

Cuadernos de Enfermería Familiar y Comunitaria

2

**EL AUTOCUIDADO EN LAS
PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA**

Abril 2015

Título:

Cuadernos de Enfermería familiar y Comunitaria 2:
El autocuidado en las personas con enfermedad crónica

Edita:

SEMAP (Sociedad Madrileña de
Enfermería Familiar y Comunitaria)



Tirada:

600 ejemplares

Edición:

Abril 2015

Con la colaboración de



Maquetación:

Pragma Soluciones de Comunicación

Depósito legal: M-18963-2015

ISBN: 978-84-606-8943-0

AUTORAS Y AUTORES

- **Carmen Solano Villarrubia.** Presidenta de SEMAP. Responsable de centros de salud. Dirección Asistencial Sureste. Gerencia de Atención Primaria de Madrid
- **Lara E. González Castellanos.** Vocal de participación comunitaria de SEMAP. Enfermera familiar y comunitaria. CS Ciudad San Pablo. Gerencia de Atención Primaria de Madrid
- **Purificación González Villanueva.** Doctora en Enfermería. Profesora titular del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid
- **Juan Ángel Infantes Rodríguez.** Secretario de organización de SEMAP. Unidad de Atención al Paciente. Dirección Asistencial Sureste. Gerencia de Atención Primaria de Madrid
- **Susana Martín Iglesias.** Presidenta de AENTDE. Responsable de centros de salud. Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Atención Primaria de Madrid
- **Elena Martín Robledo.** Enfermera familiar y comunitaria. CS. Caramuel. Gerencia de Atención Primaria de Madrid
- **Maravillas Torrecilla Abril.** Especialista en Enfermería familiar y comunitaria. Coordinadora del Programa Formativo de Enfermería Familiar y Comunitaria en la UDM de Atención Familiar y Comunitaria de Alicante
- **Milagros Rico Blázquez.** Vocal de Investigación de SEMAP. Unidad de Apoyo a la Investigación. Gerencia de Atención Primaria de Madrid

REVISORES Y REVISORAS

- Carmen Arroyo Mansera. Enfermera familiar y comunitaria. CS Colmenar de Oreja. Gerencia de Atención Primaria de Madrid
- Cristina Cedrún Lastra. Responsable de centros de salud. Dirección Asistencial Centro. Gerencia de Atención Primaria de Madrid
- Carmen Ferrer Arnedo. Socia honorífica de SEMAP. Gerente del Hospital Guadarrama de Madrid
- Carmen Gómez Pesquera. Enfermera familiar y comunitaria. CS las Fronteras. Gerencia de Atención Primaria de Madrid
- Ángel Martín García. Enfermero familiar y comunitario. CS San Blas. Gerencia de Atención Primaria de Madrid
- Cristina Oter Quintana. Profesora de metodología enfermera. Sección Departamental de Enfermería. Universidad Autónoma de Madrid

Con la colaboración de:

- Ángel Abad Bassols. Asesor y socio honorífico de SEMAP
- Laura Carretero Julián. Vocal de comunicación de SEMAP
- María Gálvez Fernández. Vocal de jóvenes especialistas de SEMAP
- Juan José Jurado Balbuena. Vicepresidente de SEMAP
- Esther Liébana Nistal. Especialista en Enfermería familiar y comunitaria
- Ángel Lizcano Álvarez. Coordinador del grupo REccAP de SEMAP
- Ana López-Torres Escudero. Vocal de la especialidad de SEMAP
- Esther Nieto García. Vocal de formación de SEMAP
- Ana Sofía Liaño Martín. Vocal EIR de SEMAP

Coordinación de la edición:

- Carmen Solano Villarrubia. Presidenta de SEMAP
- Juan Ángel Infantes Rodríguez. Secretario de organización de SEMAP

ÍNDICE

PRÓLOGO	4
INTRODUCCIÓN	7
CUIDADOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA	9
COMPRENDER EL AUTOCUIDADO. MODELO DE OREM	11
• Factores Básicos Condicionantes	12
• Requisitos de autocuidado	14
• Requisitos de autocuidado de desviación de la salud	15
• Agencia de autocuidado	18
• Déficit de autocuidado	20
• Cuidado dependiente	22
• Teoría del sistema de enfermería.....	23
FOMENTAR EL AUTOCUIDADO	25
• El aprendizaje del autocuidado	25
• La educación para la salud y el aprendizaje significativo	28
• El entrenamiento del autocuidado	31
RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ASISTENCIAL	38
• Valoración enfermera	38
• Diagnóstico enfermero.....	45
• Planificación de los cuidados enfermeros	46
IDEAS CLAVE	56
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	
I. Tipos de intervenciones de educación para la salud	64
II. Técnicas para trabajar el empoderamiento y la modificación de conducta	69
III. Escala ASA para valoración de la agencia de autocuidado	75
IV. Intervenciones enfermeras del campo conductual	76

PRÓLOGO

La Enfermería es la disciplina que ha profundizado en el estudio, investigación y práctica del cuidado y que ha definido el concepto de autocuidado.

En el ámbito de la Atención Primaria la enfermera familiar y comunitaria tiene, entre sus principales objetivos, conseguir que las personas sanas se mantengan sanas y que aquellas que tienen un problema de salud, sean capaces de adoptar las medidas necesarias para lograr el mayor nivel de autonomía y el más alto nivel de salud y calidad de vida que su situación de enfermedad les permita. Las acciones que las personas realizan para conseguir esto, es lo que se conoce como autocuidado.

Uno de los elementos claves para lograr una óptima atención a la cronicidad es el cambio en el rol de las personas con enfermedad crónica. Estas deben adoptar un rol activo, comprometiéndose con su autocuidado y participando en la toma de decisiones para conseguir una buena autogestión de su enfermedad. El autocuidado adquiere, por tanto, un papel protagonista y se convierte en el eje de muchas de las líneas de acción que se proponen en la actualidad. Este hecho, el que “el autocuidado esté de moda” tiene, sin embargo, algunos riesgos como, por ejemplo, que se trivialice el concepto. Son muchos los que pretenden contribuir ahora al fomento del autocuidado o apuntarse un protagonismo que no les corresponde.

Es sorprendente observar algunas iniciativas, como la de algunas multinacionales de la industria farmacéutica que han creado divisiones del autocuidado, cuando en realidad se están refiriendo a la línea de comercialización de medicamentos o productos sanitarios de autoconsumo que no precisan receta médica. O profesionales como los farmacéuticos que, en coherencia con lo anterior, se presentan como los “verdaderos protagonistas del autocuidado”. Otras iniciativas están encaminadas a que los y las pacientes busquen sus propias soluciones a través de webs de pacientes, campañas en los medios de comunicación o folletos con recomendaciones por patologías. Siendo importante la información, sabemos que no es suficiente, ya que la conducta de autocuidado está determinada de forma muy decisiva por otros aspectos de la persona como son la motivación, el contexto sociocultural, los recursos de todo tipo o el patrón de vida.

Para fomentar el autocuidado se precisa una atención personalizada que tenga en cuenta que cada persona tiene una historia de vida, unos valores, creencias y motivaciones diferentes. También serán diferentes los recursos de cada per-

sona para vencer las dificultades que se le van presentando. Esto requiere de una forma de hacer las cosas, que es aquella que las y los profesionales de enfermería vienen desarrollando históricamente. La enfermera es quien tiene en su enfoque disciplinar el autocuidado, la atención holística de la persona y la comprensión de la vivencia de la enfermedad.

Por tanto, para fomentar el autocuidado en las personas lo primero es comprender qué es el autocuidado y de ahí surge la necesidad de elaborar este documento, que pretende poner de manifiesto el liderazgo de la enfermera familiar y comunitaria en el fomento del autocuidado de las personas con enfermedades crónicas.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas constituyen los dos grandes retos socio-sanitarios del siglo XXI.

Según el informe de Naciones Unidas Envejecimiento de la población 2009, el 11% de la población lo constituían personas mayores de 60 años y en él se estimaba que esta cifra se incrementaría hasta el 22% en 2050. Uno de los segmentos de más rápido crecimiento sería el de mayores de 80 años, pasando este grupo de edad a constituir en 2050 el 20% de los mayores de 60 años¹. En España la situación no es diferente. El índice de envejecimiento actual se sitúa en el 17%, con un 4% de mayores de 80 años y una proyección para 2049 de un 37% de personas de 60 años o más respecto al total de la población².

El proceso vital de envejecimiento conlleva asociada morbilidad, aparición de enfermedades crónicas y degenerativas, dependencia y una creciente necesidad de atención sanitaria y servicios de salud³.

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y, por lo general, de progresión lenta. El número de muertes causadas por estas enfermedades aumenta sin cesar en todo el mundo. En 2012 las enfermedades no transmisibles causaron más de 68% de las muertes en el mundo, lo que representa un aumento si lo comparamos con el 60% registrado en el año 2000. Las cuatro causas principales de este grupo son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neumopatías crónicas⁴.

Estas enfermedades, por lo general, no aparecen de manera aislada en las personas. La multimorbilidad y pluripatología, aunque no son exclusivas de la etapa vital de la vejez, aumentan con la edad. En España las personas de entre 65 y 74 años tienen una media de 2,8 problemas de salud o enfermedades crónicas y esta media es de 3,23 en mayores de 75 años⁵. Estas personas constituyen una población altamente vulnerable, frágil, con importante deterioro funcional, polimedicación, pobre calidad de vida relacionada con la salud y un mayor consumo de recursos sanitarios⁶.

Las enfermedades crónicas se relacionan en gran medida con factores de riesgo que se han afianzado de forma generalizada como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los estilos de vida, como son el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del

alcohol⁷. Es necesario, por tanto, tomar medidas para que se adopten conductas saludables, como la reducción o eliminación del tabaquismo, el consumo moderado de alcohol, la práctica de actividad física o una dieta adecuada para reducir la morbilidad y la mortalidad prematura por las enfermedades crónicas.

Son numerosas las iniciativas y modelos de organización de la atención sanitaria que se han puesto en marcha a nivel internacional para atender esta nueva realidad social. En España la *Estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud* marca las pautas a seguir por las Comunidades Autónomas⁸, que van desarrollando sus propios programas y estrategias a nivel local. Con independencia del modelo de referencia (Chronic Care Model, Pirámide del King's Fund, Kaiser Permanente, etc.), se considera uno de los objetivos principales en estas estrategias empoderar a los y las pacientes, dotándoles de la autonomía necesaria para autorresponsabilizarse de su propia salud y gestionar eficazmente sus enfermedades crónicas^{9,10}. El fin último es que se conviertan en protagonistas de su salud, dotándoles de información, formación y autonomía, y pasando de ser "pacientes pasivos" a "pacientes activos".

Esta participación activa de las personas en su propio cuidado, se denomina autocuidado. El apoyo y soporte al autocuidado, por tanto, es una de las líneas estratégicas que aparecen en todos los planes de abordaje de la cronicidad. En los últimos años, se ha generalizado el uso de este concepto, en diferentes contextos y, en ocasiones, por quienes no han profundizado en él, incluso por profesionales ajenos a la salud. Por ello, si no se contextualiza correctamente lo que conlleva hablar de autocuidado, se corre el riesgo de trivializar el concepto.

El fomento del autocuidado permitirá que cada persona desarrolle su máximo potencial, perfeccionando o cambiando actitudes e implicando a la familia y/o redes de apoyo a participar, ayudar, solucionar y afrontar las dificultades relacionadas con la salud.

El apoyo al autocuidado sugiere el reconocimiento de que la autonomía, la autorresponsabilidad y el compromiso con la salud son indispensables para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica. Ser activo/a y estar comprometido/a en el autocuidado se asocia con mejores resultados de salud y esto tiene consecuencias altamente positivas para las personas y la sociedad¹⁰⁻

¹³.

La enfermera familiar y comunitaria, como experta en el cuidado y como acompañante constante de las personas con una enfermedad crónica, es la profesional idónea para conseguir que estas mejoren la conducta de autocuidado y se comprometan con el cuidado de su salud.

CUIDADOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Desde el comienzo de la existencia del ser humano, los cuidados se basan en asegurar todo aquello que contribuye a mantener y a conservar la vida¹⁴. Las pruebas científicas sugieren que hemos sido cuidadores y cuidadoras desde el comienzo de nuestra existencia. Nuestro cerebro y nuestro cuerpo están contruidos para cuidar, no de una forma indiscriminada, sino con el fin de mantener y alimentar relaciones con los demás a lo largo de la vida. Desde el vientre a la edad adulta, lo que somos depende de la gente que nos cuida y de lo bien que nos vaya con ella¹⁵.

Leininger¹⁶ subraya que es el cuidado humano el que nos ha permitido vivir y sobrevivir bajo las más adversas condiciones ambientales, sociales, económicas y políticas. Por lo tanto, estamos hablando de algo esencial para las personas pero de gran complejidad al mismo tiempo. Es esta autora la que establece la diferencia entre cuidados y cuidados profesionales enfermeros.

En sintonía con Leininger, Collière¹⁴ explica que entender la naturaleza de los cuidados de Enfermería exige volver a situarlos dentro del único contexto que les da todo su sentido, su significado real: el contexto de la VIDA, o más exactamente, el contexto del proceso de VIDA y MUERTE al que los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de la existencia. Habla de Cuidar como un acto de VIDA, un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Sin embargo, aunque para ella lo relevante es la persona cuidada, nos muestra los enormes cambios producidos principalmente a partir del siglo XX. Los avances científicos y el desarrollo de la tecnología dan lugar a una situación de hegemonía del modelo biomédico, pasando la enfermedad y la técnica a ocupar el centro de la atención y la persona a un segundo plano. Esta es una de las consecuencias del modelo biologicista, todavía hegemónico en nuestra sociedad e instituciones sanitarias. Su influencia es muy potente, sus raíces son muy sólidas porque están contruidas de tradición, costumbres, valores, creencias y ciencia.

Hoy día sabemos, a través de los estudios científicos, la importancia que tiene para la salud trabajar con las personas desde un enfoque integral y a nadie se le ocurre pensar que la salud es una cuestión únicamente biológica. Siguiendo a Collière¹⁴, “lo que determina la necesidad de proporcionar cuidados de enfermería

no podría estar relacionado únicamente con la gravedad o levedad de una enfermedad o defecto físico considerado aisladamente, sino con la interrelación existente entre las posibilidades, capacidades y recursos de la persona en el periodo de la vida en que se encuentra, las de sus allegados y de su medio de vida, y el defecto físico, las dificultades que tiene o las consecuencias funcionales de las alteraciones debidas a su enfermedad”.

Ya en la Carta de Ottawa en 1986, se dice que “La salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar”.

Abordar el cuidado con el fin de mantener o aumentar la salud y el bienestar de las personas a partir, no solo de las acciones de enfermería, sino de las responsabilidades de cada individuo/familia/comunidad, es un objetivo complejo que requiere una base teórica adecuada a este propósito. Dorotea Orem¹⁷ desarrolló una Teoría General de Enfermería integrada por la Teoría del Autocuidado, la Teoría de Déficit de Autocuidado, y la Teoría del Sistema de Enfermería. Esta autora dice que el principal trabajo de la enfermera es proporcionar Enfermería de acuerdo con las responsabilidades que tienen las personas de asumir el compromiso con el autocuidado relacionado con la salud, producirlo y manejarlo.

En el momento actual, en que aumentan los datos de morbilidad y mortalidad relacionados con el incremento de la enfermedad crónica, los organismos nacionales e internacionales dirigen sus discursos hacia la necesidad de trabajar con las personas y desarrollar sus capacidades de autocuidado. Probablemente esta sea una de las razones que hacen que la teoría de Orem esté presente en multitud de investigaciones de carácter internacional^{18,19} y que la teoría del déficit de autocuidado tenga gran aceptación entre las y los profesionales de Enfermería. Se puede asumir, en base a los estudios citados, que esta teoría puede utilizarse en cualquier ámbito social y que las personas no han de tener necesariamente problemas de salud, ya que puede ser explorada para facilitar acciones encaminadas a la educación y promoción de la salud. Los resultados de estas investigaciones muestran que el apoyo educativo es relevante tanto en el cuidado de las personas sanas como en las que tienen problemas de salud, así como también la importancia de la disponibilidad de las personas para participar con la enfermera y lograr su independencia a través del autocuidado.

La meta de la Enfermería desde de esta perspectiva es **empoderar a las personas para que satisfagan sus necesidades de autocuidado, ayudándolas a desarrollar y ejercer sus capacidades de autocuidado**

COMPRENDER EL AUTOCUIDADO

MODELO DE OREM

Dorotea Orem, en su búsqueda de la comprensión de la Enfermería, culmina en 1970 la denominada **Teoría de Enfermería del Autocuidado**¹⁷, que integra a su vez la teoría del Autocuidado, la teoría del Déficit de Autocuidado y la teoría del Sistema de Enfermería.

Orem explica en su **Teoría del Autocuidado** que en el término autocuidado, la palabra “auto” se utiliza de forma dual: “cuidados para uno mismo” y “cuidados realizados por uno mismo”. *“El autocuidado es la práctica de actividades que las personas inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, su salud y su bienestar”.*

La persona que lleva a cabo la acción de autocuidado se denomina *agente de autocuidado*. Normalmente los adultos cuidan de sí mismos de forma voluntaria y son su propio agente de autocuidado. Pero si la persona que realiza la acción de autocuidado no es la misma que la que tiene la necesidad del cuidado, entonces hablamos de *agente de cuidado dependiente*. Este es el caso de los lactantes, niños, ancianos, enfermos e incapacitados que requieren cuidados completos o parciales de ayuda a las actividades de autocuidado y precisan de un agente de cuidado dependiente que será, según el caso, un familiar o allegado (los padres en caso de un niño o el cuidador/a principal en caso de un adulto o mayor) o un/a profesional de la salud (la enfermera).

Una de las afirmaciones básicas de la teoría del Autocuidado es considerar el autocuidado como una **conducta**, esto es, como un comportamiento aprendido que existe en situaciones concretas de la vida y constituye una contribución constante del individuo para mantener su propia existencia, su salud y su bienestar.

Al ser una conducta, el autocuidado se considera una **acción intencionada**, esto significa que es una actividad que persigue un propósito u objetivo. Lo que implica que previamente la persona ha hecho una búsqueda, una reflexión, un juicio sobre la situación y una toma de decisiones voluntaria sobre lo que es apropiado hacer o no en las condiciones y circunstancias presentes en cada momento. A su vez esto supone que las acciones de autocuidado buscan un resultado esperado y que este se identifica antes de emprender la acción. A modo de ejemplo, cuando una persona inicia las acciones de preparar la comida para alimentarse (autocuidado básico para

el mantenimiento de la vida) busca como resultado calmar el hambre, prepararse para el gasto energético de un día de trabajo o disfrutar comiendo, y cualquiera de estos propósitos los identificó antes de comenzar la acción.

La conducta de autocuidado es necesaria para el funcionamiento vital de la persona, por ello cada persona realiza diariamente, para sí misma o sus seres queridos dependientes, un mínimo de actividades para el mantenimiento de su salud y bienestar.

Sin embargo esta conducta no es innata, sino que se aprende y Orem desarrolló dos premisas para ella:

1.- El autocuidado es una conducta **aprendida** a través de las relaciones interpersonales y la comunicación.

2.- Las personas adultas tienen el **derecho y la responsabilidad** de cuidar de sí mismas para mantener la vida y la salud y pueden tener tal responsabilidad sobre otras personas.



Factores Básicos Condicionantes (FBC)¹⁷

La **conducta de autocuidado**, como acción intencionada o comportamiento de la persona, se ve afectada por factores que condicionan su desarrollo. Estos factores son propios de la persona o del ambiente en el que vive y van a influir en el tipo de acciones de autocuidado que se emprenden, pero también en los objetivos o resultados esperados y en la capacidad de la persona para el autocuidado.

A los factores que condicionan la conducta de autocuidado Orem los denominó **Factores Básicos Condicionantes**, y los agrupó en un listado de 10:

1.- La edad.

2.- El sexo.

3.- El estado de desarrollo. Lo que implica el nivel de madurez de la persona y los conocimientos, habilidades o recursos personales para las acciones de autocuidado.

- 4.- El estado de salud.
- 5.- La orientación sociocultural respecto a la salud y su cuidado. Educación y hábitos aprendidos sobre las acciones de autocuidado derivados de la cultura.
- 6.- Los factores del sistema de cuidados de salud como diagnósticos de enfermedad y tipo de tratamientos.
- 7.- Los factores del sistema familiar. Posición que ocupa la persona en la constelación familiar, relaciones y roles familiares.
- 8.- El patrón de vida propio de la persona. Las actividades en las que se ocupa regularmente, el autoconcepto y las elecciones personales. Las personas pueden elegir ocuparse o no de acciones específicas de autocuidado.
- 9.- Los factores ambientales. Relacionados con el lugar de residencia.
- 10.- La disponibilidad y adecuación de los recursos. Factores socioeconómicos.

Una persona adulta que padece Diabetes Mellitus II y trabaja conduciendo un camión de transportes internacionales, tiene en su patrón de vida un importante factor condicionante para las acciones de autocuidado que tiene que realizar debido a su enfermedad

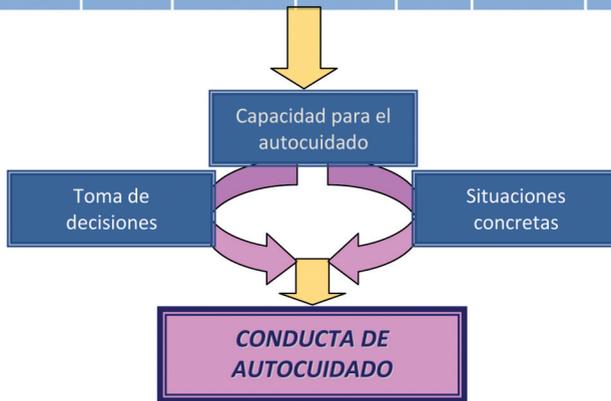
Estos factores que van a condicionar el tipo de conducta de autocuidado son de dos tipos: unos propios de la persona y otros del ambiente y se encuentran relacionados con lo que se define como las dos dimensiones del autocuidado:

- 1.- **La dimensión relacionada con las condiciones internas:** la acción intencionada de autocuidado implica aspectos internos de la persona como son la toma de conciencia de uno mismo, el pensamiento racional, el autoconcepto, el propósito consciente, las elecciones personales, la elaboración de un plan de acción y la disponibilidad para actuar de acuerdo al plan. Es la dimensión personal y voluntaria del autocuidado.
- 2.- **La dimensión relacionada con las condiciones externas:** esta segunda dimensión del autocuidado se relaciona con el ambiente en el que vive la persona y con los acontecimientos que se producen en la interacción de las personas y su entorno (disponibilidad de recursos de todo tipo, sistema familiar, orientación sociocultural, sistema sanitario...).

Factores condicionantes del autocuidado

Dos dimensiones: interna y externa

Edad	Factores del sistema familiar y posición en la familia	Patrón de vida propio. Valores y creencias	Orientación sociocultural. Hábitos aprendidos sobre las acciones de autocuidado	Factores del sistema de cuidados de salud	Estado de salud	Factores ambientales	Disponibilidad y adecuación de los recursos
------	--	--	---	---	-----------------	----------------------	---



Fuente: Elaboración propia.

Para poder intervenir en el fomento y/o desarrollo de la conducta de autocuidado de las personas será **imprescindible** que la enfermera recopile datos sobre sus **Factores Básicos Condicionantes** en la valoración inicial y de manera continuada mientras proporciona cuidados de Enfermería

*Requisitos de autocuidado*¹⁷

El autocuidado persigue el mantenimiento de la propia vida, salud y bienestar. A las expresiones de las acciones necesarias para lograr esos objetivos en salud y bienestar se le denomina **“Requisitos de autocuidado”**. El concepto de requisito también lo podemos asimilar al de necesidades y el objetivo principal será satisfacer las necesidades de autocuidado.

La forma de cubrir los requisitos de autocuidado varía entre los diferentes grupos sociales y de unos individuos a otros. De ahí la importancia de que la enfermera

tenga conocimiento sobre los FBC, ya que van a influir en la predilección y el deseo de las personas por actuar en determinadas circunstancias y de forma diferente y específica, lo que, en último término, no es sino un ejercicio de su derecho a mantener el control sobre el propio patrón de vida.

Hay 3 tipos de requisitos de autocuidado:

- ▶ **Requisitos de autocuidado universal.** Son comunes a todas las personas y durante todas las etapas vitales porque tienen que ver con las necesidades de mantenimiento de la vida, el bienestar y la integridad funcional (alimentación, respiración, actividad, prevención de los peligros, descanso, interacción social...). Abarcan, por tanto, los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales que son fundamentales para la vida. Los requisitos universales son similares a las necesidades básicas.
- ▶ **Requisitos de autocuidado del desarrollo.** Son requisitos de autocuidado universal específicos y diferentes en función de la etapa vital (p.e. adolescencia) o nuevos requisitos asociados a la condición en la que se encuentra la persona (p.e. embarazo) o a un acontecimiento vital (p.e. duelo). Tienen como objetivo favorecer la maduración y el desarrollo humano.
- ▶ **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.** Existen cuando las personas tienen problemas de salud o alguna discapacidad o lesión. Tienen que ver con las acciones de autocuidado que se derivan de esa situación y su finalidad será controlar y/o mitigar los efectos de la enfermedad o regular su progresión. Estos requisitos no surgen solo de la enfermedad en sí misma, sino también de las técnicas diagnósticas y las pautas de tratamientos y cuidados prescritos.

La valoración enfermera por **patrones funcionales de M. Gordon** permite recoger tanto los **requisitos de autocuidado como los factores básicos condicionantes** por lo que posibilita la identificación de la conducta de autocuidado

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud¹⁷

Dado que este documento está centrado en el autocuidado de las personas con problemas de salud crónicos nos detendremos en los requisitos de autocuidado de desviación de la salud debido a que son objeto de la práctica enfermera en estas situaciones.

Orem agrupa en **6 tipos diferentes las acciones de autocuidado** en caso de enfermedad o desviación de la salud:

- 1.- Buscar y asegurar la ayuda profesional adecuada.
- 2.- Tomar conciencia y prestar atención a los efectos que los problemas de salud tienen sobre el funcionamiento y/o el desarrollo normal.
- 3.- Llevar a cabo, de forma eficaz, las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
- 4.- Tomar conciencia y prestar atención a los efectos adversos de las medidas de cuidados prescritas.
- 5.- Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse como una persona con un estado de salud determinado y necesitada de cuidados de salud específicos.
- 6.- Aprender a vivir con las consecuencias del problema de salud, adoptando un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo.

A modo de ejemplo, una conducta de autocuidado en una persona con obesidad es buscar ayuda profesional, pero si la persona no tiene conciencia de los efectos que la obesidad tiene para su salud, puede que no busque ayuda profesional. En este caso la primera intervención de la enfermera para fomentar la conducta de autocuidado será favorecer la toma de conciencia del problema de salud.

En relación a la enfermedad hay dos aspectos a considerar:

1.- La cantidad y calidad de las acciones de autocuidado se verán incrementadas y/o modificadas.

En caso de enfermedad habrá que satisfacer unos requisitos específicos derivados de ella, realizar **nuevas acciones** de autocuidado propias del régimen terapéutico como pueden ser la realización de la medición de la glucemia, la monitorización del peso o la tensión arterial, el manejo de la oxigenoterapia o los inhaladores, etc. Esta circunstancia **incrementa** el número de acciones de autocuidado.

Además los requisitos de autocuidado universal **pueden cambiar**, en cuyo caso las acciones de autocuidado han de adaptarse a la nueva situación, por ejemplo, es frecuente que la alimentación y la actividad física haya que modificarlas en el caso de una enfermedad crónica.

La cantidad de acciones que ha de llevar a cabo la persona para lograr los objetivos de autocuidado cuando padece una enfermedad se denomina **demanda de autocuidado terapéutico**. Este término expresa la **totalidad** de las acciones de autocuidado, que como se ha visto, están aumentadas.

2.- La enfermedad puede limitar lo que una persona puede hacer para sí misma.

La persona puede verse afectada, no sólo en su capacidad funcional para realizar las acciones instrumentales de autocuidado, sino en su capacidad de razonar, de tomar decisiones y de elegir adecuadamente las acciones a realizar. Los cambios en el estado de salud pueden provocar sentimientos que afectan al autoconcepto y autoestima, y las personas afectas pueden sentirse incapaces de funcionar normalmente, lo que podría influir en su conducta de autocuidado.

Una persona que ha sufrido un infarto agudo de miocardio tendrá que realizar acciones en relación a los **requisitos de autocuidado de desviación de la salud** como: el control del peso, el manejo de la tensión arterial, de las revisiones sanitarias, de la medicación... Además tendrá que **adaptar las acciones** de los requisitos universales en relación a la alimentación, el ejercicio, la prevención de riesgos (tabaco, alcohol)...

Y también **puede sentir** que ya no va a “funcionar” como antes, que no podrá trabajar o mantener su sexualidad igual que antes...y sentir que “ya no valgo para nada”

En estos casos Orem habla de **capacidad o limitación para el autocuidado** e introduce el concepto de déficit de autocuidado. Pero antes es preciso hablar de la capacidad de las personas para el autocuidado, que Orem denomina la Agencia de autocuidado.

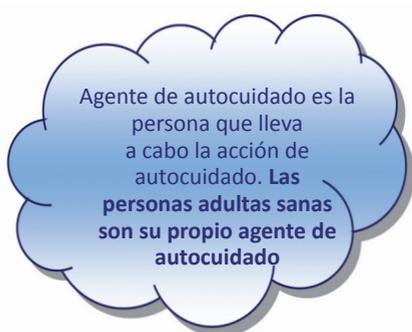
En una situación de **desviación de la salud** y en relación al autocuidado **hay dos aspectos** que la enfermera deberá valorar:

- 1.- Los cambios en el número y en el tipo de acciones de autocuidado a realizar.
- 2.- La afectación de la capacidad de la persona para el autocuidado. Podrá estar limitada o no.

Agencia de autocuidado¹⁷

Este término se refiere a la **capacidad** de las personas para realizar las acciones necesarias para cuidar de sí mismos, cuando esto ocurre ellos mismos son su propia agencia de autocuidado. Si la persona realiza las acciones para cuidar de otros se denomina *agencia de cuidado dependiente*.

La agencia (capacidad) de autocuidado es la **compleja capacidad adquirida** para satisfacer los requisitos continuos del cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la salud, el bienestar y el desarrollo humano. Al ser una capacidad adquirida es individual y varía de acuerdo al estado de maduración y de salud de las personas, a su nivel de educación o aprendizaje adquirido, experiencias vitales, influencias culturales, uso de los distintos recursos en la vida diaria, etc. El desarrollo de esta capacidad se ve influido por los factores básicos condicionantes.



La capacidad para el autocuidado cuenta con una serie de componentes que facultan a la persona como agente de autocuidado:

- 1.- Habilidad para mantener la atención sobre uno mismo y sobre los factores internos y externos que condicionan el autocuidado.
- 2.- Uso controlado de la energía física disponible y suficiente para iniciar y mantener las acciones de autocuidado.
- 3.- Habilidad motora para controlar los movimientos del cuerpo necesarios para las acciones de autocuidado.
- 4.- Habilidad para razonar dentro de marco del autocuidado de referencia.
- 5.- Motivación, es decir, orientación del autocuidado hacia unos objetivos de acuerdo con su significado para la vida, la salud y el bienestar.
- 6.- Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo y hacer operativas estas decisiones.
- 7.- Habilidad para adquirir el conocimiento técnico necesario para el autocuidado.
- 8.- Poseer las habilidades cognitivas, perceptivas, prácticas y de comunicación adaptadas al desempeño de las acciones de autocuidado.

9.- Habilidad para organizar las acciones dentro de un plan elaborado para lograr los objetivos de autocuidado.

10.- Habilidad para integrar las acciones de autocuidado en los aspectos relevantes de la vida personal, familiar y comunitaria.

Estos componentes tienen que ver con las 3 áreas relacionadas con la conducta: **querer** (área de la motivación), **saber** (área cognitiva) y **poder** (área de las habilidades).

Las personas, en el desarrollo de las capacidades para el autocuidado, deben aprender las dos dimensiones del autocuidado: interna y externa.

La conducta de autocuidado es aprendida y requiere de la comprensión tanto de los requisitos de autocuidado como de las propias capacidades, es decir **un conocimiento de los objetivos y las prácticas de autocuidado**, así como un conocimiento específico sobre las **capacidades de uno mismo** para estar en situación de formular juicios y tomar decisiones. Y esto implica:

-  Conocimiento del estado de salud (percepción de salud) y del sistema sanitario (qué se puede demandar y/o esperar)
-  Aceptación de uno mismo como necesitado de esa clase de cuidados, o al menos el deseo de lograr el objetivo del cuidado
-  Búsqueda y participación en los cuidados prescritos por profesionales sanitarios en caso de problemas de salud o la búsqueda de revisiones periódicas del estado de salud
-  Emitir juicios, tomar decisiones, desarrollar estrategias de autocontrol de la conducta y de manejo del entorno para la obtención y utilización de los recursos
-  Acciones personales de auto-restricción, reorientación e interiorización de las reflexiones, sanciones y motivaciones

Cuando la persona **desarrolla la capacidad para el autocuidado** teniendo en cuenta tanto los condicionantes internos como los externos, la conducta de autocuidado va más allá de los hábitos o prácticas aprendidas culturalmente, porque la persona desarrolla **pensamiento crítico y capacidad para la toma de decisiones**, y adquiere mayor autonomía en las decisiones sobre su salud (empoderamiento en salud)

Déficit de autocuidado¹⁷

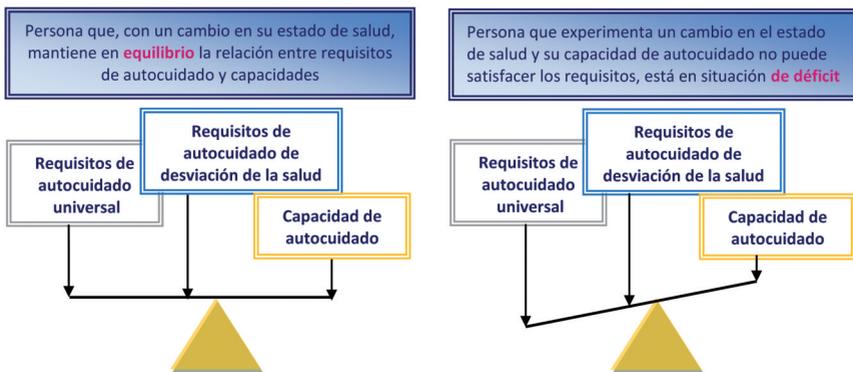
Orem introduce el concepto de déficit de autocuidado cuando hay una **limitación para el autocuidado**. Es preciso recordar que, en caso de enfermedad, se deben considerar dos aspectos:

- 1.- La cantidad y el tipo de acciones de autocuidado que es necesario realizar para satisfacer los objetivos o necesidades de autocuidado: **demanda de autocuidado terapéutico**.
- 2.- La capacidad de la persona o **agencia de autocuidado** para satisfacer las necesidades u objetivos de autocuidado.

El término **déficit de autocuidado** se refiere, no tanto al hecho del diagnóstico de enfermedad, sino a la relación entre la capacidad de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de las personas, y se aplica cuando las capacidades de autocuidado presentan limitaciones para satisfacer todos o algunos de los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico.

Demanda de autocuidado terapéutico (nº y secuencia de acciones)

Capacidad de autocuidado



La limitación para el autocuidado puede ser **total o parcial**, afectando incluso a la capacidad de satisfacer **un solo requisito** de autocuidado dentro de toda la demanda de autocuidado terapéutico.

A modo de ejemplo, una persona con diabetes ve modificada su alimentación (autocuidado universal). Esta enfermedad requiere un conocimiento específico del tipo de alimentos, cantidades y distribución a lo largo del día, y la persona debe realizar un mayor nº de acciones para alimentarse (pesar los alimentos, cocinar de forma

diferente) debido a la enfermedad (tiene unos requisitos de autocuidado de desviación de la salud). Realizar estas acciones de autocuidado implica un aprendizaje y el desarrollo de las capacidades y habilidades necesarias, no solo para realizar las acciones, sino también para la toma de decisiones (p.e. qué comer y cómo actuar en una celebración familiar). Dependiendo de la conducta de autocuidado de la persona, la enfermera podrá determinar si se cubre la demanda de autocuidado o si hay limitaciones para ello, en cuyo caso estamos ante un déficit de autocuidado.

Necesidades (requisitos) de autocuidado universal	}	Demanda de autocuidado terapéutico
+ Necesidades de autocuidado de desviación de salud		

La presencia de una de las siguientes condiciones, o la combinación de algunas de ellas, constituiría la evidencia de que estamos ante un déficit de autocuidado:

- Falta de ocupación continuada en el autocuidado o falta de adecuación de las acciones para conseguir los objetivos de autocuidado.

“Estilo de vida con sobrecarga en el cuidado de otros y desatención de una/o misma/o”

- Toma de conciencia limitada o falta de conciencia del yo o del entorno.

*“Falta de aceptación del diagnóstico de enfermedad:
Solo tengo el azúcar un poco alta”*

- Limitaciones para la toma de decisiones sobre el autocuidado relacionadas con la falta de conocimientos y familiaridad con las condiciones internas y/o externas del autocuidado.

“Debut de la enfermedad”

- Indicadores de mal funcionamiento que dan lugar a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y/o al ajuste de requisitos de autocuidado universal.

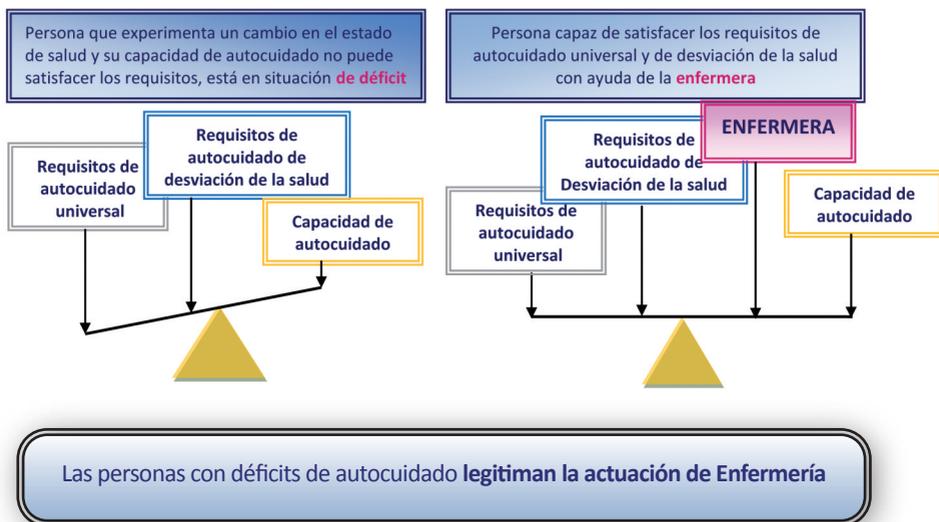
“Aparición de signos de pie diabético y las nuevas acciones que hay que realizar”

- Necesidad de incorporar nuevas acciones de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia.

“Cambio de tratamiento de antidiabéticos orales a insulina”

- Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la conducta.

“Inicio de deterioro cognitivo”



Cuidado dependiente

Es preciso pararse a comprender los conceptos de cuidado dependiente, agencia y agente de cuidado dependiente, dado que este documento pretende ayudar a la enfermera Familiar y Comunitaria en el contexto de la atención a la persona con enfermedad crónica.

En los estadios más avanzados de la enfermedad crónica las personas presentan a menudo estados de dependencia y requieren ayuda total o parcial para las actividades de autocuidado (situación de déficit). **La atención en estos casos se presta principalmente en el domicilio y con la participación de la familia en el autocuidado.**

Cuando la persona que realiza la acción de autocuidado no es la misma que la que recibe el cuidado se habla de cuidador/a, y en palabras de Orem “agente de cuidado dependiente”. En el caso de pacientes con enfermedad crónica avanzada o en la etapa de final de la vida, a menudo, el agente de cuidado dependiente es alguien de la familia. Al valorar la capacidad de autocuidado se habrá de tener en cuenta la capacidad del cuidador o cuidadora (agencia de cuidado dependiente) e identificar la situación de déficit en función de ella.

La enfermera familiar y comunitaria lidera la atención domiciliaria, apoyando el cuidado dependiente

La persona cuidadora que realiza el cuidado dependiente trabaja en estrecha colaboración con la enfermera de referencia y debe desarrollar capacidades para realizar las acciones de autocuidado derivadas del régimen terapéutico, y de reconocimiento y actuación ante signos de alarma.

Cuidar de un familiar produce un deterioro de la salud, ampliamente documentado bajo el término “la carga del cuidado” o “el síndrome del cuidador”²⁰⁻²³. Este desgaste de las cuidadoras (alrededor de un 80% son mujeres) afecta a la esfera física y emocional, pero también a la profesional o económica. Algunos estudios identifican ansiedad en el 40% del total de cuidadoras²¹.

Los estudios muestran que las cuidadoras familiares requieren un apoyo tanto técnico como emocional, por lo que deben ser objeto de atención enfermera y no meros instrumentos de cuidado⁵. Se deberán, por tanto, determinar sus necesidades de autocuidado y establecer los medios para satisfacerlas, reconociendo la importancia de proteger su salud, bienestar y desempeño del rol cuidador, previniendo la claudicación o el cansancio del rol del cuidador²⁴.

Teoría del Sistema de Enfermería¹⁷

La teoría del sistema de enfermería define los componentes de la Enfermería y la relación entre las características del paciente y las de la enfermera. Define la *Agencia de Enfermería* como la capacidad compleja adquirida mediante el estudio especializado y mediante la experiencia de situaciones reales de enfermería. Este conjunto de cualidades capacita a la enfermera para ayudar a otras personas a conocer y satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico de sí mismas o de otras en situación de déficit de autocuidado derivado de la salud, y para ayudar a las personas a desarrollar la agencia de autocuidado o de autocuidado dependiente.

Para Orem la Enfermería incluye hacer una valoración veraz sobre las capacidades de las personas para el autocuidado y ponerlas en relación con la demanda de autocuidado terapéutico. La enfermera identifica las capacidades de autocuidado que tienen las personas para poder emitir juicios sobre los déficits de autocuidado existentes y sus causas, con el fin de seleccionar y prescribir métodos de ayuda válidos.

Describe tres sistemas de enfermería, como formas de intervenir para ayudar a satisfacer los requisitos de autocuidado de las personas. Define dónde se ubica la responsabilidad de la enfermera, los tipos de acciones requeridas para satisfacer la demanda de autocuidado, los roles de la enfermera y de los y las pacientes y las relaciones entre ambos. Son los siguientes:

- ▶ **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La capacidad de autocuidado de la persona enferma es tan limitada que la enfermera realiza el cuidado terapéutico compensando su incapacidad.
- ▶ **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** La capacidad de autocuidado de la persona enferma tiene limitaciones parciales para las acciones de autocuidado y requiere ayuda de la enfermera para satisfacer algunos requisitos de autocuidado.
- ▶ **Sistemas de enfermería de apoyo/educación:** La capacidad de autocuidado de la persona tiene limitaciones de conocimientos o habilidades prácticas, en la toma de decisiones o el control de la conducta. La enfermera proporciona guía y soporte, enseñanzas y relación de ayuda para fomentar la conducta de autocuidado.

La enfermera familiar y comunitaria utiliza mayoritariamente **los sistemas de apoyo/educación** en las siguientes situaciones:

- La persona puede realizar las acciones de autocuidado pero necesita guía y soporte.
- La persona necesita enseñanza para las acciones de autocuidado.
- La persona necesita un entorno favorecedor para el desarrollo de las capacidades para el autocuidado.
- La persona es competente para el autocuidado y requiere una guía periódica que es capaz de buscar. En este caso el rol de la enfermera es principalmente de consultora.

La enfermera familiar y comunitaria utiliza **los sistemas de apoyo/educación** en la prevención y promoción de salud y en la atención a las personas con enfermedad crónica de **complejidad leve y media**. En pacientes complejos, con enfermedad crónica avanzada y/o en la etapa del final de la vida, combina este sistema con **los sistemas parcialmente compensadores**.

FOMENTAR EL AUTOCUIDADO

El aprendizaje del autocuidado

El autocuidado es una acción que resulta del aprendizaje y crecimiento vital producidos por las experiencias como cuidador de sí mismo y de quienes forman parte de su entorno. Por ello cobra auge como concepto educativo, con gran potencial para influir positivamente en el estilo de vida de las personas. Esta influencia es lo que hace que el fomento del autocuidado, desde los sistemas de enfermería de apoyo/educación definidos por Orem, constituya una estrategia clave para el desarrollo de conductas de protección de la salud²⁵⁻²⁸.

La enfermera familiar y comunitaria, como experta en el cuidado y como acompañante constante de las personas con una enfermedad crónica, es la profesional idónea para conseguir que mejoren la conducta de autocuidado y se comprometan con el cuidado de su salud.

En este momento adquiere relevancia el desarrollo de estrategias de apoyo y soporte al autocuidado que promuevan la participación y la implicación de las personas en el mismo. Al mismo tiempo, con el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, cada vez es más frecuente contar con pacientes que buscan de manera activa información sobre sus problemas de salud. Se está produciendo así, un cambio en el rol tradicional que hasta ahora han adoptado los y las pacientes respecto a su enfermedad, las personas quieren conocer y participar en las decisiones sobre su salud. Del mismo modo **debe cambiar el modelo de relación entre profesionales y pacientes**, pasando de uno “paternalista” y “directivo” a otro “colaborativo”, que acepta y fomenta su implicación en la toma de decisiones sobre su salud.

No es lo mismo
paciente informado/a
que paciente
empoderado/a

Cabría preguntarse si estar informado significa estar en condiciones de tomar decisiones sobre la salud. La OMS define como “**empoderamiento para la salud**” al proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El **empoderamiento para la salud individual** se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer el control sobre su vida personal y el **empoderamiento para la salud de la comunidad** supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de salud y la calidad de vida de su comunidad²⁹.

El empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen²⁹.

La OMS considera que el empoderamiento es un concepto esencial de la promoción de la salud. Aparece como uno de los seis puntos clave en la guía de actuaciones de la Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles: *“las personas deben ser empoderadas para promocionar su propia salud, para interactuar con los servicios sanitarios y participar activamente en la gestión de la enfermedad”*³⁰.

También la OMS propugna un modelo de atención a pacientes crónicos, que tiene entre sus componentes el apoyo a la educación de estos y su familia y habla de *“el cuidado innovador para enfermedades crónicas”*. En este modelo la educación no es una simple transmisión de conocimientos desde el/la profesional de salud sino que, con un compromiso activo de los y las pacientes, les ayuda a comprender sus conductas de salud, a estimular sus habilidades y a desarrollar sus propias estrategias para vivir tan saludablemente como puedan y quieran³¹.

De este planteamiento emergen nuevas concepciones sobre el rol de paciente como *“paciente informado, activo, experto y empoderado”*. Existen matices entre estos conceptos aunque a veces se utilizan de manera indistinta.

En España existe un interés creciente en el desarrollo de programas que den un papel más activo a las personas con enfermedad crónica. Con estos programas se pretende su empoderamiento a través de intervenciones grupales, basadas

Paciente Empoderado: Persona con capacidad para tomar decisiones, ejercer el control sobre su vida y establecer un modelo deliberativo de relación con los y las profesionales que le atienden

En relación a la **conducta de autocuidado**, implica saber identificar las características de sus demandas de autocuidado, respondiendo a ellas a través de la adquisición de los conocimientos y las habilidades necesarias que le ayuden a gestionar el impacto físico, emocional y social de su situación, mejorando así su calidad de vida

Paciente Activo/Paciente Experto: Ambos términos se refieren a un/a paciente empoderado/a, con un grado avanzado de manejo sobre su enfermedad crónica y que, en algunos casos, puede actuar como formador o formadora de otras personas con la misma enfermedad

en el aprendizaje vicario (aprender de personas similares a uno mismo) y aprendizaje social, que son llevadas a cabo por pacientes activos/expertos que desempeñan un rol educador para otras personas que se encuentran en una situación similar a la suya, favoreciendo la autoeficacia y el afrontamiento.

Los sistemas de Enfermería de apoyo/educativo, tienen como objetivo mejorar la capacidad de autocuidado de las personas, y esto implica que adquieran la motivación, los conocimientos y las habilidades necesarias que les permitan tomar decisiones autónomas sobre sus conductas en salud, y esto no se consigue sólo con que las personas estén informadas.

“Promocionar el autocuidado es Promocionar la salud”

El concepto de autocuidado está estrechamente relacionado con el concepto de aprendizaje. Su definición ha sido objeto de extensos debates ya que es analizado desde distintas perspectivas. En términos generales, el aprendizaje se refiere a la adquisición de conocimientos, actitudes y destrezas que desarrollan comportamientos o producen cambios en los mismos. El proceso de aprender es lo que ocurre en esta sucesión de cambios, de manera muy dinámica²⁷. El entorno y el clima para que se produzca han de favorecer la comodidad y seguridad física, el respeto, ayuda y confianza mutua, la libertad de expresión y aceptación de las diferencias interpersonales así como el mantenimiento de una relación de mutua reciprocidad, igualdad y democracia entre docente y discentes²⁸.

Para el desarrollo de la conducta de autocuidado se pueden utilizar distintos tipos de estrategias, como son:

- La Educación para la Salud (EpS)
- El Entrenamiento del Autocuidado

Ambas se pueden utilizar como parte de un plan de cuidados individualizado o dentro de una intervención grupal.

¿Sabías que... hay **intervenciones enfermeras** para la educación de los y las pacientes?

La educación para la salud y el aprendizaje significativo

“La educación para la salud se configura como cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación en la que la gente **desee** vivir sana, **sepa** cómo alcanzar la salud, **haga** lo que pueda, individual y colectivamente para mantenerse en salud, y **busque** ayuda cuando la necesite”³². Por tanto, es una estrategia de salud que nos sirve para ayudar a crear oportunidades de aprendizaje que faciliten el cambio de estilos de vida hacia las alternativas más saludables (enfoque de desarrollo personal), pero además la EpS también tiene que servir para que las personas conozcan y analicen las causas sociales, económicas y ambientales que influyen en su salud (enfoque de desarrollo social)³².

El modelo priorizado en educación para la salud es el basado en el **aprendizaje significativo**. La teoría del aprendizaje significativo, aprendizaje a largo plazo o teoría constructivista, fue descrita por David Ausubel, Joseph Novak y Helen Hanesian en los años 70. Según ésta, para aprender es necesario relacionar los nuevos aprendizajes a partir de ideas, experiencias, vivencias y modelos cognitivos, reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso educativo. El objetivo fundamental de la educación es el aprendizaje en las tres áreas de la persona: la **cognitiva** (pensar), la **afectiva** (sentir) y la **psicomotora** o de las habilidades (hacer).



El aprendizaje es **significativo** porque es una construcción del conocimiento en la que unas piezas nuevas (nuevos conocimientos) encajan con otras ya existentes (conocimientos previos), formando un todo coherente que constituye el nuevo aprendizaje y es **perdurable en el tiempo**^{33,34}.

Bajo este enfoque es tan importante **lo que se aprende como el modo en que se aprende**, por lo que cobra importancia el papel del educador. El o la docente, en este caso la enfermera, es mediador del aprendizaje y, por tanto, debe orientar el proceso educativo para que cada persona sea capaz de aprender por sí misma³⁵.

El proceso de aprender no se da de igual manera en la infancia que en la etapa adulta. Para que el aprendizaje se desarrolle en las personas adultas se tienen que dar los siguientes requisitos^{35,36}:

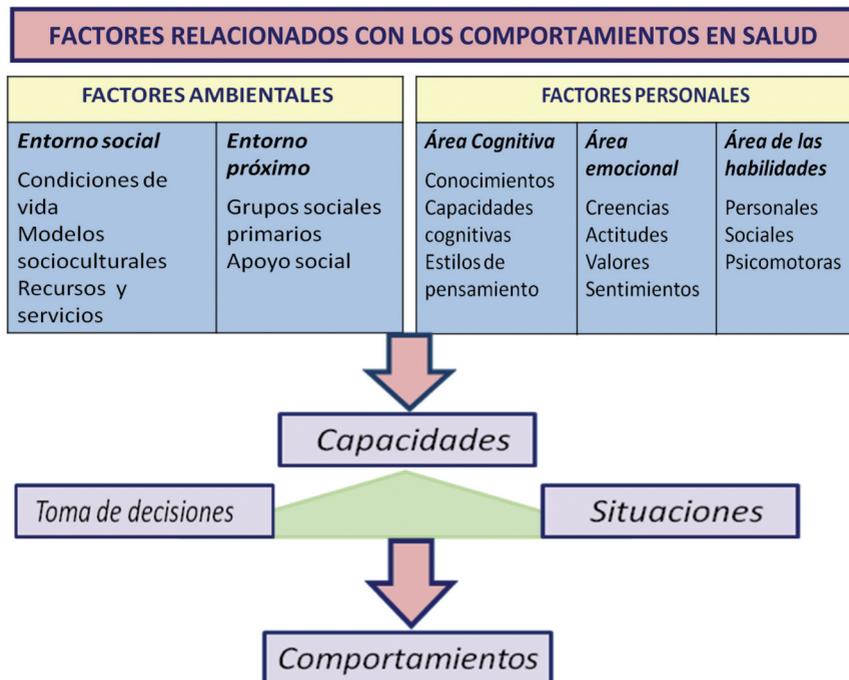
- 1.- La nueva información debe tener relación con los conocimientos previos.**
Los conocimientos previos son los fundamentos de la construcción de los nuevos significados. El eje sobre el cual gira el proceso de aprendizaje ha de ser la experiencia de vida de la persona. Esta es una fuente de aprendizaje relevante aunque en ocasiones pueda suponer una barrera.
- 2.- El contenido debe ser potencialmente significativo para la persona.** Para que le sea interesante el contenido tiene que poseer un significado interno para la persona (lógico y/o psicológico) y una estructura con una lógica aceptable. Las personas necesitan saber por qué deben aprender algo antes de intentar hacerlo, qué beneficios les reportará y cómo aplicarán los resultados del aprendizaje en su vida. Suelen estar más motivadas a aprender sobre lo que perciben que les ayudará a realizar tareas o a manejar mejor los problemas dentro del contexto de su vida o rol social.
- 3.- Las personas tienen que estar motivadas para el proceso de aprendizaje.** La motivación constituye el elemento determinante del aprendizaje. Las personas adultas tienen una mayor tendencia a estar motivadas por factores internos (motivación intrínseca): el deseo de encontrar en lo aprendido una utilidad práctica para enfrentarse a situaciones de la vida real.
- 4.- Las personas deben poseer un repertorio de estrategias de aprendizaje.** El objetivo del aprendizaje de estrategias es fomentar la independencia de las personas en la consecución de aprendizajes significativos, perdurables en el tiempo. Para ello hay que fomentar el conocimiento sobre la estrategia que se quiere fomentar, pero también el conocimiento de cómo aplicarla y sobre cuándo, dónde y por qué utilizarla.

La educación para la salud es un método útil para fomentar conductas de autocuidado, las áreas de intervención prioritarias serán los requisitos de autocuidado: **universales, de desarrollo y de desviación de la salud**. Estas áreas de intervención van a condicionar los objetivos y planteamientos de la formación, ya que son necesarios conocimientos, actitudes y habilidades para comprender y satisfacer los requisitos de autocuidado teniendo en cuenta los factores que condicionan la conducta de autocuidado.

!!!Recuerda!!!

Para fomentar la conducta de autocuidado hay que **facilitar el aprendizaje desde la experiencia previa de las personas, teniendo en cuenta sus creencias, actitudes, valores y habilidades**, y los aspectos de su patrón de vida, elementos todos incluidos en los factores básicos condicionantes definidos por Orem

El autocuidado, al ser una conducta, está condicionado por factores, relacionados con la dimensión interna y externa del autocuidado (FBC), que son similares a los factores relacionados con los comportamientos en salud, tal y como muestra la siguiente tabla.



Fuente: Imagen tomada de Pérez Jarauta, M.J., Echauri Ozcoidi, M., Ancizlurre, E., Chocarro San Martín, J. Manual de Educación para la Salud. Gobierno de Navarra. 2006.

¿Sabías que...?

Los factores relacionados con el comportamiento en salud son muy semejantes a los factores básicos condicionantes de la conducta de autocuidado.

Factores ambientales: Orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados, factores relacionados con el sistema familiar, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos.

Factores personales: Edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, patrón de vida de la persona.

Existen distintos niveles de intervención de **Educación para la Salud** y se utiliza uno u otro de acuerdo a las circunstancias, la oportunidad o las necesidades educativas de cada persona. Cada uno tiene su metodología específica (Anexo I):

- Consejo breve estructurado
- Educación para la salud individual
- Educación para la salud grupal

El entrenamiento del autocuidado

La “Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”⁸ propone en la recomendación nº 22: “Establecer programas que fomenten el mantenimiento de la capacidad funcional de las personas apoyados por profesionales que actúen como **educadores/entrenadores en estrategias de autocuidado**”.

Y en la recomendación nº 33 este papel se le asigna a la enfermera: “Potenciar las actuaciones de los **profesionales de enfermería** en la atención a los procesos crónicos, orientando su responsabilidad en especial en el rol de educadores/entrenadores en autocuidados...”.

Así mismo la “Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Comunidad de Madrid”³⁷, propone, en la Línea de ejecución 2, desarrollar un nuevo rol para los y las profesionales de enfermería de Atención Primaria: el “**rol de enfermera educadora/entrenadora en autocuidado**”.

Por tanto, es preciso analizar los elementos diferenciales entre el entrenamiento que aparece en las estrategias y la educación para la salud que forma parte de la práctica asistencial habitual de la enfermera comunitaria desde el inicio de la Atención Primaria.

La educación para la salud no plantea a las y los profesionales de enfermería ningún problema de asunción y puesta en práctica. La enfermera familiar y comunitaria desempeña el rol educador y lidera actividades educativas en los equipos de Atención Primaria desde hace años.

El entrenamiento en salud es un concepto que aparece como una nueva tendencia en educación para la salud de las personas con enfermedades crónicas y pretende contribuir a aumentar el autocontrol de su enfermedad³¹. Más concretamente Carmen Ferrer^{38,39,40} se refiere al **entrenamiento en autocui-**

dado, como un rol enfermero que va más allá de la educación. **La enfermera entrenadora en autocuidado**, con sus intervenciones y el acompañamiento personalizado de las personas con enfermedad crónica, busca conseguir la mayor autonomía posible en salud, mejorando la motivación y los conocimientos y ayudándoles a desarrollar las habilidades necesarias para alcanzar el mejor nivel de autocuidado y autogestión de su enfermedad.

Cabría discutir las diferencias que este concepto aporta frente al de una educación para la salud basada en los principios del aprendizaje significativo anteriormente expuestos. Una EpS que parte de la experiencia previa de las personas y que tiene en cuenta las creencias, actitudes, valores y habilidades de las personas y los aspectos de su patrón de vida.

El concepto de **entrenamiento en salud**, similar al de coaching, se define como: “ayudar a los y las pacientes a adquirir conocimientos, habilidades, herramientas y confianza para participar activamente en su cuidado, a fin de que puedan **alcanzar sus metas de salud, identificadas por ellos mismos**”⁴¹. Este matiz es relevante, ya que estamos hablando de las metas identificadas por la persona, en base a sus deseos y preferencias y en coherencia con su patrón de vida. Por ello es un concepto que se puede aplicar para el fomento de las conductas de autocuidado, el entrenamiento en autocuidado.

La técnica de entrenamiento en salud, o en autocuidado, apela al concepto de **autoeficacia percibida** descrito por Bandura⁴², que es la creencia de la persona en la propia capacidad para controlar las situaciones, independientemente de las habilidades que tenga. Parte de la idea de que existe una diferencia importante entre tener conocimientos y habilidades y ser capaz de utilizarlos en determinadas circunstancias. De este modo las concepciones sobre la propia capacidad afectan a los procesos de pensamiento y a los logros del desempeño. Al mismo tiempo las creencias sobre la eficacia de uno mismo tienen un papel importante en la auto-regulación de la motivación. Así, las personas tienden a evitar aquellas actividades que superan su capacidad de afrontamiento y, sin embargo, llevan a cabo aquellas que creen que son capaces de realizar. Y, en la medida en que las personas aumentan su nivel de autoeficacia percibida, también aumentará su predisposición para afrontar nuevos retos y, por tanto, su rendimiento a la hora de iniciar acciones para el autocuidado.



Según Bandura la autoeficacia se nutre de diferentes fuentes⁴³, por ejemplo:

- De las experiencias previas exitosas. *“Si una vez pude, puedo hacerlo ahora”*.
- De las experiencias vicarias, es decir, de ver el éxito de personas similares a uno mismo. *“Si otros pueden hacerlo, puedo hacerlo yo”*.
- De la persuasión social, que implica el refuerzo de los demás de que se tienen las capacidades necesarias para alcanzar las metas propuestas. *“Si los demás creen que puedo conseguirlo, será que realmente puedo”*.

En el caso de las personas con enfermedad crónica el entrenamiento en autocuidado requiere potenciar en ellas la creencia, **no solo de que tienen** que llevar a cabo un cambio de conducta, **sino de que pueden hacerlo**. Para conseguirlo hay que ayudarles a fijar sus objetivos de forma realista, de acuerdo a sus deseos y sus posibilidades, a vencer las dificultades mediante técnicas de resolución de problemas y a conseguir apoyo social, tanto de su red relacional más cercana como de los servicios sanitarios. Se trata de desarrollar en estas personas el talento, aumentar las habilidades y estimular las potencialidades⁴⁴.



La enfermera educadora/entrenadora acompaña y facilita que las personas adquieran competencias para el autocuidado

Mediante el entrenamiento la enfermera, que además de educar entrena, facilita que las personas adquieran las competencias necesarias para el autocuidado. Realiza el acompañamiento y ayuda a la persona en el proceso **de buscar sus propias respuestas**, de diseñar conjuntamente sus soluciones, de ampliar conocimientos y de **descubrir sus potencialidades**, contribuyendo así a aumentar progresivamente su rendimiento para afrontar los continuos procesos de cambio, que resultan imprescindibles en la modificación de la conducta ante una enfermedad.

A modo de ejemplo, uno de los temas que la enfermera familiar y comunitaria trabaja habitualmente es el fomento del ejercicio. En numerosas ocasiones aconseja hacer ejercicio resaltando los beneficios para la salud. Pero no en todos los casos se pacta un plan individualizado de entrenamiento que, teniendo en cuenta las posibilidades reales de la persona, así como sus prioridades, incluya los ejercicios que esté inicialmente dispuesta a realizar, la duración e intensidad de cada uno de ellos y la progresión a lo largo del tiempo hasta alcanzar el objetivo que ella misma haya decidido. Además, el

plan debe contemplar la evaluación intermedia para, comprobar la progresión, analizar las dificultades encontradas, valorar la necesidad de ayuda y, sobre todo, reforzar los éxitos alcanzados.

El entrenamiento en autocuidado, como la educación para la salud, implica un cambio en la manera en la que las y los profesionales sanitarios se relacionan con los y las pacientes, requiere establecer una **relación colaborativa**⁴¹. En este tipo de relación el o la profesional actúa de facilitador/a, pregunta qué cambios están dispuestos a hacer y se compromete a apoyarles y ayudarles a alcanzar el resultado previamente pactado a diferencia de la relación directiva, en la que el o la profesional actúa de experto/a y les dice lo que deben hacer.



Podemos diferenciar, por tanto, las funciones que realiza tradicionalmente “el experto” de aquellas otras más motivadoras y facilitadoras en línea con los conceptos de entrenamiento en salud atendiendo a lo definido por Frates y Cols⁴⁵.

ROL EXPERTO/DIRECTIVO

- Trata pacientes
- Informa, educa
- Descansa en los conocimientos y habilidades del experto
- Se esfuerza por tener todas las respuestas
- Enfoca en el problema
- Aconseja

ROL ENTRENADOR

- Ayuda a los y las pacientes a ayudarse a sí mismos
- Construye motivación, confianza y compromiso
- Descansa en la autoconcienciación del o la paciente
- Se esfuerza por ayudar al o la paciente a encontrar sus propias respuestas
- Enfoca en lo que está funcionando bien
- Colabora

La enfermera familiar y comunitaria como profesional de referencia de la persona con enfermedad crónica y en el ejercicio del **rol educador/entrenador en autocuidado** establece una relación de confianza en la que:

-  Pone en valor la experiencia, los deseos y las preferencias de la persona. Reconoce el patrón de vida de la persona.
-  Potencia las capacidades de las personas y sus fortalezas, aumentando su autoconfianza o autoeficacia percibida.
-  Fomenta el pensamiento crítico y la capacidad para la toma de decisiones contribuyendo a su empoderamiento en salud.
-  Ayuda a definir metas realistas y de acuerdo a las prioridades de la persona.
-  Planifica conjuntamente con el/la paciente las acciones a poner en práctica.
-  Enseña estrategias de autocontrol de la conducta y de solución de problemas.
-  Fomenta que la persona busque de forma activa soluciones a los problemas dejando de ser mera ejecutora de órdenes.
-  Refuerza los logros.
-  Realiza el acompañamiento a lo largo de todo el proceso. Manteniendo la presencia actúa sobre la motivación y apoya cuando surgen dificultades.

Existen técnicas descritas por distintos autores para entrenar nuevas conductas, propiciar hábitos saludables y modificar los que no lo son, como pueden ser los 5 pasos del modelo de empoderamiento personal desarrollado por Anderson y cols⁴⁶ (Anexo II). Estas técnicas pueden ser utilizadas en el contexto de la intervención enfermera “Modificación de conducta”, que se describe en el Anexo IV.

Por todo lo visto, tanto la educación para la salud como el entrenamiento se configuran como estrategias para el fomento de la conducta de autocuidado. Estas se pueden desarrollar **tanto mediante intervenciones enfermeras individuales como grupales** y en ellas se debe contemplar incluir a los y las cuidadoras en el caso de pacientes vulnerables. En la actualidad hay experiencias, como la **Escuela de Cuidadores del Hospital de Guadarrama** que trabajan, mediante la asignación personalizada de una enfermera entrenadora, el empoderamiento de las personas que cuidan (cuidado dependiente).

¡¡¡Recuerda!!!

La autoeficacia percibida es la **creencia de la persona** en la propia capacidad independientemente de las habilidades que tenga

Como consecuencia del nuevo enfoque que proponen las distintas estrategias, en el que **las personas con enfermedad crónica han de mantener un rol más activo**, se han ido poniendo en marcha, desde hace algunos años, proyectos que promueven estrategias de autogestión de la enfermedad. En la actualidad se pueden encontrar estos programas en varias comunidades autónomas, si bien se desarrollan con diferentes metodologías y con un impacto limitado en el momento actual, por lo que son necesarios estudios de implementación que favorezcan la introducción en la práctica asistencial, así como estudios de evaluación de resultados⁴⁷.

Así surgen iniciativas como la **Escuela de pacientes** de Andalucía, **Paciente Experto** del Instituto Catalán de la Salud, **Paciente Activo** del País Vasco o la **Escuela Gallega de Salud para ciudadanos**⁴⁶, entre otros. Son programas multidisciplinarios, directamente relacionados con los conceptos de educación para la salud y de empoderamiento y que en ocasiones cuentan con la participación de personas con enfermedad crónica que conocen y saben gestionar su enfermedad y que, actuando de modelo, asumen la responsabilidad de contribuir a la formación de otras con la misma enfermedad.

La efectividad de los proyectos educativos con participación de pacientes expertos se basa en la importancia del **aprendizaje por modelado**. Los modelos competentes mostrados por los y las pacientes, su comportamiento y su forma de actuar transmiten conocimientos y enseñan habilidades y estrategias eficaces para manejar situaciones amenazantes o retadoras. Se consigue que las personas aumenten su nivel de autoeficacia percibida y por tanto **mejoren su rendimiento a la hora de iniciar acciones para el autocuidado**.

De cara a poner en marcha este tipo de proyectos, hay que tener presente que el rol educador es uno de los pilares del desempeño profesional de la enfermera en el ámbito de la atención primaria y que la alianza con los y las pacientes es “una forma de hacer” intrínseca a la profesión enfermera. Por su concepción teórica, conocimientos, trayectoria y posición, **la enfermera familiar y comunitaria debe liderar cualquier proceso en el que se trate de fomentar el autocuidado**. En este sentido la enfermera debe ser proactiva ante las nuevas formas de abordar los proble-



El acompañamiento que realiza la enfermera a lo largo del proceso de enfermedad es insustituible para el desarrollo y el mantenimiento de la conducta de autocuidado

mas de salud de la población. La colaboración con pacientes expertos es una iniciativa innovadora que puede contribuir a mejorar las intervenciones para el aumento de la capacidad para el autocuidado en las personas con enfermedad crónica.

Conviene tener presente que, al ser el autocuidado una conducta voluntaria que está condicionada por muchos factores, las intervenciones grupales, las estrategias de capacitación de iguales o los programas de educación por patologías, **en ningún caso sustituyen la atención personalizada y el acompañamiento que realiza la enfermera familiar y comunitaria a lo largo de todo el proceso de enfermedad crónica.** Ser paciente experto no significa estar solo o decidir solo. Las personas con enfermedad crónica siempre han de trabajar con su enfermera, con su educadora/entrenadora, quien adaptará el plan de cuidados a las circunstancias cambiantes de las tecnologías, de los nuevos hallazgos científicos y de la propia persona que también evoluciona y modifica sus necesidades en el proceso de su vida, de manera dinámica⁴⁰.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

La identificación del autocuidado como una **conducta**, refleja la esencia del concepto y la enfermera diagnostica e interviene ante las respuestas o **conductas** de las personas ante los problemas de salud y procesos vitales. Por tanto la utilización del **proceso enfermero** permitirá a la enfermera valorar la demanda de autocuidado y la capacidad de las personas para el autocuidado, identificar las conductas, o la ausencia de ellas, como respuesta a las situaciones de déficits de autocuidado y planificar las intervenciones más adecuadas para lograr cambios en las mismas.



Valoración enfermera

Para poder intervenir en el fomento y/o desarrollo de la conducta de autocuidado la enfermera debe establecer una **relación de ayuda basada en la confianza**. Construir una relación terapéutica (colaborativa, no de experto) es algo complejo, requiere conocimiento, habilidad, experiencia y un entorno facilitador. Para ello es preciso utilizar la entrevista clínica.

La entrevista clínica es uno de los métodos que se utilizan para llevar a cabo la valoración enfermera. Tiene un doble objetivo: construir la relación terapéutica y obtener información, en este caso sobre los requisitos de autocuidado y la capacidad para satisfacerlos (agencia de autocuidado).

A diferencia de la anamnesis, en la que la finalidad reside en una recopilación de datos, en la entrevista clínica se busca información, es decir, situar los datos dentro de un contexto. De este modo conocer la cifra de glucemia de una persona con diabetes no será suficiente si este dato no va acompañado del hecho de conocer cuál es su profesión, su rol familiar, sus hábitos de alimentación y ejercicio, sus capacidades de afrontamiento, etc (factores básicos condicionantes de la conducta de autocuidado).

Pero además, en la entrevista se debe tener presente el comportamiento total del sujeto en la relación establecida con el o la profesional, lo que sig-

nifica que este/a será capaz de detectar otros datos tales como la forma de vestir, de expresarse, los modales, etc. Todos estos datos deben servir para considerar a la persona como “sujeto único”.

La **entrevista clínica**⁴⁸ está enmarcada en el principio de la comunicación, entendiendo esta como el intercambio de información (ideas, pensamientos, etc.) entre dos o más personas. La comunicación es una transmisión de afectos, una interacción personal y una interacción social.

En la entrevista clínica existen dos facetas que deben valorarse de forma inseparable:

- a) Una faceta interpersonal, en la que dos o más individuos entran en acción y se comunican.
- b) Una faceta técnica, en la que el o la profesional procede a aplicar sus conocimientos científicos con el fin de llegar a un diagnóstico. Para ello no solo es necesario obtener los datos que den cuenta del conocimiento de la persona, sino observar el comportamiento de la persona a lo largo del proceso de la entrevista.

En la entrevista **concurren dos actores, quien entrevista (la enfermera) y la persona que es entrevistada (el o la paciente)**, que constituyen un conjunto en el cual sus integrantes están interrelacionados y en el que la conducta de ambos es interdependiente. Esta interdependencia se realiza a través del proceso de comunicación, entendiéndose por tal, el hecho de que la conducta de uno (consciente o no) actúa (de forma intencionada o no) como estímulo para la conducta del otro, y, a su vez, esta última actúa en calidad de estímulo para las manifestaciones del primero. En este proceso la palabra juega un rol fundamental, pero también interviene la comunicación no verbal: gestos, actitudes, tono de voz. Por ejemplo, interrumpir al o la paciente antes de que se haya expresado, mostrar apresuramiento, utilizar un tono de voz irritado, etc.

El tipo de comunicación que se establece es altamente indicativo de la personalidad de la persona entrevistada, especialmente de la forma en que se relaciona con sus semejantes, permitiendo a la persona que entrevista conocer ciertos rasgos de la personalidad de aquella. Este conocimiento le permitirá además orientar la entrevista hacia la identificación de los problemas.

Otro aspecto fundamental en la relación que se establece en el marco de la entrevista es la existencia de dos fenómenos significativos: **la transferencia**

y la contratransferencia. La primera se refiere a la incorporación en la entrevista de sentimientos, actitudes y conductas inconscientes, por parte de la persona entrevistada, que corresponden especialmente a pautas que ha establecido en sus relaciones interpersonales. Al pertenecer a su inconsciente (paciente), las conductas que generan no pueden ser controladas por él o ella pero sirven para conocer aspectos de su personalidad y sus conflictos. También quien entrevista podrá encontrar lo que la persona entrevistada espera de él o ella, el tipo de ayuda que espera en función de su concepto de lo que es “ser ayudado” o “estar sano”. Otro factor que podrá identificar es la resistencia a la entrevista, resistencia a ser cuidado/a o ayudado/a, o la intención de satisfacer anhelos de protección.

La contratransferencia es la respuesta emocional que provoca en quien entrevista ciertas manifestaciones de la persona entrevistada, el efecto que tienen sobre él o ella. Se considera que son reacciones ineludibles. Pueden ser emociones positivas o negativas, que la persona que entrevista debe identificar mediante la auto observación. Reconocer estas emociones es un elemento necesario para mejorar la comunicación entre profesionales y pacientes.

Como ejemplo de contratransferencia podríamos destacar las siguientes emociones hacia los y las pacientes: miedo a tratar problemas “desagradables”, sentirse intimidado, ansiedad por hacerlo bien, excesiva identificación, como por ejemplo compartir acontecimientos personales (el nacimiento de un hijo o la pérdida de un ser querido).

Tanto la **transferencia como la contratransferencia** son fenómenos que se dan en toda relación interpersonal y, por tanto, en la entrevista.

Es importante que el/la profesional los tenga presentes para conseguir una entrevista eficaz.

El análisis de las emociones, tanto positivas como negativas, hacia el o la paciente no es fácil. Se requiere una buena preparación, experiencia y un alto grado de equilibrio mental. La persona entrevistadora debe saber que su propia personalidad entra en juego en esta relación interpersonal, con la dificultad añadida de que, el hecho de examinar la vida de los demás implica la revisión y examen de su propia vida, su personalidad, de sus conflictos y frustraciones, de su propia salud o enfermedad. La no resolución de los propios conflictos puede producir ansiedad en la persona que entrevista, quien ac-

tuará intentando minimizar el contacto personal con el o la paciente, sustituyendo la entrevista por instrumentos o test o realizándola de forma estereotipada y cumplimentando la historia de manera rutinaria.

La entrevista es siempre una experiencia importante para la persona entrevistada y debe ser entendida como el espacio en el que puede hablar de sí misma sin temor a ser juzgada sino ser comprendida, lo que en buena medida dotará al propio acto de la entrevista de un valor terapéutico. Para ello son necesarias en quien entrevista las siguientes cualidades: **empatía, calidez, respeto y concreción**⁴⁹.

Por **empatía** se entiende la capacidad de la persona entrevistadora para comprender los pensamientos y emociones del o la paciente y además saber transmitirlos. La empatía se formula de manera verbal y no verbal, de manera que la persona entrevistada juzgará empática a quien le entrevista por lo que diga y por lo que observe a través, por ejemplo, de una mirada o una sonrisa.

Por **calidez** se entiende la proximidad afectiva entre la persona que entrevista y la que es entrevistada. Es esencialmente no verbal y se podría decir que es el clima que rodea un encuentro.

Por **respeto** se entiende la capacidad de quien entrevista para transmitir al o la paciente que su problema le importa y que se preocupa por él o ella preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.

Por **concreción** se entiende la capacidad de quien entrevista para delimitar los objetivos compartidos de la entrevista, logrando que esta se desarrolle en términos comprensibles y de forma bidireccional. Este término sería equivalente al de “comunicación eficaz”. Tanto entrevistador/a como paciente saben de lo que hablan y lo hacen con palabras de significado preciso y claro. El o la paciente percibe que quien le entrevista es concreto cuando tiene la impresión de que habla un lenguaje comprensible.

El óptimo alcance de una entrevista es comprender el problema o la situación que el o la paciente plantea. Será más eficaz si se consigue esclarecer el verdadero problema que está detrás de lo que manifiesta.

Para conseguir este objetivo podemos utilizar dos tipos de entrevista: abierta y cerrada. En esta última las preguntas están previstas, mientras que en la entrevista abierta la habilidad de quien entrevista reside en ser flexible para permitir, en todo lo posible, que la persona entrevistada muestre su estruc-

tura psicológica, es decir “permitir que hable”, lo que facilitará un conocimiento más profundo de su personalidad.

La información que buscamos deberá incluir los Factores Básicos Condicionantes (FBC) que influyen tanto en la conducta de autocuidado como en la capacidad de autocuidado de las personas^{50,51}. En el caso de las personas con enfermedad crónica, valorando los FBC tendremos información sobre el estilo de vida, el estado de salud y la percepción del mismo, los conocimientos sobre las prácticas de salud, los apoyos familiares, la orientación sociocultural del cuidado, la utilización de los servicios sanitarios, etc.

Además de los FBC, será necesario conocer cómo cubre la persona las necesidades de autocuidado universal: alimentación, hidratación, eliminación, sueño, actividad... y las necesidades de autocuidado específicas por la situación de desviación de la salud: todo lo relacionado con el diagnóstico de enfermedad, el plan terapéutico y la asistencia sanitaria.

¡¡Recuerda que...!!

El objetivo de la entrevista es doble: **construir una relación terapéutica y obtener información sobre los requisitos de autocuidado y la capacidad para satisfacerlos**, y así poder detectar situaciones de déficit de autocuidado que nos permitan intervenir para conseguir una conducta de autocuidado comprometida con la salud

El modelo de patrones funcionales de M. Gordon puede ser utilizado por la enfermera familiar y comunitaria para valorar todos estos aspectos del autocuidado, ya que permite realizar una valoración integral de la persona, incluyendo su entorno. En la siguiente tabla se presentan estos conceptos sin pretender establecer relaciones horizontales entre ellos.

D. OREM Requisitos Universales	D. OREM Factores Básicos Condicionantes	M. GORDON Patrones Funcionales
Prevención de peligros para la vida y el bienestar	Estado de Salud	Percepción-Manejo Salud
Mantenimiento de los alimentos	Edad y Sexo	Nutricional- Metabólico
Mantenimiento del agua	Estado de madurez y desarrollo	Eliminación
Eliminación	Factores ambientales	Actividad- Ejercicio
Mantenimiento del aire	Patrón de vida, estilo de vida	Sueño -Descanso
Equilibrio entre actividad y descanso	Orientación sociocultural y el conocimiento de las prácticas de salud	Cognitivo- Perceptivo
Promoción del deseo de normalidad	Factores del sistema de cuidados de la salud	Autopercepción- Autoconcepto
Equilibrio entre soledad e interacción social	Factores del sistema familiar	Rol- Relaciones
	Disponibilidad y adecuación de los recursos	Sexualidad - Reproducción
		Adaptación-Tolerancia Estrés
		Valores-Creencias

A modo de ejemplo:

Patrón 1- Percepción de salud - Manejo de Salud

Bajo el modelo de valoración de M. Gordon al recoger datos del patrón percepción-manejo de la salud estaremos valorando también los siguientes factores básicos condicionantes:

- El estado de salud. Percepción de salud, diagnósticos de enfermedad, prescripciones, conducta de adherencia a los cuidados...
- El conocimiento sobre las prácticas de salud como son las actividades preventivas (vacunas, cribado de cáncer de cérvix,..), que estarán influidas por la orientación sociocultural...
- Aspectos del estilo de vida como son los hábitos tóxicos, las conductas saludables o adopción de conductas de seguridad o de riesgo...
- La utilización y disponibilidad de los recursos sanitarios. Utilización de servicios hospitalarios, asistencia a urgencias, utilización de servicios privados, revisiones sanitarias...

Así mismo trabajar bajo el modelo de autocuidado conlleva valorar la capacidad de la persona para las acciones de autocuidado, si tiene limitaciones o no, si es la persona o la familia la que cubre las demandas de autocuidado terapéutico, y si están cubiertas adecuadamente para concluir si la enfermera tiene que intervenir y cómo ha de hacerlo.

Por ello, al hacer la valoración organizada según los patrones funcionales de los requisitos/necesidades de autocuidado y de la capacidad de autocuidado, se identifica si la persona:

- ▶ **Conoce** los requisitos de autocuidado y los medios para satisfacerlos (datos de los patrones percepción-manejo de la salud, nutricional- metabólico, actividad-ejercicio, eliminación,...)
- ▶ Es capaz de tomar decisiones sobre lo que **debe hacer** y **puede hacer** para cubrirlos (datos de los patrones cognitivo-perceptivo, autopercepción-auto-concepto, valores y creencias,...)
- ▶ **Realiza** las acciones para satisfacer los requisitos de autocuidado (datos del patrón percepción-manejo de la salud)

Además existen escalas y cuestionarios para medir el autocuidado y la capacidad de autocuidado⁵², aunque no todas se ajustan al concepto y modelo de D. Orem, ni son válidas para medir estos conceptos en todos los grupos de población o en colectivos con más de un problema de salud, como es el caso de muchas de las personas con enfermedades crónicas. No hay ninguna herramienta adaptada al castellano de España ni validada en nuestra población.

No obstante, en este documento se quiere mencionar la escala Appraisal of Self-Care Agency Scale (**ASA**)⁵³. Esta escala, desarrollada por Evers, para valorar la agencia de autocuidado de las personas se compone de un cuestionario de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert y mide la operatividad de la agencia de autocuidado, es decir **la capacidad de las personas para ejecutar las acciones de autocuidado**.

La escala ASA ha sido validada en varios países europeos, en Colombia y en México y se ha utilizado como variable de resultado para medir la capacidad de autocuidado en personas con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares. (Anexo III)

La enfermera diagnosticará una situación de déficit si las demandas de autocuidado terapéutico superan las capacidades de autocuidado de la persona. El diagnóstico enfermero puede estar relacionado con:

- **Limitaciones del conocimiento** para las acciones de autocuidado
- **Limitaciones para formular juicios** y toma de decisiones
- **Limitaciones funcionales** para realizar las acciones de autocuidado

Diagnóstico enfermero

La enfermera, tras la valoración de las capacidades de las personas para el autocuidado y relacionarlas con la demanda de autocuidado terapéutico, **podrá emitir juicios** sobre los déficits de autocuidado existentes y sus causas. Estos juicios o diagnósticos permitirán posteriormente seleccionar e implementar las intervenciones que sean más válidas y pertinentes.

La Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE) define el diagnóstico enfermero como “un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos de la vida/ problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente”⁵⁴. De este modo el diagnóstico enfermero identifica el ámbito de práctica autónomo de la enfermera, dando así nombre al campo de conocimiento que es específico de la disciplina enfermera.

Poder contar con las clasificaciones y taxonomías de lenguajes enfermeros estandarizados permite que la enfermera disponga de un lenguaje común a la hora de poner nombre a los elementos que constituyen su ámbito de práctica independiente. Entre las diferentes clasificaciones existentes, la clasificación de diagnósticos enfermeros de NANDA-I²⁴, la clasificación de resultados de enfermería (NOC)⁵⁵ y la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)⁵⁶ son, según los estudios, las que muestran los patrones más notables de sostenibilidad para garantizar que las terminologías tengan un significado compartido a lo largo del tiempo⁵⁷.

La complejidad o la falta de consenso sobre las respuestas humanas hacen que no sea sencillo interpretarlas y emitir un diagnóstico sobre ellas⁵⁸. El proceso de razonamiento diagnóstico implica la interacción de procesos interpersonales, técnicos e intelectuales⁵⁹. Este proceso de razonamiento será determinante a la hora de definir con precisión el diagnóstico enfermero.

Son diversos los factores que influyen en la precisión diagnóstica en la práctica clínica. Los estudios que han abordado la complejidad de las personas llaman la atención sobre la importancia de ser conscientes de la propia subjetividad a la hora de tomar decisiones clínicas. Subjetividad que se ve condicionada por el propio bagaje cultural y la dificultad de interpretar los signos y síntomas en procesos clínicos complejos.

El objetivo es por tanto hacer un diagnóstico que refleje la respuesta de la persona ante una situación dada. Por ello debe estar sólidamente apoyado

en las características definitorias y factores relacionados que emanan de los datos recogidos en la valoración. El diagnóstico debe ser además validado por la propia persona.

A continuación se presenta **una relación de diagnósticos de enfermería que puede ser útil abordar de manera general en las personas con enfermedad crónica**. Se trata de una relación de los problemas de respuesta de las personas ante la enfermedad crónica que pueden presentarse con mayor frecuencia, independientemente del diagnóstico concreto de enfermedad y que los autores han seleccionado a modo de orientación:

- Conocimientos deficientes
- Estilo de vida sedentario
- Gestión ineficaz de la propia salud
- Afrontamiento ineficaz

- Baja autoestima situacional
- Deterioro de la movilidad física
- Cansancio del rol de cuidador

Planificación de los cuidados enfermeros

La precisión en el diagnóstico ayudará a determinar de modo más adecuado la elección de los criterios de resultado (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) necesarios para el abordaje del problema. Habitualmente los NOC y NIC se determinarán en función del factor relacionado del diagnóstico. En caso de que el factor relacionado no sea modificable, se tendrán en cuenta las características definitorias del diagnóstico.

También es preciso señalar que la enfermera dispone de intervenciones definidas y clasificadas en sus taxonomías para las intervenciones relacionadas con la educación para la salud y para la relación de ayuda que requiere el entrenamiento del autocuidado. La **Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC)**, por ejemplo, en el Campo 3. *Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psico-social y facilitan los cambios de estilos de vida* contiene intervenciones, agrupadas en las siguientes clases, que se desarrollan en el anexo IV:

- Terapia conductual
- Terapia cognitiva
- Potenciación de la comunicación
- Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles
- Educación de los pacientes

A modo de ejemplo se desarrolla la planificación para los diagnósticos que se han seleccionado en el apartado anterior. Dado que se trata de diagnósticos de

carácter general, no se han tenido en cuenta los criterios de resultado y las intervenciones que pueden ser específicas para una enfermedad concreta (autocontrol del asma y manejo del asma, por ejemplo) y para los que se debe acudir a las clasificaciones de NOC o NIC correspondientes.

Los conocimientos sobre las prácticas de cuidado de la salud constituyen uno de los FBC que van a influir en la capacidad de autocuidado de las personas. Por ello una de las primeras cuestiones que se deben valorar ante el diagnóstico de cualquier enfermedad crónica son los **conocimientos de la persona sobre la misma y las prescripciones**. El diagnóstico de NANDA-I **Conocimientos deficientes** se debería utilizar en las fases iniciales de una enfermedad y hasta que el o la paciente haya adquirido los conocimientos necesarios para desarrollar las conductas de autocuidado.

00126 Conocimientos deficientes	
r/c	m/p
Mala interpretación de la información Falta de exposición Poca familiaridad con los recursos para obtener la información	Seguimiento inexacto de las instrucciones Realización inadecuada de las pruebas Comportamientos inapropiados (p ej, histeria, hostilidad, agitación, apatía) Informa del problema
NOC	
1803. Conocimiento: proceso de la enfermedad	
1808. Conocimiento: medicación	
1805. Conocimiento: Conductas sanitarias	
NIC	
5602. Enseñanza: proceso de la enfermedad	
5614. Enseñanza: dieta prescrita	
5612. Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito	
5616. Enseñanza: medicamentos prescritos	
5510. Educación Sanitaria	

El estilo de vida constituye un FBC para la conducta de autocuidado y, ante una enfermedad crónica, se debe fomentar **un estilo de vida saludable**. Ya que en el plan terapéutico generalmente habrá una prescripción sobre ejercicio físico, entre los diagnósticos de promoción de la salud, el diagnóstico de **Estilo de vida sedentario** permite abordar la promoción de la actividad física, siempre teniendo en cuenta otros factores condicionantes de la persona como pueden ser la orientación sociocultural, los recursos disponibles, el conocimiento de las prácticas saludables.

00168 Estilo de vida sedentario

r/c

Falta de motivación
 Falta de recursos (p.ej., tiempo, dinero, compañía, instalaciones)
 Falta de entrenamiento para la realización de ejercicio físico

m/p

Elige una rutina diaria con falta de ejercicio físico
 Demuestra falta de condición física
 Verbaliza preferencia por actividades con poca actividad física

NOC

2004 Forma física

1209 Motivación

NIC

4420. Acuerdo con el paciente

0200. Fomento del ejercicio

4470. Ayuda en la modificación de sí mismo

Los requisitos de autocuidado ante la desviación de la salud por una enfermedad crónica supondrán un **aumento de las necesidades de autocuidado** que, siguiendo la teoría de Orem, puede dar lugar a un déficit de autocuidado. El diagnóstico **Gestión ineficaz de la propia salud** identifica la respuesta que se produce cuando una persona no es capaz de **incorporar en su vida diaria** un plan terapéutico y por tanto no es capaz de satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico.

00078 Gestión ineficaz de la propia salud	
r/c Complejidad del régimen terapéutico Demandas excesivas Percepción de barreras Percepción de gravedad	m/p Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud Expresa deseo de manejar la enfermedad Expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos
NOC	
1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	
NIC	
4360 Modificación de la conducta	
5602 Enseñanza proceso de enfermedad	
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	
5614 Enseñanza: dieta prescrita	
5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito	

Ante una enfermedad crónica se **pueden afectar el afrontamiento, el auto-concepto y la autoestima de las personas**, viéndose limitada la capacidad de autocuidado y por tanto su conducta de autocuidado. Por este motivo debemos tener siempre muy presentes, sabiendo que no son los únicos posibles en esta esfera, diagnósticos como el ***Afrontamiento ineficaz*** o la ***Baja auto-estima situacional***.

00069. Afrontamiento ineficaz	
r/c Alto grado de amenaza Incapacidad para conservar las energías adaptativas Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación Inadecuado nivel de percepción de control Falta de oportunidad de prepararse para el agente estresante Crisis situacionales	m/p Dificultad para organizar la información Problemas de salud frecuentes Incapacidad para prestar atención a la información Solución inadecuada de los problemas Falta de conducta dirigida al logro de objetivos Falta de resolución de los problemas Expresa incapacidad para el afrontamiento Trastornos del patrón del sueño Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa
NOC	
1302. Afrontamiento de problemas	
1305. Modificación psicosocial: cambio de vida	
1308. Adaptación a la discapacidad física	
NIC	
5340. Presencia	
5230. Aumentar el afrontamiento	
5250. Apoyo en la toma de decisiones	
4360. Modificación de la conducta	

00120. Baja autoestima situacional	
r/c Alteración de la imagen corporal Deterioro funcional Pérdida Cambio en el rol social	m/p Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar las situaciones Conducta indecisa Conducta no asertiva Expresa que la situación actual desafía su valía personal Expresa impotencia Expresa inutilidad Verbalizaciones de negación de sí mismo
NOC	
4920. Escucha activa	
1205. Autoestima	
1305. Modificación psicosocial: cambio de vida	
1308. Adaptación a la discapacidad física	
NIC	
5230. Aumentar el afrontamiento	
5400. Potenciación de la autoestima	
5440. Aumentar los sistemas de apoyo	

En las fases avanzadas de las enfermedades crónicas y/o con el envejecimiento de las personas, las dificultades en la movilidad y la ambulación son problemas frecuentes que afectan de manera importante a la capacidad de autocuidado. Mantener el nivel de movilidad física, o incluso mejorarlo, contribuirá significativamente a la salud global de la persona y al autocuidado. Para abordar esta cuestión el diagnóstico de ***Deterioro de la movilidad física*** es uno de los indicados.

00085 Deterioro de la movilidad física

r/c

Deterioro cognitivo
 Falta de apoyos ambientales (p ej, físicos o sociales)
 Deterioro músculo-esquelético
 Deterioro neuromuscular
 Dolor
 Deterioro sensorio perceptivo

m/p

Disminución del tiempo de reacción
 Dificultad para girarse
 Ocuparse en sustituciones del movimiento (p ej, aumento de la atención a la actividad de otro, conducta controladora, centrarse en la incapacidad/actividad previa a la enfermedad)
 Disnea de esfuerzo
 Cambios en la marcha
 Movimientos espasmódicos
 Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas
 Limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas
 Limitación de la amplitud de movimientos
 Temblor inducido por el movimiento
 Inestabilidad postural
 Enlentecimiento del movimiento
 Movimientos descoordinados

NOC
0200 Ambular
0208 Movilidad
NIC
0200 Fomento del ejercicio
0221 Terapia de ejercicios: ambulación
0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular
0840 Cambio de posición articular
1400 Manejo del dolor articular

La dependencia para los cuidados según avanza la enfermedad implica generalmente en nuestro ámbito la necesidad de contar con una cuidadora familiar que asuma la agencia de cuidados dependientes. Esta figura será una pieza clave para la enfermera familiar y comunitaria en el desarrollo del plan de terapéutico establecido. Considerando el rol que debe desempeñar la cuidadora y las dificultades que este plantea, tal como ya se ha mencionado anteriormente, es fundamental que la enfermera valore continuamente su situación en relación al cuidado dependiente. Para abordar los problemas que se pueden presentar en estos casos diagnósticos como **Cansancio del rol de cuidador** o **Riesgo de cansancio del rol de cuidador** son muy pertinentes.

00061 Cansancio del rol de cuidador

r/c

Estado de salud del receptor de los cuidados:

- Gravedad de la enfermedad
- Enfermedad crónica
- Crecientes necesidades de cuidados o dependencia
- Salud inestable del receptor de los cuidados

Actividades del cuidador:

- Cantidad de actividades
- Complejidad de las actividades
- Responsabilidad de los cuidados durante las 24 h

Estado de salud del cuidador:

- Problemas físicos
- Problemas psicológicos o cognitivos
- Incapacidad para satisfacer las expectativas propias o ajenas

Relaciones cuidador-receptor:

- Antecedentes de malas relaciones
- El receptor de los cuidados tiene expectativas poco realistas del cuidador

Recursos:

- Falta de conocimientos sobre los recursos comunitarios o dificultad para acceder a ellos
- Tensión emocional

m/p

Dificultad para completar o llevar a cabo las tareas requeridas

Inquietud ante el futuro respecto a la salud de la persona cuidada y la habilidad del cuidador para atenderla

Fatiga

Estrés

Somatización

Falta de tiempo para las necesidades personales

No participación en la vida social

Conflicto familiar

NOC
2508 Bienestar del cuidador principal
NIC
7040 Apoyo al cuidador principal
7110 Fomentar la implicación familiar
5440 Aumentar los sistemas de apoyo

IDEAS CLAVE

- ❁ **La enfermera familiar y comunitaria**, como experta en el cuidado y como acompañante constante de las personas con una enfermedad crónica, **es la profesional idónea** para conseguir que estas mejoren la conducta de autocuidado.
- ❁ La **identificación del autocuidado como una conducta aprendida** refleja la esencia del concepto. Como acción intencionada se ve afectada por **factores condicionantes**.
- ❁ Para intervenir en el fomento de la conducta de autocuidado de las personas será **imprescindible** que la enfermera recopile datos sobre sus **Factores Básicos Condicionantes**.
- ❁ La valoración enfermera por **patrones funcionales de M. Gordon** permite recoger tanto los **requisitos de autocuidado como los factores básicos condicionantes**.
- ❁ La agencia o capacidad de autocuidado es una **compleja capacidad adquirida** e individual para satisfacer los requisitos continuos del cuidado. Cuenta con componentes de las 3 áreas de la conducta: **querer, saber y poder**.
- ❁ En situación de **desviación de la salud hay dos aspectos** que la enfermera debe valorar: cambios en el número y en el tipo de acciones de autocuidado y afectación de la capacidad de la persona para el autocuidado.
- ❁ Cuando la persona **desarrolla la capacidad para el autocuidado**, teniendo en cuenta tanto los condicionantes internos como los externos, el autocuidado va más allá de lo aprendido culturalmente, la persona desarrolla **pensamiento crítico y capacidad para la toma de decisiones** (*empoderamiento en salud*).
- ❁ La enfermera familiar y comunitaria **lidera la atención domiciliaria**, apoyando el cuidado dependiente. Protege la salud, bienestar y desempeño del rol del cuidador o cuidadora, previniendo la claudicación o el **cansancio del rol del cuidador**.

- ✿ **La enfermera familiar y comunitaria utiliza los sistemas de apoyo/educación** en la prevención y promoción de salud y en la atención a las personas con enfermedad crónica de **complejidad leve y media**. En **pacientes complejos**, con enfermedad crónica avanzada y/o en la etapa del final de la vida, **combina este sistema con los sistemas parcialmente compensadores**.
- ✿ Para fomentar la conducta de autocuidado, hay que **facilitar el aprendizaje desde la experiencia previa de las personas**, teniendo en cuenta sus creencias, actitudes, valores y habilidades y los aspectos de su patrón de vida.
- ✿ El **entrenamiento en salud** se define como: “ayudar a los y las pacientes a adquirir conocimientos, habilidades, herramientas y confianza para participar activamente en su cuidado, a fin de que puedan **alcanzar sus metas de salud, identificadas por ellos mismos**”.
- ✿ El entrenamiento en autocuidado, como la educación para la salud, implica establecer una **relación colaborativa entre profesionales y pacientes**.
- ✿ El fomento del autocuidado necesita que la enfermera establezca una **relación de ayuda basada en la confianza**. Construir una **relación terapéutica** es algo complejo, requiere conocimiento, habilidad, experiencia y un entorno facilitador.
- ✿ El **acompañamiento** y la personalización que realiza la enfermera en su **rol de educadora/entrenadora** a lo largo del proceso de salud-enfermedad **es insustituible** para el desarrollo y el mantenimiento **de la conducta de autocuidado**.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Population Ageing 2009. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. [Internet]. United Nations. New York; 2009. [Actualizado en enero de 2010. Citado el 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009.htm>.
2. Proyecciones de población a largo plazo en España. 2009-2049. [Citado el 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es>.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de la dependencia en personas mayores. ISBN 978-84-96761-49-0. Madrid 2007. [Citado el 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionDependenciaMayores.pdf>.
4. Las 10 principales causas de defunción en el mundo 2010-2012. [Citado el 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
5. Instituto Nacional de Estadística: Encuesta Nacional De Salud. 2013. [Citado el 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es>.
6. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaecche del Campo R, Sánchez-Gómez S, Casariego-Vales E. [Development of clinical practice guidelines for patients with comorbidity and multiple diseases]. Aten Primaria. 2014 Aug-Sep;46(7):385-92. doi: 10.1016/j.aprim.2013.11.013. Epub 2014 Jun 23. Spanish. PubMed PMID: 24968962
7. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación 2011. Organización Mundial de la salud; Ginebra 2011 [Citado el 25 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Madrid. 2012
9. Anderson G. Chronic care: making the case for ongoing care. Robert Wood Johnson Foundation 2010
10. Ham C. The ten characteristics of high-performing chronic care system. Health Econ Policy Law. 2010 Jan;5 (Pt 1):71-90. doi: 10.1017/S1744133109990120
11. Hines SH et al. Women's self-care agency to manage urinary incontinence: the impact of nursing agency and body experience. ANS Adv Nurs Sci. 2007; 30 (2):175-188.
12. Velandia-Arias A, Rivera-alvárez LN. Self-care agency and adherence to treatment in people having cardiovascular risk factors. Rev. salud pública. 11 (4): 538-548, 2009.
13. Stearns SC et al. The economic implications of self-care: the effect of lifestyle functional adaptations and medical self-care among a national sample of medicare beneficiaries. Am J Public Health 2000; 90:1608-12.
14. Collière MF. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993
15. Taylor S. Lazos vitales. Madrid: Taurus; 2002: 21

16. Raile Allgood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. Séptima edición. Barcelona: Elsevier; 2010: 462
17. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993
18. López Díaz AL, Guerrero Gamboa S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Invest.educ.enfer. 2006, 24(2):90-100
19. Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol (Mex). 2011; 10 (3): 163-67
20. Seira Lledós MP, Blanco A, Calvo Gascón A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. Rev Esp Salud Pública 2002 Nov-Dec;76(6):713-21.
21. Domínguez JA, Ruíz M, Gómez, E. Gallego, J. Valero y M.T. Izquierdo. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. Semergen. 2012;38(1):16-23
22. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caroa S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev clín med fam 2009; 2 (7): 332-334
23. De la Cuesta Benjumea C. Aliviar el peso del cuidado familiar. Una revisión de la bibliografía. Index Enferm [Internet] 2008; 17 (4). [Citado 12 ener. 015].doi.org/10.4321/S1132-12962008000400009
24. Heardman Herdman, T.H. (2012) (Ed.). Nanda Internacional: Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2012-2014. Barcelona: Elsevier España, 2012
25. Tobón Correa O. El autocuidado una habilidad para vivir. Hacia promoc. Salud 2003; v8: 37-49. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
26. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. 4th ed. St Louis: Mosby; 1991
27. Quintero Osorio M. Autocuidado: una estrategia eficaz en la asistencia al anciano. Organización panamericana de la salud: Venezuela; 1988. Disponible en:<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/auto-cuid.pdf>
28. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Organización Mundial de la Salud; Ottawa 1986. Disponible en:http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=12&lang=es
29. Promoción de la salud: Glosario. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, 1998. Disponible en español: <http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
30. Empoderamiento del usuario de salud mental. Declaración de la oficina regional para Europa de la OMS. Organización Mundial de la Salud; Copenhague 2010. Disponible en español: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_EmpoderamientoOMS.pdf

31. Bonal Ruiz R, Almenares Camps H, Marzán Delis M. Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. MEDISAN 2012; 16(5):773. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_5_12/san14512.pdf
32. Mazarrasa Alvear L. Educación para la Salud en Atención Primaria. Programa de Enfermería en Salud Comunitaria. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 1992
33. Ballester Vallori A. El Aprendizaje significativo en la práctica: cómo hacer el aprendizaje significativo en el aula : seminario de aprendizaje significativo. Palma de Mallorca; 2002
34. Instituto Madrileño de la Salud. Área 1 de Atención Primaria. Guía de Promoción de la salud para agentes de salud comunitario. Madrid; 2000
35. Lara Guerrero J. Estrategias para un aprendizaje significativo-constructivista. Enseñanza, 1997: 29-50
36. Knowles M, Holton E, Swanson R. Andragogía: El aprendizaje de los adultos. Oxford University Press. México: Editorial Mexicana; 2004
37. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Madrid; 2013
38. Miguélez Chamorro A, Ferrer Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. Enferm Clin. 2014;24(1):5-11
39. Ferrer Arnedo C, Fernández Batalla M, Santamaría García JM, Rosa Salazar Guerra R. El valor del cuidado de enfermería en el paradigma de la cronicidad y la dependencia. Nuevos roles y rediseños. Invest Educ Enferm. 2014; 32(3):488-497. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/20711/17581>
40. Ferrer C. Importancia de la enfermera en el paciente con diabetes. Rev Entre Todos. 2011; 75(2):21-24. Disponible en: <http://semap.org/docs/diabetes2.pdf>
41. Bennett HD, Coleman EA, Parry C, Bodenheimer T, Chen EH. Health coaching for patients with chronic illness. Fam Pract Manag. 2010; 17(5):24-9
42. Bandura, A. Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. American Psychologist.1982;37(2): 122-147
43. Bandura, A. Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.). Encyclopedia of human behavior.1994; 4: 71-81. New York: Academic Press
44. Chiavenato I. Construcción de talentos. 3ª ed. Río de Janeiro: Campus, 2002
45. Frates EP, Moore MA, Lopez CN, McMahon GT. Coaching for behavior change in physiatry. Am J Phys Med Rehabil. 2011; 90(12):1074-82
46. Anderson R, Funnell M. The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators. New York: American Diabetes Association; 2005
47. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. Gac Sanit. 2013 Jul-Aug;27(4):332-7. doi: 10.1016/j.gaceta.2013.01.008. Epub 2013 Mar 5
48. Bleger J. Temas de psicología (Entrevista y grupos). Buenos Aires: Nueva vision; 1985

49. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. Madrid: Harcourt Brace; 1998
50. Rosa Fernández AR, Manrique Abril GF. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Av.enferm.*, XXIX (1): 30-41, 2011
51. Rodríguez Gázquez MA, Arredondo Holguin E, Salamanca Acevedo YA. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enferm. glob.* [online]. 2013, vol.12, n.30, pp. 183-195. [Citado el 20 de marzo de 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000200009&script=sci_arttext
52. Muñoz Mendoza C. et al. La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. *Enfermería Clínica*. 2005;15(2):76-87
53. Evers GC et al. The Appraisal of Self-care Agency's ASA-scale: research program to test reliability and validity. In: *Proceedings of the International Nursing Research Conference "New Frontiers in Nursing Research"*. Edmond: University of Alberta; 1986. p.130
54. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE). El Correo AETNDE. Barcelona. 2001: IV, 2
55. Moorhead S [et al.]. Clasificación de resultados enfermería (NOC) 4ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2009.
56. Bulechek GM [et al.]. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2009.
57. Anderson CA, Keenan G, Jones J. Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set. *Comput Inform Nurs*. 2009 Mar-Apr;27(2):82-90; quiz 91-2. doi: 10.1097/NCN.0b013e3181972a24
58. Brito Brito, PR. La precisión diagnóstica en Enfermería. *Revista Metas de Enfermería*. 2012; 15(6):59-64
59. Lunney M. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos: estudios de casos y análisis de enfermería. NANDA-I. Madrid: Elsevier Masson, 2011
60. Prochaska JO, Norcross JC, Di Clemente CC. *Changing for Good: a Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. New York: William Morrow; 1994
61. Manrique Abril F, Fernández A, Velandia A . Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*.2009; 9 (3): 222-235. [Citado el 20 de marzo de 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300003

ANEXOS

ANEXO I

Niveles de intervención de educación para la salud (EpS)

Consejo breve estructurado

Es la intervención más breve de EpS que incluye información y propuesta motivadora de cambio respecto a un determinado comportamiento en salud, aprovechando la oportunidad de una consulta o encuentro profesional. Su eficacia es entre el 5 y 10 % según distintas investigaciones.

Para aumentar la eficacia del consejo breve es necesario sistematizarlo. Esta sistematización incluye el desarrollo **de cuatro pasos**, cada uno con su metodología propia:

1.- Preguntar sobre el comportamiento que se quiere modificar y registrar

Cuando se realiza la valoración enfermera focalizada sobre el comportamiento que se quiere modificar, las preguntas que se van a ir introduciendo van a permitir que la persona se haga consciente de su situación respecto a su autocuidado y permite que la enfermera, como educadora, ofrezca una información más precisa, personalizada y adecuada a sus necesidades.

El registro es importante para poder evaluar, a posteriori, el efecto del consejo y para saber en qué momento se dio, para no repetirlo en 6-12 meses ya que podría producir un efecto de motivación negativa.

2.- Aconsejar un cambio: Información + Motivación

Información

Para que el consejo sea más eficaz la información tiene que ser **ser veraz y adecuada a la evidencia científica** del momento, pero también flexible acorde con los cambios en las “verdades científicas”, resultado de las investigaciones que se van desarrollando a lo largo de los años. La información debe estar expresada de forma práctica y comprensible. La información tiene que ir dirigida a la persona concreta a la que se le está dando el consejo, teniendo en cuenta sus conocimientos, situación y necesidades previas, nivel sociocultural... La información tiene que ser multidimensional y abarcar el área biológica, el área emocional y el área social.

Motivación

Hay que hacer una propuesta de cambio concreta y personalizada. Se plantea desde la orientación, la aceptación y el respeto a la decisión más que desde la prescripción. Es muy importante la motivación positiva: valorar, animar, reforzar, reconocer, estimar... así como expresar confianza en su decisión y sus capacidades y posibilidades de cambio. La relación que se establezca durante el consejo ha de ser una **relación de empatía y comunicación abierta** (primero escuchar a la persona, comprendiendo su situación y luego aportar la información que necesite), en la que el rol profesional es un rol educador, de apoyo, ayuda y facilitador.

3.- Entregar material informativo de apoyo

Entregar material informativo permite que se pueda retomar la información fuera de la consulta. Se pueden utilizar distintos tipos de material: escrito (folleto, tríptico...), visual, grabación, informático, se pueden recomendar páginas de internet con contenido fiable sobre el tema... Es mejor no limitarse a entregar el material, resulta más eficaz explicarlo, manipularlo.

4.- Ofertar relación de ayuda si lo necesita

Siempre que se da un consejo hay que dejar la puerta abierta para que cuando la persona sienta la necesidad de cambio sepa que puede contar con intervenciones más intensivas de ayuda.

Educación para la salud individual

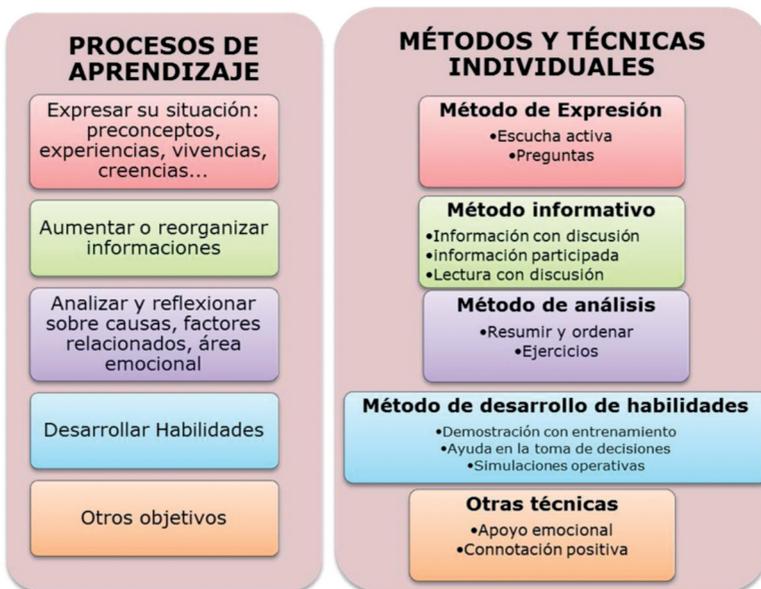
La metodología de educación para la salud individual se utiliza para la ejecución del plan de cuidados cuando la persona necesita ayuda para llevar a cabo una mejora o un cambio en sus comportamientos en salud (como intervención enfermera) en el contexto de la consulta concertada de enfermería. No será una intervención que se realice de forma espontánea, sino integrada en el plan de cuidados y, por tanto, previa preparación y de manera pactada con la persona.

Conviene recordar que en la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), dentro del campo conductual, hay una clase (Educación de los pacientes) con intervenciones específicas para facilitar el aprendizaje. Para medir resultados en el aprendizaje, en la clasificación de resultados (NOC), dentro del dominio: Conocimiento y conducta de salud se incluyen clases como Conducta de salud y Conocimiento sobre salud con criterios de resultados específicos.

La EpS individual es efectiva en la medida en que se realiza como una atención personalizada, estableciendo el ritmo de enseñanza de acuerdo al ritmo y nivel

de aprendizaje de la persona. Debe ser flexible y abierta a modificaciones.

Para que con la EpS individual se favorezcan aprendizajes significativos se utilizan técnicas educativas activas, según los objetivos y contenidos que se pretendan, siempre iniciando el proceso con técnicas de encuentro (presentación, acogida y contrato).



Educación para la salud grupal

Consiste en una serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos de la comunidad, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o temas de salud o aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que puedan influir en ésta.

Se puede realizar en distintos lugares del ámbito comunitario, como centros educativos, de ocio y tiempo libre, centros sanitarios, locales y servicios municipales, laborales, asociaciones, ONGs...

La EpS grupal es más eficaz para desarrollar habilidades personales ya que facilita la comunicación interpersonal, la implicación familiar y del entorno. Motiva e implica emotiva y corporalmente. Promueve una actitud activa respecto al autocuidado. Favorece el aprendizaje entre iguales y el aprendizaje vicario.

La EpS grupal tiene que ser programada y planificada. Etapas en la elaboración de un proyecto educativo:

ETAPAS	CONCEPTO
Análisis de la situación. Justificación del proyecto.	Recopilar datos sobre los comportamientos del grupo y sus factores relacionados respecto al tema que se quiera tratar. Definir las necesidades educativas y las prioridades.
Identificar objetivo general y objetivos específicos. Definir los contenidos	Definir bloques de contenidos para abordar las necesidades educativas detectadas. Los contenidos deben contemplar las áreas cognitiva, emocional y de las habilidades. Identificar los objetivos de aprendizaje, formulados respecto a las áreas de la persona: cognitiva, emocional y de las habilidades. Los objetivos se han de referir a aprendizajes del educando y estar concretamente definidos y ser evaluables, de manera cuantitativa o cualitativa.
Definir la metodología	Definir el nº de sesiones y diseñar cada una de ellas incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicas educativas diversas adecuadas a los objetivos y al contenido. <ul style="list-style-type: none"> • Es preferible utilizar métodos y técnicas inductivos (que parten de la experiencia de las y los discentes) y activos (con participación de estos) • Existen varios grupos de métodos y técnicas didácticas según los objetivos de aprendizaje que se pretendan lograr: de expresión o investigación en aula; expositivas; de análisis; de desarrollo de habilidades... ✓ Tipo de agrupación: grupo grande, grupos pequeños, parejas... ✓ Tiempos ✓ Recursos materiales y humanos necesarios. Se usan el máximo de recursos didácticos de apoyo (visuales, sonoros, audiovisuales...) útiles al aprendizaje y a las técnicas educativas.
Definir el proceso de evaluación	Definir para cada sesión y para el proyecto: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quién va a evaluar. ✓ Qué se va a evaluar. <ul style="list-style-type: none"> • Resultados: grado de consecución de los objetivos y efectos no previstos. • Proceso: idoneidad de las actividades así como de la programación de las mismas (asistencia, participación...) • Estructura o adecuación de los recursos: local, duración, horario, recursos de educadores y educadoras... ✓ Cómo se va a evaluar. Seleccionar, según los enfoques definidos, los procedimientos e instrumentos más adecuados tanto cualitativos como cuantitativos (observación sistemática, análisis de tareas, análisis de materiales, registros, cuestionarios, etc.) ✓ Cuando se va a evaluar. De forma continuada, a lo largo de todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, durante o al final de cada consulta o sesión y al final del conjunto de sesiones. A veces se realizan evaluaciones a medio y largo plazo.

Fuente: Cuadro modificado de: Pérez Jarauta, MJ., EchauriOzcoidi, M., Ancizlurure, E., Chocarro San Martín, J. Manual de Educación para la Salud. Gobierno de Navarra. 2006. Pág. 106.

Se pueden utilizar distintos tipos de métodos o técnicas, al igual que en la Eps individual:



Fuente: Cuadro modificado de: Pérez Jarauta, MJ., EchauriOzcoidi, M., Ancizulrure, E., Chocarro San Martín, J. Manual de Educación para la Salud. Gobierno de Navarra. 2006. Pág. 60-61

ANEXO II

Técnicas para trabajar el empoderamiento y la modificación de conducta

Para trabajar correctamente con este enfoque hay que conocer la fase del cambio en la que se encuentra la persona, teniendo en cuenta que se pueden producir avances (es lo deseable) o retrocesos y que estos son parte del proceso de cambio. Estas fases son⁶⁰:

- ▶ Fase precontemplativa: “No me interesa”
- ▶ Fase contemplativa: “Me lo estoy pensando”
- ▶ Fase de preparación: “Me estoy preparando para hacerlo”
- ▶ Fase de acción: “Lo estoy haciendo”
- ▶ Fase de mantenimiento: “Lo voy a continuar haciendo”

Si la persona está en fase precontemplativa no identifica el problema y, por tanto, hay que facilitarle información sobre los beneficios a conseguir si se adopta la conducta pactada e invitándole a la reflexión mediante preguntas abiertas, pues el objetivo de quien entrena será aumentar la motivación y la autoeficacia. Solo cuando se haya conseguido esta motivación se podrán plantear las metas a alcanzar.

A.- Los 5 pasos del modelo de empoderamiento personal⁴⁶

- 1. Identifique el problema.**
 - ¿Cuál es la parte más difícil o frustrante en el cuidado de su enfermedad crónica en este momento?
- 2. Determine los sentimientos que le produce y su influencia en la conducta.**
 - ¿Cómo se siente con este problema?
 - ¿Cómo están influyendo sus sentimientos en su conducta?
 - ¿Cuánto de importante es para usted intervenir en este problema? (en escala del 1 al 10)

3. Fije una meta a largo plazo.
 - ¿Qué quiere?
 - ¿Qué necesita hacer?
 - ¿Qué problemas espera encontrar?
 - ¿Qué apoyo tiene para superar estos problemas?
 - ¿Qué está dispuesto a hacer para intervenir en este problema?

4. Haga un plan de acción para una modificación de conducta.
 - Fije una meta AMORE (alcanzable, medible, oportuna, realista y específica).
 - ¿Qué hará en esta semana para empezar a trabajar hacia su meta?
 - ¿Cuánto de seguro o confiado se siente de que puede intervenir en ese problema? (en escala del 1 al 10)

5. Evalúe cómo ha trabajado.
 - ¿Cómo funcionó?
 - ¿Qué aprendió?
 - ¿Qué puede hacer de forma diferente la próxima vez?

B.- Ejercicios de ayuda para trabajar la modificación de conducta

Describe la conducta o hábito que quiere cambiar:

1. Valoración subjetiva de la Autoeficacia

¿Cree que será capaz de cambiar dicho comportamiento? Valore dónde cree que está

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

1 absolutamente incapaz

10 seguro que lo consigo

2. Realice un listado de los motivos por los que quiere cambiar ese hábito

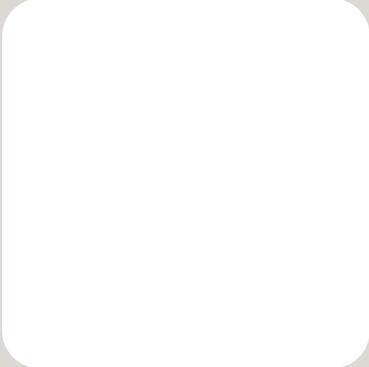
Mis motivos para cambiar son:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

3. Realice un listado de las ventajas y desventajas del “cambio” y del “no cambio”

Análisis A: Cambiar de hábito

Cosas a favor (ventajas)



Cosas en contra (inconvenientes)



Análisis B: No cambiar de hábito

Cosas a favor (ventajas)



Cosas en contra (inconvenientes)



4. Registro de la conducta, “Automonitorización”

Para poder cambiar un hábito, las personas tienen, previamente, que ser conscientes de cómo éste se desarrolla. Se debe describir la situación en el momento de iniciar la conducta o hábito, el estado en el que la persona se encuentra y los sentimientos que ese hábito le producen. Para ello se realizará un registro diario que posteriormente se podrá analizar.

Hábito: (Describir la situación que se pretende cambiar)

• _____

Hora/momento del día	Situación: Dónde, con quién...	Acción: Haciendo...	Emoción: Me siento....

5. Realice una lista de los problemas o fuerzas en contra que puede tener a la hora de llevar a cabo los cambios del comportamiento elegido:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

6. Realice una lista de las estrategias o ayudas de las que dispone para llevar a cabo el plan:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

7. Establezca sus objetivos teniendo en cuenta las fuerzas en contra y las ayudas de las que dispone para planificar las estrategias:

Se deben plantear objetivos AMORE (alcanzables, medibles, oportunos, realistas y específicos)

Objetivo 1:

- _____

Cómo lo voy a llevar a cabo, estrategias que voy a utilizar:

- _____

Propuesta de cambio o sustitución:

- _____

¿Me siento capaz de conseguirlo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

1 absolutamente incapaz

10 seguro que lo consigo

ANEXO III

Escala ASA para la medir la capacidad de agencia de autocuidado

Consta de 24 ítems con un formato de respuestas de escala Likert, en la que el 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. Cada individuo puede obtener una puntuación que va de 24 a 120 puntos.

Esta versión es una traducción al español adaptada para población colombiana⁶¹.

- 1.- A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.
- 2.- Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.
- 3.- Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.
- 4.- Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.
- 5.- Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.
- 6.- Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.
- 7.- Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.
- 8.- Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.
- 9.- Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.
- 10.- Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.
- 11.- Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo.
- 12.- Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.
- 13.- Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.
- 14.- Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.
- 15.- Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.
- 16.- He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.
- 17.- Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.
- 18.- Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligros.
- 19.- Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.
- 20.- Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.
- 21.- Si mi salud se ve afectada, yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.
- 22.- Si yo no puedo cuidarme, puedo buscar ayuda.
- 23.- Puedo sacar tiempo para mí.
- 24.- A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.

ANEXO IV

Intervenciones enfermeras del campo conductual

A continuación se exponen algunas de las intervenciones enfermeras⁵⁶ (NIC) del campo conductual que son de utilidad para la relación de ayuda que establece la enfermera familiar y comunitaria en el desempeño del rol educador/entrenador del autocuidado

Campo 3. Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilos de vida

Clase O. Terapia conductual

- Acuerdo con el paciente
- Ayuda en la modificación de sí mismo
- Entrenamiento para controlar impulsos
- **Establecimiento de objetivos comunes**
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Manejo de la conducta
- **Modificación de la conducta**

Clase P. Terapia cognitiva

- **Facilitar el aprendizaje**
- Reestructuración cognitiva

Clase Q. Potenciación de la comunicación

- Escucha activa

Clase R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles

- Apoyo emocional
- **Apoyo en la toma de decisiones**
- Asesoramiento
- Aumentar el afrontamiento
- Aumentar los sistemas de apoyo
- Grupo de apoyo
- Potenciación de la autoestima
- Presencia

Clase 5. Educación de los pacientes

- Educación sanitaria
- Enseñanza: actividad/ejercicio
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- **Enseñanza: proceso de enfermedad**

Cada una de estas intervenciones comprende una serie de actividades que permiten que la enfermera implemente la intervención para ayudar al o la paciente a conseguir los resultados deseados. Para que pueda servir de orientación se han seleccionado algunas de estas intervenciones con sus actividades para desarrollarlas.

Establecimiento de objetivos comunes

Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar los objetivos

Actividades:

- Ayudar al paciente y a su ser querido a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles.
- Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema.
- Animar al paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades.
- Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse.
- Construir y utilizar una escala de consecución de objetivos, según proceda.
- Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Establecer los objetivos en términos positivos.
- Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.
- Reconocer el valor y el sistema de creencias del paciente al establecer los objetivos.
- Animar al paciente a establecer los objetivos de manera clara, evitando el uso de alternativas.
- Evitar imponer valores personales al paciente al determinar los objetivos.
- Explicar al paciente que sólo se deben modificar los comportamientos de uno en uno.
- Ayudar al paciente a priorizar (sopesar) los objetivos identificados.
- Poner en claro, junto con el paciente, los papeles del cuidador y del paciente, respectivamente.
- Explorar con el paciente distintas formas para conseguir los mejores objetivos.
- Ayudar al paciente a examinar las fuentes disponibles para cumplir con los objetivos.
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.
- Ayudar al paciente a fijar límites temporales realistas.
- Ayudar al paciente a sopesar las actividades utilizadas en la consecución de los objetivos.

- Valorar el nivel de funcionamiento actual del paciente con respecto a cada objetivo.
- Facilitar al paciente la identificación de resultados esperados individualizados para cada objetivo.
- Ayudar al paciente a identificar un indicador de medida específico (comportamiento o suceso social) para cada objetivo.
- Preparar los resultados de comportamiento para ser utilizados en la escala de consecución de objetivos.
- Ayudar al paciente a centrarse en los resultados esperados más que en los deseados.
- Animar la aceptación de objetivos parciales con satisfacción.
- Desarrollar una escala de niveles inferiores y superiores relacionados con los resultados esperados de cada objetivo.
- Identificar los niveles de la escala definidos por el comportamiento o sucesos sociales para cada objetivo.
- Ayudar al paciente a determinar la hora en que se medirá cada indicador.
- Explorar con el paciente los métodos de progreso de las mediciones hacia los objetivos.
- Coordinar con el paciente fechas de revisión periódicas para valorar el progreso hacia los objetivos.
- Analizar la escala (tal como se ha desarrollado con el paciente) durante las fechas de revisión para valorar el progreso.
- Calcular la puntuación en la consecución de los objetivos.
- Volver a valorar los objetivos y el plan, si procede.

Modificación de la conducta

Promoción de un cambio de conducta

Actividades:

- Determinar la motivación al cambio de la persona.
- Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
- Presentar al paciente a personas (grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia
- Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que han sido tomadas independientemente.
- Animar al paciente a que examine su propia conducta.
- Ayudar al paciente a identificar los más pequeños éxitos.
- Identificar la conducta que ha de cambiarse en términos específicos y concretos.
- Determinar si la conducta objetivo identificada debe ser aumentada, disminuida o aprendida.
- Discutir el proceso de modificación de la conducta con el paciente/ser querido.
- Utilizar periodos de tiempo específicos al medir las unidades de conducta.
- Desglosar la conducta que ha de cambiarse en unidades de conducta más pequeñas, mensurables.

- Desarrollar un método para registrar la conducta y los cambios.
- Animar al paciente a participar en el registro de conductas.
- Desarrollar un programa de cambio de conducta.
- Establecer objetivos de conducta de forma escrita.
- Establecer un suceso guía de la conducta antes de iniciar el cambio.
- Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, si procede.
- Administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse.
- Elegir refuerzos que tengan sentido para el paciente.
- Evaluar los cambios de conducta mediante la comparación de los sucesos guía con sucesos de conducta posteriores a la intervención.
- Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico o personal).

Facilitar el aprendizaje

Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información

Actividades:

- Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.
- Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensurables/observables.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente.
- Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.
- Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje.
- Establecer la información en una secuencia lógica.
- Disponer la información de simple a compleja, conocida a desconocida o concreta a abstracta, si procede.
- Diferenciar el contenido «crítico» del contenido «deseable».
- Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina del paciente.
- Relacionar la información con los deseos/necesidades personales del paciente.
- Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias del paciente.
- Proporcionar información acorde con la posición de control del paciente.
- Asegurarse de que el material de enseñanza es actual y está al día.
- Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante y/o compleja.
- Utilizar modalidades de enseñanza múltiples, si procede.
- Utilizar un lenguaje familiar.
- Definir la terminología que no sea familiar.

- Relacionar el contenido nuevo con los conocimientos anteriores, cuando sea posible.
- Presentar la información de manera estimulante.
- Presentar al paciente personas que hayan pasado por experiencias similares.
- Fomentar la participación activa del paciente.
- Utilizar instrucción adaptada a la persona concreta, cuando sea posible.
- Evitar establecer límites de tiempo.
- Dar el tiempo adecuado para dominar el contenido, si procede.
- Mantener sesiones de enseñanza cortas, si procede.
- Simplificar las instrucciones, siempre que sea posible.
- Repetir la información importante.
- Proporcionar avisos/recordatorios verbales, si procede.
- Proporcionar ayudas a la memoria, si es preciso.
- Evitar la exigencia de un pensamiento abstracto, si el paciente sólo puede pensar en términos concretos.
- Asegurar que la información proporcionada por los diversos miembros del equipo de cuidados sea consistente.
- Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice él, siempre que sea posible.
- Proporcionar oportunidades de práctica, si procede.
- Proporcionar retroalimentación frecuente acerca del progreso del aprendizaje.
- Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso.
- Reforzar la conducta, cuando proceda.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.

Apoyo en la toma de decisiones

Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios

Actividades:

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de los cuidadores sanitarios sobre la condición del paciente
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados
- Obtener el consentimiento válido, cuando se requiera
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información
- Proporcionar la información solicitada por el paciente
- Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas
- Servir de enlace entre el paciente y la familia
- Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios
- Remitir a grupos de apoyo, si procede

Enseñanza: proceso de enfermedad

Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso.
- Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado.
- Reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.
- Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.
- Describir el proceso de la enfermedad, si procede.
- Identificar las etiologías posibles, si procede.
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, si procede.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.
- Dar seguridad sobre el estado del paciente, si procede.
- Proporcionar información a la familia/ser querido acerca de los progresos del paciente, según proceda.
- Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponibles, según resulte adecuado.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Discutir las opciones de terapia/tratamiento.
- Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.
- Animar al paciente a explorar opciones/conseguir una segunda opinión, si procede o se indica.
- Describir las posibles complicaciones crónicas, si procede.
- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, si procede.
- Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, si procede.
- Explorar recursos/apoyo posibles, según cada caso.
- Remitir al paciente a los centros/grupos de apoyo comunitarios locales, si se considera oportuno.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador, si procede.
- Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones.
- Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

NOTAS

NOTAS

NOTAS