

**ROLES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DESDE LA TEORÍA GENERAL
DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (TGDA)**

Investigadores:

**LADY ANDREA ARCINIEGAS CHAMORRO
YEISON ANDRES BENITEZ GONZALES
EDWIN FABIAN PAZ URBANO
JOSE WILLIAM QUINAYAS ERAZO
DIANA MILENA NATHALY SOLARTE DELGADO**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2011**

**ROLES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DESDE LA TEORÍA GENERAL
DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (TGDA)**

**LADY ANDREA ARCINIEGAS CHAMORRO
YEISON ANDRES BENITEZ GONZALES
EDWIN FABIAN PAZ URBANO
JOSE WILLIAM QUINAYAS ERAZO
DIANA MILENA NATHALY SOLARTE DELGADO**

Trabajo de grado para optar al título de Enfermero (a)

**Investigadora principal:
Enf. GLORIA AMPARO MIRANDA
Mg. Educación, Énfasis Docencia Universitaria**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2011**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Popayán, 2013

DEDICATORIA

A todas las personas que
con su apoyo, paciencia y amor
permitieron el desarrollo
de este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos la vida y la oportunidad de crecer personal y profesionalmente.

A nuestros padres y hermanos por el apoyo y la paciencia brindados en este largo camino.

A nuestra guía y maestra Gloria Amparo Miranda por su dedicación, entrega, su constante apoyo y paciencia y por contribuir con su sabiduría en el desarrollo de este trabajo.

Al Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca por formarnos en el camino de la excelencia.

A los docentes que a lo largo de nuestra formación profesional nos guiaron por el sendero del saber y nos enseñaron a amar nuestra profesión.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. OBJETIVOS	16
1.1. OBJETIVO GENERAL	16
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
2. MARCO DE REFERENCIA	17
2.1. MARCO CONCEPTUAL	17
2.2. MARCO TEÓRICO	18
3. DISEÑO METODOLÓGICO	22
3.1. TIPO DE ESTUDIO	22
3.2. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS	22
3.3. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS	23
3.4. ANÁLISIS DE DOCUMENTOS	33
3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
4. RESULTADOS	37
4.1. ROLES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DESDE LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (TGDA)	37
4.2. CARACTERIZACIÓN DE LOS ROLES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DESDE LA TGDA	41
4.2.1. ROL CUIDADOR DE SI MISMO	41
4.2.2. DEMANDANTE DE CUIDADO	52
4.2.3. CUIDADO DE OTROS	58

	pág.
4.2.4. RELACIONES ENTRE LOS ROLES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	81
5. IMPLICACIONES PRÁCTICAS	85
6. CONCLUSIONES	87
7. RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	96

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Descriptores MeSH	23
Cuadro 2. Características de los documentos seleccionados	24
Cuadro 3. Características de los documentos analizados	32
Cuadro 4. Demanda de autocuidado vs demanda de las capacidades de autocuidado	72
Cuadro 5. Sistema de enfermería y métodos de ayuda	76

LISTA DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Roles del profesional de enfermería	37
Gráfico 2. Rol de cuidador de sí mismo	38
Gráfico 3. Rol de demandante de cuidado	39
Gráfico 4. Rol de cuidador de otros	40
Gráfico 5. Definición del rol de cuidador de sí mismo	42
Gráfico 6. Agencia de autocuidado	45
Gráfico 7. Agencia de autocuidado: capacidades, poderes y habilidades	50
Gráfico 8. Definición del rol de demandante de cuidado	53
Gráfico 9. Rol de cuidado de otros	59
Gráfico 10. Dimensiones de la Agencia de enfermería	60
Gráfico 11. Dimensiones de la Agencia de Enfermería	60
Gráfico 12. Poderes de la Agencia de Enfermería	68
Gráfico 13. Sistema de enfermería	77
Gráfico 14. Visibilidad de los roles de enfermería	82
Gráfico 15. Interrelación de los roles de enfermería	82

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1: ficha descriptiva analítica	96

RESUMEN

Introducción: Puesto que existe un desconocimiento de los roles del profesional de enfermería desde la teoría general del déficit de autocuidado (TGDA), es necesario identificar y caracterizar cada rol, estableciendo las relaciones que existe entre ellos, para determinar el desempeño del profesional de enfermería como cuidador con base a la (TGDA). **Objetivos:** Analizar los roles del profesional de enfermería desde la Teoría General del Déficit de Autocuidado. **Metodología:** Para determinar los roles del profesional de enfermería desde la teoría general del déficit de autocuidado, se realizó una revisión documental de artículos, presentaciones y documentos publicados en inglés, portugués y español entre 1972 hasta la fecha, orientada a identificar los roles del profesional de enfermería desde éste referente teórico. **Resultados:** En la revisión se identificó y se caracterizó los roles del profesional de enfermería: *cuidador de sí mismo*, que implica que el profesional de enfermería, que es persona, tiene la capacidad y el deber de cuidarse para garantizar un cuidado correcto en los sujetos de cuidado; *demandante de cuidado*, éste hace referencia que el enfermero (a), como persona, en algún momento de su vida, requiere de otra persona que cuide de él, es decir, requiere de un agente cuidado dependiente, según la TGDA; *y cuidador de otros*, en donde como profesional debe de tener ciertas características necesarias para brindar un cuidado holístico, desde la TGDA, son las dimensiones y poderes de la agencia de enfermería. Por otra parte se establece las relaciones que existen entre éstos tres roles, al igual que se evidencia que el rol más visible de los tres el de cuidador de otros. **Conclusión:** Desde la TGDA se identificó que el profesional de enfermería cumple tres roles: cuidador de sí mismo, demandante de cuidado y cuidador de otros; y en la medida que se desarrollen e interrelacionen se potencian o se debilitan logrando su máximo perfeccionamiento en el cuidado de sí y en el cuidado de los demás.

PALABRAS CLAVES: Autocuidado, Modelo de Orem, Enfermería, roles de enfermería.

ABSTRACT

Introduccion: Since there is a lack of professional nursing roles from the general theory of self-care deficit (TGDA), is necessary to identify and characterize each role, establishing relations that exists between them, to determine the performance of the nurse as caregiver based on the general theory of self-care deficit. **Objectives:** To analyze the roles of the nurse from the General Theory of Self-Care Deficit. **Methodology:** To determine the roles of the nurse from the general theory of self-care deficit, conducted a literature review of articles, presentations and papers published in English, Portuguese and Spanish from 1972 to date, focused on identifying the roles of the nurse from this theoretical reference. **Results:** The review identified and characterized the roles of the nurse: *caregiver self*, which implies that the nurse, that is a person, has the capacity and the duty of care to ensure proper care in care subjects; *care applicant*, it refers to the nurse (a), as a person, at some point in their lives, requires another person to look after him, that is, an agent requires dependent care, according to TGDA; *and other caregiver*, where as a professional must have certain characteristics necessary to provide holistic care, from TGDA, are the size and powers of the nursing agency. Moreover establishing relations between these three roles, as evidenced that the most visible role of the three the caretaker of others. **Conclusion:** From the TGDA identified that nurse serves three roles: caregiver self care and caregiver applicant other; and as they develop and interrelate are strengthened or weakened achieving their maximum improvement in self-care and care of others.

KEY WORDS: Self-Care Model, Orem, Nursing, nursing roles.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, Enfermería ha perdurado por la asunción de distintas responsabilidades y roles, pero siempre teniendo como punto de referencia los cuidados de salud de las personas. En este contexto, la revisión de literatura entorno al profesional de enfermería permite identificar documentación sobre funciones que lleva a cabo: atención directa: cuidar personas enfermas¹, de coordinación y administración, educación e investigación²⁻³; realización de actividades técnicas: inyectar y curar⁴⁻¹, apoyar, escuchar, prevención y promoción de la salud⁵⁻⁶, referencia a las características y valores de la acción de cuidar o de la profesión: caridad, altruismo, abnegación, vocación y sumisión frente a otros profesionales⁷,

1. ALBERT, M. y ALBERT S., Enfermería a examen: ¿Cómo nos ve la sociedad?, Madrid-España, 2002, visitada: 05 de abril de 2013, disponible en: <http://www.cuidamosweb.com/enfermeriaexamen.htm>.
2. VANEGAS, Blanca Cecilia; VARGA, Emily; ABELLA, Luisa Fernanda; ALAYÓN, Mabel Yulitza; BONZA, Liliana Paola; CHAPARRO, Elda Yomara; ESPINOSA, Jannet Patricia; FORERO, Lady Michelle y GUTIÉRREZ, Angie Catherine. Roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá. En: Revista Colombiana de Enfermería. Agosto, 2009, vol. 5, p. 81-92.
3. JARA, Patricia; POLANCO, Olga y ALVEAL, María. Percepción del rol profesional de alumnos de enfermería de la Universidad de Concepción, Chile. En: Investigación y educación en enfermería. Septiembre, 2005, vol. 23, no. 2, p. 56-69.
4. HERNÁNDEZ, Lázaro Luis; RODRÍGUEZ B, JIMÉNEZ P Y RANGEL M. Imagen social de la Enfermería en Cuba y Bélize. En: Revista Cubana Enfermería, Abril-junio, 2006, vol. 22, no. 2.
5. PAIVA MOTA GONÇALVES, Sonia Silva y MELO TAVARES, Claudia Mara. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. En: Esc Anna Nery Rev Enferm. Diciembre, 2007, vol. 11, no. 4, p. 586-92.
6. IZALTEMBERG VASCONCELOS ROSENSTOCKI, Karelline y DAS NEVES, Maria José. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. En: Revista Brasileira de Enfermagem, REBEn . Júlio-agosto, 2010, vol. 63, no. 4, p. 581-86.
7. YAÑEZ, J. y ARAYA, J. Perspectivas de la Enfermería profesional Revista Enfermería. 1999, no. 110. visitada: 11 de diciembre de 2012, disponible en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/PERSPROF.pdf>

actitudes⁸⁻⁹, autonomía en los entornos laborales (Rodrigo Pedroza O. 2011), actuar enfermero desde un marco conceptual disciplinar¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³ y condiciones de salud o factores/condicionantes que afectan al profesional de enfermería en el desarrollo de sus actividades¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷.

Lo anterior muestra que el “actuar enfermero” es el campo de mayor interés para ser analizado en torno al profesional de enfermería y es escaso el material referente al cuidado o formas de cuidarse de este profesional como persona. Por otra parte, cabría esperar que los escritos en torno a las condiciones de salud de este profesional versaran sobre este último aspecto, sin embargo, su énfasis, en esta oportunidad se traslada a la condición de trabajador, como se puede evidenciar en los títulos de dichos estudios “condiciones laborales”, “factores de riesgo laboral” o anteponer la patología asociada al profesional que labora en

-
8. BARROS, Marcelle Aparecida de y PILLON, Sandra Cristina. Atitudes dos profissionais do programa saúde da família diante do uso e abuso de drogas. En: Esc Anna Nery Rev Enferm. Diciembre 2007, vol. 11, no. 4, p. 655 - 62.
 9. MATAMOROS QUESADA, Karla; OBANDO GODÍNEZ, Natalia; RIVERA VOLIO, Susana; ROMERO GUILLÉN, Dahianna; TORRES ACUÑA, Christian y GUZMÁN AGUILAR, Ana. Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. En: Enfermería Actual en Costa Rica. Abril-Setiembre 2007, no. 12, p. 1-12.
 10. ABADES PORCEL, Mercedes. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. En: Gerokomos. Diciembre, 2007, vol. 18, no. 4, p. 176-80.
 11. RAMÍREZ ELIZONDO, Noe. Experiencia de las mujeres consumidoras de drogas en el postparto inmediato. Atención obstétrica a la luz de Imogine King. En: Enfermería Costa Rica. Mayo, 2011, vol. 32, no.1, p. 3-10.
 12. LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero y GUERRERO GAMBOA, Sandra. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. En: Investigación y educación en enfermería. Julio-diciembre, 2006, vol. 24, no. 2, p.
 13. PEREDA ACOSTA, Margarita. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. En: Enfermería Neurológica. 2011, vol. 10, no.3, p. 163-67
 14. CHACÓN ROGER, Margarita y GRAU ABALO, Jorge. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. En: Rev Cubana Oncol. Marzo,1997, vol. 13, no. 2, p.118-25.
 15. ROMÁN HERNÁNDEZ, Jorge. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. En: Rev Cubana Salud Pública. 2003, vol. 29, no. 2, p. 103-10.
 16. CARVALLO SUÁREZ, Beatriz, Una responsabilidad compartida. Memorias del I congreso de profesionales de enfermería clínica Y VIII. Simposio: actualizaciones en enfermería En: Actual. Enferm. 2003, vol. 6, no.3, p. 25-30.
 17. PEÑA, J. L. y SOLANO, A.M. Factores relacionados con la aparición de lumbalgia en las enfermeras. En: Rev.Medica.Sanitas. Octubre-diciembre, 2009, vol. 12, no. 4, p. 26-32.

determinado servicio. La alusión a esta condición y a la necesidad de cuidarse también se halla en el texto de dichos documentos, no de manera explícita la primera, como se puede evidenciar en *“La enfermera, como sujeto que se desempeña en el acto de cuidar, debe realizar un plan de cuidado de sí misma,…”* o en *“Los profesionales de enfermería, como defensores de la salud de los seres humanos, deben fomentar en su propia persona, un adecuado autocuidado…”*. A pesar de la connotación de sujeto-trabajador-enfermero (a), la información anterior permite evidenciar que estas personas *“deben cuidarse”* y siendo profesionales de la salud, dicho cuidado se reflejara en su condición de salud.

Si se analiza la frase anterior *“deben cuidarse”* pareciera que hace alusión a un **deber**, es decir, a un mandato y obligación que tienen estas personas (profesionales de enfermería) para modificar su conducta o praxis cotidiana en torno a *“su cuidado”*. En este contexto habría que preguntarse ¿sólo en el trabajo debe cuidarse el profesional de enfermería? ¿El profesional de enfermería no ha aprendido a cuidarse durante su formación? ¿Los currícula de enfermería preparan a los futuros profesionales de enfermería para cuidarse desde la concepción de persona?

En este punto, es importante tener presente que todas las personas aprenden en el seno de sus familias un conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida en torno al cuidado de sí y de otros, aspectos que les permitirá responder frente a cualquier experiencia, personas o grupos, en diferentes contextos ambientales y a lo largo de la vida, independientemente del nivel educativo alcanzado. Estas formas de cuidarse, entonces, por los procesos de socialización pueden mantener prácticas de cuidados de sí mismo y de otros que pueden ser benéficas, potenciadoras de salud y vida o por el contrario deteriorantes o perjudiciales para la salud. En este caso en particular, además de lo aprendido socialmente, es menester recordar que aprender a cuidarse, a cuidar de otros, así como el aprendizaje de las actitudes y aptitudes para una práctica segura y un cuidado de calidad por parte del profesional de enfermería, ocurre necesariamente en la relación entre el docente y el estudiante, donde el estudiante observa como el docente aplica los conocimientos teóricos transmitidos, a través de acciones prácticas de cuidado, de esta forma el docente se convierte en el modelo a seguir. Es entonces, en estos encuentros de experiencias repetitivas, que el futuro profesional aprehende prácticas de autocuidado para sí como individuo (único e irreplicable) y como profesional. Más sin embargo, si en esta etapa de formación no se logró esta tarea, difícilmente el futuro profesional exteriorizara las formas de cuidarse en los diferentes contextos en que discurra su cotidianidad.

Además de lo expresado anteriormente, existe otro aspecto desde lo educativo a tener en cuenta en la formación de conductas de cuidado en la persona que posteriormente se convertirá en profesional de enfermería y es la concepción de persona que maneje el programa de estudio y el referente teórico disciplinar desde el que se forma a este futuro profesional. Por lo que se debe tener presente, que,

cuando se forma al profesional de enfermería en el cuidado, en primera instancia se debe formar a la persona para que aprenda a cuidarse desde sus concepciones e incluir en ellas los aspectos relevantes del campo profesional.

Con respecto al referente teórico, la mayoría de teóricos asocian al profesional de enfermería con las acciones a desarrollar (consejera, ayudante, etc.) y a nivel educativo se forma al futuro profesional desde estas concepciones; pocas teorías conceptualizan al profesional de enfermería como ser humano, entre ellas *Ernestina Wiedenbach* (ser humano funcional), quien considera que los pensamientos y sentimientos de la enfermera están íntimamente relacionados no sólo con lo que hace sino con el modo en que lo hace; *Joyce Travelbee* (ser humano) quien considera que en la relación de ayuda profesional, el personal de enfermería debe tomar una postura terapéutica, que transmita e inspire salud, basado en sus habilidades intelectuales, prácticas y su propia filosofía de trabajo¹⁸; sin embargo, a pesar de que estas teorías consideran al profesional como ser humano, no se evidencia el **cuidado a uno mismo** de forma explícita, tal vez frases como “inspire salud” o la alusión a la coherencia entre el pensar y el actuar de *Wiedenbach* hagan referencia a ello. Por su parte, *Jean Watson* considera a la enfermera como persona y que el cuidado de nosotros mismos es un paso previo al cuidado de los demás¹⁹.

Al respecto, el Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca a partir del año 2006, comienza a incluir en su plan de estudios la Teoría del Déficit de Autocuidado. Se selecciona esta teoría por su utilización a nivel internacional en el campo asistencial, como se evidencia por el alto porcentaje de reportes y su¹² uso en el campo educativo tanto a nivel internacional como nacional.

Por lo expuesto anteriormente, nos preguntamos si el referente teórico que se maneja en el Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca muestra la función que cumple el profesional de enfermería en torno al cuidado: cuidar o cuidarse.

Por lo anterior se pensó en llevar a cabo un estudio que indagara sobre este aspecto mediante el análisis de bibliografía relacionada con el tema.

Establecer cuáles son las funciones o roles del profesional de enfermería desde esta teoría, permitirá el desarrollo de ciertas habilidades y potencialidades que debe poseer para cumplir con el servicio que presta desde este referente teórico, permitiendo fomentar la auto percepción del profesional como un ser integral y holístico; desde el punto de vista educativo permitirá adecuar las estrategias de

18. LEÓN ROMÁN, Carlos. Cuidarse para no morir cuidando. En: Rev Cubana Enfermería. Enero, 2007, vol. 23, no.1, p.1-9

19. RIVERA, Luz Nelly y TRIANA, Álvaro. Cuidado humanizado de enfermería visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Bogotá. 2007. Disponible en: www.docentes.unal.edu.co/.../

enseñanza aprendizaje que favorezcan el desarrollo de los conocimientos, capacidades y habilidades que debe poseer el futuro profesional para asumir el rol desde el ámbito profesional y personal, promoviendo el autodesarrollo desde el modelo de Orem para brindar un cuidado adecuado e integral y por último, la investigación a realizar servirá como documento de referencia para la ampliación del conocimiento en torno al papel del profesional de enfermería desde esta teoría.

1. OBJETIVOS.

1.1. OBJETIVO GENERAL:

Analizar los roles del profesional de enfermería desde la Teoría General del Déficit de Autocuidado.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los roles del profesional de enfermería desde Teoría General del Déficit de Autocuidado.
- Caracterizar cada rol del profesional de enfermería desde Teoría General del Déficit de Autocuidado.
- Establecer relaciones entre los roles del profesional de enfermería desde Teoría General del Déficit de Autocuidado.

2. MARCO REFERENCIAL.

2.1. MARCO CONCEPTUAL.

Definición de persona: La persona humana, es una unidad vital holística (conformada por dimensiones: corporal, psicológica, social y espiritual); con un componente diádico: ser individual (único, irrepetible e irremplazable) y un ser social, dialogante (en cuanto se sabe con otros en la existencia), es decir que en la persona humana coexisten un “yo” y un “nosotros”. Con unas características, ser sujeto (esto es, individuo que siente) y sujeto inteligente (sujeto dotado de la presencia de la Idea y Verdad del Ser, que la hace capaz de distinguir el ser del no ser, fundamento de toda vida racional, y de toda capacidad para resolver inteligentemente los problemas). Por ello, y en consecuencia, la persona es capaz de razonar (discurrir, dialogar, participar), de querer (de apreciar lo conocido por lo que es voluntad, libertad y la justicia) y ser consciente, esto es, de ser un yo responsable de sus actos libres. Todo ello implica el dominio de cada persona y de todas ellas sobre sus actos, para proceder de la manera adecuada, esto es, respetando el ser de cada ente, en la escala de lo que es, de lo que puede ser, de lo que debería ser²⁰.

Definición de rol: El profesional de enfermería en la sociedad desempeña dos roles generales uno como persona y otro como profesional, donde el primero se define como: rol, término que proviene del inglés role, que a su vez deriva del francés role²¹. El concepto está vinculado a la función o papel que cumple alguien o algo en una colectividad, y el segundo lo define E. Ander-egg como: rol es el comportamiento o papel que debe desempeñar un Trabajador Social tomando en cuenta la posición o status que ocupa dentro de la sociedad; En un sentido más restringido se habla de "roles profesionales" a aquella función que se desempeña y que los otros esperan que desempeñe, aquellos que ejercen una determinada profesión²². Y tomado para enfermería; en esta investigación se abordarán los diferentes roles que a su vez cumple o desempeña como profesional y como persona en cualquier situación; a continuación se detallarán y clasificarán los roles que el profesional cumple que son: cuidador de otros, cuidador de sí mismo y demandante de cuidado y dentro del cuidador de otros se encuentran inmersos otros roles que son: investigador, gestor, administrador, ejecutor de programas, proyectos y/o actividades, educador, consultor, asesor, orientador, informador,

20. DAROS W. R., “¿A qué nos referimos cuando hablamos de “Persona Humana”? en la filosofía de M. F. Sciacca”., disponible en: (<http://williamdaros.files.wordpress.com/2009/08/w-r-daros-la-persona-humana-segun-sciacca.pdf>) Visitado: 9 marzo de 2013

21. Lee todo en: Definición de rol. {En línea} disponible en: <http://definicion.de/rol/#ixzz2NHuUTNra> visitado: 11 de marzo de 2013.

proveedor de servicios, planificador, cuidador como esencia de la profesión, entre otros y es ahí donde radica la importancia de la formación de estos roles en las instituciones educativas, donde los formadores o educadores deben entregar a los estudiantes, las herramientas necesarias y suficientes para crear, desarrollar o potenciar las destrezas y habilidades, con la finalidad de que cada individuo pueda resolver sus propios problemas o dificultades o las de los demás identificando el rol que asume; y siempre teniendo como requisito de esta profesión un elevado nivel de sensibilidad humana y compromiso con la salud de la población, tanto a nivel individual y sobre todo poblacional, además del compromiso consigo mismo y su salud.

1.1. MARCO TEÓRICO.

Teoría General del Déficit de Autocuidado. Para llevar a cabo la práctica de enfermería se cuenta con teorías, modelos o marcos conceptuales propios, cuya importancia está bien documentada en la literatura internacional. Al respecto, se reconoce que las teorías posibilitan la estructura y organización del conocimiento de enfermería, la provisión de un significado sistemático del conocimiento enfermero para prestar cuidado y explican, predicen e influyen en la práctica profesional. Por su parte, el uso de los modelos teóricos permiten la racionalidad, reducen la intuición, generan delimitación del saber profesional y disciplinar contribuyendo a proyectar el quehacer más allá de la técnica, de las rutinas y la tradición; además fomentan un cuerpo de conocimientos sistemático, consistente con la ciencia²³ que facilita a los profesionales autonomía de acción al servir de guía en los aspectos prácticos, educativos y de investigación.

La aplicación de las teorías y modelos a la práctica de enfermería facilitan la prestación de cuidados que son específicos y particulares para cada persona que presente o no, procesos de enfermedad u otros procesos que alteran su estado de salud como ser integral. En este punto, la Teoría General del Déficit de Autocuidado (TGDA) de D. OREM considera el autocuidado como una actividad permanente y cotidiana en la vida de los sujetos, en esa medida, todos o casi todos, cuidamos a otros y/o nos cuidamos *o autocuidamos*.

En este orden de ideas, las demandas de cuidados aparecen por distintas circunstancias, (enfermedad, accidente, entre otros) que se dan a lo largo de ese proceso vital, o simplemente como formas para promover una existencia de calidad, o mantener la salud, es en este marco que el cuidado de enfermería

22. ANDER, E. Rol definición 2010, {En línea}, disponible en. (<http://www.buenastareas.com/ensayos/Rol-Definicion-y-Autor/471755.html>) Visitado: 11 marzo de 2013

23. LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero. Cuidado al Adulto y Anciano. Teoría del déficit de autocuidado de Orem. En: Aqichán. Octubre, 2003, vol. 3, no. 3, p. 52-59.

añade a lo cotidiano la profesionalidad, la especificidad y la especialidad; cuidado que se contextualiza desde el proceso vital, incluyendo en éste la muerte y teniendo en cuenta aspectos como la edad, el género y la cultura entre otros.

En este contexto de cuidado, los profesionales de enfermería como cuidadores, que prestan sus servicios a otras personas con déficit en la satisfacción de su cuidado con la finalidad de fortalecer la capacidad de autocuidarse o la realización de cuidado terapéutico mediante la identificación de las demandas de autocuidado de las personas o la regulación de la acción de autocuidado, deben poseer unas características que los identifiquen, los diferencien y destaquen, para en primera instancia alcanzar las metas trazadas al asumir la tarea de prestar ayuda a las personas que presentan privaciones o déficit y en segunda instancia favorecer la visibilización y el reconocimiento profesional.

Desde esta perspectiva la teoría propuesta por Dorothea Orem: Teoría General de Déficit de Autocuidado, que a su vez está compuesta por tres teorías relacionadas: autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería.

En la primera, la teoría del autocuidado explica Orem como las personas satisfacen sus necesidades esenciales para mantener su salud, bienestar y promover su desarrollo como ser humano integral, mediante la realización de actividades de autocuidado, las cuales son aprendidas en el transcurso de la vida y que se modifican de acuerdo al estado de salud, la etapa vital, cambios ambientales, entre otros factores. Estas necesidades básicas son definidas como requisitos de autocuidado, a su vez divididos en: Requisitos de Autocuidado Universal, que son las actividades fundamentales que debe realizar una persona diariamente para cubrir sus necesidades básicas para mantener la vida y fomentar su desarrollo; son 8 en total, aporte suficiente de aire, agua y alimentos, provisión de cuidados a los procesos de eliminación, equilibrio entre la actividad, descanso y sueño, prevención de peligros para la vida, la salud y el bienestar, la tranquilidad, la soledad, la intimidad y la interacción social, la normalidad de ser y sentir, evitando de este modo el estrés. Otros son los Requisitos asociados al Desarrollo: son los requisitos que se aparecen en diferentes momentos de la vida y que se establecen de acuerdo a las etapas del ciclo vital, por lo que los requisitos son diferentes para cada una de ellas; las etapas anteriormente mencionadas son: vida intrauterina y nacimiento, vida neonatal, lactancia, infancia, adolescencia y adulto joven, edad adulta y embarazo en la adolescencia y en la adultez. Y finalmente están los derivados de las desviaciones del estado de salud, es decir cuando se produce una enfermedad, estos están sujetos a estas situaciones: Los cambios evidentes en la estructura humana, cambios en el funcionamiento fisiológico, cambios en el comportamiento y hábitos de vida.

Cuando las personas logran satisfacer todas las actividades o requisitos de autocuidado se convierte en Agencia de Autocuidado denominado por la teorista como el poder de un individuo para dedicarse a actividades estimativas y de

producción esenciales para el autocuidado, siendo la combinación de conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones que las personas tienen y que hacen posible que lleven a cabo una autoacción. Pero hay casos en los que algunas personas no pueden realizar sus propias actividades de autocuidado, pero no son originados por alteraciones de la salud, y se hace necesaria la intervención de otra persona para satisfacerlos y es así como aparece la definición de Agencia de Autocuidado Dependiente. Este es el caso de los ancianos, los niños, y demás personas que presentan limitaciones para prestar sus propios cuidados.

Cuando se presenta el caso en el que la demanda de autocuidados supera a la ofrecida por la agencia de autocuidado o la agencia de autocuidado dependiente, sujeto a limitaciones relacionadas o derivadas del deterioro de la Salud, que los incapacita para el prestarse un autocuidado continuo se presenta un déficit de autocuidado o déficit de cuidado dependiente, y es aquí donde se necesita la intervención de personas con capacitación especializada y específica para satisfacer dichas necesidades y ayudar a superar el déficit de autocuidado; estas personas son los profesionales de enfermería, definidos por Orem como la Agencia de Enfermería, la cual planea las intervenciones necesarias para cubrir las nuevas necesidades mediante la aplicación de uno de los tres sistemas de enfermería: Totalmente Compensatorio, donde el paciente no tiene ningún papel activo en la realización del autocuidado, el profesional de enfermería actúa en el lugar del paciente, en el Parcialmente Compensatorio ambos participan en la realización de las actividades de autocuidado, tomando las decisiones más adecuadas para su estado y en el Apoyo Educativo, donde el profesional de enfermería instruye y orienta al paciente para que lleve a cabo las actividades de autocuidado y la toma de decisiones.

Para Orem, los sistemas de enfermería se forman en la medida en que las enfermeras utilizan sus habilidades para prescribir, diseñar, dirigir y mantener sistemas de autocuidado terapéutico a sus legítimos pacientes (tanto a individuos como grupos); la enfermera se encarga de actuar o hacer por guiar, apoyar y proporcionar un entorno que estimule el desarrollo de autocuidado sobre el otro. En esta teoría describe y explica las relaciones que se pueden y deben dar además de mantenerse para que exista enfermería, dependiendo de las capacidades del paciente para auto cuidarse. Al existir un déficit de autocuidado, en cualquier grado, la enfermera se convierte en agente de autocuidado.

La idea básica que tenía Orem sobre la enfermería y su objetivo que es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Ahora bien, como mencionamos anteriormente la agencia de enfermería es definida en la segunda teoría de Orem: Teoría del Déficit de autocuidado y es alrededor de esta que gira nuestra investigación. Aquí describe a la agencia de

enfermería como una propiedad compleja de las enfermeras que las capacita para conocer y ayudar a los demás a conocer e identificar su demanda de autocuidado terapéutico para ayudarlos a controlar el ejercicio de su agencia de autocuidado o de cuidado dependiente^{24, 25, 26, 27}.

El concepto de agencia de enfermería tiene dimensiones interrelacionadas: el sistema social, que engloba la dimensión cultural, como espacio para aprender los comportamientos del autocuidado y la satisfacción de los requisitos universales de autocuidado; el sistema interpersonal que busca la integridad de las estructuras humanas en su dimensión psicosocial y funcionamiento humano, y el sistema tecnológico-profesional que involucra métodos y técnicas válidos y confiables para el diagnóstico y prescripción de enfermería.²⁷

Para la interrelación de las dimensiones de la agencia de enfermería, Orem señala los componentes de poder para lograr un buen servicio de enfermería:

- Conocimiento válido y confiable de las tres áreas de acción de enfermería definidas por Orem (social, interpersonal y tecnológico -profesional).
- Habilidades intelectuales y prácticas específicas para estas tres áreas.
- Estar motivada.
- Buena disposición para proveer enfermería.
- Habilidad para unificar diferentes secuencias de acciones hacia el logro de resultados.
- Consistencia en el desempeño de las acciones de enfermería.
- Hacer ajustes en las acciones de enfermería, por condiciones que predominen o emerjan.
- Habilidad para autocontrol como elemento esencial profesional en situaciones prácticas de enfermería.

-
23. BERDAYES MARTÍNEZ, Daisy; EXPÓSITO CONCEPCIÓN, Yaquelin; GARCÍA GONZÁLEZ, Aliel; ZUBIZARRETA ESTÉVEZ, Magdalena y otros. Bases conceptuales en enfermería. 1 ed. Cuba: Ciencias Médicas, 2008, p. 1-199.
24. FERNÁNDEZ, Alba y MANRIQUE, Fred Gustavo. Agencia de autocuidado. En: Salud historia y sanidad, revista online. Enero-abril, 2009, vol. 4, no. 1, p. 1-9.
25. MIAGA A, Modelos de cuidados de enfermería I libro de consulta, Escuela universitaria de sanidad y medio ambiente de bata-litoral.
26. RIVERA, Luz Nelly. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. En: Enfermería 21. Junio-diciembre, 2006, vol. 24, no. 2, p. 91-98.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se basa en una investigación descriptiva realizada a partir de la consulta de artículos referentes al tema Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. La investigación bibliográfica procura explicar un problema a partir de referentes teóricos publicados en documentos. Se busca conocer y analizar las contribuciones culturales y científicas existentes sobre el tema en cuestión⁶. Por lo tanto, es el medio de información por excelencia y constituye un procedimiento básico para este estudio, en el cual se busca el conocimiento acumulado sobre el tema que se aborda: roles del profesional de enfermería desde la Teoría del General Déficit de Autocuidado.

La investigación descriptiva permite un análisis profundo del problema de investigación en relación con los roles a desempeñar por el profesional de Enfermería desde la teoría de OREM; de igual manera se utiliza para comprender los diferentes comportamientos o conductas que se presentan en el tema a investigar.

3.2. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

Los documentos objeto de análisis de este trabajo fueron buscados teniendo en cuenta la satisfacción estricta del problema y objetivos planteados: Para ello se llevó a cabo una metodología que incluyó dos fases: fase heurística y fase hermenéutica.

Fase heurística: Esta incluyó la búsqueda de la información indexada y no Indexada; sistematización de los resultados de la búsqueda; depuración de la información sistematizada; captura de información incompleta y lectura de las investigaciones y nueva sistematización para el análisis cualitativo.

Para la búsqueda de la información en esta etapa, se definieron criterios de búsqueda, términos relacionados, seleccionándose como bases de datos SCIELO: Scientific Electronic Library Online; REDALYC: Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal; INDEX; LATINDEX: Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; MEDIGRAPHIC Literatura biomédica. Se consultó literatura gris como trabajos de grado, tesis y libros en medio magnético con el buscador Google. Además de la compra de dos libros en medio físico: Self-care theory in nursing. Selected papers of Dorothea Orem escrito por Susan Taylor McLaughlin K y Dorothea Orem. Self-care deficit theory escrito por Donna Hartweg.

Se establecieron para la búsqueda de material los siguientes criterios:

- Idioma: Español, inglés y portugués
- Periodo: 1972 hasta la fecha.
- Tipo de artículos:
 - a) Estudios descriptivos.
 - b) Estudios analíticos.
 - c) Ensayos o revisiones narrativas.
- Ponencias y presentaciones en powerpoint.
- Tipos de documentos:
 - a) Libros.
 - b) Tesis de grado.

Los términos de búsqueda fueron: rol, autocuidado y profesional de enfermería; teoría del déficit de autocuidado, teoría del autocuidado. Términos que se buscaron tanto en español, como portugués y en inglés descriptores del MeSH.

Cuadro 1. Descriptores MeSH.

Descriptor	Idioma		
	Inglés	Español	Portugués
Autocuidado	Self-Care	Autocuidado	Autocuidado
Enfermería	Nursing	Enfermería	Enfermagem
Rol de la Enfermera	Nurse's Role	Rol de la Enfermera	Papel do Profissional de Enfermagem

Fuente. Biblioteca virtual en salud (BVS). Disponible en: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&interfa ce language=e&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start

3.3. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

La búsqueda en las bases de datos antes mencionadas, buscador y libros arrojó la consecución de 41 artículos que fueron publicados en revistas de enfermería, 6 trabajos de grado, 4 documentos de tesis de maestrías, 2 documentos de tesis doctorales, 1 informe de un diplomado, 4 presentaciones en power point y 4 libros. Estos documentos fueron publicados durante el período comprendido entre el año de 1991 y 2011; cuyo idioma principal fue el español, seguido del portugués y finalmente el inglés; y que se encontraban con resumen, tenían acceso libre y las palabras claves anteriormente enunciadas.

Cuadro 2. Características de los documentos seleccionados.

Nº	AUTOR	TÍTULO	TIPO DE MATERIAL	BUSCADOR /BASE DE DATOS	AÑO	PAÍS DE PUBLICACIÓN	IDIOMA
1	McLaughlin K. Taylor Susan.	Self-care theory in nursing. Selected papers of Dorothea Orem.	Libro	---	2003	EEUU	Inglés
2	Hartweg Donna.	Dorothea Orem. Self-care déficit theory.	Libro	---	1991	EEUU	Inglés
3	Miranda Gloria, Bolaños Muñoz Paola, Melissa Rojas Diana, Urbano Paz Liliana.	Factores de condicionamiento básico y capacidades de la agencia de autocuidado en población adherida al régimen terapéutico programa de control de tuberculosis. E.S.E. Popayán 2009.	Trabajo de grado	---	2009	Colombia	Español
4	Landeros Olvera Erick Alberto, García Rojas José Manuel, Flores López Nadia Consuelo, García Carlón Alejandra, Vidal Sánchez Daniela, Vázquez Pérez Adex.	Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural.	Revista: Enferm Artículo	Google	2004	México	Español
5	Muñoz Mendoza Carmen, Cabrero García Julio, Martínez Miguel Richard, Orts Cortés María Isabel y Cabañero Martínez María José.	La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía.	Revista: Enfermería clínica Artículo	Google	2005	España	Español
6	Olivella Fernández Madeleine Cecilia, Bastidas Sánchez Clara Victoria y Castiblanco Amaya Myriam Angélica.	Propuesta de una ruta metodológica para implementación del Modelo de Orem en la práctica de enfermería.	Revista: Salud uninorte Artículo	Google	2010	Colombia	Español

7	González Salcedo Priscila.	Atención de enfermería en el paciente con pie diabético desde una perspectiva de autocuidado.	Revista: Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo Artículo	Google	2008	Colombia	Español
8	---	Tendencias y modelos más utilizados en el cuidado de enfermería.	--- Artículo	Google: www.aibarra.org/Apuntes/Fundamentos/tendenciasymodelos.doc	---	---	Español
9	Luciana Martins da Rosa, Nen Nalú Alves das Mercês, Silvana Romagna Marcelino, Vera Radünz.	A consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: contextualizando uma realidade.	Revista: Cogitare Enferm. Artículo	Google	2007	Brasil	Portugués
10	Vega Ochoa Fco, Javier, Hernando Cuende Leticia, Arroniz Javier, Baños Sara, Río Jose Javier, Sáenz Ochoa Roberto, Sáenz Marta, Martínez Dori, Arciniega Eva.	---	Escuela de enfermería Santiago Coello. Libro	Google	2000	España	Español
11	Navarro Peña, Y., Castro Salas, M.	Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería.	Revista: enfermería global. Artículo	Google	2010	Chile	Español
12	Andrés Maya-Morales, Josefina Hernández-Silva, José Ángel Luna-Rojas.	Capacidades especializadas de autocuidado y adaptación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Revista: Conamed. Artículo	Google	2008	México	Español
13	Alba Lucero López Díaz.	Cuidando al adulto y a el anciano. Teoría del déficit de autocuidado de Orem.	Revista: Aquichan. Artículo	Google	2003	Colombia	Español
14	Francisca Vilma Pérez Saavedra.	Salud del preescolar, capacidades y acciones de Cuidado dependiente de las madres en una	Tesis de maestría.	Google	1997	México	Español

		colonia urbanomarginada de Monterrey					
15	Manrique-Abril, Fred; Fernández, Alba; Velandia, Anita.	Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia.	Revista: Aquichan. Artículo	Redalyc	2009	Colombia	Español
16	Achury, Diana Marcela; Sepúlveda, Gloria; Rodríguez, Sandra Mónica.	Validez de apariencia y de contenido de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial.	Revista: Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo Artículo	Redalyc	2008	Colombia	Español
17	Carmen Amarilis Guerra, AnEvies, Aleid Rivas, Lilia García.	Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas Embarazadas.	Revista: Texto contexto enfermería. Artículo	Google	2005	Venezuela	Español
18	Juana Esther Castañeda Morales, Ana María Padilla Aguirre.	Adaptación teórica de Dorothea Elizabeth Orem en Enfermedad Vascular Cerebral.	Revista: De enfermería. Artículo	Google	2010	México	Español
19	José Víctor Da Silva.	Autocuidado y calidad de vida de adultos mayores en áreas urbano-marginadas de Monterrey.	Tesis de maestría.	Google	1997	México	Español
20	García Nancy, Hibellose Hidalgo, Clenibeth Pacheco.	Actitud del profesional de enfermería hacia su autocuidado en el desempeño laboral en el área de hospitalización de médico-quirúrgicas en el centro médico de caracas. 2002	Trabajo de grado.	Google	2002	Venezuela	Español
21	Alba Fernández, Fred Gustavo Manrique.	Agencia de autocuidado.	Revista: Salud, historia y sanidad. Artículo	Google	2008	Colombia	Español
22	Josep Adolf Guirao-Goris.	La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad.	Revista: Educare 21 Artículo	Google	2003	España	Español

23	Reina Bermúdez	Capítulo V: Autocuidado de la salud desde el profesional de la enfermería. Una aplicación práctica.	Libro: Autocuidado de la salud.	Google	1993	España	Español
24	Jorge Luis Pérez Manzano.	Aplicación de las teorías de Orem y Peplau en el proceso de atención de enfermería.	Artículo	Google	2000	Cuba	Español
25	---	Enfermería fundamental: Leyes, teorías, tendencias y modelos.	Artículo	Google: http://es.scribd.com/doc/21809066/3/Funciones-de-enfermeria	---	---	Español
26	Juan Reyes Luna, Patricia Jara Concha, José Merino Escobar.	Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería.	Revista: Ciencia y enfermería. Artículo	Google	2007	Chile	Español
27	Rosario García Palacios, Mercedes. Tejuca Marengo, Amalia Tejuca Marengo, M. Carmen Carmona Valiente, Esther. Salces Sáez, Luis Fuentes Cebada.	Caso Clínico: Plan de cuidados personalizado aplicando la taxonomía II Nanda, Noc y Nic	Revista: Soc. Esp. Enfermería Nefrológica. Artículo	Google	2002	España	Español
28	Sandra Hernández, Corral, Juan Rivas, Espinosa. Alfredo Serrano, Rivera, Luz Vargas, Esquivel.	Valoración de capacidades de autocuidado en adultos mayores para una práctica avanzada de enfermería.	Artículo	Google	2000	México	Español
29	Luz Nelly Rivera Álvarez.	Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado.	Revista: Avances en enfermería. Artículo	Google	2010	Colombia	Español
30	Daisy Berdayes Martínez, Yaquelin Expósito Concepción, Aliel García González, Magdalena Zubizarreta Estévez y otros.	Bases conceptuales de enfermería.	Libro	Google	2008	Cuba	Español
31	Angelina Rivera Montiel.	Modelo enfermero autocuidado Orem.	III Congreso de Calidad del Instituto Nacional de	Google	---	México	Español

			Pediatría "Aplicación Práctica de la Calidad en los Servicios de Salud" Presentación power point.				
32	Luz Nelly Rivera Álvarez.	Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia.	Revista: Salud pública. Artículo	Google	2006	Colombia	Español
33	Edith Arredondo Holguín.	Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardiaca.	Revista: Avances en enfermería. Artículo	Google	2010	Colombia	Español
34	Hospital Josefina Martínez.	Enfermería basada en el autocuidado.	Artículo	Google	---	Chile	Español
35	---	Cuidados de enfermería en el adulto mayor.	Artículo	Google	---	---	Español
36	Eutropio Moreno Nuñez.	Plan de cuidados al paciente con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en tratamiento sustitutorio con hemodiálisis.	Unidad de Hemodiálisis. Hospital General Universitario de Alicante. Presentación power point.	Google	2000	España	Español
37	Deisy Rosa Solera Barrios.	Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial. Montería, 2010.	Tesis de maestría.	Google	2010	Colombia	Español
38	---	Fundamentos de Enfermería EIR.	Documento	Google	---	España	Español
39	Esther C. Gallegos,	Teoría de auto- cuidado en salud y su aplicación en diversos contextos.	Curso internacional: gestionando el cuidado enfermero humanizado universidad	Google	2009	Perú	Español

			peruana Cayetano Heredia lima, Perú Presentación power point.				
40	Carlos A. León Román.	Cuidarse para no morir cuidando.	Rev Cubana Enfermer. Artículo	Google	2007	---	Español
41	Juan Francisco Roldan.	Estudio métrico de la escala de requisitos de autocuidado en la teoría de Orem en pacientes con esquizofrenia.	Tesis doctoral.	Google	2011	España	Español
42	Marcela Fuentealba, Gloria Jofré J.	Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar: Promoción del autocuidado al interior de los equipos de salud.	Informe de diplomado.	Google	---	Chile	Español
43	Irma Patricia Mota Flores.	Acciones de auto- cuidado por des- viación de la salud en el adulto con diabetes tipo 2	Tesis de maestría.	Google	2001	México	Español
44	Anita Velandia Arias, Luz Nelly Rivera Alvares.	Confiabilidad de la escala apreciación de la agencia de autocuidado (ASA), segunda versión en español, adaptada para la población colombiana.	Revista: avances en enfermería. Artículo	Google	2009	Colombia	Español
45	Rivera Luz Nelly, Díaz L.	Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular.	Revista: Cuadernos hospital de clínicas. Artículo	Google	2007	Colombia	Español
46	Rojas A. Pérez S. Lluch A. Cabrera M.	Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado.	Revista: Cubana de enfermería. Artículo	Google / scielo.sld.cu	2009	Cuba	Español
47	Luis Antonio Guajardo Gómez.	Déficit de Auto- cuidado en un agente con alteración de la perfusión cardíaca.	Revista: Mexicana de enfermería cardiológica. Artículo	Google	2010	México	Español
48	Luz N. Rivera Álvarez	Capacidad de agencia de autocuidado en personas con	Artículo	Google / Redalyc	2006	Colombia	Español

		hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá.					
49	Marcela Gemita Carrillo González.	Aplicación protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, servicio de medicina interna, Hospital base Osorno.	Trabajo de grado.	Google	2004	Chile	Español
50	---	Fundamentación teórica.	Artículo	Google	---	---	Español
51	Juan Francisco Roldán Merino.	Estudio métrico de la escala de requisitos de autocuidado (ERA) basados en la teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia.	Tesis doctoral.	Google	2011	España	Español
52	Roxana Mamani Benavente.	Capacidad de autocuidado del paciente neutropénico post quimioterapia en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.	Tesis de maestría.	Google	2010	Perú	Español
53	Juana Mateos Rodilla; Carmen Jiménez Gómez; Regina Arnáiz Alonso; Sonia Arribas Alcaide; Ricardo Gil Gómez; M ^a Ángeles de la Torre Blanco; Mercedes Palomo Muñoz; Ana María Robledo Tejero; Gema Martínez González; María del Mar Pérez Quintana; Mercedes Martínez Piédrola.	Marco conceptual de la enfermería del área 5 de atención primaria de Madrid.	Artículo	Google	2006	España	Español

54	Anita Miaga Nguere	Modelos de cuidados de enfermería I libro de consulta.	Artículo	Google	---	España	Español
55	Alba Rosa Fernández, Fred Gustavo Manrique Abril.	Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores.	Artículo	Google	2011	Colombia	Español
56	Nuria Rivero Martínez, Mercedes Niurys González Acosta, Marylú González Barrero, Mirtha Núñez Herrera, Miladys Rojas Izquierdo.	Valoración ética del modelo de Dorotea Orem.	Artículo	Google/redalyc	2007	Cuba	Español
57	Nuria Rivero Martínez.	Valoración ética de la teoría Orem.	Artículo	Scielo	2007	Cuba	Español
58	Nilsa Ivonne Buitrago Prieto; Hellen Hazbleydi Cárdenas Salamanca.	Nivel de agencia de autocuidado de la salud en el trabajo, en un grupo de trabajadores de la construcción de una institución educativa privada de nivel superior durante el mes de octubre de 2009.	Trabajo de grado.	Google	2009	Colombia	Español
59	María Angélica Páez Sierra.	Aplicación de la teoría de Dorotea Orem en el cuidado del paciente oncológico.	Trabajo de grado.	Google	2008	Colombia	Español
60	Martha Isabel Cely Manosalva; Ximena Victoria Espinosa Marin; Jair Alberto Mateus Rey.	Capacidad de agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA en una fundación de Bogotá, en el periodo comprendido entre agosto a noviembre de 2007.	Trabajo de grado.	Google	2007	Colombia	Español
61	Cesia Caro V.	Teoría del Déficit de Autocuidado.	Presentación power point.	Google	---	---	Español
62	Verónica Díaz Sánchez, M ^a Eloisa García Huete, M ^a Dolores	Los intercambios de apoyo en el cuidado de un aborto Espontáneo.	Artículo	Google	2008	España	Español

	Marín Morales, Elena Campo Cecilia.						
Fuente. Elaboración propia.							

Posterior al hallazgo, se procedió a una lectura y análisis lo que dio por resultado la exclusión de 53 documentos, de los cuales 36 correspondían a artículos; trabajos de grado 11 entre pregrado, maestría y doctorado; 4 a otros documentos y 2 libros.

Teniendo en cuenta el tema, se considera que el número total obtenido de esta recopilación es una muestra representativa que respalda el análisis que se realiza.

Cuadro 3. Características de los documentos analizados.

Nº	AUTOR	TÍTULO	TIPO DE MATERIAL	BUSCADOR /BASE DE DATOS	AÑO	PAÍS DE PUBLICACIÓN	IDIOMA
1	Hartweg Donna.	Dorothea Orem. Self-care deficit theory.	Libro	---	1991	EEUU	Inglés
2	Alba Lucero López Díaz.	Cuidando al adulto y a el anciano. Teoría del déficit de autocuidado de Orem.	Revista: Aquichan Artículo	Google	2003	Colombia	Español
3	Alba Fernández, Fred Gustavo Manrique.	Agencia de autocuidado.	Revista: Salud, historia y sanidad. Artículo	Google	2008	Colombia	Español
4	Josep Adolf Guirao-Goris.	La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad.	Revista: Educare 21. Artículo	Google	2003	España	Español
5	Luz Nelly Rivera Álvarez.	Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado.	Revista: Avances en enfermería Artículo	Google	2010	Colombia	Español
6	Daisy Berdayes Martínez, Yaquelín Expósito Concepción, Aliel García González, Magdalena Zubizarreta	Bases conceptuales de enfermería.	Libro	Google	2008	Cuba	Español

	Estévez y otros.						
7	Deisy Rosa Solera Barrios.	Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial. Montería, 2010.	Tesis de maestría.	Google	2010	Colombia	Español
8	---	Fundamentos de Enfermería EIR.	Documento.	Google	---	España	Español
9	---	Fundamentación teórica	Artículo	Google	---	---	Español
Fuente. Elaboración propia.							

3.4. ANÁLISIS DE DOCUMENTOS.

Fase hermenéutica. Durante esta fase, cada una de las fuentes investigadas será sometida a lectura y análisis aquellos, documentos que lo requieran además se traducirán. La información extractada de los artículos y documentos para su manejo y posterior análisis fue clasificada y organizada de acuerdo a pautas establecidas en lo que se denominó ficha descriptiva (Anexo1). Herramienta por la que se pretende mostrar de manera somera el artículo y su pertinencia en relación con el tema objeto de este trabajo, en esta se consigna y presenta la información válida para la investigación de acuerdo a tres parámetros.

1. Se refiere a datos de identificación del artículo en que se incluye el título en el idioma original en conjunto con su traducción si así fuese necesario, los respectivos autores, el año y lugar geográfico donde se realizó la investigación o ubicación de la entidad que lo presenta. Idioma y medio de publicación donde fue hallado.
2. Información metodológica. En este apartado se revisan los elementos concernientes al tipo de estudio utilizado para la realización del artículo, se expone adicionalmente, la población y la muestra seleccionada junto con la identificación de la técnica estadística utilizada para el análisis.
3. Aportes al estudio. Constituye el último parámetro desarrollado, en él se realiza la extracción de los comentarios y/o resultados que citados de manera textual o de forma resumida demuestran porqué el artículo escogido es valioso para la discusión del tema en cuestión.

Teniendo en cuenta los aportes de cada documento se realiza un análisis de la información a partir del concepto de autocuidado y persona que maneja la teorista Dorothea Orem y las premisas sobre las cuales se sustenta la teoría del Autocuidado, parámetros que permitieron la identificación de los roles del profesional de enfermería y que se detallan en el capítulo de resultados.

A continuación se presentan los conceptos/ parámetros analizados.

Concepto de persona

Se concibe la persona como un todo integrado, que funciona biológica, simbólica y socialmente y que está en permanente interacción consigo misma y con su entorno, intercambiando continuamente materia y energía en un proceso adaptativo imprescindible para la vida.

Concepto de Autocuidado

Se conceptualiza como *“el cuidado personal que los seres humanos necesitan diariamente y que puede ser modificado por el estado de salud, las condiciones ambientales, los efectos del cuidado médico y otros factores”*

A partir de estos dos conceptos se establece que:

- El profesional de Enfermería es una persona conformada por diferentes dimensiones que funcionan como un todo que interactúa y se adapta al entorno.
- El profesional de Enfermería como persona se cuida y dicho cuidado puede modificarse por procesos patológicos u otros factores del entorno.

Teoría del Autocuidado

En esta teoría la **persona** es:

- **Agente de autocuidados**, cuando aprende y realiza por sí mismo las acciones del autocuidado.
- **Agente de cuidados dependientes**, cuando realiza prácticas de cuidado en beneficio de personas socialmente dependientes.

Para llevar a cabo estas prácticas estos agentes poseen capacidades, que en la teoría se denomina **Agencia**.

- **Agencia de autocuidados**: Es la capacidad del propio individuo para realizar actividades de autocuidado.

- **Agencia de cuidados dependientes:** Es la capacidad del propio individuo para realizar autocuidados en personas dependientes.

Cuando las demandas de autocuidado exceden las capacidades de las agencias de autocuidados y cuidados dependientes interviene el profesional de enfermería quien es:

- **Agente de Autocuidados Terapéuticos**

Con base en los datos anteriores se establece entonces que el profesional de enfermería desde esta teoría es:

- ❖ **Agente de autocuidados**, cuida de sí mismo.
- ❖ **Agente de cuidados dependientes** y
- ❖ **Agente de Autocuidados Terapéuticos**, que cuida de otros.

Con esta información se establece entonces que el profesional de enfermería es:

- ❖ Cuidador de sí mismo
- ❖ Cuidador de otros

Teniendo en cuenta que la idea fundamental del modelo se basa en el concepto de autocuidado como requerimiento que todas las personas sienten y satisfacen para vivir saludablemente y para desarrollarse como seres humanos y que cuando estos cuidados no son cubiertos sobrevienen los problemas de salud, se infiere que el profesional de enfermería puede presentar limitaciones para cuidar de sí mismo y en esa medida entonces, dicho profesional demandara del cuidado de otros.

Con lo anterior se establecen los tres roles del profesional de enfermería desde esta teoría.

- ❖ Cuidador de sí mismo
- ❖ Cuidador de otros
- ❖ Demandante de cuidado

3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La presente investigación tiene como fin identificar los roles de enfermería desde la Teoría de General Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, mediante la revisión documental y bibliográfica de artículos, tesis, libros, bases de datos, entre otros.

En el presente estudio se tuvo en cuenta los principios éticos como autonomía, beneficencia y no maleficencia los cuales se encuentran en la aplicación de los

postulados del informe Belmont²⁷. Al ser este un estudio de análisis documental no se incurrió en ninguna intervención directa con personas. El principio de autonomía, en este caso se manejó como el respeto a los derechos de autor, específicamente los relacionados con: derechos morales (derecho a la paternidad, derecho a la integridad, derecho a conservar la obra inédita), que son de carácter personal referidos a la explotación de sus obras²⁸ y el derecho a la paternidad, que permite reconocer la obra como suya y a vincular su nombre a ella. El nombre del autor se mencionara cada vez que su obra sea utilizada o cuando se hagan citas de su obra.

Para citar las fuentes se maneja el sistema bibliográfico según INCOTEC.

27. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. Principios y Guías Éticas para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación. El Informe Belmont. EE.UU, 1979

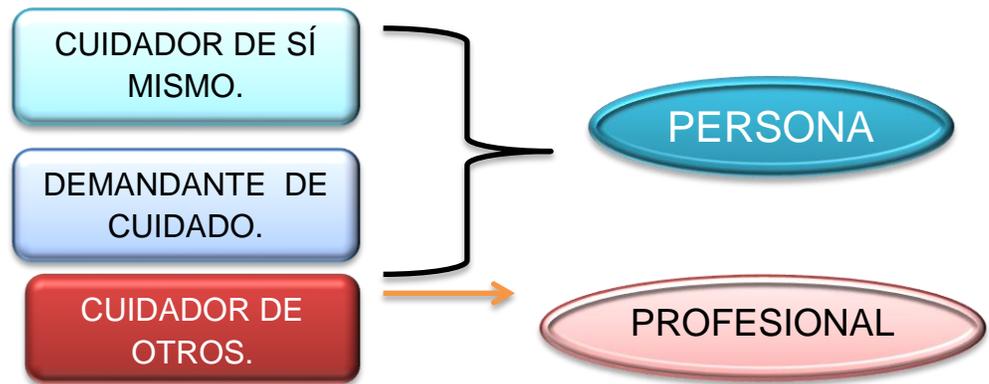
28. GOMEZ R, ROBAYO E. Lo que usted debe saber sobre los derechos de autor, Universidad de La Sabana, Bogotá-Colombia, 2006.

4. RESULTADOS

Teniendo en cuenta el análisis realizado del concepto de persona y como se identifica al profesional de enfermería desde la Teoría del Autocuidado, a continuación se detallan los roles que ejerce este profesional desde la TGDA.

4.1. ROLES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DESDE LA TEORIA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (TGDA).

Gráfico 1. Roles del profesional de enfermería.



Fuente. Elaboración propia.

Como se puede observar, el profesional de enfermería que es una persona humana, es a la vez un ser individual y un ser sociable, en esta medida como persona desde la TGDA lleva a cabo una serie de comportamientos de cuidado frente a un “yo” y un “nosotros”, dependiendo de las condiciones de salud en que se encuentren. Esta serie de comportamientos que realiza en su entorno social se denominan “rol”²¹, en esa medida los roles del profesional de Enfermería desde esta teoría son:

- ✓ Cuidador de sí mismo
- ✓ Demandante de cuidado
- ✓ Cuidador de otros

Los dos primeros roles, son desempeñados como persona y el último como profesional de salud; como se puede establecer el profesional de enfermería desde la TGDA desempeña diversos roles a lo largo de su vida, roles que son

aceptados y desempeñados según el contexto en que se desenvuelva la persona, que es profesional de enfermería.

Cada uno de estos roles tiene unas condiciones propias, las cuales se detallan a continuación.

Este rol, hace referencia al autós, el sí mismo (cuidarse) e implica que el profesional de enfermería, que es una persona, tiene la capacidad de cuidarse a sí mismo, asumiendo ciertas conductas saludables y normas de autocuidado, bienestar y seguridad; dichas conductas o prácticas son socialmente aceptadas, es decir aprendidas a lo largo de su vida por experiencias propias y/o de otras personas significativas y prácticas institucionalizadas aprendidas durante su formación profesional, en este contexto, la persona es libre de elegir que prácticas de las enunciadas seleccionará para cuidar de su salud, es decir, que estas prácticas serán ejercidas con autonomía y responsabilidad, independientemente del resultado de las mismas. En este contexto de actuación, la persona profesional de enfermería, debe poseer cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, autocontrol, autoestima, auto

Gráfico 2. Rol de cuidador de sí mismo.



Fuente. Elaboración propia.

aceptación y resiliencia.²⁹ Para finalizar, este rol de ocuparse de uno mismo o cuidarse, incluye en sí mismo, el respeto y el cuidado por los demás (Battiston, 2004; Papalini, 2007)³⁰

Gráfico 3. Rol de demandante de cuidado.



Fuente. Elaboración propia.

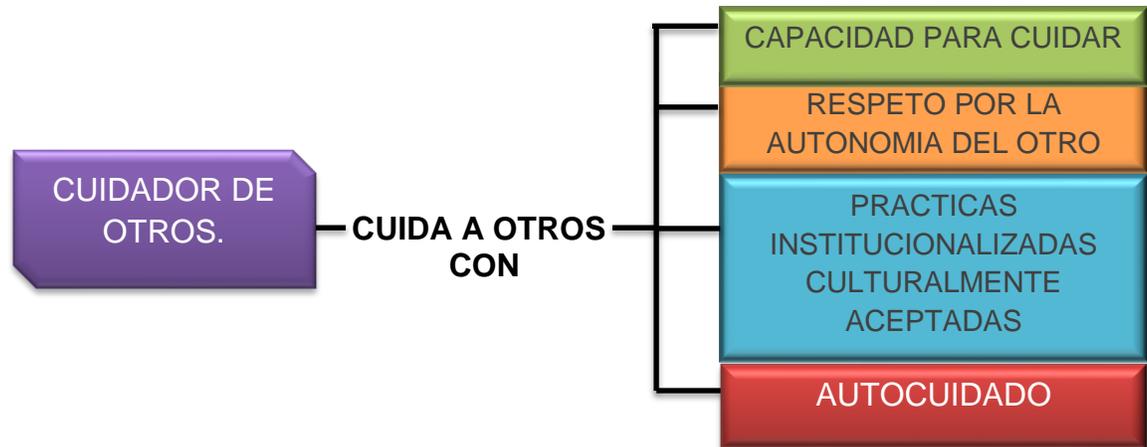
La persona que es profesional de enfermería, asume este rol cuando las demandas de cuidados exceden la capacidad que posee para cuidar de sí mismo y requiere que otros le cuiden. Este cuidado brindado, se basará entonces en el respeto por su autonomía para elegir prácticas institucionalizadas y culturalmente aceptadas orientadas ya sea a promover o, en algunos casos, a deteriorar la salud.

29. TOBÓN CORREA, Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. Google, disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf, visitada: 07 de abril de 2013.

30. ROJAS SOSSA, Alexis. Michael Foucault y el cuidado de sí. En: CONHISREMI, Revista Universitaria Arbitrada de Investigación y Diálogo Académico, 2010, Vol. 6, No. 2, p. 34-45.

En este contexto, entonces la “agencia de enfermería”, es decir, la capacidad para cuidar de otros, también se ve afectada en su actuar, sin embargo, es importante tener presente que sólo cuando se es cuidado se puede llegar a desarrollar las potencialidades.³¹

Gráfico 4. Rol de cuidador de otros.



Fuente: elaboración propia.

Este rol, hace referencia al *alter*, es decir, que se abre a la perspectiva del otro, del sujeto que está más allá de los contornos de la propia personalidad. En este contexto, el profesional de enfermería, posee la capacidad para cuidar de otros, teniendo siempre presente que el respeto a las decisiones libres y responsables del otro, es fundamental en el ejercicio del cuidar y que ello implica una escrupulosa atención al principio de autonomía.

Por otra parte, las prácticas de cuidado que utilizará con el otro, serán unas prácticas institucionalizadas adaptadas culturalmente a estos individuos o sujetos del cuidado.

Por último, se espera que este cuidador se cuide responsablemente, ya que el autocuidado es la condición de posibilidad del cuidado del otro, porque solo es posible cuidar correctamente del otro si el agente que cuida se siente debidamente cuidado³¹.

31. FRANCESC, Torralba. Cuidar al otro. En: Siete tesis: Sal Terrae, disponible en: <http://www.ciudadredonda.org/articulo/pdf/id/743>, visitado: 07 de marzo de 2013.

4.2. CARACTERIZACIÓN DE LOS ROLES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DESDE LA TEORÍA GENERAL DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

A continuación se procede a describir las características de cada uno de los roles identificados en el punto anterior.

4.2.1. Rol de cuidador de sí mismo.

4.2.1.1. Definición. Como se puede observar en el gráfico 5, el Rol de Cuidador de sí mismo, incluye en su definición conceptos como persona, agente de autocuidado, capacidad y agencia de enfermería, los cuales se desglosan a continuación permitiendo elaborar la definición de este rol.

Como **Persona**, el profesional de enfermería, según la concepción de Orem es un ser humano, un organismo biológico, racional y pensante, capaz de integrarse socialmente, esta última condición lo lleva a interactuar con el mismo y con su entorno. Esta interacción, permite que el medio que lo rodea ejerza cierta influencia sobre su actuar, al mismo tiempo que es capaz de realizar acciones que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno. En otras palabras la persona hace un intercambio de energía y materia de manera constante con su entorno y el resultado de la sumatoria de estas condiciones particulares para cada ser humano, le hace capaz de llevar a cabo su autocuidado de una u otra forma, siendo particular el resultado en cada caso.

Como es persona, el profesional de enfermería en la subteoría del Autocuidado, es a la vez, un **agente de autocuidado**, es decir que es, una persona que se cuida a sí mismo y por lo tanto no requiere de agentes de cuidado dependiente de autocuidados. Al cuidarse a sí mismo, posee la capacidad para conocerse, la facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos; además de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y de cuidado dependiente.

Esa capacidad, que posee el agente de autocuidado, que es una persona, desde la teoría del Autocuidado se denomina **Agencia de autocuidado**, que es según Orem la “compleja capacidad adquirida” (Fernández A. y Manrique F., 2009) de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos y promueven el bienestar. La formación de la agencia de autocuidado, transcurre en el curso de la vida diaria, a través del proceso de aprendizaje, (siendo variable de acuerdo a las condiciones de cada

Gráfico 5. Definición del rol de cuidador de sí mismo.



Fuente. Elaboración propia

individuo) y se forma desde el mismo instante en que el individuo adquiere autonomía y sigue hasta el instante previo a la muerte. Esta compleja capacidad no es más que, las habilidades con las que cuenta el agente de autocuidado para reconocer y satisfacer sus requerimientos de autocuidado. Por lo que se puede entender también como agencia de autocuidado “las capacidades y habilidades desarrolladas de los individuos a través de la vida, que implementa para ocuparse de las llamadas operaciones de autocuidado y para conocer y satisfacer sus requerimientos de autocuidado dentro de su marco de referencia”.

Con base en la anterior definición, se puede establecer que el **Rol: cuidar de sí mismo**, hace referencia a las acciones intencionadas que lleva a cabo la persona, que es profesional de enfermería y al mismo tiempo agente de autocuidado, en el ejercicio de su agencia de autocuidado, con la finalidad de satisfacer sus propias necesidades de cuidado en un momento determinado, mediante el uso de las habilidades adquiridas a través de la vida y que facilitan la satisfacción de los requisitos de autocuidado. Dichas habilidades, son proporcionales al grado de aprendizaje desarrollado y están sujetas a factores socioculturales de personas

significativas que han influido en la caracterización de este aprendizaje y que por lo tanto han modulado su actuar frente al cuidado de sí y de otros. En este rol, la persona que es profesional de enfermería, debe poseer motivación, conocimiento y habilidades al realizar el autoexamen de los propios hábitos adecuados en beneficio propio para lograr una actitud de autoconciencia, autoconocimiento y el auto-empoderamiento de sí mismo y de su salud.

Para el desempeño de este rol, la persona que es profesional de Enfermería, debe cuestionarse en torno a ¿Qué conocimientos tengo y que habilidades poseo para cuidarme?

Como respuesta al primer interrogante, se identifica que la persona que es profesional de enfermería posee un conocimiento relacionado con un conjunto de prácticas de cuidado socialmente aceptadas y unas prácticas institucionalizadas; las primeras, conocidas como creencias en torno al cuidado de uno mismo, son obtenidas en la primera infancia a través de la experiencia directa con el mundo social y compartidas con otras personas y es, en torno a su contenido donde se enmarca el entorno físico, social y la identidad de esta persona. Por tanto, estas creencias o prácticas socialmente aprendidas dan, como resultado los conocimientos básicos que van a permitir formar reglas de conocimiento y de comportamiento, en este caso, en torno al cuidado de uno mismo y permiten explicar la organización del sistema cognitivo de esta persona y su actuar frente a cualquier circunstancia de la vida. En este contexto, este conocimiento es de carácter empírico, aprendido por la experiencia de si y de otros.

En este sentido entonces, la persona que es profesional de enfermería durante toda su vida ha aprendido actividades de cuidado de si, que aplica diariamente en procesos desarrollados para cuidar de sí mismo y mantener así su salud y bienestar. Estos procesos de aprendizaje han ocurrido a largo de toda su vida asociados a sus etapas de desarrollo y le acompañarán hasta el final de la misma (Llor, B.; Abad, M.; García, M. y Nieto, J.; 1998).

Por otra parte, el conjunto de prácticas de cuidado institucionalizadas, hacen referencia a las habilidades y destrezas aprendidas por esta persona (profesional de Enfermería) en el transcurso de su formación profesional, las cuales deben ser adoptadas y adaptadas a las prácticas de cuidado socialmente aceptadas, ya que han sido asimiladas para brindar cuidado a otros, en este contexto, estas prácticas (que se asemejan al conocimiento científico) pueden aceptarse fácilmente, chocar y eliminarse o acondicionarse, generando prácticas inocuas, riesgosas y saludables.

Desde la teoría del Autocuidado de Orem, este continuo cuidar de sí mismo, es definido como AUTOCUIDADO, que es una conducta humana o comportamiento aprendido a lo largo de la vida, con características de acción intencionada. El autocuidado, entonces, se produce a medida que los individuos se ocupan en

acciones para cuidar de sí mismos, influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo interno, con la finalidad de mantener la salud y el bienestar. Como, las acciones de autocuidado se llevan a cabo durante cierto período de tiempo en un ambiente habitual y dentro del contexto de los patrones de vida diaria de las personas, está intercalado en las actividades de la vida diaria y no es en sí, una actividad de la vida diaria y no constituye un centro de atención importante. En este sentido, es similar al conocimiento tácito, no explícito que se encuentra indisolublemente intrincado en la acción. (Guirao J; 2003).

En este proceso de autoconocimiento, es importante reconocer entonces a) las creencias o prácticas que poseo en torno a mi salud y la b) responsabilidad que asumo en la toma de las decisiones en torno al cuidado de mí mismo. Este auto-reconocimiento, facilita la comprensión de que mi comportamiento y el de las personas está íntimamente regido por nuestro sistema cognitivo (creencias, actitudes y valores) como lo expresan (Llor, B.; Abad, M.; Garcia, M. y Nieto, J.; 1998) y que en el proceso de toma de decisiones para el autocuidado puede generarse un conflicto entre las conductas adquiridas en las primeras etapas y las que se adquieren más recientemente, dando como resultado una tendencia a la producción mínima de cambios en nuestra persona, lo que se podría llamarse: resistencia al cambio. Por ello, es que se presenta el choque entre lo que la persona que el profesional de enfermería, ha aprendido socialmente y lo que adquirió en su formación profesional, en el momento de asumirlo en su propio cuidado.

Con respecto al segundo interrogante, este profesional que es persona, cuenta con unas capacidades y un repertorio de habilidades para cuidarse, que Orem denomina “agencia de autocuidado” e incluye además las limitaciones que se poseen para el autocuidado. Como se expresó anteriormente, estas capacidades y habilidades de la agencia presentan variaciones de acuerdo a la etapa de desarrollo de la persona, las experiencias de vida como promotoras de aprendizaje, al entorno cultural, el nivel educativo y el estado de salud.

En este contexto, la persona que es profesional de enfermería, como agencia de autocuidado, posee unas capacidades, un repertorio de habilidades y una clase de conocimiento que usa para ocuparse de un rango de conductas específicas y debe asumirse por tanto, como agente de autocuidado, diagnosticando sus capacidades para ocuparse de su cuidado, de manera continua y efectiva.

En el gráfico 6, se identifican las características de la agencia de autocuidado de la persona que es profesional de enfermería y las condiciones para su ejercicio, en esa medida la agencia de Autocuidado es:

- Una característica humana compleja y adquirida.

- El poder de la persona que es profesional de enfermería, para comprometerse en las operaciones esenciales de autocuidado.
- El repertorio de acción de la persona que es profesional de enfermería.
- El conjunto de habilidades y limitaciones de la persona que es profesional de enfermería para comprometerse en el autocuidado.
- La capacidad estimativa y productiva para el autocuidado de la persona que es profesional de enfermería.

Gráfico 6: Agencia de autocuidado.



Fuente. Elaboración propia.

En este orden de ideas, las condiciones para su ejercicio se relacionan con:

- Los resultados del ejercicio de la agencia de autocuidado por parte de la persona que es profesional de enfermería, los cuales pueden ser: un sistema de acciones direccionadas hacia condiciones de la realidad del entorno, a fin de regularlas, o el diseño de un plan para dicho sistema de acción (Fernández, A. y Manrique, F.; 2008).

- Las condiciones y factores en el entorno de esta persona que afectan el desarrollo y el ejercicio de su agencia de autocuidado.
- Las necesidades secuenciales a las que está sujeta esta persona para el ejercicio de su agencia de autocuidado.

En este punto es necesario, hablar de las capacidades para realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas, los componentes de poder que capacitan para la realización de operaciones de autocuidado y las capacidades fundamentales y disposiciones que se articulan con los componentes de poder en su relación con las capacidades operativas.

Al respecto, **las capacidades fundamentales y de disposición** que se articulan con los componentes de poder en su relación con las capacidades operativas, están vinculadas con factores y estados condicionantes, tales como: factores genéticos y constitucionales, estado de vigilia, organización social, cultura, experiencia (Fernández A. y Manrique F; 2008). Dentro de estas capacidades y disposiciones se encuentran las siguientes:*

- Capacidades básicas seleccionadas (cognitivas): son fundamentales no sólo para ocuparse del autocuidado, sino también para otras formas de actividad, comprenden: sensación, percepción, aprendizaje, ejercicio o trabajo, regulación de la posición y movimientos del cuerpo y sus partes; ejemplo, las personas con condiciones que afecten negativamente la sensación y la percepción, están limitadas para realizar operaciones de tipo estimativo independientemente de la naturaleza de las mismas.
- Capacidades para saber y hacer (comunicación): están constituidas por aquellas que afectan al conocimiento operativo; el razonamiento y la emisión de juicios y decisiones correctos en las situaciones de la vida (agencia racional, coherencia con uno mismo al saber y hacer); las que afectan la comunicación (leer, contar, escribir, verbales, manuales, perceptivas, de razonamiento); así como las operaciones de tipo investigación y producción.
- Disposiciones que afectan la búsqueda de objetivos (percepción): expresan que las personas deben cuidar de sí mismas y de aceptarse como agentes de autocuidado, como personas que tienen necesidad y requieren medidas de autocuidado particulares o como capaces de realizar ciertas medidas de autocuidado. En estas disposiciones se incluyen: conocimiento de uno mismo, conciencia de uno mismo, autoimagen, valoración de uno mismo, auto-

*Solera en su trabajo: Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial. Montería, 2010, también las agrupa en cognitivas, de comunicación, de percepción e interpersonales respectivamente.

aceptación, preocupación por uno mismo, aceptación de las funciones corporales, disponibilidad para satisfacer las necesidades del yo, directrices futuras.

- Capacidades y disposiciones orientativas significativas (interpersonales), son determinantes del interés y disponibilidad de la persona para ocuparse en su autocuidado, de preocuparse por su salud o de ser capaces de realizar su autocuidado. Comprende: orientación en el tiempo, salud, otras personas, acontecimientos, objetos; sistema de prioridades o jerarquía de valores morales, económicos, estéticos, materiales, sociales; intereses y preocupaciones; hábitos; habilidad para trabajar con el cuerpo y sus partes; habilidad para manejarse uno mismo y los asuntos personales.

En cuanto a los **componentes de poder**, los cuales son capacidades específicas relacionadas con habilidades del individuo (Rivera L.; 2006), son desarrollados a través de la vida y ajustados a la calidad del aprendizaje de estas a través de los ciclos vitales, asociados a este proceso de aprendizaje, se encuentran factores como la cultura, el sexo, el estado de salud y demás condiciones que los afectan positivamente o negativamente. Estos componentes de poder son necesarios para la realización de las operaciones de autocuidado (Fernández, A. y Manrique, F.; 2008) y pueden ser desarrollados unos en mayor grado que otros, dependiendo de cada agente de autocuidado y de la manera correcta o incorrecta como las haya aprendido.

Los componentes de poder son diez: 1) máxima atención y vigilancia, con respecto así mismo como Agente de AC, a las condiciones internas y externas y a factores significativos para el AC, 2) uso controlado de la energía física, para la iniciación y continuación de las operaciones de AC, 3) control de la posición del cuerpo y sus partes, 4) razonamiento dentro de un marco de referencia de AC 5) motivación o metas orientadas hacia el AC, 6) toma de decisiones sobre AC y la operacionalización de estas decisiones, 7) adquisición, conservación, y operacionalización técnica sobre AC, 8) repertorio de habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el AC, 9) orden discreto de las acciones de AC, 10) integración de operaciones de AC con otros aspectos de la vida (Solera, D.; 2010).

Por último, las **capacidades operativas**, definidas como capacidades inmediatas del individuo que emergen y se ejecutan para suprimir los riesgos en salud y a su vez conforman, moldean y regulan específica e intencionalmente la estructura del proceso de autocuidado. Estas capacidades se dividen en operaciones estimativas, operaciones transicionales y operaciones productivas, que en conjunto logran los propósitos de autocuidado que es, calcular y cubrir la demanda de autocuidado.

- En este orden de ideas, las *capacidades estimativas*, son habilidades intelectuales que investigan las condiciones y factores de riesgo de sí mismo y del medio ambiente para las prácticas de autocuidado. “Para lograr

desarrollar las capacidades estimativas se requiere de dos clases de conocimiento, el empírico de los acontecimientos y el conocimiento de los antecedentes y de las condiciones internas y externas que ayuda a hacer observaciones, conferir y correlacionar el significado de los acontecimientos y condiciones con posibles cursos de acción. Este conocimiento se extiende a: 1. investigar las condiciones y factores de riesgo de sí mismo y del medio ambiente para las prácticas de autocuidado, basándose en el conocimiento de sí mismo y empírico de las condiciones internas y externas relevantes para la salud y el bienestar, 2 conocer las características de las condiciones, del significado de estas condiciones para la salud y bienestar, y 3 saber los resultados beneficiosos o lesivos que aparecen al emprender un curso de acción y no otro.” (Guirao, J.; 2003) Las capacidades estimativas dentro de la estructura del proceso de autocuidado corresponde a la valoración y diagnóstico, etapas donde se incluye la obtención, clasificación y organización de manera sistemática de los factores alterados y de los posibles riesgos; seguido de la etapa del diagnóstico que pretende establecer las demandas de autocuidado y determinar las capacidades de autocuidado presentes y futuras (Potter P; 1998).

- Las *capacidades transicionales* también llamadas de reflexión, de juicio crítico o de toma de decisiones, estas habilidades permiten elaborar juicios validos sobre le autocuidado y hacer ejercicio de un reflexión dinámica en la toma de decisiones sobre lo que puede, debe y haría para encontrar los requisitos de autocuidado. Esta capacidad se encuentra íntimamente relacionada con las capacidades estimativas, en especial con la tercera que habla del conocimiento de resultados beneficiosos o lesivos que aparecen al emprender un curso de acción y no otro. En esta interacción se puede lograr el conocimiento, la anticipación y la corrección en la toma de decisiones de autocuidado. En la estructura del proceso de autocuidado corresponde a la elaboración del plan de autocuidados que “implica el desarrollo de estrategias para reforzar una respuesta de salud (de autocuidado), o bien reducir o corregir respuestas insanas. Esta etapa consta de etapas como: 1 fijación de prioridad, en este punto se identifica los requisitos de autocuidado alterados de mayor a menor importancia en el marco general de la salud, 2 posteriormente se plantea objetivos, mismos que dirigen el plan y dan un sentido de utilidad y beneficio para sí mismo” (Potter P; 1998).
- Por último, se encuentran las *capacidades productivas* donde se realiza una serie de acciones necesarias para aprender, hacer, adoptar y mantener el autocuidado. Estas capacidades productivas construyen medidas para satisfacer los RAC y corresponden a la ejecución del plan de autocuidado y son: preparación de uno mismo, de los materiales y del entorno para desempeño de AC, realización de operaciones de AC productivo- regulador dentro de un periodo de tiempo, determinación dela presencia y

monitorización, duración de la ejecución, saber condiciones que afectan la efectividad de la ejecución de los resultados.

En el gráfico 7 se puede observar la agencia de autocuidado con sus capacidades, poderes y habilidades.

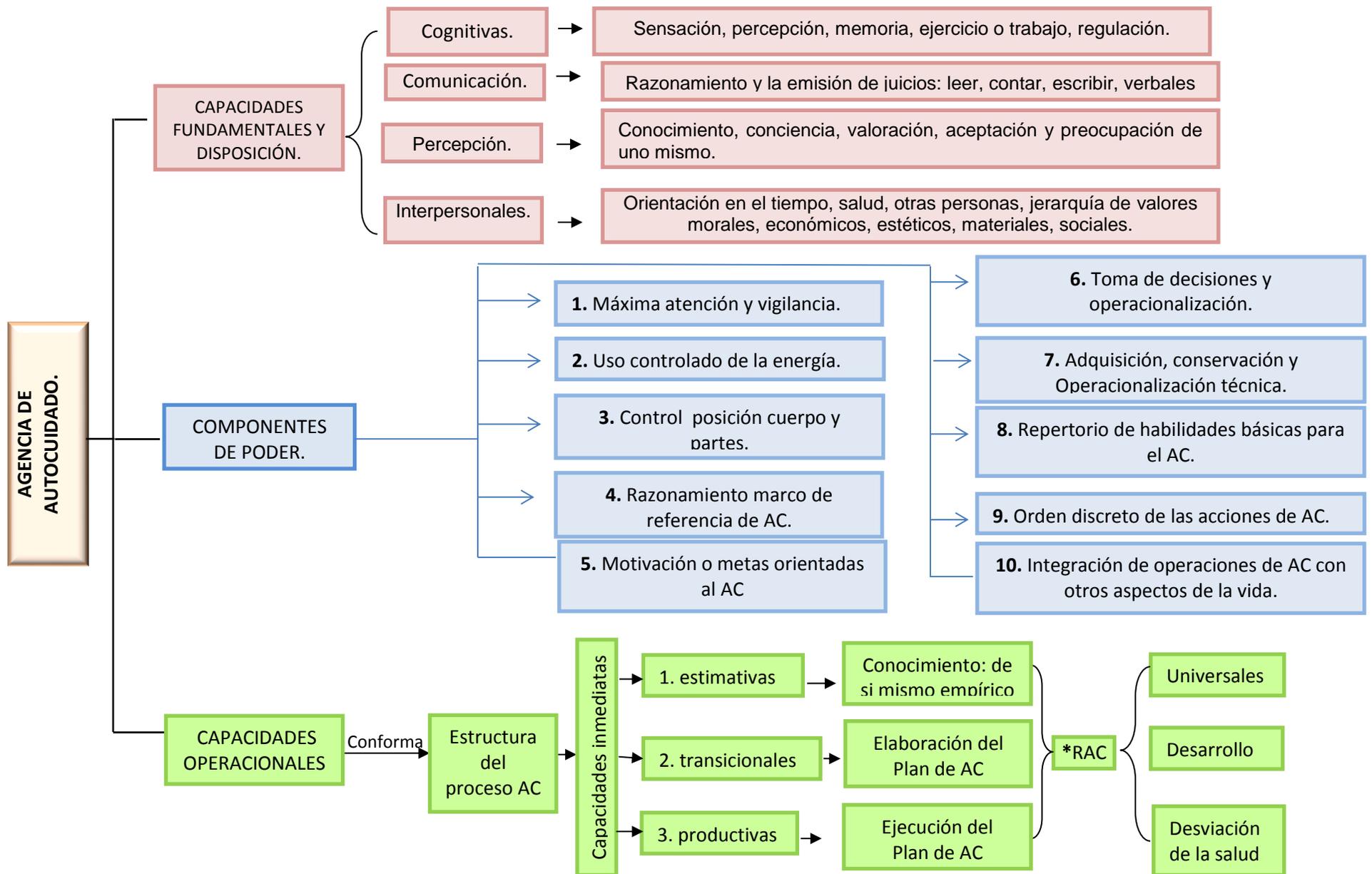
Otro aspecto importante que debe identificar, la persona que es profesional de enfermería, en sí misma es, si su agencia de autocuidado está desarrollada y operando de manera eficaz o por el contrario está desarrollada pero no puede hacerse operativa totalmente, es decir, que por alguna razón a pesar de tener la capacidad para cuidar de su salud, no puede poner en práctica el uso de la misma. En este punto, es importante reconocer que la presencia o ausencia de la capacidad llamada agencia de autocuidado, está relacionada con la etapa de desarrollo del individuo y que está claramente sujeta al desarrollo físico, cognitivo y social del mismo.

Al respecto, la agencia de autocuidado, puede identificarse como presente cuando está desarrollada o está desarrollándose, esto se refleja en todo individuo que puede solventar sus demandas de autocuidado más inmediatas, que este en el proceso de aprendizaje de medidas encaminadas a cubrir las mencionadas demandas de autocuidado. Y se considera ausente, cuando las capacidades para realizar las operaciones de autocuidado no están desarrolladas, esto se ve más claramente en personas que se encuentran en edades extremas, con limitaciones físicas o cognitivas, temporales a permanentes que le impidan iniciar las actividades de autocuidado. Por otra parte, el desarrollo o nuevo desarrollo de la agencia de autocuidado de los individuos a lo largo de sus ciclos vitales debería comprenderse como asociado al deseo humano de conocer, la capacidad de aprender y el avance hacia estadios más altos y complejos del desarrollo personal.

En este punto, es necesario aclarar, que existen ocasiones particulares en las que a veces no se ejecutan capacidades de autocuidado que están desarrolladas y que los individuos podrían hacer operativas si su situación se lo permitiera, debido a una elección voluntaria de no llevar a cabo el proceso o por olvido o, por factores de tiempo y lugar, o porque la disponibilidad de los recursos necesarios no permite la ejecución de las operaciones de autocuidado. Esta situación debe diferenciarse de aquellas otras, en que las capacidades de autocuidado están desarrolladas pero no pueden hacerse operativas en su totalidad o en alguna medida debido a condiciones estructurales o funcionales asociadas con patologías específicas, estados de enfermedad, lesión e incapacidad.

Para nuestro conocimiento, los grados de desarrollo de la agencia de autocuidado de los individuos en situaciones concretas de la vida diaria y en situaciones prácticas de enfermería, que pueden ser identificadas por las personas de

Gráfico 7: Agencia de autocuidado: capacidades, poderes y habilidades.



Fuente: elaboración propia.

diversas edades, se encuentran clasificados dentro de las cinco categorías de desarrollo siguientes:

- Sin desarrollo
- En vías de desarrollo
- Desarrollado pero no estabilizado:
 - ✓ Necesita desarrollo continuo
 - ✓ Está en proceso de desarrollo continuo
 - ✓ Necesita volver a desarrollarse
 - ✓ Está en proceso de volver a desarrollarse
- Desarrollado y estabilizado:
 - ✓ Necesita volver a desarrollarse
 - ✓ Está en proceso de volver a desarrollarse
 - ✓ Se ha vuelto a desarrollar y se ha estabilizado
- Desarrollado pero declinando

En este contexto de desarrollo de la agencia de enfermería, la teoría del déficit de autocuidado explica que el desarrollo, calidad y el nivel de la agencia de autocuidado están afectados por agentes internos y externos al individuo conocidos como **factores de condicionamiento básico (FBC)**, que son propios de la persona o del ambiente en que vive y que afectan por una parte, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere y, por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a su capacidad para el autocuidado. Orem, clasificó los FBC en cuatro grupos o categorías: los descriptivos, del patrón de vida, del sistema de salud y estado de salud y del estado del desarrollo. Los descriptivos tienen como finalidad ofrecer información sobre la persona que va a recibir los cuidados, se incluyen en esta categoría: la edad, el sexo, la residencia y sus características ambientales, los factores del sistema familiar, los factores socioculturales (nivel educativo, ocupación, experiencias laborales y vitales) y los factores socioeconómicos. Los del patrón de vida se refieren a las medidas de autocuidado habituales que llevan a cabo las personas: como ocupa el tiempo, responsabilidades que asume, con quienes convive, formas de cuidado según enfermedad.

Los del sistema de salud y estado de salud, incluye los aspectos anatómicos, fisiológicos y psicológicos, agrupados en las características del sistema de salud y las condiciones de salud identificadas y documentadas por el profesional de la salud, por el mismo paciente y la familia. Por último los del estado del desarrollo, se relacionan con las capacidades de autogobierno observadas por el personal de salud y descritas por la persona sobre las condiciones de vida actuales o sobre los factores que afectan estas capacidades negativamente.

Por último, la persona que es profesional de enfermería para cuidar de si mismo debe ser responsable y autónomo en la toma de decisiones referentes a su cuidado.

Al respecto, como persona, el profesional de enfermería tiene la capacidad de actuar deliberadamente, de adaptarse al medio, de aprender, de reconocer que presenta limitaciones para cuidar de sí mismo y de tomar decisiones de manera voluntaria, como ya se anotó anteriormente, en su beneficio aunque no sean de su agrado, además de, emprender acciones y persistir en ellas, es decir, actuar intencionadamente ejerciendo su autonomía y responsabilizándose por ese actuar.

Según Villalba J. (2008), en su texto generalidades de bioética, la autonomía alude al reconocimiento de la persona humana con la cualidad principal inherente a su condición humana, la libertad y la dignidad; en este sentido, se le reconoce el derecho a pensar y a decidir libremente. Etimológicamente la autonomía es la facultad de gobernarse a sí mismo; en este sentido la autonomía, le permitirá a la persona que es profesional de enfermería, tomar decisiones basadas en los conocimientos previamente adquiridos con la finalidad de gobernar todos los aspectos de su vida incluido el proceso de autocuidado.

En este actuar para cuidarse a si mismo, la responsabilidad personal es un factor clave en dicho proceso, ya que cada una de nuestras acciones depende de nosotros y de cómo enfrentemos nuestro contexto más próximo. La construcción del día a día está ligada a nuestra manera de mirar y movernos en el mundo, depende de nosotros elegir como hacerlo, si bien es muy fácil abrumarnos con una sociedad en constante movimiento y exigencias, siempre se puede decidir cómo vivir y potenciar un cuidado integral que nos ayude a tener una vida saludable.

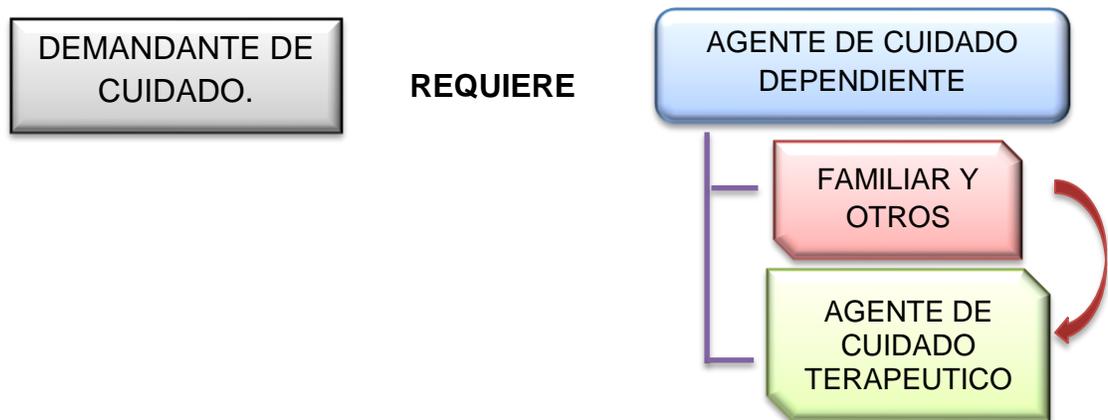
En este contexto, la agencia de autocuidado le da la facultad a la persona que es profesional de enfermería, de ser autónoma en la toma de las decisiones referentes al propio proceso de autocuidado, mediante el razonamiento lógico, tomado de los conocimientos previamente adquiridos por la experiencia y regidos por las creencias y el sistema cognitivo, aquí caben tanto los adquiridos antes de convertirse en agencia de enfermería como los adquiridos durante el desarrollo de su vida. Esta autonomía de la agencia de autocuidado, está regida por un componente moral, el cual debe ser visto y asumido de forma cotidiana, por la persona que es profesional de enfermería, para convertirse en un punto de referencia y un ejemplo en sus entornos y para compartirlo y aplicarlo cuando asuma su rol de cuidador de otros y para exigirlo cuando sea demandante de cuidados.

4.2.2. DEMANDANTE DE CUIDADO

4.2.2.1. Definición. Muy frecuentemente se pierde de vista que el cuidador (profesional de enfermería) también es un sujeto humano y que, en cuanto tal, es

vulnerable y debe protegerse y cuidar de sí mismo para poder desarrollar correctamente su labor en la sociedad.

Gráfico 8. Definición del rol de demandante de cuidado.



Fuente. Elaboración propia.

En este punto entonces, el profesional de enfermería como demandante de cuidado, es una persona que requiere de otra persona para que cuide de él, es decir, requiere de un agente de cuidado dependiente, según la TGDA. Dicho agente puede ser un familiar (esposo, hijo (a), madre, hermana), un conocido (amigo, vecino) o un desconocido en un principio, que se vuelve posteriormente conocido a lo largo del proceso de cuidar. Este agente de cuidado dependiente, en ocasiones puede ser simultáneamente un agente de cuidado terapéutico, es decir otro profesional de enfermería.

En este contexto de enfermedad, la persona que es enfermera (o) inicia el proceso de percibirse a sí misma (o) dentro del mundo, viviendo con sus diversas dificultades que pueden modificar sus habilidades físicas para cuidarse y cuidar a otros y percibiendo que en su vida diaria, el significado de muchas cosas solo aparece cuando algo le falta, es decir, cuando se da la pérdida o limitación, mostrando que los significados hasta ese momento estaban ocultos o no percibidos.

En esta medida, la persona que es profesional de enfermería se interroga sobre

- ¿Qué debo hacer para cuidarme en esta situación? y,
- ¿Cómo quiero que me cuiden?

Con respecto a la primera pregunta ¿Qué debo hacer para cuidarme en esta situación?, se tienen en cuenta que según la Teoría del Autocuidado, cuando se sufre de una enfermedad o lesión y se requiere cuidados específicos se debe:

- a) Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas a una patología. Esta acción está condicionada tanto por las creencias culturales y el grado de conocimientos adquiridos en la formación como profesional como por la capacidad de reconocimiento de dichos agentes o estados que perjudican su salud.
- b) Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, en los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo, este requisito se relacionan directamente con la patología y tienen como meta la prevención y el control de la enfermedad. En este punto, se puede encontrar una actitud negativa de la persona que es profesional de enfermería hacia el cuidado de su propia salud, ya que conociendo los riesgos reales y potenciales a su condición de salud, se calla o evade por temor a perder su puesto de trabajo, sin plantear opciones³². Es decir, que subordina el rol de cuidador de sí mismo al rol de cuidador de otros.
- c) Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología o a regular el funcionamiento humano integrado, a corregir deformidades o anomalías o a compensar incapacidades. En este sentido, el profesional, en su calidad de demandante de cuidado, puede adherirse al régimen terapéutico (médico o psicosocial), cuestionar el régimen, comparándolo con las creencias socialmente aceptadas y ajustarlo para continuarlo o abandonarlo, buscando otras alternativas de tratamiento o rechazarlo y no hacer nada, es decir que esta persona puede elegir adherirse al régimen de una forma correcta/incorrecta³³.
- d) Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que puedan producir malestar o deterioro, entre los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo. El actuar de la persona que es profesional de Enfermería, en este punto es similar a la del apartado b, porque en la mayoría de los casos la actitud de este profesional aún sigue siendo de valoración disminuida hacia su propia salud, sin embargo puede presentarse que preste atención y realice las medidas necesarias para su bienestar o exagere dicho cuidado colocándose en el

32. GONZÁLEZ CONSUEGRA, Renata Virginia. ¿Quién *cuida* a las enfermeras que *cuidan* en las unidades de alta complejidad?. En: Avances en enfermería, vol. 17, no. 1 y 2. p. 40-44.

33. LLUCH CANUT, María Teresa y BIEL TRES, Anna. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería. En: Revista de enfermería de salud mental, Enero-junio, 2006, vol. 2, no. 3.

otro extremo, generando conflicto en su entorno social que dificultará recibir cuidado.

- e) Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados. En este punto la experiencia de enfrentarse con una enfermedad puede llevar a la persona que es profesional a una modificación del autoconcepto y/o autoimagen de manera positiva o negativa. Cuando es positiva, dicha adaptación se traduce en modificación de las tareas a nivel familiar y del trabajo (delegar, simplificar, eliminar), a nivel económico (ajustes), búsqueda de información para educarse y educar a otros, aprender a ser asertivo, pedir o solicitar ayuda, desarrollar otros intereses y compartir nuevas actividades; por el contrario, si es negativa, conlleva a una reducción de los intereses personales y una concentración o focalización creciente en la propia corporeidad, que genera una alteración de la imagen, una transformación de la apropiación corpórea, del sentido del humor y de la consideración de uno mismo; altera las circunstancias que le rodean y sus relaciones interpersonales, modificando su estilo de vida, sus roles, sus relaciones y le obligan a estar aislado; se truncan los proyectos y se centran en la enfermedad reduciendo la autonomía personal, porque obliga a depender de otros cuando no se pueden realizar las funciones vitales; produciendo una sensación de impotencia y abatimiento. Al respecto, estudios realizados en torno al profesional de enfermería indican que presenta una baja adaptación al padecimiento y tratamiento indicado³⁴.
- f) Aprender a vivir con los efectos de los estados patológicos y los de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, para ello es necesario que el demandante de cuidado obtenga información y orientación sobre cómo afrontar las carencias progresivas y las posibles crisis que puede tener la enfermedad; aprender a organizar el tiempo y las pausas así como a utilizar los recursos disponibles: refuerzos físicos de otras personas, disponibilidad de tiempo y deseos de compartir los cuidados con otros miembros de la familia; saber cómo obtener ayuda (amigos, asociaciones de voluntarios, asociaciones de pacientes, servicios de bienestar social) y mantener, en la medida de lo posible, sus actividades habituales.

Contar con una red de apoyo para la creación y mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo; esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras

34. GÓMEZ LONDOÑO, Elizabeth. El Cuidado de Enfermería del Paciente en Estado Crítico. Una Perspectiva Bioética. En: Persona y Bioética. Julio-diciembre, 2008, vol. 12, no. 31, p.145-57.

humanas y hacia la madurez durante las etapas siguientes de la vida y para la provisión de cuidados asociados a los efectos de condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano (requisitos del desarrollo). Estas redes pueden ser de carácter intrafamiliar o extrafamiliar, de tipo informal-grupo primario (familia, iglesia, comunidad, etc.) o formal-grupo secundario (instituciones); dichas redes ofrecen apoyo de tipo emocional, apreciativo, informacional e instrumental, contribuyendo en el logro de una sensación subjetiva de bienestar, además, existe evidencia de que las relaciones y las transferencias que se establecen en las redes cumplen un papel protector ante el deterioro de la salud y contribuyen a generar un sentimiento de satisfacción puesto que logran un mayor sentido de control y de competencia personal³⁵.

Para dar respuesta a la segunda pregunta ¿Cómo quiero que me cuiden? Es necesario tener presente que, independientemente de quien sea el agente de cuidado: dependiente o terapéutico, la persona que es profesional de enfermería, espera que dicho agente:

- ✓ Comprenda sus sentimientos y que los acepte consiguiendo que la relación de ayuda no sea moralizante.
- ✓ Se ponga en su lugar de paciente, es decir que tenga una actitud empática.
- ✓ Que examine las dificultades y que busque el sentido del problema y,
- ✓ En último lugar, espera que le den pistas para resolver dicha situación.}

Porque, como todo ser humano, que se encuentra en una posición en la que necesita ayuda (paciente):

- ✓ Está viviendo una situación que le supone una dificultad concreta, en la que nadie mejor que ella para conocer lo que está pasando en su estado de salud.
- ✓ El problema que está viviendo le está causando sufrimiento y,
- ✓ Dicho sufrimiento puede ser expresado a través de distintos sentimientos como miedo, ansiedad, inseguridad o culpabilidad.

Pero por sobre todo, es importante considerar que se está ante una persona que vive una situación de necesidad, de inseguridad, de temor, miedo, o ansiedad, que lo que desea es ser comprendida y que nadie le diga que es lo que debe hacer para resolver su problema, como si estuvieran en posesión del conocimiento absoluto³⁶.

35. FERNÁNDEZ, Xinia; ROBLES, Arodys, Capítulo 5: Redes de apoyo social. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica., Costa Rica, 2008, p. 83-99.

36. BARRERA, Bárbara Alejandra. Vivencias de la enfermera en el rol de paciente durante el periodo de Hospitalización. Proyecto de investigación. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas, Argentina, 2008.

Cuando el enfermero (a) asume el rol de demandante de cuidado espera:

- ✓ Que se vele por su autonomía.
- ✓ Que se vele por su circunstancia.
- ✓ Que se resuelvan sus necesidades.
- ✓ Que se preocupen y ocupen de él.
- ✓ Que se preserve su identidad.
- ✓ Que promuevan su propio auto-cuidado
- ✓ Que en la práctica del cuidado lo vean como un ser vulnerable.

Con base en los aspectos anteriores, este sujeto dependiente de cuidado, anhela que no vulneren su autonomía, que respeten sus decisiones libres y responsables, que cuando le cuiden, le ayuden en lo posible a vivir y expresarse conforme a sus pensamientos, creencias, normas, cualidades y condiciones de vida, aunque esta no coincida necesariamente con la del cuidador. En este contexto, la circunstancia se entiende como el entorno o la situación propia de enfermedad, la cual no es un elemento accidental en la configuración del enfermero (a) concebido como persona, sino un factor determinante para comprender por qué actúa como actúa.

La circunstancia, no se refiere únicamente al conjunto de factores sociales y económicos que lo rodean, sino también al ambiente espiritual, a los valores, creencias e ideales que subsisten en un determinado contexto y que influyen en el proceso de realización de la persona. En esta medida, se espera que el cuidador se sumerja en su circunstancia del sujeto cuidado y comprenda las claves de su contexto, tanto en el plano tangible como en el plano de lo intangible. En el fondo, en esta situación, el demandante de cuidado, no sólo espera que resuelvan sus necesidades de orden físico, psicológico, social y espiritual, sino, que espera encontrar herramientas para ser capaz de resolverlas por sí mismo.

Por otra parte, busca en el cuidador la capacidad de escucha o, mejor dicho, de recepción hacia él, porque sólo, el que es receptivo puede descifrar, a través de la expresión verbal y gestual, lo que el demandante de cuidado necesita. Esta capacidad de escucha, permite que tanto el cuidador como el demandante de cuidado identifiquen qué necesidades se van a manifestar en el futuro, respondiendo con compromiso y seriedad a dichas necesidades, evitando de esa forma complicaciones.

Los aspectos anteriores, permiten entonces, velar por la identidad del demandante de cuidado, evitando la proyección en él, de los pensamientos, ideales y creencias que el cuidador tiene para sí.

En esta medida, la condición de vulnerabilidad del demandante de cuidado, le permite identificar las características que debe poseer el cuidado que él debe brindar a través de la agencia de enfermería cuando se desempeñe en el rol de cuidador de otros.

4.2.3. CUIDADOR DE OTROS

En el rol de cuidador de otros, el profesional de enfermería es a la vez agente de cuidado dependiente y agente de cuidado terapéutico, en estos dos papeles, posee capacidades para cuidar del otro; en el primero como agencia de autocuidado dependiente y en el segundo como agencia de enfermería, como se observa en el gráfico 9.

En este proceso de cuidar, el profesional de enfermería, trata de hacer todo lo posible para que ese otro pueda vivir y expresarse conforme a su ley, aunque esta ley no coincida necesariamente con la suya y se cuestiona en torno a ¿qué necesito para cuidar a otros?

Para dar respuesta a esta pregunta, primero hay que recordar los requisitos expresados en el anterior rol, que debe contener el cuidado ofertado u ofrecido:

- ✓ Respeto de la autonomía del otro.
- ✓ El conocimiento y la comprensión de la circunstancia del sujeto cuidado.
- ✓ El análisis de sus necesidades.
- ✓ La capacidad de anticipación.
- ✓ El respeto y promoción de la identidad del sujeto cuidado.
- ✓ El auto-cuidado como garantía de un cuidado correcto y,
- ✓ La vinculación empática con la vulnerabilidad del otro.

Gráfico 9. Rol de cuidado de otros.



Fuente. Elaboración propia.

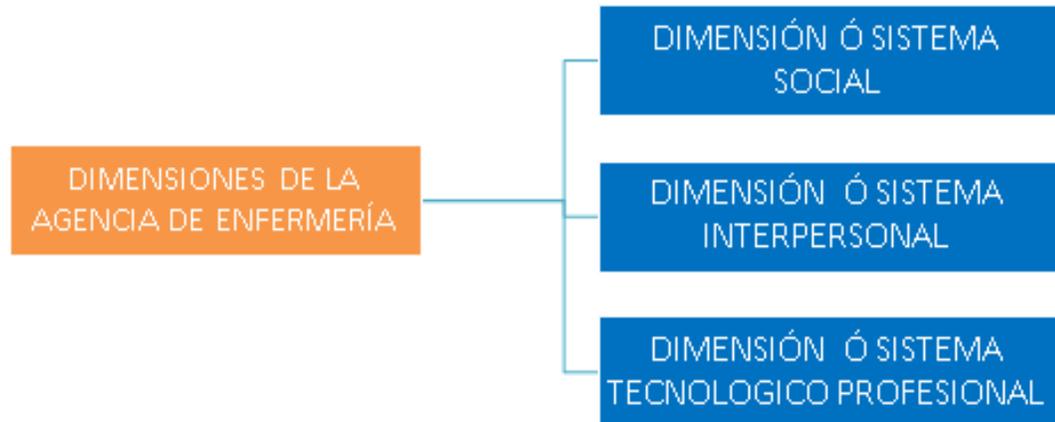
En segundo lugar, se reconoce que el profesional de enfermería, como agencia de enfermería, es decir, con la capacidad para cuidar, posee dimensiones (que viene del latín “*dimensio*”³⁷, es un aspecto de algo o una característica) y poderes desde este referente teórico, los cuales se detallan a continuación.

4.2.3.1. Dimensiones de la Agencia de Enfermería

Las dimensiones de la Agencia de enfermería (A.E.) como se observa en el gráfico 10, son tres, denominados sistemas, término que viene del latín “sistema”, y es considerado como un conjunto de partes o elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí para lograr un objetivo,³⁶ a continuación se enuncian dichos sistemas:

37. (Diccionario Definición de Copyright © 2008-2012), {En línea}. {7 julio de 2009} disponible en: (<http://es.thefreedictionary.com>)

Gráfico 10: Dimensiones de la agencia de enfermería.

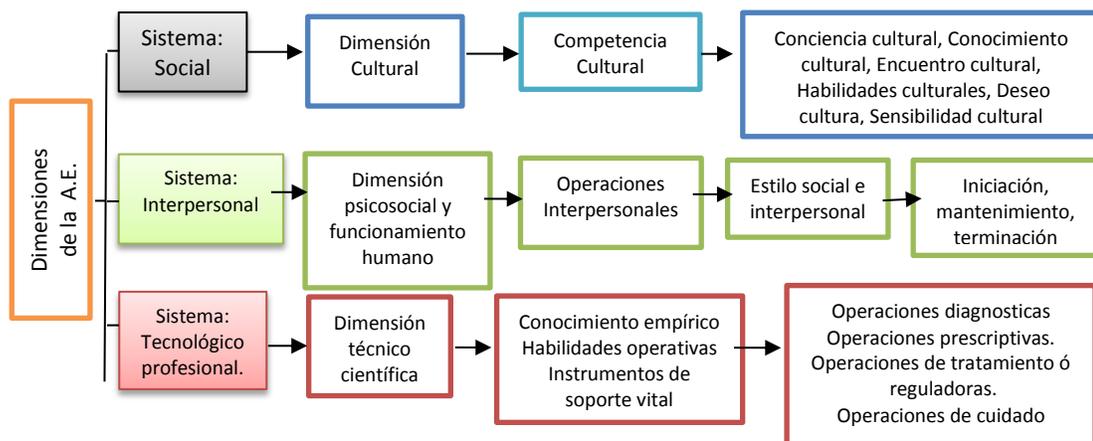


Fuente: elaboración propia.

1. *Sistema social:* que engloba la dimensión cultural, como espacio para aprender los comportamientos de autocuidado y la satisfacción de los requisitos universales de autocuidado.
2. *Sistema interpersonal* que busca la integridad de las estructuras humanas en su dimensión psicosocial, y funcionamiento humano.
3. *Sistema tecnológico profesional* que involucra métodos y técnicas validas, confiables para el diagnóstico y prescripción de enfermería²⁷

Cada sistema comprende unas dimensiones como se observa en el gráfico 11.

Gráfico 11: Dimensiones de la Agencia de Enfermería.



Fuente. Elaboración propia.

4.2.3.1.1. Sistema Social.

En el cuadro anterior se observa que a nivel del *sistema social*, la agencia de enfermería debe desarrollar la *competencia cultural*, entendida como el proceso deliberado y cognitivo en el cual el profesional de enfermería llega a ser apreciativo y sensitivo a los valores, creencias, estilos de vida, prácticas y estrategias de resolución de problemas en la cultura de las personas cuidadas. Para Orem es importante tener en cuenta este aspecto para fomentar el autocuidado, aspecto que ha sido desarrollado más ampliamente por Campinha-Bacote (a Modelo de Competencia Cultural.1998), quien la define como el proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales³⁸.

Para que el profesional de enfermería brinde por tanto cuidado culturalmente aceptado debe poseer las siguientes características:

- a) *Conciencia cultural*, que implica, ser respetuoso, apreciar y ser sensible a los valores, las creencias, los estilos de vida, prácticas y estrategias de resolución de problemas de la cultura de la persona o grupo. El proceso envuelve un autoexamen continuo de los propios prejuicios y sesgos hacia otras culturas y una exploración profunda de la propia procedencia cultural.
- b) *Conocimiento cultural*, que involucra la búsqueda de información obtención de las diferentes visiones del mundo en las diferentes culturas, en los temas como creencias y valores, que permita comprender cómo los pacientes interpretan la salud/enfermedad, las estrategias para cuidarla y la eficacia de los tratamientos, y con ello ampliar nuestro conocimiento.
- c) *Encuentro cultural*, es el proceso por el cual nos involucramos e integramos directamente con las personas cuidadas y de igual forma con sus diversas procedencias culturales
- d) *Habilidades culturales*, las cuales tienen relación con nuestra capacidad para recolectar información del paciente sobre su situación y habilidad para poder desarrollar intervenciones culturalmente apropiadas a las necesidades encontradas.
- e) *Deseo cultural*, hace referencia a nuestra apertura y flexibilidad hacia al

38. OSORIO-MERCHÁN, May Bibiana; LÓPEZ DÍAZ, Alba. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. {En línea}. {24 de agosto de 2009} disponible en: (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000400010>.)

otro, a la capacidad de aceptar las diferencias, encontrar las similitudes y ser capaz de aprender de otros, y

- f) *Sensibilidad cultural* que hace referencia a las relaciones interpersonales con los usuarios, en donde, el trato es de compañeros iguales, involucra por tanto la confianza, aceptación y respeto, así como, la facilitación y la negociación. En aspecto se propone el desarrollo de la competencia comunicativa transcultural, donde se crea un ambiente en el cual los significados, las ideas, la información, y los temas que son esenciales para el cuidado profesional se intercambian eficientemente.

Si se desarrollan o fortalecen estos elementos de la competencia cultural en la agencia de enfermería, se obtendrá resultados positivos sobre los diferentes actores del proceso de cuidar, en este sentido los receptores de los servicios reciben un cuidado holístico, mejorando su percepción hacia los proveedores y servicios de salud y produciendo mejor adherencia a los regímenes prescritos; por su parte, los profesionales de enfermería, pueden realizar una mejor práctica y contribuir en la disminución de las diferencias al actuar en concordancia con las creencias y valores de los sujetos de cuidado.³⁸

4.2.3.2. Sistema Interpersonal.

Por su parte, el *sistema interpersonal*, busca la integridad de las estructuras humanas en su dimensión psicosocial y funcionamiento humano; este sistema requiere de los procesos interpersonales que implican que el profesional desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado, que involucre su nivel espiritual, sus emociones, las relaciones con sí mismo y con los demás, para el buen funcionamiento de los individuos en sus respectivos entornos sociales, cuando cuide a pacientes, familias y comunidades.

Las relaciones interpersonales que tienen lugar en la práctica de enfermería están sujetas a una serie de condiciones cuyo conocimiento puede influir para que en el encuentro entre enfermería y el sujeto de cuidado se produzca los beneficios esperados, tales como enfrentar eficazmente la enfermedad, promover la recuperación o morir dignamente.

Teniendo en cuenta que el objetivo de enfermería es ayudar a los individuos, familias y comunidades a prever, afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento, se busca el establecimiento de una relación terapéutica, en donde la finalidad de la misma sea el beneficio de estos sujetos de cuidado, enfocándose en el cumplimiento de metas, en la identificación y resolución de los problemas relacionados con el bienestar de las personas cuidadas. Esta interacción se considera exitosa, cuando además de los resultados esperados, se ofrece una clara contribución al crecimiento del sujeto cuidado y del enfermero.

En el establecimiento de esta relación, el profesional de enfermería debe agotar las siguientes fases de interacción:

- a) *fase Inicial* donde se desarrolla una relación efectiva con el paciente, su familia y otros, en donde se pretende lograr la orientación e identificación, no solo de las necesidades de ayuda sino también de su identificación con aquellas personas que lo pueden ayudar.
- b) fase de *mantenimiento* en donde el profesional debe ponerse de acuerdo con el paciente y su familia, colaborando continuamente y revisando la información, para responder a las cuestiones relacionadas con la salud, logrando un trabajo mutuo.
- c) fase de *terminación*: donde se evalúa el cumplimiento de metas propuestas, desde el punto de vista del sujeto cuidado y el sujeto cuidador.³⁹

Como se puede observar esta relación basada en el respeto, es un punto importante del código deontológico del CIE (2000) para la profesión de enfermería. Contempla en uno de sus cuatro elementos que regulan la conducta ética, la enfermería y las personas que, al dispensar cuidados, el profesional de enfermería promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de los individuos. El respeto al otro ser humano paciente y los derechos y deberes que como tal tiene deben, por tanto, condicionar todas las acciones de enfermería. El respeto es un principio que rige desde su concepción hasta el suspiro final y aún más allá de su cuerpo y después de la muerte, y que no debe ser postergado por los avances tecnológicos.⁴⁰

4.2.3.3. Sistema Tecnológico Profesional

Por último, el *sistema tecnológico profesional* que enmarca la dimensión técnico-científica, exige que el profesional de enfermería obtenga suficiente conocimiento empírico, desarrolle habilidades operativas u operaciones tecnológicas profesionales y sea experto en el uso de los instrumentos de soporte vital.

Al respecto, es necesario remitirnos en primera instancia a los patrones de conocimiento enfermero, en ese sentido, Carper (1978) y Chinn Kramer (1999) han puntualizado que cada uno de los patrones de conocimientos son componentes esenciales del conocimiento integral básico para la práctica profesional de enfermería y que no deben ser utilizados aislados unos de los otros.

39. BELTRÁN, Óscar Alberto. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. En: Invest. educ. enferm. Vol.24; No.2 (Jul./Dic.2006); p. 144-150.

40. BURGOS, Mónica; PARAVIC KLIJN, Tatiana. VIOLENCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES. {En línea}. {30 de agosto de 2009} disponible en: (http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000100002&script=sci_arttext).

Por ello Carper (citada por Laura Morán Peña, 2001) afirmó “enfermería...depende del conocimiento científico del comportamiento humano en la salud y la enfermedad, la percepción estética del significado de las experiencias humanas, un entendimiento personal de la individualidad única de uno mismo y de la capacidad de hacer elecciones dentro de situaciones concretas que involucran juicios morales particulares”.⁴¹

Esta epistemóloga (Bárbara Carper), estudiando la producción científica publicada en revistas de Enfermería de los 70, reconoció cuatro patrones de conocimiento reflejados en estos escritos y caracterizó cada uno de ellos en dimensiones y características (Carper, 1978), dichos patrones son:

- ✓ El patrón ético de conocimiento, que proporciona parámetros para explorar los fenómenos axiológicos de Enfermería (valores como la salud, el respeto, la dignidad, el amor). Este patrón permite al profesional a aprender el cómo ser auténtico en las relaciones con los pacientes y cómo saber expresar su preocupación y cuidado para otras personas.
- ✓ El patrón de conocimiento empírico, describe, explica y predice, a través de la observación y repetición de los fenómenos. Corresponde al paradigma positivista de la ciencia. Este patrón es expresado en la práctica como la competencia científica, que incluye el proceso consciente de resolución de problemas y el razonamiento lógico. En este patrón se incluye el Proceso de Enfermería. El conocimiento empírico es formalmente expresado en forma de Teorías prácticas, planteamiento del problema y descripción e interpretación de hechos o eventos (Chinn & Kramer, 2004)
- ✓ El patrón de conocimiento personal, que valoriza la experiencia humana, la conciencia de sí mismo, y la apertura a la realización. Este patrón posibilita al profesional a conocer cómo ser auténtico con otros, a través de conocerse a sí mismo, el estilo personal el “ser con el otro” y se concreta básicamente en lo que conocemos como “relaciones terapéuticas enfermera-paciente”. Este patrón de conocimiento es desarrollado a través del significado que está centrado en la visión de cómo puede uno abrirse para ser auténtico, escuchando las respuestas de los otros y reflexionando acerca de esos pensamientos y respuestas.
- ✓ El patrón de conocimiento estético, que posibilita la creatividad en cada actor en los procesos de cuidado de enfermería y se expresa a través de actos de arte de enfermería. Muestra la percepción de las enfermeras, de lo que es significativo en el comportamiento individual del paciente. Por lo

41. MORÁN, Laura. Práctica de enfermería basada en evidencias. En: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2001; 9 (1-4): p.24-30, {En línea}. {09 de marzo de 2013} disponible en: (<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4e.pdf>)

tanto está enfocado en situaciones particulares más que universales. El conocimiento estético direcciona la aplicación “con arte” de habilidades manuales y técnicas. Es desarrollado por la posibilidad que se tenga de visualizar y ensayar el arte de los actos de enfermería, un énfasis en el desarrollo de la apreciación de los significados en la práctica, que inspiran el desarrollo del arte de la enfermería.

Según Chinn (2000) los patrones de conocimiento ético y empírico fluyen a través de la comunicación verbal y escrita mientras los patrones de conocimiento personal y estético fluyen a través de la conducta. Los cuatro patrones se revelan a través de la creación, de la expresión escrita y corporal de los procesos de cuidado enfermero.

En 1995, propuso una expansión y puesta al día de los patrones iniciales agregando el sociopolítico, para que el enfermero o la enfermera tengan una visión global, en la cual se destaca la responsabilidad y el compromiso como agente de cambio orgánico, social y político invirtiendo en la innovación y mantenimiento del proceso de trabajo en defensa de la salud individual y colectiva.⁴²

Por su parte, Orem considera que el profesional de enfermería, como proveedor de autocuidado requiere de dos clases de conocimientos: el conocimiento empírico de los acontecimientos y el conocimiento de los antecedentes y de las condiciones internas y externas que les ayudan a hacer observaciones, de esta manera puede conferirles un sentido y correlacionar el significado de los acontecimientos y condiciones con posibles cursos de acción. Este conocimiento se extiende a: Condiciones internas y externas relevantes para la salud y el bienestar, por ejemplo, presencia de hipertensión arterial; características de las condiciones, por ejemplo, síntomas de dolor de cabeza y mareos; el significado de estas condiciones para la identificadas indiquen una mejoría o un empeoramiento de la hipertensión arterial; los resultados beneficiosos o lesivos que aparecerán al emprender un curso de acción y no otro, por ejemplo, el cambiar los estilos de vida al realizar ejercicio para disminuir la tensión arterial; (FERNANDEZ A, MANRIQUE FG, 2009); todo lo anterior conlleva que la agencia de enfermería logre satisfacer o identificar la demanda de autocuidado terapéutico en el sujeto de cuidado. Como se puede observar, este conocimiento se asemeja al patrón de Carter: conocimiento empírico.

En cuanto a las habilidades operativas u operacionales tecnológicos profesionales, el profesional de enfermería debe estar capacitado para llevar a cabo: *operaciones*

42. GÓMEZ, Isabel. TÉCNICA DE LA NARRATIVA EN ENFERMERÍA, PATRONES DE CONOCIMIENTO Y ABORDAJE TEORICO. En: Revista Ciencias Biomédicas. Ética, Bioética y Humanismo. Vol.3; No.1 (Junio 2012); p. 174 – 179.

diagnósticas, operaciones prescriptivas, operaciones de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos.

Al respecto, según Orem las *operaciones diagnósticas* de enfermería implican la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente, sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas. El diagnóstico determina si el paciente necesita ayuda de enfermería, y puede equipararse con la etapa de valoración del proceso de enfermería. El diagnóstico de enfermería es probable que implique abordar dos puntos: demanda de autocuidado actual y futuro, capacidad actual y futura para el autocuidado.

Las *operaciones prescriptivas* son los juicios prácticos que deben realizar la enfermera y el paciente después de la recogida de datos, y que pueden equipararse con la fase de planificación del proceso de enfermería. Estas operaciones abordan los problemas de lo que puede hacerse por un individuo, dadas sus circunstancias y conocimientos actuales. Considera lo que podría suceder en el futuro. La operación de prescripción implica unir los procesos interpersonal y social de enfermería con los papeles tecnológicos-profesionales. Orem acentúa la importancia de implicar a los miembros de la familia y otras personas significativas en el proceso global de prescripción.

Las *operaciones reguladoras o de tratamiento* son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente. Es importante el desarrollo de un sistema apropiado para brindar cuidados. Las operaciones reguladoras y de tratamiento pueden compararse con los componentes de intervención y evaluación del proceso de enfermería. El diseño de un sistema de enfermería incluye las siguientes tareas: 1. Crear un sistema de relaciones para satisfacer los requerimientos de autocuidado ahora y en el futuro; 2. Especificar el momento y duración del contacto profesional de enfermería-paciente, y las razones para él; 3. Identificar las contribuciones del profesional y del paciente en la satisfacción de las demandas de autocuidado.

Las *operaciones de cuidado de casos* se relacionan con la evaluación, control, dirección y evaluación de cada una de las operaciones diagnósticas, de tratamiento y reguladoras específicas del individuo. El cuidado de casos es importante dado que integra todos los aspectos de la actividad de enfermería, asegurando que hay un proceso dinámico y que en el paciente se produce una respuesta a los cambios. Asegura que se utilizan correctamente los recursos, y que se minimiza cualquier estrés psicológico o físico que pueda sufrir la persona mientras recibe o busca cuidados. El aspecto de control del proceso de enfermería

implica no sólo la evaluación de los cuidados, sino también una auditoría de la utilización de los recursos.⁴³

4.2.3.2. Poderes de la Agencia de Enfermería.

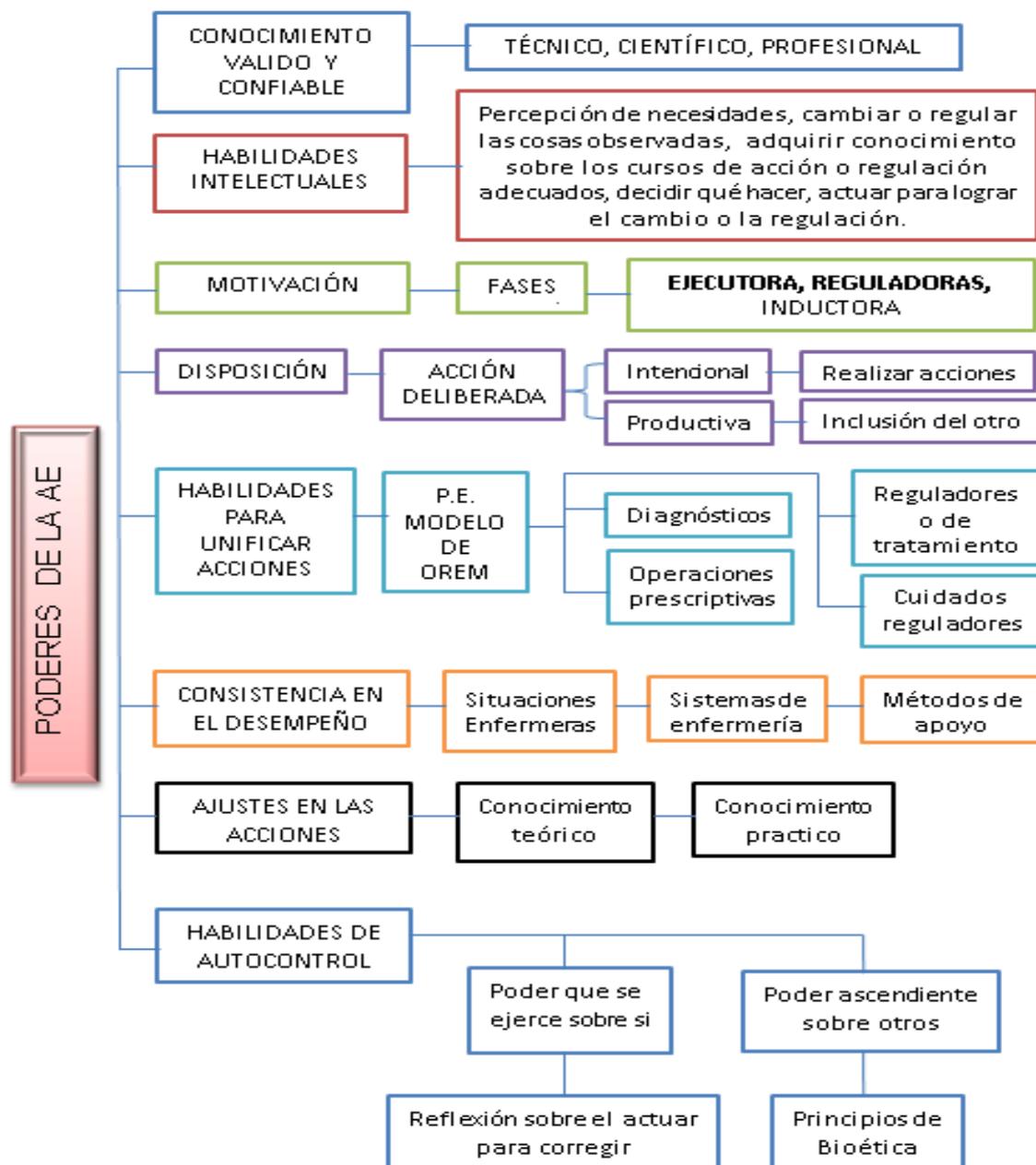
Para el logro de un buen servicio de enfermería, Dorotea Orem, propone que se debe lograr la interrelación de las dimensiones de la agencia de enfermería con los ocho **componentes de poder**, los cuales se pueden observar en el gráfico 12.

A-Conocimiento valido y confiable, de las tres áreas de acción de enfermería definidas por Orem como (*Social, Interpersonal, Tecnológico – Profesional*); dicho conocimiento valido y confiable es definido por la real academia da la lengua española como un conjunto de hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad llevado al desarrollo con firmeza, exactitud y legalidad; en este caso se trata de conocer ampliamente los sistemas de enfermería descritos por Dorotea Orem, (*Sistema social, Sistema interpersonal, y Tecnológico profesional*) que para fines de comprensión ya han sido descritos anteriormente *B- Las habilidades intelectuales y practicas específicas para estas tres áreas (Sistema social, Sistema interpersonal, y Tecnológico profesional)*; definidas las habilidades intelectuales por el diccionario virtual de la real academia de la lengua española como la capacidad e inteligencia para realizar algo; en este caso que se debe tener como agencia de enfermería para poder desarrollar su acción en dichas áreas; las habilidades intelectuales han sido identificadas como las habilidades humanas para la acción deliberada, y ellas son expuestas así: la habilidad de atender a cosas específicas (lo que incluye la habilidad de excluir a otras) y de comprender sus características y el significado de las mismas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados, la habilidad de decidir qué hacer, y la habilidad para lograr el cambio o la regulación⁴⁴. El contenido de la agencia de enfermería deriva de su finalidad propia, a satisfacer los requisitos de autocuidado, cualesquiera que sean estos en un momento determinado.

43. ENEO – FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA (MODELO DE OREM). {En línea}. {15 de agosto de 2009} disponible en: ([www.eneo.unam.mx/.../embarazo/.../Fundamentacion teorica.doc](http://www.eneo.unam.mx/.../embarazo/.../Fundamentacion_teorica.doc))

44. GUIRAO-GORIS, Josep Adolf; La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad, {En línea}. {09 de agosto de 2009} disponible en: (spanamed.mixxt.es/networks/files/download.79231)

Gráfico 12. Poderes de la Agencia de Enfermería.



Fuente. Elaboración propia.

C-Motivación por parte de la agencia de enfermería definida como la fuerza que activa y dirige el comportamiento; que lo dirige y lo lleva hacia toda tendencia por la supervivencia, activado por un proceso psíquico de (percepción, memoria, pensamiento, tendencia, emoción, sentimiento) refleja la interacción establecida entre el sujeto y el mundo, sirviendo para regular la actividad del individuo, y su conducta; según Rubinstein (1995)⁴⁵ son 2 las formas en que se manifiesta la función reguladora del reflejo de la realidad por parte del individuo (motivación): en forma reguladora inductora y ejecutora; la regulación inductora determina la dirección (el objeto-meta) e intensidad, el por qué y para qué del comportamiento, mientras que la ejecutora determina que acción se ajuste a las condiciones concretas que se encuentra el sujeto para obtener dicho objeto- meta (el cómo del comportamiento).

La motivación constituye un aspecto central en el que hacer de Enfermería, ya que el enfermero(a) vive diferentes situaciones tales como, enfrentarse al dolor humano, consolar a una madre, una esposa o a un hijo, o en contraste al regocijo que genera el nacimiento de un bebe y otras eventualidades que pueden de alguna u otra manera afectar su impulso para actuar, es por esta razón que se hace necesario mantener un sistema de incentivos y recompensas a fin de mantenerlos altamente motivados como una manera de contribuir a su propio bienestar y la gestión de un cuidado de alta calidad; esta capacidad está inmersa en los sentimientos y creencias motivacionales que están relacionados con las dimensiones: 1) expectativas o creencias acerca de la propia habilidad para desempeñar una tarea o conducta 2) la valorización o creencia en la importancia de realizar determinada tarea o conducta, y 3) el afecto o sentimientos sobre sí o sobre la conducta en cuestión.

Desarrollando las anteriores dimensiones tenemos para el caso de la expectativa, ésta comprende no solo cuán eficaces se sienten frente a una tarea amenazante, también implica el nivel de control que creen tener sobre el entorno. Si el profesional de enfermería piensa que puede desempeñarse bien en el servicio de cuidado integral, entonces es más probable que se desempeñen bien; si piensan que no, entonces no habrá razón para involucrarse; por otra parte refiriéndose al valor: si el individuo no ve el valor de involucrarse en la acción de hacer enfermería, habrá un despliegue menor de esfuerzos; y por último la dimensión de sentimientos asociados a la conducta: las emociones positivas o negativas asociadas a las experiencias personales y a las del entorno también influirán finalmente en la acción de ejecutar correctamente una tarea, y adoptar actitudes y comportamientos que les permitan satisfacer conjuntamente sus objetivos

45. PÉREZ, Misleny; ALBA PÉREZ, Lucia; RAMOS, Giselda. Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. En: Rev. Cubana Med. Gen Integr. Vol.26 No.1; (ene.-mar. 2010). {En línea}. {18 julio de 2009} disponible en: (http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100016)

personales. En sí, la motivación tiene un papel importante en el campo laboral, pues para la mayoría de los profesionales de enfermería encuentran en sus áreas de trabajo, no un simple medio para sobrevivir, sino un elemento esencial de superación personal, el cual se debe en gran parte a la eficiencia y eficacia de los factores o elementos motivacionales: las relaciones humanas, la retroalimentación, el reconocimiento en el trabajo, en sí mismo, y en lo económico.^{46,47,48,49}

D- Buena disposición que debe tener la agencia de enfermería definida por el diccionario virtual de la real academia de la lengua española como el acto de demostrar atención con respeto y afecto al otro, en este sentido plantea que la agencia de enfermería realiza acciones o medidas de cuidado requeridas para satisfacer los requisitos de autocuidado; de acuerdo a esta acción deliberada, en su proceso se plantean dos fases: La 1ª, es la (fase intencional) que es la de buscar el conocimiento sobre los requisitos de autocuidado y la de tomar decisiones; y la 2ª, es la (fase productiva) donde se realiza la acción en pro de aliviar el requisito alterado.

E- Habilidad para unificar acciones, definido como, *el proceso de trabajo enfermero*: que es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de las personas o grupos a las alteraciones de la salud (OREM, D.; 2001). El objetivo principal es promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica; por otra parte, permite a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades. Las principales funciones son:

a). Proporcionar un entorno dentro del cual se puedan satisfacer las necesidades individualizadas de la persona.

46. PASTI, María; GIR, Elucir.; DELA COLETA, osé. Perfil motivacional do enfermeiro atuante em um hospital geral do interior paulista. En: Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto. Vol. 7; No.5 (diz-1999), p. 33- 41.

47. TORRES, Z; relación entre la motivación al trabajo y el rendimiento laboral del profesional de enfermería del hospital de yarinacocha – pucallpa – Perú. En: Revista científica de enfermería – recién. {En línea}. {12 de agosto de 2009} disponible en: (<http://www.cep.org.pe/cicep/revista/volumen1/cap%2013-17.pdf>).

48. HERNÁNDEZ MUÑOZ, Alejandra; García-Aguiluz, Karina; Ponce-Gómez, Gandhi; Bernal-Becerril, Martha Lilia. Factores motivacionales en el personal de enfermería que influyen en la asistencia a cursos de educación continua. {En línea}. {09 de Octubre de 2009} disponible en: (<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073b.pdf>).

49. PUERTAS DE GARCÍA Milagro, RODRÍGUEZ Yaneth, ALVARADO Amada, PINEDA Jacqueline, RODRÍGUEZ Reina. Factores motivadores que influyen en el desempeño laboral del personal de enfermería de sala de partos del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(1). {En línea}. {09 de Noviembre de 2009} disponible en: (<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0302.php>)

b). Ayudar a las enfermeras a asignar cuidados de forma sistemática y organizada.

c) guiar a las enfermeras en la labor de realizar deliberadamente las etapas para identificar problemas únicos de la persona, objetivos realistas e intervenciones individualizadas.

d). Estimula la identificación y utilización de las capacidades de la persona.

e). La anotación del plan de cuidados realza la comunicación y la continuidad del plan de cuidados, de este modo disminuye las dimensiones, duración del cuidado o ambas.

El método enfermero consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación que se describen a continuación.

- ✓ *Valoración*: Es la primera etapa del método enfermero incluye la obtención, confirmación, clasificación y organización de datos de manera sistemática, además de la debida documentación. El profesional de enfermería reúne los datos del paciente de diferentes fuentes sin perder de vista que la persona debe ser considerada como la fuente principal o primaria mientras que la familia y otras personas significativas, los reportes médicos, registros varios, entre otros, son fuentes secundarias. Existen dos tipos de *valoración*: 1. *La básica*: que se desarrolla durante la entrevista. 2. *La focalizada*: que se realiza para explorar un aspecto de particular interés. *La valoración* requiere de diversos métodos para la recolección de los datos, uno de ellos es *la entrevista*, que se define como: una comunicación planificada o una conversación con finalidad y el segundo es *la exploración física*, entendida como: el reconocimiento de los procesos biológicos indispensables para la conservación de la vida. Ambos momentos están permanentemente vinculados. Además *la valoración* requiere de un instrumento que permita de manera organizada explorar conceptos o relaciones conceptuales de la persona, con el fin de elaborar posteriormente las inferencias, hipótesis o diagnósticos de enfermería. En la actualidad, los instrumentos de *valoración* (historias clínicas) en la disciplina de enfermería se basan en los modelos conceptuales, con Orem y la Teoría General de Déficit de Autocuidado ocurre lo mismo. El instrumento de valoración propuesto por Orem es una plantilla general que permite adecuarse para el caso y tipo de personal de la cual se trate. Ejemplo:

Cuadro 4: Demanda de autocuidado vs demanda de las capacidades de autocuidado.

Demanda de autocuidado	Demanda de las capacidades de autocuidado
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explorar cada requisito de autocuidado. ✓ Establecer interrelación entre los requisitos. ✓ Precisar factores que podrían influir en la satisfacción de un requisito. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar y describir capacidades de autocuidado. ✓ Determinar conocimientos del paciente, actitudes y deseos para satisfacer demandas de autocuidado. ✓ Evaluar lo que el paciente debe hacer para satisfacer demandas de autocuidado.
<p>Fuente. Orem, D. 2001.</p>	

- ✓ La segunda etapa es *el diagnóstico*, en esta etapa se organizan y agrupan los datos con el propósito de identificar y describir el estado de salud de la persona que en vocabulario del TGDA, corresponde a la identificación de déficit, de capacidades, o de ambos. Que tiene el paciente para proveerse autocuidado. *El diagnóstico* tiene gran relevancia para las etapas subsecuentes y su estructuración resulta ser determinante para la especificación del tipo de sistema de enfermería a desarrollar.
- ✓ *La planificación y ejecución*, corresponden a la tercera y cuarta etapa respectivamente, implican el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar una respuesta de salud (de autocuidado) de la persona o bien reducir o corregir respuestas insanas. En esta etapa se establecen las intervenciones de enfermería considerando las siguientes etapas: 1. Fijación de prioridad; en este punto la enfermería identifica los requisitos a cuidar de mayor a menor importancia, en el marco general de la salud del individuo. 2. Se planean los objetivos, mismos que dirigen el plan y le dan sentido de utilidad y beneficio para la persona. 3. Desarrollo de las intervenciones. 4. Documentación del plan a partir de retomar las perspectivas de la persona. La planeación adquiere sentido en la medida que se cumple la cuarta etapa, es decir, la ejecución. En esta última la enfermera toma decisiones sobre la oportunidad y utilidad de cada una de las interacciones planeadas para el cuidado del individuo.
- ✓ *Evaluación*, corresponde a la quinta y última etapa del método de trabajo enfermero, sin embargo, existe a lo largo de las etapas anteriores. Ya que permite la reorientación de las intervenciones e incluso el replanteamiento

de la hipótesis de trabajo o inferencias elaboradas por la enfermera. Esta etapa suele comparar, por una parte los resultados definitivos de la aplicación del plan de cuidados a la persona y, por otra, los objetivos. Implican la realización de cuatro aspectos. 1. Recolección de datos sobre déficit o capacidades de la persona. 2. Comparación de los datos recuperados y los resultados. 3. Emisión de un juicio sobre la pertinencia de las intervenciones (sistemas de enfermería). 4. Revisión y retroalimentación del plan.

F- Consistencia en el desempeño, éste poder hace referencia a la coherencia que debe existir entre la situación en la que el profesional de enfermera interviene con el sistema de Enfermería seleccionado para intervenir y los métodos de ayuda utilizados.

Al respecto, el término coherencia, se deriva del latín cohaerentia y se define como la “conexión, relación o unión de unas cosas con otras; una actitud lógica y consecuente con una posición anterior” (Diccionario de la Real Academia Española, s.f.), o “...de la que no se derivan contradicciones” (Diccionario Planeta de la Lengua Española, 1990). Por consiguiente, desde el punto de vista del actuar enfermero, se podría considerarse que tener coherencia implica la capacidad para organizar la información recibida en torno a los sujetos de cuidado y actuar en congruencia con dicha situación, utilizando los recursos acordes con la misma.

Al respecto, Orem realizó un sistema de clasificación de situaciones de enfermería según el estado de salud de la persona, teniendo en consideración la presencia o ausencia de enfermedad, la lesión, la incapacidad, los cambios en la imagen, el estado general de salud y las necesidades del ciclo vital. Las situaciones enfermeras en las cuales se puede intervenir son:

- Cambios derivados del ciclo vital
- Recuperación de la enfermedad, superación o compensación de sus efectos
- Enfermedad o trastorno de origen indeterminado
- Efectos genéticos o del desarrollo o estado biológico del niño de bajo peso al nacer
- Regulación de tratamiento de enfermedad, trastorno o lesión indeterminados
- Restauración, estabilización o regulación del funcionamiento integrado
- Procesos que han interrumpido el funcionamiento humano integrado

La intervención enfermera en estas situaciones, entonces debe ser coherente con los Sistemas de Enfermería identificados por Orem:

1. *Totalmente compensatorio*: cuando el individuo no tiene ningún papel activo en la realización de sus autocuidados debido a su estado de incapacidad o limitación,

en este caso, el profesional actúa en lugar del paciente, tomando las decisiones más adecuadas para él y ejecutando el autocuidado.

2. *Parcialmente Compensatorio*: En este caso, tanto el paciente como el enfermero participan en el autocuidado, el grado de participación de cada uno depende de la situación del paciente: de las limitaciones que tenga para llevar a cabo las acciones que requiere (tanto si las limitaciones son consecuencia de la situación de la persona como si se han prescrito), de los conocimientos y habilidades requeridas y de la disposición psicológica. Los roles del paciente y el enfermero, son complementarios, el profesional sustituye las limitaciones del individuo y éste acepta la ayuda del enfermero y se hace cargo de algunas acciones de autocuidados.

3. *Apoyo Educativo*: éste sistema es apropiado cuando el paciente puede llevar a cabo las medidas de cuidados pero necesita guía, soporte, enseñanzas o un entorno que favorezca u desarrollo.

En estos sistemas, el protagonista de las acciones es el paciente, y cuando existe alguna limitación para llevar a cabo un esquema terapéutico el (ACD) es quien desempeña el cuidado y la enfermera (o) su apoyo. Para el plan de cuidados, el sistema de enfermería sirve para diseñar la planificación sobre la base de las limitaciones reales de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente y las posibilidades de desarrollo de sus capacidades, teniendo siempre como meta la satisfacción de la demanda de autocuidado terapéutico y tratando de desarrollar la capacidad de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente e incorporándola en el plan de cuidados en la medida posible. La decisión sobre qué tipo de diseño del sistema de enfermería es apropiado para satisfacer los déficit de autocuidado del paciente (o cuidado dependiente) está basada en la respuesta a la pregunta ¿Quién puede o debe realizar las acciones necesarias para resolver los requisitos de autocuidado?

Además, de las situaciones y sistemas de Enfermería, Orem describe unos métodos comunes en todas las situaciones de ayuda, como son: actuar para otra persona o hacer algo por ella, guiarla, apoyarla, proporcionarle un entorno que fomente su desarrollo y enseñarla. Desde el punto de vista enfermero, los conceptualiza como “secuencias de acciones que las enfermeras llevan a cabo para superar o compensar las limitaciones asociadas a los problemas de salud de las personas que atienden”. Al respecto, Orem, describió cinco categorías generales de *los métodos de ayuda*, los cuales se describen a continuación:

1. *Actuar o hacer algo por otro*: La enfermera (o) realiza estas acciones o medidas de cuidado requeridas para la realización de los requisitos de autocuidado que el paciente no puede realizar. Los pacientes no pueden realizar estas acciones o es imprudente que lo hagan. La realización de la acción es parte de la segunda fase (la fase productiva) de acción deliberada y se hace necesario las habilidades

psicomotrices y el movimiento manual. Cuando sea posible, la enfermera (o) debe incluir al paciente en la primera fase (la fase intencional) de la acción deliberada, que es la de buscar el conocimiento sobre los requisitos de autocuidado y el de tomar decisiones. A veces, debido a la naturaleza de la enfermedad, lesión, defecto o inhabilidad, el paciente no puede dedicarse incluso a la primera fase de la acción deliberada.

2. *Guiar o dirigir a otros*: La enfermera (o) proporciona la dirección al paciente durante ambas fases de la acción deliberada (intencional y productiva). La enfermera (o) usa métodos de comunicación abierta (verbal y no verbal) para: Ayudar al paciente a ganar perspicacia sobre la necesidad de enfermería y las medidas relacionadas de cuidado, guiar al paciente en la exploración de la evaluación personal relacionada con las necesidades de autocuidado y acciones de autocuidado, estimular la motivación, ayudar al paciente en la realización verdadera de las acciones de autocuidado (o de las acciones de cuidado dependiente) y guiar al paciente en la evaluación de los resultados deseados y previstos.

3. *Apoyar a otro*: La enfermera (o) asiste al paciente en la realización de las acciones que proporcionan la ayuda física o emocional apropiada que permite al paciente hacer con éxito la acción y perseveraría hasta que las acciones alcancen los resultados deseados y previstos. La reducción de tensión y conflicto son parte de la ayuda ofrecida.

4. *Promover un ambiente adecuado para brindar cuidado y que se desarrollen las capacidades personales*: La enfermera (o) asiste al paciente en la realización de una tarea o en el logro de un requisito para modificar las condiciones asociadas que afectan la realización de una tarea; las condiciones podrían implicar factores externos (ambientales o sociales) o los factores internos (fisiológicos o psicológicos).

5. *Enseñar a otros*: La enfermera (o) emplea los principios de enseñanza aprendizaje apropiados para desarrollar el conocimiento, las habilidades o la motivación del paciente. Los sistemas de enfermería descritos anteriormente permiten seleccionar el sistema idóneo para la atención de los pacientes y su desarrollo en la superación del déficit. Corresponde a enfermería involucrar a los cuidadores en las actividades que deba y pueda realizar para la recuperación de su paciente, siempre con la finalidad de mejorar el cuidado del paciente (Orem, D.; 2001).

En este contexto, es necesario precisar que el tipo de sistemas de enfermería seleccionado también sugiere qué *métodos importantes de ayuda* son apropiados antes de decidir las acciones específicas de enfermería.

Por lo tanto, el enfermero (a), según la alteración y la demanda de autocuidado que requiera el paciente, empleará un sistema de enfermería, que a su vez va a

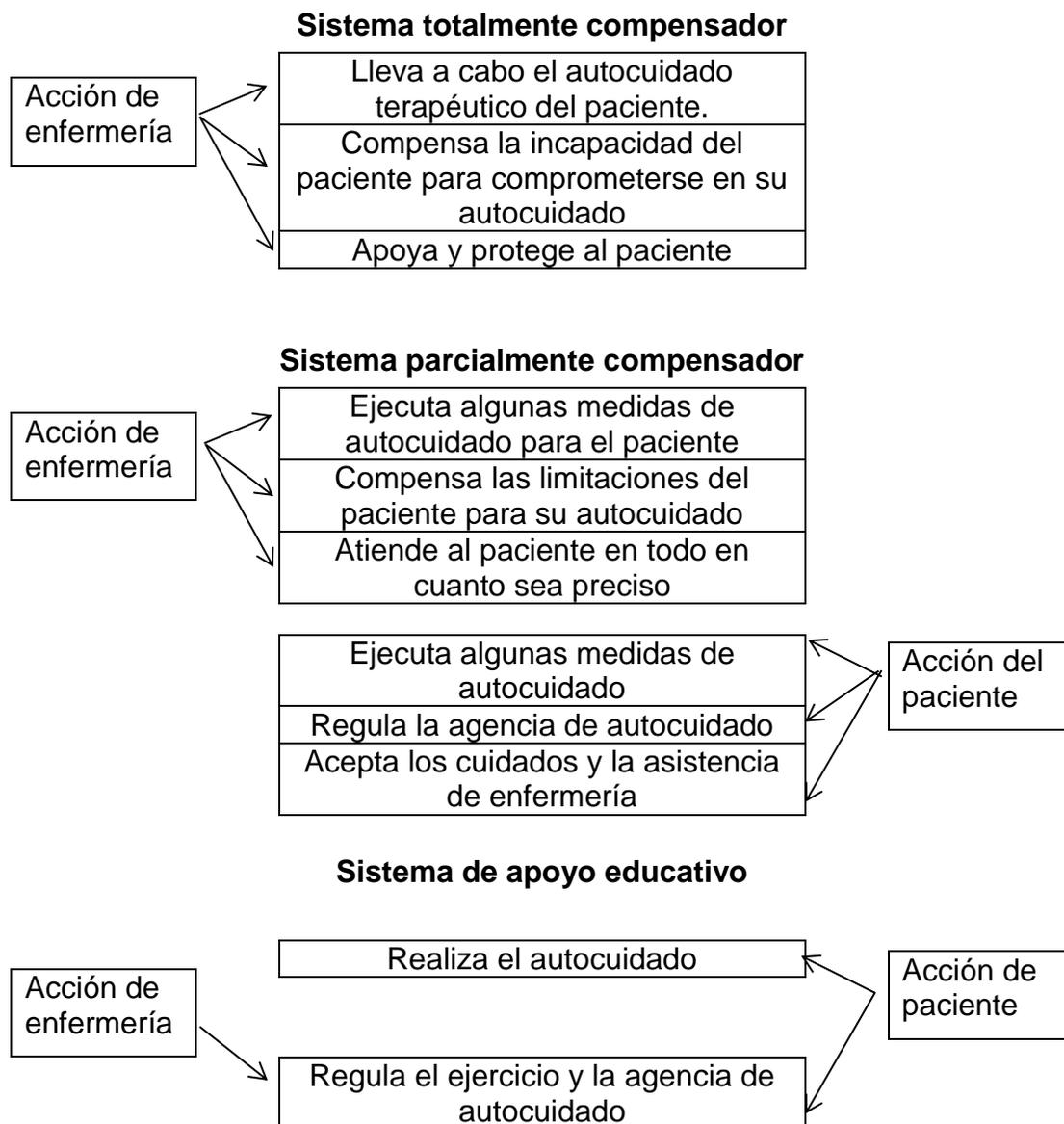
requerir de unos métodos de ayuda más que de otros; por ejemplo, en el *sistema totalmente compensatorio* va a requerir de los métodos de ayuda: actuar por otro, guiar a otro, apoyar a otro, proporcionar un entorno que fomente el desarrollo; *el sistema de enfermería parcialmente compensatorio* va a requerir de los métodos de ayuda: actuar por otro, guiar a otro, apoyar a otro, proporcionar un entorno que fomente el desarrollo, enseñar a otro; *el sistema de enfermería de apoyo educativo* requerirá del método de ayuda: guiar a otro, apoyar a otro, proporcionar un entorno que fomente el desarrollo, enseñar a otro.

Los sistemas de enfermería y los métodos de ayuda descritos permiten seleccionar el sistema idóneo para la atención de los pacientes y su desarrollo en la superación del déficit. En los cuadros 3 y gráfico 13 se muestra cada método de ayuda de acuerdo al sistema de enfermería y la acción del profesional y la acción del paciente en cada uno de los sistemas de enfermería, respectivamente.

Cuadro 5. Sistema de enfermería y métodos de ayuda.

Sistemas de enfermería	Métodos de ayuda
Totalmente compensatorio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actuar por otro ✓ Guiar a otro ✓ Apoyar a otro ✓ Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo
Parcialmente compensatorio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actuar por otro ✓ Guiar a otro ✓ Apoyar a otro ✓ Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo ✓ Enseñar a otro
Apoyo-educación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guiar a otro ✓ Apoyar a otro ✓ Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo ✓ Enseñar a otro
<p>Fuente. Fundamentos de enfermería EIR, España disponible en: (http://www.aulaeir.com/pdf/01_fundamentos%20nuevo.pdf).</p>	

Gráfico 13. Sistema de enfermería.



Fuente. HARTWEY Dona, Dorothea Orem. Self care déficit theory, mosby, EEUU, 2003.

G- *Hacer ajustes en las acciones*, el cual se refiere a los ajustes que se hacen en la práctica, los cuales dependen de dos tipos de conocimiento que el profesional

de enfermería debe adquirir, uno de ellos es *el conocimiento teórico* y el segundo *el conocimiento práctico*.

El primero integra la ciencia básica, la ciencia aplicada y habilidades y competencias⁵⁰, donde la *ciencia básica*: es el conocimiento altamente formalizado, teórico y descriptivo explicativo acerca de los fenómenos o problemas que son competencia de las profesiones disciplina en la que se basa la práctica (psicología o sociología de la educación, anatomía patología biología) y la *Ciencia aplicada*: es una disciplina que construye procedimientos y reglas prescriptivas para la solución de problemas (médico- quirúrgica). Se considera como derivaciones deductivas de los principios teóricos de las ciencias básicas que generan los enunciados normativos que permiten llevar a cabo las actividades de búsqueda y solución de problemas y las *Habilidades competencias*: Imprescindibles para la ayuda al cliente a través del uso del conocimiento básico y aplicado antes adquirido.

El segundo integra el conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la reflexión en la acción, donde el:

- ✓ *El Conocimiento en la acción*: se refiere a las actividades que realizamos a diario las cuales se fundan en un saber tácito o conocimiento implícito del que no tenemos un control específico. Esas actividades se realizan sin llevar a cabo de manera consciente razonamientos previos, se adoptan cursos de acción sin que seamos capaces de determinar las reglas o procedimientos que seguimos. Este conocimiento es fruto de la experiencia y las reflexiones pasadas, se convierte en semiautomático y preconsciente. En este tipo de actividades de la vida cotidiana el conocimiento no es anterior a la acción sino que reside en ella.
- ✓ *La Reflexión en la acción*: es la que se lleva a cabo en el momento en que se está desarrollando la acción, es decir, en las actividades prácticas no solamente existe un conocimiento espontáneo en la acción. Frecuentemente, como consecuencia de un resultado inesperado podemos pensar sobre lo que hacemos, incluso durante la acción misma. Esto es lo que se denomina reflexión en la acción. Sin embargo, la reflexión en la acción difiere de la reflexión sobre la acción. En el segundo caso, cuando reflexionamos sobre la acción o bien pensamos a posteriori sobre lo que hemos hecho o bien detenemos la acción con objeto de pensarla. Lo que la distingue de la reflexión en la acción, además de su carácter diacrónico es

50. MEDINA MOYA José; Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva, Revista de Enfermería. Albacete. Nº 15. Abril, 2002 {En línea}. {09 de marzo de 2013} disponible en: (http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/pr%E1ctica_educativa_y_pr%E1ctica_de.htm)

que la reflexión sobre la acción se relaciona con la acción de manera diferente a como lo hace la reflexión en la acción. Ésta presenta una relación directa con la acción, es una reflexión que se efectúa en medio y durante la acción. Esa acción de “pensar durante” sirve, a diferencia de la reflexión sobre la acción, para reorganizar lo que estamos haciendo en el instante de su realización.

- ✓ *La reflexión sobre la reflexión en la acción:* Después de la reflexión en la acción pueden tener lugar procesos de análisis acerca de los procesos y resultados implicados en aquélla. De una manera más reposada, ya que no se haya solicitado por las demandas de la inmediatez de las situaciones prácticas, el profesional puede reconstruir y comprender retrospectivamente sus procesos de reflexión en la práctica. El análisis no se centrará únicamente en las características de la situación o contexto del problema, se cuestionará también los procedimientos llevados a cabo para formular el problema y determinar su naturaleza, la formulación de objetivos, la selección de los cursos de acción realizada y sobre todo las teorías implícitas, las comprensiones y los modos de representar la realidad que se llevaron a cabo durante la acción. Supone, en definitiva una meta-reflexión en torno al conocimiento de la acción y la reflexión en la acción”.⁵¹

H. *Habilidades de “autocontrol”* o de “autodominio” o “autorregulación”, como también les llaman Goleman y otros especialistas; para Goleman⁵² después del, “autoconocimiento, la segunda aptitud (destreza, habilidad) de la Inteligencia Emocional (IE) es el control de las emociones, que es algo muy distinto de su supresión. Significa comprenderlas y, luego, utilizar esta comprensión para transformar las situaciones en nuestro beneficio; dice Goleman que las dos habilidades primarias de la “autorregulación” (manejar impulsos y vérselas con las inquietudes) están en el corazón de cinco aptitudes emocionales que son: “Autodominio”: que consiste en manejar efectivamente las emociones y los impulsos perjudiciales, es mantenerse positivos e imperturbables, aún en momentos difíciles, pensar con claridad y no perder la concentración cuando son sometidas a presión; menciona Goleman que en la vida laboral una misma situación puede ser una amenaza devastadora para una persona, mientras que para otra puede ser un desafío vigorizante; con los debidos recursos emocionales, lo que parece amenazador se puede tomar como un desafío y enfrentar con energía, e incluso con entusiasmo; existe una crucial diferencia de función cerebral entre “estrés bueno” (los desafíos que nos movilizan y motivan) y el “estrés malo”, las amenazas que nos abruma, nos paralizan o desmoralizan.

51. SCHÖN, Donald. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones. Madrid: Piados MEC. (1992).

52. GOLEMAN, Daniel. Inteligencia emocional 1997, Citado por CODINA, Alexis. El autocontrol en la inteligencia emocional. 2009, En línea}. 11 de marzo de 2013, disponible en (http://www.degerencia.com/articulo/el_autocontrol_en_la_inteligencia_emocional).

“*Confiabilidad*”: que incluye exhibir honradez e integridad y otros principios éticos, incluye inspirar confianza y admitir sus propios errores y enfrentar a otros con sus actos faltos de ética, incluye defender las posturas que responden a sus principios, aunque no sean aceptadas. “*Escrupulosidad*”, hace referencia a la responsabilidad en el cumplimiento de las obligaciones y tareas, los que muestran escrupulosidad cumplen con los compromisos, son organizados y cuidadosos en el trabajo; Goleman aclara que, la escrupulosidad sin empatía ni habilidades sociales, puede conducir a problemas, puesto que los responsables exigen tanto de sí mismos, pueden medir a otras personas según sus propias normas y, por ende, mostrarse demasiado críticos con quienes no presentan el mismo nivel de conducta ejemplar. La “*Adaptabilidad*”: que es la flexibilidad para manejar cambios y desafíos. Y la “*Innovación*”: donde se debe estar abierto a ideas y enfoques novedosos y a nueva información, es buscar ideas nuevas de muchas fuentes distintas, es hallar soluciones originales para los problemas y aceptar riesgos. En ese orden de ideas, y enmarcando el autocontrol en el que hacer del profesional de enfermería, el autocontrol o autodominio y sus cinco componentes planteados por Goleman, permite establecer límites en nuestras acciones en un contexto de profesionalismo con innovación, de responsabilidad y de respeto por los derechos del paciente o sujeto de cuidado y otros principios éticos de justicia, de beneficencia y de autonomía; dejando claramente establecido donde terminan los deberes del profesional y donde inician los derechos del sujeto de cuidado, sin sobrepasar el coarte, sin perder el control, porque sabio es, quien sabe controlarse, sabio es quien conoce sus debilidades, para aprender a dominarlas” (SÓCRATES), todo en beneficio del profesional de enfermería y del paciente y sus derechos, ya que ,“Quien se controla a sí mismo, no tendrá dificultad alguna para gobernar con eficacia; al que no sabe gobernarse a sí mismo, le resultará imposible ordenar la conducta de los demás (CONFUCIO), le resultara difícil autorregularse, auto cuidarse y cuidar de los demás bajo los principios éticos establecidos y fundamentados para el profesional de enfermería.

Para finalizar este apartado, es necesario tener presente que la agencia de enfermería está condicionada por unos factores de condicionamiento básico (FCB), como son la edad, género, estado de salud, familia/papeles comunitarios, características físicas, preparación educativa, experiencia del profesional y madurez,⁵³ los cuales pueden interferir en el momento de brindar cuidado.

La edad, el sexo y estado de desarrollo condicionan los medios (métodos, tecnologías, técnicas) y las habilidades del profesional que pueden usarse para satisfacer los requisitos de autocuidado universales y de desarrollo del individuo que requiere de los cuidados enfermeros. Orem observa que el valor práctico de

53. HARTWEY Dona, Dorothea Orem. Self care déficit theory, mosby, EEUU, 2003.

los factores básicos condicionantes enumerados se basa en la premisa de que los enfermeros que brindan un mejor cuidado, son miembros de una familia y que son además unidades de grupos socioculturales mayores que viven en algún lugar durante el periodo de existencia de cada individuo.

4.2.4. RELACIONES ENTRE LOS ROLES DE ENFERMERÍA.

4.2.4.1. Visibilidad de los roles.

Como se puede observar en el gráfico 14 visibilidad de los roles de enfermería, el rol más visible para el profesional de enfermería desde la TGDA, es el rol de “cuidador de otros” porque la teoría gira en torno al que hacer del profesional de enfermería, lo cual se encuentra bien documentado en artículos, revistas, publicaciones, tesis, libros entre otros; con respecto al rol de “cuidador de sí”, Orem²⁷ considera que antes que agente de asistencia dependiente de autocuidado, la enfermera (o) es un individuo que debe ejercer el autocuidado en sí misma (o), a pesar de esta alusión, este rol no está explícito en sus teorías, por

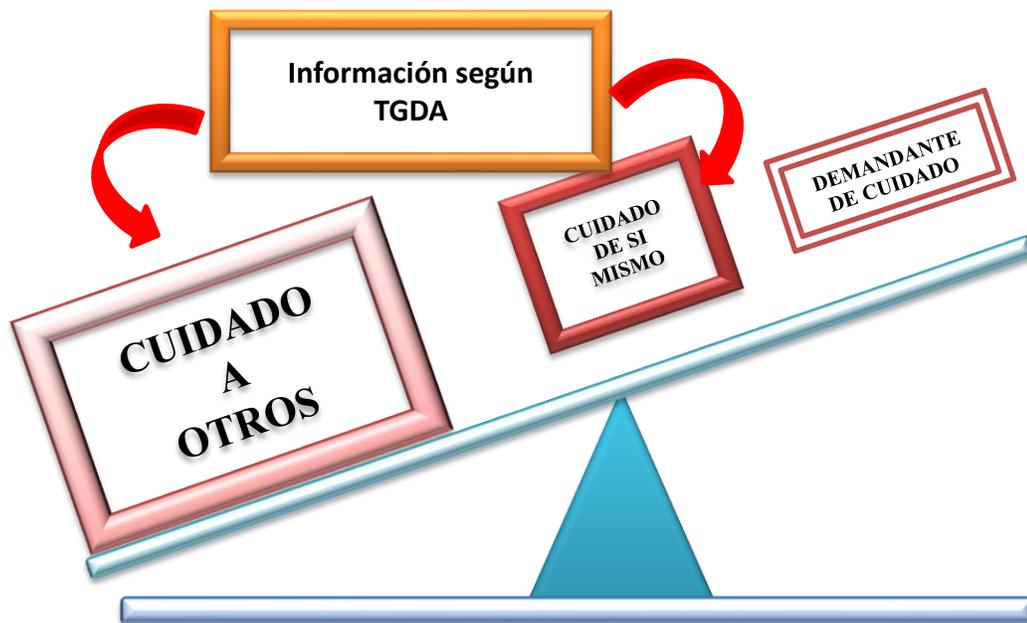
lo que no se asimila; en cuanto al rol de “demandante de cuidado”, se puede inferir que no es reconocido y por lo tanto es el más oculto, solo se logra identificar cuando se aplica los supuestos y elementos conceptuales de las teorías a la persona que es a la vez profesional de enfermería.

Esta invisibilidad de los roles se asocia con 1) el desconocimiento de los mismos por parte del profesional de la enfermería, 2) la inexistencia de límites entre la concepción de ser profesional de enfermería y el ser persona y, 3) la actitud negativa del profesional hacia su propio autocuidado. Por tanto los elementos claves para gestionar su visibilidad son: el conocimiento de los mismos y la formación en ellos; por ello su adopción debe basarse en la personalización y la autonomía de la enfermera para asumirlos según las circunstancias de vida en que se encuentre.

4.2.4.2. Interrelación entre los roles.

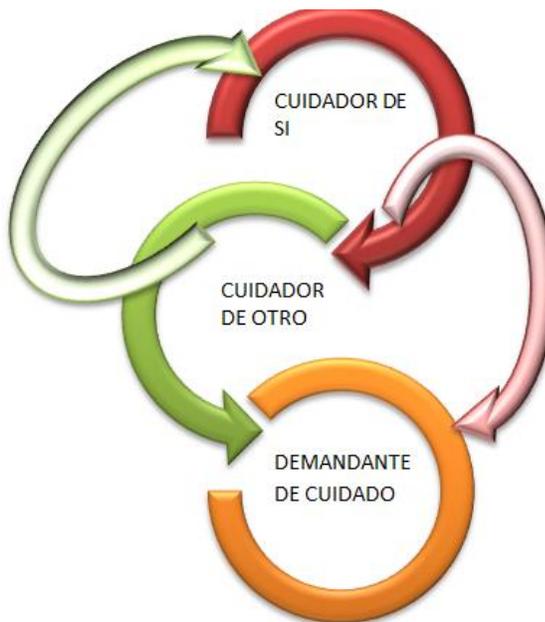
A través de los resultados obtenidos se establece que los tres roles se relacionan entre sí y cada uno aporta al otro las herramientas necesarias para su desempeño, como se observa en la gráfica interrelación de los roles de enfermería.

Gráfico 14. Visibilidad de los roles de enfermería.



Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 15. Interrelación de los roles de enfermería.



Fuente. Elaboración propia.

Por otra parte, como se observa en el gráfico 15 interrelación de los roles de enfermería, el rol de “cuidador de otros” se ve nutrido por los otros dos roles, en la medida en que se constituye a partir de la relación que tiene con los otros roles, ya que, es condición para cuidar al otro “cuidarse uno mismo”, como se vio en los apartados anteriores y porque, sólo en la enfermedad, la persona es capaz de desarrollar sus potencialidades, acumulando todo el conocimiento que es producido por las experiencias de sufrimiento, para aportarlo desde su agencia de enfermería, en el momento de cuidar a otros. En este orden de ideas, cuidar a otros y cuidar de sí mismo, son elementos existenciales (estructuras permanentes) indisociables; es decir que el primer rol no es posible sin la presencia del segundo, ya que éste rol de ocuparse de uno mismo o cuidarse, es la condición de posibilidad del cuidado del otro y del respeto hacia ese otro, por lo que se ha venido mencionando en los capítulos anteriores. Con respecto, al rol de demandante de cuidado, el cual es un rol circunstancial, transitar por él nos ofrece nuevas maneras de ver y acompañar en nuestra profesión a personas que atraviesan por momentos difíciles. Al respecto, este rol nos permite visualizar 1) lo no-representable, que es lo que se “excluye” y lo que se “falsifica”. Lo que se excluye es lo que no queremos ver: la desesperación del sujeto de cuidado, la nuestra, los problemas de salud que son producto de las injusticias, etc. Lo que se falsifica podría incluir el minimizar la realidad del sujeto de cuidado (“pues yo le veo mejor”) o el no indagar ni escuchar los significados que el sujeto de cuidado da a su realidad; a 2) comprender que vivimos como “ser-de-cuerpo”, es decir que a través de la experiencia de ser un cuerpo vivimos el mundo (dolor, fatiga, enfermedad, limitaciones, éxito, etc.), es decir todo; 3) los significados que el sujeto de cuidado da a sus problemas de salud, ya que el ser humano actúa según el significado personal y cultural que da a cada cuestión; 4) el protagonismo del sujeto cuidado y el de testigo empático que asumimos, legitimando y afirmando la experiencia del sujeto cuidado y 5) la necesidad de trabajar con competencia cultural, con respeto, interés, flexibilidad y con más humildad⁵⁴. Como se puede observar el rol de cuidador de otros al ser nutrido por los otros dos roles, facilita la adaptación del sujeto cuidado a los cambios que conlleva el proceso de enfermar a través de la construcción de su propia historia en palabras, de lo que ha ocurrido y de esta manera pueda tomar control sobre su condición de salud. Sin embargo, no se debe olvidar, que la agencia de enfermería (profesional de enfermería) se verá afectada positiva o negativamente según sea la condición de la agencia de autocuidado (persona que es profesional), es decir que cuando la agencia de autocuidado está totalmente desarrollada potencia a la agencia de enfermería, la cual puede estar en vías de desarrollo, desarrollada pero no estabilizada y

54. VALVERDE, Clara. Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería; 2007 En__: http://www.ome-aen.org/NORTE/28/NORTE_28_030_8-15.pdf

desarrollada y estabilizada, dependiendo de la experiencia de dicho profesional y disminuye la frecuencia de aparición del rol de demandante de cuidados; por el contrario, cuando la agencia de autocuidado no se desarrolla totalmente o dicha capacidad está disminuida, la agencia de enfermería se afecta en su capacidad para cuidar a otros, surgiendo el rol de demandante de cuidados.

Lo enunciado hasta este momento hace alusión a la interrelación entre los roles, entorno a ser cuidador de otros, es decir como profesional de enfermería, sin embargo cuando se analiza dicha interrelación desde el ser persona, se identifica que los roles de cuidador de si y demandante de cuidados se subordina al de cuidador de otros, por la condición de trabajador y las circunstancias laborales que circunscriben a dicha persona, que le obligan en la mayoría de los casos a continuar laborando en un medio de adversidad para su propio autocuidado.

5. IMPLICACIONES PRÁCTICAS.

Cada persona pertenece simultáneamente a varios colectivos donde construye identidades específicas: como estudiante, como miembro de una familia, un partido político, o de una profesión. A su vez, cada colectivo construye identidades particulares dentro de su propio contexto social. En este caso en particular, estamos hablando del profesional de enfermería que como persona puede desarrollar unos comportamientos de cuidador de si, demandante de cuidado y cuidador de otros, conductas o roles que le permiten participar en el mundo social y transformar esa realidad al internalizar dichos roles.

En esta medida para formar el Yo cuidador, desde el referente teórico de OREM, se requiere comprender la importancia de formarlos para su autocuidado, para lo cual los contenidos programáticos en lugar de dirigirse al *alter*, se deben enfocar en el *autós*, es decir, una formación centrada en el autocuidado del estudiante, para que de esta forma, se conozca, reconozca y se proyecte, a partir de sus propias practicas de autocuidado y de las experiencias de enfermedad por las que ha atravesado. En este punto se podría establecer que el cuidador de si es la vivencia, el demandante de cuidado es la experiencia y el cuidador de otros es la prospección.

Estos roles, por tanto son mecanismos a través de los cuales la persona que es profesional de enfermería se integra al “sistema”. Estos comportamientos, por tanto, no se conciben como actos individuales y aislados, sino repetitivos y constantes, lo que favorece el proceso de interacción. Lo cual es importante, desde el punto de vista curricular, por cuanto se espera que el estudiante adopte este comportamiento de autocuidado y lo proyecte en su trabajo.

De esta manera, cuidar al otro fomentando su autocuidado, será una experiencia gratificante y enriquecedora, porque se generará mayor compromiso y empatía con el otro, si se ha estado en condiciones de vulnerabilidad. Por lo tanto no es solo, educarlos en el referente teórico y en la forma como éste se aplica cuando se brinda cuidado, es asimilar e interiorizar el cuidado de uno como posibilidad de cuidar al otro y reconocer que en determinadas circunstancias se puede atravesar por cualquiera de los roles anteriormente descritos.

Formar el Yo cuidador desde su propio autocuidado permitirá lograr una identidad profesional, desde este referente teórico, facilitando la construcción del ser profesional (*ethos profesional*) y el pleno desarrollo de las personas en su práctica profesional y la oferta de servicios profesionales calificados a los usuarios de éstos, ya que el estudiante *aprende haciendo*.

Al respecto, en algunas universidades se ofrece programas sobre autocuidado de la salud, con la finalidad de desarrollar estilos de vida saludable (Pontificia Universidad Católica de Chile) con inclusión del referente teórico de Orem y otros; a nivel local en la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, a través del FISH, en este semestre se ofertó a los cuatro programas (Fisioterapia, fonoaudiología, Medicina y Enfermería) una asignatura sobre autocuidado, pero no está referida al marco teórico de OREM. Al respecto estos cursos deberían potenciar o desarrollar las capacidades, habilidades y poderes que como cuidador de si mismo debe poseer el estudiante de enfermería para establecer que posee una agencia de autocuidado desarrollada totalmente.

6. CONCLUSIONES

- Desde la TGDA se identificó que el profesional de enfermería tiene tres roles, que son: cuidador de sí mismo (agencia de autocuidado), demandante de cuidado y cuidado de otros (agencia de cuidado dependiente y agencia de enfermería); con los cuales en la medida que los desarrolle, el enfermero lograra su máximo perfeccionamiento en el cuidado de sí y en el cuidado de otros.
- El profesional de enfermería, debe asumir diferentes roles dependiendo del contexto donde se encuentre. Como persona deberá de cuidar de sí mismo, lo que implica que el profesional necesita que desarrolle o potencie una serie de conductas durante su formación profesional; de igual manera el cuidador como persona no se encuentra exento de encontrarse en situaciones donde sus capacidades se ven excedidas por las demandas de su autocuidado, entrando en el rol de demandante de cuidado; por lo que éste, requerirá al igual que los demás sujetos, la intervención del agente de cuidado dependiente o del agente de cuidado terapéutico. En el rol de cuidador de otros el profesional de enfermería deberá de poseer una serie de características que contribuyan en su ejercicio, como son las dimensiones (social, interpersonal y el tecnológico profesional) y los poderes como agencia de enfermería, todo lo anterior le permitirá el buen desempeño del quehacer tanto personal y profesional.
- De diferente forma en los tres roles se evidencia el respeto por la autonomía de las personas, respeto al derecho de la salud y la vida, respeto a la dignidad humana y la responsabilidad, tanto para cuidarse, como para solicitar ayuda en el cuidado, así como para brindar atención profesional de enfermería; donde la concepción de persona tiene un valor fundamental.
- De igual manera se estableció las relaciones existentes entre los roles del profesional de enfermería, lo que permite expresar, que cada rol en su desempeño se puede ver potenciado o debilitado, en la medida en que sus complementos se hayan desarrollado o no, puesto que los roles de enfermería son factores complementarios.
- Por último se puede decir que en la Teoría General del Déficit de Autocuidado, el rol de los identificados en el presente trabajo, el más visible es el de cuidador de otros.

RECOMENDACIONES

- Para la implementación de una teoría es necesario realizar estudios exhaustivos de investigaciones en torno a lo que se quiere manejar y desde el punto de vista educativo especialmente con esta teoría se debe enseñar al alumno como cuidarse a sí mismo, en esa medida y teniendo en cuenta los resultados del trabajo se considera que no solo las asignaturas del área disciplinar sino que todas las del plan de estudios deberían asumir ciertos aspectos de la teoría de Orem, como el componente cultural para poder desarrollar la agencia de enfermería. Se sugiere que desde los primeros semestres, se empiecen a manejar los aspectos relacionados con autocuidado.
- Como el aprendizaje de las actitudes y aptitudes para una práctica segura y un cuidado de calidad por parte del profesional de enfermería, ocurre necesariamente en la relación entre el docente y el estudiante, donde el estudiante observa como el docente aplica los conocimientos teóricos transmitidos, a través de acciones prácticas de cuidado. Se sugiere que el profesor debe ser un ejemplo a seguir en cuanto al autocuidado.
- Teniendo en cuenta que el programa de enfermería se encuentra en proceso de acreditación y no existe en el momento un plan curricular unificado con relación a los teoristas que se tomaran como modelos y referentes teóricos, se sugiere tener en cuenta los resultados del presente trabajo que se podrían ser usados para plantear un nuevo plan curricular unificado y centrado en la formación del profesional de enfermería en el autocuidado.
- Teniendo en cuenta las dificultades encontradas para la realización de este tipo de trabajos y para el desarrollo disciplinar del programa, se recomienda al departamento de enfermería la consecución de material relacionado con las teoristas seleccionadas por el programa para hacer su referente teórico.
- Se recomienda continuar con este tipo de investigaciones que permiten generar nuevo conocimiento. Además aportan a la formación y al desarrollo de habilidades investigativas en los estudiantes y facilitan la realización de la práctica desde un marco conceptual específico.

BIBLIOGRAFÍA

ABADES PORCEL, Mercedes. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. En: Gerokomos. Diciembre, 2007, vol. 18, no. 4, p. 176-80.

ALBERT, M. y ALBERT S., Enfermería a examen: ¿Cómo nos ve la sociedad?, Madrid-España, 2002, visitada: 05 de abril de 2013, disponible en: <http://www.cuidamosweb.com/enfermeriaexamen.htm>.

ANDER, E. *Rol definición 2010, {En línea}. {11 marzo de 2013} disponible en. (<http://www.buenastareas.com/ensayos/Rol-Definicion-y-Autor/471755.html>)*

BARRERA, Bárbara Alejandra. Vivencias de la enfermera en el rol de paciente durante el periodo de Hospitalización. Proyecto de investigación. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas, Argentina, 2008.

BARROS, Marcelle Aparecida de y PILLON, Sandra Cristina. Atitudes dos profissionais do programa saúde da família diante do uso e abuso de drogas. En: Esc Anna Nery Rev Enferm. Diciembre 2007, vol. 11, no. 4, p. 655 - 62.

BELTRÁN, Óscar Alberto. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. En: Invest. educ. enferm. Vol.24; No.2 (Jul./Dic.2006); p. 144-150.

BERDAYES MARTÍNEZ, Daisy; EXPÓSITO CONCEPCIÓN, Yaquelin; GARCÍA GONZÁLEZ, Aliel; ZUBIZARRETA ESTÉVEZ, Magdalena y otros. Bases conceptuales en enfermería. 1 ed. Cuba: Ciencias Médicas, 2008, p. 1-199.

BURGOS, Mónica; PARAVIC KLIJN, Tatiana. VIOLENCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES. {En línea}. {30 de agosto de 2009} disponible en: (http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000100002&script=sci_arttext).

CARVALLO SUÁREZ, Beatriz, Una responsabilidad compartida. Memorias del I congreso de profesionales de enfermería clínica Y VIII. Simposio: actualizaciones en enfermería En: Actual. Enferm. 2003, vol. 6, no.3, p. 25-30.

CHACÓN ROGER, Margarita y GRAU ABALO, Jorge. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. En: Rev Cubana Oncol. Marzo,1997, vol. 13, no. 2, p.118-25.

Christian y GUZMÁN AGUILAR, Ana. Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. En: Enfermería Actual en Costa Rica. Abril-Setiembre 2007, no. 12, p. 1-12.

Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. Principios y Guías Éticos para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación. El Informe Belmont. EE.UU, 1979

DAROS W. R., “¿A qué nos referimos cuando hablamos de “Persona Humana”? en la filosofía de M. F. Sciacca”. Visata: 9 marzo de 2013, disponible en: (<http://williamdaros.files.wordpress.com/2009/08/w-r-daros-la-persona-humana-segun-sciacca.pdf>)

Diccionario Definición de Copyright © 2008-2012, {En línea}. {7 julio de 2009} disponible en: (<http://es.thefreedictionary.com>)

ENEO – FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA (MODELO DE OREM). {En línea}. {15 de agosto de 2009} disponible en: ([www.eneo.unam.mx/.../embarazo/.../Fundamentacion teorica.doc](http://www.eneo.unam.mx/.../embarazo/.../Fundamentacion_teorica.doc))

FERNÁNDEZ, Alba y MANRIQUE, Fred Gustavo. Agencia de autocuidado. En: Salud historia y sanidad, revista online. Enero-abril, 2009, vol. 4, no. 1, p. 1-9. Disponible en: <http://www.histosaluduptc.org/ojs-2.2.2/index.php?journal=shs>. Consultado en: (8 de mayo de 2012).

FERNÁNDEZ, Xinia; ROBLES, Arodys, Capítulo 5: Redes de apoyo social. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica., Costa Rica, 2008, p. 83-99.

FRANCESCA, Torralba. Cuidar al otro. En: Siete tesis: Sal Terrae, disponible en: <http://www.ciudadredonda.org/articulo/pdf/id/743>, visitado: 07 de marzo de 2013.

GOLEMAN, Daniel. Inteligencia emocional 1997, Citado por CODINA, Alexis. El autocontrol en la inteligencia emocional. 2009, En línea}. 11 de marzo de 2013, disponible en (http://www.degerencia.com/articulo/el_autocontrol_en_la_inteligencia_emocional).

GÓMEZ, Isabel. TÉCNICA DE LA NARRATIVA EN ENFERMERÍA, PATRONES DE CONOCIMIENTO Y ABORDAJE TEORICO. En: Revista

Ciencias Biomédicas. Ética, Bioética y Humanismo. Vol.3; No.1 (Junio 2012); p. 174 – 179.

GÓMEZ LONDOÑO, Elizabeth. El Cuidado de Enfermería del Paciente en Estado Crítico. Una Perspectiva Bioética. En: Persona y Bioética. Julio-diciembre, 2008, vol. 12, no. 31, p.145-57.

GOMEZ R, ROBAYO E. Lo que usted debe saber sobre los derechos de autor, Universidad de La Sabana, Bogotá-Colombia, 2006.

GONZÁLEZ CONSUEGRA, Renata Virginia. ¿Quién cuida a las enfermeras que cuidan en las unidades de alta complejidad?. En: Avances en enfermería, vol.17, no. 1 y 2. p. 40-44.

GUIRAO-GORIS, Josep Adolf; La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad, {En línea}. {09 de agosto de 2009} disponible en: (spanamed.mixxt.es/networks/files/download.79231).

HARTWEY Dona, Dorothea Orem. Self care déficit theory, mosby, EEUU, 2003.

HERNÁNDEZ, Lázaro Luis; RODRÍGUEZ B, JIMÉNEZ P Y RANGEL M. Imagen social de la Enfermería en Cuba y Bélize. En: Revista Cubana Enfermería, Abril-junio, 2006, vol. 22, no. 2.

HERNÁNDEZ-Muñoz, Alejandra; García-Aguiluz, Karina; Ponce-Gómez, Gandhi; Bernal-Becerril, Martha Lilia. Factores motivacionales en el personal de enfermería que influyen en la asistencia a cursos de educación continua. {En línea}. {09 de Octubre de 2009} disponible en: (<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073b.pdf>)

IZALTEMBERG VASCONCELOS ROSENSTOCKI, Karelline y DAS NEVES, Maria José. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. En: Revista Brasileira de Enfermagem, REBEn . Júlio-agosto, 2010, vol. 63, no. 4, p. 581-86.

JARA, Patricia; POLANCO, Olga y ALVEAL, María. Percepción del rol profesional de alumnos de enfermería de la Universidad de Concepción, Chile.

En: Investigación y educación en enfermería. Septiembre, 2005, vol. 23, no. 2, p. 56-69.

Lee todo en: {En línea}. {11 marzo de 2013} disponible en: <http://definicion.de/rol/#ixzz2NHuUTNra>

LEÓN ROMÁN, Carlos. Cuidarse para no morir cuidando. En: Rev Cubana Enfermería. Enero, 2007, vol. 23, no.1, p.1-9

LLOR, Bartolome; ABAD MATEO, Maria Angeles ; GARCIA Mariano y NIETO MANUERA Joaquin; ciencias psicosociales aplicadas a la salud. 1 ed, segunda reimpresión. Madrid España.: Mc Graw-Hill, 1998. P 101-105.

LLUCH CANUT, María Teresa y BIEL TRES, Anna. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería. En: Revista de enfermería de salud mental, Enero-junio, 2006, vol. 2, no. 3.

LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero. Cuidado al Adulto y Anciano. Teoría del déficit de autocuidado de Orem. En: Aquichán. Octubre, 2003, vol. 3, no. 3, p. 52-59.

LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero y GUERRERO GAMBOA, Sandra. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. En: Investigación y educación en enfermería. Julio-diciembre, 2006, vol. 24, no. 2, p.

MATAMOROS QUESADA, Karla; OBANDO GODÍNEZ, Natalia; RIVERA VOLIO, Susana; ROMERO GUILLÉN, Dahianna; TORRES ACUÑA, Christian y GUZMÁN AGUILAR, Ana. Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. En: Enfermería Actual en Costa Rica. Abril-Setiembre 2007, no. 12, p. 1-12.

MEDINA MOYA José; Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva, Revista de Enfermería. Albacete. Nº 15. Abril, 2002 {En línea}. {09 de marzo de 2013} disponible en: (http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/pr%E1ctica_educativa_y_pr%E1ctica_de.htm).

MIAGA A, Modelos de cuidados de enfermería I libro de consulta, Escuela universitaria de sanidad y medio ambiente de bata-litoral

MORÁN, Laura. Práctica de enfermería basada en evidencias. En: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2001; 9 (1-4): p.24-30, {En línea}. {09

de marzo de 2013} disponible en: (<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4e.pdf>)

OSORIO-MERCHÁN, May Bibiana; LÓPEZ DÍAZ, Alba. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. {En línea}. {24 de agosto de 2009} disponible en: (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000400010>.)

PAIVA MOTA GONÇALVES, Sonia Silva y MELO TAVARES, Claudia Mara. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra- hospitalares. En: Esc Anna Nery Rev Enferm. Diciembre, 2007, vol. 11, no. 4, p. 586-92.

PASTI, María; GIR, Elucir.; DELA COLETA, osé. Perfil motivacional do enfermeiro atuante em um hospital geral do interior paulista. En: Rev.latinom-am.enfermagem, Ribeirão Preto. Vol. 7; No.5 (diz-1999), p. 33- 41

PEREDA ACOSTA, Margarita. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. En: Enfermería Neurológica. 2011, vol. 10, no.3, p. 163-67

PEÑA, J. L. y SOLANO, A.M. Factores relacionados con la aparición de lumbalgia en las enfermeras. En: Rev.Medica.Sanitas. Octubre-diciembre, 2009, vol. 12, no. 4, p. 26-32.

PÉREZ, Mislenny; ALBA PÉREZ, Lucia; RAMOS, Giselda. Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. En: Rev. Cubana Med. Gen Integr. Vol.26 No.1; (ene.-mar. 2010). {En línea}. {18 julio de 2009} disponible en: (http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100016)

PUERTAS DE GARCÍA Milagro, RODRÍGUEZ Yaneth, ALVARADO Amada, PINEDA Jacqueline, RODRÍGUEZ Reina. Factores motivadores que influyen en el desempeño laboral del personal de enfermería de sala de partos del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(1). {En línea}. {09 de Noviembre de 2009} disponible en: (<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0302.php>)

RAMÍREZ ELIZONDO, Noe. Experiencia de las mujeres consumidoras de drogas en el postparto inmediato. Atención obstétrica a la luz de Imogine King. En: Enfermería Costa Rica. Mayo, 2011, vol. 32, no.1, p. 3-10.

RIVERA L y TRIANA A. Cuidado humanizado de enfermería visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Bogotá. 2007. Disponible en: www.docentes.unal.edu.co/.../...

RIVERA, Luz Nelly. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. En: Enfermería 21. Junio-diciembre, 2006, vol. 24, no. 2, p. 91-98.

RIVERA ALVARES, Luz Nelly. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con Hipertensión arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá. En: Revista Salud Pública. 2006, vol. 8, no. 3, p. 235-24.

ROMÁN HERNÁNDEZ, Jorge. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. En: Rev Cubana Salud Pública. 2003, vol. 29, no. 2, p. 103-10.

ROJAS SOSSA, Alexis. Michael Foucault y el cuidado de sí. En: CONHISREMI, Revista Universitaria Arbitrada de Investigación y Diálogo Académico, 2010, Vol. 6, No. 2, p. 34-45.

SCHÖN, Donald. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones. Madrid: Piados MEC. (1992).

SOLERA BARRIOS, Deisy Rosa. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial. montería, 2010. Bogotá DC.: Trabajo de grado Magister en enfermería con énfasis cuidado cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Programa de maestría en enfermería. 2010. 31 p.

TOBÓN CORREA, Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. Google, disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf, visitada: 07 de abril de 2013.

TORRES, Z; relación entre la motivación al trabajo y el rendimiento laboral del profesional de enfermería del hospital de yarinacocha – pucallpa – Perú. En: Revista científica de enfermería – recién. {En línea}. {12 de agosto de 2009} disponible en: (<http://www.cep.org.pe/cicep/revista/volumen1/cap%2013-17.pdf>).

VANEGAS, Blanca Cecilia; VARGA, Emily; ABELLA, Luisa Fernanda; ALAYÓN, Mabel Yulitza; BONZA, Liliana Paola; CHAPARRO, Elda Yomara;

ESPINOSA, Jannet Patricia; FORERO, Lady Michelle y GUTIÉRREZ, Angie Catherine. Roles que desempeñan profesionales de enfermería en instituciones geriátricas de Bogotá. En: Revista Colombiana de Enfermería. Agosto, 2009, Vol. 5, p. 81-92.

VALVERDE, Clara. Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería; 2007, En: <http://www.ome-aen.org/NORTE/28/NORTE> Vol. 28 No 30 p 8-15,

VILLALBA CALOCA, Jaime y otros. Generalidades de la bioética. En Rev Inst Nal Enf Resp Mex. volumen 21 - No 4. octubre-diciembre 2008. P. 296-305

YAÑEZ, J. y ARAYA, J. Perspectivas de la Enfermería profesional Revista Enfermería. 1999, no. 110. visitada: 11 de diciembre de 2012, disponible en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/PERSPROF.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Ficha descriptiva analítica.

ARTICULO, LIBRO, OTRO, No.
1-DATOS DE IDENTIFICACION
TITULO
AUTORES
FECHA DE PUBLICACION
PAIS
IDIOMA
MEDIO DE PUBLICACION
2- INFORMACION METODOLOGICA
TIPO DE ESTUDIO (si aplica)
POBLACION (si aplica)
MUESTRA (si aplica)
3- APORTES

Fuente. Elaboración propia.