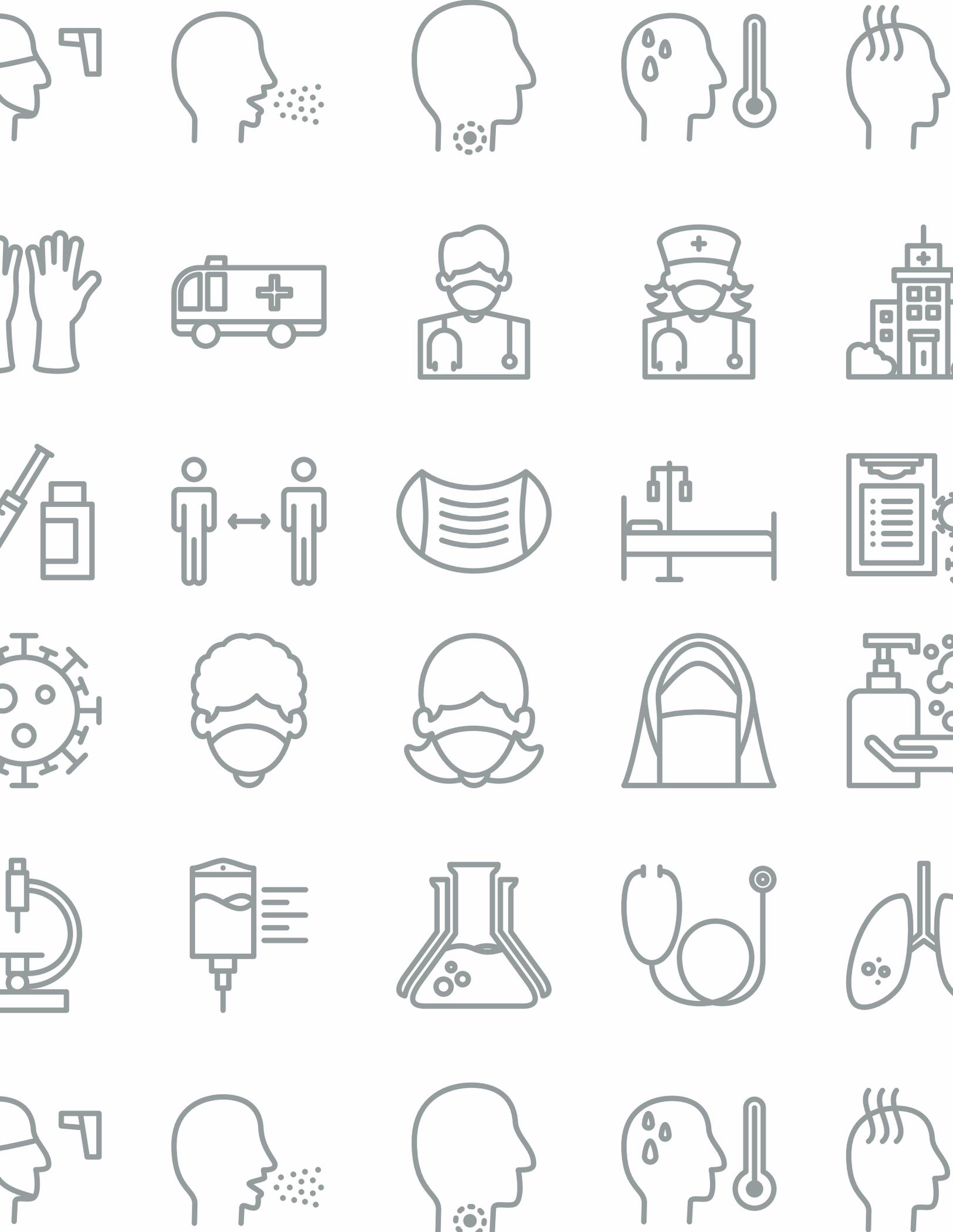


Análisis modelos **Conceptuales** de Enfermería



Coordinadores

Miriam Gaxiola Flores
Roberto Joel Tirado Reyes
Jesús Roberto Garay Núñez
Leticia Yoshoky Cordero Corona



Comite editorial

Miriam Gaxiola Flores

miriamgaxiola@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-3378-7404>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán.

Cuerpo Académico:

Desarrollo y gestión del cuidado integral en enfermería: Perspectivas educativas y prácticas innovadoras.

Roberto Joel Tirado Reyes

robertogtr@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-1492-7507>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán.

Cuerpo Académico:

Desarrollo y gestión del cuidado integral en enfermería: Perspectivas educativas y prácticas innovadoras.

Leticia Yoshoky Cordero Corona

leticiaacordero97@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-2706-4800>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán.

Cuerpo Académico:

Desarrollo y gestión del cuidado integral en enfermería: Perspectivas educativas y prácticas innovadoras.

Jesús Roberto Garay Núñez

jesusgaray@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-0868-1344>

Universidad Tecnológica de Puebla. División de Negocios.

Cuerpo Académico:

Cuidado de Enfermería y salud integral.

Autores

Christian Paul Beltrán Báez

christian_beltran1995@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2840-6796>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

María Isabel Santos Quintero

mariasantos@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-5069-9951>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Leticia Yoshoky Cordero Corona

leticiacordero97@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-2706-4800>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Francisca Gutiérrez Ruiz

franciscagutierrezruiz33@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-8704-9043>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Gabriela Ontiveros Herrera

herreragaby1912@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4329-3707>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Gerardo Pérez Hernández

gerardoperezfec@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-1102-8418>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Roberto Joel Tirado Reyes

robertojr@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-1492-7507>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Omar Mancera González

omancerag@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-7970-2624>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Autores

Humberto González Mayorquin

gonzalezmayorquinhumberto@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-2960-0423>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Hermilia Páez Gámez

hermiliapaez@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-5069-9951>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Miriam Gaxiola Flores

miriamgaxiola@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-3378-7404>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

María del Carmen Beltrán Montenegro

beltrancarmelita@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6882-5437>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Almada Jacobo Rodrigo

enf.rodrico_almada@ms.uas.edu.mx

<https://orcid.org/0009-0002-9774-8746>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Zindy Pamela Núñez Irizar

zindyirizar0@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5126-5875>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Jesús Roberto Garay Núñez

jesusgaray@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-0868-1344>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Verónica Guadalupe Jiménez Barraza

veronicagpe.jimenez@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-3856-2466>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.





Editado por la Universidad Tecnocientífica del Pacífico S.C.
Calle Morelos, 377 Pte. Col. Centro, CP: 63000.
Tepic, Nayarit, México. Tel. (311) 441-3492.
Página web: <https://www.editorial-utp.com/>.
Primera Edición digital.
Marzo 2025.

ISBN:

978-607-26676-9-3

DOI:

10.58299/utp.245

Esta publicación es resultado de actividades académicas, científicas y tecnológicas innovadora, fortaleciendo el desarrollo y la divulgación de las ciencias en contextos locales nacionales e internacionales.



La distribución de este libro es bajo Licencia de Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0). La cual permite compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato, adaptar, remezclar, transformar y crear a partir de los documentos publicados por la revista siempre dando reconocimiento de autoría y sin fines comerciales.

Editorial UTP, una editorial indizada, cuyo objetivo es fortalecer la difusión y divulgación de la producción científica, tecnológica y educativa con altos niveles de calidad; teniendo como base fundamental la investigación y el desarrollo del potencial humano; a través de publicaciones de artículos, libros, capítulos de libros, vídeos, recursos educativos, conferencias, congresos y programas especiales; brindando oportunidades para profesores, investigadores, estudiantes de los distintos niveles educativos en contextos locales, nacionales e internacionales.

CERTIFICA

Que el libro “Análisis modelos conceptuales de enfermería” presentado por **Christian Paul Beltrán Báez, María Isabel Santos Quintero, Leticia Yoshoky Cordero Corona, Francisca Gutiérrez Ruiz, Gabriela Ontiveros Herrera, Gerardo Pérez Hernández, Roberto Joel Tirado Reyes, Omar Mancera González, Humberto González Mayorquin, Hermilia Páez Gamez, Miriam Gaxiola Flores, María del Carmen Beltrán Montenegro, Almada Jacobo Rodrigo, Zindy Pamela Núñez Irizar, Jesús Roberto Garay Núñez y Verónica Guadalupe Jiménez Barraza** es producto de investigación científica, tecnológica y/o educativa, dado que ha superado un proceso exhaustivo de arbitraje mediante evaluación por pares académicos integrantes del Comité de Evaluación de la Producción Científica, Académica y Tecnológica a través de criterios de evaluación establecidos para investigaciones de alta calidad.

Se extiende el presente **certificado**, a los **siete** días del mes de **marzo** del año **2025**.

Transformando con Ciencias

Tepic, Nayarit; México



Dra. Ana Luisa Estrada Esquivel
Directora de la Editorial UTP
Universidad Tecnocientífica del Pacífico






ÍNDICE

13

Capítulo 1. Análisis del Cuidado Humano de Enfermería de Jean Watson

- 15 • Introducción
- 16 • Orígenes de la teoría
- 17 • Significado de la teoría
- 19 • Adecuación lógica de la teoría
- 20 • Utilidad de la teoría
- 21 • Generalización y parsimonia de la teoría
- 21 • Capacidad de prueba de la teoría

25

Capítulo 2. Análisis del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

- 27 • Introducción
- 28 • Orígenes de la teoría
- 30 • Significado de la teoría
- 36 • Adecuación lógica de la teoría
- 38 • Utilidad de la teoría
- 39 • Generalización y parsimonia de la teoría
- 40 • Capacidad de prueba de la teoría

43

Capítulo 3. Análisis general del Modelo de Autocuidado de Dorothea E. Orem

- 45 • Introducción
- 46 • Orígenes de la teoría
- 55 • Significado de la teoría
- 56 • Adecuación lógica de la teoría
- 57 • Utilidad de la teoría
- 59 • Generalización y parsimonia de la teoría
- 60 • Capacidad de prueba de la teoría

67

Capítulo 4. Análisis del Modelo de Madeleine Leininger: Teoría de la Diversidad y Universalidad

- 69 • Introducción
- 70 • Orígenes de la teoría
- 71 • Significado de la teoría
- 76 • Adecuación lógica de la teoría
- 79 • Utilidad de la teoría
- 80 • Generalización y parsimonia de la teoría
- 80 • Capacidad de prueba de la teoría



RESUMEN

El análisis de modelos conceptuales de enfermería permite la construcción de un paso crucial en la preparación en educación, investigación, administración y práctica asistencial. El propósito del presente libro se basa en comprender sus concepciones empíricas, donde la revisión crítica dispone el uso de una mejor comprensión, coadyuvando un conocimiento en la identificación de los orígenes, así mismo en examinar su significado, posterior de analizar su adecuación lógica, determinando su utilidad, definiendo el grado de generalización o parsimonia y posteriormente la capacidad de prueba de la teoría. Cada uno de los modelos conceptuales proporcionará una evidencia para la práctica de enfermería determinadas en capítulos, en primer lugar, se abordará el análisis del cuidado humano de enfermería de Jean Watson, seguidamente con el modelo de promoción de la salud de Nola Pender, como tercer capítulo, el modelo de Madeleine Leininger sobre la diversidad y universalidad y finalmente el modelo de autocuidado de Dorothea Orem.

Palabras clave: Análisis, Modelos conceptuales, Enfermería, Teorías.

ABSTRACT

The analysis of nursing conceptual models allows the construction of a crucial step in preparation in education, research, administration and care practice. The purpose of this book is based on understanding its empirical conceptions, where the critical review provides for the use of a better understanding, contributing knowledge to the identification of the origins, as well as examining its meaning, after analyzing its logical adequacy, determining its usefulness, defining the degree of generalization or parsimony and subsequently the testing capacity of the theory. Each of the conceptual models will provide evidence for nursing practice determined in chapters, firstly, Jean Watson's analysis of human nursing care will be addressed, followed by Nola Pender's health promotion model, as a third chapter, Madeleine Leininger's model on diversity and universality and finally Dorothea Orem's self-care model.

Keywords: Analysis; Conceptual models; Nursing; Theories.

01



Análisis del Cuidado Humano de Enfermería de Jean Watson

Christian Paul Beltrán Báez

christian_beltran1995@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2840-6796>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

María Isabel Santos Quintero

mariasantos@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-5069-9951>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Leticia Yoshoky Cordero Corona

leticiaacordero97@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-2706-4800>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Francisca Gutiérrez Ruiz

franciscagutierrezruiz33@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-8704-9043>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

RESUMEN

El presente capítulo proporciona una introducción a la teoría del cuidado humano en enfermería, abriendo un panorama dimensional de su origen, importancia y análisis sustentando con principios filosóficos y científicos, donde se abordarán conceptos humanos, orientados en el cuidado, hacia la persona llevando los diez procesos carita, permitiendo un acercamiento a los seres humanos tanto individual, como colectivamente. Su propósito radica en identificar el cuidado humano y las relaciones transpersonales de los profesionales de enfermería a través de su metaparadigma, por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, reaccionado a los cambios presentes dentro de su entorno, logrando una interacción de amor y comprensión a quien se brinda la atención de cuidado integral.

Palabras clave: Cuidado humano; Relaciones transpersonales; Metaparadigmas; Proceso caritas.

ABSTRACT

This chapter provides an introduction to the theory of human care in nursing, opening a dimensional panorama of its origin, importance and analysis supported by philosophical and scientific principles, where human concepts will be addressed, oriented in care, towards the person carrying the ten carita processes, allowing an approach to human beings both individually and collectively. Its purpose lies in identifying human care and transpersonal relationships of nursing professionals through its metaparadigm. For this reason, the nurse must consider the person as a unique, dignified, autonomous and free being, reacting to the changes present within their environment, achieving an interaction of love and understanding to whom comprehensive care is provided.

Keywords: Human care, Transpersonal relationships, Metaparadigms, Faces process.

INTRODUCCIÓN

El cuidado humano es una necesidad en la práctica profesional y esto se evidencia en las políticas, disposiciones normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brinda debido que la atención de la salud hoy en día ha tenido una deficiencia de ética profesional donde el ser humano cuando sufre deterioro de su salud requiere de ayuda y cuidados profesionales para lograr la adaptación, explicaciones acerca de cómo abordar los procesos de salud y vivir momentos de incertidumbre por el desconocimiento de la enfermedad y de los procesos de atención hospitalaria, es aquí la necesidad de que los profesionales de la salud deben comprender que el paciente necesita participar de sus cuidados conjuntamente con la familia.

De ello surge inherente la necesidad de analizar e indagar sobre aspectos filosóficos y teóricos de la presente teoría debido a su impacto en el desarrollo de la disciplina, generando implicaciones en la cosmovisión de esta.

1. ORÍGENES DE LA TEORÍA

Jean Watson, emergió de las notas de un curso universitario impartido en la Universidad de Colorado, donde indago sobre los 11 factores curativos de Yalom influyendo en la creencia de Watson sobre sus 10 factores de cuidado hoy actualmente llamados procesos caritas, descritos como el marco organizador de su libro la esencia de la enfermería.

En razón a lo anterior existen, dos experiencias personales traumáticas que contribuyeron a su escritura; en 1997 sufrió un accidente que le provocó la pérdida del ojo izquierdo y poco después murió su marido, en 1998, en el año 2002 elaboro el: "Instruments for Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences", el cual es una colección de 21 instrumentos utilizados para evaluar y medir los cuidados, añadido a lo antes mencionado donde Watson destaco por mejorar el conocimiento sobre la ciencia del cuidado, la práctica espiritual, el concepto, la práctica de los cuidados y el trabajo de cuidado-curación. Donde invita a la reflexión y al carácter sagrado de la enfermería, haciendo hincapié en la reflexión profunda interna, las aptitudes de comunicación, el uso del crecimiento auto transpersonal, la atención a la ciencia del cuidado y la curación a través del perdón, la gratitud y la entrega (Allande-cussó *et al.*, 2021).

2. SIGNIFICADO DE LA TEORÍA

De acuerdo con Raile (2014) menciona que los principales conceptos de Watson son los 10 procesos caritas y la relación entre curación y cuidado transpersonal, el momento del cuidado, la ocasión del cuidado, las modalidades de cuidado-curación, la conciencia del cuidado, la energía de la conciencia del cuidado y archivos de fenómenos y conciencia unitaria. Watson los desarrolló hacia un concepto libremente relacionado; “caritas”, una palabra en latín que significa valorar, apreciar, prestar atención especial llevando una relación afectuosa.

A continuación, se analizará lo que inicio siendo los 10 procesos caritas lo cual permite una mejor interpretación debido a la fluidez del lenguaje.

1.- Formación de un sistema humanista y altruista de valores; logrando llevar una práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado, mencionando que la profesión de enfermería debe tener un progreso en su desarrollo moral, llevando la formación de cada enfermero con respecto a su cultura y su sociedad suele quedarse de una manera estática es por ello la importancia de la evolución del desarrollo moral.

2.- Inculcación de la fe y la esperanza; refiriéndose a estar auténticamente presente, permitiendo y manteniendo un sistema de creencias profundo, apoyando el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar, este proceso habla lo importante que es la fe para el cuidado y sanación del ser humano.

3.- El cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás; cuenta la importancia de identificar o reconocer los propios sentimientos para así lograr detectar y entender a las demás personas.

4.- Desarrollo de una relación de ayuda y confianza; desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo y confianza. En este proceso se menciona la importancia del apego persona y cuidador, logrando una relación interpersonal.

5.- La promoción y la aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos; estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como conexión con el espíritu más profundo, con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar. Este proceso brinda una pauta de que las emociones son una de las principales conductas del ser humano.

6.- Uso sistemático de un proceso de cuidado de resolución de problemas creativos; llevando vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado;

participando en el arte de las prácticas de curación y cuidado. De acuerdo con Watson en este proceso permite entender la importancia que tiene la preparación del profesional de enfermería y cómo es que todos los conocimientos adquiridos son de suma importancia para la resolución de problemas ante cualquier situación generando seguridad a la hora de actuar.

7.- Promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal; participar en una experiencia auténtica de enseñanza y aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia de otros. En este proceso se muestra la importancia que tiene la persona con respecto a la toma de decisiones y como los enfermeros juegan un papel importante en cuanto a la promoción de la salud.

8.- Provisión de un entorno de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual; permitiendo crear un entorno de curación a todos los niveles de conciencia, cubriendo las necesidades humanas con integridad.

9.- Asistencia en la gratificación de necesidades humanas; ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando atención que potencie la alineación de la mente, cuerpo, espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado.

10.- Permisi3n de fuerzas existenciales-fenomenol3gicas-espirituales; este 3ltimo proceso carita se convierte en atender las dimensiones espirituales-misteriosas y existenciales de la propia vida y muerte; cuidando del alma de uno mismo y de quien recibe el cuidado.

3. ADECUACIÓN LÓGICA DE LA TEORÍA

Esta teoría utiliza un lenguaje no técnico, fácil de aplicar en la práctica y está en constante perfeccionamiento; como es una corriente filosófica, contando con una naturaleza existencial-fenomenológica, el profesional de enfermería considera que es fácil de interpretar, pero hay quienes consideran que es algo complejo respecto a la práctica donde se requiere. El modelo tiene una generalidad amplia por la categoría en la que está ubicada ya que abarca aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y experiencia de una muerte en paz (Avilés *et al.*, 2019).

La teoría de Watson se entiende como una base moral y filosófica para la enfermería. Según Watson (2008), refiere que “la palabra, enfermería consiste en; conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión” (P.28).

En razón a Raile (2014) menciona que Watson afirma: “Propongo utilizar la mente, el cuerpo, el alma o la unidad en una visión del mundo emergente en evolución-conexión de todo, conocida a veces como paradigma unitario transformador holográfico del pensamiento” (p.20).

Por otra parte, Watson (2008) define el término salud, como un estado positivo de bienestar físico, mental y social, con la inclusión de tres elementos:

- 1) un alto nivel de funcionamiento global físico, mental y social.
- 2) un nivel general de adaptación-mantenimiento del funcionamiento diario.
- 3) la ausencia de enfermedad o la presencia de esfuerzos que conducen a su ausencia.

De acuerdo con Watson (2014) menciona que enfermería es un ser único y libre de tomar decisiones cubriendo las tres esferas; mente, cuerpo y espíritu, posteriormente el entorno lo conceptualiza como un espacio de curación, sanación para ayudar a otros a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento, y finalmente enfermería es el arte de cuidar, comprendiendo los sentimientos del otro ser (p.56-58).

4. UTILIDAD DE LA TEORÍA

La teoría de Watson ha sido implementada en la formación clínica, tanto en hospitales, comunidades y de atención ambulatoria. La aplicación del modelo ha sobresalido de una manera significativa al grado de crear un proyecto piloto denominado: El Attending Nurse Caring Model (ANCM), este proyecto se utiliza para tener una relación de cuidado continua de los niños con dolor y sus familiares. El ANCM se hace notar por todo el hospital ya que genera la presencia de cuidado-curación (Saviato *et al.*, 2016).

De forma empresarial la teoría de Watson se ha llevado a cabo con un enfoque administrativo incluyendo el cuidado ya que quería hacer un cambio dentro de este ámbito favoreciendo al usuario con respecto a la atención sanitaria, algunos de los roles administrativos de la enfermería es la distribución de recursos relacionados a la atención de la persona (Ramos & Ceballos, 2018).

Por otra parte, el cuidado transpersonal es utilizado de forma considerable en la formación de universitarios de enfermería en el cual se ofrecen fundamentos importantes tales como conocimientos ontológicos, éticos y epistemológicos. Donde se ha empleado en programas y ha sido base fundamental para la creación de cursos de diplomatura relacionadas a la profesión de enfermería (Costa *et al.*, 2023).

En razón a lo anterior, es importante destacar que las investigaciones que se han creado recientemente con base a este modelo han sido enfoques mixtos ya que de esta forma resultan ser de más utilidad, donde se han elaborado a nivel nacional e internacional permitiendo tener resultados en diversos países, exponiendo varias herramientas de recolección de datos (Guerrero *et al.*, 2020).

5. GRADO DE GENERALIZACIÓN Y PARSIMONIA DE LA TEORÍA

Se realizó una revisión de forma integradora de la literatura, en las bases de datos; Scielo, Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante (RUA), Naciones Unidas y Mendeley utilizando los descriptores: Jean Watson, Cuidado transpersonal de Jean Watson, Nursing: the philosophy and science of caring y Teoría de Jean Watson. Se incluyeron estudios de revisión escritos en español, portugués, inglés e italiano, publicados entre el año 2008 y el 2023. Se seleccionaron 16 artículos, predominando el cuidado y experiencias de la profesión de enfermería, es considerada una corriente filosófica en la profesión ya que tiene una utilidad en todos los grupos etarios.

6. CAPACIDAD DE PRUEBA DE LA TEORÍA

Ha tenido una transición positiva a lo largo del tiempo de forma que se puede comprobar su competencia, es utilizada en la investigación mixta, el cual forma parte de diversos programas institucionales los cuales se centran en el cuidado, ayudando a comprender las diferentes disciplinas y entre ellas enriquecer a la propia teoría y así darle un valor superior.

De tal manera que la teórica Watson es autora de varios instrumentos, siendo el más destacado hasta hoy en día es el de CARE-Q-Caring Assessment Instrument, dado que se encuentran evidencias de versiones adaptadas en diferentes idiomas para su implementación y con ellos el personal de enfermería entienda el cuidado como parte primordial del proceso de cuidar, a través del cuidado transpersonal, enfermería puede unirse experimentar e imaginar lo que sienta la persona (Salgado *et al.*, 2015).

De acuerdo con Ferré-Grau et al. (2008) refieren un estudio, sobre la frecuencia de depresión en las personas, integrando la importancia del desarrollo de nuevas competencias y habilidades destinadas a la atención integral de las personas a quienes se brindan el cuidado y la familia, integrando subjetivamente los procesos caritas que dimensionan la transformación de cuerpo, mente y alma, un estudio cualitativo que estima que entre un 20 y un 25 % de las personas que acuden a consulta con su médico de familia o al centro de salud mental, presentan este tipo

de trastornos, cifra que según los diferentes estudios epidemiológicos irá aumentando progresivamente en los próximos años.

Por otra parte, Izquierdo (2015) menciona una revisión sistemática del interés por la inteligencia emocional, desde la visión humana dando hincapié en la importancia de las emociones en la funcionalidad intelectual, se realizó en diferentes bases de datos como; Medline, Lilacs, DARE y la Biblioteca de la Colaboración Cochrane, donde se utilizaron los descriptores Decs/Mesh.

Finalmente, Rodríguez et al. (2014) alude un estudio cualitativo, descriptivo sobre la práctica de las enfermeras que atienden a familias de pacientes pediátricos hospitalizados a la luz de Jean Watson, donde como resultados fue posible identificar tres temas, en los cuales se encontraron aspectos que facilitaron y dificultaron la utilización de esta teoría en la práctica. Ellos fueron; reconocer un marco de cuidado, considerar el contexto institucional y los desafíos en la relación con las familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allande-Cussó, R., Gómez-Salgado, J., Macías-Seda, J. & Porcel-Gálvez, A. M. (2021). Assessment of the nurse- patient interaction competence in undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 96. DOI. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2020.104627>
- Avilés González, C.I., Galletta, M., Melis, P., Contu, P., Watson, J., Finco, G. & Jiménez Herrera, M. F. (2019). Cultural adaptation and psychometric validation of the Caring Efficacy scale in a sample of Italian nurses. *PLOS one*, 14 (5). DOI. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217106>
- Costa Días, T. K., Silva Reichert, A. P., Evangelista, C. B., Batista, P. S. de S., Silva Buck, E. C. & Figueiredo Franca J. R. de S. (2023). Assistência de enfermeiros a crianças em cuidados paliativos: estudo à luz da teoria de Jean Watson. *Escola Anna Nery*, 27. DOI. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0512pt>
- Ferré-Grau, C., Rodero Sánchez, V., Cid Buera, D. & Vives Relats, C. (2008). El relato de la experiencia depresiva. Aplicando los factores cuidados de Jean Watson. *Index de Enfermería*, 17(1). DOI. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962008000100005>
- Guerrero Castañeda, R.F. & Chávez-Urías, R. A. (2020). Momento de cuidado, un encuentro fenomenológico entre enfermera y persona cuidada: reflexión en Watson. *Cultura de los cuidados*, 58, 7-18. DOI. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.02>
- Izquierdo Machín, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006
- Raile Alligood, M. (2014). *Modelos y Teorías en Enfermería* (Octava edición). Barcelona España: GEA consultoría editorial, S.L. SEPULVEDA G. Bogotá DC [Libro en físico].
- Ramos Guajardo, S. & Ceballos Vásquez, P. (2018). Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile. *Cuidados Humanizados*, 7(1). DOI. <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1537>

- Rodríguez Santos, M., Szilyt Bousso, R., Vendramim, P., Freire Baliza, M., Deguer Misko, M. & Silva, L. (2014). The practice of nurses caring for families of pediatric inpatients in light of Jean Watson. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 48. DOI. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600012>
- Salgado, J., Valenzuela, S. & Sáez, K. (2015). Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado. *Ciencia y Enfermería*, 21(1), 69-79. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100007
- Saviato, R. M. & Leão, E. R. (2016). Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(1). <https://www.scielo.br/j/ean/a/VpGzHsWDQFM4Jsg8sWfmwcy/?format=pdf&lang=en>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, Revised Edition. University Press of Colorado, 1-18. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1d8h9wn>

02



Análisis del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Gabriela Ontiveros Herrera

herreragaby1912@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4329-3707>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Gerardo Pérez Hernández

gerardoperezfec@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-1102-8418>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Roberto Joel Tirado Reyes

robertojr@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-1492-7507>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Omar Mancera González

omancerag@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-7970-2624>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

RESUMEN

El siguiente capítulo proporcionara una introducción a la comprensión del modelo de promoción de la salud, llevando consigo un amplio conocimiento, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables. Donde su propósito se sustentó en el desarrollo de capacidades analíticas y de pensamiento crítico, clarificando los valore supuestos, influenciados en las conductas de salud, permitiendo que las personas busquen esa relación con su estado de salud, así mismo el presente modelo se centra en la interacción de las personas con su entorno, de tal manera que alentara a una prevención y promoción a la salud a través de la educación por parte de enfermería.

Palabras clave: Promoción de la salud, Metaparadigmas, Enfermería.

ABSTRACT

The following chapter will provide an introduction to understanding the health promotion model, bringing with it extensive knowledge, since it allows us to understand human behaviors related to health, and in turn, guides towards the generation of healthy behaviors. Where its purpose was based on the development of analytical and critical thinking skills, clarifying the assumed values, influenced by health behaviors, allowing people to seek that relationship with their state of health, likewise the present model focuses on the interaction of people with their environment, in such a way that it will promote prevention and health promotion through nursing education.

Keywords: Health promotion, Metaparadigms, Nursing.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la metodología propuesta Walker y Avant se desarrolla el presente análisis conceptual del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), el cual pretende explicar al ser humano en todas las fases con las que este tiene interacción dentro de un entorno cuando buscan un estado de salud que anhelan, haciendo énfasis en la relación de características personales y experiencias, así mismo destacando creencias y conocimientos individuales y con base a ello determinar una situación que tenga relación con comportamientos de salud con los que se tengan propósito de lograr, donde el objetivo principal de comprender el modelo se basa en la madre que sustenta los supuestos de la misma. Por lo que a continuación se desarrolla cada uno de los puntos a analizar.

1. ORÍGENES DE LA TEORÍA

De acuerdo con la holarquía del conocimiento que refiere Fawcett tenemos las teorías de rango medio que buscan encontrar una relación entre el comportamiento y el análisis de cambio por el que pasa la sociedad, es por ello por lo que a continuación analizaremos la teoría de Nola Pender, la doctora nació el 16 de agosto de 1941 en Lansing, en Michigan. Creció siendo hija única al lado de sus padres que le inculcaron una instrucción educativa de individualización, el cual dio lugar a la evolución de cualidades propias que le brindaron distinción, mismas que la convirtieron en enfermera con una formación en la escuela de enfermería del West Suburban Hospital de Oak Park (Illinois), obteniendo su diploma de la carrera en 1962, acto seguido.

Inicio trabajando en una unidad-quirúrgica y poco después continuo en una unidad pediátrica en un hospital de Michigan. Su primer contacto con la enfermería profesional fue cuando tenía 7 años, ya que observo como el personal de enfermería le brindaba cuidados a su tía la cual estaba hospitalizada, produciéndole fascinación hacia la profesión (Raile, 2014).

El nacimiento del modelo de promoción de la salud fue en 1982 dentro de la literatura enfermera, dicho modelo fue revisado en 1996 ya que se tenía una evolución en cuanto a las perspectivas teóricas y los resultados empíricos, señalando que en 1990 se publicó la primera prueba de la versión inicial del modelo (Pender *et al.*, 1990).

En razón a lo anterior, el MPS plantea un escenario en donde se incorpora las perspectivas de enfermería y ciencias del comportamiento con factores que influyen en las conductas de salud. El MPS genera una forma para examinar los diferentes factores que enfocan la salud de las personas, dentro de los cuales están los psicológicos, biológicos y sociales, debido a esto propician la participación personal del sujeto para la modificación de comportamientos guiados a mejorar la salud.

De acuerdo con Pender *et al.* (2011) postula que el MPS tiene siete supuestos que plasman la perspectiva de enfermería junto con las ciencias del comportamiento, en este sentido se comprende lo siguiente:

1. La persona establece su condición de vida de acuerdo con cómo puede expresar su potencial único de salud humana.

2. El sujeto tiene la suficiente aptitud para el entendimiento reflexivo y evaluación de competencias personales.
3. Desde perspectivas personales, cada sujeto tiene un curso de crecimiento positivo con el objetivo de un equilibrio admisible.
4. El comportamiento funcional nace de la constancia del ser humano.
5. El entorno es un factor que se transforma constantemente de acuerdo con el tiempo y la interacción que tiene el individuo respecto a su triada funcional con este mismo.
6. El entorno interpersonal se modifica según el dominio que el profesional sanitario tenga sobre el sujeto durante toda su vida.
7. Es sustancial que el binomio persona-entorno sufra una reestructuración de forma personal por parte del individuo para que exista una modificación en el comportamiento.

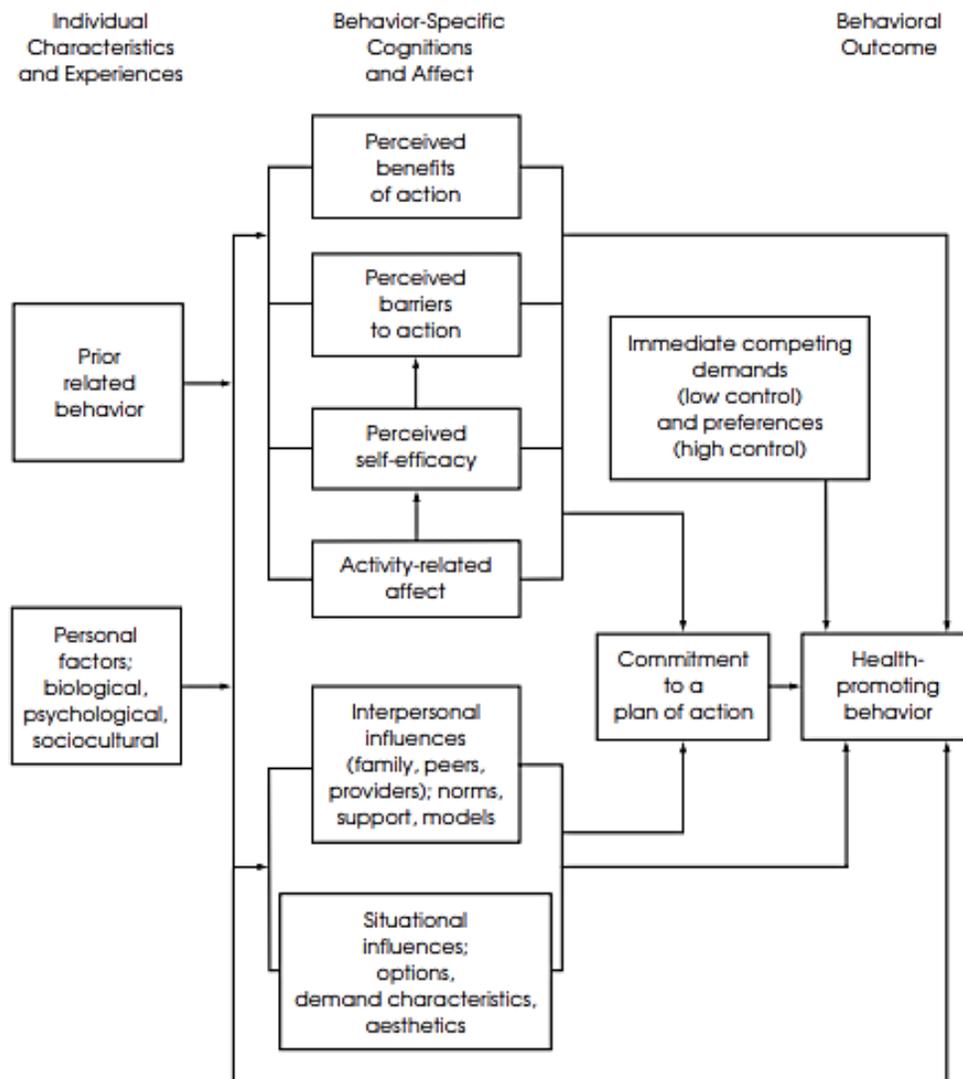
De tal manera que el MPS inicial tuvo el objetivo de incitar investigaciones para explicar el potencial de siete factores cognitivo-perceptual y cinco factores modificadores basándose en pronosticar comportamientos saludables. Los factores cognitivo-perceptuales son importancia de la salud, control de la salud, definición, estado de salud, autoeficacia, beneficios y barreras. Los factores modificadores son características demográficas y biológicas, con influencias interpersonales, situacionales y factores conductuales (Pender *et al.*, 2015).

El modelo de creencias de salud (MCS) es una teoría que amenaza al sujeto como origen de motivación para un cambio de su salud, logrando una relación entre una amenaza reciente para un cambio de salud, sin embargo cuando la amenaza es la única fuente de motivación pierde fuerza y no ocurre el cambio, es por ello que el MCS fue reemplazado por el MPS ya que este último funciona en cualquier comportamiento de salud sin la necesidad de amenazar para la transformación de conductas (Pender *et al.*, 2015).

2. SIGNIFICADO DE LA TEORÍA

El MPS, es la primera aparición del modelo dentro de la 3ra edición de Promoción de la Salud en la práctica de enfermería en el que se le añadieron tres variables nuevas, es decir, afecto relacionado con la actividad, compromiso con un plan de acción y demandas competitivas inmediatas y preferencias (Ver figura 1).

Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud



Fuente: Pender et al. (2015), adaptación (2023).

2.1 Características y experiencias individuales

Las características y experiencias son propias por persona y cada uno recibe una afección de acuerdo con la acción que realice, estas se llevan con base a un comportamiento objetivo el efecto es positivo. Las características y experiencias individuales incluyen comportamientos relacionados anteriores y factores personales (Pender *et al.*, 2015).

Un comportamiento relacionado depende de la constancia de una misma conducta siendo una manera de predecir el comportamiento, existiendo efectos directos e indirectos que tienen participación en los comportamientos que fomentan la salud. El afecto directo de la conducta anterior con relación a la conducta actual promueve la salud teniendo como opción la formación de hábitos inclinando al sujeto a participar, donde un hábito aumenta la fuerza con la que se hace siempre y los antecedentes de que ocurran de forma repetitiva y constante.

Un comportamiento se ve influido por emociones, de forma cronológica (antes, durante y después) esta información se agrupa en la memoria y se contempla de forma futura con respecto al comportamiento, a fin de agregar una actitud positiva para generar un historial de conductas futuras para beneficiar el comportamiento mismo, dándole un aprendizaje de superación y comentarios positivos al individuo (Pender *et al.*, 2015).

Posteriormente los factores personales, se clasifican en biológicos, psicológicos y socioculturales. En primer lugar, los ejemplos de factores biológicos incluyen la edad, índice de masa corporal, estado puberal, estado menopáusico, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad o equilibrio. Mientras que, en segundo lugar, los factores psicológicos incluyen la autoestima, automotivación y el estado de salud percibido. En continuidad, los factores socioculturales integran el origen étnico, la aculturación, educación y el nivel socioeconómico, finalmente, los factores personales deben limitarse a aquellos que son teóricamente relevantes para explicar o predecir un determinado comportamiento objetivo (Pender *et al.*, 2015).

2.2 Cogniciones y afectos específicos de la conducta

Las variables específicas de comportamiento constituyen un núcleo crítico modificables a través de intervenciones, esto las hace destacar dentro de las motivaciones, incluyendo los beneficios percibidos, las barreras percibidas, la autoeficacia percibida, el afecto relacionado con la actividad, influencias interpersonales e influencias situacionales. Es necesario poder medir estas variables para corroborar si existe algún cambio posterior a una intervención.

Los beneficios percibidos de la acción son visualizaciones cognitivas de resultados positivos o de una conducta reforzada. Con base en los beneficios previos serán las perspectivas de la persona con respecto a un comportamiento. En el MPS, los beneficios percibidos son planteados para el surgimiento de una motivación ya sea positiva o negativa por medio del grado de un compromiso específico acompañado de un plan de acción que permita la participación en diversos comportamientos. En concordancia con la teoría del valor esperado, los beneficios anticipados tienen un valor motivacional destacable ya que se basa en los resultados personales de resultados directos previos, así mismo se destaca la experiencia respecto al comportamiento o a través del aprendizaje de conductas en razón a la observación de otros sin necesidad de hacerlo nosotros mismos.

Las personas suelen invertir tiempo y recursos en acciones con una alta probabilidad de resultados positivos. Los beneficios pueden ser intrínsecos o extrínsecos; el primero conforma la elevación del estado de alerta, energía y aumento del atractivo percibido, por otro lado, los extrínsecos incluyen compensaciones, ya sea en el contexto económico o social como resultado de tener participación en el comportamiento (Pender *et al.*, 2015).

Por otro lado, las barreras percibidas para la acción, son percepciones negativas en donde el sujeto piensa que perderá mucho tiempo, pueden ser bloqueos mentales y obstáculos con relación al comportamiento, en particular generan motivos que eluden determinada conducta, sin tomar en consideración que estas barreras afectan de forma constante las intenciones de formar parte de un comportamiento. Como, por ejemplo, perder la satisfacción de comer comida con alto nivel calórico para posteriormente generar un estilo de vida saludable puede aplicar como una barrera. Teniendo en cuenta que, si existe poca o nula disposición y existen barreras altas, es casi seguro que la acción no ocurra, estas barreras afectan al comportamiento porque son obstáculos y se expresan de manera indirecta al momento de generar disminución de compromiso en un plan de acción (Pender *et al.*, 2015).

La autoeficacia percibida incorpora aquellas creencias o juicio personal que cada individuo tiene de acuerdo con sus capacidades para poder realizar ciertas acciones. Cuando la persona tiene habilidad para dominar algún comportamiento automáticamente tiene motivación para seguir realizándolo ya que sentirse eficaz anima la participación en dicho comportamiento de forma continua a diferencia de lo que es no sentirse capaz en una acción, generando el efecto de ineptitud.

El MPS menciona que la autoeficacia percibida influye en el afecto relacionado con la actividad. Cuanto más positivo es el afecto, mayores son las percepciones de eficacia. Aunque en realidad es una correlación, ya que se observa que a mayor percepción de efectividad se genera una elevación de afecto positivo. Las barreras percibidas para la acción son influenciadas por la autoeficacia, en otras palabras, entre más grande sea la autoeficacia, la percepción de las barreras deberá ser menor (Pender *et al.*, 2015).

Afecto relacionado con la actividad. Esta variable consta de tres componentes: emocional excitación al acto en sí (relacionado con el acto), la actuación propia (relacionada con uno mismo) y el entorno en el que la acción tiene lugar (relacionada con el contexto).

Si el sujeto suele repetir el mismo comportamiento o mantenerlo por un largo tiempo, este puede afectar su estado emocional de forma leve, moderada o fuerte y dependiendo la magnitud sentimental es la importancia con la que se almacena en la memoria, teniendo en cuenta que este pensamiento aparecerá en ocasiones futuras si se le vuelve a involucrar en algún comportamiento así. Cabe resaltar que existe una probabilidad con que se repitan comportamientos positivos pero el sujeto impedirá verse envuelto en un afecto negativo.

Se debe analizar el comportamiento desde una perspectiva abierta midiendo el acto, el yo como actor y el contexto para la acción, planteando que los sentimientos negativos se expresan de manera más persistente que los positivos.

Las emociones como la ansiedad y la depresión tienen más representación que la alegría y la calma con relación en los diferentes campos de estudio (Pender *et al.*, 2015).

Por ende, las influencias interpersonales, están conformadas por cogniciones que integran comportamientos, creencias y actitudes. Estas cogniciones no siempre corresponden a la realidad. Sucede pues, que influye bastante la familia, los amigos y los proveedores de servicios de salud en los comportamientos personales. Existiendo tres influencias interpersonales, como las normas sociales, el apoyo social y el modelado o instrucción vicaria que dan preferencia para la participación en comportamientos que promueven la salud.

Las normas sociales generan estándares que la sociedad pueda adoptar o rechazar. El apoyo social como comportamiento aprovecha los recursos de sostenimiento ofrecidos por otros y el modelado se basa en la consecución de comportamientos de salud. Las influencias interpersonales influyen en el comportamiento que promueve la salud ya sea de forma directa o indirecta, en particular por las presiones sociales que actúan en el individuo (Pender *et al.*, 2015).

En otro sentido, las influencias situacionales, son percepciones personales o de contexto que facilitan o impiden el comportamiento de promoción de la salud, donde las personas se muestran interesadas y mantienen un nivel de competitividad en situaciones donde se sienten compatibles y seguros. Estas influencias situacionales predominan directa o indirectamente en los comportamientos de salud y son consideradas efectivas al momento de desarrollar estrategias nuevas ya que dan paso al mantenimiento de comportamientos saludables (Pender *et al.*, 2015).

El compromiso con un plan de acción se ve inducido a realizar acciones en caso de que este no esté frente a una demanda competitiva a la que no tenga opción de impedir o bien una preferencia competitiva a que no pueda resistirse. En el MPS revisado, el compromiso con un plan de acción implica lo siguiente:

Procesos cognitivos; donde debe existir un compromiso que pueda llevar la acción específica en un lugar, junto con personas ya establecidas o si se requiere, puede aplicarse en soledad y también debe de existir una identificación de estrategias definitivas con la finalidad de llevar a cabo el comportamiento o que el plan de acción se implemente con éxito. Teniendo en cuenta que un compromiso sin estrategias no lleva a cabo un comportamiento de salud (Argoti *et al.*, 2022).

Por ultimo las demandas y preferencias inmediatas en competencia, son comportamientos alternos que se interponen en la conciencia rápidamente antes de que ocurra un comportamiento planificado que promueva la salud. Si existe una falta de respuesta a una demanda en competencia esto puede generar efectos desfavorables para el individuo o en peores casos efectos adversos a personas importantes para el sujeto. Por otro lado, las preferencias en competencia ejercen en el individuo un control alto. La medida en que un individuo se resiste a las preferencias en competencia depende de la capacidad de autorregulación (Pender *et al.*, 2015).

2.3 Resultado conductual

La conducta promotora de la salud es el resultado de la acción que busca el MPS, ya que tiene como objetivo a lograr una conducta promotora con resultados de salud positivos para el cliente. Los comportamientos, generan una mejor salud con una capacidad funcional mayor y por ende una mejor calidad de vida.

Se continúan realizando estudios para respaldar las construcciones del modelo MPS. La mayoría de los estudios se han centrado en probar la previsibilidad del modelo en lugar de servir como base teórica para desarrollar y probar intervenciones para estudiar los mecanismos de cambio propuestos en el modelo (Cadena & González, 2017).

El modelo se ha utilizado para predecir la actividad física, la nutrición, la salud bucal y la protección auditiva. Un problema actual es que en muchos estudios solo se realizan pruebas parciales del modelo MPS, en lugar de medir todos los conceptos del modelo. Una posible razón puede ser la complejidad del modelo y la gran cantidad de conceptos que deben medirse para probar el modelo completo. A pesar de sus limitaciones, el modelo MPS continúa haciendo contribuciones significativas en la predicción del comportamiento de salud en enfermería y salud pública. Además, los estudios están comenzando a documentar la efectividad del modelo para guiar las intervenciones de comportamiento de salud (Salazar *et al.*, 2022).

La investigación ha demostrado que es un modelo motivacional para comprender los principales determinantes de los comportamientos de salud. Pender ha desarrollado planes de evaluación clínica que pueden usar las enfermeras y otros profesionales de la salud para evaluar los ocho conceptos de creencias del modelo. Los conceptos evaluados son: comportamiento previo, factores personales, cogniciones específicas del comportamiento, afecto personal, influencias interpersonales, influencias situacionales, demandas y preferencias en competencia y compromiso con un plan de acción (Pender *et al.*, 2015).

3. ADECUACIÓN LÓGICA DE LA TEORÍA

El MPS es un modelo con un grado de simplicidad bastante fácil de interpretación, tiene conceptos muy claros y un enfoque directo hacia la comprensión de fenómenos complejos de la conducta de salud los cuales tienen una relación lógica, afirmaciones teóricas fáciles de visibilizar y el diagrama elaborado para explicar el modelo como simple, sencillo y de cómoda asociación entre los diferentes factores ya que tienen un efecto interactivo (Aristizábal-Hoyos *et al.*, 2011).

Es un modelo de objetividad intermedia implementado generalmente en grupos de edad adulta y adultos mayores ya sea enfermos o sanos. El instrumento de investigación incluye la aplicación en una gran variedad de situaciones por el enfoque que tiene. No obstante, se ha comprobado la aplicación del MPS en niños de 10 a 16 años con un programa de investigación. Cabe destacar la aplicación de este en las diferentes culturas (Raile, 2014).

El modelo tiene una precisión empírica impresionante ya que es comprobable y tiene una utilidad amplia para dar explicación a la promoción de la salud. El modelo está en constante evolución a través de programas planificados de investigación. A base de investigación empírica continua, sobre todo en estudios de intervención, evolucionara la mejora del modelo. El perfil del estilo de vida de la promoción de la salud es utilizado como instrumento para evaluar las conductas de promoción de la salud (Carranza *et al.*, 2019).

De acuerdo con Pender *et al.* (2011) plantean que las afirmaciones teóricas derivadas del modelo proveen una base para la investigación acerca de las conductas de salud. El MPS se basa en las siguientes proposiciones teóricas:

- 1) El comportamiento anterior junto con las características ya sea heredadas o adquiridas influyen en creer y poner en práctica las conductas promotoras de salud.
- 2) Abra un compromiso más estable por parte del individuo, pero abra una espera de beneficios valorados personalmente.
- 3) Las barreras percibidas quizás limiten el compromiso de la acción de acuerdo con varios factores externos y como se presenten.
- 4) La autoeficacia para implementar una conducta ya establecida tiene la probabilidad de incrementar el compromiso con la acción.
- 5) Entre más grande sea la autoeficacia, la percepción de las barreras deberá ser menor.

- 6) La autoeficacia percibida influye en el afecto relacionado con la actividad.
- 7) Si las emociones están de por medio la probabilidad del compromiso es bastante alto y seguro.
- 8) Si alguien importante rige la conducta existe una probabilidad elevada por parte del individuo para que actúe con compromiso y participación hacia un cambio de comportamiento.
- 9) Influye bastante la familia, los amigos y los proveedores de servicios de salud en los comportamientos personales.
- 10) Las influencias situacionales influyen de manera significativa para el aumento o la disminución de compromiso respecto a las conductas de promoción de salud.
- 11) Si existe un compromiso con un plan específico de manera consecuente se sabe que se mantendrá por un periodo extenso el comportamiento de promoción de la salud.

4. UTILIDAD DE LA TEORÍA

Además, el MPS muestra su utilidad al poner en consideración cuestiones formativas en los diferentes campos de acción de enfermería como, por ejemplo:

La profesión de enfermería trabaja principalmente en la promoción de la salud a través de la práctica clínica actual, por lo cual el MPS resulta ser muy importante y útil para una amplia y variada gama de situaciones.

El interés clínico con respecto a las conductas de salud nace de la necesidad de generar calidad en la vida para de forma menos compleja salvarlas y a la par de esto no haya creación de una cantidad considerable de cargas financieras o humanas en la sociedad por falta de prevención y promoción de la salud. El MPS aporta una solución enfermera hacia la política sanitaria con una base de cuidado brindando una comprensión de como el individuo puede motivarse para alcanzar una salud óptima. En futuras acciones se espera el aumento de la importancia del modelo en la profesión de enfermería para posibles cuidados de salud y para los cuidadores (Cervantes & Álvarez, 2019).

El MPS es utilizado de forma considerable en la formación de programas de posgrado y el incremento de su uso en la licenciatura en EUA se ha ido visualizando. En tiempos anteriores la promoción de la salud nada más se veía en el cuidado de enfermedades conforme la formación clínica se practicaba se implementó en áreas de cuidados intensivos, hay que hacer notar que el MPS de manera más frecuente ha tenido unión en planes de estudio de la profesión de enfermería para valorar la salud, también se ha observado en la contexto comunitario y cursos de bienestar. Aun se sigue trabajando para que más planes de estudio de enfermería integren el MPS en diferentes países (Herrera *et al.*, 2022).

El MPS es un instrumento para la investigación con una precisión empírica demostrada, se sigue ampliando el marco de referencias conforme utilizan el modelo para sus estudios. El perfil del estilo de vida promotor de salud, procedente del modelo es utilizado a menudo como definición operacional para las conductas promotoras de salud. Este modelo tiene implicaciones para la aplicación, destacando la importancia de la valoración en el individuo de los factores que se cree que influyen en los cambios de conductas de salud (Zenteno *et al.*, 2017).

5. GRADO DE GENERALIZACIÓN Y PARSIMONIA DE LA TEORÍA

Con base al penúltimo paso del análisis de la metodología que propone Walker y Avant. Se realizó una revisión integrativa de la literatura, en las bases de datos, como el Mendeley, Biblioteca virtual de la salud, PubMed y el meta-buscador Google Académico, utilizando los descriptores: aplicación, Nola Pender, intervención, modelo de promoción de salud; utilizando los boleanos de AND Y OR.

Se incluyeron estudios originales y de revisión, escritos en diferentes idiomas como lo son: español, portugués e inglés, publicados entre el 2014 y el 2022. Se analizaron 37 artículos y esto hace énfasis en el uso de esta teoría de rango medio en los diferentes campos, pero la que más predominó fue la de formación en el área educativa en los diferentes grupos etarios. Aunado a esto todos los instrumentos que se aplica en los sujetos de estudio siempre basado en el modelo de promoción de salud, por lo que el investigador adapta los instrumentos para sus estudios en los diferentes campos de la ciencia.

La teórica Pender es autora y coautora de instrumentos para medir los estilos de vida que promueven la salud como lo son el de: Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida o por sus siglas: PEPS-I (Pender, 1996), también existe una colaboración de la doctora con otras investigadoras para la creación del instrumento denominado: Perfil de estilos de vida que promueven la salud o mejor conocido como: Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Walker *et al.*, 1995).

De acuerdo con Pender (1996) “han surgido adaptaciones como, por ejemplo; realizaron un trabajo de investigación con la finalidad de diseñar un instrumento de valoración familiar y comunitaria basado en el modelo de promoción de la salud de Nola Pender”.

Así mismo cabe mencionar que algunos estudios realizados como en el caso de las intervenciones se han tenido efectos positivos en la mejora de la conducta de los sujetos de estudio, pero también en la mejora de la calidad de vida y estilo de comportamiento. Asociado a todo lo anterior mencionado se da la importancia de aplicar este modelo en más de acción de la ciencia en relación a las conductas de vida y que esta pueda generar una mejoría en la vida (Díaz-Sánchez & Arias-Torres, 2021).

6. CAPACIDAD DE PRUEBA DE LA TEORÍA

El modelo se sigue modificando y comprobando por su poder de explicar las relaciones entre los factores que se cree que influyen en los cambios en un amplio despliegue de conductas de salud. Ahora existe un apoyo empírico suficiente para las variables del modelo, de modo que algunas conductas garanticen y lleven a cabo los estudios de intervención para su comprobación.

En razón a lo anterior, González-Aguilera *et al.* (2021) utilizaron predictores importantes del uso por parte de los empleados de la construcción de protección auditiva del MPS (autoeficacia, barreras, influencias interpersonales e influencias situacionales) para desarrollar un programa interactivo, utilizando un vídeo, para aumentar el uso de protección auditiva por parte de los empleados de la construcción. El presente estudio, multicéntrico, descubrió que la intervención aumentó el uso de la protección auditiva por parte de los empleados de la construcción en un 20% comparado con el mismo grupo sin intervención con una mejora estadísticamente significativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argoti Rosero, J. M., Gómez Ríos, L., García Idarraga, N. & Ospina Villada, D. (2022). *Diseño de un instrumento de valoración familiar y comunitaria basado En Nola Pender*. [Tesis de maestría, Facultad de Ciencias de la Salud, Colombia]. 1-49.
<https://digitk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/212b68d5-9728-4b07-bf0b-93a5e1a92066/content>
- Aristizábal-Hoyos, G.P., Blanco-Borjas, D.M., Sánchez-Ramos, A. & Ostiguín Meléndez, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. *Enfermería Universitaria*, 8(4). DOI.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.4.248>
- Cadena Estrada, J. C. & González Ortega, Y. (2017). El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J Pender (editorial Pontifica Javeriana), 19(1), 1-15. DOI.
<https://doi.org/10.11144/javeriana.ie19-1.ecep>
- Carranza, E.R.F., Caycho-Rodríguez, T., Salinas, A.S.A., Ramírez, G.M., Campos, V.C., Chuquista, O.K. & Pérez, R.J. (2019). Efectividad de intervención basada en modelo de Nola Pender en promoción de estilos de vida saludables de universitarios peruanos. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(4), 1-10.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96977>
- Cervantes Lara, C. A. & Álvarez Aguirre, A. (2019). Efecto de la entrevista motivacional en la autoeficacia para disminuir las conductas sexuales de riesgo en jóvenes. *Nure Investigación*, 16(102), 1-10.
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1647>
- Díaz-Sánchez, R. & Arias-Torres, D. (2021). Efectividad de intervención de enfermería en hábitos de vida saludable desde el modelo de Nola Pender. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 28(2), 1-11.
https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC-D-21-0020_ORIGINAL.pdf
- González-Aguilera, M.J., Miranda-Vidal, P., Sánchez-Ahumada, V., Vega-Jil, V., Mosqueda-Díaz, A. & Melo-Severino, A. (2021). Factores relacionados con la

violencia de pareja adolescente desde el modelo de Nola Pender: una revisión integrativa. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm*, 11(4), 30-43.

https://www.researchgate.net/publication/355174529_FACTORES_RELACIONADOS_CON_LA_VIOLENCIA_DE_PAREJA_DESDE_EL_MODELO_DE_NOLA_PENDER_UNA_REVISION_INTEGRATIVA

Herrera Molina, A. S., Machado Herrera, P. M., Tierra Tierra, V. R., Coro Tierra, E. M. & Remache Ati, K. A. (2022). El profesional de enfermería en la promoción de salud en el segundo nivel de atención. *Revista Eugenio Espejo*, 16(1), 98-111. <https://www.redalyc.org/journal/5728/572869632012/html/>

Pender, N. J. (1996). Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I). https://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/hernandez_d_md/apendiceA.pdf

Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. (7th Edition). United States of America: Pearson.

<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3140765>

Raile Alligood, M. (2014). *Modelos y Teorías en Enfermería* (Octava edición). Barcelona España: GEA consultoría editorial, S.L. SEPULVEDA G. Bogotá DC [Libro en físico].

Salazar Fajardo, B., Sagbay Fajardo, A., Romero Cuzco, J. & Guillén Berrezueta, C. (2022). Formularios de Google Workspace para evaluar la Teoría de Nola Pender: personal de enfermería durante el COVID-19. *Serie Científica De La Universidad De Las Ciencias Informáticas*, 15(2), 62-76.

<https://publicaciones.uci.cu/index.php/serie/article/view/1028>

Walker, S.N., Sechrist, K.R. & Pender, N.J. (1995). Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version). UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY.

<https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85349>

Zenteno, A., Cid, P. y Saez, K. (2017). Autoeficacia del cuidador familiar de la persona en estado crítico. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 146-154. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-autoeficacia-del-cuidador-familiar-persona-S1665706317300374>

03



Análisis general del Modelo de Autocuidado de Dorothea E. Orem

Humberto González Mayorquin

gonzalezmayorquinhumberto@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-2960-0423>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Hermilia Páez Gámez

hermiliapaez@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-5069-9951>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Miriam Gaxiola Flores

miriamgaxiola@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-3378-7404>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

María del Carmen Beltrán Montenegro

beltrancarmelita@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6882-5437>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

RESUMEN

Posteriormente el capítulo III detallara el modelo de autocuidado de Dorothea Orem, como una función humana reguladora que se debe aplicar en cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida, su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción comprometido en buscar la integridad de la persona de cuidado, y educarle para que siga las indicaciones durante su domicilio, posterior de salir de una institución hospitalaria, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen las personas en sus etapas de crecimiento desarrollo. Así mismo el presente apartado aludirá el origen, significado, adecuación, utilidad, generalización y por último la capacidad de prueba que permite conocer a mayor profundidad la importancia del modelo mencionado.

Palabras clave: Autocuidado, Déficit de autocuidado, Sistemas, Enfermería, Metaparadigma.

ABSTRACT

Subsequently, chapter III will detail Dorothea Orem's self-care model, as a regulatory human function that must be applied to each individual deliberately in order to maintain their life, their state of health, development and well-being, therefore, it is a system of action committed to seeking the integrity of the person of care, and educating them to follow the instructions during their home, after leaving a hospital institution, always in correspondence with the regulation needs that people have in their stages of growth and development. Likewise, this section will refer to the origin, meaning, adequacy, usefulness, generalization and finally the testing capacity that allows us to know in greater depth the importance of the mentioned model.

Keywords: Self-care, Self-care déficit, Systems, Nursing, Metaparadigm.

INTRODUCCIÓN

El análisis del modelo conceptual permite conocer a profundidad y acrecentar los conocimientos como lo refiere Jacqueline Fawcett en el proceso generador de conocimiento desde el pensamiento abstracto, el cual es clave en enfermería dada la complejidad de la naturaleza de los conceptos meta paradigáticos.

Entre los roles desempeñados en estos centros de asistencia destacan: enfermería en el área quirúrgica, experiencia como enfermera privada tanto en hospitales como a domicilio, integrante del equipo de cuidados hospitalarios en servicios médicos pediátricos y de adultos, y supervisora nocturna en la sección de urgencias. De acuerdo los pasos del análisis de teoría son los siguientes:

1. ORÍGENES DE LA TEORÍA

Dorothea Orem nació en los Estados Unidos el 15 de julio de 1914, específicamente en Baltimore, Maryland, de su padre se conoce que fue constructor y que disfrutaba de la pesca, mientras que de su madre se sabe que era una mujer dedicada al hogar y que aprovechaba su tiempo libre para dedicarlo a la lectura. Dorothea fue la menor de dos hermanas. Orem realizó su escolaridad con las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl. Después continuó su formación con las Hermanas de la Caridad en el Providence Hospital de Washington D.C. Ahí se le otorgó un diploma en enfermería a la temprana edad de 16 años. Más tarde, en la Universidad Católica de América recibió el título de Ciencias en Educación de Enfermería, y en el año 1946 realizó un máster en la misma área.

Por otra parte, Orem se desarrolló profesionalmente en distintas áreas del oficio de enfermería. Sus primeras experiencias se efectuaron en una diversidad de ámbitos tanto en el Providence Hospital Washington DC como en el Hospital de San Juan, Lowell, Massachusetts, murió el 22 de junio de 2007 a los 92 años de edad en Savannah, Georgia, donde pasó los últimos 25 años de su vida como consultora y autora. Esta enfermera fue autora de diversas publicaciones. Entre las obras publicadas destacan Modelo Orem y Normas prácticas de enfermería, esta última versa sobre el rol de la enfermería a partir de la práctica.

En otro sentido, las enfermeras norteamericanas experimentaron una inestabilidad creciente en las situaciones prácticas durante el periodo aproximado de 1940 a 1960. Un destacado médico de salud comunitaria, que trabajó con enfermeras, médicos y administradores a nivel estatal y nacional, destacaba que; las enfermeras tienen gran parte de la culpa de que los pacientes estén mal cuidados en los hospitales; y las enfermeras tendían que aceptar la responsabilidad por condiciones y problemas que implicaban. Esto fue un periodo en que los servicios de cuidados de salud, especialmente dentro de los hospitales, se vieron afectados por condiciones de desestabilización. Los cambios incluyeron lo siguiente:

- a) Cambios en las necesidades de cuidados de salud de las personas, asociados en parte al creciente número de individuos con enfermedades crónicas y el descenso de las enfermedades agudas transmisibles.
- b) Avances revolucionarios en el conocimiento y tecnología para el diagnóstico y tratamiento médico, la prevención y la rehabilitación.

c) La triplicación o cuadruplicación del número de individuos que proporcionaban cuidados, aumento del número total y del número de individuos en campos especializados.

d) Un aumento en el número de individuos que proporcionaban cuidados, aumento del número total y del número de individuos en campos especializados.

e) Cambio de la actitud del público hacia la salud y concientización creciente de las ventajas individuales y comunitarias obtenidas de unos servicios de salud efectivos.

Durante la década de 1950, su propio interés de reflexión sobre las competencias y límites de enfermería, se empezaron a tomar con un enfoque más propio de la enfermería, distinguiéndose del enfoque más global de cuidados preventivos de salud que previamente las había caracterizado. La formalización inicial de sus reflexiones sobre enfermería como campo de práctica fue expresada en 1956 y en 1959 le siguió una formulación más precisa.

Sus reflexiones sobre la condición humana asociada a los requerimientos de cuidados de enfermería fueron formuladas como conceptos y expresadas de la siguiente manera: La incapacidad de la persona para proporcionarse a sí misma continuamente la cantidad y calidad de autocuidado requerido a causa de su situación de salud personal. El autocuidado fue conceptualizado como cuidado personal que los seres humanos necesitan diariamente y que puede ser modificado por el estado de salud, las condiciones ambientales, los efectos de los cuidados médicos y otros factores.

El trabajo de Orem de conceptualización sobre enfermería tuvo su inicio formal en 1958 con la formalización del propósito adecuado de la enfermería considerada como campo de conocimientos y campo de práctica.

Finalmente, el autocuidado es una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales. En el término autocuidado, la palabra auto se utiliza en el sentido del ser humano completo. El autocuidado comporta la connotación dual de "Para uno mismo" y "realizado por uno mismo".

1.1 Formalización del concepto de autocuidado

Dorothea Orem expresó la reflexión formulada sobre los individuos maduros y en proceso de maduración que cuidan de sí mismos diariamente y que están sujetos a limitaciones asociadas con la salud: en su definición descriptiva de la enfermería en 1965, gracias a sus esfuerzos y los del Nursing Development Conference Group, el concepto de autocuidado fue formalizado en 1969.

En 1965 Orem desarrolló dos premisas sobre el autocuidado, que el Nursing Development Conference Group revisó y aceptó en 1969: El autocuidado es una conducta. Es ego-procesado. Es una actividad aprendida a través de las relaciones interpersonales y la comunicación. Las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidar de sí mismas para mantener la vida racional y la salud; pueden tener la responsabilidad con otras personas.

1.2 Preposiciones

Las preposiciones que Orem desarrolló en 1965 que fueron estudiadas, revisadas, añadidas y aceptadas por el Nursing Development Conference Group en 1967, están organizadas en tres grupos:

Grupo uno: Factores condicionantes;

- La conducta de autocuidado se ve afectada por el auto concepto y por el nivel de madurez del individuo.
- La conducta de autocuidado está afectada por los objetivos y las prácticas derivadas de la cultura.
- La conducta de autocuidado se ve afectada por el conocimiento de la salud científicamente derivado que posee la persona.
- La conducta de autocuidado se ve afectada por la situación en la constelación familiar.
- La conducta de autocuidado se ve afectada por los miembros de grupos sociales aparte de la familia; por ejemplo, amigos y compañeros de trabajo.
- Los adultos pueden elegir ocuparse, o no, en acciones específicas de autocuidado.

La falta de conocimientos científicamente derivados sobre el autocuidado, trastornos y disfunciones de la salud, la falta de habilidades de autocuidado, y los hábitos inadecuados de autocuidado limitan lo que una persona puede hacer respecto a su propio autocuidado, o al ayudar a otra persona en este tema.

Grupo dos: Autocuidado en la salud y enfermedad;

- El autocuidado contribuye y es necesario en la integridad de la persona como organismo psicofisiológico con una vida racional.
- Cada persona debe realizar o ha realizado para sí misma diariamente un mínimo de actividades dirigidas hacia sí mismo, o en consideración a sí mismo, para continuar su existencia como organismo con una vida racional.
- El autocuidado dirigido al mantenimiento y promoción de la salud requiere un fondo de conocimiento derivado científicamente sobre los objetivos y las prácticas de autocuidado, así como las habilidades y hábitos relacionados.
- La enfermedad, lesión o disfunción física o mental puede limitar lo que una persona puede hacer por sí misma, puesto que tales estados pueden limitar su capacidad para razonar, tomar decisiones y ocuparse en una actividad para alcanzar objetivos de autocuidado.

Grupo tres: Demandas comportamentales y de recursos de autocuidado;

- El autocuidado requiere un conocimiento general de los objetivos y prácticas de autocuidado, así como un conocimiento específico sobre uno mismo, incluyendo el estado de salud, y sobre el ambiente físico y social.
- El autocuidado implica la búsqueda y participación de los cuidados médicos prescritos por el médico en el caso de desviaciones o cambios de salud, y evaluaciones científicas periódicas del estado de salud.
- El autocuidado requiere actividades internamente orientadas dirigidas al control de la conducta.
- El autocuidado requiere el uso de recursos que puedan incluir el vivir en un entorno físico y social saludable o terapéutico; el consumo de agua, alimentos y fármacos; la aplicación de agentes físicos y medicamentos a las superficies externas y aquellas superficies internas que se comunican con el exterior.

El concepto teórico de sistema de enfermería carece de significado en ausencia de los conceptos incluidos de déficit de autocuidado y autocuidado. Se entendió que estos tres conceptos, tomados juntos, eran partes del concepto general de enfermería. Para formalizar aún más los conceptos y relaciones entre ellos, los

esfuerzos se dirigieron a expresar una teoría general de enfermería integrada por la teoría de autocuidado, la teoría del autocuidado y la teoría del sistema de enfermería (Afrasiabifar *et al.*, 2020).

La unión de las tres teorías constituye una teoría general de enfermería constituye, denominada teoría de enfermería del déficit de autocuidado. Se presenta primero la teoría del autocuidado porque es básica para la comprensión de la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería.

1.3 Idea central de la teoría

Dentro del contexto de la vida diaria, en los grupos sociales y su localización temporal- espacial, las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas o hacia características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos identificados para el control de factores que promueven o interfieren la regulación continua de su propio funcionamiento o desarrollo, para contribuir así a la continuación de la vida, el auto mantenimiento y a la salud y bienestar personal.

1.4 Premisas

La idea central de la teoría de autocuidado descansa por lo menos en cuatro suposiciones previas:

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

1.5 La teoría del déficit de autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado es elemento central de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado. Esta teoría tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería, a saber, los seres humanos como sometidos a limitaciones a causa de su salud, o relacionados con ella, para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente.

1.6 Premisas

Dos grandes grupos de suposiciones previas unen la idea central de la teoría del déficit de autocuidado con la teoría del autocuidado y la idea de dependencia social.

Primer grupo:

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

Segundo grupo:

- Las sociedades proporcionan, para el estado humano dependencia social, formas y medios para ayudar a las personas de acuerdo con la naturaleza y razones de su dependencia.
- Cuando son institucionalizadas, las operaciones directas de ayuda de los miembros de los grupos sociales se convierten en los medios para ayudar a las personas en estado de dependencia social.

1.7 La teoría del sistema de enfermería

La teoría del sistema de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del paciente y las de la enfermera.

Todos los sistemas de acción práctica que son sistemas de enfermería son formados por las enfermeras a través del ejercicio deliberado de las capacidades especializadas de la profesión dentro del contexto de su relación interpersonal y contractual con personas con déficit derivados de su salud o asociados con ella para

la producción de cuidados continuados, efectivos y completos para sí mismas o para las personas que dependen de ellas, a fin de asegurar que las demandas de autocuidado terapéutico son conocidas y satisfechas, y que se protege la agencia de autocuidado o se regula su ejercicio o desarrollo (Raile, 2014).

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

Hay por lo menos dos suposiciones previas básicas para la teoría y para proporcionar las bases de esta.

1. Enfermería es el esfuerzo práctico que realizan las enfermeras durante cierto tiempo para personas en localizaciones temporal-espacial determinadas en limitaciones de acción para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente que estén relacionadas con la salud o deriven de ella.
2. Enfermería es un servicio humano de salud institucionalizado, con una competencia y unos límites definidos por la propia finalidad o por su centro de atención especializado en la sociedad.

1.8 Proposiciones:

Se sugieren ocho preposiciones como guía para el continuo desarrollo de la teoría del sistema de enfermería.

1. Los enfermeros (as) se relacionan e interactúan con personas que ocupan la posición de pacientes de las enfermeras.
2. Los pacientes legítimos tienen requisitos de autocuidado existentes o potenciales.
3. Los pacientes legítimos tienen déficit existentes o potenciales para cubrir sus propios requisitos de autocuidado.
4. Los enfermeros (as) determinan los valores actuales y cambiantes de los requisitos de autocuidado del paciente, seleccionando procesos o tecnologías validadas y fidedignas, formulando cursos de acción necesarios para usar los procesos o tecnologías seleccionadas.

5. Los enfermeros (as) determinan los valores actuales y cambiantes de las habilidades del paciente para satisfacer sus requisitos de autocuidado usando procesos o tecnologías específicos.

6. Los enfermeros (as) valoran el potencial de los pacientes para:

- No ocuparse del autocuidado con propósitos terapéuticos.
- Desarrollar o refinar las habilidades para ocuparse en el autocuidado.

7. Los enfermeros (as) y los pacientes actúan conjuntamente para asignar los roles de cada uno en la producción de autocuidado del paciente y en la regulación del ejercicio o desarrollo de las capacidades del autocuidado del paciente.

1.9 Funciones de una teoría general de enfermería

La teoría sobre el déficit de autocuidado no es una explicación de la individualidad de una particular situación de enfermería en concreto, sino la expresión de una combinación singular de propiedades conceptualizadas o características comunes a todas las situaciones de enfermería. Como teoría general sirve a las enfermeras ocupadas en la práctica de enfermería, en el desarrollo y validación del conocimiento de la enfermería y en la enseñanza y aprendizaje de la enfermería.

Las ocho funciones identificadas de la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado son:

1. Explicar la visión de los seres humanos propia de la enfermería.
2. Expresar el centro de atención específico o la finalidad propia de la enfermería en la sociedad humana.
3. Exponer los conceptos clave de la enfermería considerada como campo de conocimientos y práctica y para establecer un sistema de símbolos o un lenguaje.
4. Establecer los límites y orientar el pensamiento y los esfuerzos prácticos en el ejercicio de la enfermera, la investigación y la educación en enfermería.
5. Reducir la carga cognitiva proporcionando elementos globalizadores para la nueva información y capacitar a las personas que comprenden la teoría para categorizar y formar conceptos a partir de reflexiones relacionadas sobre características de situaciones concretas de enfermería.

6. Permitir inferencias sobre las articulaciones de la enfermería con otros campos de servicio humano y con los patrones de vida diaria de los individuos y las familias en las comunidades.

7. Generar en las enfermeras y en los estudiantes de enfermería un estilo de pensar en la enfermería y de comunicarla.

8. Aunar a las enfermeras como comunidades en el continuo desarrollo, estructuración y validación del conocimiento de la enfermera.

El dominio por parte de los enfermeros de la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado y el resultado de la utilización de sus principios como guía de los esfuerzos profesionales atestiguan su utilidad. Quienes han dominado y utilizado la teoría de enfermería contribuyen a su perfeccionamiento y nuevo desarrollo, han notado cambios en sí mismos. Una experiencia que los enfermeros han notado es un aumento en su sensación de autovaloración y autoestima.

2. SIGNIFICADO DE LA TEORÍA

De acuerdo con Orem (2001) menciona que, la teoría del autocuidado expresa la visión de que los seres humanos son personas que han logrado un cierto grado de dominio sobre sí mismos. Esta es la única visión de los seres humanos que es compatible con las reflexiones expresadas sobre el autocuidado como función reguladora y humana.

Dentro de la teoría del autocuidado, la persona y el entorno son identificados como una unidad caracterizada por los intercambios ser humano-entorno, y por el impacto de uno en el otro. La persona-entorno constituye un tipo de unidad funcional con una existencia concreta. Es en nuestros procesos de pensamiento donde consideramos al individuo separado de su entorno.

En ese sentido las situaciones de la práctica de enfermería, la teoría de autocuidado guía a las enfermeras en el cálculo de la demanda de autocuidado terapéutico de los pacientes, en el diseño de sistemas de enfermería o de cuidado dependiente, para asegurar que los requisitos de autocuidado se cubrirán; y en la realización o guía de las acciones a través de las cuales se cubren los componentes de la demanda de cuidados.

3. ADECUACIÓN LÓGICA DE LA TEORÍA

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos, dichas relaciones se establecen de una manera abstracta que representa la estructura más abstracta y global de la ciencia enfermera (o). El metaparadigma sirve para dotar a la profesión de un significado concreto y exclusivo.

De acuerdo con Fawcett (2019) plantea que; Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigáticos:

Persona: concebida como un organismo biológico, racional y pensante, como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizando las ideas, palabras y símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, desde la capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significando integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Entorno: aunque no lo define “entorno” como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

La importancia de que los enfermeros conozcan estos conceptos estriba en que les permite definir los cuidados de enfermería con el fin de 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 esta.

El rol de enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, fomentando ambas el autocuidado por parte de la persona.

4. UTILIDAD DE LA TEORÍA

La utilidad del modelo ha sido tan necesario en diferentes organizaciones. La Teoría de Orem es un análisis detallado de los cuidados enfermeros, que nos permite definir el espacio que ocupa el profesional de enfermería en relación con la persona, donde todos los individuos sanos adultos tienen capacidad de autocuidado, en mayor o menor grado, en función de determinados factores (edad, sexo, estado de salud, situación sociocultural y predisposición).

Independientemente de cuál sea la enfermedad, falta de recursos, factores ambientales, la demanda de autocuidado terapéutico de la persona es superior a su agencia de autocuidado, entonces la enfermera actúa ayudando a compensar el desequilibrio a través de los sistemas de enfermería (Gumbs, 2020).

Es muy importante que los profesionales de enfermería dominen una premisa fundamental de la teoría, en la que se plantea que las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidarse a sí mismas, así como cuidar a aquellas personas dependientes que están a su cargo. En caso de que no puedan, han de buscar ayuda en los familiares o profesionales de la salud. Orem también tiene en cuenta la posibilidad de que la persona no quiera asumir la responsabilidad de cuidarse, por varios motivos como trastornos psíquicos u otras prioridades.

Los profesionales de enfermería, según Orem, deben ser capaz de lograr que el individuo participe de forma activa en la planificación e implementación de su propia atención de salud, teniendo en cuenta los factores básicos condicionantes del autocuidado, la edad y estado de salud y los conocimientos que poseen de ésta, la pertenencia al grupo social y los hábitos del medio cultural, la falta de habilidades y hábitos, el concepto de sí mismo y la madurez de la persona.

El concepto de autocuidado pone de relieve el derecho de cada persona de mantener un control individual sobre su propio patrón de vida, propiciando intimidad y tratándolo con dignidad, mientras realiza las actividades de autocuidados; otro principio de los cuidados enfermeros del modelo de Orem con un alto contenido ético es el referente a que el autocuidado no implica permitir a la persona que haga cosas por sí misma, al aumentar la capacidad de autocuidado aumenta la autoestima del individuo.

Podemos valorar que el modelo de Orem promueve la satisfacción de las demandas de autocuidado del individuo, fomentando su autonomía, ya que la meta que la enfermera se plantea utilizando el modelo está dada por asistir a las personas para que alcancen al máximo su nivel de autocuidado. Consideramos que la esencia es brindar cuidados profesionales al individuo, familia y comunidad; para lograr esto es necesario que este profesional tenga en cuenta los aspectos y principios éticos de su actividad que complementados con la ciencia y la técnica determinan su carácter profesional.

El ser una enfermera profesional implica un desarrollo continuo ascendente en la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos de la Ciencia de la Enfermería, que, al integrarse a normas, códigos legales, éticos y morales caracterizan al profesional de la enfermería en la medida en que se desarrolla la profesión; asimismo, estamos obligados a desarrollar, enriquecer el contenido real de las normas de exigencias el código ético de la enfermería.

La Teoría de Orem orienta cómo deben ser las relaciones entre el profesional de la salud y el individuo con necesidad de autocuidado, teniendo un papel fundamental y activo el individuo, evidenciándose valores éticos de la profesión enfermera, tales como: respeto a la autonomía de la persona, respeto al derecho de la salud y la vida, respeto a la dignidad de los hombres a pesar de tener limitaciones y la responsabilidad de brindar atención profesional de enfermería.

5. GRADO DE GENERALIZACIÓN Y PARSIMONIA DE LA TEORÍA

De acuerdo con bases consultadas como; Scielo, EBSCO, Dialnet, PubMed, Google Académico y Conricyt en 94 artículos se puede sugerir que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados por enfermeras y enfermeros a través del ejercicio de ser actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.

En razón a lo anterior, los sistemas de enfermería pueden estar preparados para personas individuales, para personas dentro de una unidad de cuidados dependientes, miembros con demandas de autocuidado terapéutico y con componentes semejantes que presentan limitaciones similares que les impiden comprometerse en un autocuidado o cuidado dependiente para familias y otras unidades multipersonales (Bond *et al.*, 2011).

6. CAPACIDAD DE PRUEBA DE LA TEORÍA

A pesar de los avances en la ciencia de enfermería, sigue siendo preocupante que, en el ámbito de la práctica asistencial, en donde el cuidado es la esencia del ser de enfermería, quedan huecos muy importantes en la atención, pues no se ha logrado aplicar la teoría de las aulas a la práctica. La herramienta fundamental con la que cuenta el profesional de enfermería es sin duda el proceso enfermero (PE).

Basado en un marco teórico que permite que el profesional de enfermería brinde sus cuidados con fundamentación científica, y puesto que es una disciplina práctica, la capacidad para identificar los problemas de salud, interpretar los hallazgos y establecer conclusiones adecuadas es fundamental para la profesión de la enfermería.

La teoría de Orem se ha utilizado para describir diversos papeles de la enfermería en múltiples casos, del cual se han desarrollado un gran número de instrumentos para medir las prácticas de autocuidado, ella advierte que el uso adecuado de los detalles de la teoría comprende el uso de las tres teorías; autocuidado, déficit de autocuidado, y sistemas enfermeros, teniendo un marco sólido y eficaz para el diseño del PE, el cual 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 (Godfrey *et al.*, 2011).

Consta de cinco etapas de las cuales lleva implícito los constructos de Orem y la descripción de estas. La primera etapa del proceso es la valoración siendo fundamental, la esencia de los datos reunidos y su interpretación variará dependiendo de la perspectiva filosófica y teórica, por lo que es necesario contar con guías estructuradas basada en un modelo conceptual que en este caso será la Teoría General del déficit de Autocuidado (TGDA). Las ideas de Orem son de utilidad para generar hipótesis y para ser añadidas al cuerpo de conocimientos que supone la enfermería, sus términos están definidos de manera muy precisa, regula el desarrollo y establece sistemas de autocuidado y de autogestión, presentando un enfoque visionario de la práctica de enfermería (Bal, 2016).

Por lo antes mencionado se buscó el diseño más simplificado de todo el PE desde la valoración, hasta la evaluación, pretendiendo que su vaciamiento sea más simplificado para llevarlo a la práctica, como herramienta necesaria de la práctica profesional de enfermería.

Dentro de la metodología, existen muchos autores que han realizado guías de valoración con relación a la TGDA, que parecieran ser demasiado extensas, proponiendo con esta construcción de instrumentos la valoración hasta la evaluación, simplificando la implementación del PE desde la colecta de datos, los diagnósticos de enfermería, el plan de cuidados, la ejecución y evaluación de un paciente. Orem menciona que es indispensable la información sobre los factores condicionantes básicos (FCB) para identificar las capacidades y limitaciones de autocuidado de los pacientes, y esta a su vez, deberá estar relacionada con los componentes esenciales de la agencia de autocuidado.

Para la construcción de los instrumentos, se retomaron los FCB, los requisitos de autocuidado, así como las etapas del proceso de enfermería (cinco etapas), con el análisis de la teoría de Dorothea Orem, se consideró necesario que su construcción fuera fácil y comprensible por lo que se planteó la utilización de una terminología técnica accesible al personal de enfermería.

Para la validez de contenido, se contó con la participación de grupo de expertas enfermeras clínicas, quienes a través de un taller de proceso enfermero, aplicaron los instrumentos a pacientes hospitalizados bajo el referente de Orem, realizando posteriormente las modificaciones correspondientes, basadas en los comentarios y sugerencias de las mismas expertas, resultando menos del 10% de ítems modificados.

En otro sentido, la heterogeneidad en las opciones de respuesta, no se aplicaron pruebas estadísticas para determinar la confiabilidad de los instrumentos, sin embargo, esto no restringe su aplicabilidad ya que cuenta con validez de contenido. Para la aplicación de la primera etapa del PE, que es la valoración, se estructuró el Instrumento 1 llamado Guía de valoración basada en la Teoría General del Déficit de Autocuidado, que consta de 22 ítems, con base en los 10 FCB, los cuales se refieren a las características de todo individuo que incluyen propiedades específicas, que son afectadas por factores ambientales y humanos.

Dichos ítems se redactaron considerando los datos objetivos y subjetivos, permitiendo sistematizar la información de forma sencilla, sin dejar de lado la comprensión de estos, con terminología técnica acorde al profesional de enfermería que lo aplicará. En el segundo apartado, la misma guía de valoración se subdivide en tres fases, encontrándose los requisitos de autocuidado, los cuales son importantes puesto que de ahí parte la intervención de enfermería, implicando la valoración de tres aspectos:

Requisitos de autocuidado Universales (RAU), que consta de 117 ítems, seguido de los requisitos de autocuidado de desarrollo (RAD) que consta de veintinueve ítems

y por último los requisitos de autocuidado de desviación de la salud (RADS) que están integradas por 119 ítems.

En donde la primera fase son los RAU, representa las acciones humanas que se producen a partir de las condiciones internas y externas del individuo, que mantienen la estructura y funcionamiento humano. Los RAD, menciona Orem, son las expresiones más específicas y particulares de la persona derivándose de una condición o bien asociadas a un acontecimiento de la vida, también se mencionan los RADS, que son los ya existentes para las personas que están enfermas o lesionadas, con enfermedades específicas, el conjunto de estos, permiten identificar el déficit de autocuidado de la persona, estando implícitos los elementos de la TDA, tales son la Agencia de autocuidado, el agente de autocuidado, el agente de cuidado dependiente.

En este apartado se pretende valorar al individuo integralmente en las capacidades de autocuidado tales son: mantenimiento de un aporte suficiente de agua, de aire, de alimentos, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación, del desarrollo humano, centro de los grupos sociales, prevención de peligros para la vida, equilibrio entre la actividad y el reposo, equilibrio entre la soledad y la interacción social (Afrasiabifar et al., 2016).

Así mismo se menciona la etapa de desarrollo en la que se encuentra el individuo, importantísimo conocer si tienen alguna enfermedad o tratamiento, se considera que la etapa de valoración es como la puerta de entrada a la vida de una persona y debe conocerse lo más y mejor posible, y con una síntesis inicial de la valoración se puede actuar de inmediato según el déficit que presente el individuo. Para la segunda etapa del proceso enfermero, el Instrumento 2 aquí presentado se llama "Diagnóstico de enfermería" y cuenta con cinco apartados (Naranjo- Hernández, 2019).

Como primer apartado, se considera la organización de datos (objetivos y subjetivos) un segundo apartado como análisis de datos recabados a través de la teoría general de Orem, posteriormente, los apartados tres, cuatro y cinco permiten la construcción del diagnóstico con el método PES (Problema, Etiología, Signos y síntomas).

Mientras que en el Instrumento tres, se hace alusión a las tres etapas restantes del proceso enfermero (planeación, ejecución y evaluación de las actividades de enfermería) con base a la Teoría General del Déficit de Autocuidado, nombrado como plan de cuidados, el presente instrumento cuenta con datos específicos del paciente, retomando nuevamente el diagnóstico del mismo, se estructuró de tal forma que fuera preciso y rápido en su aplicación, encontrándose implícitos los

siguientes datos; déficit de autocuidado, el sistema de enfermería, las acciones a realizar y la evaluación del proceso enfermero (Hartweg, 2020).

Consideraciones finales

Es importante considerar que la valoración sea eficaz y eficiente por cada individuo a nuestro cargo, por lo que se recomienda para la aplicación de esta guía de valoración, que el personal de enfermería utilice como técnicas la entrevista directa y estructurada en un orden lógico, se debe emplear la observación, auscultación, palpación y percusión para que sea una valoración holística, céfalo-podal y considerar que el entorno forma parte importante para la valoración, ya que se abordan aspectos personales que deben ser tratados de forma privada conservando al individualidad y confidencialidad del usuario.

Así como también es importante que el personal de enfermería confirme que los instrumentos de medición (baumanómetro, estetoscopio, equipo de diagnóstico, etcétera) se encuentren en estado óptimo para su manejo, con el fin de que los datos arrojados sean precisos, válidos y confiables para la elaboración de los diagnósticos de enfermería, los cuales se proponen ser realizados según la Clasificación de la NANDA.

Finalmente, es de vital importancia que no se limiten las acciones realizadas, abriendo nuevos horizontes a realizar trabajo interdisciplinario, enfocado en un mayor esfuerzo al cuidado de las personas, por lo que estos instrumentos facilitan la implementación del proceso de enfermería, que incluyen todos los conceptos que describió Orem, los cuales son apoyos funcionales y que realmente fundamentan el cuidado de enfermería con su herramienta científica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afrasiabifar A., Mehri Z. & Ghaffarian Shirazi H. R. (2020). Self-care model with multiple sclerosis patients balance and motor function. *Nursing Science Quarterly*, 33(1), 46-54. DOI. <https://orcid.org/10.1177/0894318419881792>
- Afrasiabifar A., Mehri Z., Javad Sadat S. & Ghaffarian Shirazi H. R. (2016). The effect of self-care model on fatigue in patients with multiple sclerosis: A single blind randomized clinical trial study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(8). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27781119/>
- Bal Özkaptan B. & Kapucu S. (2016). Home nursing care with the self-care model improves self-efficacy of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(3), 365-377. DOI. <https://doi.org/10.1111/jjns.12118>
- Bond A. E., Eshah N. F., Bani-Khaled M., Hamad A. O., Habashneh S., Kataua H., al-Jarrah I., Kamal A. A., Hamdan F. R. & Maabreh R. (2011). Who uses nursing theory? A univariate descriptive analysis of five years research articles. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 404-409. DOI. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00835.x>
- Fawcett J. (2019). Thoughts about the language of equity for population health. *Nursing Science Quarterly*, 32(2), 157-159. DOI. <https://doi.org/10.1177/089431841982627>
- Godfrey C. M., Harrison M. B., Lysaght R., Lamb M., Graham I. D. & Oakley P. (2011). Care of self-care-care by other-care of other: The meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(1), 3-24. DOI. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x>
- Gumbs J. (2020). Orem's select basic conditioning factors and health promoting self-care behaviors among African American women with type 2 diabetes. *Journal of Cultural Diversity*, 27(2), 47-52. DOI. <https://doi.org/10.1177/08943184211051369>
- Hartweg D. L. (2020). Self-care deficit nursing theory. In Smith M.C. (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (6th ed) 109-134. DOI. <https://orcid.org/10.1177/08943184211051369>

Naranjo-Hernández, Y., (2019). Modelos meta paradigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 814-825. DOI. <https://orcid.org/0000-0002-2476-1731>

Orem D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (sexta edición). Mosby. [Libro en físico].

Raile Alligood, M. (2014). *Modelos y Teorías en Enfermería* (Octava edición). Barcelona España: GEA consultoría editorial, S.L. SEPULVEDA G. Bogotá DC [Libro en físico].

04



Análisis del Modelo de Madeleine Leininger: Teoría de la Diversidad y Universalidad

Almada Jacobo Rodrigo

enf.rodrico_almada@ms.uas.edu.mx

<https://orcid.org/0009-0002-9774-8746>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Zindy Pamela Núñez Irizar

zindyirizar0@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5126-5875>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Jesús Roberto Garay Núñez

jesusgaray@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0002-0868-1344>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

Verónica Guadalupe Jiménez Barraza

veronicagpe.jimenez@uas.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-3856-2466>

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería Culiacán, Sinaloa.

RESUMEN

Finalmente el capítulo IV permitirá conocer a profundidad la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en la convicción de que las personas tienen diferente cultura que debe ser respetada, erradicando con el etnocentrismo, y así mismo ofreciendo información y orientación a los profesionales de enfermería para recibir los cuidados que desean o necesitan, basados en la coherencia de valores, creencias y prácticas culturales de cada persona, permitiendo ayudarlas a mantener o recuperar su salud de manera holística. Contemplando la inclusión y valores con quien se interactúa, para el logro de un bienestar, integrando su entorno en todos los aspectos contextuales, describiendo al ser humano como un ente integral, que no puede separarse de su procedencia cultural y estructura social.

Palabras clave: Diversidad, Universalidad, Cuidado Transcultural, Metaparadigmas, Enfermería.

ABSTRACT

Finally, chapter IV will provide an in-depth understanding of the theory of diversity and universality of cultural care, based on the conviction that people have different cultures that must be respected, eradicating ethnocentrism, and also offering information and guidance to nursing professionals to receive the care they want or need, based on the coherence of values, beliefs and cultural practices of each person, allowing them to help them maintain or recover their health in a holistic manner. Contemplating the inclusion and values with whom one interacts, to achieve well-being, integrating its environment in all contextual aspects, describing the human being as an integral entity, which cannot be separated from its cultural origin and social structure.

Keywords: Diversity, Universality, Cross-cultural care, Metaparadigms, Nursing.

INTRODUCCIÓN

La cultura universal sobresale en los estilos de vida de las personas que rigen un sistema de valores, creencias y actitudes en influencia a sus comportamientos, mismos que se toman en cuenta en base a sus decisiones. Del mismo modo, se considera que el cuidado cultural que refleja cada persona dependerá de su universalidad, donde la enfermería capta los puntos de vista humana desde un ángulo de modelos tradicionales, culturales, de valores, contextos lingüísticos y profesionales contemplados en términos de diversidad.

Al momento de distinguir de una cultura a otra, entendemos que el cuidado operacional deberá ser personalizado en dichas personas transculturales donde si bien nos podemos encontrar en un contexto socialmente “normal” para nosotros, también habrá escenarios en los que la enfermería traspolará los cuidados desde su contexto hacia al otro, es decir, un rol cambiante de atención tradicional, sin dejar de lado la calidad humana y esencia que se ejerce sobre el sujeto de cuidado.

1. ORIGEN DE LA TEORÍA

Madeleine Leininger nació en Sutton, Nebraska. Inicó su carrera como enfermera en 1948, tras recibir su diploma en enfermería en la St. Anthony's School of Nursing, en Denver. En 1965, obtuvo un doctorado en antropología por la universidad de Washington, en Seattle (Leno González, 2006).

Durante el tiempo que Madeleine M. Leininger trabajó en un hospital psiquiátrico, observó la influencia que las diferencias culturales ejercen sobre la manera en que los pacientes y familiares reaccionan desde el diagnóstico hasta la manera de llevar la enfermedad, notando a su vez que estas diferencias creaban unas barreras que dificultaban el brindar la atención (Leininger, 1999).

En consecuencia, Leininger realizó estudios de etnografía y etno enfermería, llevándole a vivir con los indígenas durante dos años, notó que aun en un contexto donde EMIC y ETIC compartan su percepción en torno a la salud, no necesariamente significa que compartan su actitud ante esa (Rohrbach-Viadas, 1998).

Ahí conoció las características como exclusivas de la cultura, además de la variedad cultural con relación al cuidado de la salud y de los hábitos y costumbres para el bienestar. Surgiendo con esto la teoría de la diversidad y de la universalidad, apoyándose en el método de la etno enfermería.

Lo anterior es una de las muchas barreras a las que esta teoría se enfrenta, para llevar a cabo su teoría, fue preciso describir el metaparadigma, así como otros conceptos fundamentales para el estudio de las culturas, con la finalidad de encajar las características que son específicas en las culturas y aquellas que son universales, dando lugar a un cuidado holístico (Leininger, 1999).

En 1970, crea el modelo del sol naciente, donde describe a los seres humanos como entes que no se pueden disgregar de su cultura, su percepción y concepción del mundo, su historia y el contexto de su entorno, siendo eso vital para la teoría (Rohrbach-Viadas, 1998).

2. SIGNIFICADO DE LA TEORÍA

Para poder comprender el significado de la teoría de Leininger se debe indiscutiblemente, analizar y explicar la estrecha correlación que logro establecer la autora de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales (Leininger, 1999). Con la Antropología, la Sociología y la Enfermería, mismas que permiten identificar a la persona en un contexto socio cultural, en esta segunda disciplina: La sociología, no queda del todo claro los orígenes teóricos que retoma la autora para la elaboración de su teoría, sin embargo, si considera algunos aspectos como los comportamientos colectivos, redes sociales de familia y los escenarios de la vida humana.

En razón a lo anterior, Leininger (1999), menciona que a través de su teoría logro definir a la enfermería transcultural como: “Área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado, basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud y hacer frente a sus discapacidades o su muerte” (p.1).

Dentro del propósito principal de la teoría se encuentra, describir las particularidades y las universalidades de los cuidados brindados por el profesional de enfermería, así como la concepción de la vida y la salud en las diferentes culturas del mundo. Bajo esta premisa: “La autora logró establecer su teoría con el objetivo de que el profesional de enfermería pudiera mejorar la forma de brindar cuidados culturalmente congruentes a las necesidades, valores, creencias y modos de vida de las personas que son de culturas diferentes” (Aguilar *et al.*, 2018).

Leininger desarrollo conceptos que según: desde el punto de vista de (cita del documento donde hablan del análisis) van de lo concreto a lo abstracto puesto que algunos de ellos son medibles en tiempo y espacio y viceversa. Por otra parte, según a Leininger (1999) “los conceptos como cultura y salud están íntimamente relacionados al establecer la filosofía, naturaleza y esencia de la enfermería transcultural”.

En relación con lo anterior, como se mencionó al inicio se logra identificar la influencia de otras disciplinas, así como el concepto de cultura con origen en la antropología y con un significado meramente abstracto y primitivo por las múltiples formas existentes de definir a la cultura y el de cuidado como parte esencial de la enfermería y al unir estas dos conceptualizaciones se obtiene en un marco filosófico mayor, una concepción mucho más concreta de lo que son los cuidados culturales (Rohrbach-Viadas, 1998).

Por otra parte, la autora de esta teoría también define dos elementos significativos dentro de los cuidados culturales, los cuales permiten comprender de manera significativa el rol de la enfermería cuando cuidada a quien necesita ser cuidado, dichos elementos se describen a continuación: Enfermería Transcultural: donde los profesionales de enfermería tienen un enfoque de análisis y estudio de las diferentes culturas y subculturas del mundo, también de manera concreta se debe mencionar que del término transcultural también sirve o puede ser utilizado para describir la trascendencia que hay entre una cultura y otra (Leininger, 1999).

Por ende, la enfermería intercultural emerge de los profesionales de enfermería en razón a como utilizan terminología antropológica sin comprometerse en el desarrollo de la investigación o técnicas dentro de la enfermería transcultural. Cabe mencionar que este último término se debe tomar en cuenta que utilizar el término intercultural desde un punto de vista antropológico se debe considerar la interrelación que puede existir de cultura a cultura (Aguilar *et al.*, 2018).

Es preciso mencionar que, desde una analogía hermenéutica de estos dos conceptos antes mencionados, la interculturalidad se puede definir como la interacción entre dos o más culturas y transculturalidad, a la trascendencia más allá de la cultura. El concepto de cuidado como pieza fundamental en el entendimiento de su teoría, que, en palabras de la autora, se describe como: la esencia y acto diferenciador de la enfermería que les permite a las personas mantener o restablecer su salud o bienestar o afrontar su enfermedad, su discapacidad o su muerte (Leininger, 1999).

Otro concepto que utiliza esta teórica en enfermería es el de cuidar: que se refiere a las acciones y actividades dirigidas hacia la asistencia, el sostenimiento o la rehabilitación de individuos o grupos con necesidades evidentes o anticipadas para mejorar o prosperar dentro de una condición de salud o el afrontamiento de la muerte (Rohrbach-Viadas, 1998).

Así mismo en este marco conceptual, Leininger describe el término cultura como: las creencias, valores, símbolos, estilos de vida de un grupo social en particular y que son aprendidos, practicados y generalmente transmitidos de generación a generación como normas de comportamientos de vida (Leininger, 1999).

En este sentido Leininger incita a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas entorno al cuidado de su salud. En esa búsqueda juiciosa las mismas personas se comprometen con los profesionales de enfermería, a develar sus significados y enseñar propositivamente

las creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y de su actuar frente al cuidado de su salud (Rodríguez & Vásquez, 2007).

Leininger sostiene que los elementos que distinguen de forma genuina a la enfermería de las contribuciones en este proceso de salud enfermedad de un individuo en comparación con otras disciplinas, es un conocimiento y una práctica asistencial basada en el entendimiento de la cultura. En este mismo sentido la razón principal del estudio de esta teoría de los cuidados radica en que, ante todo, la idea principal parece un factor crítico para el crecimiento, desarrollo y la supervivencia de los seres humanos, Leininger logra definir al ser humano como: la persona quien cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según la cultura (Aguilar *et al.*, 2018).

Se logra concluir el presente marco conceptual con el termino etnocentrismo e Imposición cultural los cuales, son conceptos de extremada importancia y que el profesional de enfermería debe entender y sobre todo comprender.

De tal manera que el etnocentrismo deriva de la creencia que los propios valores, creencias y maneras de conocer y hacer, son mejores o superiores a otras. Mientras que la imposición cultural se define como la tendencia de imponer los propios valores y creencias y prácticas etnocéntricas a otra persona o grupo, limitando con ello su libertad y respeto al ser humano (Leininger, 1999).

Todas las definiciones antes mencionadas son una base muy importante a partir del momento en el que el cuidado corresponde a un fenómeno abstracto-concreto y no únicamente a actos delegados o propios, el cuidado es un campo de estudio propio a la enfermería por lo que resulta de vital importancia conocer a fondo todos estos elementos que componen a esta teoría, así como PTE (Rohrbach-Viadas, 1998).

Fue en 1960 que a raíz de sus investigaciones Leininger también logro formalizar la etno-enfermería, lo cual la llevo a sostener que la asistencia: es la esencia de la enfermería, el rasgo predominante, distintivo y unificador de esta profesión. Y que dicha asistencia puede ser un dominio complejo, engañoso y, a menudo, integrado de una estructura social y en otros aspectos culturales. Leininger también planea que existen diferentes formas de expresiones y modelos de asistencia, tan diversos y complejos entre sí como, hasta un cierto punto universales (Leno, 2006).

La etno-enfermería se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones ÉMIC locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores (p.5).

Direccionando todo lo anterior con la teoría de los cuidados transculturales y el método de etno-enfermería basado en creencias ÉMIC (visión interna), es muy probable poder acceder al descubrimiento de cuidados basados y fundados de las personas, ya que estos emplean principalmente datos centrados en los informantes y no en las convicciones o prácticas ÉTIC (visiones externas) del investigador en cuestión.

Debido a lo anterior surge la necesidad de estudiar a las personas desde sus experiencias y conocimientos locales o ÉMIC para posteriormente contrastarlo con los factores externos o ÉTIC, puesto que muchos de los factores externos habrán de influir en las experiencias internas y con ello se habrán de modificar, direccionar o marcar las pautas del cuidado de las personas.

La teoría transcultural se puede visualizar a través del “Modelo del Sol Naciente” el cual describe al ser humano como un ente integral, que no puede separarse de su procedencia cultural, ni de su estructura sociocultural, así como su concepción del mundo, lo que constituye el principal fundamento del desarrollo de tu teoría, este modelo se divide en 4 niveles.

Estos 4 niveles van de lo abstracto a lo menos abstracto, siendo el primer nivel el de mayor complejidad y el nivel 4 el de menor complejidad para el entendimiento del profesional de enfermería, se debe puntualizar que en los primeros 3 niveles se proporcionan los conocimientos para brindar cuidados culturalmente coherentes.

En primer lugar, el nivel uno, representa la visión del mundo y los sistemas sociales, este permite estudio de la naturaleza, el significado y los atributos de los cuidados desde 3 perspectivas: micro perspectiva (los individuos de una cultura), perspectiva media (factores muy complejos de una cultura en específica) y por último macro perspectiva (son aquellos fenómenos transversales de diversas culturas).

Todas estas características representan el entorno donde crece, nace y se desenvuelve el individuo y que son representadas a través de estructuras sociales. En el nivel dos, se proporciona la información acerca de los individuos, las familias, los grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud, pero también proporciona

información sobre los significados y expresiones específicas relacionadas con los cuidados de la salud; por lo que su abordaje es a través de la antropología en su método etnográfico y se relaciona íntimamente con la propuesta de Leininger de la etno-enfermería y el uso de esta, como herramienta para la recolección de la información (Rodríguez & Vásquez, 2007) .

Seguidamente, en el nivel tres, se proporciona la información acerca de los sistemas genéricos o tradicionales y los sistemas profesionales, incluyendo a la disciplina de enfermería, los cuales actúan dentro de una cultura he identifican la diversidad y universalidad de los cuidados culturales; cabe señalar que en este nivel se retoman planteamientos filosóficos del ser humano (Aguilar et al., 2018).

Por último, el nivel cuatro, que donde se determinan el nivel de la acciones y decisiones de los cuidados enfermeros; en este nivel surge la aplicabilidad y seguimiento de los cuidados, así como la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturalmente Congruentes. De esta manera Leininger plantea visualizar al ser humano de manera holística, siendo aquí donde se determina el aspecto cultural como eje rector de su modelo (Rohrbach-Viadas, 1998).

3. ADECUACIÓN TEÓRICA

La enfermería transcultural abarca más saberes teóricos que los que se conocen, la práctica de la profesión obliga a que los enfermeros tomen en cuenta el gran número de culturas que subyacen en distantes regiones del mundo. Diferentes formas de pensar, actuar y sentir entenderán que los roles de las personas son destinados en base a sus intereses propios, de tradición, de cultura (Leininger, 1999).

De igual manera, la teoría que resulta relevante destacar los estudios de enfermería transcultural para su desempeño en investigaciones, práctica y así como el sustento de otras teorías debido al presente mundo multicultural que vivenciamos.

Dicha teoría sustenta un nuevo panorama de la enfermería transcultural, se autodefine como una teoría nueva y diferente con el desarrollo de conceptos, términos y demás conocimientos que aboquen a un campo de interés en particular, o bien a un fenómeno que resulte relevante para su estudio, así como también explicar su comportamiento.

Es entonces, como es qué impacta la enfermería transcultural en sus métodos de prácticas adecuándose a la universalidad de las personas que rigen sus propias tradiciones, conductas y creencias, las cuáles muchas de ellas se pueden llegar a percibir a simple vista, del mismo modo su compartimiento se ve reflejado en base a sus normas culturales.

La teoría de la diversidad y universalidad nos impulsa a ejercer cuidados culturalmente apropiados, que puedan ser también beneficiado hacia el sujeto de cuidado no solo de su salud física como tal, sino de todas sus esferas cognitivas: mental, social, cultural. El desempeño del personal sanitario fomentará un alivio espiritual al equilibrar la atención holística en cuanto a los valores culturales de cada persona, haciendo sentir a está, una tranquilidad en su ser, por el simple hecho de comprender su contexto social (Rodriguez & Vázquez, 2007).

Más que una disciplina o profesión, enfermería ha sido una revolución y evolución de conocimientos, mismos que han ido modificando su concepto universal recordando que concluye en la esencia única que es el arte del cuidado.

Para esto, se ramifica también otro término, gracias a la teoría de diversidad y universalidad podemos anexar lo que hemos venido hablando desde un principio: la enfermería transcultural.

Generalmente cuando escuchamos o leemos cultura, nuestro primer pensamiento se dirigen hacia las tradiciones a las que estamos más familiarizadas. La práctica enfermera da el mismo significado, brindamos cuidados en base a nuestras propias normas culturales, sin embargo, deberá de hacerse una retrospectiva para considerar de manera igualitarias todas las creencias, etnias y credos a los que son afín los pacientes.

El respetar la religión, color, sexo, idioma, se expandirá el valor solidario de enfermería de modo que sea impuesto en todos los aspectos profesionales y disciplinares a los que se rige el cuidado enfermero. Incluir también, el demás equipo multidisciplinario ayudará a brindar un soporte a la atención integral y de calidad por parte de todos los servicios de salud (Leininger, 1999).

La teoría sustenta la validez de enfermería como constructo autónomo de decisiones a las que es capaz de tomar el personal para realizar afirmaciones que sean beneficiosas y significativas hacia las personas que están bajo sus cuidados (Leininger, 1999).

Con la práctica de la enfermería transcultural han surgido nuevos conocimientos hacia investigaciones que pretenden a la vez, desarrollar estrategias intervenidas que alcancen el entorno sociocultural al que se encuentra la profesión, para así construir acciones incluyentes de herencias culturales acompañado de los estilos de vida que conlleva cada grupo social.

Otro importante ámbito que surge en la práctica transcultural es el hecho que existe de la presencia de escenarios donde protagoniza la imposición cultural. Estas situaciones negativas han repercutido gravemente en la calidad de recuperación de los sujetos bajo cuidado, quienes exponen sus emociones y sentimientos de exclusión social, mismos que recaen en un hecho de discriminación. La teoría de Leininger aporta entonces, el uso de los valores culturales y el descubrimiento de cuidados transculturales, para el ejercicio adecuado, integral y próspero de la profesión (Leno, 2006).

La diversidad cultural que estudia la antropología tiende a construir un marco epistemológico que sirva de sostén a investigaciones similares o con interés en particular del estudio de la cultura. Aquí mismo, surgen definiciones de limitación de libertad retomando el término de imposición cultural, definiéndolo así a la tendencia a imponer tradiciones, normas y valores propios, hacia a otra persona o grupo, por el cual se ve sometido a regir el seguimiento de este.

La enfermera o enfermero transcultural enseñara a respetar los comportamientos individuales de cada paciente o persona a su alrededor, para que se obtenga un resultado favorable en la relación enfermero-paciente y a la vez a una plena recuperación o rehabilitación.

Así mismo, proporcionar cuidados culturalmente adecuados resultara a la satisfacción total de cualquier persona que se encuentre bajo a la responsabilidad de enfermería. Todo el personal salubre está retado a utilizar la enfermería transcultural en diversas situaciones a las que se vivencie, y el resto, a seguir desarrollando investigaciones que generen cambios de técnicas, principios y resultados que impacten positivamente a la atención universal de las personas, acompañado de su diversidad cultural.

4. UTILIDAD DE LA TEORÍA

La práctica de la enfermería transcultural ha tomado dirección a las dinámicas de percepción de cultura que influyen en la relación enfermero-paciente. Se enfoca en un aspecto específico de enfermería, una teoría que fue y es, necesario estudiarla para entender los diferentes tipos de cuidado porvenir. Leininger creativamente desarrollo la teoría con un objetivo que sería proveer un cuidado cultural congruente. Algunos investigadores clasifican a la teoría como rango medio (Rohrbach-Viadas, 1998).

Por otro lado, es un estudio que alterna medidas de cuidado culturales que pueden ser brindados en un grupo social o individuo. En 1960 ella concernía el término “cuidado cultural apropiado”, en donde su estudio se define como holístico y completo ya que ha llevado aplicaciones de la práctica enfermera más amplias de lo que tradicionalmente se espera con un enfoque reduccionista de rango medio (Rohrbach-Viadas, 1998).

Recalcando que la participación conjunta de enfermería y el paciente pueden diseñar un nuevo o diferente estilo de cuidado para la salud. De este modo, el uso de ambos individuos tanto profesionales como sociales, requerirá de ambos saberes y conocimientos para desarrollar pensamientos estratégicos que generen acciones de cuidado mismo que están enfocados al objetivo de la teoría.

En contraparte las modalidades nuevas de la profesión tendrán que ser diseñadas, implementadas, evaluadas y planeadas con coparticipación del personal que haya vivenciado experiencias multiculturales donde pueda compartir las estrategias y técnicas utilizadas en su defecto. Por lo tanto, la teoría servirá como base para el funcionamiento de las acciones generadas con cuidados culturalmente apropiados por parte del personal de salud.

De tal manera el cuidado y enfermería transcultural han sido definidos como una manera legítima y área formal de estudio, investigación y práctica, enfocados en el desarrollo de creencias, valores u tradiciones, donde se trate de involucrar a las culturas y subculturas para el aportar distintas maneras de cuidado culturalmente apropiado (Leininger, 1999).

5. GRADO DE GENERALIZACIÓN Y LA PARSIMONIA DE LA TEORÍA.

Grandes teorías han surgido entorno a la profesión de enfermería, sin embargo, no todas, el hecho de considerarse grandes abarca por sí todo el saber teórico de ello. La teoría de la diversidad y universalidad ha impuesto nuevas conductas de cuidado, lo que propicia a implementar estrategias de calidad que brinden un cuidado adecuado para cada persona. Muchas concepciones de esta han servido para colaborar con instituciones tanto de salud como educativas y así facilitar el entendimiento de las culturas que rigen en distintos grupos sociales.

Se puede corroborar con otras teorías universales de enfermería, el hecho de que la formación del personal salubre resulte indispensable su involucramiento hacia el entorno global al que estamos expuestos para el descubrimiento de nuevas culturas, y de esta manera, concientizar la diversidad de ideologías existentes, para así acoger todos los aspectos sociales, demográficos, culturales y políticos que conllevan a una atención de salud (Raile, 2011).

6. CAPACIDAD DE PRUEBA DE LA TEORÍA

El cuidado es universal, pero las acciones, patrones, expresiones, estilos de vida y significados del cuidado pueden ser diferentes; el cuidado con conocimientos de la diversidad cultural es especial en la práctica de la profesión para poder brindar cuidados adecuados al individuo, familia y comunidad, cuando se habla de la diversidad de los cuidados culturales alude a la variación y diferencia existente en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad y estos a su vez van direccionados a ayudar, apoyar o facilitar las medidas o acciones del profesional de enfermería.

Leininger al basar su teoría en la enfermería transcultural, forja con ello una rama del aprendizaje de la disciplina que se centra en el estudio comparativo y a su vez permite al profesional analizar de manera holística a las culturas, al cuidado desde una concepción mayor, las prácticas, valores y creencias que giran alrededor de la Salud/enfermedad (Leno, 2006).

Finalmente, la teoría es sumamente útil para orientar mediante el estudio comparativo y utilización de métodos etnológicos, el descubrimiento y la evolución del cuidado dentro de las diferentes culturas y contextos que el profesional de enfermería presta sus servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Guzmán, O., Carrasco González, M. I., García Piña, M. A., Saldivar Flores, A. & Ostiguín Meléndez, R. M. (2018). Madeleine Leininger: Un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Universitaria*, 4(2). DOI. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2007.2.457>
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 6, 5-12. DOI. <https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.01>
- Leno González, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*. DOI. <https://doi.org/10.30827/Digibug.7118>
- Rodríguez, L. M. D. & Vásquez, M. L. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, 38(4).
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342007000600011
- Rohrbach-Viadas, C. (1998). Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los cuidados*, 3. DOI. <https://doi.org/10.14198/cuid.1998.3.06>
- Raile Alligood, M. (2014). *Modelos y Teorías en Enfermería* (Octava edición). Barcelona España: GEA consultoría editorial, S.L. SEPULVEDA G. Bogotá DC [Libro en físico].



