



Enfermería Global

E-ISSN: 1695-6141

eglobal@um.es

Universidad de Murcia

España

Navarro Peña, Y.; Castro Salas, M.
MODELO DE DOROTHEA OREM APLICADO A UN GRUPO COMUNITARIO A TRAVÉS DEL
PROCESO DE ENFERMERÍA
Enfermería Global, vol. 9, núm. 2, junio, 2010, pp. 1-14
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834755004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



CLÍNICA

MODELO DE DOROTHEA OREM APLICADO A UN GRUPO COMUNITARIO A TRAVÉS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

DOROTHEA OREM MODEL APPLIED TO A COMMUNITY GROUP THROUGH THE NURSING PROCESS

*Navarro Peña, Y., **Castro Salas, M.

*Enfermera. Alumna del Programa de Magíster en Enfermería. **Magíster en Enfermería. Sociólogo. Departamento de Enfermería. Universidad de Concepción. Chile

Palabras clave: Modelo de Dorothea Orem, Proceso de Enfermería, Grupo comunitario.

Keywords: Dorothea Orem Model, Nursing Process and Community Group.

RESUMEN

Enfermería cuenta con tradición en la elaboración de modelos y teorías desde el siglo XIX. A través de los años ha surgido también una serie de experiencias de aplicación de ellos, contribuyendo a vincular la teoría y la práctica y además a dar solidez al conocimiento derivado de la investigación. Junto con esto, se han generado cada vez más, investigaciones que pretenden comprobar lo sustentado por la teoría y además perfilar a enfermería como ciencia, disciplina y profesión.

El objetivo de este artículo es dar a conocer la experiencia de la aplicación del modelo de Orem en un grupo comunitario de pacientes hipertensos, a través del proceso de enfermería. Para esto se utilizaron las tres teorías que componen el modelo, se usó la "Teoría de Autocuidado" para realizar la etapa de valoración, la "Teoría de Déficit de Autocuidado" para realizar la etapa de diagnóstico y finalmente se utilizó la "Teoría de Sistemas" para las etapas de planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería. De esta manera la teoría aporta el sustento teórico que orienta los cuidados que enfermería entrega y el proceso de enfermería constituye la herramienta que permite entregar estos cuidados a través de un método de planificación sistemático y racional.

ABSTRACT

Nursing has a tradition in the development of models and theories that dates to the nineteenth century. Through the years, a number of experiences applying this history has also emerged. This helps to link theory and practice as well as to solidify the knowledge gained from research. Along with this, a growing body of research has set out to prove what has been posited by theory, as well as providing a profile of nursing as a science of discipline and profession.

The aim of this article is to shed light on the experience of applying the Orem model in a community group of hypertensive patients, through the nursing process. For this, the three theories that make up the model have been used: "Self-care Theory" for assessment period, "Self-care Deficit Theory" for the diagnostic period, and finally "Systems Theory" for the planning, implementation and evaluation of nursing intervention periods interventions. In this way, the theory provides theoretical guidance to nursing care delivery and the nursing process is the tool that allows them to deliver care through systematic and rational planning.

INTRODUCCIÓN

En la disciplina de enfermería se pueden identificar modelos y teorías, éstas últimas son menos abstractas que las primeras y posibilitan su aplicación a la práctica, de hecho existen las grandes teorías y las teorías de mediano rango que son las más aplicables. A pesar de la importancia de estos conocimientos teóricos, hay autores que plantean que existe una brecha entre las teorías y la práctica ⁽¹⁾ ⁽²⁾, esta brecha existe a pesar de que las teorías surgen de investigaciones y tienen como objetivo contribuir a la práctica.

Un estudio realizado por Juan Reyes, Patricia Jara y José Merino en 2006 concluyó que los profesionales de enfermería, en términos de conducta adherente a utilizar un modelo teórico en la práctica, no evidenciaron cambios con posterioridad a una capacitación de inducción de modelos y teorías de enfermería, pero sí obtuvieron resultados positivos en términos cognitivos ya que se manifestó una "actitud adherente" a trabajar con un modelo, pero esta manifestación de intención no se evidenció en el trabajo diario ⁽³⁾.

Es un desafío avanzar en la implementación de teorías de enfermería en la práctica, pues trae beneficios a la disciplina, ya que contribuyen a diferenciarla de otras profesiones de la salud, involucra la utilización de un lenguaje profesional característico, también se manejan conceptos de persona, ambiente, salud y enfermería desde la perspectiva de la teoría que se aplica. Usar las teorías contribuye a distanciar a la enfermería del enfoque biomédico que por mucho tiempo ha primado y la ha influenciado ⁽²⁾.

En el presente trabajo se aplicará el modelo de Dorothea Orem al trabajo de enfermería con un grupo comunitario, a través del proceso de enfermería, que es una herramienta que permite entregar estos cuidados a través de un método de planificación sistemático y racional; además se propone el uso de las tres teorías del modelo de Orem, ya que hay experiencia de la utilización de una u otra de las teorías, o de conceptos del modelo. Sin embargo, Orem advierte de que el uso adecuado de los detalles de su modelo comprende el uso de las tres teorías, la de autocuidado, la teoría de déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería ⁽⁴⁾.

En esta oportunidad se dará a conocer la experiencia de la aplicación del Modelo de D. Orem en un grupo, donde uno de los criterios de inclusión fue la presencia de Hipertensión arterial, por ser esta uno de los principales factores de riesgo modificables de las enfermedades cardiovasculares. A pesar de ello, su prevalencia sigue siendo muy elevada ⁽⁵⁾.

La eficacia del tratamiento de HTA ha sido puesta de manifiesto por numerosos ensayos clínicos, no obstante, menos del 50% de los sujetos hipertensos tienen sus cifras de tensión controladas. En relación con este fenómeno, el V Informe del Joint National Committee ha señalado que la principal causa del fracaso en el control de la HTA es el incumplimiento del tratamiento. De hecho, la efectividad de un tratamiento no depende exclusivamente de que sea adecuada la decisión terapéutica, sino que está condicionada en última instancia por la

colaboración del paciente, que también influye en la adherencia al tratamiento no farmacológico como lo son el régimen y la actividad física ⁽⁵⁾.

Es precisamente esto último lo que nos lleva a pensar en la utilidad del aporte de Dorothea Orem. Ella concibe a quienes reciben los cuidados de enfermería como personas racionales, pensantes, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, y también capaces de guiar sus esfuerzos para hacer aquellas actividades que son beneficiosas para sí mismos, es decir para realizar el autocuidado ⁽⁶⁾. Desde ésta perspectiva, se educará al grupo comunitario para mejorar su autocuidado y así contribuir a lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, para finalmente alcanzar la compensación de la patología.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MODELO DE DOROTHEA OREM

Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener ⁽⁴⁾.

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona ⁽⁶⁾.

Para aplicar el Modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma ⁽⁶⁾:

Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida

y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

- Requisitos de Autocuidado: Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.

- Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

- Agencia de autocuidado: Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo .

La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes.

- Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

- Agencia de enfermería: Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por si mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.

- Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo en sus actividades de autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

-Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

-Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

-Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo^(4,6).

Utilización del Modelo de Dorothea Orem

En el estudio documental "Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem", realizado en el 2005-2006, en Colombia, se llevó a cabo una revisión preliminar de las teorías más reportadas en las bases de datos internacionales, encontrando que el 47% de las referencias localizadas en su momento, utilizaban algunas de las teorías de Orem o conceptos de su Teoría General, se obtuvo como resultado que la Teoría General ha sido utilizada en cuatro continentes; 38 (51,3%) estudios la aplican en el ámbito institucional y 21 (28,4%) en la comunidad. Entre sus conclusiones indican que la evidencia empírica sobre la aplicación de la Teoría General muestra su importancia en el desarrollo del conocimiento en enfermería e indica su gran utilidad para la investigación y práctica de la disciplina⁽⁷⁾.

Fanny Cisneros, en una publicación de febrero 2004, plantea los pasos que se deben seguir para aplicar la Teoría de Orem⁽⁸⁾:

- Examinar los factores, los problemas de salud y los déficits de autocuidado.
- Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente.
- Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
- Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
- Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

MATERIAL Y MÉTODO

En esta oportunidad se trabaja con el proceso de enfermería y el modelo de D. Orem, para intervenir en un grupo comunitario.

En cuanto al proceso de enfermería cabe mencionar que es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería frente a alteraciones de salud reales y/o potenciales de las personas, el uso de éste proceso favorece la individualización de los cuidados entregados e impide omisiones o repeticiones. El proceso de enfermería consta de cinco etapas que son: la valoración que corresponde a la recolección y análisis de los datos,

el diagnóstico, donde se continúa el análisis de datos y se produce la identificación de los problemas reales y/o potenciales, la planificación, donde se fijan los objetivos y se establece un plan de acción, la ejecución, que corresponde a la puesta en práctica del plan de acción, finalmente la evaluación donde se identifica la eficacia del plan y se detectan las necesidades de efectuar modificaciones, la evaluación se aplica a cada una de las etapas anteriores⁽⁹⁾.

En la experiencia que se expone, se aplica el modelo de Orem a través del proceso de enfermería. Con la valoración comienza el proceso de enfermería y comienza también la utilización del modelo de Orem, lo que se evidencia en el enfoque con que se aborda cada etapa del proceso y en los registros y lenguaje utilizado, de esta manera la teoría aporta el sustento teórico que orienta los cuidados que enfermería entrega y el proceso de enfermería constituye la herramienta que permite entregar estos cuidados a través de un método de planificación sistemático y racional. En la **Tabla I** se plantea un paralelo entre el Modelo de Orem y las etapas del proceso de enfermería.

[Tabla I: Paralelo entre Modelo de Dorothea Orem y Etapas del Proceso de Enfermería]

Modelo de Dorothea Orem	Proceso de Enfermería
<u>Teoría de Autocuidado:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado • Requisitos de Autocuidado 	<u>Valoración</u> <ul style="list-style-type: none"> • Detectar los requisitos de autocuidados que comparten los integrantes del grupo comunitario.. • Evaluar situación de autocuidado de los integrantes del grupo comunitario.
<u>Teoría de Déficit de Autocuidado</u> <ul style="list-style-type: none"> • Demanda terapéutica • Agencia de Autocuidado • Déficit de Autocuidado 	<u>Continúa la valoración</u> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la agencia de autocuidado de los integrantes del grupo • Evaluar cuál es la demanda de Autocuidado que tienen en común el grupo comunitario. <u>Diagnóstico</u> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar relación entre la demanda terapéutica y la agencia de autocuidado para evaluar la existencia de déficit de autocuidado. • Una vez detectado el déficit de autocuidado, se plantea el diagnóstico de enfermería.
<u>Teoría de Sistemas</u> <ul style="list-style-type: none"> • Agencia de enfermería • Sistema de enfermería 	<u>Planificación - Ejecución de las intervenciones – Evaluaciones</u> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar los cuidados de enfermería para abordar los déficits de autocuidados detectados, plantear objetivos, según corresponda. • Ejecutar las intervenciones a través del sistema de enfermería que corresponda

Las características del grupo comunitario a intervenir son las siguientes:

- 20 personas que participan voluntariamente en un grupo de actividad física del Programa Cardiovascular, 13 adultos y 7 adultos mayores autovalentes. Tienen el diagnóstico de hipertensión arterial, algunos de ellos presentan también diabetes y/o dislipidemia.
- A través del Método de Haynes o recuento de comprimidos se detectó a 12 personas como normocumplidores y 8 personas como hipocumplidores, estos últimos presentaron además presiones alteradas en su último control (aumento entre 10 a 20 mm de Hg).
- A través de la revisión de la ficha clínica se detectó que 18 personas asistieron a sus controles con enfermera, médico y nutricionista en el último año, 2 personas habían faltado a 1 ó a 2 de estos controles.
- Con respecto a su nivel educacional, 6 personas tienen educación básica (completa o incompleta) 8 personas poseen educación media (completa o incompleta) y 6 personas cuentan con educación superior (completa o incompleta).
- Ningún integrante del grupo fuma ni bebe alcohol habitualmente.
- 11 de los integrantes presentan sobrepeso, desde el ingreso al programa cardiovascular, 9 personas tenían un peso dentro de rangos normales y ninguno presenta obesidad.
- 18 de los integrantes refieren que rara vez respetan el régimen hiposódico y bajo en grasa, sólo dos personas refieren que siguen las indicaciones de la nutricionistas en cuanto al régimen hiposódico y bajo en grasa.

RESULTADOS

Al proceder a la aplicación del proceso de enfermería, a través del Modelo de D. Orem, se obtienen los siguientes resultados:

I.- Etapa de Valoración:

Se realiza la recolección de datos a través de la entrevista, revisión de antecedentes clínicos, aplicación del método de Haynes o recuento de comprimidos para evaluar adherencia a tratamiento farmacológico, todo esto con el objetivo de:

- Detectar los REQUISITOS DE AUTOCUIDADOS de los integrantes del grupo comunitario. Se detectan, principalmente, dos tipos de requisitos de autocuidados, los primeros dados por la alteración del estado de salud, ya que por ser hipertensos requerían la búsqueda de asistencia médica, enfermería, nutricionista, atender los resultados molestos de la enfermedad, seguir una terapia medicamentosa y aprender a vivir con la patología crónica, el segundo tipo de requisitos detectado fueron los requisitos de autocuidado del desarrollo, pues se requería garantizar un desarrollo, crecimiento y evolución normal hacia la adultez madura, al haber un riesgo de desarrollo de complicaciones cardiovasculares, lo que ponía en riesgo la vida y la salud de estas personas.
- Detectar la DEMANDA TERAPÉUTICA DE AUTOCUIDADO, que corresponde a las suma de las actividades requeridas por las personas para cubrir sus requisitos de autocuidado y la situación actual de AUTOCUIDADO de los integrantes del grupo comunitario, es decir evaluar las actividades que ellos realizan para el cuidado de si mismos, esto se describe en la **Tabla II**:

[**Tabla II:** Demanda Terapéutica y Actividades de Autocuidado realizadas.]

DEMANDA TERAPÉUTICA⁽⁴⁾	AUTOCAUIDADO REALIZADO
1. Realizar actividad física	Todas las personas del grupo realizan actividad física regularmente
2. No fumar	Ningún integrante del grupo fuma
3. Reducir la ingesta de alcohol	Ningún integrante del grupo bebe alcohol habitualmente
4. Bajar de peso en personas con sobrepeso u obesidad.	11 de los integrantes presentan sobrepeso, desde el ingreso al programa cardiovascular, ninguno presenta obesidad.
5. Reducir el consumo de sal a no más de 6 gr/día de NACL.	18 de los integrantes refieren que rara vez respetan el régimen hiposódico, sólo dos personas refieren que siguen las indicaciones de la nutricionistas en cuanto al régimen hiposódico
6. Disminuir el consumo de grasas saturadas y aumentar el consumo de frutas, verduras y otros alimentos ricos en fibra dietética.	18 de los integrantes refieren también que rara vez respetan el régimen bajo en grasa, sólo dos personas refieren que siguen las indicaciones de la nutricionistas en cuanto al régimen bajo en grasa
7. Adherencia a tratamiento farmacológico indicado por el médico tratante	A través del Método de Haynes o recuento de comprimidos se detectó a 12 personas como normocumplidores y 8 personas como hipocumplidores, estos últimos presentaron además presiones alteradas en su último control (aumento entre 10 a 20 mm de Hg)
8. Asistir a controles regulares de enfermera, médico y nutricionista	A través de la revisión de la ficha clínica se detectó que 18 personas asistieron a sus controles con enfermera, médico y nutricionista en el último año, 2 personas había faltado a 1 ó a 2 de estos controles.

- Finalmente es necesario valorar la capacidad de las personas de ejercer conductas de autocuidado, es decir lo que Orem denomina, AGENCIA DE AUTOCAUIDADO. En este grupo comunitario se encuentran personas con un nivel educacional adecuado para recibir información acerca de las recomendaciones para el control de la hipertensión arterial, ya que todas sabían leer y escribir y todas habían recibido educación básica, media o superior.

En los controles con enfermera, médico y nutricionista, habían recibido información acerca del tratamiento farmacológico y no farmacológico, se detecta que manejan conocimientos generales, sin embargo hay deficiencia en el conocimiento del concepto e importancia de la adherencia a tratamiento y especificidades del régimen hiposódico. Las personas presentan motivación expresada verbalmente por ellos para participar de estos talleres.

Esta es la recolección de datos obtenida en la etapa de valoración y el análisis realizado desde el enfoque del Modelo de Orem. Pasamos ahora a las etapas siguientes, que corresponde al diagnóstico, intervención, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería.

II.- Etapa de Diagnóstico:

En la **tabla N° II** se puede apreciar que existe un desequilibrio entre la demanda terapéutica y las conductas de autocuidado realizadas por los integrantes de este grupo comunitario, específicamente en el cumplimiento de los últimos cuatro aspectos de la demanda terapéutica, de modo que se detecta un DÉFICIT DE AUTICUIDADO, por lo tanto surgen los siguientes diagnósticos:

- Déficit de autocuidado relacionado con la falta de adherencia a tratamiento terapéutico, manifestado por presiones arteriales alteradas (en 10 a 20 mm de Hg) y resultados de test de recuento de comprimidos que evidencia un inadecuado nivel de adherencia a tratamiento.
- Cumplimiento terapéutico ineficaz, relacionado con falta de comprensión de la importancia de la adherencia a tratamiento y el riesgo de desarrollo de complicaciones, manifestado por el incumplimiento del régimen hiposódico y bajo en grasa y por resultado de test de recuentos de comprimidos que evidencia un inadecuado nivel de adherencia a tratamiento.
- Riesgo de desarrollo de complicaciones cardiovasculares, relacionado con presiones arteriales alteradas y falta de adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico.

III y IV.- Etapa de Planificación e Intervención:

Frente al déficit de autocuidado pesquisado, enfermería debe abordarlo a través de un SISTEMA DE ENFERMERÍA, en este caso se utiliza el sistema de apoyo educativo:

Se elaboró y entregó un plan educativo, que consistió en 3 talleres participativos donde se entregaron conceptos de adherencia a tratamiento, prevención de complicaciones cardiovasculares, régimen hiposódico como parte del tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. Durante la intervención se guió a las personas a la identificación de su situación de autocuidado y a la toma de decisiones al respecto, sobre todo en cuanto a los cambios de conductas requeridas para lograr el mejor control de la patología crónica, ya que se entiende por autocuidado las acciones que ellos mismos realizan para lograr un adecuado estado de salud.

Objetivo General

Contribuir a que los usuarios suplan el déficit de autocuidado, para responder de mejor manera a las demandas de autocuidado del proceso de control de su enfermedad crónica.

Objetivo y Contenidos de cada taller

Taller N° 1: “Adherencia al tratamiento, una de las claves del éxito para el control y autocuidado de una enfermedad crónica”

Objetivos Generales:

Al finalizar el taller los participantes:

- Conocerán la definición e importancia de la adherencia al tratamiento.
- Conocerán factores que perjudican y que favorecen la adherencia al tratamiento.
- Identificarán falencias en su propia adherencia a tratamiento y elaborarían estrategias para cambiar sus conductas no adherentes a tratamiento.

Contenidos:

- Se entregó el tema de adherencia a tratamiento, haciendo hincapié en su importancia para el éxito del tratamiento de una patología crónica como la hipertensión ^(10, 11, 12), se discutieron estrategias para mejorar su adherencia a tratamiento, para esto se incentivó la participación activa de los integrantes del grupo guiándolo a identificar conductas propias de no adherencia a tratamiento y compartir sus experiencias y la búsqueda de estrategias de cambio.

Taller N° 2: “Complicaciones de las enfermedades crónicas, y como puedes prevenirlas”

Objetivos Generales:

Al finalizar el taller los participantes:

- Conocerán las complicaciones más frecuentes de la hipertensión, principalmente el infarto agudo de miocardio y el accidente vascular.
- Conocerán la forma de prevenir el desarrollo de estas complicaciones cardiovasculares.
- Conocerán los objetivos del tratamiento de la hipertensión y como la adherencia al tratamiento contribuye al cumplimiento de estos objetivos.

Contenidos:

- Se desarrolló el tema de complicaciones cardiovasculares y cómo prevenirlas, la importancia de la adherencia al tratamiento para lograr la compensación de cifras tensionales y con esto evitar el desarrollo de complicaciones cardiovasculares ^(4,8). Se realizó un taller participativo donde en una primera instancia se buscó conocer qué información manejaban las personas acerca de este tema y desde su conocimiento se abordó el tema, aclarando dudas y entregando información relevante acerca del desarrollo y prevención de complicaciones cardiovasculares.

Taller N° 3: “Alimentación saludable, debo comer y protegerme mejor”

Objetivos Generales:

Al finalizar el taller los participantes:

- Conocerán la importancia de alimentarse en forma sana y adecuada y así mantener un peso adecuado lo que contribuye a un mejor control de la hipertensión arterial.

- Conocerán en qué consiste el régimen hiposódico y su importancia para el control de la presión arterial.

Contenidos:

- Se entregaron contenidos generales y prácticos acerca del régimen hiposódico y su efecto en las cifras tensionales ⁽⁴⁾. Se desarrolló el tema de peso adecuado y cómo este contribuye en el control de la hipertensión arterial. Se derivó a control individual con nutricionista.

V.- Etapa de Evaluación:

Se realizó una evaluación continua, durante el desarrollo de cada taller y al finalizarlo. Se observó que las personas tenían información general del tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial, sin embargo el tema que les fue de mayor interés fue el de adherencia a tratamiento, al finalizar el taller lograron dar una definición del concepto y lo más importante lograron reconocer la importancia de este aspecto para lograr cifras tensionales normales y evitar así el desarrollo de complicaciones cardiovasculares.

Se logró también que en el grupo se produjera el compartir experiencias y una enriquecedora discusión acerca de conductas propias de no adherencia a tratamiento, analizaron los factores que dificultaban la adherencia a tratamiento y la importancia de asumir el desafío de cambiar conductas, sin embargo recalcan la dificultad de cumplir el régimen hiposódico, ya que es poco agradable al gusto y tiene relación también con el apoyo familiar.

CONSIDERACIONES FINALES

Enfermería, como ciencia aplicada, debe continuar avanzando en llevar a la práctica su conocimiento teórico, para abordar la brecha que existe entre la práctica y la teoría ^(1,2,3) y contribuir así a fortalecer la enfermería como disciplina, ciencia y profesión que basa su práctica en teorías y en principios filosóficos y éticos, para ser así autónoma y de calidad y tener el peso y fundamento para influir y ser considerada en el ámbito de toma de decisiones de las políticas públicas de salud ⁽¹⁴⁾.

Para facilitar el uso de teorías una propuesta es asociarlas al proceso de enfermería que constituye una herramienta de gran utilidad para brindar los cuidados de manera organizada y sistematizada. Hay investigadores que han abordado esta propuesta y han incursionado en la utilización de una de las tres teorías del modelo de Orem, a través del proceso de enfermería ^(15, 16).

En la actual experiencia, sin embargo, se propone la utilización de las tres teorías que componen el modelo de Dorothea Orem como lo sugiere la misma teórica ⁽⁴⁾, manteniendo durante el desarrollo del proceso de enfermería la utilización de los conceptos de Orem lo que se evidencia no sólo al emplearlos, sino también en mantenerlos en el lenguaje utilizado.

En el grupo comunitario con que se trabajó, las personas presentaban déficit de autocuidado, principalmente en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (lo relacionado con el régimen hiposódico y bajo en grasas) de la hipertensión arterial, lo que coincide con otras experiencias en que se ha trabajado con personas con el diagnóstico de hipertensión arterial y utilizando una de las teorías del Modelo de Orem ⁽¹⁷⁾.

En estas investigaciones se utilizó también el sistema de apoyo educativo para el logro de objetivos, sin embargo se concluye que tener el conocimiento contribuye al cambio de conducta pero no lo asegura, por esto cuando se utiliza la Teoría de Orem se asume que la persona es capaz de decidir y realizar su propio autocuidado con el apoyo de enfermería, por lo tanto es imprescindible incorporar intervenciones destinadas a guiar a nuestros usuarios a la toma de decisiones para el cambio de conductas y asegurar así un autocuidado adecuado que contribuya a mantener una mejor calidad de vida. Jorge Pérez Manzano⁽¹⁸⁾ menciona que “La idea de autocuidado de Orem, como acción deliberada es muy útil. Esta idea tiene tres fases:

1ª. Fase: En que la persona se hace consciente de que requiere algún tipo de acción.

2ª. Fase: En que la persona toma la decisión de seguir un curso particular de acción.

3ª. Fase: En que la persona realiza la acción” ⁽¹⁸⁾

Se culmina la experiencia logrando el objetivo de aplicar el modelo de Orem, usando sus tres teorías, a través del proceso de enfermería; se logra también entregar herramientas a un grupo de personas con el diagnóstico de hipertensión para que ejerzan de mejor manera su autocuidado y, finalmente, se propone realizar nuevas experiencias que vinculen la teoría y la práctica, en especial con la utilización de las tres teorías del modelo de Orem, como la teorista lo sugiere, para así contribuir a consolidar este conocimiento teórico y descubrir nuevos aspectos que requieran ser incorporados y desarrollados para enriquecer la teorías y prácticas de enfermería.

Por otra parte, a través de esta experiencia surge el desafío de la búsqueda de nuevas estrategias o buscar y consolidar las ya utilizadas para guiar a nuestros usuarios de manera más eficaz en la toma de decisiones, es decir, que las personas tengan el conocimiento, reconozcan su importancia y lo incorporen en su conducta, este sigue siendo el principal desafío para la enfermería “lograr el cambio de conducta” para que ejerzan un adecuado autocuidado como lo propone Orem y lograr así contribuir en la mantención de la salud y de una mejor calidad de vida para nuestros usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López M, Santos S, Varez S, Abril D, Rocabert M, Ruiz M, Mañé N. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. 2006 Disponible en : https://portal.uah.es/portal/page/portal/epd2_asignaturas/asig32737/informacion_academica/utilizaci%F3n%20modelos.pdf
2. Moreno Fergusson, María Elisa. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichán*. [online]. jan./dez. 2005, vol.5, no.1 [citado 12 Julio 2009], p.44-55. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100005&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1657-5997.
3. Luna J, Jara P, Merino J. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. 2006
4. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería, (5ª ed.). Barcelona: Mosly. 2003

5. Ministerio de Salud. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más. 1ra Ed. Santiago: Minsal. 2006
http://www.minsal.cl/ici/guias_clinicas.html
6. Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. by Mosby-Year Book, Inc. cuarta edición. 1991.
7. Lopez Diaz, Alba Lucero and Guerrero Gamboa, Sandra. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Invest. educ. enferm.* [online]. Jul./Dec. 2006, vol.24, no.2 [citado 13 julio del 2009], p.90-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200010&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0120-5307.
8. Cisneros F. Teorias Y Modelos De Enfermería, Universidad Del Cuaca. 2005
Disponible en:
<http://atenea.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
9. Murray M, Leslie D. Proceso de atención de enfermería. Atkinson.
México : McGraw-Hill, c1996.
10. División de Rectoría y Regulación sanitaria, Departamento de programas de las personas, Programa de salud del Adulto, Chile. Reorientación de los Programas de Hipertensión y diabetes. 2002
11. García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria?. 2000
Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/numero%201/013-19.pdf>
12. Schmidt Rio-Valle J., Cruz Quintana F., Villaverde Gutiérrez C., Prados Peña D., García Caro MP., Muñoz Vinuesa A. et al . Adherencia terapéutica en hipertensos: Estudio cualitativo. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2009 Jul 13] ; 15(54): 25-29. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200005&lng=es.
13. Durán M. Aspectos Conceptuales del Cuidado de Enfermería y su relación con la Práctica y la Investigación. 2000
14. Sena Cristina Arreguy, Carvalho Emilia Campos de, Rossi Lúcia Aparecida, Ruffino Márcia Caron. Estrategias de implementación del proceso de enfermería para una persona infectada por el HIV. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial en Internet]. 2001 Enero [citado 13 julio del 2009]; 9(1): 27-38. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000100005&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692001000100005.
15. Hermida Patrícia Madalena Vieira, Araújo Izilda Esmênia Muglia. Elaboración y validación del instrumento de la entrevista de enfermería. *Rev. bras. enferm.* [serial en Internet]. 2006 Junio [citado 13 julio del 2009]; 59(3): 314-320. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300012&lng=en. doi: 10.1590/S0034-71672006000300012.

16. Manzini Fernanda Cristina, Simonetti Janete Pessuto. Consulta de enfermería aplicada a clientes portadores de hipertensión arterial: uso de la teoría del auto cuidado de Orem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial en Internet]. 2009 Febrero [citado 13 julio del 2009] ; 17(1): 113-119. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100018&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692009000100018.
17. Pérez J. Aplicación De Las Teorías De Orem y Peplau En El Proceso De Atención De Enfermería.
<http://www.uninet.edu/neuroc2002/papers/TL-OREMYPEPLAU.htm>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia