

Propuesta de una ruta metodológica para implementación del Modelo de Orem en la práctica de enfermería

Proposal of a route metodologica for implementacion of the Model of Orem in the practice of nursing

Madeleine Cecilia Olivella Fernández¹, Clara Victoria Bastidas Sánchez²,
Myriam Angélica Castiblanco Amaya³

Resumen

Este proyecto aborda analíticamente aspectos conceptuales del Modelo de Autocuidado de Orem, que han sido utilizados en la investigación que adelanta el Grupo Cuidado de la Salud de la Universidad del Tolima. El ejercicio que se presenta no es una fórmula mágica para dar respuesta a la implementación de modelos en enfermería. Esencialmente traza una ruta metodológica y conceptual como propuesta de aplicación del Modelo en la práctica clínica.
Palabras clave: Ruta metodológica, aplicación, Modelo de Autocuidado de Orem.

Abstract

This project addresses analytically conceptual aspects of Orem's Self Care Model, which has been used in the investigation being conducted by the Health Care Group, University of Tolima. Charting a path as methodological and conceptual proposal for implementing the model reference in clinical practice. The exercise presented below is not a magic formula to answer this postulate. Essentially addresses theoretical elements of Orem model, which served as support for its implementation in our institution.

Key words: Methodological path, application, Model Selfcare Orem.

Fecha de recepción: 3 de febrero de 2010
Fecha de aceptación: 20 de abril de 2010

¹ Docente de planta TC, Programa de Enfermería, Universidad del Tolima. Enfermera Especialista. Magister en Enfermería con énfasis en Paciente Crónico.

² Docente de planta TC, Programa de Enfermería, Universidad del Tolima. Enfermera Especialista. Magister en Enfermería con énfasis en Salud Cardiovascular.

³ Docente catedrática Programa de Enfermería, Universidad del Tolima. Magister en Enfermería con énfasis en Salud Cardiovascular.

Correspondencia: Universidad del Tolima. Altos de Santa Elena. Facultad de salud Bloque la Maria, Ibagué (Colombia)..

INTRODUCCIÓN

El desarrollo disciplinar de la enfermería se orienta mediante modelos y teorías sobre la realidad del quehacer cotidiano. En este sentido, le corresponde a la academia estrechar los lazos entre la teoría y la práctica, sacando los discursos del aula y llevándolos en forma tangible a los ámbitos de la cotidianidad, en la que enfermeras y enfermeros se enfrentan para brindar un mejor servicio. Pese a que existen citas sobre implementación de la teoría propia en enfermería desde 1860, se evidencia un gran vacío entre teoría y práctica, consecuencia de la falta de autonomía laboral que impide la aplicación completa de las intervenciones de enfermería dentro de marcos conceptuales propios. Los modelos de enfermería se concentran en lo que debería ser y, a menudo, son considerados por las enfermeras de base como impracticables porque están interesadas por lo que es (1). Los profesores advierten que los estudiantes y colegas desean implementar el Modelo de Orem en sus servicios o en los planes de cuidado que desarrollan; sin embargo, esta inquietud viene precedida de un interrogante: “¿Lo estoy aplicando bien?” Más adelante se dará respuesta a esta inquietud.

Cabe señalar que avanzar en el uso de algún modelo teórico es entrar en el desafío de establecer el vínculo de la teoría-práctica, de la comprensión y sistematización de los fenómenos de interés, de generar un pensamiento crítico, del uso de un lenguaje propio y la motivación para generar, por qué no, nuevas teorías(2).

Teniendo en cuenta que la profesión de enfermería tiene un enfoque eminentemente humanístico, requiere incrementar los conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos

que le den validez a su práctica social. Para definir su marco teórico es indudable la necesidad de aplicar la metodología de investigación como parte del deber ser académico, práctico y asistencial. Se ha mencionado a través de la revisión de literatura que la investigación en enfermería constituye un campo de enormes posibilidades de desarrollo, por lo cual es necesario introducir al estudiante y al profesional en el estudio del Método Científico (3).

Donaldson y Bottorff han descubierto en la producción investigativa, a nivel nacional e internacional, un divorcio frente a las líneas propuestas y los trabajos desarrollados. Según el CIE, entre las prioridades de investigación en enfermería para el presente siglo se encuentra: generar conocimiento disciplinar, el cual se relaciona con el desarrollo y aplicación de modelos conceptuales y teorías de enfermería (3). Los modelos teóricos de enfermería en América Latina han sido documentados por Orrego. No ocurre lo mismo a nivel internacional, ya que Kim al analizar el panorama, entre 1988 y 1992, deduce que el 51,8% de los grupos basan la investigación en una o varias teorías de enfermería (2).

En Colombia, la discusión sobre la pertinencia de adoptar una teoría de enfermería aún es vigente en el espacio académico. Las posiciones se encuentran entre quienes opinan que una teoría encasilla el conocimiento de enfermería; otros que la señalan como producto de la realidad norteamericana, que difieren de nuestro contexto sociocultural; algunos opinan que la teoría pertenece al mundo de lo abstracto y contribuye poco a la práctica (2).

Según Moreno Fergusson, Meleis sostiene que los modelos conceptuales constituyen una

carta de navegación para la práctica: evitan que se base en preconcepciones, intuiciones, rutinas y rituales; refuerzan la identidad de las enfermeras al crear un pensamiento y un lenguaje compartido entre quienes las siguen; refuerzan la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado, y de esta manera permiten identificar con mayor claridad cuál es la contribución de las enfermeras, como parte de un equipo interdisciplinario, a los servicios de salud (4).

La teoría se puede definir como sistema coherente de relaciones verificadas útiles para la explicación y la predicción y, por lo tanto, para el control, de un fenómeno. Se distinguen varios niveles, acordes con la complejidad de la misma: las grandes teorías, las de mediano rango o alcance y de situación específica. Las grandes teorías, como la de Orem, que comprende: las teorías del Autocuidado, del déficit de autocuidado y de los sistemas de enfermería. Las teorías organizan en forma coherente y sistemática las articulaciones que dan explicación a un sistema grande de fenómenos (5).

La aplicación de las teorías del Autocuidado implica estudiar las bases conceptuales del Modelo. Comprende aceptar el reto de implementarlo desde la docencia, la asistencia y la investigación, con el propósito de involucrar a las personas y de humanizar la atención; teniendo en mente que el desarrollo disciplinar constituye una herramienta estratégica para el cuidado de la salud.

El Modelo de Orem se fundamenta en la premisa de que los individuos tienen la potencialidad para desarrollar sus habilidades intelectuales y prácticas y la motivación esencial para el autocuidado (Orem, 1995). Entre los conceptos centrales de su teoría

se destaca el del Autocuidado, como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que se mantiene en situaciones concretas de la vida, dirigida por cada persona hacia sí misma o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y el funcionamiento en beneficio de la salud y el bienestar (7).

Define además los Requisitos de Autocuidado como reflexiones formuladas y expresadas, sobre acciones necesarias o que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y del desarrollo humano.

Los tres tipos de requisitos son: de autocuidado universal, de autocuidado del desarrollo (RAD) y de autocuidado de desviación de la salud (RAUDS).

La meta de enfermería dentro de esta perspectiva es empoderar a las personas para que satisfagan sus necesidades de autocuidado, ayudándolas a desarrollar y ejercer sus capacidades de autocuidado (agencia). La teoría ofrece direcciones en el estudio de factores que condicionan el desarrollo, la operacionalidad y la calidad del autocuidado ejecutado (6). La inclusión de la orientación sociocultural, como uno de los factores básicos condicionantes, amplían la generalidad de la teoría y la utilidad global (7).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este es un trabajo de tipo exploratorio de corte transversal. Para su abordaje se tuvieron en cuenta tres fases: revisión bibliográfica en habla hispana; la aplicación del Modelo de Orem, observando básicamente una estructura lógica y coherente en la aplicación

relacionada con el modelo original descrito por la autora. Como criterio para la referencia de los artículos se prefirieron autores con formación en maestría o doctorado y que la importancia del texto permitiera, a criterio de los investigadores, una reflexión crítica para trazar una ruta de aplicación del modelo.

En el ejercicio se revisaron varios artículos, de los cuales se eligieron seis, que cumplían los criterios descritos. Con cada uno de ellos: 8, 9, 10, 11, 12, 13 se hizo lectura crítica; se estableció la ruta utilizada en la aplicación y se establecieron similitudes entre las rutas definidas.

En la segunda fase se indagó a estudiantes y profesores de los diferentes semestres del Programa de Enfermería de la Universidad del Tolima cómo han utilizado el Modelo de Orem en las prácticas de Enfermería. La principal motivación para este análisis es la trayectoria que desde su creación ha venido desarrollando el Programa de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima; no obstante, estas experiencias no están sistematizadas ni lo suficientemente divulgadas.

En la tercera fase, el grupo de investigación diseñó una ruta metodológica que abordó los elementos definidos por Orem en su Modelo. En este sentido, el grupo de investigación concibe la ruta metodológica como una guía orientadora para la acción, puesto que desde su lugar de enunciación busca ser flexible y estar en permanente desarrollo y construcción, para responder a particularidades y especificidades propias de diversos contextos y marcos de aplicación (14). En el campo educativo se propicia que docentes y estudiantes intercambien puntos de vista sobre la validez de un vínculo proposicional determinado; como también, darse cuenta de

cuáles son las conexiones que faltan en los conceptos y que sugieren la necesidad de un nuevo aprendizaje (15).

RESULTADOS

Al revisar la bibliografía mencionada se evidenciaron tres posibles rutas de abordaje del Modelo de Orem.

En la Ruta 1 (ver figura 1) los autores siguen este lineamiento:

El reconocimiento de que existe una situación de Enfermería, como marco en el que se da la relación de cuidado; la valoración de enfermería, enfatizando en la definición de los factores básicos condicionantes y los requisitos universales de desviación de la salud.

El análisis de los datos se establece algunos diagnósticos. El enunciado habla de un déficit de autocuidado; define el rol de enfermería, a través de la teoría de los sistemas y fomenta el autocuidado como meta; involucra la investigación en todo el proceso, midiendo las capacidades de autocuidado. En esta ruta no se abordan en su totalidad los elementos teóricos del Modelo de Orem.

Significado de abreviaturas para la comprensión de la figura 1:

FCB: Factores básicos condicionantes. RUD: Requisitos Universales de Desarrollo, Dx PES: Diagnóstico problema, etiología síntomas, Dx DRUA: Diagnóstico Déficit de Requisitos Universales de Autocuidado CAC: Capacidad de Autocuidado.

En la Ruta 2 (ver figura 2) se reconoce el contexto de una persona enferma. Se utiliza

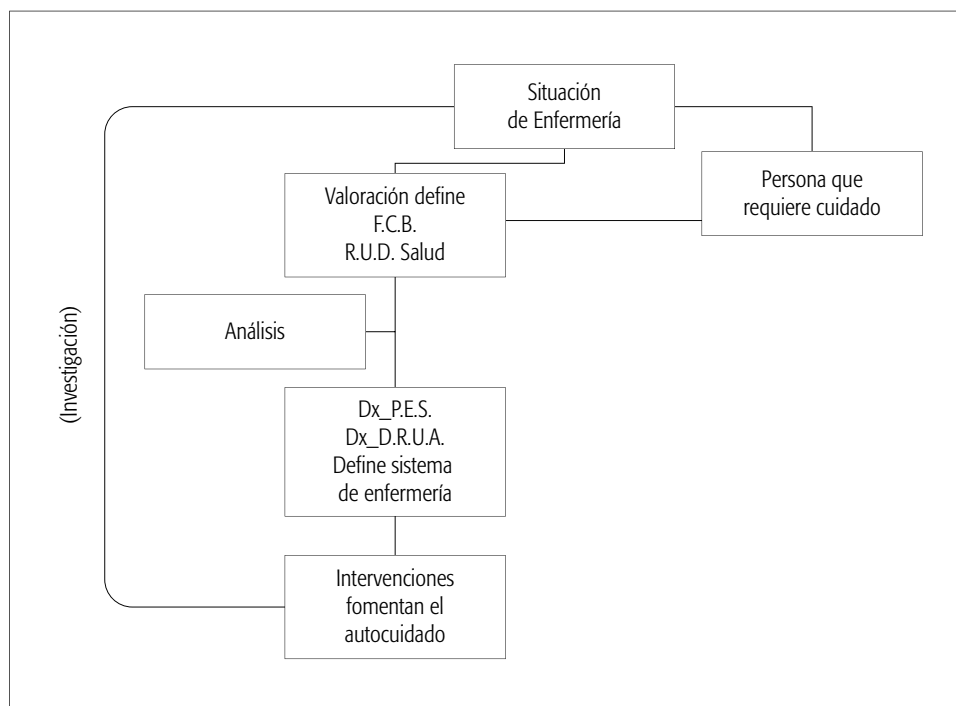
el Proceso de Atención de Enfermería como herramienta para abordar el proceso; se valora utilizando los elementos de la teoría del Déficit de Requisitos Universales de Autocuidado; se aprecia en la persona la capacidad de autocuidado y se establecen los diagnósticos. No obstante, en el análisis se observa que a pesar de que se utilizaron más elementos del Modelo de Orem, no se involucra la investigación al proceso.

Significado de abreviaturas para la comprensión de la figura 2:

PAE: Plan de atención de Enfermería. DRA: Déficit de Requisitos de Autocuidado. AC: Autocuidado. DAC: Déficit de Autocuidado.

En la Ruta 3 (ver figura 3) se reconoce el contexto a través de una persona enferma, se utiliza el Proceso de Atención de Enfermería

como herramienta para abordar el proceso, se valora utilizando todos los elementos de la teoría del Déficit de Requisitos Universales de Autocuidado. Valora en la persona los factores básicos condicionantes, el autocuidado y la capacidad de autocuidado; se involucran en la valoración el cálculo de la demanda de autocuidado, basado en el déficit de requisitos de autocuidado universales, desviación de la salud y de desarrollo. Establece diagnósticos acordes con el déficit de requisitos de autocuidado; elabora los diagnósticos con la taxonomía NANDA; elabora el plan de cuidados acordes con los diagnósticos; utiliza la taxonomía NIC; describe los sistemas de enfermería y evalúa utilizando el NOC. Sin embargo, al realizar el análisis se observa que si es bien cierto se utilizan más elementos del Modelo de Orem, no se involucra la investigación al proceso.



Fuente: Grupo de Cuidado de la Salud-UT (CUIDSA-UT).

Figura 1. Valoración C.A.C. en todo el proceso (a)

Significado de abreviaturas para la comprensión de la siguiente figura:

PAE: Plan de Atención de Enfermería. FCB: Factores básicos condicionantes. AC: Autocuidado. CA: Capacidad de Autocuidado. DRA: Déficit de requisitos de autocuidado. Dx NANDA: Diagnóstico North American Nursing Diagnosis Association. NIC: Nursing Interventions Classification. NOC: Nursing Outcomes Classification.

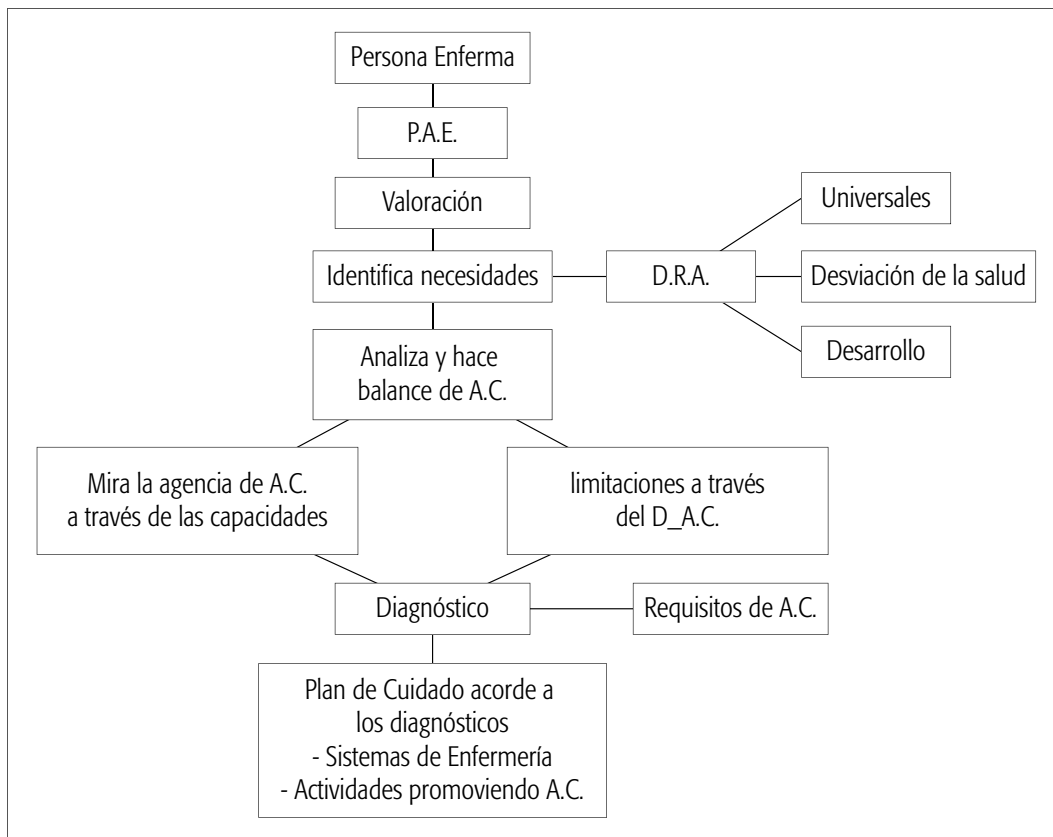
DISCUSIÓN

Es innegable que a la implementación de modelos y teoría de enfermería se le debe

permitir la competencia heurística de profesionales e investigadores; mas, si se refuerza con herramientas metodológicas que lleven de la teoría a la práctica, se va a contribuir hondamente con el conocimiento disciplinar.

Al analizar las tres rutas como resultado de la revisión de los artículos científicos mencionados, además de la experiencia de estudiantes y profesores que han resuelto ejercicios de aplicación del Modelo de Orem desde sus asignaturas, se observa la necesidad de plantear una ruta metodológica que involucre nuevos elementos expuestos por la teorista.

En la propuesta que realiza el Grupo Cuidado de la Salud UT (CUIDSA-UT) (ver figura 4) se



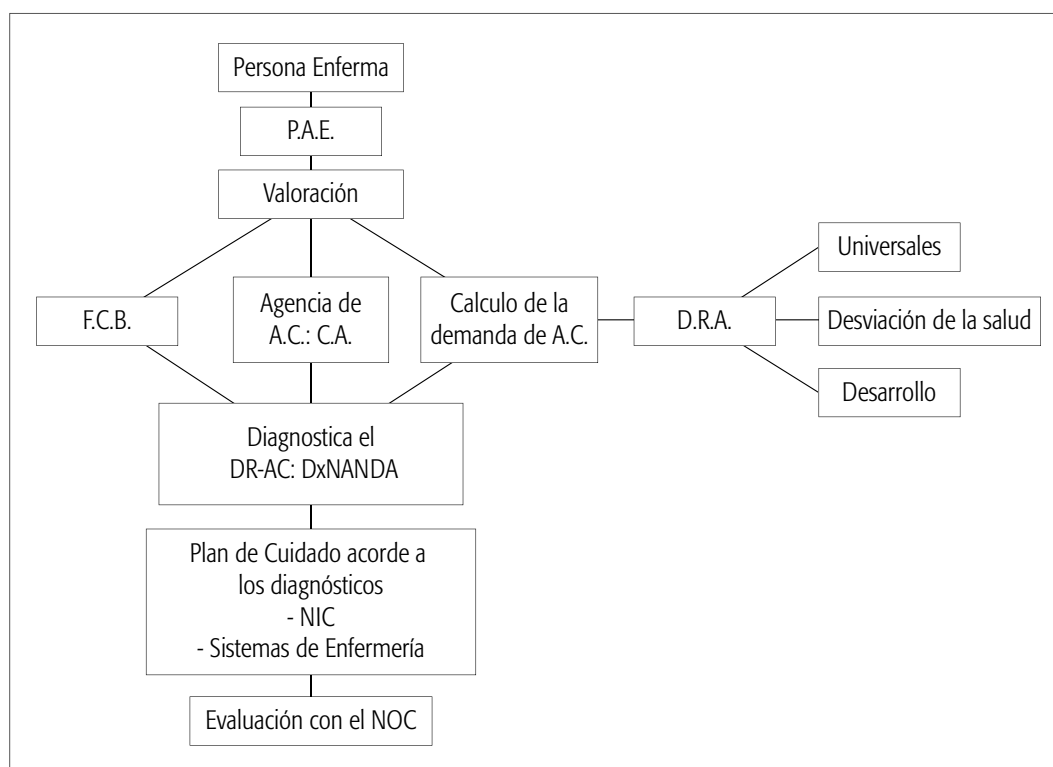
Fuente: Grupo de Cuidado de la Salud UT

Figura 2. Valoración C.A.C. en todo el proceso (b)

fomenta el uso del Modelo como un todo, en el interior del cual se interrelacionan las tres teorías propuestas por Orem. En primera instancia se debe reconocer un contexto en el cual se brinda el cuidado o donde ocurre el “hecho del Cuidado”. En dicho contexto existe un llamado, una necesidad de la enfermería, en el que un enfermero legítimo se interrelaciona con un ser que requiere cuidado, definido por Orem como paciente auténtico. Frente a esta persona se realiza la valoración, teniendo en cuenta los Factores básicos condicionantes y según el caso específico del llamado del cuidado se utilizarán los Requisitos de Autocuidado de Desarrollo, Universales o de Desviación. Con estos resultados se elaborarán los diagnósticos, teniendo en cuenta las taxonomías, pero especificando

el caso particular de la persona valorada. Después se realiza el plan de cuidados, teniendo en cuenta las clasificaciones internacionales propuestas. En el plan debe hacerse visible el fomento del autocuidado y se enunciará el papel del enfermero en los sistemas descritos por Orem, dependiendo del cuidado que se brinde: total o parcialmente compensatorio y de apoyo educativo, luego se evaluará a través del NOC.

Durante el proceso de implementación de la ruta se recomienda que los instrumentos empleados para valoración o recolección de información sean validados con el propósito de generar conocimientos, para utilizarlos como insumo de investigación.



Fuente: Grupo de Cuidado de la Salud UT.

Figura 3. Valoración C.A.C. en todo el proceso (c)

Significado de abreviaturas para la comprensión de la figura 4 :

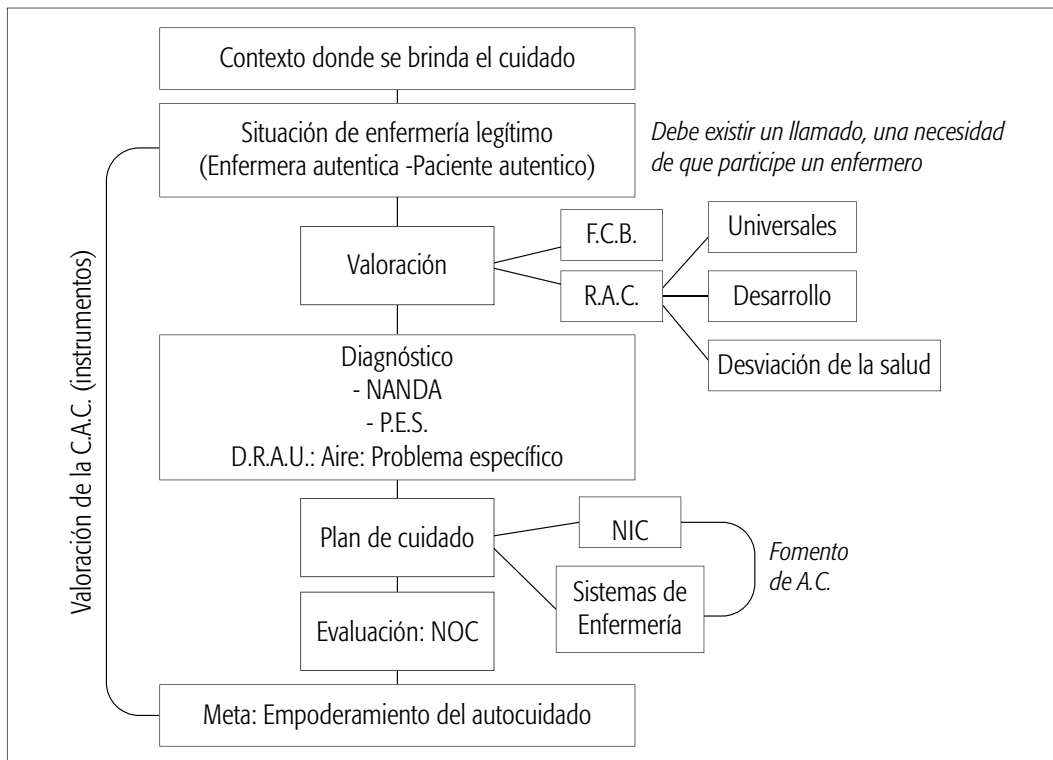
FCB: Factores básicos condicionantes. RAC: Requisitos de autocuidado. NANDA: Diagnóstico North American Nursing Diagnosis Association. PES: Diagnóstico problema, etiología síntomas. DRACU: Déficit de requisitos de autocuidado universal. NIC: Nursing Interventions Classification. NOC: Nursing Outcomes Classification. AC: Autocuidado. CAC: Capacidad de autocuidado.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se evidencia en la bibliografía revisada que se omiten conceptos centrales de la

teoría de Orem. Esta situación pudiera llevar a la realización de propuestas de implementación del Modelo.

- Aclarar el significado del término “autocuidado”, teniendo en cuenta las múltiples interpretaciones. “Autocuidado” adopta varias acepciones según el contexto sociocultural. En el libro de Lange et al., 34 publicado por la Organización Panamericana de la Salud en el 2006, se afirma que: “En las Américas, el autocuidado se refiere a las acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal. También se define como las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se



Fuente: Grupo de Cuidado de la Salud.

Figura 4. Propuesta Grupo de Cuidado de la Salud - UT (CUIDSA-UT)

tratan síntomas...”; más adelante, citando a varios autores, Lange et al. plantean: “La incorporación oficial del concepto de autocuidado como estrategia metodológica de la APS (Aguayo et al., 1992) tomó diversos énfasis: a) autocuidado que promueve la salud; esta categoría considera prácticas que promueven el bienestar, como, por ejemplo, el ejercicio; b) autocuidado orientado a mantener la salud, como sería el caso de dormir el suficiente número de horas diarias; c) autocuidado orientado a prevenir enfermedades y riesgos a la salud, por ejemplo, seleccionando alimentos bajos en grasa para prevenir problemas cardiovasculares; d) detección temprana de signos y síntomas de enfermedades, como el autoexamen de mamas; y e) autocuidado en el manejo de la enfermedad que considera el cumplimiento de los tratamientos, incluyendo el manejo de efectos indeseables y la identificación de complicaciones (Lange & Jaimovich, 1997) (16).

- El Modelo de Orem ofrece un aporte disciplinar importante a las ciencias de la salud al definir el concepto de autocuidado como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.
- Tener acceso al material original de la teoría para evitar confusión en la interpretación de conceptos.

- En la implementación del Modelo de Orem se hace necesario definir los elementos teóricos fundamentales que guíen su aplicación. Es curioso que en la obra de Mariner *Modelos y Teorías de Enfermería*, muy leída por estudiantes y profesores, se omitan elementos centrales del Modelo o no se abordan con la debida importancia.
- Crear grupos de estudio del Modelo de Orem en Colombia.
- Implementar en los diferentes ámbitos del quehacer enfermero la ruta metodológica propuesta y sistematizar sus resultados.

Conflicto de interés: Ninguno.

Financiación: Universidad de Cartagena.

REFERENCIAS

1. Santos, Ruiz S, López Parra M, Várez, Peláez S, Abril, Sabater D. Perspectiva de la enfermería de un centro socio sanitario sobre la aplicabilidad y utilidad de los modelos enfermeros en la práctica 2008 diciembre; 19 (4): 32-37.
2. López Díaz, AL y otros. Perspectiva Internacional del uso de la teoría general de Orem. Invest Educ Enferm 2006 septiembre; 24 (2):90-100.
3. Murrain Knudson E. Repertorio de Medicina y Cirugía. Tendencias de la investigación en enfermería 2009; 18 (2): 90-96.
4. Moreno Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichán 2005 octubre; 5 (1) (5): 44-55.
5. Durán MM. Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2001.p. 181.

6. Isenberg MA. Teoría de Enfermería del déficit del autocuidado: Direcciones para avanzar la Ciencia de Enfermería y la práctica profesional. En: Parker M. Nursing Theories and Nursing Practice, cap. 13. Philadelphia: F.A. Davis Co; 2002.
7. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. 4º ed. España: Masson Salvat Enfermería; 1993.
8. Landeros Olvera EA. Estudio de caso con base al modelo del déficit de autocuidado a una persona con cardiopatía congénita. Federación Argentina de Cardiología. 5º. Congreso Internacional de Cardiología por Internet. 5º congreso Virtual de Cardiología,- QCVC (2007).
9. López Díaz AL. Cuidando al adulto y al anciano. Teoría del déficit de autocuidado. Revista Aquichan 2003 octubre 3 (3): 48-59.
10. García Palacios R, Tejuca Marengo M, Tejuca Marengo A, Carmona Valiente MC, Salces Sáez E, Fuentes Cebada L. Plan de cuidados personalizado aplicando la taxonomía II NANDA, NIC y NOC. Rev. Soc Esp Enfermería Nefrológica 2002; 17: 69 - 72.
11. De la Cruz Martínez C. Proceso enfermero en la hipertensión arterial sistémica. Rev. Mexicana de Enfermería Cardiológica 2000; 8 (1-4): 19-24.
12. Landeros Olvera EA, García Rojas JM, Flores López NC, García CA, Vidal Sánchez D, Vázquez Pérez A. Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural. Revista Enfermería IMSS 2004; 12 (2): 71-74.
13. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y Cuidado 2007; 4 (4): 28-35.
14. Orozco JC, Olaya A, Villate V. Amigo de la infancia y la adolescencia: experiencia de construcción participativa de un modelo de educación de calidad. REICE. Rev Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio 2009; 7 [citado 2010-08-10]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=55170108>.
15. Rodríguez Cifuentes Mª T. El aprendizaje y los mapas conceptuales. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/13667>
16. Bonaliz R, Cetascar Soto X. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación MEDISAN (2006-01-13). [artículo en línea] http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san18109.html