes tipo 2. Investigación y Educación en Enfermería. 17 (2), pp. 25, 30

➤ **Reglas de la práctica de enfermería.** Las reglas en el sentido de normas sociales instructivas para la práctica de Enfermería han sido organizadas por Orem en cinco grupos a saber:

1. **Periodo de contacto inicial:** se refiere a la relación inicial de la (el) enfermera (o) en su posición laboral – profesional con los pacientes reales o potenciales, de acuerdo con las normas sociales en el cual se transmite el conocimiento acerca de la situación de salud al paciente y a sus familiares para confirmar o formular preguntas sobre estos aspectos.

Este periodo permite llegar a un acuerdo sobre quien será el agente durante el proceso de diagnóstico y prescripción de Enfermería, intercambiar información acerca de cómo continuar el proceso de comunicación, el lugar en el que se prestarán los cuidados y se definen las bases de la relación: responsabilidad del rol, la manera y el procedimiento de trabajar con pacientes y la familia, averiguar expectativas del paciente sobre la (el) enfermera (o), sus ideas sobre los roles inmediatos en la Enfermería, para confirmar si se comprenden y negociarlos. La (el) enfermera (o) debe valorar la propia legitimidad o capacidad para proveer los cuidados de Enfermería.

2. **Contactos continuados:** se debe iniciar y mantener la cantidad, tipo y duración de contactos y comunicación, ajustados a las capacidades de los pacientes y sus familias o personas legalmente responsables, para autoprotegerse, producir resultados, ayudarles a comprender los aspectos de la Enfermería, a aceptar los cuidados y responder sus solicitudes de forma apropiada e iniciar contactos para obtener información acerca de procedimientos adicionales que los pacientes desconozcan.

La (el) enfermera (o) puede, en primera instancia compartir la agencia de cuidado con otros profesionales y en caso necesario requiere estar pendiente del proceso para decidir iniciar el cese de cuidado cuando se esté en condiciones de dar de alta de Enfermería o remitir a instituciones especializadas o a otras instituciones de cuidados domiciliarios.

3. **Calidad de las situaciones interpersonales con los pacientes:** es relacionarse y atender a los pacientes para que promuevan su integridad como seres humanos y favorecer el avance hacia la madurez.

Abordar a los pacientes y trabajar con ellos como personas que están en diferentes grados de socialización en etapas específicas de crecimiento y desarrollo, con todas sus condiciones de vida, sus valores, hábitos y creencias acerca de su salud, en este sentido se refuerza la necesidad de rescatar los aspectos socioculturales del paciente.

El profesional de Enfermería debe relacionarse con los pacientes y atenderlos con conocimiento de sus capacidades físicas, cognitivas y de dominio afectivo, y reflexionar sobre los intereses, preocupaciones y temores que interfiera con la satisfacción de sus funciones de rol. Además debe trabajar con los pacientes y familias para ayudarles a convertirse en participantes activos de autocuidado.

4. **Producción de Enfermería:** ocuparse de diagnósticos en forma continuada para obtener y organizar los datos y emitir y verificar los juicios sobre las habilidades y limitaciones de autocuidado del paciente, para prescribir y calcular la demanda de autocuidado terapéutico.

De la misma forma se debe determinar el potencial del paciente para el desarrollo continuado de la agencia de cuidado y evaluar qué tan oportuno es para buscar la consulta de Enfermería; se deben determinar los medios para la regulación de la consulta, reconocer el valor de los cuidados, diseñar y manejar los sistemas de Enfermería, manteniendo un nivel profesional de documentación.

5. **Relaciones con las (los) enfermeras (os) y con otros profesionales de la salud:** es necesario mantener comunicación permanente con otros enfermeros como complemento para el plan de cuidados diseñado para el paciente, y si es el caso solicitar consultas con personal especializado. De igual forma se requiere aceptación y cumplimiento de órdenes médicas para el desarrollo del sistema de Enfermería.

Las reglas mencionadas anteriormente, permiten tanto a los estudiantes como a las (los) enfermeras (os) tener una guía para las situaciones de Enfermería que permita organizar su conocimiento y tener bases para el desarrollo de su práctica dirigida a poblaciones de Enfermería particulares.

6.5.2 Utilidad del modelo teórico en la Investigación. La investigación derivada de la teoría de Dorothea Elizabeth Orem, se asocia con el desarrollo de instrumentos de investigación destinadas a medir los elementos conceptuales de la teoría, al tiempo que se estudian dichos elementos en grupos de población específicos.

Los instrumentos han sido desarrollados por varios investigadores, entre ellos se encuentran Kearney y Fleisher⁴⁹ (1979) con el Exercise of Self-Care Agency (ESCA), Denyes (1981) con el Self-Care Agency y de Hanson y Bickel (1981) con Perception of Self-Care Agency. La teoría de Dorothea Elizabeth Orem se convirtió en el eje central para el diseño del Self-As-Care Inventory (SCI) que permite a cada persona expresar la capacidad percibida para cuidarse a sí mismo. Por su parte, Mc Bride realizó un análisis comparativo de las construcciones hechas por

⁴⁹ Modelo de Orem en la actualidad, Aplicación práctica. Págs. 146- 147.

Kearney y Fleisher, Denyes y Hanson y Bikel en 1981 con el cual construyó la escala de buena disposición al aprendizaje autodirigido (Self Directed Learning Readiness Scale SDLRS), dicha escala fue aplicada por Geden y Taylor.⁵⁰

La teoría de Dorothea Elizabeth Orem ha sido empleada en investigación mediante la aplicación de metodologías tanto cualitativas como cuantitativas, las entidades teóricas están bien definidas, lo que las hace susceptibles de medida; sin embargo, no se han desarrollado instrumentos para todas ellas, como el caso de la actividad de Enfermería.

Por otra parte, los valores de las entidades teóricas no son constantes en todas las poblaciones, por ello la teoría del déficit de autocuidado depende de los requisitos de autocuidado y de los factores condicionantes básicos y obliga al desarrollo de varios instrumentos para medirla. Quedan por determinar cuales son los métodos más apropiados de investigación de esta teoría.

El atractivo principal de la teoría de Dorothea Elizabeth Orem reside en su alcance, complejidad y utilidad clínica, ya que sirve para generar hipótesis que pueden añadirse al caudal de conocimientos existentes.⁵¹

El modelo de Dorothea Elizabeth Orem ha sido aplicado en diferentes campos investigativos que se generan a partir de la teoría de autocuidado; debe resaltarse que el primer requisito para la investigación científica es el conocimiento del problema a estudiar. Debe conocerse tanto la teoría de autocuidado con el enfoque de investigación elegido para explicar, examinar y probar la teoría y hacer contribuciones sustantivas a su desarrollo.⁵²

6.5.3 Utilidad del modelo teórico en la Educación. El *objetivo* principal del Modelo Teórico de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a la educación, es que las (los) enfermeras (os) que se enfrentan a diversas situaciones, sean capaces de utilizar su inteligencia práctica (Qué es) y la Inteligencia Especulativa (Qué debería ser), utilizando herramientas como la observación, la reflexión, el razonamiento y la comprensión, con el propósito de emitir unos juicios clínicos para así planear acciones intencionadas, organizadas y coordinadas, para una o varias personas, provocando acontecimientos y resultados benéficos.

Las habilidades y limitaciones de la (el) enfermera (o) para diseñar, proporcionar y administrar los cuidados de Enfermería se adquieren en cualquier momento de la educación inicial; las experiencias, educación continuada y habilidades de

⁵⁰ Marriner Tomey Ann, Raile Alligood Martha. Modelos y Teorías en enfermería. 4 edición. Dorothea E. Orem. Págs. 183-184.

⁵¹ Marriner Tomey Ann, Raile Alligood Martha. Modelos y Teorías en enfermería. 4 edición. Dorothea E. Orem. Págs. 185-186.

⁵² Elizabeth Geden. Modelos de integración para la práctica de enfermería. Capítulo 33 La relación entre la teoría de autocuidado y la investigación empírica. Págs. 306, 307, 308.

Enfermería desarrolladas durante su práctica pueden no ser suficientes, y determinadas situaciones requieren de conocimientos y habilidades específicas y otras requieren de un profundo conocimiento de diversas áreas. Desde esta afirmación, Dorothea Elizabeth Orem, propone la **educación preparatoria para las enfermeras profesionales**.

Es por esto que el dominio de una teoría general de Enfermería es el primer paso para que los estudiantes lleguen a ser capaces de mantener el conocimiento de la relación entre lo que saben y lo que deben hacer como profesionales. Los elementos conceptuales de una teoría general de enfermería constituyen una ayuda esencial para los estudiantes que deseen⁵³:

1. Saber a qué deben prestar atención y qué deben observar en las situaciones prácticas de Enfermería.
2. Desarrollar una imagen apropiada de la Enfermería.
3. Caracterizar y expresar lo que observan.
4. Conferir un significado general y de Enfermería a lo que observan.
5. Conocer los límites y la gama de posibles cursos de acción que estén abiertos a las (os) enfermeras (os) y a sus pacientes en determinados tipos y combinaciones de condiciones y circunstancias prevalentes.

6.5.3.1 Guía para currículos y programas de Enfermería. La primera publicación sobre la vinculación entre la teoría de Dorothea Elizabeth Orem y la formación fue "Guidelines for Developing for the Education of Practical Nurse" en 1959. En la bibliografía existen numerosos informes que describen el uso de la teoría de Déficit de autocuidado como base de los programas de estudios. Se conocen al menos 45 escuelas de Enfermería que utilizan esta teoría como base de sus planes curriculares (Según datos de Internacional Orem Society).

Por otra parte, Taylor (1985) describió el empleo de esta teoría en la formación y enseñanza de enfermeras (os) en preparación y la Escuela de Enfermería Sinclair, de la Universidad de Missouri, en Columbia, se ha valido de esta teoría como marco de referencia para la impartición de cursos de enfermería desde 1978. La teoría de Orem se aplica en todos los niveles de estudios y planes de formación continua. La Universidad de Oakland, el Collage of ST, Benedict y el Anderson College son tres de las escuelas que imparten una enseñanza basada en esta teoría⁵⁴.

6.5.4 Utilidad del modelo teórico en la Administración. Dorothea Elizabeth Orem define la administración como el conjunto de personas que actúan en contextos situacionales para manejar colectivamente el curso de los asuntos que

⁵³ Orem, Dorothea, Conceptos de Enfermería en la práctica, capítulo 12: Educación y práctica de la Enfermería, página 78.

⁵⁴ Marriner Tomey Ann, Raile Alligood Matha. Modelos y teorías en Enfermería 4 edición.p.183

permiten la provisión de Enfermería a la población atendida por una institución y las que serán atendidas en el futuro.

El administrador de Enfermería debe centrar su atención en las poblaciones y subpoblaciones que tienen requerimientos de Enfermería y que pueden beneficiarse de esta. Las (los) enfermeras (os) en la práctica se centran en los individuos con déficit de salud y los administradores de Enfermería aseguran la provisión de cuidados a la población existente y futura; entendiendo como población a todas las personas que una institución atiende o debe atender.

El Propósito de la Administración para Dorothea Elizabeth Orem, es contribuir a un aumento del saber enfermero, definiendo un perfil de la profesión, un marco conceptual y unas funciones concretas y delimitadas que acaben con la confusión existente en el desempeño de actividades administrativas en enfermería. Puesto que la Enfermería es una disciplina en continua evolución y abierta a todos los cambios que sirvan para dar respuesta a las demandas sociales en cuanto a salud se refiere, un programa docente de administración se justifica por si mismo, ya que sirve para estudiar el sistema de salud, sus cambios y los requerimientos que en materia de salud la sociedad exige.

La Enfermería como servicio para la salud, bienestar y seguridad de los ciudadanos, debe ser planificada, mantenida y desarrollada de acuerdo con las necesidades de la comunidad. Por lo tanto, es de suma importancia que la (el) enfermera (o) se realice algunos cuestionamientos, tales como ¿Qué cantidad y calidad de servicios de Enfermería están disponibles en la comunidad actual? ¿Cuáles son los costos implicados en la provisión de este servicio?

Las (los) enfermeras (os) deben estar preparados, capacitados y dispuestos a diseñar, proporcionar y manejar sistemas de ayuda para los pacientes o para supervisar a otras profesionales.

La calidad de los cuidados depende de manera directa de los recursos con los que cuenta la (el) enfermera (o), del entorno y de la cantidad de pacientes que tenga a su cargo, es por esto que la responsabilidad de la provisión y mantenimiento continuado de los servicios preventivos de la salud descansa principalmente en los administradores de Enfermería.

Para actuar de manera efectiva, las (los) enfermeras (os) que ocupan posiciones de administración en la Enfermería deben tener unos conocimientos, tales como; conocimiento de la ciencia práctica y la ciencia teórica, conocimiento de modelos de la práctica, modelos validados y modelos nuevos, conocimientos de las formas de educación preparatoria para la práctica y la calificación legal para la práctica, conocer el objetivo de la institución, conocer la contribución de la (el) enfermera (o) al objetivo de la institución, naturaleza y extensión del poder que posee en la institución y conocer su dominio y límites en la misma.

La administración de Enfermería es responsable de la creación de conjuntos funcionales a medida que los miembros de la organización desempeñen sus responsabilidades del rol; esto implica la ordenación apropiada de los recursos materiales y de personas. También la administración es responsable de garantizar que las decisiones y acciones actuales para asegurar las formas y medios de proporcionar Enfermería para una población y sus subpoblaciones están en armonía con requerimientos futuros para la producción de Enfermería y para la supervivencia o desarrollo de la empresa de cuidados de la salud.

Según Dorothea Elizabeth Orem, en el cumplimiento de estas responsabilidades, la administración de Enfermería realiza las operaciones directivas de:

1. Establecimiento de objetivos en relación con la población a atender y con la empresa de servicio de la salud.
2. Análisis y organización del trabajo para lograr los objetivos.
3. Establecimiento de estándares para la selección de enfermeras, auxiliares y personal de soporte.
4. Motivación y comunicación.
5. Producción de diseños para medir la ejecución y los resultados.
6. Medición de la ejecución y de los resultados.

Para Dorothea Elizabeth Orem, el proceso administrativo incluye el plan de actividades de Enfermería como herramienta vital para la planeación, ejecución y evaluación de las actividades a realizar; afirma que las (los) enfermeras (os) que no realizan el diagnóstico de Enfermería a los pacientes carecen de base para el diseño de sistemas de cuidados que reflejan requerimientos de Enfermería de los pacientes. Las operaciones diagnósticas y prescriptivas serían las principales responsabilidades de la (el) enfermera (o) en el rol de gerente del cuidado, con contribuciones temporales de las (los) enfermeras (os) técnicamente preparadas.

El modelo "Déficit de Autocuidado" es una muestra clara sobre cómo dirigir el cuidado de Enfermería a través del ciclo vital, y a todos los sujetos de atención en sus diferentes estadios, ya sea en la salud o durante la enfermedad.

Este modelo indica a través de la administración los diferentes modelos que pueden ser adoptados y adaptados dependiendo de los requisitos de autocuidado de cada paciente, el cual es plasmado en un proceso de Enfermería que a su vez debe ser evaluado y modificado diariamente acorde a las necesidades cambiantes de cada individuo y de su capacidad de autocuidarse.

Dorothea Elizabeth Orem quiere resaltar la importancia de que la (el) enfermera (o) sea un profesional que integre la administración con la aplicación directa del cuidado.

En algunos casos, el administrador de Enfermería puede realizar procesos de atención claros, detallados y bien definidos para los diferentes tipos de requerimientos, los cuales servirán de base y como punto de partida para realizar los procesos de atención individuales para cada paciente después de realizar los ajustes correspondientes dependiendo de los requisitos de autocuidado y autocuidado dependiente de cada paciente. En estos casos se optimiza el tiempo que se emplea en la planeación del cuidado.

De igual manera, el administrador de Enfermería, al tener las normas de autocuidado claras, puede socializarlas con mayor claridad con su equipo interdisciplinario de trabajo, sumado a esto se logra tener las funciones claras de cada uno de ellos, lo cual se ve reflejado en un mejor ambiente laboral y mayor calidad en la prestación del servicio.

7. ANALISIS CRITICO DEL MODELO TEORICO “DEFICIT DE AUTOCUIDADO” DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

7.1. CRITERIOS INTERNOS

- **Claridad.** Los elementos y definiciones del modelo de Dorothea Elizabeth Orem son claros y pueden entenderse fácilmente. Las definiciones que plantea para los conceptos claves proporcionan un punto de referencia de gran precisión, para el establecimiento de relaciones en el modelo.
- **Sencillez.** Aunque el modelo maneja diversos conceptos y definiciones, estos permiten una comprensión fácil de la estructura de su modelo, refleja claramente las funciones tanto del paciente, familia como las del profesional de enfermería, las cuales pueden asumirse con naturalidad, sin temor a equivocar la interpretación de la teorista.
- **Coherencia.** La teoría de Dorothea Elizabeth Orem es coherente a lo largo de todo su desarrollo. Los términos y conceptos claves son definidos y usados de la misma manera a todos los niveles de la teoría. Los conceptos son diferenciados dependiendo de quien proporciona los cuidados, que cuidados son necesarios y como se brindan esos cuidados. Las relaciones muestran enlaces consistentes. Existe cohesión en sus términos.
- **Desarrollo Lógico.** Su estructura esta desarrollada lógicamente, basada en la premisa de que las actividades de auto cuidado se realizan para mantener el estado deseado de bienestar, estructura base para la práctica de Enfermería aplicable tanto para individuos sanos como enfermos.
- **Precisión Empírica.** El modelo de Dorothea Elizabeth Orem provee de conceptos, definiciones y elementos que permiten enriquecer los conocimientos del profesional de Enfermería; dar sustento científico a su quehacer y precisar las relaciones enfermera-paciente que den norte a los cuidados de enfermería.

7.2. CRITERIOS EXTERNOS

- **Adecuación con la realidad.** El modelo de Dorothea Elizabeth Orem provee bases tanto para la práctica clínica como comunitaria, su teoría de autocuidado se enmarca en unos de los aspectos planteados con Alma-Ata; su modelo puede ser aplicado en diferentes contextos y con diferentes grupos de edades.

La realidad actual del sistema de salud es un poco compleja y con un aporte económico deficiente, a través de la aplicación del modelo estimulando a los pacientes a participar en su propio autocuidado se podría favorecer en esta medida a la reducción de los costos hospitalarios.

- **Utilidad.** El modelo es útil para el ejercicio en todas las áreas de la práctica de Enfermería. Los conceptos relacionados con las actividades de autocuidado y con las funciones del profesional de Enfermería pueden ser utilizados para desarrollar un plan individualizado de cuidados para los pacientes; aspecto que puede ser aplicado en el ámbito clínico y que es logrado a través de la identificación del déficit de autocuidado, con el fin de intervenir y asistir en las necesidades de autocuidado de los pacientes.

El modelo también proporciona elementos educativos que pueden ser aplicados en el ámbito comunitario, con fines de generar satisfacción en las necesidades de los individuos derivadas de las necesidades fundamentales y las derivadas de las necesidades específicas. Los conceptos pueden ser aplicados en el campo de la enseñanza de la Enfermería, pueden usarse para desarrollar el currículo y métodos educativos a fines con nuestro desarrollo profesional.

El modelo también proporciona un marco para investigación cuantitativo y cualitativo desde lo clínico a lo comunitario, basados en los fenómenos implícitos en el modelo; se permite una relación de la perspectiva teórica y los componentes específicos del plan de investigación necesarios para dar respuesta a los problemas de cuidados.

Para la administración el modelo también provee de elementos como lo son la valoración de situaciones, toma de decisiones y operaciones productivas para así contribuir a la mejora de los servicios de cuidados de la salud.

- **Complejidad.** A pesar de que se utilizan múltiples conceptos, el modelo de Orem contiene el equilibrio adecuado entre la complejidad y la sencillez. El número de conceptos claves está limitado a aquellos que son esenciales para Enfermería de autocuidado, cada concepto es desarrollado nuevamente para explicar muchas variables relacionadas.
- **Alcance.** Su alcance es muy amplio, su enfoque permite definir claramente el método y niveles de cuidados de Enfermería, afrontar los problemas esenciales concernientes a su práctica y aplicar estrategias para satisfacer las necesidades de los pacientes.
El modelo permite explicar diferentes fenómenos que pueden presentarse en múltiples escenarios y culturas para lograr así los objetivos de salud deseados.

8. CONGRUENCIA DEL MODELO TEÓRICO CON LOS VALORES PROFESIONALES, SOCIALES E INSTITUCIONALES

8.1. LOS VALORES PROFESIONALES DEL MODELO “DÉFICIT DE AUTOCUIDADO Y LA LEGISLACIÓN DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA.

Para Dorothea Elizabeth Orem, existen las reglas de la práctica de Enfermería, interpretadas como los principios que especifican las formas apropiadas de pensar y actuar, y que gobiernan las conductas de las(los) enfermeras (os) en las situaciones de la práctica de la Enfermería; la reglas pueden ser generales, aplicables a todas las situaciones, o tipos específicos de Enfermería. Cuando los principios o reglas son institucionalizados por un servicio de cuidados de la salud para ser seguidos por todos los profesionales, se identifican como políticas o regulaciones.

La práctica de Enfermería desde el modelo Orem, se fundamenta en general en los principios éticos, morales y en el respeto de los Derechos Humanos. De acuerdo con la ley 911 del 5 de Octubre del 2004 que orienta la responsabilidad deontológica del profesional de Enfermería en Colombia “El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería”.

Existe congruencia en los fundamentos éticos del ejercicio y, desde ambas perspectivas, el profesional de Enfermería, dentro de las prácticas de cuidado, debe abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos, especialmente de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía, y por poner en práctica los principios que orientan su profesión.

Según Orem, el acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión, se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado, en las distintas etapas de la vida, de la situación de salud y del entorno. Este cuidado debe ser integral: biológico, psicológico, social y de desarrollo; es individual o colectivo. La Ley 266 establece que el ejercicio de la profesión de Enfermería tiene como fin “dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida”

En este orden de ideas, el modelo Orem, asume el acto de cuidado con el mismo enfoque utilizado por la Legislación colombiana, y se orienta a cubrir todos los componentes del ser humano y su interacción con el entorno.

La Ley 266, establece que el Profesional de Enfermería tiene como propósito general “promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.... Este propósito es coherente con lo propuesto por Dorothea Elizabeth Orem en su modelo “Déficit de autocuidado”.

Tanto el modelo Orem como el código deontológico colombiano, establecen que las relaciones del profesional de Enfermería con sus colegas y otros miembros del recurso humano en salud o del orden administrativo deberán fundamentarse en el respeto mutuo, independiente del nivel jerárquico, y de igual manera cumplir con las responsabilidades deontológicas profesionales inherentes al cargo que desempeñe en las instituciones prestadoras de salud en donde preste sus servicios, siempre y cuando estas no impongan en sus estatutos obligaciones que violen cualquiera de sus principios éticos y morales.

8.2. EL MODELO TEÓRICO “DÉFICIT DE AUTOCUIDADO” Y LOS VALORES SOCIALES DE LA ACTUALIDAD.

“El campo de acción de una (un) enfermera (o) en una situación de Enfermería puede abarcar parte, todas o casi todas las cuestiones relacionadas con la existencia y funcionamiento de aquellas que están bajo sus cuidados⁵⁵”

Este punto de vista de Dorothea Elizabeth Orem, permite identificar como la función dentro de un equipo de salud es de vital importancia, ella sin dejar de reconocer las funciones de los demás miembros, afirma la posición actual de los y las (los) enfermeros(as), dando identidad, autonomía y respeto del rol de acuerdo a las capacidades demostradas con suficiencia.

Dorothea Elizabeth Orem estimula al profesional de Enfermería, para que de manera hábil presente a otros profesionales las características de la Enfermería y la naturaleza de la contribución que hacen en diversos tipos de situaciones del cuidado de la salud, dando así firmeza a la posición y al rol de Enfermería como eje integrador de un equipo interdisciplinario de salud.

⁵⁵ Orem, D., Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la práctica, Capítulo 2: La enfermera y la sociedad, pág 52.

Un punto interesante que plantea Dorothea Elizabeth Orem es el de confusión de roles, algunas enfermeras (os) continúan en el rol de “ayudantes del medico, amas de llaves y secretarias”, roles que no pertenecen a la práctica profesional de Enfermería; Dorothea Elizabeth Orem invita a identificar el rol profesional dentro de las instituciones, a no confundirlo y a no perder el norte, para evitar así caer en el error de distorsionar los cuidados brindados a individuos, familias o comunidades que constituyen el punto de partida y fin único; y así poder conseguir el logro de los objetivos de Enfermería.

Por su parte, el Plan Latino para el desarrollo de la Enfermería, hace conciencia de la confusión de roles y propone como metas la identidad y visibilidad profesional, asumiendo el rol de creadores de estrategias de cuidado, utilizando en forma permanente el proceso de atención de enfermería para planificar, ejecutar, prescribir y controlar los cuidados brindados a los sujetos de atención.

Las acciones y resultados que plantea el modelo “Déficit de Autocuidado” se ajustan a la realidad. Dorothea Elizabeth Orem define una herramienta fundamental para el ejercicio profesional que es el proceso de Enfermería y propone unas “unidades de diseño” que proporcionan elementos que incluyen efectividad, economía de tiempo y recursos, y satisfacción de las necesidades de los sujetos de atención de acuerdo a su situación.

El modelo Orem ofrece elementos de gran importancia para el logro de la salud, a saber “el autocuidado, los agentes de cuidado, el sistema educativo”. Estos elementos fueron apropiados en la estrategia “salud para todos” en Alma-Ata y en forma modificada, están descritos en la Carta de Ottawa⁵⁶ como “autocuidado”, la “participación comunitaria” y “promoción de la salud”. El autocuidado como un derecho y un deber de la persona de cuidar su salud, la participación comunitaria como una participación activa de las personas que viven juntas en algún tipo de comunidad en el proceso de definición de los problemas, la toma de decisiones y las actividades encaminadas a promover y proteger la salud, y la promoción de la salud como el proceso de capacitar a la población para que aumente el control de su propia salud y la mejore. La promoción de la salud no es sólo responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida sanos.

Todos estos elementos facilitan a los profesionales de Enfermería ajustar el quehacer profesional desde el modelo Orem, a las expectativas del sistema de salud. Como lo describe este modelo, los profesionales de Enfermería, cuidan a los pacientes enfermos, y proveen de elementos educativos y de apoyo a la población sana para que las acciones y resultados sean beneficiosos para los pacientes (sujetos de atención) y para las instituciones de salud.

⁵⁶ Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

Las acciones y resultados planteados en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem están basados en una relación enfermera (o) – paciente que es sumamente importante para que el logro de dichas acciones sea efectivo. Dorothea Elizabeth Orem a través de su modelo no plantea acción sin que sea coordinada con el paciente que recibe los cuidados, esto favorece que el grado de satisfacción de las necesidades sea alto. La expectativa inicial como enfermeras (os) es el cuidado de los pacientes en todos los ámbitos socioculturales, en todas las etapas del ciclo vital y en todas las situaciones de salud y enfermedad, y con sus tres teorías: auto cuidado, déficit de auto cuidado y teoría de sistemas de enfermería, proporciona elementos para atender estas situaciones.

En la actualidad, el sistema de salud ha propuesto nuevas políticas saludables que buscan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En estas políticas se hace evidente la utilidad de este modelo en la sistematización y evaluación permanente de los cuidados que prestan diariamente las(os) enfermeras (os). De igual manera, la promoción tiene como fin último brindar educación a los individuos, para generar un impacto positivo hacia el cambio en sus estilos de vida, de tal manera que a través del autocuidado, favorezcan sus condiciones de salud.

Con respecto a los valores sociales, en el modelo Orem se logran identificar valores vigentes en el contexto socio-cultural como son la responsabilidad, el respeto, la honestidad, el compromiso y el amor.

- **La responsabilidad:** un profesional responsable evalúa su propia actuación profesional acorde a los requerimientos de cuidado del paciente, invita a tener una actitud facilitadora, disponible y hábil, necesarias para ayudar a los pacientes.
- **El respeto:** otro valor implícito en su modelo, logra identificarse cuando Dorothea Elizabeth Orem permite al individuo aprender y aplicar acciones de autocuidado en forma deliberada y continua, respeta la autonomía de acuerdo a las capacidades fisiológicas e intelectuales en las que se encuentre en determinadas situaciones de salud – enfermedad.
- **La honestidad:** Dorothea Elizabeth Orem permite percibir este valor en su modelo cuando invita al profesional de Enfermería a identificar y aplicar de manera honesta su conocimiento para ayudar a otros, partiendo siempre de que los cuidados brindados deben proporcionarse acorde con las capacidades de cada profesional y que siempre deben prestarse pensando en el logro de los objetivos esperados para el paciente.
- **El compromiso:** este valor es uno de los que más se logra identificar y es coherente con la realidad profesional. Dorothea Elizabeth Orem compromete a

los profesionales a educarse continuamente para así cada día mejorar los conocimientos y lograr la identificación y posición profesional, y lo más importante, para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de cuidado de la salud para todos los sujetos de atención.

- **El amor** es un valor que se torna evidente en el “hacer” y es coherente con el “deber ser” profesional, Dorothea Elizabeth Orem describe en su modelo un cuidado a todos los sujetos de atención, en todas las etapas del ciclo vital, y en todas las situaciones en que se puedan encontrar los pacientes, sean sanos o enfermos. A lo largo de su teoría, evidencia un cuidado brindado con amor y sin capacidad de discriminación, sin que se haga necesario describirlo textualmente.

8.3. EL MODELO TEÓRICO “DÉFICIT DE AUTOCUIDADO” Y LOS VALORES INSTITUCIONALES DE LA CORPORACIÓN UNIVERSIDAD LIBRE.

En forma análoga, tanto La Universidad Libre como el modelo teórico de Dorothea Elizabeth Orem, comparten los principios de Igualdad, Fraternidad, Democracia y Libertad. Mientras que la Universidad se promulga como “defensora de los derechos humanos, con puertas abiertas a quienes demuestren vocación y capacidades, sin límites ni distinguos de raza, credo, sexo o condición”⁵⁷, el modelo de Dorothea Elizabeth Orem enfoca a individuos y comunidades del mundo entero.

De hecho, la Enfermería a nivel mundial ha reconocido la teoría de Dorothea Elizabeth Orem como una de las grandes teorías, por la aplicabilidad en el quehacer específico de la profesión. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Conferencia de Alma Ata en 1978, retoma los componentes de la teoría, al definir la Atención Primaria en Salud como una estrategia para lograr la salud para todos y rescata el autocuidado de la salud y la educación para la salud, como los elementos claves para hacer efectiva la estrategia.

La Universidad acoge los principios de “Excelencia académica, Libertad de cátedra, de aprendizaje, de investigación, de controversia, de examen y aprendizaje y de universalidad. En forma coherente, por un lado, Dorothea Elizabeth Orem reconoce en cada individuo, la autonomía y el derecho sobre su cuerpo, al asumir como premisa la capacidad de las personas para cuidar su salud y decidir sobre ella y por otro lado destaca la importancia de la formación del cuidador que en un nivel universitario, se asimila a su concepto de “experto” cuyo ejercicio exige una motivación permanente para buscar la calidad, mantener el esfuerzo, desarrollar y perfeccionar las habilidades perceptivas para recibir y

⁵⁷ Corporación Universidad Libre de Colombia. Proyecto Educativo Institucional. Principios rectores.

procesar la información de los sentidos, el mantenimiento de la alerta y acciones para controlar los factores que afectan adversamente la atención y la vigilancia.

La formación académica de la Universidad Libre “está abierta a las fuerzas sociales y manifestaciones del pensamiento, comunicada con todos los pueblos del mundo y vinculada a los adelantos de la ciencia y la tecnología”... El modelo teórico de Dorothea Elizabeth Orem adquiere su máxima contemporaneidad en el momento actual, cuando se logra comprender en todas los países del mundo y concretamente en Colombia, que para la implementación de una política de salud efectiva, deben priorizarse y fomentarse acciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

9. EL MODELO TEORICO “DÉFICIT DE AUTOCUIDADO” DE OREM Y LA ORIENTACION DEL PROGRAMA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA

Para la Facultad de Enfermería⁵⁸, la educación es “un proceso abierto, dinámico, creativo, en permanente construcción y retroalimentación, condicionado y participante en los procesos a nivel económico, político y cultural y con una función social constructiva y transformadora, con sujetos participativos y autónomos”. Para Dorothea Elizabeth Orem, la Enfermería profesional también es una entidad producida y construida socialmente, en un momento concreto y a lo largo del tiempo. Como función social constructiva, la Agencia de Enfermería, asume su papel de orientadora de procesos constructivos, participativos, y de preparación para el desarrollo de la autosuficiencia en el cuidado.

La Facultad de Enfermería define el desarrollo humano en condiciones autosostenibles y de equidad, que adquiere diferentes formas en la medida en que se le incorporan los procesos individuales y sociales. Es un desarrollo orientado al mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades, partiendo del sujeto en sus procesos cognitivos afectivos, valorables y comunicativos.

Dorothea Elizabeth Orem, en forma coherente con la perspectiva de la Facultad, propone una estrategia de desarrollo humano a partir del reconocimiento de las capacidades instaladas del individuo, las cuales pueden fortalecerse con la intervención de “agentes de cuidado” los profesionales de la Enfermería, con cuyo arte crean, analizan y sintetizan variables y factores condicionantes dentro de las situaciones de Enfermería, para la atención de individuos y comunidades, ayudándoles a compensar condiciones de incapacidad con respecto a su autocuidado, en caso de que estas se presenten.

Para la facultad de Enfermería, el autocuidado consiste en “lograr la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la salud a través de acciones concretas: que las personas cuiden de sí mismas, que las familias se colaboren entre sí, que haya respaldo y solidaridad entre los miembros de una comunidad, que las políticas de salud motiven a los individuos a asumir mayor responsabilidad frente a su salud, que los profesionales de la salud orienten y estimulen a las personas a cooperar con ellos en el fomento de la salud”

En esta definición que acoge el Programa de Enfermería para el desarrollo de su currículum, se plasma de manera contundente la afiliación que hace la Facultad al modelo teórico de Orem, como uno de los esquemas que permite mayor interacción en el acto de cuidar. Se visualiza una alta congruencia con el enfoque

⁵⁸ Universidad Libre Seccional Pereira. Facultad de Enfermería. Programa de Enfermería. Currículum y Programa. Pereira, 1998.

y los lineamientos de acción descritos en los componentes de la teoría de “Autocuidado”.

De igual manera el énfasis del Programa en “Gerencia del cuidado, con el establecimiento de criterios de calidad, oportunidad y eficiencia en la aplicación del proceso de Enfermería, tendiente a desarrollar acciones que promuevan el bienestar y preserven la vida”, permite suscribir la teoría de “Déficit de autocuidado” de Dorotea Elizabeth Orem, como una de las principales referencias en el desarrollo del objeto social de formación académica.

El Programa de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira, en su plan de estudios, orienta en su inicio, el aprendizaje de las ciencias básicas de la Salud, con procesos sensibilización hacia el quehacer de la Enfermería, donde el estudiante se apropia de los fundamentos de la Enfermería, de la epistemología de la Enfermería. En un segundo momento se apropian los contenidos científicos que son necesarios para el desempeño clínico y comunitario.

Dorothea Elizabeth Orem plantea que el dominio de una teoría general de Enfermería debe ser el primer paso para que los estudiantes lleguen a ser capaces de mantener el conocimiento de la relación entre lo que saben y lo que deben hacer como profesionales. Los elementos conceptuales de una teoría general de Enfermería permiten saber a qué deben prestar atención y qué observar en las situaciones prácticas de Enfermería, caracterizar y expresar lo que observan, conferir un significado general y de Enfermería a lo que observan y conocer los límites y la gama de posibles cursos de acción que estén abiertos a las (los) enfermeras (os) y a sus pacientes en determinados tipos y combinaciones de condiciones y circunstancias prevalentes, todo esto involucra la necesidad de desarrollar una imagen apropiada de la Enfermería.

Afín a lo descrito por Dorothea Elizabeth Orem, el programa establece que “las personas, familias y comunidades son los sujetos de cuidado y define como elementos transversales en la formación profesional, la ética, la investigación, la educación en salud, la gerencia y la calidad asistencial”.

Dorothea Elizabeth Orem expresa “para avanzar como estudiantes es necesario identificar, dentro del campo de la ciencia, las áreas de conocimiento a investigar en relación con problemas concretos de la práctica sobre el conocimiento que se busca. Deberían identificarse las fuentes autorizadas (personas o trabajos de referencia), los profesionales avanzados y los trabajos de referencia en campos particulares.

De lo descrito se puede deducir que el modelo teórico de Dorotea Elizabeth Orem es pertinente para la formación profesional en el Programa de Enfermería de la Universidad Libre, comparte los principios institucionales y está acorde con los perfiles de formación y de desempeño establecidos para los estudiantes.

Para facilitar la visualización de la congruencia de lo expresado por Dorothea Elizabeth Orem y los conceptos establecidos por la facultad de Enfermería de la universidad Libre seccional Pereira, se presenta la siguiente tabla comparativa:

Tabla 2. Modelo Teórico “Déficit de autocuidado” de Orem y la orientación del Programa de Enfermería de la Facultad de Enfermería Universidad Libre Seccional Pereira

CONCEPTO	DOROTHEA E. OREM	UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA ENFERMERÍA
SALUD	<p>Los conceptos de salud y enfermedad se utilizan para describir partes del cuerpo, mecanismos fisiológicos, control de las relaciones emocionales y el funcionamiento mental. Los individuos evalúan sus propios estados de integridad, valorándose a sí mismos si se encuentran sanos o enfermos y si son capaces de emitir juicios acerca de la salud de otros. Las indisposiciones temporales no sitúan necesariamente al individuo en la categoría de enfermo.</p> <p>El termino salud se usa en el sentido de un estado de la persona caracterizado por el buen estado integral de las estructuras humanas desarrolladas y del funcionamiento corporal y mental. Tiene una utilidad general considerable para describir el estado de globalidad o de integridad de los seres humanos.</p>	<p>Estado en que el ser humano ejerce normalmente todas sus funciones, estado de bienestar físico, mental y social resultado de la interacción de cuatro grandes factores: ambiente, herencia, servicio de salud y comportamiento.</p> <p>La salud-enfermedad es un fenómeno dinámico inherente al proceso vital humano , entendido como la relación vida-muerte, determinada por la interacción sociedad-individuo y caracterizada por desgastes o recursos que atentan o contribuyen a la integridad humana</p>

CONCEPTO	DOROTHEA E. OREM	UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA ENFERMERÍA
ENFERMEDAD	El termino de Enfermedad se utiliza para describir partes del cuerpo, mecanismos fisiológicos, control de emociones y funcionamiento mental, los cuales han sufrido una desviación de la estructura o funcionamiento normal que refleja una ausencia de salud o de integridad en el sentido global.	Alteración del estado fisiológico en toda la economía orgánica, o en alguna de sus partes, donde interactúa el agente, huésped y el medio en un contexto biopsicosocial.
PROCESO DE ENFERMERÍA	Termino de referencia usado por las enfermeras (os) para resumir las operaciones profesionales de la práctica de la Enfermería, incluyendo operaciones de dirección del trabajo.	Es la aplicación del método científico en el concepto de cuidado, que permite de manera racional orientar el plan de cuidados, producto final del proceso, dirigido al individuo, familia y comunidad.
INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA ENFERMERÍA	El Proceso de atención de enfermería. Reglas de la práctica de la Enfermería.	El Proceso de atención de enfermería.
SUJETOS DE ATENCIÓN	Individuo, familia y comunidad.	Individuo, familia y comunidad.

CONCEPTO	DOROTHEA E. OREM	UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA ENFERMERÍA
INVESTIGACIÓN	Se asocia con el desarrollo de instrumentos destinados a medir los elementos conceptuales de la teoría y estudia dichos elementos en grupos específicos. Explica, examina y prueba la teoría y contribuye a su desarrollo.	Proceso intrínseco y continuo, inherente a la disciplina de enfermería como apoyo a la observación lógica de fenómenos o eventos que generan problemas y ameritan soluciones.
PEDAGOGÍA	Formas y medios para fomentar y conservar la salud de los miembros de una comunidad.	Educación en Salud: Proceso educativo que mediante que propende por un cambio de comportamiento en el estilo de vida de las personas, familias y comunidades, de acuerdo con su contexto socio-cultural y las condiciones prioritarias de salud.
PROPÓSITO	Profesionales que actúen con legitimidad social, ética y moral, con conocimientos, ideas y conceptos organizados, habilidades especializadas para brindar cuidados de Enfermería a personas que lo requieran, ser responsables de los cuidados de una o más personas, en su localización temporo-espacial en forma continua.	Formar profesionales de enfermería íntegros desde el punto de vista moral, científico, ético y profesional, capaces de gerenciar el cuidado y los servicios de salud, y desde esa dimensión, incidir en los estilos de vida de los sujetos de atención: individuo, familia y comunidad y en el desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud.

CONCEPTO	DOROTHEA E. OREM	UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA ENFERMERÍA
		Se espera un egresado con características de líder, crítico y reflexivo, analítico, con identidad personal, profesional y social.
AMBITOS DE ACCIÓN	En ámbitos ambulatorio y hospitalario, Orem plantea la utilización de los Sistemas de Enfermería: parcialmente. Estos se orientan a individuos que ocupan la posición de paciente que tienen una demanda de autocuidado que satisfacer, una agencia de autocuidado en algún grado de desarrollo y operatividad y un déficit en relación de ambos.	Clínico y comunitario en cada uno de sus ciclos de atención, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
ENFERMERÍA	“Enfermería es atender y servir, proporcionar cuidados íntimos a una persona, un niño, un enfermo o un incapacitado incapaz de cuidar de sí mismo, con el objetivo de ayudar a la persona a mejorar su salud y ser autosuficiente”. Como servicio de salud especializado, se distingue de otros por su foco de atención en personas con incapacidades para la provisión de Cantidad o calidad de cuidados en un momento específico que	“El servicio del cuidado integral al ser humano dentro del contexto familiar y grupal que fortalece la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la salud y el desarrollo de los servicios de salud. Fuerza social capaz de liderar cambios esenciales con grandes posibilidades de influencia en la definición y ejecución de políticas de salud. Visión de progreso personal con espíritu crítico, ético, racional y eficiente.

CONCEPTO	DOROTHEA E. OREM	UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA ENFERMERÍA
	son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo siempre que las incapacidades que limitan los cuidados estén asociados a su estado de salud a la naturaleza especializada, compleja de las medidas reguladoras de cuidados requeridas.	
HOMBRE - PERSONA	Ser integral que esta en capacidad de recibir cuidados y participar en su propio auto cuidado, en la medida que sus condiciones y capacidades lo permitan, y que tiene la tendencia a adquirir independencia en su auto cuidado. El paciente legítimo es asumido como la persona que presenta gran limitación en su auto cuidado por lo que requiere el servicio de agencia de auto cuidado o de cuidado dependiente.	Sujeto individual y social en permanente evolución y transformación, ser social y fruto de un desarrollo histórico y dispuesto a dar soluciones reales a sus problemas, autoresponsable, autónomo y autogestor.
SOCIEDAD	Pertenciente a grandes grupos de personas son diversos propósitos, actividades o costumbres. Todas las personas tienen algunas características en común como la residencia en una zona geográfica o ser atendido por la misma institución de cuidados de salud.	En constante dinámica de permanente transformación, producto de la relación entre los hombres con pensamiento y acción que se relacionan con el medio a través de procesos participativos, a partir de ellos se construye su identidad y crecimiento.

10. CONCLUSIONES

Si bien en la evolución de la disciplina de Enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos, es claro que los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico - metodológico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en deducciones lógicas y explicaciones científicas plasmadas en las teorías y modelos de Enfermería.

Los modelos y teorías de Enfermería contribuyen a la definición de la profesión, favorecen el desarrollo de los estudiantes y profesionales, y adquieren su verdadero significado cuando se analizan, se ponen en práctica y se validan.

Estas teorías y modelos están inscritas en los paradigmas del conocimiento y las características de cada paradigma han influido en el desarrollo de la disciplina de Enfermería como en el resto de las disciplinas científicas, pues generan un conocimiento autónomo y mantienen una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general, que nos identifica dentro del equipo de salud.

Es necesario conocer y comprender los orígenes paradigmáticos de las teorías y modelos, porque ellos han proyectado las diversas perspectivas sobre la práctica de Enfermería, la administración, la investigación y los posteriores desarrollos técnicos, es decir, han dirigido las actividades de la disciplina y como tal, han sido aceptados por la mayoría de sus miembros, y los llevamos inmersos en nuestro ejercicio profesional cotidiano.

En la actualidad, la práctica científica de Enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de Enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. Ambos elementos significan la epistemología de Enfermería entendida como los fundamentos (modelos de cuidados) y métodos (procesos de atención de Enfermería) del conocimiento de Enfermería.

Estos dos elementos adquieren su verdadero sentido cuando se utilizan en conjunto, pues tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidado sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de Enfermería sin un modelo teórico de referencia, únicamente sirve para sistematizar actividades aisladas que solo tienen significado para quien aplica el proceso. Utilizados conjuntamente representan la manera

científica de ofrecer los cuidados de Enfermería y contribuyen al desarrollo y avance de la profesión.

Un mejor conocimiento y la profundización en una perspectiva teórica de Enfermería ofrecen herramientas valiosas para lograr satisfacción personal y autonomía profesional. Puede decirse, que una vez iniciada esta revisión de la temática con el documento que aquí culmina, se lograron transformaciones de fondo en el grupo de inquietas estudiantes que participaron en el proceso y esto es un buen comienzo en un largo recorrido al que se invita a estudiantes y docentes.

En la actualidad la facultad de Enfermería no cuenta con docentes que tengan el conocimiento amplio y manejo apropiado de los modelos y teorías de Enfermería, por lo tanto la práctica de los estudiantes no cuenta con un enfoque de modelos conceptuales de Enfermería. Se espera que la guía propuesta, no solamente responda a expectativas, sino que genere inquietudes que lleven en forma permanente a la validación de los fundamentos de la profesión de Enfermería. Esta guía es una herramienta clara completa y precisa que facilita el análisis y la comprensión de los modelos y teorías y puede ser replicada y validada por todas las personas que se interesen en su utilización.

El modelo seleccionado para aplicar la guía, “Déficit de Autocuidado” de Dorothea Elizabeth Orem, muestra gran aplicación en la investigación, administración, asistencia y educación, es flexible y se adapta al contexto sociopolítico, y valores de la facultad de Enfermería de la Universidad Libre seccional Pereira.

11. RECOMENDACIONES

Dar continuidad a la labor iniciada, con el fortalecimiento de la sublínea de investigación de la Facultad de Enfermería “Enfoque conceptual gerencia del cuidado” promoviendo al análisis de otros modelos y teorías de Enfermería que lleven al desarrollo de los estudiantes y egresados en todas las unidades temáticas, escenarios, áreas, niveles y servicios de desempeño profesional.

Validación periódica la guía, aplicándola en el estudio y análisis de otros modelos y teorías de Enfermería para la realización de ajustes y modificaciones que se consideren pertinentes para retroalimentar el proceso y obtener resultados. Aunque aquí se plantearon aspectos de aplicación en las diferentes áreas de desempeño (administración, educación, práctica e investigación) es necesario alcanzar mayor profundidad, desde varias perspectivas, para facilitar su utilización cotidiana.

Aplicación de la guía de forma completa con cada modelo o teoría estudiada con el fin de realizar amplios procesos de análisis y síntesis que permitan su comprensión. En este sentido es menester organizar grupos de estudio, que cuenten con el apoyo y asesoría de expertos en el tema, con el fin de que tanto docentes como estudiantes descubran las fortalezas que surgen del conocimiento de los fundamentos propios de la Enfermería, necesarios para orientar el trabajo dentro del aula.

Constancia en el trabajo, fortalecimiento de los grupos de trabajo, trazándose metas factibles, para dar pasos firmes en el proceso de estudio y análisis de otros modelos y teorías de Enfermería, para en un futuro convertir en realidad el sueño de adecuar y adoptar un “Enfoque conceptual de Gerencia del Cuidado” para la Facultad de la Universidad Libre Seccional Pereira.

BIBLIOGRAFIA

- Berdayes Martínez, Daisy. Desarrollo teórico de Enfermería. ISCM-H. 2001: 9, 18.
- Donalson, SK. y Crowley, DM. (1978). The discipline of nursing. NURSING OUTLOOK. 26, 2, 113-120. Traducido por Edilma de Reales para fines exclusivamente didácticos. Universidad Nacional de Colombia.
- Fawcett, J. (1995). Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Third edition. Philadelphia: fa. Davis company.
- Fawcett, J. Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis. 1996. Citado por González Juárez, Liliana. en Introducción a los modelos y teorías de enfermería: documento de trabajo docente de la Universidad Nacional Autónoma de México. Sitio en Internet consultado 12/01/05.
- <http://www.google.com.co/search?q=cache:FPAbEMYF2VAJ:www.exactas.unlpam.edu.ar/academica/carreras/enfermeria/documentacion/introalosmodelosPDF.pdf+teorias+y+modelos+de+enfermer%C3%ADa+&hl=es>
- Leddy S, Pepper J. Mac. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Cap 12. El proceso de enfermería. New York: Editorial J.B.Lippincott; 1989; 251-68.
- Marriner - Tomey, a. (1999). Modelos y teorías de enfermería. Traducción al español de la 4ta edición. Madrid: harcourt brace.
- Meleis, A., Sawyer, I., et al. (2000) "experiencing transitions: an emerging middle - range theory". Advances in nursin science. 23, 1, 12-28.
- Morales, Judith Patricia. Apuntes de trabajo sobre Visiones de la realidad de Enfermería. Documento fotocopiado. Programa Maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2004.
- Sánchez, B. (1997). Recopilación de artículos del grupo de cuidado. Bogotá: documento de trabajo de la facultad de enfermería de la universidad nacional de Colombia.
- OMS/OPS. División de sistemas y servicios de la salud. Programa de Recursos Humanos. Plan de desarrollo para la Enfermería en América Latina. Elaborado en reunión realizada en la sede de ACOFAEN. Santa fe de Bogotá, Colombia, del 31 de julio al 2 de agosto de 1996.

Organización Mundial de la Salud. Los cuidados de salud primario. Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, Ginebra: OMS; 1978. Serie Salud para Todos No.1.

Republica de Colombia. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Ley 100 de 1993. (Diciembre 23) por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

Republica de Colombia. Diario oficial. Año CXXXI. N. 42710. Pág. 1 Ley 266 de 1996 (enero 25) por la cual se reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

Republica de Colombia Ley 911 de 2004 (Octubre 5) Por la cual se establece el Código de ética de la Profesión de Enfermería

Riehl-Sisca Joan P. Modelos conceptuales de enfermería. Recopilación de modelos originales escritos por sus autoras. Texto fotocopiado con fines didácticos como difusión y aporte de la Universidad de la Sabana. Santafé de Bogotá, Colombia.

Sanabria Triana L. Otero Ceballos M. Laza O.U. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super 2002;16(4). Escuela Nacional de Salud Pública. Sitio en Internet consultado 13/01/05: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/cargo#cargo

Tomey, Ann Marriner. Modelos y teorías en Enfermería. Ediciones Harcourt, S.A., España. 2000. (4): 376, 11, 337.

Universidad Libre Seccional Pereira Facultad de Enfermería. Centro de Investigaciones. Líneas de Investigación: Línea "Gerencia del Cuidado".

Universidad Libre Seccional Pereira. Facultad de Enfermería. Programa académico de pregrado en Enfermería. Caracterización y currículo. Cap. 4: Organización académica del programa de Enfermería y diseño macro curricular: bases conceptuales

Villalobos de, María Mercedes. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Santafé de Bogotá: Editorial Universidad Nacional De Colombia. 1998.

ANEXO 1. GLOSARIO DEL MODELO “DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM”

ACCIÓN: proceso por el que una persona hace algo, requiriendo generalmente más de un paso y cierto periodo de tiempo para hacerlo.

ACCION INTENCIONADA: la que hace una persona basándose en su juicio práctico, según el cual aquello es lo apropiado.

ACTO: lo que hace la persona, lo hecho.

ACUERDO: acto por el que dos o más personas expresan un propósito mutuo.

ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERÍA: grupo de personas que son responsables y se encuentran en posición ejecutiva y de gobierno en organizaciones formalmente constituidas para asegurar la provisión de atenciones de Enfermería al total o a un segmento de las poblaciones atendidas por los servicios de cuidado de la salud, cuyos miembros tiene legítimos requerimientos de Enfermería.

AGENCIA: facultad para emprender una acción con el fin de lograr objetivos específicos.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO: compleja habilidad adquirida por la persona adulta o en proceso de maduración, de conocer y satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas con un propósito concreto, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE: capacidades desarrolladas y en proceso de desarrollo de las personas para conocer y cubrir las demandas de autocuidados terapéuticos de personas socialmente dependientes de ellas, o para regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de estas personas.

AGENCIA DE ENFERMERÍA: capacidades desarrolladas por las personas educadas como enfermeras que las facultan para representarse a sí mismas como enfermeras y, dentro del marco de una legítima relación interpersonal, a actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y a regular el desarrollo y ejercicio de su agencia de autocuidado.

AGENTE: la persona que emprende una acción o tiene la facultad para hacerla.

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: adolescente en proceso de maduración o adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y satisfacer las demandas de autocuidado terapéuticas de otras personas relevantes que son

socialmente dependientes de ellas, o de regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de estas personas.

AUTOCUIDADO: la práctica de actividades que las personas maduras y en proceso de maduración inician y realizan dentro de un marco temporal completo, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable, el continuo desarrollo personal y su bienestar.

BIENESTAR: condición subjetiva de la existencia personal que incluye las experiencias de satisfacción, el placer y la felicidad de la persona, así como las experiencias espirituales, el avance en la satisfacción del propio ideal y el desarrollo personal continuo.

CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO: constituyente de las habilidades desarrolladas que juntas forman la agencia de autocuidado de las personas para realizar de manera efectiva dentro del marco temporal adecuado, la investigación, juicio y toma de decisiones, y las operaciones reguladoras o de tratamiento necesarias para mantener su propio funcionamiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar. El desempeño de las tres operaciones de autocuidado descansa en el conocimiento, habilidades y motivación, desarrollados y ejercitados, específicos para el autocuidado y en el conjunto de capacidades y disposiciones humanas fundamentales.

CASOS: en Enfermería una situación concreta de una persona que requiere y recibe cuidados de Enfermería.

COMUNICAR: transmitir a las partes o sujetos implicados cosas intangibles como la información.

COMUNIDAD: grupo social que comparte características e intereses comunes, basado en la espontaneidad intersubjetiva de los miembros del grupo y en un orden social inteligentemente diseñado y que es percibido o se percibe a sí mismo como distinto en algún aspecto de la sociedad mas grande en la que existe.

CONCEPTUALIZACIÓN: nivel de actividad cognitiva en el que las ideas forman actos de comprensión basados en datos de los sentidos o del conocimiento, que son formulados y expresados como conceptos para dar forma externa a lo que se comprende (a lo que es comprendido).

CONTENIDO: en experiencias humanas lo que se experimenta distinguiéndolo del acto.

CONTROL: proceso de mantener las cosas dentro de los límites de lo esencial, correcto y adecuado.

COSA: una unidad, una identidad o un todo concreto, particular; captado (comprendido, entendido) considerando la individualidad y unidad de los datos.

CRITERIO: medida usada para hacer el juicio correcto sobre algo que se ha conseguido.

CUIDADO DEPENDIENTE: práctica de actividades que personas responsables, maduras y en proceso de maduración inician y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes durante cierto tiempo o de manera continuada para mantener su vida y contribuir a su salud y bienestar.

DEFICIT DE AUTOCUIDADO: relación entre las propiedades humanas de la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado terapéutico en la que los elementos de las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la agencia de autocuidado no son operativos o adecuados para conocer y satisfacer algunas o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existentes o previstos.

DEMANDA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO: suma de las medidas de cuidado necesarias en momentos específicos o durante un periodo de tiempo, para cubrir todos los requisitos de autocuidado conocidos de un individuo caracterizado por las condiciones y circunstancias existentes usando métodos apropiados para: 1. Controlar o manejar los factores identificados en los requisitos cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano, por ejemplo, suficiente aire, agua o alimentos y 2. Satisfacer el elemento de actividad del requisito, por ejemplo mantenimiento, promoción, prevención y provisión.

DESARROLLO: secuencia de disposiciones y patrones dinámicos y crecientemente diferenciados, orientados a la realización de las posibilidades ocultas o latentes de una cosa.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: proceso intencionado en el que las enfermeras en situaciones de la práctica de la Enfermería examinan y analizan cuidadosamente los hechos y los juicios sobre las personas a las que atienden, y sobre las propiedades o actividades de estas personas, para explicar y establecer la naturaleza y causas de sus demandas de autocuidado terapéutico; el estado de desarrollo, la operatividad y la adecuación de su agencia de autocuidado; y la presencia y extensión de los déficit de autocuidado existentes o esperados.

DISEÑO: forma que se propone para hacer algo con la explicación de la disposición de los elementos individuales, o detalles de los elementos en el proceso de producción.

DISEÑO DE ENFERMERÍA: función profesional realizada antes y después del diagnóstico y prescripción de Enfermería, a través del cual las enfermeras,

basándose en juicios prácticos reflexivos sobre las condiciones existentes, sintetizan elementos situacionales concretos en situaciones ordenadas para estructurar unidades operativas. El propósito del diseño de Enfermería es proporcionar guías para lograr los resultados necesarios y previstos en la producción de Enfermería hacia el logro de objetivos de Enfermería; el conjunto de las unidades constituye el patrón para guiar la producción de Enfermería.

EMPÍRICO: derivado de la experiencia o guiado por ella.

ENFERMERA PROFESIONAL: persona profesionalmente educada y cualificada para practicar la Enfermería, que está comprometida en el cuidado regular de las personas individualmente o en unidades multipersonales a nivel de práctica profesional inicial, avanzada o científica.

ESTADO: forma de existencia, combinación citada de circunstancias que afectan a una persona o cosa en un momento determinado.

ESTRUCTURA: disposición de las partes de un todo, algo que está compuesto de partes.

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES: condiciones o acontecimientos en una matriz temporoespacial (en unas coordenadas temporoespaciales) determinadas que afectan a los valores o formas de cubrir los requisitos de autocuidado que tienen las personas; o provocan nuevos requisitos de autocuidado, o afectan al desarrollo, operatividad, o adecuación de las capacidades de la persona para cuidar de sí misma o de los que dependen de ella.

INTERSUBJETIVIDAD: sentimiento interpersonal; acción o influencia mutua o recíproca.

JUICIO: el acto mental de expresar algo (afirmando o negando), basándose en la suficiencia de evidencias y actos de comprensión reflexiva.

LIMITACIONES DEL AUTOCUIDADO: conjunto de influencias humanas y ambientales restrictivas dentro de los marcos temporales, para el desempeño personal de la investigación, juicio y toma de decisiones y producción de operaciones de autocuidado.

MODELO: grupos de términos (unidos, trabados, entrelazados, engranados) que son útiles para guiar las investigaciones, enmarcar la hipótesis y escribir las descripciones, también se identifica un modelo como la representación de los postulados de una entidad o proceso no observable con los elementos usados en la representación parcialmente comprendida por su presencia en otra entidad.

MODO: aspecto, forma de disposición de una cosa, o de una de sus propiedades o atributos esenciales.

OPERACIÓN: proceso particular de naturaleza mental o práctica, necesario en alguna forma de trabajo o producción.

OPERACIONES DE GOBIERNO DE CASOS: en la práctica de Enfermería, serie de acciones realizadas por una enfermera profesional para planificar y controlar acciones, es decir dirigir, revisar y evaluar las operaciones de diagnóstico, prescripción y regulación dentro de la práctica profesional para formar un sistema de Enfermería práctico y efectivo de servicio a los usuarios.

OPERACIONES DIAGNOSTICAS: operaciones de la práctica de Enfermería que tienen como resultado juicios reflexivos sobre que es, cuales son las características distintivas de lo que es, cual es su naturaleza, y por que es lo que es. Estas operaciones siguen o concurren con las investigaciones de la agencia de autocuidado, requisitos de autocuidado y factores condicionantes del usuario que proporcionan los datos en los que basar los juicios reflexivos de las enfermeras.

OPERACIONES PRESCRIPTIVAS: en la práctica de Enfermería secuencias de acción realizadas por las enfermeras para formular juicios prácticos y especificar respecto a los hechos cuantitativos y cualitativos de los requisitos de autocuidado identificados las formas en las que podría y debería satisfacerse y cuando y como usar las formas de satisfacerlos; esto es una prescripción de la demanda de autocuidado terapéutico. También están incluidas las prescripciones de las enfermeras sobre lo que debería hacerse para proteger las capacidades de autocuidado de los enfermos y las maneras o medios de desarrollar sus facultades de agencia de autocuidado o de regular su uso.

OPERACIONES TECNOLOGICAS PROFESIONALES: en los servicios de salud, procesos de diagnóstico, prescripción, regulación o tratamiento y manejo de casos realizados por enfermeras asistenciales dentro de sus respectivos campos al proporcionar cuidados de salud a las personas que solicitan o utilizan los servicios.

PATRÓN: combinación de cualidades o actos que forman una disposición objetiva.

PLAN: especificación de la organización y disposición en el tiempo de las tareas esenciales para formar un diseño para que se produzca algo en la realidad.

POBLACIÓN: todas las personas que tienen algunas características en común como la residencia en una zona geográfica o ser atendidos por la misma institución de cuidados de la salud.

PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: responsabilidad y compromiso regular de las enfermeras en el cuidado de una o más personas en la localización de tiempo – espacio de estas personas.

PREMISA: proposición o una de varias proposiciones que sustentan o ayudan a sustentar una conclusión.

PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA: proceso de acción intencionada a través del cual las enfermeras emiten juicios prácticos sobre lo que puede y debería hacerse para satisfacer los requisitos concretos de autocuidado de los usuarios de sus servicios, y para regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado en condiciones y circunstancias existentes o que se proyecta a cambiar.

PROCESO DE ENFERMERÍA: término de referencia usado por las enfermeras para resumir las operaciones profesionales de la práctica de la Enfermería, incluyendo operaciones de dirección del trabajo.

PROPIEDADES: características o atributos de las cosas.

REFLEXIÓN: proceso usado para dar respuesta a preguntas de una investigación mediante una presentación exacta del problema que conduce a indicaciones, opiniones y conocimientos.

REGLAS DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA: principios que especifican las formas apropiadas de pensar o actuar y que gobiernan las conductas de las enfermeras en las situaciones de la práctica de la Enfermería; o específicas para determinados tipos de casos de Enfermería. Cuando los principios o reglas son institucionalizados por un servicio de cuidado de la salud para ser seguidos por todas las enfermeras, se identifican como políticas o regulaciones.

REGULACIÓN O TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA: uso por parte de las enfermeras de medidas válidas y seguras para satisfacer de modo continuado los requisitos concretos de autocuidado de sus enfermos para mantenerlos en un nivel de funcionamiento y desarrollo dentro de los límites compatibles con la vida y con el funcionamiento y desarrollo normales; también incluye el uso de medidas para asegurar la protección de las facultades desarrolladas o potenciales de la agencia de autocuidado del enfermo y la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado.

RELACIÓN: conexión entre dos cosas recíprocamente dependientes.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO: reflexión formulada y expresada sobre acciones a realizar que se sabe o se supone que son necesarias en la regulación de uno o más aspectos del funcionamiento y desarrollo humano continuamente o en condiciones y circunstancias específicas. La formulación de un requisito de

autocuidado designa: 1. El factor que hay que controlar o manejar para mantener uno o varios aspectos del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los límites compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal, y 2. La naturaleza de la acción requerida. El requisito de autocuidado formulado y expresado constituye los propósitos concretos de autocuidado. Son las razones por las que se llevan a cabo los autocuidados, expresan los resultados pretendidos o deseados: los objetivos del autocuidado.

SALUD: descriptor de las cosas vivas con respecto a su totalidad y su buen estado estructural y funcional.

SALUD PÚBLICA: campo de conocimientos y de práctica que trata de las formas y medios para fomentar y conservar la salud de los miembros de una comunidad.

SERVICIO: provisión de recursos o cursos de acción requeridos por las personas u organizaciones.

SISTEMA: cualquier cosa que pueda ser vista como un todo individual, disposición ordenada, resultante o comprendida a partir del descubrimiento de conexiones entre las cosas.

SISTEMAS DE CUIDADOS DEPENDIENTES: cursos y secuencias de acciones que han realizado o están realizando agentes de cuidados dependientes para cubrir los requisitos de autocuidados particularizados de personas socialmente dependientes de las que son responsables.

SISTEMAS DE AUTOCUIDADO: cursos y secuencias de acción que han realizado o están realizando agentes de cuidado dependiente para cubrir los requisitos de autocuidado particularizados de personas socialmente dependientes de las que son responsables.

SISTEMAS DE CUIDADOS DEPENDIENTES: cursos y secuencias de acción que han realizado o están realizando los individuos para satisfacer sus requisitos de autocuidado particulares.

SISTEMAS DE ENFERMERÍA: series y secuencias de acciones prácticas intencionadas de las enfermeras, realizadas en un determinado momento en coordinación con acciones de sus enfermos, para conocer y cubrir los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de sus enfermos y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado de los enfermos.

SITUACIONES DE ENFERMERÍA: combinación de circunstancias concretas que implican a personas con déficit de cuidados dependientes, o de autocuidado relacionados con la salud, y a enfermeras en un marco temporoespacial concreto,

actuando estas en beneficio de las personas con déficit de autocuidados o cuidado dependiente.

SOCIAL: perteneciente a grandes grupos de personas asociadas con diversos propósitos o las actividades o costumbres de estas personas.

TECNOLOGÍA: medios prácticos para causar o producir algo.

TEORÍA: grupo coherente de proposiciones usadas como principios para formar un marco de referencia para un campo de investigación y a partir del cual pueden deducirse leyes.

TERAPÉUTICO: que contribuye a sostener los procesos vitales; al desarrollo y funcionamiento humanos normales; a la prevención, curación o control de las enfermedades y lesiones; a la prevención de las incapacidades; a la compensación estructural o funcionamiento de las incapacidades; a la promoción del bienestar.

TRATAMIENTO U OPERACIONES REGULADORAS: en la práctica de Enfermería cursos de acción deliberada de las enfermeras especificados dentro de las demandas de autocuidado terapéutico del individuo que se realizan para mantener el funcionamiento y desarrollo humano dentro de los límites compatibles con la vida, la salud y el bienestar, las operaciones también incluyen aquellas acciones seleccionadas por las enfermeras con el propósito de regular el desarrollo o ejercicio por parte de los usuarios de las capacidades de autocuidado, y para superar o compensar las limitaciones de los autocuidados.

UNIDAD DE DISEÑO: en la práctica de Enfermería, resultado inequívoco logrando un componente de un patrón total para la producción de Enfermería para el usuario.

UNIDAD DE SERVICIO: término usado para designar si las enfermeras proporcionan cuidados de Enfermería a personas como individuos o como miembros de unidades multipersonales. En el primer caso la persona individual es el foco u objeto de la atención de las enfermeras; en el segundo caso, la unidad multipersonal con sus miembros es el principal foco u objeto de la atención de las enfermeras.

VALOR: el bien, lo deseado como objeto posible de elección racional de los individuos; los valores se tornan conocidos, preguntándose si esto o aquello es realmente bueno y no solo aparentemente bueno, o si esto o aquello merece la pena.

ANEXO 2. ESTUDIO DE CASOS EN LA APLICACIÓN DEL MODELO TEÓRICO “DÉFICIT DE AUTOCUIDADO” DE DOROTHEA ELIZABETH OREM*

Caso 1: Vivir con una diabetes mellitus

MARÍA

María es una mujer de 69 años de edad a la que se diagnosticó hace 5 años una diabetes mellitus de inicio en la edad adulta. Había vivido sola desde la muerte de su marido ocurrida hace unos 20 años. Tiene dos hijos: Ricardo, actualmente casado y con su propia familia, y Ana, que murió de un tumor medular cuando tenía 18 años. Ricardo vive en la misma ciudad que su madre, pero ambos raramente se ven. Aparentemente, Ana era excelente en todo lo que hacía y Ricardo nunca pudo superar sus logros. No obstante, se ha convertido en un constructor de éxito y proporciona a su familia una vida cómoda. María y Ricardo raramente hablan, lo que constituye una gran fuente de tristeza para ella. María no puede entender por qué su hijo permanece alejado de ella y la visita sólo cuando hay problemas serios. ¿Ha hecho algo mal? ¿Se trata de algo que ella ha dicho? A Ricardo no le gusta hablar de su relación con su madre, pero en una ocasión dijo que “era duro competir con una hermana muerta”.

María vive en la planta baja de unas viviendas de protección oficial. Esto es importante para ella, ya que cada vez le resulta más difícil subir las escaleras, quedándose sin aliento después de subir dos tramos de escaleras. No tiene teléfono, pero a través de sus vecinos puede recibir mensajes de su hermana que vive en el sur de Inglaterra, y ocasionalmente también de su hijo. Caminar largas distancias le resulta un problema; afortunadamente tiene una parada de autobús cerca de su casa y María hace un esfuerzo por salir cada día, para comprar lo que necesita para comer y para ver en la calle a sus amigos. No puede llevar pesos, ya que le duelen los brazos y tiene que pararse y descansar.

María ha nacido en la ciudad en la que vive y nunca ha salido de ella. El no haber visitado otros lugares no parece preocuparla; es feliz encontrándose por la calle con las mismas personas con las que ha ido a la escuela y junto a las que ha crecido y envejecido. Es una persona muy independiente como la mayoría de los ancianos de la ciudad. Aunque le encantan las visitas de su hermana Margarita, no le permite que “interfiera” en sus asuntos, particularmente en lo que respecta a su hijo. Margarita tiene buenas relaciones con María y con Ricardo, y hace todo lo

* Orem. Dorothea. Modelo de Orem. Concepto de Enfermería en la práctica. Ediciones científicas y técnicas. Masson- Salvat. Traducido por María Teresa Luis Rodrigo. 1993

posible para unirlos. Por desgracia, estos esfuerzos suelen acabar en enfados por parte de María y de Ricardo.

Antecedentes diabéticos

María padece una diabetes del adulto, o diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID). Este estado generalmente se asocia a una falta de insulina o a un cambio en la efectividad de ésta. La primera indicación de que había algún problema se evidenció hace cinco años, cuando visitó a su médico para una revisión rutinaria de su presión arterial. Se quejó de que tener una sed excesiva (polidipsia), y de eliminar grandes cantidades de orina (poliuria), de fatiga, de episodios ocasionales de visión borrosa, de sensación de hormigueo en las manos y pies, y de una intensa irritación en el perineo (prurito). El médico hizo un análisis de orina y encontró una elevación importante del nivel de glucosa.

Después de nuevos exámenes médicos y de laboratorio, como paciente ingresada en el hospital de la ciudad, a María se le diagnosticó formalmente una Diabetes Mellitus del adulto. Su médico le explicó la causa de la diabetes, y los efectos que podía producir sobre ella. Destacó las posibles causas de la enfermedad, que incluían producción de cantidades inadecuadas de insulina, que esta quedara de alguna forma inactivada antes de que pudiera hacer efecto, liberación de insulina no coordinada con la ingesta alimentaria o disminución de las células receptoras. (Porth, 1986, pág. 632).

También le explicó que, mientras la diabetes del adulto normalmente podía controlarse con dieta, era una patología que podía conducir a complicaciones crónicas potencialmente serias, incluyendo alteración de la sensibilidad en las manos y los pies (neuropatía), cambios en la visión (retinopatía), complicaciones vasculares, infecciones y lesiones renales (nefropatía). Parecía que María presentaba algunos de estos problemas en fase inicial. Mientras era evaluada en la unidad para diabéticos, se dedicó una considerable cantidad de tiempo a explicarle la relación entre la diabetes.

Requisitos de autocuidado del desarrollo y de desviación de la salud

La valoración de los requisitos de autocuidado y de desviación de la salud para el paciente diabético, pueden ser guiados por el trabajo de Fitze (1.980), quien sugiere considerar los siguientes epígrafes:

Impacto del diagnóstico

Después de conversar con María, parece que el diagnóstico de la diabetes no le ha causado un gran trastorno. No ve su condición como “incapacitante” no comporta ningún estigma para ella, aunque no adviene del hecho de que es diabética.

Experiencia con la enfermedad

Nadie de la familia de María ha tenido previamente diabetes; esto explica tal vez la aparente ausencia de estigma. Parece que los primeros meses después de ser diagnosticada como diabética María no tuvo experiencias particularmente malas; vivió su vida como lo había hecho siempre excepto por el intento de realizar los cambios en la dieta, descansar más a menudo y analizarse la orina. Más recientemente. Sin embargo, ha tenido dificultades crecientes con la sensibilidad y con el impacto resultante en sus movimientos motores finos. Presumiblemente a causa de la diabetes. Su deambulación también ha sido afectada por una creciente falta de aliento durante el ejercicio. Esto podría deberse a la diabetes o al aumento de peso.

Motivación

María está obviamente motivada para seguir cuidando de sí misma. Prueba de ello es su atención a su condición de diabética y su asistencia regular a las visitas médicas de control. No obstante, aunque está motivada para mantener su “independencia” hay problemas obvios con su conocimiento de la diabetes y el cuidado dietético de ésta.

Energía y movimiento

Para que un individuo maneje su condición de diabético, Backscheder (1974) ha sugerido que deben considerarse las siguientes condiciones:

Física. María debe ser capaz de controlar los aspectos físicos de su propio cuidado y de la diabetes. Esto incluirá no sólo la capacidad para realizar regularmente los controles de orina, sino también para seguir una dieta apropiada y lavarse y cuidarse las extremidades. Tiene algunos problemas oculares y el hormigueo en los dedos de las manos parece que es más intenso. Pero en la mayor parte de las cosas María parece capaz de hacerse cargo de los aspectos físicos de sus cuidados.

Mental. Los individuos deben tener las capacidades cognitivas apropiadas para ser capaces de dominar su trastorno. María, a pesar de habersele explicado la importancia de la dieta, del ejercicio y de evitar actividades que probablemente agravarán su dolencia, aún sigue fumando y bebiendo alcohol. Esto en sí mismo no es el problema principal, pero es una consideración importante el hecho de que la paciente parece no darse cuenta del daño potencial que se hace a sí misma. No parece plenamente consciente de los cuidados que debe adoptar para prevenir o reducir al mínimo nuevos problemas de salud.

Motivacional. María está motivada para cuidar de sí misma. Esto puede deberse en parte a su deseo de permanecer independiente, o porque está preocupada por el hecho de que, si no lo hace, su médico se enfadará con ella.

Cualquiera que sean las razones, está claro por su conducta que está motivada para hacerse cargo del cuidado de sí misma. Aunque parece haber un conflicto entre su deseo de cuidar de sí misma, y su deseo de fumar y comer de manera poco “apropiada” para su patología.

Impacto en la vida diaria

Hasta hace poco, María ha tenido muy pocos problemas con su rutina diaria. No obstante, la creciente falta de aliento al andar y subir escaleras le ha causado un cierto malestar y preocupación, está afectando su calidad de vida. Como esto se une con las dificultades que tiene para ver los números de los autobuses y para manipular los objetos pequeños, María está empezando a darse cuenta de que necesita ayuda.

Duración de la diabetes

Sin duda, la duración de la diabetes está empezando a tener un impacto en la vida de María. Ahora se está haciendo mucho más consciente de los cambios que le están ocurriendo. Desea superarlos.

Hábitos alimentarios

La dieta es importante en el cuidado de la diabetes, y María se da cuenta de ello. Mientras que conoce la necesidad de seguir una dieta para diabéticos y tiene listas para el intercambio de alimentos, es muy “creativa” con su dieta. El chocolate y el alcohol tienen que tomarse estrictamente con moderación.

Planificación

Agencia de autocuidado

María tiene algunas habilidades para el autocuidado; conoce por ejemplo, algo sobre la diabetes, aunque en este conocimiento hay limitaciones obvias. Se le ha enseñado cómo cuidar la diabetes, puede recordar algunos aspectos de esta enseñanza y en la mayoría de los casos tiene las habilidades motoras necesarias para cuidar de sí misma y realizar los análisis necesarios a fin de determinar el nivel de glucosa. También hasta cierto punto, ha integrado su enfermedad en la vida diaria; sale, se encuentra con otras personas, y controla importantes aspectos de su autocuidado, como la provisión de alimentos.

Limitaciones del autocuidado

Con todo, las limitaciones del autocuidado son evidentes. Una observación importante es que María tiene un conocimiento limitado de su situación. Mientras que es consciente de la naturaleza general de su patología (“tengo demasiado

azúcar en la orina”), hay un déficit de conocimientos sobre la dieta, el cuidado de los síntomas y el estilo de vida. Por ejemplo, no es capaz de hacer sustituciones de alimentos como parte de su dieta diabética. Esto va más allá del argumento de que “es bueno comer un poquito de lo que te gusta”, ya que todo el mundo quiere un poco de variedad en sus rutinas dietéticas. Saltarse unas ingestas y luego comer en exceso para compensarlo no es apropiado para su estado. Tampoco está segura de lo que debe hacer si no se encuentra bien. ¿Debería visitar al médico o esperar un poco?

A veces, cuando su nivel de azúcar en sangre es alto, es incapaz de pensar claramente y de formar juicios sensatos sobre su autocuidado. A causa de sus frecuentes brotes de fatiga, hay días en que no puede o no quiere salir de casa. También hay algunas limitaciones físicas; las alteraciones oculares y la pérdida parcial de sensibilidad en las manos dificultan los movimientos finos y la coordinación. Esto es particularmente importante cuando tiene que hacer una determinación exacta del nivel de glucosa en orina. No siempre es capaz de hacerlo con la habilidad y exactitud necesaria para obtener resultados fiables.

Por lo que respecta al desarrollo, el impacto de haber sido diagnosticada como diabética no parece haberle causado un gran trastorno. Mientras sea capaz de seguir su vida diaria con cierta independencia, parece estar contenta. Afortunadamente, no ha habido cambios súbitos; la condición de María ha provocado el desarrollo insidioso de problemas que, por lo menos físicamente, ha afrontado bien hasta ahora.

Parece capaz de realizar algunas de las actividades de autocuidado requeridas por la desviación de la salud, asociadas con el hecho de ser diabética. Ha buscado consejo del equipo de enfermería y de su médico internista, y asiste regularmente a sus citas con el médico. María es consciente de algunos de los efectos secundarios de su enfermedad; se está haciendo más consciente de ellos a medida que su estado cambia. Generalmente sigue el tratamiento por lo que respecta a las visitas de seguimiento, pero no le resulta fácil seguir las guías generales del cuidado dietético de la diabetes. Su reluctancia a dejar de fumar y su frecuente indulgencia con los alimentos dulces pueden tener un efecto adverso directo sobre su salud.

María ha empezado a controlar el desagradable impacto de la diabetes; tiene que planificar más cuidadosamente sus salidas de compras. No obstante, aún hay vanos peligros en su casa a los que debe prestar atención; la presencia de alfombras que no están debidamente fijadas al suelo, combinada con la pérdida de visión pueden dar lugar a caídas con las consiguientes lesiones continuas que controlan algunos aspectos de su situación, causan preocupación los aspectos educativos del cuidado de la diabetes que requerirán intervención por parte del equipo de enfermería.

Demanda de autocuidado terapéutico

Basándose en la valoración anterior, se sugiere el siguiente plan de cuidados:

Requisitos de autocuidado universal

1. Mantenimiento de un aporte adecuado de aire.
 - a) Prevenir una mayor afectación pulmonar dejando de fumar.
2. Mantener un aporte suficiente de alimentos.
 - a) Asegurar que la dieta es adecuada para su condición de diabética.
 - b) Reforzar la necesidad de seguir la dieta.
 - c) Destacar la importancia de comer a intervalos regulares.
3. Mantener un aporte suficiente de líquidos.
 - a) Beber varios vasos de líquido a lo largo del día.
 - b) Si consume zumos de fruta, asegurarse de que son apropiados para diabéticos.
 - c) Evitar el alcohol si es posible.
4. Cuidados asociados con la eliminación.
 - a) A fin de evitar el estreñimiento estimular el consumo de fibras en la dieta.
 - b) Asegurar un aporte suficiente de líquidos.
 - c) Asegurar que el área perineal se mantiene limpia, con frecuentes lavados
5. Mantener el equilibrio entre el reposo y la actividad.
 - a) Asegurar el sueño suficiente durante la noche.
 - b) Asegurar períodos de descanso a lo largo del día.
6. Mantener el equilibrio entre la soledad y la relación social.
 - a) Animar a María a seguir encontrándose con sus amigos.
 - b) Reconocer su necesidad de soledad e intimidad.
7. Prevenir los peligros.
 - a) Tener sumo cuidado con las extremidades; evitar posibles lesiones.
 - b) Asegurarse de que lleva las gafas y de que la graduación es la adecuada para ella.
 - c) Educar a María para que en todo momento lleve consigo información sobre el hecho de que es diabética.
 - e) Hacerle tomar conciencia de los signos tempranos de la hipoglucemia.
 - J) Examinar el entorno en busca de peligros potenciales, por ejemplo, alfombras no fijadas al suelo.
8. Normalidad.
 - a) María necesita avanzar en la integración de su condición de diabética en su vida diaria.
 - b) Necesita ser consciente de sus limitaciones físicas a causa de su edad, pero sin permitir que eso le impida disfrutar de la vida.
 - c) Debería vivir plenamente, pero dentro de las limitaciones impuestas por la diabetes.

Requisitos de autocuidado del desarrollo

1. Mantener la responsabilidad de María en su propio autocuidado.
2. Asegurarse de que otras personas, particularmente sus amigos, son conocedores de su condición de diabética.
3. Intentar implicar a su hijo en el control de la diabetes.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

1. Asegurarse de que María puede reconocer los indicios del desarrollo de una hiperglucemia.
2. Asegurarse de que conoce las acciones que debería realizar si se desarrollan síntomas de hiperglucemia.
3. Fomentar la toma de conciencia del impacto de la enfermedad o de los cambios de salud en una persona diabética.
4. Educar a María para que obtenga prontamente asistencia si desarrolla alguna enfermedad.
5. Continuar con las evaluaciones de salud a intervalos regulares.
6. María debe seguir asistiendo a las visitas de revisión programadas.
7. Necesita desarrollar rutinas en su vida diaria que impliquen comidas, gasto energético y autocontrol regular de la glucosuria.

Sistema de enfermería

Se ha desarrollado un sistema de enfermería de apoyo/educación para María. Aunque sea capaz de llevar a cabo muchos aspectos de su cuidado, hay algunas áreas específicas, particularmente educativas, en las que requiere ayuda. Un importante aspecto de este sistema es la negociación de los papeles que adoptarán María y el equipo de enfermería. María es independiente en muchas cosas, y un plan de enfermería que interfiera demasiado podría conducir a que decidiera no participar en la mejora de sus capacidades de autocuidado.

Después de discutirlo, María se ha mostrado de acuerdo en adoptar un papel de participación en su cuidado. En particular, hablará con el dietista y dedicará tiempo a hablar con la enfermera responsable del cuidado de los pacientes diabéticos. Además, se ha mostrado de acuerdo en participar en las clases de educación para diabéticos, esto implica ir a clase con otras personas diabéticas para aprender más sobre su estado, y para compartir experiencias. No obstante, también tendrá algunas sesiones individuales.

A fin de mejorar las capacidades de autocuidado existentes, y desarrollar otras nuevas, se ha llegado, al siguiente acuerdo entre María y el equipo de *enfermería* sobre las responsabilidades individuales.

Implicación de María

María

Realizará y anotará exactamente la determinación del nivel de glucosuria dos veces al día.

- Planificará a la vez los menús para las comidas de dos días.
- Preparará los alimentos de acuerdo con el menú e ingerirá alimentos a intervalos
- regulares a lo largo del día.
 - ✓ Intentará no comer entre horas.
 - ✓ Evitará las bebidas alcohólicas.
 - ✓ Reducirá (preferiblemente eliminará) el consumo de tabaco.
 - ✓ Planificará períodos de descanso a lo largo del día.
 - ✓ Planificará las salidas para comprar a las horas en que pasan los autobuses, siempre que sea posible.
 - ✓ Continuará llevando las galas.
 - ✓ Realizará su higiene personal.

Responsabilidad del equipo de enfermería

Las enfermeras:

- Proporcionarán alguna ayuda inicial para realizar la determinación del nivel de glucosuria.
- Evaluar la técnica de María para la toma de glucosuria.
- Ayudar a la planificación de las comidas y de los periodos de reposo.
- Reforzar la información dietética.
- Revisar las prácticas de la buena higiene personal y mecanismos para evitar lesiones.
- Revisar los signos de advertencia de aumento en el nivel de glucosa.
- Revisar la manera de enfrentarse con cualquier situación física “inusual” presente, asociada con un aumento en el nivel de glucosa.

Puesta en práctica

Con María se iniciaron sesiones educativas en pequeños grupos e individuales para apoyar las conductas y conocimientos existentes, y para determinar los planes educativos que destacaban todos los aspectos de cuidado personal, incluyendo el cuidado de las extremidades que son medidas importantes en la diabetes. Esto implica que María se atenga a aprender a cuidar de su piel y uñas. Se complementó las recomendaciones hechas por la asociación de diabéticos.

En todas las sesiones se animó a María a formular preguntas. Más tarde se le pidió que expusiera los aspectos clave en presencia del equipo de enfermería. El dietista usó un enfoque similar que ponía de relieve la importancia de mantener una dieta apropiada para su condición de diabética y que asegurara una buena nutrición general. Se subrayó con especial énfasis la comprensión de los principios del control dietético de la diabetes, indicando en particular aquellos alimentos que pueden tomarse como parte de la dieta y cuales deberían evitarse.

La variedad es importante, y el dietista advirtió a María que existen una gama de alimentos precocidos adecuados para personas diabéticas que ella puede comer con tranquilidad; sin embargo esto puede resultar muy caro. El equipo de enfermería concentró sus papeles de apoyo y educación en ayudar a María a comprender la importancia de ser consciente de su estado de salud y de estar alerta a las sensaciones que puede experimentar al cambiar su nivel de glucosa en sangre.

También se invitó a María a participar en algunas sesiones con pequeños grupos donde se pedía a otras personas con patologías semejantes a la suya que compartieran sus experiencias como diabéticos. Los participantes se presentan a sí mismos y se les pide que expliquen cualquier aspecto de sus vidas relacionado con la diabetes que deseen comentar públicamente. Un foco de atención importante del grupo es la dieta: ¿cómo hacen frente los demás a la tentación de consumir alimentos y golosinas no permitidos en la dieta? ¿Cómo hacen para vivir plenamente y para que su diabetes no se convierta en una condición incapacitante?

Evaluación

El tiempo dedicado a María ha hecho cierta mella en su vida diaria y en su habilidad para el autocuidado. Después del alta hospitalaria y del seguimiento por parte de la enfermera de salud comunitaria parece haber algunos cambios notables en su conducta. Es mucho más consciente del tratamiento dietético de la diabetes, y ahora puede preparar un menú adecuado cuando la enfermera comunitaria le pide que lo haga. Es demasiado pronto para ver cómo afronta los impulsos de consumir alcohol y tabaco pero por lo menos plenamente consciente del impacto de éstos sobre su salud.

Es mucho más solícita (atenta), en el cuidado de su piel usando sólo jabones suaves y dedicando más tiempo a secarse minuciosamente. Además se siente más cómoda llevando las gafas. Sin embargo, no han cambiado muchos aspectos de su entorno doméstico. Aún hay en el suelo algunas alfombras peligrosamente sueltas, y aún se siente incapaz de pedirle ayuda a su hijo. Es evidente que muchos de los problemas de la vida diaria de María no pueden ser abordados por la intervención de las enfermeras. El volumen del tráfico en la carretera, por

ejemplo, no ha cambiado. En vez de ello, María ha adaptado su patrón de sueño de modo que esté acostada cuando el ruido del tráfico es menor.

En general, parece que María está llegando a dominar las demandas de autocuidado del desarrollo y de desviación de la salud. Aun intenta vivir la vida tan plenamente como le es posible sin sufrir limitaciones innecesarias en lo que desea hacer. Está demostrando muchas de las conductas que son importantes para el cuidado de la diabetes. Sigue las indicaciones de médicos y enfermeras y ha demostrado que puede adaptarse a los trastornos sufridos a causa de la diabetes. Siempre ha sido difícil valorar su autoimagen, y este aspecto de su vida sigue siendo un enigma.

Lamentablemente, el deseo de implicar más a la familia y a los amigos para ayudar a María a vivir con su condición no ha tenido éxito. Del mismo modo ha sido desafortunada su participación en las sesiones de grupo realizadas en consultas externas del hospital, ya que se ha sentido incómoda y no ha podido o no ha querido expresar sus sentimientos en público. De cualquier forma María está viviendo una vida plena a su propia manera, consciente ahora de las conductas de autocuidado que debe mantener si desea evitar el agravamiento de su condición de diabética.

EJERCICIO DE COMPRENSIÓN

Preguntas

Las siguientes preguntas deberían responderse individualmente o usarse como trabajo de grupo. Al igual que en los otros estudios de casa, podrían formarse pequeños grupos de 6-8 personas para abordar las siguientes cuestiones; debería ser suficiente una discusión de 20 a 30 minutos sobre cada una. Recuerde nombrar a alguien que tome notas. Recorra a su tutor o facilitador del aprendizaje para ayudarlo en las discusiones, su papel es particularmente importante si usted siente que no está haciendo ningún progreso con una pregunta determinada.

María parecía tener fallos de la memoria a corto plazo. ¿Qué problemas comporta esto para su valoración? ¿Cómo podría influir este hecho en el cuidado de María? ¿En qué consiste el papel de educador de salud de la enfermera? ¿Cómo podría reflejarse éste en el plan de cuidados del paciente? ¿Habría utilizado usted un enfoque distinto en el caso de María?

Para que la educación del paciente tenga lugar, éste debe estar motivado y dispuesto a aprender. ¿Cómo puede valorarse esta motivación y disposición? ¿Estaba María dispuesta a aprender? Explíquelo.

La mayor parte del cuidado de María fue de apoyo/educación. Esto sugiere que el equipo de enfermería debería permitirle tomar sus propias decisiones y participar todo lo posible en su propio cuidado. ¿Qué factores es importante considerar en un paciente antes de adoptar un sistema de enfermería de apoyo/educación? ¿Habría adoptado Ud. este Sistema con María? Explique su respuesta.

Una de las intervenciones de enfermería adoptadas con María fue la utilización de pequeños grupos. ¿Qué factores cree usted que deberían estar presentes en el paciente antes de adoptar este enfoque? ¿Por qué no tuvo éxito con *María*? ¿Qué otros métodos podían haberse utilizado?

La educación del paciente es central en el caso de María. ¿Qué método podría adoptarse para asegurarse de que ha entendido la información que se le ha dado? Usando una perspectiva a largo plazo, ¿serían adecuados los mismos métodos seis meses después?

Es evidente que a María le gustaba comer y beber cosas que no debería. ¿Qué le diría a María si la encontrase comiendo pequeñas cantidades de chocolate? O en un sentido más amplio, es probable que encuentre a muchos pacientes que no están bien y que continúan realizando prácticas que deberían erradicar, por ejemplo, fumar. ¿Cuál es su reacción general ante esta situación? ¿Cómo planifica abordarla?

Actividades

Cuando María vuelva a casa necesitará asegurarse de que mantiene su círculo actual de amistades; será muy importante para ella mantener un equilibrio entre la actividad y el reposo y entre la soledad y la relación social.

Actividad

En grupos de tres o cuatro personas, vayan a su comunidad e investiguen los servicios o actividades de que se dispone para las personas mayores. En particular, consideren lo siguiente:

1. ¿Dónde se reúnen los ancianos en un club de jubilados, en un bar, en un banco del parque?
2. ¿Qué papel desempeñan las bibliotecas para algunas personas ancianas? (Recuerde que durante el invierno son lugares calientes; se pueden leer libros gratis, y algunos de ellos con letras grandes.)
3. En el área donde vive Ud., ¿hay comedores para personas ancianas? ¿Qué papel cree usted que desempeñan estos comedores en el mantenimiento de los contactos sociales?
4. Considere las necesidades de transporte. ¿Se dispone de un servicio de transporte público frecuente y fiable? ¿Se dispone de ayuda para aquellos que la requieren? ¿Se dispone de tarifas especiales o gratuitas para jubilados?

Caso 2. Cuidados psiquiátricos comunitarios

VICTORIA

Nacida a finales de los años 20, en un pequeño pueblo costero del sur de Inglaterra, Victoria recibió una educación muy estricta, tuvo muy pocas oportunidades de ver o explorar lugares diferentes o de tomar decisiones por sí misma. Esto se debió en gran parte, a su padre, un hombre rígido e inflexible que mantenía a su esposa y a sus tres hijos en un entorno de rigurosa disciplina. Castigaba físicamente a sus hijos incluso cuando estos se encontraban ya en la veintena. Exigía respeto de su familia, pero lo que obtenía era miedo.

Dorotea, la madre de Victoria, era una mujer muy trabajadora que cuidaba de sus hijos y mantenía una pensión para los visitantes del pueblo. Dorotea tenía una considerable experiencia en infortunios y pérdidas, había perdido a tres de sus hermanos en un accidente y aproximadamente al mismo tiempo había muerto un hijo suyo. Durante la infancia de Victoria, había poco dinero y por lo tanto, pocas cosas superfluas. Las salidas del pueblo eran raras, con excepción de una salida anual para ayudar en la recogida de aceitunas; muchas familias del pueblo se trasladaban juntas en autobús, recogían aceitunas y obtenían así un poco de dinero extra. Allí los niños gozaban de la oportunidad de correr y jugar, libres de las habituales ataduras domésticas.

Victoria, la mediana de las hermanas, era ha decir de todos, una niña tranquila, quieta y fácil de conformar. Le gustaba ayudar en casa, particularmente cuando había huéspedes. Tenía amigos, la mayoría de los cuales vivían en las casas cercanas, pero nunca fue particularmente arriesgada en sus juegos. Prefería mantenerse cerca de sus padres y raramente exploraba nuevos entornos. Su hermana Gloria, 4 años mayor, tenía sus propios amigos y no jugaba demasiado con ella. Su hermano José era 6 años menor, y con frecuencia Victoria tenía que cuidar de él, cuando por su gusto hubiera estado haciendo otras cosas.

A Victoria le gustaba ir a la escuela, pero tuvo que dejarla a los 14 años como era costumbre en aquella época. Actualmente se da cuenta de que prácticamente no recibió ninguna educación. Recuerda sus tiempos de estudiante como tiempos felices, pero le gustaría que sus habilidades de lectura y escritura fueran mejores. Siempre se ha sentido azorada e incapacitada por el hecho de tener grandes dificultades para escribir de forma correcta gramatical y ortográficamente.

El estallido de la guerra representó un gran cambio en la vida de Victoria y de su familia. Su pueblo fue frecuentemente blanco de bombardeos; su padre, ocupado en las tareas de defensa y extinción de los incendios provocados por los bombardeos y estaba fuera de casa mucho tiempo; su madre procuraba organizar

la vida lo mejor posible bajo la amenaza constante de la guerra. La mayoría de los niños pequeños del pueblo fueron evacuados. Gloria se fue a trabajar a una fábrica de municiones, José tuvo que irse a luchar y Victoria se enroló en el cuerpo voluntario femenino, y se le encargaron servicios de oficina en una ciudad.

Ésta fue la primera vez que salió de su casa. Victoria recuerda ese tiempo con cariño, cuando hizo nuevos amigos y pudo salir con hombres por primera vez. Le gustaba trabajar en la oficina, lo que le recordaba los días en que atendía a los visitantes en la pensión de su madre. Se siente orgullosa del servicio que prestó a la comunidad durante ese tiempo.

Finalizada la guerra, Victoria empezó a trabajar en un pequeño restaurante. Era un trabajo con el que estaba familiarizada y que le gustaba hacer. Fue por ese tiempo cuando conoció a Miguel. Éste había sido marinero durante bastantes años, y sabía mucho del mundo y de la vida. La guerra le había convertido en un hombre lleno de recursos y bastante egocéntrico a veces. Se casaron a los pocos meses de conocerse.

Miguel tenía buenas relaciones con los padres de Victoria. Particularmente le gustaba su padre, del cual admiraba su manera directa y sensata de hablar. Victoria y Miguel consiguieron reunir dinero suficiente para alquilar una pequeña casita cerca de los padres de Victoria; Miguel trabajaba en una pequeña tienda y sus vidas eran bastante estables. Entonces, a Miguel le ofrecieron un trabajo mucho mejor en otra parte del país. Tras una breve discusión, él decidió aceptarlo y abandonaron el pueblo natal de Victoria.

Este traslado, aunque bueno para Miguel, fue muy traumático para Victoria. El pueblo al que se trasladaron sólo tenía dos pequeñas tiendas y la ciudad más cercana estaba a 10 km. Por entonces tenían un coche, pero Miguel lo necesitaba para su trabajo; Victoria no sabía conducir y estaba convencida de que no aprendería nunca. Estaban a centenares de kilómetros del pueblo de Victoria, pero visitaban a su Familia ocasionalmente algún fin de semana y por Navidad. Victoria no se sentía muy feliz con el lugar donde estaba viviendo. Le resultaba doloroso el hecho de estar alejada de su familia, sus amigos y su entorno.

Transcurridos unos dos años, Victoria se quedó embarazada. Durante su embarazo estuvo mucho tiempo con sus padres, ya que Miguel trabajaba muchas horas y con frecuencia regresaba a casa muy tarde. Tuvo un hijo, Jaime, que se convirtió en el centro de sus vidas. Ahora Victoria tenía algo de que ocuparse. La vida familiar empezó a establecer una rutina. Miguel tomaba las decisiones de la familia, obtenía todos los ingresos familiares y creía que él podía decidir cómo se gastaban. En todas las cuestiones económicas, Victoria fue mantenida en la ignorancia; nunca tuvo un talonario de cheques ni prácticamente entró en un banco. Su marido le daba el “dinero para la casa” con el que tenía que alimentar y vestir a la familia. Los sábados realizaba su salida semanal de compras.

Raramente salía de casa en otro momento; con pocos medios de transporte, era casi imposible ir a cualquier sitio para conocer a nuevas personas. Aunque la gente del pueblo no era igual que la gente entre la que había crecido, empezó a hacer amistad con algunos vecinos y, con el tiempo empezó a sentirse más a gusto en la comunidad. Miguel, sin embarco, permaneció fiel a sus costumbres y no le dio nunca a Victoria la oportunidad de tener mayores atribuciones en los asuntos domésticos.

Jaime creció sin ningún problema importante, aunque muy distinto de sus padres. Ninguno de ellos había ido a la escuela más allá de los 14 años, pero Jaime fue a la universidad y se licenció en ingeniería. Le ofrecieron un empleo en Sudáfrica que él aceptó. Victoria odiaba la idea de que su hijo se marchara. Se había acostumbrado a que estuviera en la universidad y regresará a casa regularmente. Ahora solo le ve una vez al año, por lo general para Navidad.

Hacía varios años que Jaime estaba fuera del país cuando Miguel murió súbitamente de un ataque al corazón. Miguel y Victoria habían estado casados durante 35 años, y el impacto de su muerte fue devastador. Victoria tenía pocas personas a quienes recurrir. Sus padres y su hermano habían muerto y su hermana, que no gozaba de buena salud y no podía conducir, no era capaz de brindar mucha ayuda. Jaime volvió a casa para el Funeral y tuvo que enfrentarse a la ardua tarea de intentar preparar a su madre para muchas actividades de autocuidado que hasta ahora había realizado siempre Miguel por ella. La ayudó a vender la casa y a trasladarse a su pueblo natal cerca de su hermana. Sin embargo esto no alivió los crecientes sentimientos de ansiedad que estaba experimentando Victoria acerca de su capacidad para afrontar su vida.

Situación actual

Con estos antecedentes se han desarrollado los problemas de ansiedad de Victoria. Experimenta trastornos físicos como taquicardia, sudoración, sofocaciones y vértigo, cuando se enfrenta a situaciones nuevas o poco familiares. Su ansiedad le impide vivir una vida plena y productiva. Se considera incapaz de viajar sola para visitar a sus parientes o amigos, aunque se siente feliz de pasear y coger el autobús en el entorno familiar de su pueblo. Lo que resulta, muy doloroso es que no hay ningún autobús que pueda coger para ir a visitar a su hijo y a sus nietos.

Los cambios en la vida diaria se le hacen cada vez más difíciles de afrontar. Incluso recibir cartas en ocasiones le provoca ansiedad, la carta puede requerir que tome una decisión. Victoria se da cuenta de que debería ser capaz de disfrutar de la vida. Tiene setenta años, pero no se siente vieja y generalmente goza de buena salud. Ha tenido una elevación de la presión arterial durante varios años, pero se ha controlado bien con medicación. No tiene preocupaciones económicas, ya que Miguel se aseguró de que pudiera comprar una casa para

vivir y había hecho inversiones que pudieran complementar la pensión. No tiene necesidades materiales.

Esta situación se ha mantenido unos 18 meses, pero ahora su hijo, dándose cuenta de que la ansiedad está impidiendo que su madre goce plenamente de la vida, habló de ello con el médico de la familia. Este se mostró receptivo a las necesidades de Victoria y le ha pedido a Susana, la enfermera psiquiátrica de la comunidad, que la visite. Jaime, que tiene una buena relación con su madre, ha hablado varias veces con Victoria sobre sus dificultades. Al principio se resistía a ver a alguien para hablar de su situación. Pero recientemente, cuando su nieto mayor ha crecido lo suficiente para pedirle que le visite, se ha dado cuenta de que debe hacer algo. Si puede hacerse en su casa, tanto mejor.

Valoración

Se usa el marco conceptual de Orem como base para la valoración y planificación de los cuidados de Victoria. Durante la primera visita de Susana, Jaime está con su madre. Victoria está tensa e insegura de lo que tiene que decir, pero pasado un tiempo se siente bastante confiada para hablar sola con Susana mientras Jaime permanece en otra habitación. Es evidente que Victoria no tiene dificultades físicas obvias (ha sido examinada recientemente por su médico); come con buen apetito y no encuentra dificultades para dormir. La casa está bien cuidada y limpia.

Susana y Victoria hablan sobre la historia de su vida y empiezan a examinar más de cerca la naturaleza de sus dificultades. En particular, Susana le pregunta qué es lo que ella cree que le está causando la ansiedad. Victoria, vacilante, culpa de sus problemas a la poca educación recibida, a la severa crianza, al hecho de haberse alejado de su pueblo y a la muerte de Miguel. Es evidente, a través de la conversación con Victoria, que echa mucho de menos a Miguel; incluso con Jaime cerca de ella se siente muy trastornada. La familia y amigos inicialmente hicieron un esfuerzo para ayudarle, pero sus amigos más íntimos ahora son también viejos. No pueden viajar fácilmente para visitarla, y ella a veces tiene dificultades para reunirse con ellos. “Nunca he hecho muchas cosas por mi misma, y ahora tengo que hacerlo todo. Ahora no puedo hacer tantas cosas como antes”, dice.

Victoria explica que a menudo siente la llegada del “ataque”, como ella lo llama. “Siento como si los ruidos fueran más altos y los colores más brillantes, y empieza a darme vueltas la cabeza. El corazón empieza a latirme fuertemente y tengo que escapar”. Es en ese punto en que Victoria experimenta normalmente una sensación como de desmayo, aunque no puede recordar que en ninguna ocasión se haya desmayado realmente. Esto le pasa inesperadamente cuando afronta una situación nueva o diferente, o en cualquier momento en que se convierte en el centro de observación pública, como cuando le hacen una pregunta en el supermercado. Su respuesta es casi siempre abandonar la

situación. Poco después se encuentra mucho mejor y puede reanudar sus rutinas diarias.

De esta conversación se desprende que Victoria tiene dificultades para satisfacer todos los requisitos de autocuidado universal. Aunque parece no tener problemas para satisfacer los requisitos de autocuidado universal físico, el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la integración social, y la promoción de la normalidad son difíciles.

Afrontar los requisitos de autocuidado del desarrollo presenta algunas dificultades para Susana. Victoria ha experimentado un considerable trastorno emocional y numerosos acontecimientos clave en la vida. La muerte de su marido es uno de los más recientes. Resulta mucho más difícil valorar el impacto de los acontecimientos acaecidos varios años atrás. ¿Cuán significativo es el conocimiento del cambio en las condiciones de vida de Victoria, cuando se separó de su pueblo natal, o la relativa deprivación educacional que experimentó cuando era una niña? ¿Cómo puede usarse esta información?

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud también representan algunas preocupaciones para Susana, mientras desarrolla una relación terapéutica con Victoria. En el pasado, Victoria ha seguido el consejo e intervención médicos. No obstante, su autoconcepto y su autoimagen son malos, así como la confianza en sí misma. Hay déficit clave de autocuidado de desviación de la salud que requieren ser abordados.

En resumen, Victoria tiene algunas limitaciones de autocuidado. Estas se refieren principalmente a requisitos de autocuidado no físicos. En particular, le resulta difícil cubrir los requisitos de autocuidado universal de mantener el equilibrio entre la soledad y la integración social y la promoción de la normalidad. Estos son también requisitos del desarrollo que se han de tener en cuenta. La muerte de su marido es el principal acontecimiento vital y debe considerarse cuidadosamente en cualquier intervención. Victoria ha experimentado series de acontecimientos vitales que, de acuerdo con Orem, pueden tener un gran impacto en el desarrollo de un individuo.

Estos incluyen una crianza estricta y una posible deprivación educacional. Estos factores deben considerarse cuando se planifican los cuidados. Finalmente, Victoria tiene una mala autoimagen que podría ser considerada una limitación del autocuidado de desviación de la salud. Con frecuencia es difícil determinar la razón de que haya problemas de autoimagen, pero Victoria ha aceptado trabajos que la han colocado en papeles de “servicio”, como cuando se enroló en el cuerpo voluntario femenino o cuando trabajó en el restaurante. Esta actitud puede haberse visto complicada por la naturaleza de su relación con Miguel, en la que él tomaba las decisiones y ella simplemente las aceptaba. Parece que Victoria ha

tenido muy pocas oportunidades de aprender o desarrollar aptitudes esenciales del autocuidado en la toma de decisiones, la comunicación y la socialización.

Planificación

Basándose en la planificación de Susana, se adoptan varios enfoques para el cuidado de Victoria. Esto implica el uso de las propias habilidades terapéuticas de Susana, como el tacto y una voz suave. Adicionalmente, Susana decide dedicar más tiempo a explorar con Victoria la naturaleza de sus ansiedades y a examinar en particular el impacto de la muerte de su marido. Finalmente, habrá algunos ejercicios de comportamiento; por ejemplo, Susana acompañará a Victoria a lugares o en situaciones en que sea posible que se desencadene la ansiedad. Victoria ha estado de acuerdo en participar en esta gama de intervenciones terapéuticas, algo que Susana cree que es muy importante lograr antes de intentar cualquier cambio en la conducta o en el estilo de vida. La forma en que se van a usar las intervenciones es comentada en profundidad por ambas.

Inicialmente seguirán desarrollando su confianza mutua. Susana examinará la naturaleza de los sentimientos de Victoria hacia su marido muerto para establecer la naturaleza de su duelo y de la manera como ella lo manifiesta. Adicionalmente, se introducirán varias sencillas técnicas mentales y físicas para hacer a Victoria más consciente de los acontecimientos precedentes a su ataque de ansiedad, y para ayudarla a controlar la ansiedad cuando ésta sobrevenga. Estas intervenciones tendrán lugar antes de cualquier intervención conductual.

En términos de sistema de intervención de enfermería, Victoria y Susana están de acuerdo en que un sistema de apoyo/educación sería el punto de partida más apropiado para sus interacciones. Susana explicará más a Victoria sobre la naturaleza de la ansiedad y le ayudará a desarrollar métodos para mejorar el control de sus miedos. Esto se realizará en un entorno comprensivo y de apoyo. Cuando esto tenga que desarrollarse en la comunidad Susana reconoce que la naturaleza de su intervención de enfermería puede cambiar de apoyo/educación a otra parcialmente compensatoria, para ayudar a Victoria a dominar los acontecimientos de la vida diaria.

Finalmente si se produjera una situación en la que Victoria experimentase altos niveles de ansiedad que pareciera no ser capaz de afrontar, Susana está preparada para adoptar un papel totalmente compensatorio y sacar a Victoria del entorno que le origina la ansiedad. Este enfoque de la planificación de los cuidados es diferente del que normalmente se espera cuando se aplica el sistema de Orem, en que de ordinario se adoptan los métodos de enfermería total o parcialmente compensatorios. Luego, a medida que el individuo hace progresos, estos métodos dejan paso a las intervenciones de apoyo/educación. No obstante, Susana cree que esta adaptación del modelo de Orem permitirá el mejor uso de

sus capacidades y que es esencial para ayudar a Victoria a adquirir más confianza en sí misma.

Resultados Esperados

Tras muchas sesiones individuales en casa de Victoria y una visita a la población. Victoria y Susana están de acuerdo en lograr estos objetivos:

1. Identificar los factores que probablemente desencadenan su ansiedad.
2. Identificar posibles situaciones que pueden conducir a sentimientos de incomodidad o ansiedad.
3. Identificar los pensamientos antes de un ataque de ansiedad, y determinar si son racionales o no, y si son útiles para solucionar el problema.
4. Ser consciente de que la ansiedad es una importante y poderosa emoción humana, pero que es temporal y se disipará.
5. Identificar y utilizar los sistemas de apoyo adecuados.
6. Ser capaz de relacionarse con otras personas sin experimentar ansiedad.
7. Adquirir mayor confianza para realizar actividades previamente consideradas imposibles.

Intervenciones

Un aspecto clave del cuidado de Victoria es el desarrollo de una relación terapéutica con Susana. Después de su encuentro inicial, Victoria está preparada para encontrarse sola con Susana, y se siente más cómoda hablando de sí misma. De hecho, confía a Susana que ha habido pocas ocasiones en su vida en que alguien haya querido escucharla, o en que haya tenido algo que realmente deseara decir. Susana es muy consciente de que Victoria puede estar muy relajada cuando se encuentra en su propia casa, y que los estímulos que lo provocan ansiedad pueden provenir de una gran variedad de fuentes de manera bastante inesperada. Susana cree convenientemente explicar a Victoria que ella se da cuenta de que la ansiedad puede causar mucho temor y trastorno, y que se toma muy en serio sus problemas. En todo momento Susana adopta una actitud tranquila y sin pretensiones. También es una oyente atenta y respetuosa, y permite que sea Victoria quien lleve el peso de la conversación; esto ayuda a desarrollar una relación de trabajo entre ambas.

El papel del entorno físico es un tema clave para Victoria. Cuando está en un entorno familiar o controlado, raramente experimenta problemas de ansiedad; Victoria afirma que sólo tiene dificultades cuando los acontecimientos le ocurren en un entorno poco familiar. Esto es importante ya que Orem considera que el entorno es particularmente importante en el desarrollo de un individuo. Susana está pronta a presentar lo que hay de familiar para Victoria las veces en que ésta habla de situaciones que potencialmente pueden provocarle ansiedad. Durante

estos momentos, un tono de voz baja y suave ayuda a Victoria a responder a las preguntas que son potencialmente difíciles de contestar.

Susana estimula a Victoria a hablar sobre su situación actual y sus ansiedades. En particular se dedica bastante tiempo a permitir que Victoria identifique y explore las amenazas y ansiedades que experimenta. A través de este planteamiento Victoria puede ser capaz de identificar acontecimientos o situaciones que es probable que le provoquen ansiedad y evitarlas si es apropiado. Susana ayuda a Victoria a comprender que en un estado de ansiedad se hace cada vez más difícil formar juicios, tomar decisiones y recordar detalles de conversaciones y acontecimientos.

A medida que Victoria se siente más cómoda hablando de su vida y de sus ansiedades, Susana estimula un programa de ejercicios mentales (Lewis y Cols, 1.989) para ayudar a Victoria a controlar su ansiedad. Esto implica que Victoria se pregunte a sí misma si el pensamiento es racional o no cuando empieza a sentirse "incómoda" en una situación. A veces Victoria tiene alguna advertencia de que va a empezar a sentirse ansiosa, y en otros momentos no tiene ninguna. Estos ejercicios pueden ayudarla cuando sea el momento de interrogarse acerca de sentimientos y experiencias.

Junto con estos ejercicios mentales, Susana sugiere que Victoria intente adoptar una actitud más positiva hacia sí misma; raramente habla sobre su autoimagen o sus sentimientos de autoestima. Victoria es estimulada a recordar que ya ha experimentado situaciones difíciles antes y las ha superado, y que no ha pasado nada como consecuencia de ellas no se ha desmayado, por ejemplo, aunque ha creído que lo haría. Susana le recuerda nuevamente que aún tiene una gran importancia como madre y como abuela, particularmente ahora que su nieto mayor le pide que vaya a verle y a jugar con él.

También ha enseñado a Victoria técnicas de respiración para ayudarle a mantener el control de su ansiedad. Centrarse en la respiración en vez de hacerlo en la ansiedad puede reducir la probabilidad de que ésta aumente (Knowles, 1.981). Específicamente se le sugiere que inspire y contenga la respiración durante un par de segundos antes de espirar. Susana le dice a Victoria que se da cuenta de que su estado de ansiedad es una experiencia particularmente incómoda y que hay un sentimiento de pérdida de control. Algunas de las intervenciones desarrolladas y adoptadas por Susana están dirigidas a dar a Victoria más control sobre su vida y aspectos de su entorno.

Se ha discutido con Victoria el uso de técnicas de visualización. El objetivo aquí es permitir que Victoria se sugiera a sí misma que puede tener éxito al afrontar situaciones que para ella constituyen un reto. Se le pide a Victoria que no se preocupe ante una situación que le provoca ansiedad o ante la ansiedad que

experimenta, sino que contemple la situación y “revise” el escenario de tal modo que el resultado sea más positivo y menos desagradable para ella (Helmstetter, 1.987). En estas ocasiones, se le ha pedido a Victoria que hable libremente sobre el escenario para clarificar situaciones problemáticas y planificar cómo puede afrontarlas.

Además de estas técnicas, Susana recomienda algunas intervenciones conductuales. En particular, Victoria y Susana irán juntas a la ciudad para enfrentarse a situaciones que Victoria necesita dominar si tiene que ser socialmente activa. Una visita al banco y el uso de un cajero automático y de una cabina de teléfonos son algunas de las actividades que Susana sugiere.

El empleo de estas intervenciones en el comportamiento es particularmente importante para cumplir los requisitos de cuidar por si mismo del equilibrio entre la soledad y la integración social, y para la promoción de la normalidad. A Victoria le falta confianza en si misma y no es dogmática; es sensible a los comentarios negativos y a la crítica en general. De hecho, tiene sentimientos de inferioridad, así como dificultades prácticas para comunicarse con personas nuevas y de habilidad para escribir. La combinación de todos estos problemas puede haber originado el hecho de que Victoria tenga una limitada actividad social y encuentre dificultades para tomar decisiones.

Evaluación

Después de 6 meses de trabajar con Susana, encontrándose 3 o 4 veces por semana, Victoria ha empezado a comprender sus dificultades. Quiere adquirir la capacidad de ser más autosuficiente, y de controlar su autocuidado sin ataques de ansiedad cuando se enfrente a situaciones nuevas y potencialmente amenazadoras. También está dispuesta a seguir los consejos de Susana.

Victoria se ha sentido cada vez más feliz hablando con Susana de temas que hasta ahora no había discutido con ninguna otra persona, particularmente en términos de su matrimonio con Miguel. A veces se pone a llorar cuando habla de él; obviamente le encuentra mucho a faltar. Tras nuevas conversaciones, Victoria está empezando a tener una visión más realista de sus sentimientos hacia él. Ve su vida matrimonial como relativamente feliz aunque considera que ha “perdido” algunos años cuando se fue de su pueblo. También se reprocha no haber estado en casa cuando murieron sus padres y José; las tres muertes fueron súbitas y no estaba preparada en absoluto para ellas.

Por lo que respecta a Miguel, habla favorablemente de él la mayor parte del tiempo. Le ve como un buen marido que proveyó para Jaime y para ella. Con todo, está empezando a ser más honesta sobre su matrimonio. Aunque no está preparada para emitir juicios críticos sobre él, reconoce que las cosas podrían haber sido diferentes. Le hubiera gustado tener más responsabilidades en las

finanzas familiares y en la toma de decisiones importantes. Miguel también tenía la desagradable costumbre, ahora puede admitirlo, de empezar muchos trabajos en la casa, pero acabar muy pocos. Victoria dice que se siente “aliviada” de hablar con Susana de estas cosas.

Como parte de la evaluación de su plan de cuidados, Susana quiere saber cómo ve Victoria el éxito relativo de las técnicas que le ha enseñado para ayudarle a controlar el estrés. Victoria está dispuesta a pensar en algunos de los ejercicios mentales sugeridos por Susana; sin embargo, esto ha sido muy difícil para ella. No está segura de lo que es un temor racional o irracional. Se da cuenta de que puede ser completamente “normal” tener miedo a lo desconocido, y que el temor es a veces una importante respuesta psicológica. Siente que no puede hacer una distinción clara entre lo que es y lo que no es racional.

Experimenta preocupaciones y dificultades similares practicando otros ejercicios mentales cuando siente que se presenta la ansiedad. Le confía a Susana: “Me siento tan preocupada por la ansiedad y lo que podría hacer, que no puedo pensar tranquilamente en lo que está sucediendo”. No ha sido capaz de desarrollar un escenario mental para imaginar cómo podría contemplarse su experiencia bajo una luz más positiva. Sólo quiere apartarse de la fuente de ansiedad.

Los ejercicios respiratorios la han ayudado en algunos casos de ansiedad leve y cuando ha tenido algún aviso de preocupación inminente. Dice que esto le da tiempo suficiente para abandonar la situación y evitar que el ataque de ansiedad “explote”. Esto ha hecho que se sienta en posesión de un mayor control sobre su vida.

El plan de Susana era que Victoria aprendiese algunas de estas técnicas de reducción de la ansiedad antes de ir a la ciudad. Esto, en cierta medida, se ha conseguido. Por lo tanto, Victoria y Susana han ido a la ciudad más cercana en varias ocasiones y han intentado acudir juntas a los lugares donde, en el pasado, se han dado situaciones difíciles para Victoria, Incluyendo el banco, una cabina de teléfonos y las oficinas del ayuntamiento donde Victoria tenía que hablar con alguien sobre los impuestos locales. Dado que alguien la acompaña, Victoria es capaz de ir a esos lugares y afrontar sus asuntos. Se desenvuelve muy bien, en opinión de Susana.

La frecuencia de los encuentros entre ambas, que inicialmente era de 3 o 4 por Semana, se ha reducido gradualmente; ahora Susana ve a Victoria una sola vez a la semana. Están de acuerdo en tener una reunión para comentar como siente Victoria que está afrontando la situación. En esa reunión, Victoria que está afrontando la situación confiesa que a pesar de que ahora sabe que su temor y ansiedad probablemente son, en gran parte irracionales, resultan muy reales para ella. También dice que, aunque las técnicas mentales la ayudan a veces, la mejor

manera de resolver sus problemas es evitar lo desconocido pero se da cuenta de que esto es difícil de lograr.

Victoria acepta, sin embargo, probar nuevas técnicas para superar algunas de sus ansiedades. Por ejemplo, empezó a usar métodos de pago a través del banco para evitar tener que enfrentarse a la gente cuando paga las cuentas en persona. Mientras que antes necesitaba la ayuda de un vecino para saldar sus cuentas, ahora se siente muy orgullosa no sólo de haber encontrado la solución para una de sus dificultades, sino para el problema subyacente.

Algunas acciones no han intentado realizarlas, y dice que no podría considerar el hacerlas por sí misma, ni siquiera con el conocimiento e introspección que tiene de su condición y las técnicas que ha aprendido a usar. Estas incluyen ir a todas partes en tren, respecto al cual un cúmulo de accidentes y problemas menores habían fijado el miedo en su mente; encuentra excusas similares para no viajar en autocar. Debido al trabajo y a otros compromisos, su hijo y su familia no pueden ir a verla con tanta frecuencia como a ella le gustaría que la visitaran. Su incapacidad para usar el transporte público, por lo tanto, le causa alguna angustia, porque si no es capaz de viajar, no puede ver a su hijo y a sus nietos tanto como le gustaría hacerlo.

Evolución

Han pasado varios meses desde que Victoria entró en contacto por primera vez con la enfermera psiquiátrica de la comunidad. Los planes de cuidados iniciales para Victoria estaban dirigidos a hacerla más consciente de la naturaleza de su ansiedad, proporcionarle una gama de técnicas (mentales y físicas) para enfrentarse con aquella y para permitirle hacerse cargo de más aspectos de autocuidado de su vida sin la preocupación de la ansiedad. Tras una larga conversación entre Victoria y Susana, ambas estuvieron de acuerdo en que las mejoras, aunque reales, eran menores de lo esperado en un principio.

Victoria no ha sido capaz de utilizar las técnicas que había practicado para controlar la ansiedad cuando se presentara. Lo que es más importante, el miedo a la ansiedad es lo que se ha hecho particularmente problemático. Victoria tiene una imperiosa necesidad de evitar el riesgo de la ansiedad, incluso cuando es consciente de que la mayor parte de ella podría ser irracional y que de ella no se deriva ningún daño físico. Esta situación ha continuado causándole estrés. Quiere ser capaz de viajar sola, de visitar a sus familiares y amigos, pero los riesgos son para ella demasiado grandes. Como ella dice: “Haga lo que haga, no puedo ganar. Me siento mal por no poder viajar para visitar a mi hijo y me siento mal cuando pienso en viajar”.

La respuesta de Victoria en los últimos meses ha sido muy receptiva a las sugerencias e ideas de Susana para desarrollar un mayor conocimiento sobre la naturaleza de sus dificultades y posibles formas de controlarlas. Pero este conocimiento por sí mismo no es suficiente. Ha mantenido muchas de las conductas de evitación de la ansiedad que había adoptado antes de conocer a Susana. Existen los mismos dilemas. Victoria puede componérselas para realizar la mayoría de actividades de autocuidado que la incluyen a ella y lo que le resulta familiar, dado que está en su pueblo natal. Una vez sale de las fronteras de éste, aparecen las dificultades.

Susana se da cuenta de que los objetivos fijados por ambas unos meses atrás eran probablemente demasiado ambiciosos, aunque es evidente que el tiempo que les han dedicado las dos no ha sido tiempo perdido. Siguen pensando que un sistema de enfermería de apoyo/educación es el punto de partida indicado y que el trabajo que queda por realizar debería seguir este mismo enfoque. Victoria cree que, incluso no pudiendo hacer muchas de las cosas que desea, trabajar con Susana le ha ayudado a ver la vida de distinta manera, y ha sido capaz de manifestar conceptos y opiniones que antes no había sido nunca capaz de expresar. Es el momento en que Victoria y Susana tienen que volver a pensar en las estrategias que se han de usar.

Después de renovadas conversaciones entre ambas, se han identificado nuevas áreas de exploración. Constituyen la más importante los sentimientos y actitudes de Victoria ante su marido y la muerte de éste. El duelo por la pérdida de un ser querido puede adoptar muchas Formas y puede ser una experiencia en extremo dramática (Barry, 1984; Bowlby, 1961; Kubler-Ross, 1975). Este punto de la vida de Victoria debe centrar la atención de Susana.

Actualmente están explorando temas sobre Miguel, su matrimonio y su muerte. Victoria quiere implicarse más en la vida, aunque sus ansiedades la privan todavía de controlar los requisitos claves de autocuidado universal y del desarrollo.

Ejercicio de comprensión

Preguntas:

1. El uso de modelo de Orem de la manera sugerida en este estudio de caso, requiere que la enfermera se aleje de los aspectos físicos del cuidado, acercándose a aspectos más psicosociales y del desarrollo. Considere los siguientes aspectos del trabajo de Orem:
 - a. Los requisitos de autocuidado del desarrollo a veces son difíciles de identificar y de incorporar en un plan de cuidados. Si tras una valoración identifica un problema de autocuidado del desarrollo, como una privación educacional, cómo usaría esta información en su plan de cuidados, cómo podría valorar sus hallazgos o sus sospechas.

- b. En este estudio de caso, ilustra la importancia de considerar los eventos familiares y la noción de conductas normales y las reacciones entre ellos. ¿Cómo determinaría como enfermera si una respuesta o conducta podría ser considerada en el amplio sentido de la palabra normal? ¿Cómo podría influir la cultura en sus decisiones? ¿Qué papel tiene el cliente en su valoración?
2. Victoria ha estado demostrando en muchos casos conductas de evitación de situaciones que ella percibe como amenazadoras o provocadoras de ansiedad. Esto es particularmente importante, considerando sus limitaciones de autocuidado frente a la dificultad con la integración social. Considere lo siguiente:
 - a. ¿Tiene que eliminarse siempre esta conducta de evitación?
 - b. ¿En qué casos podría ser la evitación una respuesta “sana” a una situación?
 - c. ¿Qué papel cree usted que puede tener la evitación en la decisión de un individuo de buscar o no ayuda de personas apropiadas para satisfacer las demandas de autocuidado?

Actividades

Orem considera que las capacidades de observación son un componente esencial del repertorio de habilidades de la enfermera. La ansiedad puede ser desencadenada por muchas cosas. Considere su experiencia como persona y dentro de la comunidad a la abordar lo siguiente:

1. ¿Qué gama de respuestas puede presentar un individuo en los momentos de ansiedad?
2. ¿Qué problemas se plantean al medir, cuantificar o valorar la ansiedad?
3. ¿Qué papel puede desempeñar la diferencia cultural en sus determinaciones?
4. ¿Cómo podría usted valorar sus hallazgos?