



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

**MODELO DE CONSULTORÍA EN ENFERMERÍA CENTRADO A PERSONA
LA CON ENFERMEDAD RENAL, BASADO EN LAS APORTACIONES DE
NOLA J. PENDER Y DOROTHEA E. OREM, EN UN HOSPITAL DE TERCER
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO. 2020.**

TRABAJO TERMINAL DE GRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA GESTIÓN EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

MARÍA ERIKA RODRÍGUEZ GARDUÑO

TUTOR ACADÉMICO

DR. S. P. JULIO FLORES VILLEGAS

TUTOR ADJUNTO

DR.C.S. RAFAEL ANTONIO ESTEVES RAMOS

TUTOR ADJUNTO

DR.C.S. IHOSVANY BASSET MACHADO

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO AGOSTO 2021.



CUVCH

Índice

I. RESUMEN	4
II. INTRODUCCIÓN	6
III. ESTADO DEL ARTE	10
IV. SUPUESTO	70
V. OBJETIVOS	71
VI. METODOLOGÍA	72
VII. RESULTADOS.....	75
VIII. DISCUSIÓN	97
IX. CONCLUSIÓN.....	102
X. REFERENCIAS.....	104
XI. ANEXOS	114

I. RESUMEN

El presente trabajo de trabajo final de grado tiene como objeto de estudio diseño de un modelo de consultoría en enfermería centrado a la persona con enfermedad renal crónica basado en la teoría de Nola J. Pender y Dorothea E. Orem, debido al impacto que tiene en la salud pública ocasionado por los gastos catastróficos, además de la demanda de atención médica en los servicios de salud, aunado a la carga social de la familia, por lo que se realizó una investigación de tipo formativa, cualitativa con una técnica de estudio fenomenológica con la realización de entrevistas semiestructuradas con la formulación de planteamientos basados en los componentes teóricos de Nola J. Pender y Dorothea E. Orem a cuatro pacientes con la enfermedad renal crónica que se encontraban hospitalizados, apegado a la normativa de códigos de bioética correspondiente. El ingreso de los pacientes hospitalarios fue derivado de procesos infecciosos y de exceso de volumen de líquidos, al realizarse las entrevistas se encontró que aspectos psicológicos como la resiliencia y los procesos familiares pueden favorecer el cambio de conductas en los pacientes con la enfermedad renal crónica, favoreciéndose la disminución de motivos de ingreso asociados a conductas no saludables. Una de las características de la consultoría de enfermería son las competencias a desarrollar como son alfabetización en salud, autoeficacia, autocuidado, estilos de vida saludable y empoderamiento, como resultado del análisis de las entrevistas, se determinó que aspectos psicológicos y socioculturales tienen una influencia directa en la salud de las personas con enfermedad renal crónica, es por ello que incluir aspectos que promuevan y refuercen estas competencias que serán reflejadas en conductas de salud a fin de disminuir riesgos y limitar el daño de la enfermedad renal crónica en las personas. En la realización del metaanálisis se establece que algunas funciones de consultoría en enfermería, tales como autocuidado, educación, cambios en el estilo de vida, y empoderamiento, sin embargo, la propuesta de este trabajo incluye la adquisición o desarrollo de competencias específicas que promueven conductas saludables otorgándole a la persona, familia y comunidad los elementos necesarios para mejorar la propia salud. La función de la consultoría de

enfermería definido de acuerdo a la metaanálisis establecido “es un servicio profesional de enfermería de practica avanzada de liderazgo y autonomía, con un sustento epistémico enfocado a identificar y modificar aquellas respuestas humanas desde un enfoque holístico, al promover y conservar la salud, además, de limitar la enfermedad” (elaboración propia, 2021), por lo que se establecería como una propuesta alterna que involucre a la persona, a la familia y a la comunidad para el cuidado de sí misma, siendo el profesional de enfermería el responsable de identificar e intervenir en las respuestas humanas de la persona con enfermedad renal crónica al asistir a la consultoría de enfermería.

II. INTRODUCCIÓN

La primera referencia que hace mención a la consulta de enfermería, es en los Estados Unidos en el Johns Hopkins Hospital de Baltimore entre los años 1960 y 1973, refiriéndose a las funciones de las enfermeras especialistas, quienes se encargaban de atender y dar seguimiento a personas con problemas crónicos, de forma independiente a la que otorgaban los médicos, interviniendo de manera libre y autónoma, no obstante, contaban con mecanismos para la remisión al médico (Pimentel, 2019).

La consulta de enfermería es una alternativa importante para el sistema de salud, ya que amplía el acceso y la cobertura universal a la salud, además de funcionar como la puerta de entrada hacia la autonomía profesional, la práctica independiente y el reconocimiento social de nuestra profesión.

De acuerdo a, Kidney International se estima que 850 millones de personas alrededor del mundo padecen Enfermedad Renal Crónica (ERC), por diversas causas, es decir, uno de cada diez adultos en todo el mundo padece ERC, que invariablemente es irreversible y en su mayoría progresiva, además se calcula como la quinta causa en años perdidos de vida a nivel mundial en el año 2040, por consiguiente, una de las principales causas de gasto en salud para todos los países (Foreman, 2018).

Según datos del Institute for Health Metrics and Evaluation, (2017) para el año 2040 las muertes por la ERC en México, serán del 11.57%, por cada 100, 000 habitantes, el 4.77% por ERC asociada a la diabetes, el 2.15% por ERC asociada a la HTA, el 2.47% a ERC asociada a Glomeronefritis y el 2.17% debido a otras causas de la ERC. Cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI,2019), reportó 13,845 muertes por ERC en el año 2018, con un incremento de 678 muertes en comparación con el año 2017, ubicando a la enfermedad en el décimo lugar por mortalidad en el país, con una prevalencia en hombres con un registro de 7,825 (56.5%) muertes y en mujeres de 6,018 (43.5%), con una afectación a los grupos de edad de 45 años a más. Por otra parte, registró

722,611 decesos en el 2018, de los cuales el 56%, está concentrado en el grupo etario de 65 años a más, con respecto a la ERC se reportan 8 037 muertes para este grupo, 2 116 muertes para el grupo de 55 a 64 años, 10360 muertes de 45 a 54 años, 828 muertes de 25 a 34 años y por último de 487 muertes de 15 a 24 años.

La distribución por sexo es, en hombres se registraron 7,825 y en mujeres 6,018 muertes, por consiguiente, la vulnerabilidad por grupo etario y sexo, repercute en la calidad de vida y años de vida perdidos por la enfermedad, en edad productiva y reproductiva, sobre todo, cuando la esperanza de vida, en hombres es de 73 años y en mujeres es de 79 años, de acuerdo a lo reportado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2019).

En el caso de, la derechohabiencia el INEGI (2015) el 49.9% de la población estaba afiliada al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), el 39.2% al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 7.7% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el 1.2 % a servicios de PEMEX, SEDENA y SEMAR y solo el 1.2% a otras instituciones, lo que representa el 82.2% afiliada y el 17.3% no afiliada a servicios de salud, aunque, un 0.6% no especifica la condición.

Sin embargo, Gutiérrez (2019), identifico la presencia de desigualdades en el acceso a la atención a la salud entre la población de localidades de menos de 100,000 habitantes en México, al señalar que el nivel de ingresos se asocia con la posibilidad de acceder a la atención de la salud, reflejando la inequidad social en el país, de igual forma, se afirma que “millones de personas no tienen acceso a ninguna de las Instituciones o modalidades de este sistema o se enfrentan padecimientos para los cuales no hay cobertura” (Programa Nacional de Desarrollo, 2019-2024), por lo tanto, el acceder a la Cobertura Universal en Salud (CUS), es un reto central para los Sistemas de Salud, tanto para el país como a nivel mundial.

La ERC está asociada a dos de las principales causas de mortalidad en el país, señalando como la primera causa a las enfermedades cardiovasculares, seguida de la diabetes mellitus, así como, a las enfermedades no transmisibles (ENT), como la obesidad y la hipertensión arterial; problemas de salud

transcendentales para el país al figurar como una carga económica catastrófica, para el estado y la familia mexicana, por lo que, la ampliación de roles de enfermería a través de la enfermería de práctica avanzada (EPA), representa una puerta de entrada a servicios de salud accesibles, eje prioritario, puntualizado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y el Programa Sectorial de Salud 2019-2024, para proteger y garantizar el derecho a la salud para toda la población mexicana.

Dentro de los modelos de enfermería, la teoría del Déficit de autocuidado (TEDA) de Dorothea E. Orem y el modelo de Promoción de la salud (MPS) de Nola J. Pender, cuyas aportaciones son los conocimientos que sustentan la práctica de enfermería, por un lado, la TEDA de Dorothea E. Orem tiene el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con acciones de autocuidado para conservar la salud, la vida y la recuperación de la enfermedad, del mismo modo, el MPS de Nola J. Pender el interés es el de fomentar estilos de vida saludables, encaminados a mejorar la calidad de vida, de tal forma, que ambas aportaciones son el sustento de la práctica de enfermería, y que al tomarse como referentes teóricos se pretende entender los problemas presentes, además, de las necesidades de la persona con ERC en una consultoría en enfermería.

A lo anterior, se debe sumar que la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) a nivel mundial es una estrategia de recursos humanos para la salud, descrita en la Resolución CD52.R13 de la 65a sesión del comité regional de la Organización Panamericana de la Salud (2013), con el fin de lograr la cobertura universal de salud en los sistemas de salud en el mundo, mencionando en su apartado uno, inciso d, “...mejoren el alcance de la práctica de cada profesión hasta su máximo potencial, según sus competencias,... promuevan y vigilen la innovación para mejorar el desempeño y la gestión de equipos en la atención primaria de salud”.

En este mismo sentido, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal a través de la Comisión Permanente de Enfermería, se refiere a la EPA como un esquema disponible para el profesional de enfermería con grados de Maestrías y Doctorados, por otra parte, el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en enfermería (SIARHE, año), reporta a nivel nacional una población de 291,685

enfermeras y enfermeros (excluyendo en estos datos a los no proporcionados por la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina), de acuerdo al, nivel académico el SIARHE reporta que el 3.8% tiene una especialidad, mientras el 2.3% tiene el grado de maestría y un 0.1% con doctorado; es decir, el 2.4% de las enfermeras y enfermeros de México, posee el perfil para ampliar su campo de acción, con actividades avanzadas, entre ellas, la consulta de enfermería, un espacio con una amplia gama de posibilidades para una actuación autónoma y con liderazgo, para la promoción, recuperación y educación de la salud, principalmente en problemas de salud pública.

Además, las políticas de salud en México en los últimos años, se han enfocado en estrategias curativas, es decir, a tratar la enfermedad y no a tratar a las personas, desde su contexto social, por lo tanto, el enfoque de la Atención Primaria en la Salud Integral en México (APS-I Mx), que prevé transitar a un sistema de salud universal y accesible en todos los niveles de atención desde la promoción de la salud, la prevención, la curación, la rehabilitación y la atención paliativa, por lo tanto, la participación proactiva del profesional de enfermería a partir de su liderazgo en una consultoría de enfermería centrada a la persona con enfermedad renal crónica, pueden conducir a una práctica autónoma basada en conocimiento propio de la disciplina profesional, con resultados de alfabetización para la salud, empoderamiento, estilos de vida saludables y la calidad de vida de las personas con ERC.

Por consiguiente, la consultoría en enfermería contribuye en la CUS, principalmente en la ERC, por esta razón, se pondera que, el presente trabajo final de grado, desarrollado con los referentes metodológicos teóricos de enfermería, el Modelo de Promoción a la salud (MPS), de Nola J. Pender y la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TEDC), de Dorothea E. Orem, acorde a las estrategias políticas y sociales del Plan Nacional de Desarrollo.

III. ESTADO DEL ARTE

En México, la consulta de enfermería tiene sus antecedentes en el año 1987 en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudio al Nacimiento (CIMIGen), Institución de Asistencia Privada no gubernamental, con la realización de encuestas de salud por un grupo de enfermeras, un año después, un grupo de enfermeras especialistas en perinatología y hasta la fecha, realizan la atención de educación en temas relacionados a salud reproductiva, del niño y la mujer, consultas y trabajos de partos de bajo riesgo, con el apoyo de médicos especialistas (Campiglia, 2017).

Después, se tiene la referencia del Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS) como sede de la Práctica de Atención Primaria a la Salud en el año 1992, ofreciendo intervenciones de Enfermería con consultorios, a través de trabajo comunitario, con la intervención de cinco programas básicos: Salud Familiar, Salud Escolar, Salud Laboral, Salud Ambiental y Salud en el Deporte y la Recreación; actualmente, lleva el nombre de Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC, 2020), debido a la coherencia con la función social que realizan ante la aceptación y arraigo en la población al no sentirse solo objeto de práctica.

En la siguiente reseña, data de 1998 en San Andrés Azumiatla, Puebla, con el Centro Comunitario de Atención al Cuidado de la Vida de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, (CECACVI-BUAP,) retomando la atención primaria brindada por la consulta de enfermería de la Facultad de Enfermería de la BUAP, mediante programas y proyectos orientados a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud, a la población abierta de la comunidad en las distintas etapas de la vida; por medio del proceso enfermero. La atención que se brinda a la población es mediante el trabajo de campo y en los consultorios de enfermería de las instalaciones de los CECACVI-BUAP, (García, 2016).

Otro informe, se sitúa en el Hospital General de México en el 2008, con la implementación de consejería a mujeres embarazadas de mediano riesgo, personas con hipertensión arterial, insuficiencia renal y enfermedad pulmonar

obstructiva crónica, con la herramienta metodológica del Proceso de Enfermería (PE) y el modelo teórico de Patrones Funcionales de Marjory Gordon, enfocándose en intervenciones de orientación para modificar estilos de vida para favorecer el autocuidado, con la entrega de material didáctico, así como, seguimiento por vía telefónica a fin de detectar posibles casos de urgencia inmediata.

En el año 2011, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN), implemento un modelo de consultoría en enfermería enfocándose a la población que recibe atención por enfermeras especialistas a través del PE, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y reducir el número de reingresos hospitalarios por mal cuidado en el hogar del paciente, con la capacitación del paciente y familiar con prácticas de autocuidado, (Nava, 2012).

Si bien, la consulta de enfermería ha sido documentada como una función significativa por el profesional de enfermería en problemas de salud crónicos, sustentándose con la metodología del PE en sus cinco etapas, acorde con lo expuesto por Alligood (2004), quien postuló la importancia de conocer la forma de como guiar los pensamientos y la toma de decisiones en el cuidado a la persona, citando:

“Los entornos de la práctica enfermera son complejos y la cantidad de datos (información) que manejan las enfermeras es prácticamente infinita. Ellas deben analizar una gran cantidad de información sobre cada paciente y decidir qué hacer. Un método teórico, ayuda a que las enfermeras no sean desbordadas por la cantidad de información y avancen en el proceso enfermero de manera ordenada. La teoría les permite organizar y entender lo que sucede en la práctica para analizar de manera crítica las situaciones del paciente, tomar decisiones clínicas, planificar los cuidados y proponer intervenciones enfermeras adecuadas, además de predecir los resultados del paciente y evaluar la eficiencia de los cuidados” (citado en Alligood, 2005, pp 9).

Por consiguiente y acorde al contexto epidemiológico de las ENT, así como, de la ERC en México, se interesa en analizar dos modelos teóricos de enfermería: la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Dorothea E. Orem,

establece que la persona debe actuar como agente de autocuidado, refiriéndose a las acciones que debe realizar la persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar de forma deliberada, del mismo modo, el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) propuesto por Nola Pender, permite identificar comportamientos relacionados con la salud, a partir del concepto de autoeficacia, a fin de, promover actitudes, motivaciones y acciones de las personas, al evaluar a la persona que tiene riesgo de sufrir una desviación de la salud producida por la suma de factores condicionantes.

El presente trabajo de consultoría de enfermería, pretende impulsar y consolidar, la autonomía y liderazgo en la práctica profesional de enfermería, en este mismo sentido, Castrillón (citado en Sotomayor, 2019), define a enfermería como una ciencia del cuidado de la salud del ser humano, sustentada por referentes teóricos para identificar, delimitar y guiar la práctica profesional con el desarrollo y aplicación de una metodología propia del cuidado, donde se hace visible el arte del cuidado a partir del Proceso Enfermero, por lo tanto, la consulta de enfermería, diseñada a partir de referentes metodológicos contribuye a las respuestas de los cambios sociodemográficos, socioeconómico, epidemiológicos y problemas de salud pública, principalmente en factores conductuales, relacionados con el estilo de vida.

La palabra modelo, deriva del italiano modello, la Real Academia Española, la define como “arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo”, en este mismo sentido, Mujica (2011), considera que el término de modelo es la representación de una explicación que sustituye una figura, imagen o idea de la realidad, considerándolo abstracto al ser plasmado a nivel teórico. Sin embargo, Ferrater (citado por Mujica, 2011), menciona que un modelo puede ser empleado en diversos sentidos, desde designar realidades en su estado de perfección concebidas como paradigmas. Así mismo, Barrera (citado por Mujica, 2011), señala que el estudio de los modelos, permite conocer un evento desde las manifestaciones que le interesan al investigador; es decir, distintas maneras de entender un evento. Además, Mujica (2011), concluye al definir el término modelo

como “un complejo de ideas, preceptos, precogniciones, conceptos y afirmaciones mediante las cuales se indaga y se percibe, se aprehende y se comprende. Su principal característica es el dinamismo: las ideas que lo soportan, varían con el tiempo; sus principios, cambian; las situaciones sobre las que se fundamentan, se transforman”, (Mujica, 2011).

Para Carbajal (2013), en su ensayo Teorías y modelos: formas de representación social, afirma que las teorías y los modelos son los instrumentos o esquemas conceptuales, de sistematizar el conocimiento obtenido por medio de la experiencia en el proceso de investigación, para describir, comprender, explicar y predecir hechos o fenómenos, sin embargo, al ser representadas pueden ser contrastables con la realidad. También el autor cita a Ladrière, para explicar el término de teoría, entendida como “una interpretación del mundo de lo real, nunca es una descripción exacta de lo que pasa en el mundo sino una recreación, no se apega a la apariencia para tratar de restituir su textura exterior, sino que tiene a descubrir el sentido”, descrito como la captación de la realidad por medio de conceptos, ideas o significados de los objetos. Otro aspecto, es el concepto de modelo, para Sierra (citado en Carbajal, 2013) el cual es construido como un medio para estudiar la realidad, de igual forma, para apoyar a comprender las teorías y las leyes y en algunos casos para verificarlas.

Otro punto, es el descrito por Moreno (2018), El modelo se refleja en un diseño sencillo y comprensible, funcional y operativo, sin dejar de traslucir su rigor científico. Todo enfermero/a que lo estudie para aplicarlo, debe ser capaz de comprenderlo y utilizarlo en función del contexto, esto es aplicable a cualquier servicio asistencial del centro y debe contribuir a mejorar el proceso de gestión del cuidado.

Asimismo, el profesional de enfermería requiere más que adoptar referentes teóricos, precisa comprender a la persona con la complejidad de las respuestas humanas en el cuidado, con los que posee la persona para desarrollar procesos de bienestar o confrontar la enfermedad, a partir del marco de la representación social en donde se desenvuelve, por consiguiente, las actividades de enfermería,

asistenciales y de promoción de la salud, se alcanzarán de forma significativa, (Jiménez, 2017). Corvalán afirma (citado en Jiménez, 2017), que para entender las respuestas humanas que acontecen en el entorno sociocultural, se requiere reconocer a los procesos de salud y enfermedad, como un contexto dialógico e interacción entre el individuo-social, sujeto-grupo, singularidad-cultura.

Por lo tanto, la representación social descrita por Piña (2004) es “un conjunto de ideas, saberes y conocimientos para que cada persona comprenda, interprete y actúe en su realidad inmediata”, de tal forma, que los conocimientos forman parte del sentido común de la gente, es decir, los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida, son organizados y estructurados en función de la experiencia cotidiana, para actuar ante cualquier circunstancia, (Piña, 2004). Del mismo modo, Jiménez (2017), menciona que es en el contexto, en donde se despliegan las respuestas humanas frente a la salud y la enfermedad, a razón de la información recibida en los entornos socioculturales e históricos, en otras palabras, la información que se otorga en el cuidado, no es un determinante en el cambio de comportamiento, debido a que la persona posee información basada en creencias y valores de su identidad social colectiva, por lo tanto, para lograr empoderar en el tema de salud no solo es suficiente mirar el entorno, es necesario identificar la cosmovisión de la persona.

Por otra parte, Moreno (2018) menciona que los modelos representan un sistema auxiliar y un sustento filosófico en el proceso de gestión del cuidado de enfermería, por lo cual, enmarcan lo esencial de la profesión y proveen los servicios asistenciales. En este mismo sentido, Berdayes (citado en Moreno, 2018), afirma “un modelo es la representación simbólica o conceptual de la realidad; la ciencia los esgrime, para desarrollar explicaciones de lo que no es fácilmente observable, de tal forma, explica cómo funcionan los hechos a partir de las relaciones entre símbolos o conceptos, a partir de ideas abstractas, conceptos y proposiciones que especifican sus relaciones”.

Porter (2014), describe el desarrollo e implementación de un modelo de práctica profesional (MPP) para el cuidado centrado en la relación (CCR), del departamento de enfermería de un Hospital Magnético, en Nueva York, adaptada a

la institución y sus programas. Como primer paso, es comprender el núcleo de componentes desde el personal sanitario hasta la comunidad, posteriormente, una evaluación del modelo anterior para explorar posibles modelos acordes con la filosofía y valores de las enfermeras clínicas, por parte de los líderes se llevó a cabo un debate sobre la importancia de un modelo de práctica profesional unificadora, para guiar la práctica de enfermería e iniciar la transformación y adaptación del modelo en el hospital, sin embargo, al realizarse las evaluaciones con la encuesta de Evaluación del Consumidor de Proveedores y Sistemas de Atención de Salud del Hospital de Satisfacción del Paciente (HCAHPS), por parte de los líderes de enfermería, estas no reflejaban resultados de satisfacción en los pacientes. El modelo incluyó principios específicos, diseñados para mejorar la relación de la enfermera con el paciente, centrados en la excelente atención al paciente y la experiencia, para la evaluación de resultados del MPP, se asignaron los siguientes componentes: satisfacción del paciente, en 3 líneas de tiempo (pre-implementación, implementación y pos-implementación), es decir, una basal, 6 meses y 12 meses después de la implementación del modelo. Los autores reportan mejoras evidentes, después de la implementación de MPP, con puntuaciones que alcanzan el 85%, (Porter, 2014).

Además, Ribeiro (2019) publicó un estudio realizado, con el título “Modelos de ejercicio profesional aplicados por los enfermeros en hospitales portugueses”, con el objetivo de analizar los modelos de ejercicio profesional, en 19 hospitales en Portugal, llevó a cabo dos prácticas en su ejercicio profesional: a) práctica enfocada en la gestión de signos y síntomas, reproduciendo un modelo biomédico, con la prevención y detección de complicaciones; y b) práctica enfocada en la respuesta humana, evidenciándose la promoción de salud, y el autocuidado que facilita una transición para la autonomía. El autor señala que la práctica no está ajustada a las necesidades reales de la población en el ambiente hospitalario, puesto que, es una práctica centrada en la prevención de infecciones asociadas a la atención a la salud, en la prevención de las caídas y úlceras por presión, indicadores para la acreditación de calidad en las instituciones hospitalarias, por el

contrario, a una práctica orientada a las respuestas humanas, con un énfasis en la promoción de salud, y la rehabilitación.

Por otra parte, McCrae (citado en Hardin, 2015. pp 23) al referirse en el desarrollo de teorías en enfermería, como un componente esencial en la ciencia de enfermería para fomentar el conocimiento de la disciplina, al legitimar a la profesión en su capacidad para generar y aplicar la teoría, ahora bien, Fawcett (citada en Hardin, 2015. pp 32), con la aportación de los cuatro conceptos del metaparadigma, para definir los fenómenos inherentes a la disciplina con los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería, desde diferentes perspectivas.

Tomey (citada en Martínez, 2019), expone que la generación de modelos conceptuales es una forma de representar una concepción teórica y describir el ejercicio práctico de la enfermería, así como, de proporcionar un marco de referencia que explica cómo observar e interpretar los fenómenos de interés para la profesión, de tal forma, que integran referentes epistemológicos, teóricos y conceptuales de la práctica; de esta manera, un modelo puede generar o incluir teorías de manera implícita. Por consiguiente, el profesional de enfermería desarrolla ciencia a partir del conocimiento teórico, al guiar su pensamiento crítico en la toma de decisiones para la mejora de los cuidados, al organizar los datos obtenidos, planear las intervenciones de acuerdo a las expectativas de los resultados esperados, infaliblemente, los referentes teóricos contribuyen a la autonomía profesional, (Martínez, 2019). No obstante, Dandicourt (citado en Martínez, 2019), afirma que la enfermería comunitaria incorpora el atributo valorativo para comprender e integrar el cuidado de la salud de la persona, la familia y la comunidad, en el contexto de las relaciones en que viven.

Alligood (2014), describe un modelo como una estructura conceptual, al proveer de una visión holística de enfermería e integral para la práctica con una organización, por mencionar, el autocuidado, aunque puede ser el tema de interés para desarrollar, de igual forma, hace referencia a las teorías de enfermería, como trabajos teóricos menos abstractos, pero más prescriptivos en su estructura del conocimiento basado en un conjunto de conceptos relacionados, para proponer

resultados más específicos y comprobables, a saber, las teorías se nombran por el resultado que proponen o por las características de su contenido, es por ello, que afirma que la práctica de la enfermería al ser guiada por algún elemento de las filosofías, modelos y teorías de enfermería, conlleva una responsabilidad moral y obligatoria, para promover la salud de su población y acrecentar sus conocimientos a través de la práctica y la investigación.

Asimismo, Aydin (2020), realizó un análisis de la contribución sobre el uso de la teoría en la investigación de enfermería, mencionando que la enfermería es una disciplina de salud basada en filosofía, teoría, investigación y práctica, siendo las teorías una determinación en el método de investigación, ya que, en ellas recae como se resolverá el problema, además, de fortalecer los fundamentos científicos. También, el autor hace referencia sobre el uso de bases teóricas, las cuales requieren de un proceso de pensamiento crítico, definido como un orden sistemático que incluye definir el problema, determinar las causas, evaluar las fuentes de solución y determinar soluciones alternativas, en otras palabras, capaz de analizar, evaluar y conceptualizar el conocimiento obtenido como resultado de las experiencias, por lo tanto, las teorías sirven como guía en la toma de decisiones clínicas y el proceso de pensamiento crítico, al identificarse los factores que afecten los objetivos del cuidado, desde una perspectiva amplia.

La producción de conocimientos de la disciplina a partir de la investigación basada en la teoría, apoya mutuamente en un proceso dinámico; la investigación teórica, generando la pregunta de investigación y la metodología, por el contrario, el conocimiento de enfermería producido sin una teoría es solo una colección de información, inconsistente e incomprensible, con un limitado uso en la práctica, en cambio, si el conocimiento se adquiere a través de la investigación, este se comprende a través de las teorías. Aydin concluye en su análisis que la investigación en enfermería, así como, en la tesis de posgrado deben emplear teorías y modelos de enfermería, para contribuir al desarrollo de la profesión y la educación de enfermería, con la producción de conocimiento y para ello, es

necesario poseer conocimientos de las teorías de enfermería para poder adaptar teorías y modelos a la investigación y la práctica.

Morales (2016), realizó una revisión de 52 artículos publicados entre 2005 a 2015, para el estudio con el título “Aplicación de los componentes teóricos y metodológicos de los cuidados de enfermería”, de tal forma, que señala los componentes teóricos y metodológicos del cuidado, como una combinación de habilidades de enfermería, que sustentan la práctica profesional al implementar el PAE, con la taxonomía, diagnóstico de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA), el sistema de clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) , y sistema de clasificación de resultados (NOC), la aplicación de los componentes teóricos y metodológicos del cuidado de enfermería facilitan la descripción, explicación, predicción y control del fenómeno.

La NANDA-I (2013), precisa el término de diagnóstico enfermero “juicio clínico relacionado con una respuesta humana a las condiciones de salud/procesos de vida, o la vulnerabilidad de esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad”, asimismo, Mora (2003) menciona que las respuestas humanas, indican la manera de responder de la persona en sus tres esferas a su estado de salud, por lo cual, deben ser identificadas de forma precisa por el profesional de enfermería. Un diagnóstico enfermero, contiene dos partes: descriptor o modificador y el núcleo del diagnóstico o del concepto clave del diagnóstico.

Consultoría en enfermería

La consultoría es un servicio prestado por un profesional idóneo (con conocimiento, capacidad y experiencia) a una organización afín de contribuir a la solución de problemas y el logro de sus objetivos, con la implementación de las siguientes tres etapas, diagnóstico, intervención y seguimiento, (López 2008). Para Ramírez (2018) la consultoría es una actividad profesional, orientada a poner al servicio de una organización, un conocimiento, experiencia y recursos para identificar y definir problemas, crear y diseñar soluciones, ejecutar procesos y gestionar el cambio.

Block (1994), afirma “cada vez que usted da un consejo a alguien que está en posición de tomar una opción, usted está haciendo consultoría”, por lo tanto, la define como la capacidad de influencia a una persona, grupo o una organización, para hacer un cambio o facilitar un aprendizaje. También describe el carácter del consultor, el cual no posee un poder directo para la realización de la intervención, el papel es de delegar la responsabilidad para las acciones e implementación por parte de la persona, grupo y organización.

Por lo que se refiere al, término de consultoría en enfermería (CE) Nava (2012), la define como, un servicio independiente, o un método de prestar asesoramiento y ayuda práctica, con carácter consultivo en la que el profesional de enfermería, utiliza sus conocimientos y experiencia clínica para promover cuidados de salud a través de diferentes medios relacionados al trato directo con el paciente y el familiar, del mismo modo Hernández (2017), describe la CE, como una herramienta indispensable que basa sus acciones en procesos sistematizados, planificados y sustentados en el conocimiento científico y legal, con el objetivo esencial de promover la cultura del autocuidado.

Camargo (2010), señala que la consulta de enfermería es la interacción profesional y terapéutica entre el usuario y la enfermera, centrada en la ayuda al individuo, a la familia y a la comunidad, para que efectúe actividades de autocuidados a su salud, desde antes del nacimiento y después de la muerte. Por lo que, las consultas de enfermería son un puente integrador entre el conocimiento y la práctica, a fin de, dar significado a la autonomía profesional de enfermería, principalmente en temas de políticas de salud, educación, ampliación de cobertura e implementación de modelos en la prestación de servicios de salud, con el objetivo de contribuir en el bienestar de la población, al ejercer una práctica responsable y segura, en consecuencia, dar visibilidad a los resultados del cuidado con un sustento en marcos normativos de enfermería, además, de la implementación de programas educativos orientados hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Asimismo, las consultas de enfermería son una puerta de entrada a los sistemas de salud, además de ampliar la cobertura efectiva en poblaciones vulnerables, lo que conlleva a dar respuestas específicas a las necesidades de salud, que finalmente, fortalece la autonomía de enfermería. El marco teórico de H. Peplau, es el implementado en la atención primaria, dándole el sustento de a las relaciones interpersonales como base de los cuidados, tal y como lo mencionan las autoras al referirse al término de consultas de enfermería en donde el profesional ejerce su autonomía al orientar el cuidado al individuo y la familia, con una visión unitaria que contemple las dimensiones física, social, mental y espiritual, además, de sus características socioculturales, históricas y los valores, para así comprender el entorno, las necesidades individuales y poder brindar un cuidado de enfermería humanizado, (Camargo, 2010).

Por su parte, Martínez (2018), publica el artículo “Actividad de una Consulta de Enfermería en Reumatología”, para visibilizar la práctica profesional, así como, para proyectar el impacto de la consulta de enfermería en la población con afecciones reumatológicas en Alicante, España, a través de cuatro funciones básicas de enfermería: asistencial, gestora, docente e investigadora; sobre todo, con la monitorización de la actividad inflamatoria, la detección precoz de efectos secundarios, la evaluación del riesgo cardiovascular y la realización de programas de educación relacionada con la enfermedad, de modo que, el paciente adquiere mayor información sobre su enfermedad al favorecer el autocuidado, siendo menos dependiente del sistema sanitario, y aumenta su calidad de vida.

Otro aspecto, es lo presentado por Romero, (2018) en el XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba 2018, con el trabajo “Propuesta de Implementación de Modelo de Consultoría de Salud Sexual y Reproductiva”, en el Centro de salud rural de Tepetitla de la Lardizabal, Tlaxcala; como una estrategia para mejorar la toma de decisiones por parte de la persona en edad reproductiva, desde un enfoque de derechos y de género en el primer nivel de atención, mediante la consejería en salud sexual y reproductiva por parte de la enfermera perinatal, para contribuir a disminuir riesgos asociados, complicaciones

y gestaciones no deseadas. El diseño del estudio consistió en una investigación-acción participativa, con el desarrollo de tres fases denominadas: investigación, educación y acción.

Con respecto a, la definición de consultoría Romero (2018), señala que es una modalidad de atención en la que se establece una relación interpersonal y terapéutica, con una práctica centrada en el saber y hacer de la enfermería que define e identifica a la disciplina, delimitando el área de responsabilidad. A través de la consejería se involucran acciones de información y educación, así mismo, se han llegado a identificar 16 diagnósticos de enfermería, de los cuales, 8 corresponden a reales, 6 de beneficio y 2 de riesgo.

Para Reyes (2018), la consulta de enfermería es una actividad que brinda cuidados a los individuos en cualquier etapa del ciclo vital, a la familia y a la comunidad, a través de una relación interpersonal, la cual está centrada en el ser, saber y el hacer, delimitada por el área de responsabilidad profesional. Además, estas consultas de enfermería en la Atención Primaria de Salud (APS), se establecieron como un pilar fundamental con la incorporación de un médico y una enfermera en los consultorios de los policlínicos, en la década de 1980 en Cuba, por lo que se refiere a los diferentes tipos de consulta de enfermería, los clasifican en tres:

- a) A demanda,
- b) Programada,
- c) Visitas domiciliarias,

Distinguiendo dos etapas de la consulta de enfermería:

- 1) De recepción, valoración y diagnóstico: en la que se contempla la recogida de datos, análisis de la información e identificación de problemas.
- 2) De resolución elaboración y ejecución del plan de cuidados: es considerada la principal acción de la consulta.

Principalmente, estas etapas se vinculan con la herramienta metodológica del PAE, permitiendo realizar diagnósticos de enfermería, al identificar las respuestas a las necesidades presentadas, para intervenir con acciones que promuevan conductas saludables que fomenten el autocuidado, (Reyes, 2018).

Además, Reyes (2018), publicó el artículo “Capacitación para el desarrollo de la consulta de enfermería en la atención primaria de salud”, a fin, de elaborar un curso de capacitación para perfeccionar la consulta de enfermería en el consultorio del médico y la enfermera familiar, en el policlínico universitario, ubicado en el municipio de Santa Clara, Cuba, en el periodo de enero a abril de 2017, para conocer las acciones desarrolladas por el profesional de enfermería, se aplicaron cuestionarios sobre los registros que implementan como control en el consultorio, de los diferentes programas y subprogramas actualizados y adecuados en el 2011, además, del nivel de satisfacción entre los miembros del equipo básico de salud. Los resultados obtenidos de las encuestas, determinaron que las consultas de enfermería reportaron beneficios en los pacientes y en el profesional de enfermería, de tal forma, que la práctica profesional proyecta su autonomía, en consecuencia, la consulta de enfermería es considerada como una puerta de entrada al sistema de salud, fortaleciendo los servicios a la población y su contribución a la satisfacción de las necesidades de salud, (Reyes, 2018).

En un estudio de tipo observacional y descriptivo centrado en los estudios sobre consultas de enfermería, realizado por Martínez (2003), en Alicante, España; con el objetivo de identificar los problemas en las consultas de enfermería, ante su implantación por las Reformas de Atención Primaria de la Orden Ministerial en 1984, al crear la modalidad de enfermera de Atención Primaria, confiriéndolas de autonomía profesional, sin embargo, el contenido de las consultas de enfermería carecía de cuidados específicos, centrándose exclusivamente en “consultas por patologías, con cuidado a los órganos”, puesto que, las competencias a desarrollar y a consolidar, no eran claras, por este motivo, se realizan modificaciones a la consulta de enfermería, a fin de, dotarlas de contenido con aspectos de prevención en la enfermedad a través de la educación para la salud y posteriormente la

aplicación de metodología enfermera a través del proceso de atención de enfermería y la utilización de diagnósticos enfermeros, (Martínez, 2003).

Adicional a lo anterior, Martínez (2003), menciona que las consultas de enfermería deben configurarse como un espacio, que trate de dar respuesta a las necesidades planteadas por la población desde una perspectiva holística, siendo importante, la participación de los individuos, familias y comunidad. En consecuencia, las consultas de enfermería son configuradas como una puerta de entrada al sistema de salud, de acuerdo a la demanda y programación de las mismas, por lo cual, se contribuye de forma paralela a la visibilidad de la profesión y a la satisfacción de las necesidades de la población con una atención accesible, individualizada, humana, integral, eficaz y eficiente; al adoptar en la práctica profesional un modelo de enfermería para orientar las funciones de desarrollo y autonomía profesional, (Martínez, 2003).

Por otro lado, Gentil (2009), publicó el artículo “Relación histórica de la consulta de enfermería con la vivencia profesional”, en la Escuela de Enfermería Anna Nery (EEAN) de la Universidad Federal del Rio de Janeiro, Brasil; basado en un estudio bibliográfico, de análisis y discusión de las producciones científicas sobre la consulta de enfermería. Los principales antecedentes históricos hacen referencia en el año 1925 con la implantación de la consulta de enfermería por enfermeras americanas, posteriormente, en 1988 con el Sistema Único de Salud, constituido por la Constitución Federal, donde se decretó el deber del Estado para garantizar la salud a toda la población, para el 1990 el profesional de enfermería retoma las acciones educativas y terapéuticas en salud, de acuerdo al perfil epidemiológico del país.

Así mismo, Gentil (2009), señalan que la consulta de enfermería es una oportunidad de diálogo e interpersonal en un ambiente terapéutico, por medio de una interacción, con el objetivo principal de beneficiar al paciente en su contexto biopsicosocial, de modo que, en la consulta de enfermería se debe comprender y realizar todas las etapas del proceso de atención de enfermería, a partir, de la recogida de datos con análisis e interpretación de la información acerca de las

condiciones de salud, elaboración de diagnósticos de enfermería, explicitar los problemas de salud o las necesidades de asistencia y educación, considerando las decisiones por parte del paciente, ejecutar las acciones que influyan en la adopción de prácticas de salud, en un cuidado holístico y humanizado.

Para Polo (2016), el consultorio de enfermería es un espacio físico donde el usuario demanda una consulta según su necesidad, asimismo, se lleva a cabo un proceso de interacción directa, para ofertarse cuidados de promoción de la salud, de prevención de riesgo, de recuperación y de rehabilitación por la enfermedad o discapacidad de los pacientes de forma integral, de acuerdo sus ideas culturales y valores personales para la toma de decisiones; en esta oferta de cuidados. también, se constituye como una puerta de entrada al sistema sanitario. Por otra parte, el autor señala la necesidad de definir el tipo de cuidados, estrategias a implementar en cada nivel de atención, por ejemplo, en un tercer nivel de atención las acciones estarán focalizadas a la prevención terciaria, enfocadas a limitar y prevenir el daño a la salud. Por consiguiente, el uso de los consultorios de enfermería contribuye disminuir la carga biopsicosocial de las familias, además, de reducir los gastos por infraestructura, equipos y recursos humanos del Estado, (Polo, 2016).

En este mismo sentido, Castro (2009), publicó la experiencia de la consejería de enfermería en el Hospital General de México, a un año de haber iniciado con intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas de mediano riesgo, personas con hipertensión arterial, insuficiencia renal y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La herramienta metodológica que sustenta esta consejería es a través del proceso de enfermería y el modelo de Marjory Gordón con la valoración por los 11 patrones funcionales, para identificar problemas de la propia enfermedad, así como, la situación psicosocial del paciente con la formulación de diagnósticos de enfermería que permiten determinar las intervenciones dirigidas a modificar estilos de vida, a través de información clara y sencilla para favorecer el autocuidado, con la realización de sesiones con el paciente, entrega de material didáctico y presentaciones multimedia, además, de dar seguimiento por vía telefónica, a fin, de verificar recomendaciones, aclarar dudas y detectar posibles complicaciones,

que requieren de una referencia con otro profesional o en su caso solicitar interconsultas con otros profesionales de la salud.

Asimismo, Castro (2009), define el término de consejería, como una relación de ayuda establecida entre un profesional y un paciente, con el fin de mejorar o promover comportamientos saludables para la prevención, tratamiento o mitigación de los efectos de las enfermedades, a través del fomento de su capacidad para tomar decisiones, tal es el caso, de los pacientes con hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica, en el que la consejería contempla tres fases;

- a) Inmediata,
- b) Ampliada,
- c) Profunda.

En cada una de estas fases, se toman medidas antropométricas como peso, talla, índice de masa corporal, perímetro abdominal, pliegues cutáneos, además, de medición de glucosa capilar en ayunas o bien después de dos horas de transcurrida la última ingesta de alimentos; también, se proporciona orientación sobre la sexualidad a consecuencia de la patología. Así mismo, se infiere que la consejería en enfermería ha mostrado un apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico, aumentando el interés de los pacientes por el autocuidado, en el consumo de alimentos saludables y en las modificaciones de su estilo de vida.

Ahora bien, Galicia (2010), publicó el artículo de experiencia práctica, por la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FEBUAP), señala que la consulta de enfermería es una relación terapéutica entre el profesional y la persona o la familia para potenciar la habilidad de autocuidado a través del proceso enfermero, instrumento para el diagnóstico de necesidades de cuidado fundamentado en la responsabilidad ética y legal. Por lo tanto, la piedra angular de la consulta es el proceso enfermero, con el inicio de la valoración de la persona con la recolección y registro de datos bajo el marco conceptual de Marjory Gordón con los 11 patrones funcionales en cada etapa del ciclo vital humano y la valoración física, para establecer el diagnóstico de enfermería, plan de cuidados,

intervenciones de enfermería, evaluación, los cuales son integrados en una carpeta individual, además, de la hoja de seguimiento y referencia.

Adicional a lo anterior, Galicia (2010), hace referencia a la práctica profesional de enfermería en la consulta, la cual, debe estar centrada en el saber y hacer de la enfermería en el cuidado de la salud humana, al promover conductas saludables y de autocuidado, si bien, la consulta de enfermería surge para dar respuestas a las necesidades de salud de una población, inmersa en cambios sociodemográficos y epidemiológicos principalmente por enfermedades crónicas no transmisibles, por esta razón, una ampliación en la oferta a los servicios de salud, impulsa la práctica independiente y autónoma de los profesionales de enfermería.

Otro punto es, la producción científica del Modelo de consultoría en enfermería neurológica, de Nava (2012), en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco en la Ciudad de México, como estrategia para reducir la demanda de asistencia clínica registrada en el 2009 por padecimientos crónicos que saturan la consulta con un 53% en el servicio de urgencias y el 47% en la consulta externa, con la intervención de profesionales de enfermería neurológica, con experiencia clínica, pensamiento crítico, conocimientos, y habilidades para proporcionar consulta de alta especialidad, puesto que, un consultor debe poseer un cuerpo de conocimientos especializados, sustentados en una base teórica y modelos conceptuales para implementar el proceso enfermero, que le dan autonomía profesional en sus funciones asistenciales, docentes, administrativas y de investigación, dado que, la colaboración de la persona debe ser una participación activa, en donde el resultado sea un logro en conjunto.

Asimismo, Nava (2012), consideran que la consultoría en enfermería es un servicio profesional independiente e imparcial, de carácter consultivo en donde el consultor dirige el área o actividad que realiza, vinculando la teoría con la práctica, enfocándose en asesoramiento y ayuda práctica en una actividad conjunta entre el consultor y el enfermo al identificar las necesidades reales y potenciales, de modo que, la educación y los cuidados específicos promuevan la salud y el autocuidado, así como, la prevención de complicaciones, con la capacitación otorgada al enfermo

y cuidador primario, se favorece la adherencia terapéutica, disminuyendo la demanda de los servicios de salud.

Por otra parte, Espinoza (2017), en su tesis con el título “Consulta de enfermería frente al manejo de las complicaciones infecciosas en diálisis peritoneal”, en el Centro Nacional de Salud Renal de Perú, define la consulta de enfermería como “Un proceso de atención directa, que engloba actividades para ayudar al paciente a percibir, comprender y actuar, favoreciendo la prevención y recuperación de la salud.” Con el objetivo de reducir el impacto emocional, aumentar el compromiso de la familia para el cumplimiento del tratamiento, así como, fomentar un cambio en el estilo de vida del paciente, a través del empoderamiento.

Forero (2016) realizó un metaanálisis con 47 artículos, de los cuales 22 corresponden a estudios cuantitativos y 25 a estudios cualitativos en el periodo de 2005 a 2015, con el objetivo de identificar y evaluar la efectividad de enfermería en la consulta de prediálisis, determinando que la consulta es eficaz para retrasar la progresión de la enfermedad renal crónica en los adultos en una fase prediálisis, por medio de las intervenciones de diagnóstico temprano, educación y evaluación en las primeras etapas de la enfermedad, reduciendo la morbilidad y la mortalidad. Por lo cual, considera como una actividad fundamental implementar intervenciones educativas enfocadas a los pacientes con etapas tempranas de la enfermedad.

En este mismo sentido, Forero (2016), señala que la consulta de enfermería, debe ser una atención integral, continua e individualizada, con un enfoque interdisciplinario de tratamiento, permitiendo el desarrollo de una comunicación terapéutica que asegure una buena y oportuna toma de decisión compartida por el paciente, familiar y el profesional de enfermería, a fin de fomentar conductas preventivas, de educación en la detección y reducción de riesgos de la ERC, para ello, recomiendan que la consulta de enfermería deberá estar compuesta por cuatro elementos básico:

1. Educación al paciente,
2. Gestión administrativa,
3. Asesoramiento dietético y

4. Evaluación del cumplimiento de los objetivos clínicos.

Además, de tener un enfoque multidisciplinar a partir de tres alternativas:

- a) Consulta de prediálisis,
- b) Protocolo renal-protector y
- c) Cuidado integral del paciente renal.

A fin, de centrarse en factores para retrasar o prevenir la progresión de la ERC al promover estilos de vida saludables que le permitan paciente un autocuidado de su propia salud y automanejo de su enfermedad, (Forero, 2016).

En un estudio cualitativo realizado, a 15 familias de niños en tratamiento de quimioterapia ambulatoria en la consulta de enfermería, en Sao Paulo, Brasil, los autores concluyen que la consulta de enfermería es percibida como una herramienta para empoderar a los padres, con la adquisición de conocimientos sobre el diagnóstico, tratamiento y de los cuidados a los niños, por lo tanto, la definen como una actividad interactiva, sistemática y educativa con el objetivo de brindar atención integral, desde el contexto de la enfermedad, al prevenir o detectar problemas de salud de forma temprana, interviniendo con acciones educativas y sistemáticas, que facilitan la promoción, prevención, diagnóstico y el tratamiento, (Rodríguez, 2020).

Por otro lado, en un estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, prospectivo y transversal, realizado a 61 estudiantes de la licenciatura de enfermería de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, de la Ciudad de México, para la identificación de los requisitos universales de autocuidado, se detectaron alteraciones en la ingesta de alimentos, eliminación-excreción, actividad-descanso y prevención de peligros para la vida, que son limitantes para el autocuidado de los estudiantes de enfermería y pueden dar paso a enfermedades degenerativas. Por lo que, determinan que el principal objetivo de la consultoría en enfermería, es “brindar atención a los individuos, desde una perspectiva disciplinar para fomentar estilos de vida saludables a través de la promoción de la salud y otras acciones encaminadas al fortalecimiento de la toma de decisiones conscientes de la persona, al ponderar el cuidado de la salud”, (Rivas, 2018).

Así mismo, en un estudio descriptivo y de corte transversal cuantitativo, para conocer el nivel de satisfacción de 50 pacientes y familias, con la aplicación de cuestionarios en la consultoría de enfermería neurológica del Instituto Nacional de Neurología Manuel Velasco Suárez en la Ciudad de México, presentaron que el 74% de las respuestas fue "muy satisfechos" con la atención brindada. Por lo que, la consultoría en Enfermería es una estrategia de atención de la EPA, que beneficia la relación enfermera-paciente-familiar, al favorecer la adherencia terapéutica, para prevenir riesgos en la salud, sobre todo, al mejorar los estilos de vida saludables a través del Proceso Enfermero, herramienta metodológica que da respuestas a las necesidades de salud e incrementa el autocuidado, (Belmont,2018).

Así mismo, en otro estudio descriptivo y retrospectivo, realizado para describir el impacto de la consultoría en enfermería neurológica, en el Instituto Nacional de Neurología Manuel Velasco Suárez en la Ciudad de México, se incluyó una muestra de 146 pacientes, para identificar el número de reingresos hospitalarios por mal cuidado en el hogar, durante el periodo de enero de 2015 a marzo de 2016, obteniendo los siguientes resultados: el 27% reingreso por un mal cuidado en el hogar, principalmente por, úlceras por presión, deshidratación, desnutrición e infección. Por otra parte, afirman que la consultoría en enfermería contribuyó a mejorar la calidad de vida, al evitar o reducir el número de reingresos hospitalarios con un 73%, además, de representar una oportunidad en el profesional de enfermería, para ejercer una práctica autónoma y con fundamento científico, definiéndola como un servicio profesional que proporciona asesoramiento orientando sobre los cuidados específicos de cada enfermo, con educación sanitaria al promover el autocuidado, (Valdez, 2017).

Por otra parte, Castro (2018) publicó el artículo Consejería personalizada de enfermería y nutrición para conservar la función renal en pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica, fue con una muestra de 160 pacientes, dividida en dos grupos; con diabetes mellitus, sin diabetes mellitus, en cada grupo se conformó un subgrupo con intervención y otro sin intervención, al grupo de pacientes con intervención recibió información a través de sesiones educativas con temas de:

anatomía y fisiología del sistema excretor, enfermedad renal crónica y complicaciones, cuidados en el control de la presión arterial, control de los niveles de glucosa, alimentación y recomendaciones generales; además, de la entrega de material educativo para el cuidado en el hogar y una cartilla para el registro de los valores obtenidos en la consejería, mientras tanto, el grupo control únicamente continuo en la consulta médica habitual. Los resultados de este estudio cuasi experimental, muestran que el porcentaje del funcionamiento renal, se conservó en los grupos con intervención ($p = 0.045$) y disminuyó en los grupos sin intervención ($p = 0.151$), (Castro, 2018).

En este mismo sentido, Castro (2018), afirma que la consejería es una actividad de educación y seguimiento, basada en la asesoría activa y dirigida a los pacientes con enfermedad renal, de esta manera, la define como una relación de ayuda establecida entre el profesional y el paciente, con el fin de promover o mejorar la salud, con el fomento de la capacidad para la toma de decisiones, al mismo tiempo, de establecerse una relación de ayuda basada en una comunicación efectiva y de confianza, con el empoderamiento del paciente y la familia, con el propósito de fomentar la adherencia a tratamientos (farmacológico y no farmacológico), facilitar la percepción de los propios riesgos y la adopción de prácticas más seguras para la prevención, y favorecer la adopción de estilos de vida saludables, con la implementación de la guía de valoración de enfermería con base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordón, (Castro, 2018).

Otro punto es, el término de consulta de enfermería, descrita por Pimentel (2019) como un servicio técnico, científico, libre y autónomo, otorgado por profesionales de enfermería, en el ámbito público o privado, así como, en cada uno de los niveles de atención sanitaria, a fin, de promover, de prevenir, de detectar, de resolver necesidades y problemas de salud del individuo, familia y comunidad, en cualquier etapa de la vida (Pimentel, 2019). En este mismo sentido, afirman que la consulta de enfermería, se le atribuye el acceso como puerta de entrada a un sistema de salud accesible, eficaz y oportuno en poblaciones vulnerables con

enfermedades agudas y crónicas, impulsando la autonomía profesional, la práctica independiente y el reconocimiento social de la profesión.

Por otro lado, a través de la Sociedad Española de Nefrología, se plantea la necesidad de contar con consultas de enfermería nefrológica para los pacientes de Enfermedad Renal Crónica, que cumpliera con el objetivo principal de potenciar el autocuidado y la autonomía del paciente, del mismo modo, se retrasa la progresión de la enfermedad al conservarse la función renal por un mayor tiempo, lo que, contribuye a la calidad del paciente durante las terapias de sustitución de la función renal, así como, disminuir comorbilidades. También, en estas consultas de enfermería, la orientación al paciente es pieza clave en la toma de decisión para la terapia de sustitución de la función renal, ya sea, acceso vascular o catéter peritoneal y en su programación para el inicio de la técnica sustitutiva elegida, (Bardón, 2008).

Bardón, (2008), señala que la consulta de enfermería es un lugar donde la enfermera realiza funciones de promoción, prevención y rehabilitación de la salud de una forma integral a las personas, de tal forma, que la participación activa del usuario, pretende lograr resultados de autocuidado y autonomía dentro de un abordaje multidisciplinar, en un tiempo determinado en el que son solicitados los servicios en las necesidades de un problema de salud, en el ámbito de las competencias y funciones del profesional de enfermería, desde el primer día de la consulta individualizada, en el que se informa el motivo de la consulta, situación de la función renal, con información clara y concreta al paciente, sobre todo, con la orientación de la estructura de la consulta, efectos de la enfermedad en su organismo, alimentación, estilos de vida saludables para reducir la progresión de la enfermedad, así como, su detección y pautas a seguir, (Bardón, 2008).

En otro aspecto, Varez (2008), en el artículo “Perspectiva sobre modelos y teorías de enfermería en el ámbito de nefrología” realiza un estudio descriptivo observacional a los profesionales de enfermería, con el objetivo de conocer el posicionamiento sobre modelos conceptuales y teorías de enfermería en una unidad de Nefrología, además de conocer su aplicabilidad, en Barcelona, España. La

recolección de datos, fue a través de un cuestionario elaborado por el autor, con 37 preguntas, de las cuales solo una era abierta, con el análisis de 27 cuestionarios aplicados a los sujetos de estudio. Entre los hallazgos reportados, solo el 22% utiliza el modelo de Henderson en sus actividades diarias, mientras que el 66.7% no utiliza ningún modelo y un 11.1% no respondió a la pregunta. Concluyendo en su estudio, de que no existe un paradigma dominante que clarifique las guías de pensamiento y práctica de los enfermeros, puesto que, la aplicación de un modelo de enfermería en la práctica, es necesario que enfermería conozca el modelo teórico, reflexione sobre este y lo aplique en su práctica profesional.

Lee (2013), realizó un estudio controlado con 280 pacientes con una cohorte de 140 que recibieron consulta de enfermería y los que no recibieron consulta, con el objetivo de evaluar y comparar la salud de los pacientes, a partir de las visitas a urgencias, ingresos hospitalarios, duración de las estancias hospitalarias, complicaciones agudas, niveles de hemoglobina A1c (HbA1c), índices de urea y creatinina, además de emplear el instrumento de satisfacción del paciente para evaluar la consulta de enfermería, en el periodo de abril a junio de 2008 y 2009, en siete unidades de especialidades con consultas de enfermería en diabetes, atención renal, de heridas y estomas, psiquiatría y continencia en hospitales públicos de Hong Kong.

Este estudio demostró que los pacientes atendidos por la consulta de enfermería en comparación con el grupo de cohorte, registraron menos visitas de emergencia, complicaciones e ingresos hospitalarios, con lo que sugieren que la consulta de enfermería es una especialidad de enfermedades crónicas, teniendo como pilar la educación del paciente para fortalecer la enseñanza clínica, y mejorar el autocontrol de los pacientes de enfermedades crónicas, aunado a un alto nivel de satisfacción de los pacientes. Por otra parte, Lee (2013) menciona cuatro requisitos para la práctica de consultora en enfermería:

1. Competencia académica,
2. Competencia en investigación,
3. Competencia clínica y,

4. Liderazgo.

Además de estudios de maestría, y de preferencia un doctorado, experiencia en planificación educativa y enseñanza, con experiencia clínica especializada mínima de ocho años, asimismo, el papel de liderazgo profesional debe impulsar la moral y el entusiasmo de sus colegas de enfermería, para que logren mejores resultados en la calidad de los procesos de atención y la prestación de servicios, (Lee, 2013).

Jenkins (2019), publica el artículo “El valor de las enfermeras consultoras en la atención renal”, papel introducido a finales de la década de 1990 para reforzar el liderazgo de la enfermería, al mejorar los resultados de los pacientes y aumentar la calidad de los servicios sanitarios, en Londres, Inglaterra. Desde su introducción se establecieron cuatro funciones de un consultor o consultora:

1. Práctica experta,
2. Liderazgo profesional y consultoría,
3. Educación, formación y desarrollo, y
4. Práctica y desarrollo de servicios, investigación y evaluación.

Para Jenkins (2019), una enfermera consultora no puede trabajar aisladamente, al afirmar que los consultores no logran el éxito de forma aislada, sino a través de la colaboración con otros, por lo que deben ser capaces de facilitar e inspirar a otros para lograr un propósito compartido (citando a Manley, 1997), en donde la práctica de un consultor de enfermería debe crecer y nutrir al profesional de enfermería a brindar un nuevo servicio con liderazgo transformacional, como parte de la experiencia de la consultoría en enfermería en la atención renal al compartir sus experiencias para liderar la práctica y el desarrollo de servicios, educación, capacitación e investigación, por lo cual, impulsan el cambio al innovar la práctica.

Manzini (2009), realizó un estudio exploratorio-descriptivo, con una muestra de 56 pacientes con hipertensión arterial en un centro de salud escuela en Estado de San Pablo, Brasil., con el objetivo de implementar la Consulta de Enfermería en

pacientes hipertensos basada en la teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem. Para la recolección de datos empleó un instrumento construido con base en el marco teórico del autocuidado de Orem, el cual estaba constituido por:

1. Datos personales: Edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, procedencia, ocupación, escolaridad y diagnóstico médico.
2. Requisitos universales: Estos pretenden satisfacer las necesidades de funcionamiento de salud, por lo cual, se realizan integran datos del examen físico, además de preguntas de hábitos de vida (alimentación, consumo de tabaco y alcohol, actividad física, actividad sexual, datos ginecológicos, control de estrés, descanso y vacunas),
3. Requisitos de desarrollo: Son aquellas condiciones necesarias de adaptación para que se efectúen los cambios en la vida, para ello, se conformó con preguntas de antecedentes familiares, personales y quirúrgicos, condiciones socioeconómicas y uso de medicamentos,
4. Desvíos de salud: Estos son definidos como aquellas necesidades de autocuidado, manifestadas en la enfermedad por las limitaciones ocasionadas por el tratamiento, por lo cual las preguntas están enfocadas a las percepciones sobre la enfermedad y el tratamiento.

Posterior a la recolección de datos, fueron elaborados diagnósticos de enfermería, la planeación de las intervenciones y la evaluación, para el análisis de datos se empleó la estadística descriptiva. De acuerdo al autor, en la categoría de requisitos universales, se encontró que un 61.8% consumen alimentos ricos en sal y grasas, por otro lado, en la categoría de requisitos de desarrollo el 64.7% no toma sus medicamentos conforme a lo prescrito, y en la de desviación de la salud, el 14.85% presenta negación de la enfermedad, por lo cual, la planificación de los cuidados de enfermería, determina como prioridad el sistema de apoyo educativo, (Manzini, 2009).

Además, Manzini (2009) define la consulta de enfermería como “una modalidad de atención que permite hacer el acompañamiento de los cambios en el estilo de vida, tan necesarias para el control de la enfermedad, así como reforzar

las orientaciones para el autocuidado, utilizando el Proceso de Enfermería”. En donde enfermería desarrolla su autonomía con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el autocuidado de la persona, según la Teoría de los sistemas de enfermería, siendo el sistema de apoyo educativo la punta en el actuar de enfermería para la modificación de conductas en el estilo de vida, de tal forma, que al ser constante la consulta se refuerza la educación de la persona en el autocuidado.

Modelo de Promoción de la Salud

Nola J. Pender, publicó en 1975, el modelo conceptual para el comportamiento preventivo de la salud, para comprender de cómo las personas tomaban decisiones sobre su propio cuidado de la salud, además, de las acciones realizadas para prevenir enfermedades. Este modelo, fue la base para el modelo de promoción de la salud (MPS), publicado por primera vez en 1982 bajo el título de Promoción de la salud en la práctica de enfermería, hasta la fecha se han realizado cinco ediciones, en el que se realizan revisiones y estudios de investigación sobre el modelo, (Sakrada, 2014).

Pender, (2011), señala que el propósito del MPS es ayudar a las enfermeras a comprender e identificar cuáles son los principales determinantes de los comportamientos de salud, como guía del asesoramiento en la promoción de estilos de vida saludables, (Pender, 2011). Por otra parte, las raíces teóricas que integran el MPS:

1. Teoría del valor de la expectativa: Feather, (1982), afirma que la conducta es racional y económica, por lo que, los individuos se comprometen en acciones para lograr objetivos que se perciben como posibles y que resultan en resultados valorados.
2. Teoría cognitiva social: Bandura, (1977), postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, debido a que, hay una influencia de los pensamientos, el comportamiento y el entorno, es decir, para que las personas alteren su comportamiento, deben alterar su forma de pensar.

Por otra parte, el MPS predice las conductas saludables a través, de la interacción de la persona y el entorno, con un enfoque orientado a la promoción de la salud, con el objetivo de ayudar a las personas en cualquier etapa del ciclo de la vida a mantenerse saludables, de optimizar la salud en casos de enfermedades crónicas o discapacidad, y el de crear ambientes saludables, en el contexto familiar, laboral, de recreación y el de comunidad, (Pender, et al. 2015). En este mismo sentido, Pender, (citada en Sakrada, 2014), afirma que los procesos biopsicosociales, motivan a los individuos a participar en comportamientos enfocados a mejorar la salud, con la postulación de 14 posturas teóricas:

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
2. Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal.
3. Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
4. La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
5. La eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
6. El afecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida, que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
8. Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modela su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.

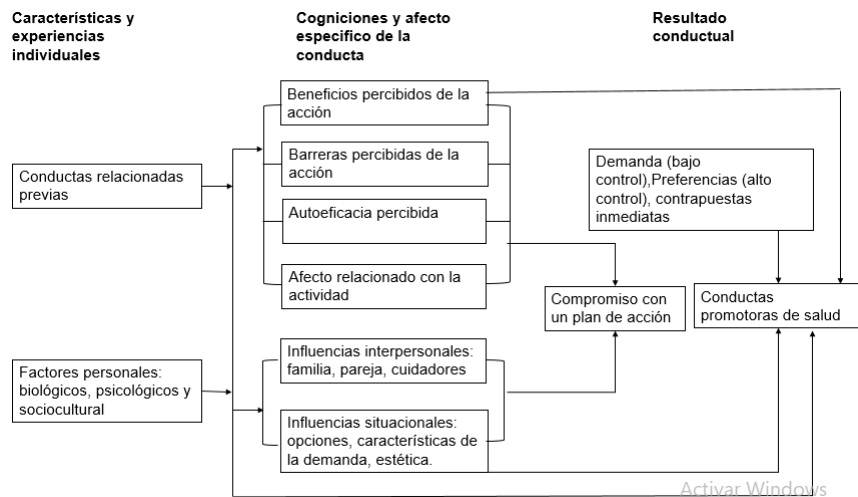
9. Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
10. Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.
11. Cuanto mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.
12. El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.
13. Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.
14. Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud (págs.).

Es decir, el MPS está orientado a la competencia o al enfoque, descartando en su totalidad como fuentes de motivación, el miedo o la amenaza para obtener comportamientos saludables, además, de identificar las características y experiencias individuales que condicionan las cogniciones y afecto específico de la conducta para obtener resultados conductuales, (Pender, 2015).

Acerca de, las modificaciones realizadas, cabe señalar que cuando se publicó por primera vez el MPS, se describían a siete factores cognitivos-perceptivos (importancia de la salud, control percibido de la salud, definición de salud, estado de salud percibida, autoeficacia, beneficios percibidos y barreras percibidas), además, de cinco factores modificadores para predecir

comportamientos de salud (características demográficas, características biológicas, influencias interpersonales, influencias situacionales y factores conductuales), sin embargo, en la revisión actualizada se describen los elementos que facilitan la interpretación y el análisis de los estilos de vida, fortalezas, resiliencia, autoeficacia y la capacidad para la toma de decisiones; y que a continuación en la siguiente figura se presentan:

Figura. 1. Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender



Fuente: Tomado de Alligood, M. (2014). Modelos y Teorías en Enfermería. pp. 391.

Las conductas relacionadas previas o similares en el pasado tienen efectos directos e indirectos con la probabilidad de comprometerse con conductas promotoras de salud.

Con respecto a, los factores personales se encuentran categorizados los biológicos, psicológicos y socioculturales, considerados como predictivos de una conducta saludable. En los factores biológicos se encuentran las variables de edad, sexo, índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio edad, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta.

Para, los beneficios percibidos, estos son formulados anticipadamente como resultados positivos a la conducta de salud, es decir, antes de iniciar con cualquier

modificación la persona, conoce que obtendrá los resultados para beneficio de su salud.

Las barreras percibidas se refieren a los bloqueos anticipados, imaginados o reales, para adoptar una conducta determinada, por ejemplo, la persona antepone diversas circunstancias que le impiden iniciar con las modificaciones del comportamiento.

La eficacia definida como un juicio personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud, es un elemento que influye directamente sobre las barreras de acción percibidas, es decir, el tener una alta eficacia, disminuye la percepción de cualquier barrera para el desempeño de la conducta.

Las influencias interpersonales se refieren a aquellos conocimientos sobre las conductas, creencias o actitudes de los demás, en el que se incluyen las expectativas de las personas más importantes y el aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás, las principales fuentes son la familia, la pareja y los cuidadores de salud.

Con lo que se refiere a, las influencias situacionales estas son las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto que facilite o impida una conducta, de forma directa e indirecta en la conducta de salud, es decir,

Las teorías y modelos de comportamiento de salud son intentos sistemáticos de explicar por qué los individuos hacen o no se involucran en comportamientos de salud y cómo los individuos cambian los comportamientos negativos o implementan nuevos comportamientos de salud. Especifican los conceptos que pueden determinar el comportamiento de salud deseado, y la relación entre estos conceptos proporciona una orientación sobre cómo intervenir para promover cambiar y predecir los resultados esperados. Comprender los mecanismos para el cambio de comportamiento y la sostenibilidad de estos cambios es necesaria para desarrollar una promoción de la salud efectiva y intervenciones de prevención. Para entender los posibles mecanismos de cambio, los mediadores, o variables de intervención

que describen el proceso responsable del efecto de la intervención en el comportamiento de la salud, también debe ser examinado. Los mediadores describen cómo se produce el cambio. Los mediadores, o mecanismos de cambio de conducta, permiten a los proveedores de atención de salud desarrollar y ofrecen intervenciones efectivas y teóricas basadas en los más poderosos predictores de comportamiento de salud.

Aristizábal (2011), realiza un metaanálisis con 38 artículos originales publicados en el periodo 2000 a 2010, para evaluar el MPS de Nola J. Pender, modelo que expresa la conducta cuando se está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, en su interacción de la persona con el entorno desde las características personales, experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. Por lo tanto, el MPS es aplicado para comprender y explicar la realidad humana.

Ahora bien, Aristizábal (2011), describe la autoeficacia percibida, como uno de los conceptos más importantes, debido a que representa la percepción de la competencia de uno mismo para ejecutar cualquier conducta, si está es mayor, también aumenta la probabilidad en un compromiso de acción, con ello, la autoeficacia percibida, conlleva a la percepción de menos barreras para una conducta de salud específica, por lo cual, se le atribuyen los resultados exitosos, en el mejoramiento de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedades.

En un estudio descriptivo realizado en Rio de Janeiro, Brasil, por Xavier (2017), se implementó el modelo esquemático de los conceptos del Modelo de Promoción a la Salud de Nola Pender, a partir de las características y experiencias individuales, así como, de la cognición y afecciones concretas del comportamiento con la contemplación de actitudes dirigidas a promover la salud, con la intervención de un taller de educación para el autocuidado, conformando por 48 pacientes en hemodiálisis, durante el período de octubre de 2013 a septiembre de 2014 de la

consulta de enfermería. El objetivo de este estudio fue destacar la coexistencia del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis a través del MPS.

Por otra parte, Xavier (2017), concluye que las directrices facilitan las condiciones en el individuo para adquirir un comportamiento que promueva la salud, además, de satisfacer las necesidades de autocuidado y bienestar, por lo tanto, consideran que la educación otorgada al paciente, tiene la responsabilidad de transformar la realidad del individuo hacia una conciencia reflexiva de un comportamiento con acciones centradas en favorecer sus condiciones de salud o enfermedad con autonomía y empoderamiento para mejorar su calidad de vida en salud, a través de reconocer sus aspiraciones para satisfacer sus necesidades y de llevar a cabo las modificaciones a su entorno.

Por otro lado, Cadena (2017), publica el artículo “El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender”, con el objetivo de elaborar propuestas de cuidado dirigido a este grupo de la población, a partir de la determinación de la autoeficacia percibida, la percepción de su salud, de identificar de los factores de riesgo y personales, así como el estilo de vida, con la realización de talleres educativos como intervenciones en la hospitalización y el seguimiento domiciliario, la metodología empleada por los autores consistió en realizar una invitación a través de trípticos y carteles, para posterior realizar un escrutinio con la autoeficacia percibida, factores de riesgo cardiovasculares, seguido de las intervenciones educativas sobre la enfermedad, factores de riesgo, educación, plan de alta y herramientas didácticas que complementen la información; finalmente la evaluación y el seguimiento es por medio de las conductas promotoras de salud, (Cadena, 2017).

En este mismo sentido, Cadena (2017), señala que las teorías y modelos de enfermería son una plataforma teórica para el proceso de cuidado de la persona sana o enferma, que permiten guiar al profesional de enfermería en la solución de problemas de salud, siendo el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, que pretende exponer la relación de los factores que influyen en las conductas de salud. Es por ello, la prevención y la promoción de la salud, puede incidir en la

modificación de conductas no saludables por conductas promotoras de salud, por lo tanto, el profesional de enfermería podrá colaborar en la disminución de la recidiva de la Enfermedad Coronaria, conociendo las experiencias previas que tienen las personas con hábitos y estilos de vida saludables los cuales se establecen como factores protectores que están relacionados con la salud, inclusive si existe una mayor autoeficacia percibida previamente, habrá un mayor compromiso dentro de un plan de atención y predice un mayor autoeficacia. Por lo tanto, los autores concluyen en su estudio que las intervenciones de enfermería basadas en la evidencia de los supuestos teóricos del MPS pueden contribuir a la solución de problemas de salud de la población, tanto para disminuir la recaída de la enfermedad, reingresos hospitalarios, complicaciones y la presencia de un reinfarto en el paciente cardíopata, como para controlar y disminuir los efectos de los FRCV, (Cadena, 2017).

Otro aspecto, es la investigación realizada por Heidayri (2014), con la búsqueda de 74 artículos que usan el MPS de Pender, en bases de datos electrónicos de 1990 a 2012, cuyo objetivo fue predecir factores y determinar las barreras efectivas en los comportamientos de promoción de la salud, para detectar los efectos del programa de intervención en los comportamientos de promoción de la salud, por medio de los factores considerados en la intervención y evaluación de los resultados, con la autorrealización, la responsabilidad de la salud, el ejercicio, la nutrición, el apoyo interpersonal y el manejo del estrés, determinado en sus resultados que el modelo es viable al proporcionar información para el desarrollo de la intervención, prevenir enfermedades al identificar factores de riesgo, al realizar cambios en la práctica y actividades de promoción de la salud, validando de esta forma el MPS.

Para Heidayri (2014), el comportamiento de promoción de la salud, está integrado en el estilo de vida saludable, lo que permite mejorar la salud y generar una mejor calidad de vida en cualquier etapa del desarrollo, por lo tanto, el MPS, predice y detecta comportamientos saludables, a fin de promover estos comportamientos, de tal forma que guían el desarrollo de intervenciones exitosas

basadas en la teoría, al disminuir factores de riesgo especialmente en enfermedades crónicas al promover un estilo de vida saludable, como parte de la promoción de la salud, al aumentar los comportamientos saludables, mejorar el estado de salud y disminuir el costo de la atención médica.

Aqtam (2018), realiza una revisión integradora de diversos estudios que utilizaron el MPS en el periodo de 2008 a 2018, con 17 estudios de tipo cuantitativos, de los cuales utilizaron instrumentos derivados del MPS, entre las escalas se encontraron las siguientes: de comportamiento de promoción de la salud, la de compromiso de un plan de acción, la de beneficios percibidos, la de barreras de acción percibidas y la de preferencias de Pender. En este mismo sentido, el autor concluye que el MPS, predice beneficios y barreras en los determinantes de comportamientos que promueven la salud, además, de que los profesionales de enfermería pueden comprender y abordar las variables modificables en el comportamiento.

Por otra parte, la identificación de los beneficios y barreras para la salud, los profesionales de enfermería, pueden dar recomendaciones a las personas con la orientación sobre conductas que les ayude a promover la salud y de apoyo social, tomando en cuenta, que el comprender y evaluar los comportamientos de promoción de la salud, a través de identificar las características y experiencias personales, conductas, cognición y afecto específicos; para predecir los resultados conducta, (Aqtam, 2018).

Khalil (2012), realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, a fin de identificar los factores predictores de la falta de adherencia a la dieta y líquidos en pacientes jordanos con enfermedad renal terminal con hemodiálisis, la muestra fue por conveniencia con 190 pacientes en las ciudades de Amman, Zarqa e Irbid, en Jordania. Para la recolección de información se utilizaron cinco cuestionarios para evaluar el cumplimiento de la dieta y de los líquidos en diálisis, el inventario de depresión de Beck-II, el índice de calidad de vida, la escala de beneficios y barreras del ejercicio percibido por el paciente en diálisis y el apoyo social multidimensional percibido. Los hallazgos reportados del estudio, fue que el

27% de los pacientes mostraron un compromiso con el régimen dietético, el 23% solo tuvo un apego a la ingesta de líquidos, además de encontrar que la depresión tiene una asociación negativa con la calidad de vida de los pacientes.

Otro aspecto, el cual planteo el autor con la hipótesis de que la probabilidad de que los pacientes tomaran medidas o cambiaran sus comportamientos para prevenir una enfermedad dependía del conjunto de características, componentes cognitivos y psicosociales de los pacientes, descritos por Pender en el MPS, el cual señala que existe una relación entre las características individuales y la cognición con la predicción de resultados con comportamientos relacionados con la salud, como lo fue en este estudio con la falta de adherencia en la dieta y los líquidos. Por otro lado, la percepción de la enfermedad, complicaciones, además de la mala calidad de vida, podría motivar a los pacientes a realizar comportamientos saludables, al realizar actividad física y apegarse a las recomendaciones en la dieta e ingesta de líquidos, además de considerar aspectos psicosociales y cognitivos que también son un factor predictor, (Khalil, 2012).

Khoshnood (2018), realizó un metaanálisis con 28 manuscritos publicados durante el periodo de 2000 a 2016, para responder a cuatro preguntas relacionadas a el MPS y los criterios de Barnum para el análisis, evaluación y aplicación de la teoría en el MPS. En este mismo sentido, las teorías tienen una gran utilidad en la práctica de enfermería al describir fenómenos, explicar cómo se presentan, predecir resultados, además de prescribir las intervenciones, por lo cual, el MPS, es considerada una teoría de rango medio, al proporcionar especificidad en la investigación y la práctica, por consiguiente, el conocimiento puede ser resumido en teorías, siendo una guía para la investigación y la práctica. El autor concluyó que los objetivos del MPS de Nola J. Pender se pueden centrar en fortalecer los recursos, potenciales y capacidades de la persona, familia y comunidad a fin de propiciar comportamientos que beneficien la calidad de vida, además de ponderar el papel de la educación para la promoción de la salud.

Para Khoshnood (2018), la claridad del MPS de Pender, provee de una visión de interacción entre el entorno y la persona, siendo descrita la persona como

un fenómeno holístico y multidimensional, con atributos biopsicosociales, espirituales, ambientales y culturales, en donde las personas están vinculadas al entorno, la salud y a enfermería, ya que, la salud personal no puede estar separada de la salud de toda una sociedad, debido a la interdependencia que existe entre la persona y su entorno, en otras palabras, no puede ser una persona saludable, cuando la sociedad o su entorno es insalubre. Por lo que se refiere a la consistencia, el MPS también es aplicado a diversos grupos de edad de diferentes culturas y problemas de salud, demostrando la capacidad de predecir los resultados del comportamiento de las personas, al explicar los fenómenos de interés como son las percepciones de la persona y cómo estas percepciones pueden afectar o beneficiar en sus comportamientos. Otro aspecto, es la factibilidad del MPS por su aplicación, con un alcance predictivo al manipularse el fenómeno para lograr un cambio, en este sentido, enfermería ayuda a identificar e intervenir cuando se perciben las barreras, logrando resultados de estilos de vida saludable, con comportamientos de promoción de la salud que mejoran la capacidad funcional de las personas y su calidad de vida.

Méndez (2020), realizó una revisión integradora con la búsqueda de artículos publicados en el año 2000 al 2018, que respondiera a la pregunta ¿Las personas que tienen IRCT sometidas a hemodiálisis, con una intervención de enfermería en promoción de la salud, mejoran la calidad de vida?, se efectuaron el análisis de seis artículos que cumplieron los criterios de búsqueda en las diversas bases de datos. Los resultados reportados de esta revisión indican que el empoderamiento de las personas en relación a su enfermedad y tratamiento, a través de la intervención de enfermería, con la implementación del MPS de Nola J. Pender, favorece el autocuidado y la autoeficacia disminuyendo la depresión y mejorando la calidad de vida, al vincularse la teoría con la práctica con una interacción que permite un vínculo de empatía y confianza en la relación enfermera-paciente, rol preponderante en la disciplina de enfermería.

Por otra parte, Khalil (2012) realizó un estudio con de tipo descriptivo, con enfoque correlativo transversal, con una muestra de 90 pacientes de ERC en

hemodiálisis en las ciudades de Ammán, Zarqa e Irbid, en Jordania. Con el objetivo de determinar la relación entre la falta de adherencia a la dieta y a los líquidos, síntomas depresivos, calidad de vida, barreras percibidas, beneficios del ejercicio, y el apoyo social percibido, basado en el MPS de Nola J. Pender, generando la siguiente hipótesis: “la probabilidad de que los pacientes tomen medidas o cambien su comportamiento para prevenir una enfermedad depende de un grupo de las características de los pacientes, los componentes cognitivos y psicosociales”. Para la recolección de información se emplearon cinco instrumentos para evaluar la falta de adherencia a la dieta y a los líquidos, la presencia de síntomas depresivos, la calidad de vida, los beneficios y las barreras percibidas del ejercicio, y el apoyo social percibido.

Los resultados reportados en este estudio, indicaron que el 27% de los pacientes mostraron un compromiso total con las pautas dietéticas y el 23% a las pautas de líquidos durante los últimos 14 días, para examinar la correlación entre las variables independientes del estudio (síntomas depresivos, la cognición de la actividad física y las influencias interpersonales) con la variable dependiente la no adherencia a la dieta y a los líquidos, se empleó la prueba estadística Pearson, mostrando que la no adherencia al líquido y a la dieta no tiene una correlación significativa con la depresión, los beneficios percibidos del ejercicio, las barreras percibidas del ejercicio, la satisfacción y la importancia de la vida. El autor concluye que las variables del MPS pueden ser modificadas como: los beneficios percibidos, las barreras y la autoeficacia, pueden predecir la adherencia a la dieta y los líquidos, dando la recomendación de integrar un equipo de salud en la atención de nefrología como un psiquiatra, un trabajador social y un dietista para una atención integral a la persona con ERC, (Khalil, 2012).

Teoría del Déficit de Autocuidado

Dorothea E. Orem, desarrollo la Teoría del Déficit de autocuidado (TEDA) para conceptualizar el servicio de ayuda que presta enfermería, a partir de, sus funciones sociales e interpersonales de las relaciones de ayuda entre quien la necesita y de quien la presta. La TEDA tiene la finalidad de mantener la funcionalidad de la

persona a través del cuidado así misma, y está compuesta por tres teorías interrelacionadas:

1. Teoría de los sistemas de enfermería, esta teoría describe el papel de la enfermera en un sistema compensatorio total o parcial de las necesidades no cubiertas por limitaciones de la persona, además, de fomentar la independencia con el autocuidado, a través del apoyo educativo que es una herramienta fundamental para lograr cambios de conducta y mejorar la calidad de vida de la persona y de la familia.
2. Teoría del déficit de autocuidado, desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería, es decir, se promueve la relación entre las funciones de la enfermera y la participación del hombre para satisfacer sus necesidades, a fin de, alcanzar la independencia de cada persona de acuerdo a sus capacidades, disponibilidad y madurez para restablecer o mantener su salud. establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Orem, establece que existe un déficit de autocuidado, cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, (Prado, et al., 2014).
3. Teoría del autocuidado, en donde se describen los ocho requisitos de autocuidado universales, que pueden ser alcanzados de acuerdo a, los factores condicionantes básicos que influyen directamente en el estado de salud, y en la demanda del cuidado dependiente, que surge cuando el individuo enfermo no puede llevar a cabo por sí mismo.

Para Orem, (1985), el autocuidado es un comportamiento aprendido. Por lo que refiere al termino...

Texeira (2018), realiza la validación de un instrumento para la consulta de enfermería a la persona con diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica en el contexto de atención primaria, basado en el en el modelo conceptual de Wanda Horta y de la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, construido con seis dimensiones y subdividido en 25 categorías:

1. Identificación,
2. Necesidades psicosociales,
3. Necesidades psicoespirituales,
4. Necesidades psicobiológicas,
5. Percepción de la enfermedad, y
6. Autocuidado.

La metodología fue con la técnica Delphi en los meses de abril a septiembre de 2016 con 30 enfermeras, con el análisis del índice de validez de contenido (IVC) $\geq 0,80$. Presentando los resultados del IVC, de cada dimensión con un más del 0,82, destacando las dimensiones de psicosociales y espirituales.

Texeira (2018), señala a la consulta de enfermería como una intervención autónoma de la enfermera a través del Proceso de Enfermería, considerado como la metodología que dirige las acciones de las enfermeras en su práctica profesional, la cual contribuye a la identificación de necesidades de salud y condiciones de enfermedad, para actuar con acciones de promoción, prevención y protección de la salud, en cualquier entorno en los que se desempeña la enfermería. Finalmente, concluye al afirmar que el instrumento validado permitirá realizar la consulta de enfermería atendiendo las necesidades humanas básicas y de autocuidado de las personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica.

Amaral de Jesus (2015), publica el artículo “Eficacia de las restricciones de agua y de la dieta en pacientes renales crónicos en hemodiálisis”, con el objetivo de identificar las medidas de autocuidado utilizados para gestionar restricciones de líquidos y dietéticas. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, con 254 pacientes con ERC en hemodiafiltración de cuatro centros de atención en Lisboa, Portugal. Se evaluó la efectividad del autocuidado por la ganancia de peso

interdiálisis y niveles séricos de potasio y fósforo pre diálisis, presentando como resultados, que las medidas de autocuidado se correlacionaron significativamente con una menor ganancia de peso interdiálisis, así como, en el nivel de fósforo pre diálisis, con la reducción de sal, además de evidenciar la importancia de la pareja en la gestión de la dieta.

Por otra parte, el autor hace referencia a la TEDA de Dorothea E. Orem, con la teoría del sistema de apoyo educativo para enseñar a los pacientes que requieren orientación o instrucción para adaptarse a las demandas del tratamiento, a través de un comportamiento de autocuidado, y el cual está influenciado por la cultura, el conocimiento sobre la salud, el rol de la persona y la toma de decisión del paciente de participar en acciones de autocuidado. Ahora bien, las medidas de autocuidado reportadas para la restricción de líquidos estuvieron centradas en reducir la ingesta de sal y controlar la ingesta de líquidos, en cambio para la restricción dietética, esta se centró en la reducción de potasio y fósforo en los alimentos con alto contenido, (Amaral de Jesus, 2015).

Bal Özkaptan (2016), en su estudio “La atención de enfermería a domicilio con el modelo de autocuidado mejora la autoeficacia de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica”, cuyo objetivo fue determinar el efecto de los cuidados de enfermería proporcionados en el hogar con el modelo de autocuidado en la autoeficacia en el norte de Turquía, con una muestra de 106 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los cuales fueron divididos en dos grupos, denominado a un grupo de intervención y al otro de control. Al grupo de intervención se les realizó cuatro visitas, de las cuales dos fueron en el primer mes y dos en los meses siguientes, en el que se les distribuyó una guía educativa en la primera visita y en las subsecuentes se les proporciono educación, cuidados y la supervisión de acuerdo al plan de cuidados. Para la recolección de datos utilizaron la hoja de datos del paciente, un formulario de basado en el modelo de autocuidado de Orem, el formulario de evaluación de síntomas, la escala de disnea del Medical Research Council y la escala de disnea de la enfermedad pulmonar

obstructiva crónica, y la escala de autoeficacia para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El autor, señala que la atención domiciliar de enfermería es una herramienta para el manejo de síntomas, el aumento de la autoeficacia y la prevención en el desarrollo de la enfermedad, por lo tanto, la educación y la consulta del paciente, basado en el modelo de autocuidado de Dorothea E. Orem, resulta de gran utilidad para mejorar el autocuidado, al favorecer el conocimiento, la capacidad y la motivación, al involucrar al paciente y su familia para contribuir en la autoeficacia y manejo de la enfermedad, (Bal Özkaptan, 2016).

Blok (2016), realizó un análisis conceptual del autocuidado de Dorothea E. Orem, con el enfoque de ocho pasos de Walker y Avant, con un metaanálisis de 189 artículos publicados desde 2001 a 2015 con el término de búsqueda “comportamiento de autogestión”, de los cuales 87 artículos estaban relacionados con la diabetes, 22 con el asma, ocho con enfermedades del corazón, siete con artritis, siete con enfermedad renal crónica y otras enfermedades crónicas. Los resultados del análisis conceptual se clasificaron de acuerdo al modelo de Dorothea E. Orem con los conceptos de autocuidado, en el que el comportamiento de autogestión representó el autocuidado, categorizando los atributos de autocuidado a quien cumple con las demandas de autocuidado terapéutico, los antecedentes fueron categorizados como factores condicionantes básicos y componentes de poder de la agencia de autocuidado, y las consecuencias se categorizaron como déficits de autocuidado.

En este mismo sentido, el autocuidado es una acción deliberada realizada por la persona que ha desarrollado capacidades para regular su propio funcionamiento y desarrollo en entornos estables o cambiantes, en donde las características individuales de las personas pueden afectar el autocuidado, es decir son los factores que condicionaran lo básico, el concepto de agencia de autocuidado se refiere a cuando la persona realiza su propio cuidado, siendo considerado agente de autocuidado, por el contrario, cuando la agencia de autocuidado no les permite satisfacer sus necesidades, se presenta un déficit de

autocuidado. Por lo cual, los antecedentes que involucren las características físicas y psicológicas no son suficientes para permitir que se logre la agencia de autocuidado, sin que se obtenga un beneficio, pero con consecuencia negativas por no lograr el control de su propia salud, (Blok, 2016).

Borji (2017), realizó un estudio cuasiexperimental con 80 pacientes con Diabetes mellitus tipo II en el año 2015, en la ciudad de Ilam, Irán, con el objetivo de evaluar el efecto del modelo de autocuidado de Dorothea E. Orem en la calidad de vida. Se hicieron dos grupos integrados de forma aleatoria, uno experimental y otro de control, en el grupo de intervención se les programó 6 sesiones grupales con una duración de 60 a 90 minutos, cada grupo estaba conformado por 5 personas. El contenido de las clases incluyó material educativo, así como, la etiología de enfermedad, tipos de diabetes, signos y síntomas clínicos, diagnóstico y tratamiento de complicaciones, además de incluir factores de riesgo, cuidado de los ojos, cuidado de los pies, la toma de glucosa capilar en sangre, recomendaciones en dieta, régimen de medicamentos y actividad física. Posteriormente, se les entregó un folleto del material enseñado con un seguimiento de 12 semanas, y en esta última semana se recolectaron datos a través del instrumento de calidad de vida (SF-36) realizado la primera semana al inicio de la intervención.

La teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem, proporciona una guía clínica para planificar e implementar las actividades de autocuidado, en donde enfermería facilita la capacidad de autocuidado a través del sistema de apoyo educativo, con el rol de facilitador y agente de cambio para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para este estudio, el proceso de aplicación de la teoría de autocuidado, consistió en un primer punto, la recolección de datos a través de formulario basado en Orem, con características demográficas del paciente, la necesidad específica de autocuidado del paciente en desviación de la salud, antecedentes médicos, diagnósticos, medicamentos, alergias, expectativas del paciente, y sus necesidades de cuidado general, para determinar la capacidad del paciente para satisfacer estas necesidades, con la elaboración de un plan de manejo a partir de

las necesidades del paciente. Entre los hallazgos reportados, el grupo intervención mejoro su calidad de vida, a excepción de la salud general y el rol emocional, por el contrario, en el grupo de control no presentó diferencias significativas en comparación con el grupo intervención. El estudio concluyó que los programas de autocuidado, son una alternativa, de acuerdo a las necesidades de los pacientes al mejorar la calidad de vida, (Borji, 2017).

Samaniego (2018), realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, con una muestra a conveniencia con 50 pacientes en tratamiento de hemodiálisis en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, con el objetivo de determinar el nivel de autocuidado que existe en pacientes con ERC en un hospital de segundo nivel de atención, para lo cual, emplearon el instrumento de Escala de Valoración de la agencia de autocuidado, obteniendo como resultado general, que el 60% de los pacientes presentaron un bajo nivel de autocuidado general, mientras que el 30% obtuvo un nivel medio de autocuidado y únicamente el 10% mostró tener un nivel alto de autocuidado, concluyendo que los pacientes encuestados no cubren las medidas necesarias para llevar un cuidado adecuado, al poseer una deficiente capacidad de autocuidado, sin embargo, tampoco se expone que intervenciones fueron realizadas para determinar el nivel de autocuidado de los pacientes en hemodiálisis.

Cantillo (2017), realizó un estudio de tipo cuantitativo-descriptivo de corte transversal, con una muestra de 111 personas con diálisis en la unidad renal de Florencia, Colombia, con el objetivo de determinar la capacidad de autocuidado de las personas con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis, así como su relación con las características sociodemográficas y clínicas, para la recolección de la información se aplicó el instrumento de “Capacidad de agencia de autocuidado para pacientes hipertensos”, de acuerdo a los resultados presentados, el grado de capacidad de las personas en diálisis fue alta, sin embargo, identificaron aspectos que requieren de intervención para aumentar el autocuidado, en aspectos de conocimiento y habilidades en el manejo de la enfermedad, complicaciones, uso de medicamentos, alimentación, actividad física y evaluación de las medidas tomadas para mantener el bienestar, por lo que, el autor considera los programas de

educación, necesarios para fortalecer el control de la ERC, con cambios en el estilo de vida para mejorar la calidad de vida, con la planificación de cuidados de enfermería. Por otro lado, la relación de la capacidad de autocuidado con los factores condicionantes, evidencio que la edad y la percepción del estado de salud, altera la actividad de autocuidado.

Por otro lado, Parvan (2015) realizó un estudio de tipo cuantitativo con una muestra de 58 pacientes en hemodiálisis, en el Hospital de Enseñanza de Shahid Rahemun, Yazd, Irán, en año 2012, el objetivo del estudio fue comparar el impacto de dos métodos: formación presencial y la información a través de folletos para el cumplimiento de los tratamientos de hemodiálisis, con la formulación de la pregunta de investigación ¿existe una relación entre la falta de conocimiento y la forma de informar a los pacientes?. Entre los hallazgos obtenidos en este estudio, se demuestra que el entrenamiento cara a cara, como el folleto de información, aumentaron el conocimiento de los pacientes, la adherencia al tratamiento, sin embargo, el método de entrenamiento cara a cara se obtiene mayor información, modificando hábitos no saludables por saludables que benefician de forma positiva en la calidad de vida y la esperanza de vida.

En este mismo sentido, Parvan (2015), menciona que la estrategia de capacitación por parte de enfermería, refuerza la teoría de Orem, al señalar que cuando los pacientes no pueden cuidarse a sí mismos, las enfermeras pueden ayudarlos a cuidarse a sí mismos alentándolos y capacitándolos, debido a que un paciente bien informado sobre su enfermedad, pueden participar de manera más efectiva en el proceso de tratamiento. Es por ello, que la capacitación requiere de una planificación integral, con una mirada a la prestación de servicios de consultoría que involucre la educación en relación a las necesidades biopsicosociales a lo largo de la vida.

Ören (2014), en el artículo “Desarrollo y prueba psicométrica de la escala de agencia de autocuidado para pacientes sometidos a diálisis de larga duración en Turquía”, para ello, realizó un estudio de tipo transversal que incluyó a 175 pacientes de hemodiálisis y 125 de diálisis peritoneal, en cinco centros médicos de Estambul,

Irán. El desarrollo y la validación del contenido está basada en la teoría de Dorothea E. Orem, quien se refiere a el autocuidado, como los esfuerzos del individuo por hacer lo necesario para mantener la salud y el bienestar, abarcando las capacidades humanas para adoptar un comportamiento dirigido a mantener y mejorar la salud, además del bienestar de la persona, al utilizar los conocimientos adquiridos, para tomar decisiones en su autocuidado. En este autocuidado, está implícito el término de agencia de autocuidado, el cual es definido, como la capacidad de un individuo para evaluar continuamente las necesidades relacionadas con la salud y realizar actividades de autocuidado destinadas a promover y mantener la salud, así como, el bienestar, por lo tanto, si existe una agencia de autocuidado en la persona, esta misma puede satisfacer sus necesidades y asumir la responsabilidad de su propia salud.

Los 22 ítems de la Escala de Agencia de Autocuidado que fueron desarrollados, son el resultado de la revisión de la literatura y del modelo de autocuidado de Orem. Comprobando su validez del contenido a partir de las opiniones de expertos, además de la aplicación de la escala a 300 pacientes, obteniendo un análisis factorial y alfa de Cronbach 0,75. La autora concluye que la agencia de autocuidado, así como, las necesidades de los pacientes en diálisis son dinámicas, estas pueden verse afectadas por diversas variables, por lo que sugiere que, las necesidades de autocuidado deberán evaluarse periódicamente, en donde, enfermería debe apoyarse de una herramienta validada y confiable para determinar su plan de manejo y estrategias a realizar para obtener resultados que favorezcan el autocuidado de la persona, (Ören, 2014).

Por otra parte, Shojaee Shad (2018), realizó un estudio de ensayo clínico, con una muestra por conveniencia de 60 pacientes en hemodiálisis, en donde se asignaron dos grupos de 30 personas, uno de intervención y otro de control en el Centro de Enfermedades Espaciales de Zabal, Irán, con el objetivo de determinar el efecto del programa de autocuidado basado en el modelo Orem sobre la autoestima de los pacientes sometidos a hemodiálisis. Para la recolección de datos utilizaron dos cuestionarios:

1. Cuestionario de información demográfica: Elaborado por el autor, consto de 13 preguntas, que incluían edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, duración de la ERC, duración de la hemodiálisis, antecedentes familiares de insuficiencia renal, el costo del tratamiento mensual, nivel de ingresos mensuales y el índice de masa corporal.
2. Cuestionario para medir las conductas de autocuidado de los pacientes en hemodiálisis según el modelo de Orem: Adaptado del cuestionario de autocuidado de Orem en pacientes diabéticos, con 23 afirmaciones para medir las actividades de autocuidado de los pacientes en hemodiálisis, como el control de peso diario, medición de la presión arterial, el consumo de una dieta especial, control de líquidos consumidos, la actividad, el descanso y sueño, el apego al tratamiento farmacológico, la identificación síntomas de la enfermedad y complicaciones, además del conocimiento de medicamentos prescritos. El valor de validez de contenido fue de 90,3.

Después de la recolección de información en los dos grupos, se identificaron las necesidades de autocuidado, llevando a cabo solo la intervención en el grupo de estudio, con un programa de autocuidado basado en el modelo de autocuidado de Orem que incluía el sistema de apoyo educativo de enfermería, de forma individual a través de la conversación en cuatro a seis sesiones en un intervalo de una semana, la duración de la sesión fue de 30 a 45 minutos:

1. Sesión 1. Información general sobre los riñones, los tipos de insuficiencia renal y su tratamiento.
2. Sesión 2. Vías vasculares y su cuidado, restricciones de líquidos.
3. Sesión 3. Pautas nutricionales para pacientes en hemodiálisis.
4. Sesión 4. Medicación y hemodiálisis.
5. Sesión 5. Ejercicio y hemodiálisis de actividad física.
6. Sesión 6. Hemodiálisis y viajes.

Al finalizar cada sesión, se les entrego un folleto educativo, dándoles un seguimiento por llamada telefónica durante un mes.

Por el contrario, al grupo control no recibió ninguna intervención. Al finalizar con las sesiones en el grupo de intervención, se aplicaron nuevamente en ambos grupos los dos cuestionarios. Los resultados obtenidos, indican que después del programa de autocuidado basado en el modelo de Orem, se aumentaron las conductas de autocuidado en el grupo de intervención, en comparación con el grupo de control, (Shojaee Shad, 2018).

Para Shojaee Shad (2018), el autocuidado es una estrategia de adaptación a la vida para mejorar la calidad de vida y la autonomía de la persona con ERC, por lo que considera la TEDA de Dorothea E. Orem, una de las teorías más completas al identificar la capacidad de la persona en cuidarse a sí misma, y si esta capacidad se encuentra limitada, le asume la responsabilidad a enfermería en proporcionar un cuidado de acuerdo al sistema de apoyo de la TEDA. En este sistema de apoyo, la educación hace partícipe a la persona con actividades de autocuidado, a fin de lograr un nivel de autonomía, por lo cual, el modelo de autocuidado de Orem, favorece la satisfacción de la persona en hemodiálisis, al basarse en las necesidades de apoyo educativo.

Santana (2020), realizó un estudio cualitativo, con enfoque de tipo descriptivo y exploratorio en el periodo de septiembre a diciembre del año 2018, con la realización de 12 entrevistas semiestructuradas a personas en tratamiento en la unidad de hemodiálisis de un hospital al sur de Chile, con el objetivo de comprender como es llevado a cabo el autocuidado en personas con ERC en hemodiálisis. Las entrevistas fueron realizadas con la pregunta desencadenadora “¿Hábleme de su experiencia con la ERC, la hemodiálisis y cómo realiza su autocuidado?” con el fin de explorar el tema del autocuidado con el análisis de contenido dirigido, basado en la TEDA de Dorothea E. Orem para identificar las necesidades de autocuidado y de apoyo educativo. Los resultados presentados fueron agrupados en tres categorías:

1. Requisitos de autocuidado
2. Déficit de autocuidado
3. Educación y manejo de la información para el autocuidado.

Para los requisitos de autocuidado, destacó la principal demanda para mantener las restricciones, específicamente en el control de la alimentación y de los líquidos, al modificar hábitos de su vida diaria. En cuanto a la categoría del déficit de autocuidado, se encontró la limitación de la práctica de actividad física por el cansancio después de la hemodiálisis, también el portar el catéter venoso fue un factor para la realización del cuidado personal, además del ingreso económico como otro factor que limitó la ingesta de alimentos con alto contenido nutricional. Por lo que refiere a la categoría de educación y manejo de la información, determinaron que las personas presentaban dificultades para comprender la información, debido a la falta de orientación por parte de los profesionales de la salud, (Santana, 2020).

En este mismo sentido, Santana (2020), menciona que el equipo de salud debe identificar aquellos aspectos que dificultan el autocuidado de las personas, debido a que las necesidades varían según el contexto de vida de cada una de las personas, por lo que, señala la responsabilidad de enfermería para identificar las necesidades y requisitos de autocuidado necesarios para el funcionamiento de su propia salud, para ello, la creación de un vínculo con la persona con ERC puede aumentar la adherencia al tratamiento terapéutico, además de la educación que refuerce el autocuidado, usando como reforzador la motivación para favorecer la autogestión.

Por otro lado, Mohammadpour (2015), publicó el artículo “El efecto de una intervención educativa de apoyo desarrollada en base a la teoría del autocuidado de Orem sobre la capacidad de autocuidado de los pacientes con infarto de miocardio: un ensayo controlado aleatorio”, con una muestra de 66 pacientes con infarto al miocardio en cuatro unidades de cuidados coronarios afiliadas a dos hospitales universitarios situados en el sur de Khorasan, Irán., en el año 2012, con la creación de dos grupos, el de ensayo y el de control, con el objetivo de evaluar el efecto de la intervención educativa en la capacidad de autocuidado de los pacientes con infarto de miocardio. Para la recolección de la información se aplicaron dos cuestionarios:

1. Cuestionario demográfico: Que incluían preguntas sobre la edad, sexo, nivel educativo, peso, altura, antecedentes de infarto al miocardio, antecedentes familiares de infarto al miocardio, cifras de la presión arterial.
2. Cuestionario de Capacidad de Autocuidado IM (MISCAQ): Con 47 ítems, subdivididos en tres dimensiones (conocimiento del autocuidado, motivación para el autocuidado, habilidades de autocuidado, con 13, 12 y 22 ítems respectivamente).

Se aplicó los cuestionarios a cada uno de los grupos, para evaluar la capacidad de autocuidado e identificar las necesidades educativas en términos de autocuidado. Al grupo experimental, se les proporcionó información sobre:

1. Funciones del sistema cardiovascular,
2. Etiología y factores de riesgo de la enfermedad,
3. Gestión de los factores de riesgo,
4. Importancia del apego al tratamiento y régimen dietético.

La educación se impartió en tres sesiones de 45 minutos, con un seguimiento a los 45 días después finalizar la educación con llamadas telefónicas para asesoramiento, por el contrario, el grupo control no recibió ninguna intervención. Ambos grupos, realizaron nuevamente los cuestionarios para evaluar la capacidad de autocuidado. En la presentación de los resultados, demuestran que los conocimientos, la motivación y las habilidades de autocuidado, aumentaron posterior a la intervención en el grupo experimental, en comparación con en el grupo control, (Mohammadpour, 2015).

Para Mohammadpour (2015), la teoría de Dorothea E. Orem ayuda a evaluar los conocimientos de autocuidado de la persona y la motivación, para determinar las necesidades de autocuidado, por lo que, la teoría de los sistemas de enfermería, orientan los cuidados de enfermería, en el caso del sistema de apoyo educativo es una herramienta para disminuir el déficit de autocuidado al mejorar la capacidad de autocuidado, además de satisfacer los requisitos universales, de desarrollo, por la

desviación de la salud, por lo tanto, la función principal de enfermería es actuar como reguladora, educadora y consejera en el apoyo educativo hacia la persona.

Kumar (2007), publico “Aplicación de la teoría del déficit de autocuidado de Orem y de los lenguajes de enfermería estandarizados en un estudio de caso de una mujer con diabetes”, el caso es de una mujer con 49 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2 y con 10 años de evolución, siendo referida a enfermería por presentar dolor, entumecimiento de extremidades inferiores, previamente se descartó neuropatía vascular periférica. El objetivo de esta publicación científica fue ilustrar el proceso de la práctica de enfermería basada en la teoría del déficit de autocuidado de Orem, a partir de la evaluación de una enfermera especialista, además del uso del lenguaje de enfermería estandarizado, NANDA, Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y la Clasificación de resultados de enfermería (NOC), para guiar el cuidado de enfermería.

En este mismo sentido, Kumar (2007), utiliza el término de agencia de autocuidado descrito por Dorothea E. Orem, para describir el poder de las personas en realizar las actividades de autocuidado, en donde esta capacidad de efectuarlo, es entendido como agente de autocuidado, el cual es adquirido y alterado por el entorno. Por lo tanto, el autocuidado es una contribución reguladora de la persona, con acciones para regular la salud, el funcionamiento y el desarrollo, en consecuencia, los profesionales de enfermería especialistas tienen la función de coordinar la atención, para el desarrollo de habilidades a través de la educación.

Enfermedad Renal Crónica

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), actualmente representa a nivel mundial una condición de salud con un alto impacto dentro del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), asimismo, la ERC requiere de terapias de soporte de vida con un alto costo financiero y social para los países, por lo tanto, las acciones preventivas deberán estar enfocadas en disminuir la incidencia de la enfermedad en etapas terminales. Es por ello, que la carga global de la enfermedad, mide la magnitud por la pérdida de la salud a consecuencia de enfermedades, lesiones, factores de riesgo en función de la edad, el sexo y la ubicación geográfica en

momentos específicos, permitiendo una evaluación específica para riesgos y beneficios en términos económicos de enfermedades, desde la arista de morbilidad, de modo que, se evalúan las políticas públicas e intervenciones, en este mismo sentido, el reporte del estudio de la GBD en 2015 a nivel mundial reporto las muertes por la ERC, representando el 1.24%, el 1.62% del total de años de vida perdidos y el 1.04% del total de años vividos con discapacidad. (Torres, 2017).

Otro aspecto, es lo publicado por Lozano (2013), con el título, La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México, en el periodo de 1990 a 2010. En este estudio de la carga de enfermedad se analizaron los años de vida perdidos por una muerte prematura (AVMP), años de vida asociados a discapacidad (AVD), indicadores integrados en años de vida saludables perdidos (AVISA), incluyéndose una estimación de daños atribuibles a la exposición a 67 factores de riesgo, como son: riesgo conductuales (consumo de tabaco, alcohol, drogas e inactividad física), dieta (deficiencias de micronutrientes, consumo elevado de grasas o de azúcares industrializados), metabólicos o fisiológicos (elevada glucosa en sangre, elevada presión arterial, elevado índice de masa corporal, baja concentración de hemoglobina), ambientales (utilización de combustibles sólidos, exposición a plomo o a partículas suspendidas), agua y saneamiento (porcentaje de dotación de agua potable y drenaje dentro de las viviendas), ocupacionales, abuso sexual y lesiones y violencia, (Lozano, 2013).

Además, Lozano, (2013), señala que el panorama epidemiológico de México, requiere de forma urgente un sistema de salud renovado con respuestas de accesibilidad y cobertura efectiva, por el momento demográfico de un proceso acelerado de envejecimiento, así como, en el aumento de la esperanza de vida, aunado al perfil epidemiológico de la población mexicana, si bien es cierto, se vive más años pero no necesariamente con un buen estado de salud, de acuerdo al, estudio de carga de la enfermedad de 2010, estimó que México presentaba una esperanza de vida sin discapacidad de 67.1 años en mujeres y de 63.6 años en hombres, representando en las mujeres 11.3 años de su vida con discapacidad,

mientras que, los hombres 10 años, según los expertos, son enfermedades asociadas a una detección tardía y un manejo inadecuado, (Lozano, 2013).

La enfermedad renal crónica (ERC), esta cercada por un conjunto de enfermedades crónica no transmisibles (ECNT) que representaron en México, el 71% de la carga de enfermedad en el 2010, entre las cinco causas principales de pérdidas de la salud, tanto en hombre como en mujeres, se encuentra la ERC que sobresale por su magnitud y rápido crecimiento, a consecuencia de fallas en la atención, desde el tamizaje, el diagnóstico precoz y oportuno, el tratamiento eficaz, que afectan el desempeño, independencia, funcionalidad y calidad de vida de la persona con ERC, por lo que, se requiere de un sistema de salud con una atención continua y efectiva que mitigue los costos y posponga las complicaciones, (Lozano, 2013).

Por otra parte, Méndez (2010), en su artículo, Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México, estudio de tipo retrospectivo en pacientes del programa de diálisis en unidades médicas de segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se incluyeron 31, 712 pacientes de 127 hospitales generales de 21 estados de la República Mexicana, llegando a la conclusión de que la principal causa de la enfermedad es la diabetes mellitus en un 48,5%, la hipertensión arterial en un 19%, la glomerulopatías crónicas con un 12,7% y otras causas el 19,8%, entre los hallazgos reportados por los autores, es la morbilidad asociada a las modalidades de las terapias de sustitución renal, la peritonitis en pacientes con diálisis peritoneal; el síndrome anémico y la infección del acceso vascular, en pacientes sometidos a hemodiálisis, además, de reportar la mortalidad asociada fue por causas infecciosas y cardiovasculares, (Méndez, 2010).

Otro aspecto, que hacen referencia los autores es sobre la incidencia de la enfermedad, al estimar que hay 377 casos por un millón de habitantes, con una prevalencia de 1,142 y alrededor de 52, 000 pacientes en alguna modalidad de terapia sustitutiva, por lo cual, es considerada como una enfermedad catastrófica por los altos costos que conlleva, así como, de requerir de una inversión en recursos

de infraestructura y humanos. De acuerdo a, Méndez, (2010), el 80% de los pacientes es atendido en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), representado en el 2007, un gasto médico total derivado de la atención de la insuficiencia renal crónica en la atención en programas de diálisis, con una estimación de 4,013 millones de pesos, lo que equivalió al 2,5% del gasto del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) de ese año, previendo que para el año 2043, representara una inversión de 20,000 mil millones de pesos, y para el año 2050 estos costos de inversión podrán alcanzar los 50,000 mil millones de pesos, cifras que no alcanzará costear el IMSS, por lo que, los autores proponen contar con programas de detección oportuna en unidades de primer contacto, para desacelerar la incidencia de pacientes en terapia sustitutiva, además, de afirmar que los programas de pre diálisis, retrasan la progresión de la enfermedad, (Méndez, et al. 2010).

No obstante, Méndez (2014), presentan otro estudio de cohorte retrospectivo, con el título de Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en el segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el que incluyeron información recabada de forma electrónica por la Coordinación de Proyectos Especiales, a partir del año 2008 a diciembre de 2013, de 35 delegaciones en un segundo nivel de atención médica del IMSS. Ahora bien, los hallazgos reportados en este estudio fue con población de 56, 430 pacientes, de los cuales, el 57% fueron hombres y el 43% corresponde a mujeres, también indican que el grupo etario prevalente es el de 60 a 69 años, seguido del grupo de 50 a 59 años; además, de señalar cuales son las causas primarias de la insuficiencia renal crónica, determinando que la diabetes mellitus en un 52,6%, la hipertensión arterial en un 35,2%, las glomerulopatías crónicas en un 7,2%, las malformaciones congénitas en un 2% y la nefropatía tubulointersticial en un 1%. Con respecto a, la distribución de la modalidad de terapias sustitutivas el 60% de los pacientes recibe diálisis peritoneal (DP) y el 40% asiste a hemodiálisis (HD), además, de señalar que el mayor número de pacientes se concentran en los estados de Jalisco, Estado de México en la zona oriente y en el Distrito Federal zona sur, (Méndez, 2014).

Asimismo, los autores reportaron las complicaciones más frecuentes en la modalidad de diálisis peritoneal fueron, peritonitis, sobrecarga hídrica, así como, fallas mecánicas en el catéter, en cambio, en la modalidad de hemodiálisis se encontró retención hídrica, descontrol hipertensivo e hiperkalemia, en cambio, la en ambas modalidades la primera causa de mortalidad fue cardiovascular con infarto agudo al miocardio. Méndez, (2014), estima que cada año se presentarán de 800 a 1,000 pacientes que requerirán de alguna modalidad de terapia sustitutiva, con una inversión económica de 9,860 dólares para diálisis peritoneal y de 22,824 dólares en hemodiálisis, por consiguiente, prevén que en los próximos años no se cuente con la suficiente infraestructura, ni el soporte financiero para dar cobertura de atención médica al 73% de la población mexicana por parte del IMSS, (Méndez, 2014).

La Kidney Disease Improved Global Outcomes (KDIGO), publicó en el 2012, la Guía de práctica clínica para la evaluación y el manejo de la enfermedad renal crónica, definiendo a la enfermedad renal como “una anomalía del riñón en su estructura o función, con implicaciones para la salud de un individuo, que se puede presentar de forma abrupta y resolverse, o convertirse en crónico”, por el contrario, al término de insuficiencia renal crónica (IRC) se emplea para englobar a los trastornos que afectan a la estructura y la función del riñón con presentación clínica variable, relacionada con la causa, la gravedad y la tasa de progresión, que en algunos casos la enfermedad evoluciona en décadas, sin embargo, en estados iniciales la enfermedad se presenta de forma asintomática, del mismo modo, la detección temprana debe realizarse con la evaluación de las condiciones comórbidas y reversibles, aunque, cuando la presentación es progresiva y rápida, se puede llevar a la IRC en pocos meses, siendo considerada como el resultado más grave de la enfermedad renal crónica, con síntomas concernientes a la disminución de la función renal, que requieren de terapias de sustitución o de trasplante renal, como alternativas para la función renal, (KDIGO, 2013).

Asimismo, Lorenzo (2020), agrega que la presencia de una alteración en la estructura o funcional renal en pruebas de sedimento, imagen o histología, deben

persistir por más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal, tomándose como parámetro el filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m² sin otros signos de enfermedad renal, (Lorenzo, 2020). En este sentido, Méndez, (2017), define a la ERC, con la incapacidad progresiva e irreversible del riñón para mantener sus funciones normales, por lo menos durante tres meses, con la presencia de alteraciones funcionales y estructurales, con o sin deterioro del FG de inicio crónico (lento-progresivo), o de forma aguda (inicio abrupto), (Méndez, 2017). De acuerdo a, las guías de KDIGO 2012 la ERC es clasificada según los valores de la tasa de filtración glomerular (TFG), la cual es expresada en ml/min/1.73m² de superficie corporal, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1. Estadio del daño renal, KDIGO, 2012.

Estadio	Condiciones	TFG
1	Daño renal con TFG normal o alta	>90ml/min/
2	Daño renal con disminución moderada de la TFG	60-89ml/min/
3 ^a	Disminución leve a moderada de la TFG	45-59ml/min/
3b	Disminución moderada a severa de la TFG	30-44ml/min/
4	Disminución grave de la TFG	15-29ml/min/
5	Falla renal	<15ml/min/

Fuente: Elaborada con base a KDIGO, 2012.

De acuerdo a, Levey (2009), el modelo conceptual de la enfermedad renal, fue desarrollado por la KDOQI y posteriormente revisada y aprobada por KDIGO en el 2005, aplicable para un enfoque de salud pública al prevenir el desarrollo, la progresión y las complicaciones de la enfermedad renal crónica. En este modelo conceptual se incluyen los factores de riesgo definidos como atributos asociados a un mayor riesgo de resultados adversos, para el desarrollo, la progresión y las complicaciones de la enfermedad renal crónica, además, de la relación con las estrategias preventivas primarias, secundarias y terciarias dirigidas a poblaciones específicas al identificarse los factores de riesgo modificables, (Levey, et al., 2009).

Cortés (2017), publicó el artículo “Retos y perspectivas de la enfermedad renal crónica en México: a propósito del día mundial del riñón, 2017”, en el que

señala a la ERC en México, es un problema de salud pública, asociado a elevada morbilidad, mortalidad, grandes costos y una calidad de vida disminuida, aunado a otro problema de salud como la obesidad, siendo este un factor de riesgo para desarrollar enfermedad renal, además de enfermedades como la diabetes y la hipertensión, cuyo impacto es directo en el desarrollo de ERC

En la siguiente tabla, Martínez (2014), enlistan los factores de riesgo de la enfermedad renal crónica.

Tabla. 2. Factores de riesgo de la ERC.

Factores de riesgo de la enfermedad renal crónica			
Factores de susceptibilidad	Factores iniciadores	Factores de progresión	Factores de estadio final
Edad avanzada	Enfermedades autoinmunes	Proteinuria persistente	Dosis baja de diálisis (Kt/V)
Historia familiar de ERC	Infecciones sistémicas	Hipertensión arterial mal controlada	Acceso vascular temporal para diálisis
Masa renal disminuida	Infecciones urinarias	Diabetes mal controlada	Anemia
Bajo peso al nacer	Litiasis renal	Tabaquismo	Hipoalbuminemia
Raza negra y otras minorías étnicas	Obstrucción de las vías urinarias bajas	Dislipidemia	Derivación tardía a nefrología
Hipertensión arterial	Fármacos nefrotóxicos, principalmente AINE	Anemia	
Diabetes	Hipertensión arterial	Enfermedad cardiovascular asociada	
Obesidad	Diabetes	Obesidad	
Nivel socioeconómico bajo			

Fuente: Martínez, et al., (2014).

Por otra parte, Cortés (2017) describe cinco estrategias para prevenir el riesgo en desarrollar la enfermedad, y la progresión de la ERC.

1. Identificación de los factores de riesgo para daño renal: Esto permitirá implementar medidas de nefroprotección en etapas tempranas de la enfermedad, además de facilitar la educación para el autocuidado.

2. Detección temprana: Después de identificar los factores de riesgo, es necesario el monitoreo de la tensión arterial, creatinina sérica, albuminuria, estimación de la tasa de filtración glomerular y examen del sedimento urinario, en algunos casos la realización de biopsia renal.
3. Aplicación de estrategias multidisciplinarias: La intervención del equipo de salud, es la suma de cualquier esfuerzo para lograr el empoderamiento del paciente desde la autoeficacia, con el desarrollo de herramientas que fomenten el autocuidado para el manejo de su enfermedad, control de factores de riesgo, promoción de hábitos saludables y la modificación de conductas de riesgo, para reducir la progresión del daño renal y sus complicaciones.
4. Implementación de programas de entrenamiento: Incrementar las competencias en el personal de salud, en la atención primaria sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento.
5. Disponibilidad de herramientas auxiliares para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la ERC en unidades de atención primaria: La accesibilidad de las pruebas de escrutinio desde un primer nivel de atención y el inicio de fármacos nefroprotectores, también pueden cambiar el panorama de la enfermedad.

Por otro lado, Cueto (2017) menciona que, al abordar a la ERC en etapas tardías, tiene un alto costo para el paciente, la familia, además del sistema de salud, debido a las terapias de sustitución renal en cualquier modalidad (diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante). Por lo tanto, las estrategias multidisciplinarias deberán estar enfocadas a las necesidades de los pacientes con el objetivo de empoderarlos, para coadyuvar en la prevención de la enfermedad, mejorar el cuidado y retrasar el daño renal en aquellos pacientes con ERC, con la elaboración de un plan de manejo, que incluya el manejo farmacológico, la intervención de factores individuales como el estilo de vida, control de factores de riesgo, de desarrollo y de progresión, por lo cual, los estilos de vida negativos están asociados al desarrollo y progresión de la enfermedad, por tanto la intervención de enfermería debe promover el empoderamiento, el autocuidado, y la adherencia al tratamiento.

Galceran (2013), en el “Documento de consenso sobre atención a la enfermedad renal crónica”, menciona que, para reducir la morbilidad cardiovascular, además de retardar la progresión de ERC es importante el manejo compartido con enfermería a fin de asegurar la continuidad de los aspectos educativos para introducir estilos de vida saludables que faciliten la consecución de los siguientes objetivos terapéuticos:

1. Reducir la presión arterial a $< 140/90$ mmHg.
2. Seguimiento de la dieta hiposódica,
3. Reducir la proteinuria a < 500 mg/g.
4. Control glucémico con el objetivo general de una HbA1c $< 7\%$.
5. Dejar de fumar.
6. Control de la dislipidemia con dieta y, si es necesario, el uso de estatinas (objetivo de LDL < 100 mg/dl).
7. Minimizar la utilización de fármacos nefrotóxicos.

Mezzano (2005), señala que las principales causas de ERC son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, representando el 60% de los pacientes en terapia de reemplazo renal, por lo cual, indica la correlación entre el control de la presión arterial con la velocidad de deterioro de la función renal, es decir, a mejor control de la presión arterial, mejor es la preservación de la filtración glomerular, para ello, la proteinuria es considerada como un factor predictor para el pronóstico renal, ya que al reducir la proteinuria, se disminuye el deterioro de la función renal. Siendo el exceso de ingesta de proteínas, la hiperlipidemia y el tabaquismo, factores que condicionan y aceleran la pérdida de función renal.

En este mismo sentido, Navarro (2015) señala a la obesidad un factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión y diabetes mellitus, así mismo, es un factor acelerador en la progresión de la ERC, aunado a ser un problema de salud pública en diversos países con una tendencia alta, con la generación de elevados costos socioeconómicos y una disminución en la esperanza de vida, estimándose 700 millones de personas obesas en el año 2015 a nivel mundial. En consecuencia, estudios realizados sostienen que existe una relación entre obesidad y el riesgo de

ERC, debido a que los pacientes obesos presentan alteraciones a nivel glomerular focal y segmentaria, correlacionado con el grado de adiposidad con el grado de inflamación y control glucémico.

Grill (2018), considera el aumento de la prevalencia en ERC, a factores de riesgo atribuible como el aumento de población de adultos mayores y de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus e hipertensión arterial), en donde la ERC es un factor de riesgo prematuro de muerte, aunado a la enfermedad cardiovascular, lo que conlleva a una carga sustancial para el sistema de salud, debido a su alto costo. Por lo que, el manejo de la ERC en la atención primaria, involucra la implementación de medidas para reducir el riesgo cardiovascular, para reducir la lesión renal y retrasar la tasa de progresión de la ERC. Entre las modificaciones recomendables se encuentra cambios en el estilo de vida, la realización de actividad física al menos 30 minutos al día, apearse a una alimentación saludable y evitar fumar, además de la farmacoterapia para alcanzar las metas de cifras en presión arterial, colesterol y control glucémico.

Ahora bien, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024, establece en su Política Social el tema prioritario de Salud para toda la Población, con ello, se pretende garantizar el derecho y la protección de la salud, tal como, se estipula en el artículo cuatro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, entre tanto, el Plan Sectorial de Salud (PSS) 2019-2024, instituye los mecanismos acordes al cumplimiento del objetivo de Salud para toda la Población del PND, de tal forma, que el Servicio Nacional de Salud (SNS), sea efectivo para las personas y comunidades.

En este mismo sentido, el PSS 2019-2014, establece objetivos prioritarios con estrategias específicas de cada uno de estos mismos, a continuación, se enlistan:

1. Acceso efectivo, universal y gratuito
2. Mejora continua del SNS
3. Capacidad y calidad del SNS
4. Vigilancia epidemiológica

5. Salud y bienestar

Cabe señalar, el enfoque central es fortalecer la atención primaria

IV. SUPUESTO

Bajo los postulados teóricos de Nola J. Pender en el modelo de promoción a la salud este tiene el objetivo de alcanzar conductas de salud a través de identificar factores que promuevan conductas o barreras, de igual forma para Dorothea E. Orem, el autocuidado está condicionado a factores y requisitos universales que lo favorecen, siendo enfermería un sistema de apoyo desde completamente independiente a dependiente a solo educativo, por lo tanto una consulta de enfermería bajo estos dos modelos proporcionarían un estilo de vida saludable bajo las cambios de conductas de la persona, familia y comunidad.

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Diseñar un modelo de consultoría de enfermería centrado en la persona con enfermedad renal crónica, basado en las teorías de Nola J. Pender y Dorothea Orem, en un Hospital de Tercer nivel de Atención de la Ciudad de México.

Objetivos Específicos

1. Revisar las bases teóricas de enfermería de Nola J. Pender y Dorotea Orem, asociando aspectos específicos de la enfermedad renal crónica.
2. Determinar los componentes teóricos de Nola J. Pender y Dorothea Orem, que contribuyan a la limitación y progresión de la enfermedad renal crónica en la persona.
3. Analizar el entorno de la persona con enfermedad renal crónica, a partir de Nola J. Pender y Dorothea Orem.
4. Formular la propuesta de contenido para la consultoría de enfermería centrada a la persona con enfermedad renal crónica basado en las teorías de Nola J. Pender y Dorothea Orem.

VI. METODOLOGÍA

Fase 1. Investigación Formativa

El empleo de esta metodología de investigación, es conforme a la experiencia de investigación con la que se cuenta, por lo tanto, es guiada en la formación académica del plan curricular del programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de México. En este sentido, Lara (2010) define a la investigación formativa como “el proceso mediante el cual se busca la generación de una cultura que promueva el desarrollo autónomo del pensamiento, el debate, la crítica argumentada, el trabajo colaborativo e interdisciplinario, la circulación y la exposición de ideas”, (Lara, 2010).

Etapas 1

Tipo de investigación:

Documental informativo, ya que, esta técnica es un procedimiento científico que ayuda a entender los acontecimientos históricos, relacionados al estudio a través de la recolección de información, de la organización, del análisis e interpretación, asimismo, Sampieri (2014), hace referencia al término de revisión de literatura, que consiste en detectar, consultar y obtener la bibliografía, además, de otros materiales útiles para los propósitos del estudio, de donde se tiene que extraer y recopilar la información relevante y necesaria para el problema de investigación.

Técnica de investigación: A través de una revisión sistemática con la búsqueda y evaluación crítica de las fuentes de información en buscadores especializados, desarrollando un meta – análisis con las siguientes etapas:

1. Revisión de material bibliográfico
2. Organización de material bibliográfico
3. Análisis de datos
4. Redacción de la información.

Etapa 2

Tipo de investigación:

Cualitativa, este enfoque metodológico pretende producir datos descriptivos con base a, la recolección y análisis de datos que genere y construya conocimientos.

Técnica de estudio:

Fenomenológica, el empleo de este método tiene como objetivo ir descubriendo y describiendo cómo las personas dan sentido a su experiencia vivida en un contexto o frente a un fenómeno en particular, a partir de, la comprensión de este significado se puede hacer visible los rasgos, las características más comunes de una experiencia vivida, desde la percepción de la persona, (Mendieta, 2015).

Como parte de la técnica de estudio, se realizarán entrevistas semiestructuradas (anexo. 1.), basándose en las aportaciones teóricas de Nola J. Pender y Dorothea E. Orem, a fin de, percibir el contexto real de la persona con enfermedad renal crónica en sus respuestas humanas; hasta alcanzar la saturación de datos.

Fase 2. Recolección de datos

1. Las entrevistas semiestructuradas, se realizarán de manera directa e inscritas en la app Grabadora de voz, previo consentimiento de los participantes.

Fase 3. Plan de análisis

1. Las entrevistas grabadas se analizaron las veces que sean necesarias, conforme al *análisis del discurso*, de acuerdo al contenido o constructos obtenidos en las respuestas humanas.

Fase 4. Diseño del Modelo de Consultoría

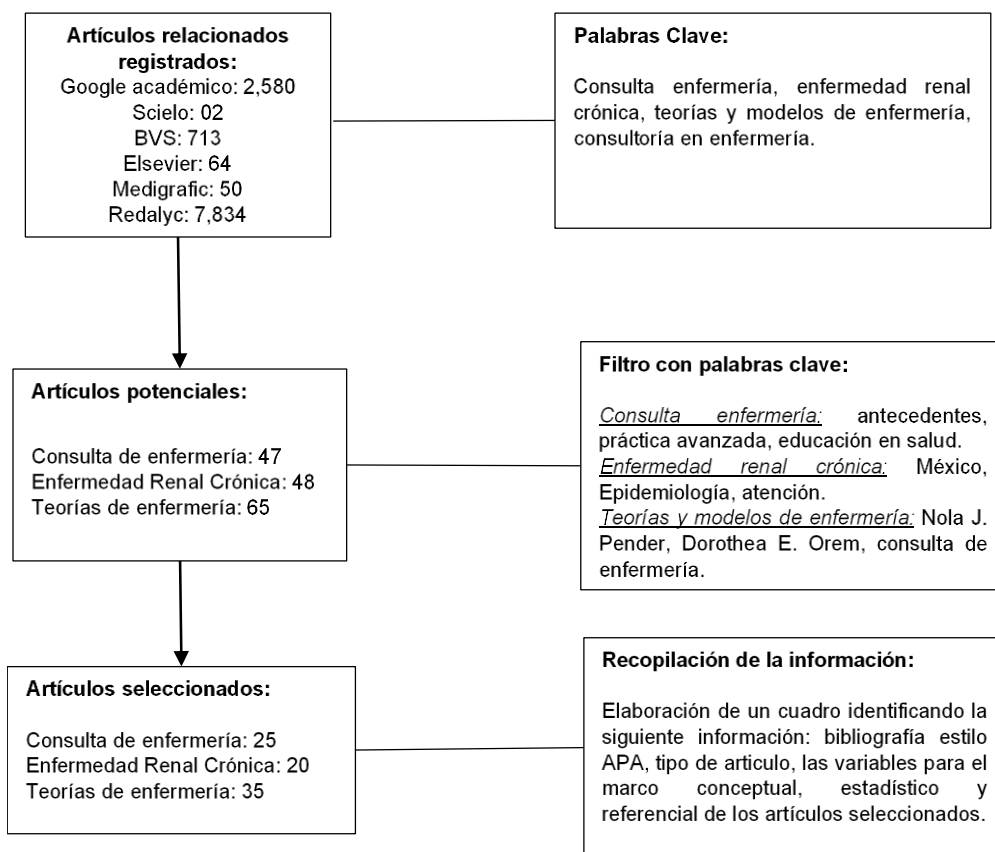
1. Para la ejecución de esta fase, se integrará la información seleccionada en la revisión bibliográfica de la fase 1, además, se incluirán las interpretaciones de los análisis del discurso de las entrevistas semiestructuradas de la fase 3.

VII. RESULTADOS

Fase 1

Para la búsqueda de información se seleccionaron 80 artículos, de los cuales 25 corresponden al tema de consultoría en enfermería, 20 sobre enfermedad renal crónica y 35 referentes a teorías y modelos de enfermería de Nola J. Pender y Dorothea E. Orem, por el cual se desarrolla el tema del presente estudio de trabajo final de grado. En la figura 1, se presenta el diagrama de búsqueda bibliográfica realizada para la selección del material bibliográfico.

Fig. 1. Diagrama general de búsqueda bibliográfica en base de datos.



Fuente: Elaboración propia

Fase 3

Con respecto a, la recopilación de la información se realizaron cuatro entrevistas y con ello, se alcanzó la saturación con las respuestas humanas, categorizadas en las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural.

Los 15 planteamientos realizados en las entrevistas son el resultado de subdimensiones propuestas para evaluar el entorno de la persona con enfermedad renal crónica, a partir, de las aportaciones de Nola J. Pender y Dorothea E. Orem, consideradas como estrategias esenciales para alcanzar los objetivos de una consultoría en enfermería. Para el plan de análisis se llevó a cabo, la reproducción de cada una de las entrevistas realizadas, las cuales fueron analizadas e interpretadas, como se muestra en la figura 2 con la concentración de la información a partir del análisis del discurso identificándose la respuesta humana, de cada una de las entrevistas realizadas. Para ello, se realizó un cuadro señalando en la parte horizontal columnas con el discurso-respuesta humana y en su parte vertical cuatro filas que se subdividieron cada una en tres, para identificar la dimensión biológica, psicológica y psicosocial.

Figura. 2. Concentrado de información

NO.	DIMENSIÓN	DISCURSO 1	RESPUESTA HUMANA	DISCURSO 2	RESPUESTA HUMANA	DISCURSO 3	RESPUESTA HUMANA
1	BIOLÓGICA	Deje de comer, ya ni caminaba, ya no hacía nada, ya no me paraba de la cama	Fatiga	Se me hinchan primero los pies, la es pelda y la panza	Exceso de volumen de líquidos	ba a las curaciones y des púes ya no me las querían hacer, ya me las hacía yo.	Infección
	PSICOLÓGICA	Hechándole ganas, no me decago, yo se que estoy enferma	Resiliencia	Yo me he sentido bien, si aprendes a sobrellevar a tu enfermedad	Gestión de la salud	El hecho de pensar que puedo hacer más cosas, algo adelante	Autoconcepto
	SOCIOCULTURAL	Toda mi familia me apoya	Procesos familiares	Por lo de los catéteres, no me dan trabajo	Imagen corporal	Yo sola me quite el refresco, la sal, las grasas, se que me hace daño	Alfabetización en salud
2	BIOLÓGICA	Me hinchaba, me sentía incomoda con ganas de vomitar, no podía respirar y tenía que dormir sentada	Exceso de volumen de líquidos				
	PSICOLÓGICA	No se que va a pasar, no se si voy a necesitar diálisis de por vida	Conocimientos deficientes	Si debo traer esto siempre, no tengo ni idea y lo veo muy complicado	Imagen corporal	Un golpe muy fuerte, es como me es toy autodestruyendo	Aflicción
	SOCIOCULTURAL	Lo unico que hacen es alentarme. Yo se que van estar allí	Procesos familiares				
3	BIOLÓGICA	Llegue muy hinchada, que afecto al corazón que latiera más rápido	Exceso de volumen de líquidos	Que se me infecte el catéter o que ya se tape	Infección		
	PSICOLÓGICA	Vis ualizo mi vida muy fea	Autoconcepto	Se que es por mi salud y por eso así me la llevo	Gestión de la salud	Si me dijeran que algún día me van a tras plantar... puedo llevar mi vida más lejos	Esperanza
	SOCIOCULTURAL	Me han contado muchas cosas las personas que se dializan y han fallecido, pienso que no voy a durar mucho	Aflicción	Un trasplante sale caro	Gestión de la salud	La enfermera nos explica mejor, paso a paso, tiene más paciencia	Alfabetización en salud
4	BIOLÓGICA	Me sentía cansado, con sueño, ya no sentía la misma energía, en las noches ya no podía dormir	Fatiga	He tenido complicaciones por el abuso del agua	Exceso de volumen de líquidos	Con el catéter para bañarme, me pongo plásticos y aún así se me moja y le entra la infección	Infección
	PSICOLÓGICA	Hé sabido sobre llevar la situación, en mi mente se que hay enfermedades más graves	Resiliencia	Es tiempo de cambiar, el poder ser tras plantado para poder estar bien	Esperanza	Si lo se, el paladar te lleva a pecar a seguir comiendo lo que no debes	Riesgo para la salud
	SOCIOCULTURAL	Mi vida dio una vuelta de ser sano a estar enfermo a ya no poder trabajar	Autoconcepto	Mirámeme es la que me ayuda al 100, y mis hermanos en lo económico	Procesos familiares	Señor tu sabes por que haces las cosas	Religiosidad

Fuente: Entrevistas semiestructuradas con pacientes de enfermedad renal crónica, octubre 2020.

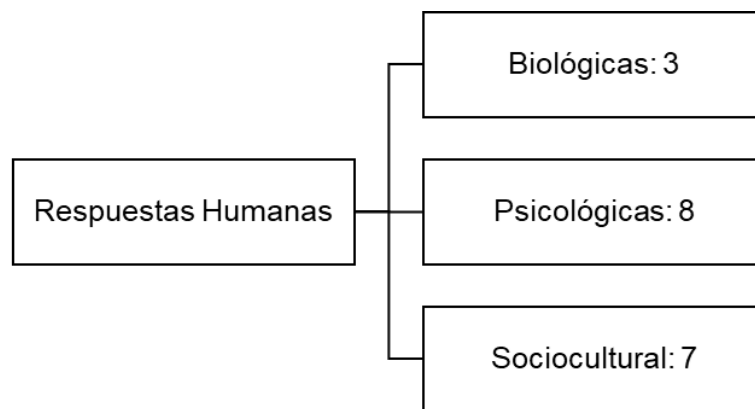
Información propia.

Posteriormente, se realizó la estratificación de las respuestas humanas, de acuerdo a, cada una de las dimensiones evaluadas de las entrevistas semiestructuradas, identificándose en la dimensión biológica tres respuestas humanas alteradas con exceso de volumen de líquidos, infección y fatiga, en el caso de la dimensión psicológica, fueron ocho respuestas humanas, siendo consideradas como protectoras o de beneficio para la persona con enfermedad renal crónica, la resiliencia y la esperanza, y el resto de las respuestas humanas alteradas son el autoconcepto, los conocimientos deficientes, la imagen corporal, la aflicción y el riesgo para la salud, otro aspecto, es la dimensión sociocultural en la cual se identificaron siete respuestas humanas, entre estas, los procesos familiares, la alfabetización en salud y la religiosidad, fueron las interpretaciones reconocidas como de apoyo con un impacto positivo en el entorno de la persona con enfermedad renal crónica, sin embargo, las respuestas de gestión para la salud, autoconcepto,

aflicción, imagen corporal y aflicción, fueron reconocidas en la dimensión psicológica, por lo que, se puede inducir que el entorno influye en aspectos psicológicos de la persona.

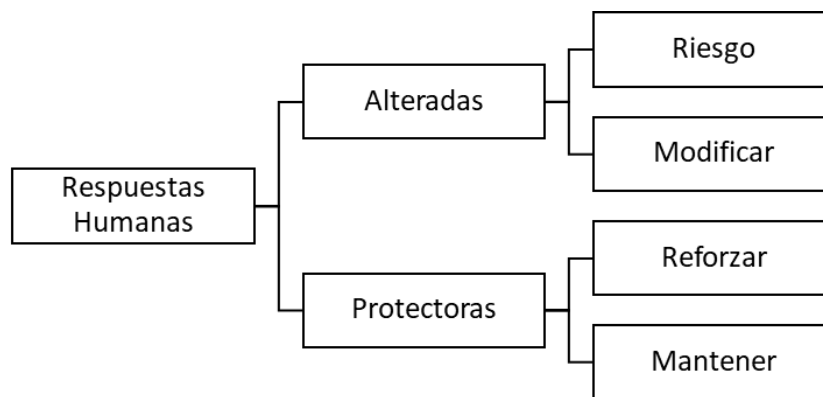
En las siguientes figuras 3 y 4, se describen de forma breve los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas de acuerdo a la interpretación del análisis del discurso,

Figura. 3. Estratificación de las respuestas humanas, según la dimensión.



Fuente: Elaboración propia, entrevistas octubre, 2020.

Figura. 4. Estrategia a seguir con las respuestas humanas.



Fuente: Elaboración propia, 2020.

Como se ha descrito anteriormente, las respuestas humanas identificadas e interpretadas en las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural, y señaladas en la figura 3, se describen a continuación en la figura 5, mostrándose las respuestas humanas interpretadas según la dimensión en las que se estratificaron:

Figura 5. Respuestas Humanas, según su dimensión

no.	Biológica	Psicológica	Sociocultural
1	Exceso de volumen de líquidos	Resiliencia	Procesos familiares
2	Infección	Esperanza	Alfabetización en salud
3	Fatiga	Gestión de la salud	Gestión de la salud
4		Autoconcepto	Autoconcepto
5		Imagen corporal	Imagen corporal
6		Aflicción	Aflicción
7		Conocimientos deficientes	Religiosidad
8		Riesgo para la salud	

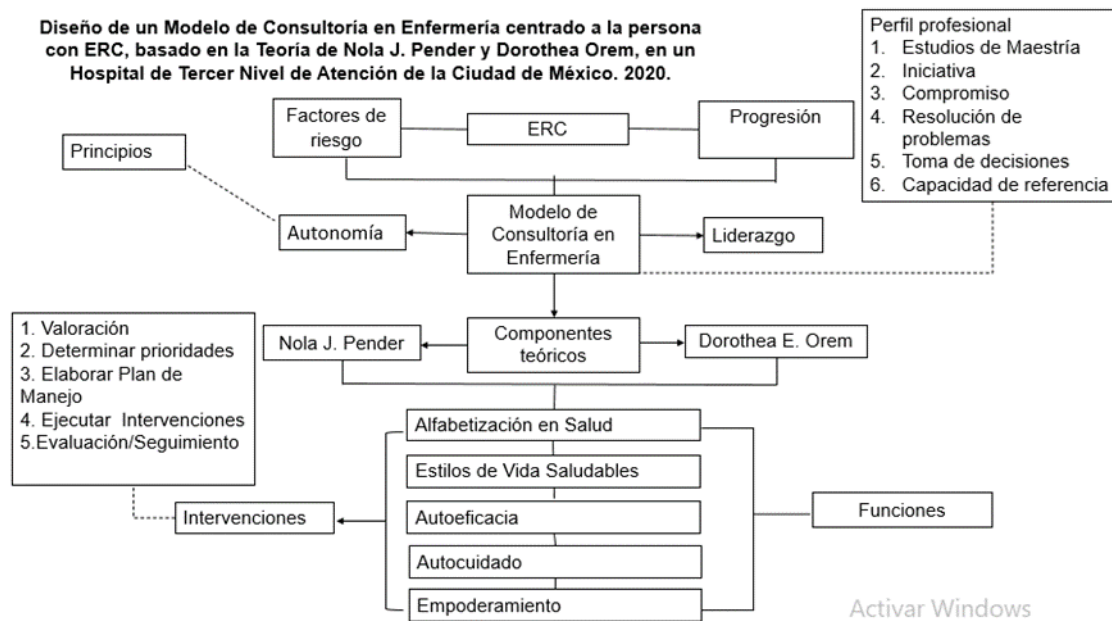
Fuente: Análisis del discurso de entrevistas a personas con enfermedad renal crónica, octubre. 2020.

Ahora bien, en las respuestas humanas identificadas en la dimensión psicológica es de interés la respuesta humana de resiliencia y la esperanza, así como, los procesos familiares, respuesta humana categorizada en la dimensión sociocultural, por lo cual, estas respuestas son consideradas protectoras, a fin de mantenerse y reforzar durante la consultoría, de tal forma, que favorecerán las funciones de esta misma con resultados positivos al mantener la salud, en la disminución de riesgos y la limitación de la enfermedad.

A partir de la pregunta de investigación, ¿Cuáles son los componentes teóricos de Nola Pender y Dorothea Orem para diseñar un modelo de consultoría en enfermería centrado a la persona con enfermedad renal crónica, en un Hospital de Tercer Nivel de Atención de la Ciudad de México? se desarrolla la siguiente propuesta de un modelo de consultoría de enfermería, el cual pretende proporcionar una herramienta que contenga los elementos necesarios para llevar a cabo una práctica de enfermería avanzada, si bien, los consultorios y la consultoría de enfermería viene desarrollándose en México, no existe evidencia de que modelo teórico en enfermería es el que debe estandarizarse para su implementación, es por

ello que, las aportaciones en conjunto de Nola J. Pender y Dorothea E. Orem, conforman este modelo de consultoría en enfermería al establecerse con las siguientes funciones: alfabetización en salud, estilos de vida saludable, autoeficacia, autocuidado y empoderamiento.

Fig. 6. Propuesta del Diseño del Modelo de Consultoría en Enfermería



Fuente: Información y diseño propio.

En la figura 6, se presenta la propuesta de un modelo de consultoría, el cual se establece como un servicio profesional de enfermería de práctica avanzada de liderazgo y autonomía, con un sustento epistémico enfocado a identificar y modificar aquellas respuestas humanas desde un enfoque holístico, al promover y conservar la salud, además, de limitar la enfermedad, (Rodríguez, 2020). También, es conveniente agregar el perfil profesional que deberá cubrirse para poder llevar a cabo la consultoría: estudios profesionales de maestría, iniciativa, compromiso, resolución de problemas, toma de decisiones y capacidad de referencia, esta última se considera como una estrategia en la capacidad de comunicación entre el equipo multi e interdisciplinario.

Esta propuesta, es dirigida a las personas con enfermedad renal crónica identificándose principalmente los factores de riesgo desde los iniciadores hasta los

que progresan la enfermedad, para orientar y educar en el manejo terapéutico o de soporte renal. Ahora bien, los componentes teóricos de Nola J. Pender y Dorothea E. Orem, facilitarían la comprensión del entorno y de la persona misma al realizarse las siguientes cinco intervenciones: valoración, determinación de prioridades, elaboración de plan de manejo, la ejecución de estrategias y la evolución a través del seguimiento de la consultoría.

La idea central del modelo de consultoría en enfermería centrado a la persona con enfermedad renal crónica, parte de definir como se concibe este mismo, por lo que, se establece como un servicio de enfermería de práctica avanzada, de liderazgo y autonomía, con un sustento epistémico enfocado a identificar y modificar aquellas respuestas humanas desde un enfoque holístico, al promover y conservar la salud, además, de limitar la enfermedad, (Rodríguez, 2020).

En este mismo sentido, el identificar los factores de riesgo que conllevan a la progresión del estadio final de la enfermedad renal crónica, como la edad, antecedentes de enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad, las enfermedades autoinmunes, infecciosas, el uso de medicamentos nefrotóxicos y de AINES, la proteinuria persistente, el tabaquismo, la dislipidemia, las enfermedades cardiovasculares y la anemia, son factores de susceptibilidad, e iniciadores, así como de progresión, en el caso de terapia de sustitución renal, una dosis baja de la cuantificación de diálisis mediante el índice de diálisis o Kt/V , siendo K el aclaramiento del dializador, t el tiempo de duración y V el volumen de distribución de la urea, y la hipoalbuminemia son factores de estadio final, (Martínez, 2014), por lo que, también se debe identificar el manejo terapéutico para disminuir el riesgo en complicaciones derivadas del soporte renal, como diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante de injerto renal.

Otro aspecto a describir, son los dos principios que rigen este modelo de consultoría, como la autonomía y el liderazgo del profesional de enfermería. Si bien, la enfermería de práctica avanzada ha tenido su auge en los últimos 20 años (Duffield, 2009), esta se ha descrito con un rol autónomo en su práctica, otro

aspecto, que se debe retomar es el término que describe las funciones de la enfermería de practica avanzada, al referirse a las funciones realizadas a un nivel avanzado, con habilidades adquiridas, además de la experiencia práctica, es decir, es una enfermera titulada con experiencia clínica previa, con formación de posgrado y con conocimientos desarrollados para ejercer en un ámbito de práctica ampliado como miembro de un equipo interdisciplinar, (Oldenburger, 2017).

Por otra parte, la autonomía es descrita como la posibilidad de generar conocimientos que puedan ser aplicados en la práctica, con la elaboración de juicios críticos basados en conocimientos que se fundamentan en la ciencia del cuidado, además de aplicar estos conocimientos que sean generados a través de la investigación, en la práctica de los cuidados de atención a las personas, familia y comunidad, (Luengo y Paravik, 2016). Por lo que, al preferir el principio de autonomía se pretende reflejar en términos llanos, el rol ampliado en la práctica profesional en un equipo multi e interdisciplinario. Además, de concordar con Arenas (2015), cuando expone en su tesis “El ejercicio libre de la profesión de enfermería en México: situación y trascendencia”, la enfermera o enfermero con autonomía es aquella que controla las funciones en su ambiente de trabajo, al demostrar independencia, creatividad e innovación, responsabilidad de sus actos, autodeterminación y regulación, (Arenas, 2015).

El segundo principio conformado es el liderazgo, el cual es entendido como la capacidad de influir en otros para alcanzar los objetivos en el grupo que lidera, puesto que, para Stewart (citada por Rodríguez, 2017), en el arte de cuidar, la verdadera esencia de enfermería reside en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente, es decir, habilidades de liderazgo en la gestión del cuidado enfermero, en donde el papel de gestor o gestora de enfermería, consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales a fin de obtener resultados eficaces tanto para la organización como para el cuidado de la persona, a través de intervenciones basadas en conocimientos, valores y actitudes propios de la disciplina para ejercer un liderazgo, que motive a la propia disciplina hacia la mejora en el cuidado, (Zarate, 2004).

De tal forma, que los principios de autonomía y liderazgo pretenden orientar al profesional de enfermería en el modelo de consultoría, especialmente al emplear como sustento teórico, las aportaciones de Nola J. Pender con el Modelo de Promoción a la Salud y Dorothea E. Orem con la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado, representándose como ejes transversales en el diseño del modelo de consultoría. Ciertamente, las contribuciones de estas bases teóricas de enfermería, permiten diseñar y construir desde una perspectiva orientada a proveer una consultoría enfocada a personas con enfermedad renal crónica, sin embargo, la estructura del diseño en este modelo de consultoría también puede ser adaptado a otras enfermedades que afectan a la población mexicana que requieran de una atención especializada por enfermeras de práctica avanzada.

Para establecer las funciones o competencias a desarrollar por la persona, familia o comunidad en la consultoría de enfermería, se realiza a partir del análisis de fuentes bibliográficas consultadas, además de incluir las necesidades identificadas en las personas entrevistadas con enfermedad renal crónica a partir del análisis del discurso, así como, de lo percibido durante la realización de la entrevista. De tal forma, que la alfabetización en salud, los estilos de vida saludable, la autoeficacia, el autocuidado y el empoderamiento, son parte de las aportaciones teóricas de Nola J. Pender y Dorothea E. Orem, que procuran dirigir a la persona en la modificación de conductas para el cuidado de la salud, la limitación de la enfermedad y sus complicaciones. Ciertamente, los conceptos teóricos de las competencias a desarrollar en la consultoría de enfermería, son el resultado de una investigación formativa, pero también son derivado de la interpretación de las necesidades en el análisis del discurso. A continuación, se describen cada una de las funciones establecidas para el modelo de consultoría en enfermería:

La Organización Mundial de la Salud (1998), definió el término de Alfabetización para la Salud aquella que es constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud (OMS, 1998). Para Juvinyà (2018), la alfabetización es el resultado de

un proceso de educación para la salud, al centrarse en la persona y en la información de la que dispone, en este mismo sentido, Guerrero (2018), en el artículo de revisión literaria la Alfabetización en salud: conceptos y aplicaciones, hace referencia sobre la importancia de esta misma, al relacionar un bajo nivel de alfabetización con un mayor riesgo de morbilidad, de mortalidad, y de falta de apego en tratamientos prescritos, además, de un mal uso en los servicios de atención de urgencia, que conlleva en el aumento de gastos financieros, por lo que, afirma que la alfabetización en salud también es un determinante social. Asimismo, Gavidia (2019), menciona como resultados de la alfabetización en salud, el mejorar la calidad de vida a través de los conocimientos y de las acciones, tanto curativas como preventivas y promotoras, desde una perspectiva educativa, que implica el uso de una metodología para obtener aprendizajes, generar actitudes y desarrollar pautas de comportamiento relacionados con la salud.

En el siguiente testimonio tres, se identifica una alfabetización en salud al expresarse:

“La enfermera nos explica mejor, paso a paso, tiene más paciencia”,

Tal como lo describe Dorothea E. Orem, en su teoría de sistemas enfermeros, en el que describe las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero, basándose en unas series y secuencias de acciones prácticas deliberadas de las enfermeras para actuar de acuerdo con las necesidades terapéuticas de autocuidado, desde un sistema parcialmente a completamente compensatorio, hasta un sistema de soporte educativo al enseñar, con la finalidad de proteger y regular la práctica de autocuidado, (Berbiglia, en Alligodd, 2015).

En el otro testimonio uno se evidencia un comportamiento de alfabetización en salud:

“Yo sola me quite el refresco, la sal, las grasas, sé que me hace daño”,

De esta manera, se reflejan implícitas las habilidades cognitivas, emocionales y sociales de un individuo al acceder a la información y el de utilizarla al participar en comportamientos preventivos y de promoción de la salud, como lo

describe Nola J. Pender (2015), en el libro Promoción de la salud en la práctica enfermera, por lo que, el resultado de la enseñanza por parte del profesional de enfermería es la alfabetización en salud, debido a la influencia que se ejerce durante el apoyo educativo.

Por consiguiente, la alfabetización en salud es una estrategia de empoderamiento que permite a las personas, así como, a la familia de responsabilizarse en su salud, ya que permite a las personas ganar control sobre los determinantes personales, sociales y ambientales de su salud, para adquirir y desarrollar habilidades de alfabetización en salud, con una participación plena en las actividades de promoción de la salud y de prácticas de comportamientos de autocuidado que promuevan el bienestar; por el contrario sí se carecen de conocimientos y habilidades, los comportamientos de salud serán negativos y puede conllevar a un menor acceso a los servicios de salud preventivos y de detección, (Pender, 2015).

Un estilo de vida, de acuerdo al glosario de términos de la OMS (1998), es una forma de vida basada en patrones de comportamiento identificables, y determinados por la interacción entre las características personales individuales, e interacciones sociales, aunado a las condiciones socioeconómicas y ambientales, (OMS, 1988). Mientras que Giraldo (2010), relaciona la estrategia de promoción de la salud con el fomento de estilos de vida saludable, para mejorar la calidad de vida, además, retoma el concepto de estilos de vida al referirse al conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tiene un relativo control, es decir, es la forma de cómo viven y se comportan las personas al influir ya sea positiva o negativamente en el cuidado a su salud, (Giraldo, 2010).

En el testimonio cuatro se identifica una conducta relacionada a conocimientos y la influencia de experiencias previas con la expresión:

“Sí lo sé, el paladar te lleva a pecar a seguir comiendo lo que no debes”,

Por lo tanto, el MPS de Nola J. Pender ayuda a identificar los factores personales y del entorno tienen una influencia en las conductas saludables, es decir,

se determina con la valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, condicionan las cogniciones y el afecto relacionada a la conducta específica, determinada por influencias interpersonales y situacionales que en este caso, afecta la adopción de conductas saludables y que con el transcurso del tiempo formaran parte del estilo de vida saludable.

En el testimonio tres se puede apreciar un comportamiento de vida y el cual está determinado por la propia enfermedad con la toma de decisiones, además del relativo control ejercida sobre esta misma, al manifestar:

“Se que es por mi salud y por eso así me la llevo”,

Por lo tanto, los factores condicionantes básicos, que “condicionan” o alteran el valor de la demanda de autocuidado, descritos por Dorothea E. Orem, entre los cuales se mencionan los siguientes tres factores: modelo de vida, sistema familiar y sociocultural, considerados con cierta influencia negativa o positiva en la adopción de conductas promotoras para un estilo de vida saludable, en otras palabras, la forma de cómo viva la persona y se tomen las decisiones para el cuidado de la salud, determinara el estilo de vida.

Ahora bien, los comportamientos y estilos de vida que promuevan la salud, también se deberán identificar aquellos que la perjudican, al ser aprendidos y reforzados en el contexto familiar, de tal forma, que se deberá incluir a la familia para fomentar la cohesión familiar como factor de mediación en el afrontamiento de las competencias que generen el autocuidado (Pender, 2015).

La autoeficacia definida por Pender (2015), es el juicio de la capacidad personal para organizar y llevar a cabo un curso de acción concreto, en el que implica el reconocer las habilidades con las que se posee y las que puede emplear para una expectativa de resultado, al producirse un comportamiento satisfactor al producirle motivación para continuar realizando conductas de promoción a la salud.

En este mismo sentido, el testimonio uno, reconoce su capacidad en las habilidades adquiridas por la enfermedad, además, de emplearlas para no limitar su

vida como consecuencia de esta misma, lo que motiva para obtener resultados positivos, al expresar lo siguiente:

“El hecho de pensar que puedo hacer más cosas, salgo adelante”,

Para Bandura (2004), una alta percepción de la autoeficacia tiene relación con los conocimientos que se poseen al identificar riesgos y beneficios para la salud, por lo tanto, la autoeficacia es considerada un determinante central que afecta a la conducta de las personas para poder ejercer cambios con sus acciones, puesto que, cuanto más fuerte es la autoeficacia percibida, más altos son los objetivos que se fijan las personas y más firme es su compromiso con ellos.

En el siguiente testimonio dos, se identifica una autoeficacia limitada por los limitados conocimientos y habilidades en el cuidado y manejo del catéter intravascular de alto flujo para la técnica de reemplazo renal por hemodiálisis, además, de la enfermedad renal crónica, con lo que se infiere un nulo o poco control sobre su propia salud, al expresarse:

“Si debo traer esto siempre, no tengo ni idea y lo veo muy complicado”,

Por lo tanto, el designar la competencia de autoeficacia para el modelo de consultoría de enfermería, tiene la finalidad de propiciar la motivación a partir de los logros obtenidos como consecuencia de la implementación de conductas promotoras de salud adoptadas por la persona, a fin de fortalecer el compromiso para alcanzar efectos positivos, no obstante, las personas con enfermedad renal crónica, son las únicas que tienen y pueden ejercer el control sobre su propia salud.

El autocuidado, para Orem (citada por Pender, 2015), es un requisito universal, dirigido a realizar actividades deliberadas iniciadas o realizadas por un individuo, familia o comunidad para lograr, mantener o promover la máxima salud, en donde las acciones a realizar por enfermería estarán enfocadas a identificar los factores condicionantes, así como en los requisitos de desviación de la salud, para detectar las necesidades de conocimientos, de desarrollo de habilidades, para la realización de actividades de autocuidado, y con ello, se logre satisfacer las

necesidades y demandas consistentes con la edad, experiencia, recursos y antecedentes socioculturales.

En el siguiente testimonio tres, se puede apreciar un factor condicionante para ejercer una práctica de autocuidado, con la demanda de conocimientos para lograr y mantener la salud, al portar un acceso intravascular de alto flujo para la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, al expresar:

“Que se me infecte el catéter o que ya se tape”,

En este mismo sentido, Pender considera el cuidado de uno mismo y el de los demás para maximizar la salud, con acciones para minimizar amenazas a la salud personal, asumiendo la responsabilidad de la propia salud y el bienestar, al seguir una dieta saludable, mantenerse físicamente activo, descansar adecuadamente y evitar sustancias y entornos nocivos, así como otros comportamientos para mejorar el bienestar, incorporando un enfoque con empoderamiento y autonomía, ya que debe poseer conocimientos y las competencias necesarias al obtener, procesar y comprender la información para tomar decisiones en el autocuidado al mantener y mejorar la salud, (Pender, 2015).

Con el siguiente testimonio cuatro, se percibe la realización de acciones para minimizar las amenazas, con un acto responsable:

“Con el catéter para bañarme, me pongo plásticos y aun así se me moja y le entra la infección”,

Sin embargo, requiere de desarrollar competencias a través de la información, para continuar actuando con decisiones que mantengan y favorezcan la salud.

Por tanto, la capacitación para el autocuidado debe tener como meta, lograr las competencias para una autodirección y la autorresponsabilidad en la promoción y gestión de su salud, además, de abordar y resolver las limitaciones del entorno que impidan el autocuidado para optimizar los resultados, siendo la educación una estrategia para potenciar y apoyar la autonomía de las personas en sus objetivos de salud, (Pender, 2015).

Otra de las competencias a desarrollar en este modelo consultoría, es el empoderamiento de la comunidad, entendiéndose como un proceso de acción social por el que las personas y las comunidades están capacitadas para participar y actuar para transformar sus vidas y sus entornos, es decir, las personas y las comunidades trabajan juntas para conseguir el dominio de los factores que conforman sus vidas y su salud, siendo la promoción a la salud un componente esencial en el empoderamiento. En palabras de Pender, (2015), una comunidad empoderada es visible cuando las personas de la comunidad participan en igualdad de condiciones con los profesionales de la salud en la definición de sus problemas de salud y en el desarrollo de soluciones.

Retomando el testimonio uno, se aprecia la participación al optar por acciones promotoras de salud, a fin de conseguir el autodomínio:

“Yo sola me quite el refresco, la sal, las grasas, sé que me hace daño”,

Por el contrario, en el testimonio cuatro se detecta la necesidad de desarrollar esta competencia para poder asumir la responsabilidad en su propio cuidado de la salud, que lo conlleva a complicaciones por conductas dañinas:

“He tenido complicaciones por el abuso del agua”.

Ahora bien, para la estratificación de las dimensiones a evaluar, se organizaron en tres esferas: biológicas, psicológicas y socioculturales, por lo que, permitió abordar a la persona desde un enfoque holístico, que considera a la persona en su globalidad. Para Cibanal (1997), (citada en Mijangos, 2014), el cuidar a una persona bajo el paradigma holístico significa atenderla en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, así como en su interrelación con el entorno.

En este mismo sentido y de acuerdo a las entrevistas realizadas, se percibió en las personas con enfermedad crónica, la necesidad de ser escuchados, al mostrar interés en responder los planteamientos formulados en la guía para la entrevista semiestructurada, del mismo modo, este interés favoreció el resultado del objetivo de evaluar el entorno de la persona. Aunque, las dimensiones biológicas,

psicológicas y socioculturales, se mencionan en ese orden, no necesariamente se debe abordar como elemento esencial los aspectos biológicos, debido a que aspectos psicológicos y socioculturales tienen un impacto en la esfera biológica con manifestaciones clínicas de complicaciones asociadas la enfermedad o terapia de sustitución renal.

A partir de este análisis, los resultados obtenidos muestran respuestas humanas que conciernen al contexto de la persona con enfermedad renal crónica, por lo cual, en la dimensión psicológica se relaciona con la dimensión sociocultural, al identificar respuestas humanas que podrían tener una asociación con los aspectos biológicos, por lo tanto, las respuestas humanas identificadas como la resiliencia, la esperanza y procesos familiares, son considerados como protectores, ya que, favorecen el desarrollo de competencias para el cambio de conducta de la persona, es decir, intervenir en aspectos psicológicos y socioculturales, para obtener resultados positivos en la dimensión biológica de la persona con enfermedad renal crónica, por el contrario, el enfocarse únicamente en la dimensión biológica, es continuar con un modelo biologicista, que solo trata la enfermedad, y no reconoce a la persona como un ser único.

Como parte del diseño de modelo de consultoría, se menciona algunas respuestas humanas, que son del interés para ampliar la perspectiva de lo descrito en los párrafos anteriores.

En el ámbito biológico, se parte de la palabra biológico que deriva del vocablo griego *Bio*, vida y *Logia*, estudio (RAE, 2020), “estudio de la vida”, por lo cual, para este trabajo se entiende aspectos biológicos, todo aquello que representa al organismo en su ciclo vital de vida.

Para conocer los aspectos biológicos se realizó el planteamiento sobre el aporte de agua, eliminación, alimentación y aporte de aire, como parte de los requisitos universales establecidos por Dorothea E. Orem, así como, las cogniciones de la conducta por el MPS de Nola J. Pender. En este caso, se interpretó como una respuesta humana de exceso de volumen de líquidos, debido a que está estrechamente relacionado con la fisiología de un órgano, en este caso

del riñón, sin embargo, la identificación del contexto social dará pauta para predecir las barreras que limiten o impidan resultados favorables en el plan de manejo de la consultoría y por ende las funciones.

De acuerdo a, Fernandes, (2017), una respuesta humana identificada con mayor frecuencia en los pacientes con ERC es el exceso de volumen de líquidos. La NANDA en su undécima edición define el término como “exceso de consumo y/o retención de líquidos”, encontrándose organizado en el dominio de nutrición y en la clase de hidratación, además de estar compuesto por dos factores relacionados y una condición asociada, distinguiéndose 27 características definitorias. Para Fernandes (2014), el exceso de volumen de líquidos tiene su origen en el desequilibrio, es decir, entre la entrada y la salida de líquidos en el organismo, esto como consecuencia por la pérdida en la capacidad de filtración renal de electrolitos contenidos en la sangre, por lo cual, el sodio produce una expansión del volumen extracelular en el organismo, teniendo como resultado el desequilibrio de volumen.

En este mismo sentido, Nola J. Pender describe en una de sus premisas teóricas, que cuando las exigencias contrapuestas tienen menos control, requieren de una atención inmediata, debido a que es poco probable que se asuma un compromiso con un plan de acción, del mismo modo, Dorothea E. Orem, expresa que la satisfacción de requisitos funcionales y del desarrollo, son un factor que se debe controlar para que se mantenga un aspecto del funcionamiento vital, de esta manera, dos de los requisitos de autocuidado universales: mantenimiento de un aporte suficiente de agua y la provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.

El testimonio cuatro expresó en su discurso lo siguiente:

“He tenido complicaciones por el abuso del agua”,

De tal forma, que se interpreta con poco control en regular el consumo de agua, a pesar de conocer su enfermedad.

El testimonio tres manifestó en su discurso:

“Llegue muy hinchada que afecto al corazón que latiera más rápido”,

De igual forma, el testimonio dos expresos:

“Me hinchaba, me sentía incomoda con ganas de vomitar, no podía respirar y tenía que dormir sentada”,

Por lo que se relaciona a la necesidad de proveer cuidados asociados al proceso de eliminación al mantener un aporte suficiente de agua de acuerdo a su función renal.

Para Fariñas, et al., (2008), las infecciones asociadas a los catéteres utilizados, para hemodiálisis como para diálisis peritoneal, constituyen una de las causas de morbilidad para pacientes en tratamiento sustitutivo renal, en el caso, de los dispositivos intravasculares, la colonización endoluminal es producida por las conexiones externas y la manipulación, mientras que, colonización extraluminal, es producida por migración de la flora residente de la piel a través del trayecto cutáneo de sitio de inserción del catéter, por lo cual, este tipo de evento incrementa el ingreso y estancia hospitalaria prolongada, además, de la resistencia microbiana que conlleva a un aumento en los costos de los servicios de salud.

Ahora bien, peritonitis y la infección periluminal tiene su origen en la porción tunelizada, así como, en el orificio de salida, está relacionada con la flora residente del paciente, además, de la manipulación del personal sanitario e incluso de la contaminación ambiental, (Fariñas, et al., 2008). Para Lynch, (2019), la peritonitis asociada a diálisis peritoneal es prevenible, debido a que su etiología es secundaria a bacterias Gram-positivas colonizadoras de la piel, dado que el peritoneo es el ambiente ideal para la proliferación de bacterias, que pueden producir una respuesta inflamatoria en la membrana peritoneal con la manifestación de un cuadro clínico de peritonitis, siendo esta la causa más importante de hospitalización, (Lynch, 2019).

Pender, señala a las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso de la participación en la conducta promotora de salud, situación que afecta en el riesgo de adquirir infecciones asociadas a la modalidad de terapia de sustitución renal, de la misma manera,

Orem, (citada en Alligood, 2014), describe los requisitos de autocuidado de desarrollo, citando “prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano”, por lo tanto, la infección es una respuesta humana biológica que se presenta con una mayor incidencia en los pacientes de ERC en terapia de sustitución renal.

En el testimonio cuatro:

“Con el catéter para bañarme, me pongo plásticos y aun así se me moja y le entra la infección”

Se denota un compromiso para la realización de prácticas de autocuidado, sin embargo, las condiciones externas afectan negativamente a la persona en su práctica, lo que conlleva al riesgo de infecciones por una colonización endoluminal, tal como lo describe Fariñas (2008).

En este mismo sentido, el testimonio uno manifiesta:

“Iba a las curaciones y después ya no me las querían hacer, ya me las hacía yo”,

También se puede apreciar en su discurso el compromiso en una conducta para su cuidado, el cual se limita por factores situacionales al expresar:

“después ya no me las querían hacer”,

En donde la persona, debe utilizar sus propios recursos para vencer una condición situacional que le afecta en el estado de salud, por tanto, ambos testimonios demuestran un compromiso y a su vez una necesidad mediada por factores externos ligados, que al intervenir en una consultoría podrían aumentar su participación en conductas promotoras de salud.

En aspectos psicológicos, se plantean cuestiones de autoestima, motivación, competencias, interacción y autoeficacia, al interpretar los testimonios grabados, se identificó la respuesta humana de resiliencia, término que proviene del latín *resilia*, que significa volver atrás, para Forés (2008), es la metáfora generativa que posibilita la reconstrucción humana, con la consecución de la felicidad ante el

sufrimiento, es decir, el sufrimiento es opcional solo que se necesita partir de este mismo para buscar la felicidad.

Ahora bien, Pender (2015), también enfatiza en las fortalezas, las resiliencias, los recursos potenciales y capacidades de las personas como los factores que conducen a la salud, siendo el contexto social y ambiental un determinante de la salud, con una influencia positiva o negativamente en la expresión de estados mórbidos de las personas, reforzando de esta forma la teoría socio-ecológica de la salud comunitaria, en donde se enfatiza la importancia de la interacción e interdependencia de las personas con su familia, la comunidad, la estructura social y el entorno físico, (Pender, 2015).

La resiliencia ante la enfermedad crónica, surge como una posibilidad de cambio, dándole la capacidad a la persona de luchar contra la enfermedad, al aceptar las limitaciones que conlleva la enfermedad para adaptarse de forma positiva, con cierto control sobre el impacto negativo de las consecuencias físicas, emocionales, sociales y económicas percibidas en la enfermedad, (Börell, 2016).

“Echándole ganas, no me decaigo, yo sé que estoy enferma” (Testimonio uno).

Se puede identificar la respuesta humana de resiliencia, de tal forma, que cuenta con la capacidad de adaptarse de forma positiva con la enfermedad renal crónica, descrita por Börell. Por lo tanto, es un factor protector de respuestas humanas que se deberá reforzar y mantener para promover, además de fortalecer las funciones de este modelo de consultoría, puesto que, Nola J. Pender, describe en las afirmaciones teóricas del MPS, que las emociones positivas o el afecto, están asociados a una conducta, aumentando la probabilidad de compromiso y de acción.

También en el testimonio cuatro, se identifica la resiliencia:

“He sabido sobre llevar la situación, en mi mente sé que hay enfermedades más graves”

En este discurso, se puede comprender la capacidad de la persona para luchar contra la enfermedad, aceptando las limitaciones de esta misma, por lo que,

al condicionarse esta respuesta humana, también puede favorecerse las prácticas de autocuidado, con la satisfacción de los requisitos de autocuidado universales, para regular el funcionamiento y desarrollo humano en cualquier etapa de la vida, según Dorothea E. Orem, con la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo al potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal, que al relacionarlo con el discurso, se emplea el potencial humano con las limitaciones conocidas y el deseo de sobrellevar la enfermedad.

Ahora bien, la NANDA en su undécima edición, clasifica a la resiliencia en el dominio de afrontamiento y tolerancia al estrés, en la clase de respuestas de afrontamiento, para referirse al termino como “la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis”.

Con lo que se refiere a la dimensión sociocultural, se realizaron planteamientos para conocer aspectos socioeconómicos, disposición de recursos, prevención e influencias situacionales analizada a través del discurso, se planteó preguntas a fin de conocer el contexto sociocultural, así como la interacción que se asoció a la dimensión psicológica. Cada uno de los testimonios recabados e interpretados, hacen referencia al apoyo familiar con la respuesta humana de procesos familiares.

En este mismo sentido, la familia representa la célula básica de la sociedad, es decir, es la primera forma de organización social, (Martínez, 2015), que cumple con funciones, económica, afectiva y social, por otro lado, Oliva (2013), se refiere al término de familia como aquella que constituida en una unidad espiritual, cultural y socio-económica, donde se crean lazos que dan un sentido de pertenencia a cada miembro, además de compartir el sufrimiento y el dolor, para Rojas (2020), la funcionalidad familiar, es aquella que consiente la promoción y el desarrollo integral de sus integrantes.

Los testimonios realizados por las personas entrevistadas, permiten comprender las influencias en las esferas psicológica y biológica en el entorno sociocultural, tal como lo describen Nola J. Pender y Dorothea E. Orem. Para Orem

el sistema familiar es un factor condicionante básico que puede alterar el valor del autocuidado, asimismo Pender, asevera que las influencias interpersonales son un factor que influye en los resultados conductuales de la persona.

A lo anterior, las influencias interpersonales son interpretadas como cogniciones que implican los comportamientos, creencias o actitudes de los demás, siendo las principales fuentes de influencia interpersonal para conductas promotoras de la salud, en donde la familia, compañeros y profesionales de la salud, determinan la adopción de conductas promotoras de la salud, incluyendo las normas sociales con las expectativas de los demás, el apoyo social con el estímulo instrumental y emocional y el modelado por un aprendizaje vicario a través de la observación de otros, (Pender, 2015).

En las siguientes aseveraciones transcritas, la familia es un factor que favorecerá el autocuidado, para obtener resultados conductuales:

Testimonio uno: *“Toda mi familia me apoya”,*

Testimonio dos: *“Lo único que hacen es alentarme, yo sé que van estar allí”,*

Testimonio cuatro: *“Mi mamá es la que me ayuda al 100, y mis hermanos en lo económico”.*

Por lo cual, se infiere en una red de apoyo basada en procesos familiares, que se deberá fortalecer y mantener para su influencia de forma significativa en el desarrollo de las funciones del modelo de consultoría, es por ello, que las intervenciones estarán enfocadas a identificar la influencia e interacción de la persona con enfermedad renal crónica en su contexto social, a fin de disminuir riesgos y de promover la salud en la persona, la familia y la comunidad, el omitir aspectos, sociales y culturales en la valoración de la consultoría de enfermería, pueden conllevar a resultados de progresión y complicaciones de la enfermedad renal crónica.

VIII. DISCUSIÓN

Un modelo identifica los elementos que se deben integrar para interpretar un fenómeno de estudio, tal como lo describe Mujica (2011), al describir el término de modelo como un complejo de conceptos y afirmaciones para analizar, como se percibe y se comprende un fenómeno. Por lo tanto, la construcción de este diseño de modelo aporta a la gestión del cuidado de enfermería, sencillez en su operatividad en personas con ERC, además de su reproducibilidad a otras ECNT, concordando con Moreno (2018), que señala un modelo utilizado por enfermería deber ser comprensible y utilizado en función del contexto de la persona

Para este modelo de consultoría en enfermería centrado a la persona con ERC, éste se establece como un servicio profesional de enfermería de practica avanzada de liderazgo y autonomía, con un sustento epistémico enfocado a identificar y modificar aquellas respuestas humanas desde un enfoque holístico, al promover y conservar la salud, además, de limitar la enfermedad, (Rodríguez, 2020), el cual pretende establecerse para brindar una atención oportuna a una población específica, como es la afección de ERC ocasionada por diversos causales que condicionan o progresan esta misma, cuyos factores están asociados al resultado del estilo de vida. En este mismo sentido, autores como Hernández (2017), Bardón (2008), Reyes, (2018), Martínez (2018), Valdez (2017), Nava (2012), Galicia (2010), señalan que la consultoría de enfermería debe promover el autocuidado, por otro lado, Manzini (2009), Castro (2009), Forero (2016), Rivas (2018), señalan los cambios del estilo de vida y las acciones de autocuidado como actividades a realizar, asimismo, Castro (2018) y Rodríguez (2020), agregan el empoderamiento, para los cambios en los estilos de vida como resultado de una consultoría en enfermería. Sin embargo, para este modelo se proponen cinco competencias a desarrollar en la persona con ERC en una consultoría de enfermería:

1. Alfabetización en salud,
2. Estilos de vida saludable,
3. Autoeficacia,
4. Autocuidado, y

5. Empoderamiento.

Esto es derivado de las aportaciones teóricas de Nola J. Pender y Dorothea E. Orem, que procuran dirigir a la persona en la modificación de conductas para el cuidado de la salud, la limitación de la enfermedad y sus complicaciones, por medio de la educación, actividad fundamental para el desarrollo de estas competencias, considerando aspectos del entorno bio-psico-socio-cultural de la persona en la valoración de enfermería, esto concuerda con lo reportado por Gentil (2009), Polo (2016), y Camargo (2010), no obstante otros autores, identifican las relaciones interpersonales esenciales para la modificación de conductas poco saludables, además de ser identificada como una característica al definir la consultoría enfermería, como Romero (2018), Galicia (2010), y Espinoza (2017), sin embargo para Gentil (2009), y Polo (2016), esta interacción debe permitir conocer el enfoque del entorno en donde se desenvuelve la persona.

Por otra parte, autores como Romero (2018), Martínez (2003), Gentil (2009), Bardón (2008), Lee (2013), Nava (2012), Forero (2016), Rodríguez (2020), y Valdez (2017), señalan a la educación como estrategia para llevar a cabo modificaciones en los comportamientos a través de acciones de promoción a la salud, en cierta forma limitando la educación a partir de información y el asesoramiento, cuando la educación es parte de la formación a lo largo de la vida de cada persona, para adquirir aprendizajes que se convierten en las herramientas para poder ser empleadas en las diferentes etapas del ciclo vital, sobre todo al identificar y reconocer a la persona desde su contexto bio-psico-socio-cultural, coincidiendo con Jiménez (2017), al afirmar que el profesional de enfermería debe comprender a la persona desde la complejidad de las respuestas humanas, a razón de la información recibida, la cual está basada por creencias y valores de su propia identidad social colectiva, por lo que, la información que se otorga en el cuidado, no es un determinante en el cambio de comportamiento para ejercer el cuidado de forma significativa.

Si bien la consultoría en enfermería es una práctica que tiene sus antecedentes en Estados Unidos en el año 1960, con las funciones de las

enfermeras especialistas, quienes intervenían de forma autónoma para la atención y seguimiento de personas con problemas crónicos, en México sus inicios son documentados por el CIMIGen en el año 1987 con la participación de enfermería para proporcionar educación sobre temas relacionados a salud reproductiva, del niño y la mujer, atención en consultas y trabajos de partos de bajo riesgo, por lo que la ampliación del rol de enfermería tiene el objetivo de lograr la cobertura universal de salud y representar el primer contacto en la demanda de atención en los servicios de salud, contribuyendo de esta forma a propiciar un derecho universal a la población en problemas de salud, de tal forma que Martínez (2003), Polo (2016), Camargo (201), y Pimentel (2019), señalan la consulta de enfermería como acceso de puerta de entrada al sistema de salud para la población más vulnerable.

Este modelo se construye a partir de dos principios que pretenden impulsar la visibilidad de enfermería ante la sociedad, desde la autonomía y liderazgo profesional desde una práctica avanzada a través de la consultoría, al demostrar independencia, creatividad e innovación al ejercer su cuidado centrado a la persona con ERC, del mismo modo Martínez (2003), Lee (2013), Jenkins (2019), Manzini (2009), Nava (2012), Valdez (2017), y Pimentel (209), señalan que la práctica de enfermería es autónoma al ser fundamentada científicamente con un papel de liderazgo en el servicio independiente.

Por otra parte, autores como Reyes (2018), Martínez (2003), Gentil (2009), Castro (2009, 2018)), Manzini (2009), Galicia (2010), Nava (2012), y Belmont (2018), sustentan la consulta de enfermería con la herramienta metodológica del PAE en sus cinco etapas, sin embargo, solo Castro (2009 y 2018), menciona el marco teórico para organizar la información e interpretarla, a través de los Patrones funcionales de Marjory Gordón, por lo que la importancia de este modelo de consultoría en enfermería, es estar sustentado en dos referentes metodológicos Nola J. Pender y Dorothea E. Orem, que permite comprender el contexto de la persona al ser abordada desde el enfoque del MPS y la TEDA, con el objetivo de llevar a cabo una toma de decisiones a partir de los datos obtenidos en la recolección de información por medio de la valoración de enfermería, para

determinar las prioridades de acuerdo a las respuestas humanas alteradas e identificar aquellas que son protectoras y que favorecen las modificaciones y el logro de las competencias establecidas para este modelo de consultoría, las cuales serán plasmadas al elaborarse el plan de manejo y llevadas a cabo durante las citas en la consultoría, con la evaluación de cada una de ellas, si bien, no se describen específicamente cada una de las etapas del PAE, estas se asemejan a cada una de ellas, con un sustento científico.

Entre los resultados obtenidos del análisis del discurso de las entrevistas realizadas, para poder identificar las respuestas humanas derivadas del contexto de la persona con ERC basándose en las aportaciones teóricas de Nola J. Pender y Dorothea E. Orem, se determinó que la dimensión psicológica y la sociocultural pueden influir directamente en la esfera biológica principalmente con el exceso de volumen de líquidos, la fatiga y la infección, tal y como lo postula Pender al mencionar que existe una interacción entre la persona y el entorno para adoptar conductas saludables, acorde a lo publicado con Khoshnood (2018) y Khalil (2012), quienes afirman también que las personas están vinculadas al entorno. Es por ello, que las respuestas humanas como la resiliencia y los procesos familiares, se consideran como respuestas humanas protectoras que se deben mantener y reforzar para obtener resultados en la persona y por ende en su mismo entorno.

Sin embargo, en las revisiones realizadas no se establecen aspectos bio-psico-socio-culturales para llevar a cabo una consultoría en enfermería, también se tienen los hallazgos de artículos con resultados con la implementación de un modelo teórico en especial en donde abarcan el tema de la educación posterior a la aplicación de instrumentos como la Escala de Agencia de Autocuidado o el Cuestionario de Estilos de Vida Saludable, en el que se identifican barreras y necesidades de apoyo educativo para su intervención con la impartición de temas específicos y entrega de material educativo para reforzar lo impartido en la sesión, a fin de generar conductas saludables, autoeficacia, autocuidado y empoderamiento, Aristizábal (2011), Xavier (2017), (Cadena y González, 2017), Khalil (2012), Heidayri (2014), Méndez (2020). Amaral de Jesus (2015), (Bal

Özkaptan, 2016). (Borji, 2017). Samaniego (2018), Cantillo (2017), Parvan (2015), Ören (2014), Shojaee Shad (2018), Santana (2020) y Mohammadpor (2015).

Por lo tanto, la propuesta de este modelo de consultoría en enfermería centrado a la persona con ERC, tiene el objetivo de mirar en esencia a la persona como ser único, con respuestas humanas acordes a su propia realidad, basándose en la interpretación de dos teóricas Nola J. Pender y Dorothea E. Orem, de tal forma, que las intervenciones serán enfocadas al identificarse las respuestas humanas alteradas que requieran ser modificadas por representar un riesgo para la salud, daño y progresión de la enfermedad en la persona, teniendo como protectoras aquellas respuestas humanas que se deberán mantener y reforzar para obtener resultados favorables en el desarrollo de competencias en la Consultoría en Enfermería.

Con respecto a la aplicabilidad de este modelo de consultoría de enfermería para otras ECNT que afectan a la población mexicana, este puede ser reproducido a fin de promover y mejorar la salud, con la limitación del daño de enfermedades que conllevan a una calidad de vida limitada tanto para la persona, como para la familia, aunado a los gastos catastróficos en salud, así como, la saturación de servicios de salud principalmente en el segundo y tercer nivel de atención.

IX. CONCLUSIÓN

Lo expuesto a lo largo del presente trabajo permite presentar el diseño de un modelo de consultoría de enfermería centrado en la persona con enfermedad renal crónica, con dos enfoques que identifican a la persona desde las aristas del MPS y de la TEDA, para poder dirigir a la persona en la modificación de conductas en el cuidado a la salud, además de limitar la enfermedad y sus complicaciones, a través de cinco competencias que se desarrollarán en esta consultoría.

Para la obtención de estas competencias se revisaron las bases teóricas de enfermería de Nola J. Pender y Dorothea E. Orem, en donde cada una postula características previas o factores condicionantes que pueden ser barreras para el logro de conductas saludables y de llevar a cabo prácticas de autocuidado, en este sentido, el MPS de Nola J. Pender, tiene el objetivo de identificar los factores cognitivos y perceptuales, que fungen como los principales determinantes de la conducta de promoción de salud, en donde la persona es la responsable de modificar las conductas a partir de las cogniciones y afectos específicos de la conducta. Por el contrario, Dorothea E. Orem, señala la teoría de sistemas enfermeros, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado, para sistematizar la TEDA, enfermería realiza sus intervenciones a partir de las necesidades de cuidado de la persona, con la asociación de aspectos específicos de la ERC.

Con base a lo expuesto, se determinó que las competencias a desarrollar en la consultoría de enfermería son las siguientes: alfabetización en salud, estilos de vida saludable, autoeficacia, autocuidado, y empoderamiento, de tal forma que se retomaran de ambas aportaciones, prácticas dirigidas a la modificación de conductas de salud, limitación de la ERC y sus complicaciones.

Para ello, se llevó a cabo entrevistas semiestructuradas con la elaboración de 15 planteamientos basados en las aportaciones de Nola J. Pender y Dorothea E. Orem, a fin de interpretar el entorno y respuestas humanas de la persona con ERC.

Finalmente, se presenta la propuesta de contenido con los elementos a desarrollar en la consultoría de enfermería, en donde se establecen dos principios fundamentales para su práctica, además de establecer las competencias a desarrollar, mediante cinco estrategias guía para su implementación.

X. REFERENCIAS

- Alligood, M. (2014). *Nursing Theory: Utilization and Application*. Estados Unidos. Elsevier, Mosby.
- Aristizábal, GP., Blanco, DM., Sánchez, A., Ostiguín, RM. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. Disponible: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Amaral de Jesus, AF. (2015). Fluid and dietary restriction's efficacy on chronic kidney disease patients in hemodialysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Aqtam, I., Darawwad, M. (2018). Health Promotion Model: An Integrative Literature Review. *Open Journal of Nursing*, doi.org/10.4236/ojn.2018.87037
- Aydin, R., Kabukcuoglu, K. (2020). Hemşirelik arařtırmalarında kuram kullanımının önemi ve süreci. *Journal of Human Sciences*. 389-403. doi:10.14687/jhs.v17i1.5830
- 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*.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Educ Behav*. DOI: 10.1177/1090198104263660
- Bardón, E., Marti, A., Vila, ML. (2008). Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). *Nefrología*. pp.53-56.
- Belmont, A. (2018). Nivel de satisfacción de los usuarios de la consultoría de enfermería neurológica con base en la teoría del autocuidado. *Rev Enfer Neurol*. pp 3-10.
- Blok, A. (2016). A Middle-Range Explanatory Theory of Self-Management Behavior for Collaborative Research and Practice. *Nursing Forum*.

- Borji, M. Otaghi, M. Kazembeigi, S. (2017). The Impact of Orem's Self-care Model on the Quality of Life in Patients with Type II Diabetes. *Biomedical & Pharmacology Journal*. doi.org/10.13005/bpj/1100
- Camargo, IL., Virginia, C. (2010). El papel autónomo de enfermería en las consultas. *Avances en enfermería*. pp. 143-150
- Cantillo, CP., Blancos, JJ. (2017). Agencia de autocuidado de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis. *Revista enfermera nefrológica*. DOI. 10.4321/S2254-28842017000400007
- Carvajal, Á. (2013). Teorías y modelos: formas de representación de la realidad. *Revista comunicación*. pp. 33-46.
- Castro, E. (2018). Consejería personalizada de enfermería y nutrición para conservar la función renal en pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. pp.33-43.
- Castro, E., Padilla, MP., Solís, L. (2009). Consejería personalizada en enfermería en el Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de México*. pp. 228-230.
- Cortés, L., Ayala, RA., Calderón, CE., Silva, A. (2017). Retos y perspectivas de la enfermedad renal crónica en México: a propósito del día mundial del riñón, 2017. *Revista de Salud*. Pp 6-9.
- Cueto, AM., Cortés, L., Martínez, HR., Márquez, RM., Solorzano, EC., Rojas, E. (2017). Modelo de atención de la enfermedad renal crónica en la atención primaria de la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. pp. 34-42.
- Fernandes, MICD., Medeiros, ABA., Macedo, BM., Vitorio, ABF., Lopes, MVO., Lira, ALBC. (2014). Prevalence of nursing diagnosis of fluid volume excess in patients undergoing hemodialysis. *Rev Esc Enferm USP*. Pp.446-453.
- Fernandes, MICD., Soares, CS., Tinôco, JDS., Delgado, MF., Paiva, MGMN., Lopes, MVO. (2017). Excess fluid volume: sociodemographic and clinical analysis in haemodialysis patients. *Rev Bras Enferm*. pp. 15-21.

- Forero, J., Barrios, S. (2016). Rol de enfermería en la consulta de prediálisis en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada. *Enferm Nefrol.* Pp. 77-86.
- Galcerán, J.M., Felip, Á., Trovillas, X., (2013). Documento de consenso sobre atención a la enfermedad renal crónica. *Hipertensión y Riesgo Vascular.* Doi. 10.1016/j.hipert.2013.03.002
- Galicia, RM., Nájera, G., Morales, A. (2010). Consulta de enfermería en la atención primaria. *Revista Enfermera Instituto Mexicano del Seguro Social.* pp. 31-34.
- García, G., Moreno, MC., Flores, M., García, B., Morales, A., Nava, J., Cruz, C. (2016). Impacto de la Enfermería Comunitaria y los CECACVIBUAP en la Salud de la Población. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/pdf/184.pdf>
- Gavidia, V., Garzón, A., Talavera, M., Sendra, C. y Mayoral, O. (2019). Alfabetización en salud a través de las competencias. Enseñanza de las ciencias, pp. 107-126. <https://doi.org/10.5565/rev/ensciencias.2628>
- Gentil, MI., Marinho, M., Simeão, MS., Machado. AM., Oliveira, V. (2009). Relación histórica de la consulta de enfermería con la vivencia profesional. *Enfermería global.* Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100021
- [Giraldo, A., Toro, MY., Macías, AM., Valencia, CA., Palacios, S. \(2010\). La promoción de la Salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud.* Pp.128-143.](#)
- [Grill, AK. Brimble, S. \(2018\). Approach to the detection and management of chronic kidney disease. What primary care providers need to know. *Canadian Family Physician | Le Médecin de famille canadien.* Disponible en: <https://www.cfp.ca/content/cfp/64/10/728.full.pdf>](#)
- Guerrero, J., Jofré, D. (2018). Alfabetización en salud: concepto y aplicaciones. *J. health med. sci.* Pp. 81-85.

- Jenkins, K., McManus, B., Wood, E. (2019). The value of nurse consultants in kidney care. *Journal of Kidney Care*. Pp. 328-330.
- Heidayri, A. Khorashadizadeh, F. (2014). Pender's health promotion model in medical research. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, <https://www.jpma.org.pk/PdfDownload/6937.pdf>
- Khalil, AA. Darawad, M. Gamal, EA. (2012). Predictors of dietary and fluid non-adherence in Jordanian patients with end-stage renal disease receiving haemodialysis: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04117.x
- Khoshnood, Z., Rayyanai, M., Tirgari, B. (2018). Theory analysis for Pender's health promotion model (HPM) by Barnum's criteria: a critical perspective. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. DOI: 10.1515/ijamh-2017-0160
- KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. (2013). *Kidney Int Suppl*. Pp.1-150. Disponible en: <http://www.kidney-international.org>
- Lara, G. (2010). Investigación formativa. Una visión integral para profesiones de la salud. *Revista Ciencias De La Salud*. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/549>
- Lorenzo, V. (2020). Enfermedad Renal Crónica.
- Jiménez, V., Rangel, YY., (2017). Las representaciones sociales como marco para comprender las respuestas humanas en el cuidado enfermero. *Cultura de los cuidados*. 147-154. doi: 10.14198/cuid.2017.49.16
- Juvinyà, D., Bertran, C., y Suñer, R. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria*. Pp. 8-10. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.005>

- Martínez, A., Górriz, JL., Bover, J., Segura, J., Cebollada, J., Escalada, J. (2014). Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Atención Primaria*.pp.501-519.
- Martínez, JR. (2003). Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad. *Revista administrativa sanitaria*. Pp.425-440.
- Martínez, N. (2019). Modelo de enfermería salubrista para el enfoque interdisciplinar en las prácticas de cuidados. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. pp.60-63.
- Martínez, N., Carbonell, A., De la Torre, J., Marín, E. Grau. E. (2018). Actividad de una Consulta de Enfermería en Reumatología. *Revista Sociedad Val. Reuma*. Rev. Pp.36-38.
- Manzini, F., Simanetti, JP. (2009). Consulta de enfermería aplicada a clientes portadores de hipertensión arterial: uso de la Teoría del auto cuidado de Orem. *Rev Latino-am Enfermagem*.
- Méndez, A. Méndez, JF. Tapia, T. Muñoz, A. Aguilar, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante*. Pp. 7-11.
- Méndez, A., Pérez, G., Ayala, F. Ruiz, RA., González, JJ., Dávila, J. (2014). Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en el segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Diálisis y Trasplante*. Pp.148-156.
- Méndez, N., Rodríguez, V., Orellano, A., Valenzuela, S. (2020). Intervención de enfermería en la promoción de salud de las personas en hemodiálisis, una mirada desde la disciplina: Revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. Doi. 10.22235/ech.v9i1.2166
- Mendieta, G., Ramírez, JC., Fuerte, JA. (2015). La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. Pp. 435-443. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a14

- Mezzano, S., Aros, C. (2005). Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. *Revista Médica Chile*. pp. 338-348.
- Mohammadpour, A., Rahmati, N., Khosravan, S., Alami, A., Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. Doi. 10.1111/jocn.12775
- Mora, JR. (2003). Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Aplicación en las organizaciones de enfermería. España. Diaz, Santos.
- Morales, RS., Lastre, GE., Pardo, AC. (2016). Application of theoretical and methodological components of nursing care. *Revista Ciencia y Cuidado*. pp. 107-120.
- Moreno, D. (2018). Fundamentos del diseño de un modelo de atención de Enfermería para la gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*. pp.167-181.
- Mujica, N., Rincón, S. (2011). Consideraciones teórico-epistémicas acerca del concepto de modelo. *Telos*. pp 51-64.
- Nava, MG., Valdez, R., Zamora, PE. (2012). Modelo de consultoría en enfermería neurológica. *Rev. Enferm Neurol*. pp. 6-13.
- Navarro, G. Ardiles, L. (2015). Obesidad y enfermedad renal crónica. *Revista Médica Chile*. Pp. 77-84.
- Oldenburger, D., Cassiani, SHB., Bryant- Lukosius, D., Valaitis, RK, Baumann, A., Pulcini, J., et al. (2017). Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e40/>

- Ören B., Enc, N. (2014). Development and psychometric testing of the self-care agency scale for patients undergoing long-term dialysis in Turkey. *Journal of Renal Care*. Pp. 266-273.
- Parvan, K., Hasankhani, H., Seyyedrasooli, A., Mohammad-Riahi, S., Mahmoud, G. (2015). The Effect of Two Educational Methods on Knowledge and Adherence to Treatment in Hemodialysis Patients: Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*. Doi. 10.5681/jcs.2015.009
- Pender, N. (2011). Health Promotion Model Manual. Disponible en: <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85350>
- Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, MA. (2015). Health Promotion in Nursing Practice. 7ma.edición. *Pearson*.
- Pimentel, JA., Casique, L., Álvarez, A., Higuera, JL., Bautista, TM. (2019). Consulta de enfermería: un análisis de concepto. *SANUS*. pp. 79-84.
- Piña, JM., Cuevas, YY., (2004). La teoría de las representaciones sociales. Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles Educativos*. 102-124. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018526982004000100005&lng=es&tlng=es
- Polo, FH. (2016). Consultorios de enfermería. Una oportunidad para generar desarrollo humano y local. *In Crescendo. Institucional*. pp. 134-164. Doi: 10.21895/inces.2016.v7n1.13
- Porter, C., Vezina, M., McEvoy, MD. Fitzpatrick, JJ. (2014). Development and Implementation of a Professional Practice Model. *Nurse Leader*. pp 78-83. doi: 10.1016 / j.mnl.2013.12.001
- Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.3 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [Fecha de la consulta].
- Reyes, MC., Obregón, N., Gálvez, R., Pérez, A. (2018). Capacitación para el desarrollo de la consulta de enfermería en la atención primaria de salud. *EDUMECENTRO*. Pp.106-121.

- Ribeiro, OM., Martins, MM., Tronchin, DM., Silva, JM., Forte, EC. (2019). Professional practice models used by nurses in Portuguese hospitals. *Rev Bras Enferm.* pp.24-31. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0670
- Rivas, JG., Verde, EE., Correa, E., Moreno, LA., Cortés, YJ. (2018). Consultoría de enfermería: identificación de los requisitos universales de autocuidado en estudiantes de una licenciatura en enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* pp. 89-98
- Rodríguez, S. Cárdenas, M. Pacheco, AL. Ramírez, M. Ferro, N. y Alvarado, E. (2017). Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enfermería Universitaria.* Pp. 191-198. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004>
- Rodríguez, JRG., Siqueira Jr, AC., Siqueira, FPC. (2020). Consulta de enfermagem em oncologia pediátrica: ferramenta para o empoderamento dos pais. *Rev Fun Care Online.* Pp. 210-220. doi. 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7569.
- Romero, G., García, B., López, C., Domínguez, E. (2018). Propuesta de Implementación de Modelo de Consultoría de Salud Sexual y Reproductiva. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba 2018.
- Samaniego, WE., Joaquín, S., Muñoz, JS., Muñoz, JJ. (2018). Autocuidado en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis. *Salud y Administración.* Pp. 15-22.
- Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, MP. (2014). Metodología de la investigación. Editorial: McGRawHill. Mexico.
- Santana, MBA., Silva, DMGV., Echevarría-Guanilo, ME., Lopes, SGR., Romanoski, PJ., Böell, JEW. (2020). Autocuidado en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* Doi. 10.1590/1983-1447.2020.20190220
- Shojaee Shad, F., Rahnama, M., Abdallahimohammad, A., Dareh Sima, SA. (2018). An Investigation Into the Impact of Orem's Self-Care Program on Life

Satisfaction in Hemodialysis Patients: A Clinical Trial Study. *Med Surg Nurs J.* doi: 10.5812/msnj.88795.

Sotomayor, SM., Bernal, M., Ponce, G., (2019). Representación social (RS) que del proceso atención de enfermería (PAE) tienen las enfermeras (os) profesionales. *Rev. Enferm Neurol.* 73-79.

Lee, D. Chai, KC. Chan, C. Chair, SY. Chan, D. Fung, S. (2013). The impact on patient health and service outcomes of introducing nurse consultants: a historically matched controlled study. *Health Services Research.* <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/431>

Levey, AS., Stevens, LA. Coresh, J. (2009). Conceptual Model of CKD: Applications and Implications. *American Journal of Kidney Diseases.* Pp. S4-S16. doi:10.1053/j.ajkd.2008.07.048

Lozano, R., Gómez, H., Garrido, F., Jiménez, A., Campuzano. JC., Franco, F., Medina, ME. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Publica de México.* pp.591-594.

Luengo, Carolina., y Paravic Klijn, T. (2016). Autonomía Profesional: factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Index de Enfermería.* pp. 42-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962016000100010&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962016000100010&lng=es&tlng=es)

Texeira, J. Franscielle, D. Ferreira, LR: Peres, P. De Castro, F. Ferreira, J. (2018). Validación de un instrumento para la consulta de enfermería a la persona con diabetes. *Revista de Enfermagem Referência.*

Torres, M., Granados, V., López, RF. (2017). Carga de la enfermedad renal crónica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* pp. 118-123.

Xavier, BLS., Santos, I., Silva, FVS. (2017). Promovendo autocuidado em clientes em hemodiálise: aplicação do diagrama de Nola Pender. *Revista Online Pesquisa*. Pp.545-550.

Valdez, R., Zamora, P., Reyes, BE., López, G. (2017). Consultoría en Enfermería, una estrategia de cuidado avanzado. *Rev Enf Neurol*. 159-166.

Varez, S. López, M. Santos, S. Abril, D. (2008). Perspectiva sobre modelos y teorías de enfermería en el ámbito de nefrología. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*.

Zarate, R. A. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*, pp. 42-46. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&tlng=es

XI. ANEXOS

Anexo 1.

GUÍA PARA LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Objetivo: Evaluar el entorno de la persona con enfermedad renal crónica a partir del marco teórico de Nola J. Pender y Dorothea E. Orem.

Datos de identificación de la entrevista									
Código de la entrevista: _____					Fecha de la entrevista: _____				
Hora Inicio/Termino: _____					Lugar en donde se realiza: _____				
Datos de identificación de la persona entrevistada									
Edad:		Años	Sexo	M	H	Escolaridad:	Básica	½ sup	Superior
Peso:		Seco:		Talla:		Ocupación:	Servicio médico:		
Diagnóstico:					Tiempo con la ERC:				
Batería de preguntas									
Dimensión	Subdimensión			Pregunta					
Biológica	Aporte de agua			¿Cómo sabe la cantidad de agua que debe tomar en todo el día?					
	Eliminación			¿Qué ha notado cuando consume mucha agua, como se ha sentido? ¿Cuánto agua tomo de más?					
	Aporte de alimentos			¿Cuáles son los alimentos que le han dicho que no puedo comer? ¿Y cuáles son los que no consume?					
	Aporte de aire			¿En qué momento siente que le hace falta el aire?					
Psicológica	Autoestima			A partir de que le diagnosticaron la enfermedad, ¿cómo se ha sentido?					
	Motivación			¿Cómo se ve en un futuro con su enfermedad, en su familia, con su trabajo?					
	Competencias			¿Cuáles son los cuidados para su enfermedad?					
	Interacción			¿Cómo le ayudan las personas que son importantes para usted?					
	Autoeficacia			¿Cómo ha mejorado su salud a partir de los cuidados realizados?					
Sociocultural	Socioeconómico			Con respecto a los ingresos económicos en su hogar ¿Qué cantidad de dinero destinan para su enfermedad?					
	Disponibilidad recursos			Si no tiene dinero ¿qué es lo que pasa con su tratamiento?					
	Prevención			¿Cuáles son los cuidados que realiza para que no se sienta mal?					
	Influencias situacionales			¿Cuándo llega a presentar complicaciones por el cuidado de su enfermedad, a quien recurre de forma inmediata?					
	Influencia situacional			¿Cuándo acude a su revisión como se siente atendido por el personal de salud?					

Anexo 2.

El cuestionario de Estilos de Vida Saludable II, de Walker, S.N., Sechrist, K. y Pender, N. (1995). Es una herramienta que ayuda a medir el comportamiento promotor de salud con 52 oraciones con seis subescalas en un formato de respuesta de cuatro en escala de Likert.

No.	Subescalas	Definición	Reactivos
1	Crecimiento espiritual	Se centra en el desarrollo de los recursos internos. Encontrando un sentido de propósito, para conseguir los objetivos en la vida.	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52
2	Relaciones interpersonales	Implica la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía dentro de relaciones significativas.	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49
3	Nutrición	Consiste en seleccionar y consumir con conocimiento los alimentos esenciales para para el sustento, de la salud y el bienestar.	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50
4	Actividad física	Implica la participación regular en actividades ligeras, moderadas y/o vigorosas.	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46
5	Responsabilidad en salud	Implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar.	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51
6	Gestión del estrés	Implica la identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos para controlar o reducir eficazmente la tensión.	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47
Total			52 ítems

CUESTIONARIO DEL ESTILOS DE VIDA II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente.

Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, marcando con un círculo su respuesta.

N = nunca (1), A = algunas veces (2), F = frecuentemente (3), o R = rutinariamente (4).

1	Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas	N	A	F	R
2	Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.	N	A	F	R
3	Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.	N	A	F	R
4	Sigo un programa de ejercicios planificados.	N	A	F	R
5	Duermo lo suficiente.	N	A	F	R
6	Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	N	A	F	R
7	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	N	A	F	R
8	Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	N	A	F	R
9	Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	A	F	R
10	Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora).	N	A	F	R
11	Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	N	A	F	R
12	Creo que mi vida tiene propósito.	N	A	F	R
13	Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	N	A	F	R
14	Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	N	A	F	R
15	Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	N	A	F	R
16	Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.	N	A	F	R
17	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N	A	F	R
18	Miro adelante hacia el futuro.	N	A	F	R
19	Paso tiempo con amigos íntimos.	N	A	F	R
20	Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	N	A	F	R
21	Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N	A	F	R
22	Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	N	A	F	R

23	Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme	N	A	F	R
24	Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).	N	A	F	R
25	Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros	N	A	F	R
26	Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días	N	A	F	R
27	Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	N	A	F	R
28	Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	N	A	F	R
29	Uso métodos específicos para controlar mi tensión	N	A	F	R
30	Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	N	A	F	R
31	Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.	N	A	F	R
32	Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	N	A	F	R
33	Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	N	A	F	R
34	Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y caminar).	N	A	F	R
35	Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	N	A	F	R
36	Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).	N	A	F	R
37	Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	N	A	F	R
38	Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.	N	A	F	R
39	Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí misma(o).	N	A	F	R
40	Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	N	A	F	R
41	Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.	N	A	F	R
42	Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	N	A	F	R
43	Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	N	A	F	R
44	Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.	N	A	F	R
45	Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	N	A	F	R
46	Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	N	A	F	R
47	Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	N	A	F	R
48	Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.	N	A	F	R
49	Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.	N	A	F	R
50	Como desayuno.	N	A	F	R
51	Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	A	F	R
52	Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	N	A	F	R

© S.N. Walker, K. Sechrist, N. Pender, 1995. Se prohíbe la reproducción de este cuestionario sin el permiso escrito de las autoras. Se puede obtener dicho permiso de: Susan Noble Walker, College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE 68198-5330.

Subescalas	No. Reactivos	Puntuación esperada	Interpretación
Crecimiento espiritual	09	36	R= 36 F= 27 a 35 A= 26 a 18 N= menos 17
Relaciones interpersonales	09	36	
Nutrición	09	36	
Responsabilidad en salud	09	36	
Actividad física	08	32	R= 32 F= 24 a 31 A= 23 a 16 N= menos 15
Gestión del estrés	08	32	
Total	52	208	

Competencias de Consultoría	Subescalas de Estilos de Vida Saludable II	Reactivos
Alfabetización en Salud	Responsabilidad en salud Actividad física	12, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46
Estilos de Vida	Crecimiento espiritual Responsabilidad en salud Relaciones interpersonales Nutrición Gestión del estrés	48, 27, 13, 19, 25, 31, 49, 2, 8, 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47
Autoeficacia	Crecimiento espiritual Gestión del estrés	6, 12, 24, 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47
Autocuidado	Crecimiento espiritual Relaciones interpersonales Actividad física Gestión del estrés	42, 37, 49, 4, 10, 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46
Empoderamiento	Crecimiento espiritual Responsabilidad en salud	18, 30, 36, 52, 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51

La Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA, por sus siglas en inglés Appraisal of Self-care Agency Scale), fue desarrollada por Isemberg, Evers y cols., medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. La traducción al español, tiene una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0, 77 para su uso en la población mexicana, de acuerdo a Gallegos (1998). La escala está compuesta por cinco categorías, de las cuales se desprenden veinticuatro oraciones con una escala de respuesta de cinco alternativas tipo Likert.

No.	Categoría	Reactivos
1	Interacción social	12, 22.
2	Interacción personal	2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 23.
3	Actividad y reposo	3, 6, 11, 13, 20.
4	Consumo de alimentos	9.
5	Promoción y funcionamiento y desarrollo personal	1, 10, 18, 24.

La escala de respuestas está conformada de 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo), 4 (de acuerdo) y el 5 (totalmente de acuerdo), para obtener un puntaje que se clasifica:

Capacidad de autocuidado	Puntuación
Alta	97 a 120
Media	49 a 96
Baja	1 a 48.

Escala de Apreciación de Capacidad de Agencia de Autocuidado

INSTRUCCIONES: Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Marque con una X en el recuadro que considere su respuesta.

N = nunca (1), CN= casi nunca (2), A = a veces (3), CS = casi siempre (4), o S = siempre (5).

1	A medida que cambien las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	N	CN	A	CS	S
2	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	N	CN	A	CS	S
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme, me las arreglo para conseguir ayuda.	N	CN	A	CS	S
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	N	CN	A	CS	S
5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	N	CN	A	CS	S
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	N	CN	A	CS	S
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	N	CN	A	CS	S
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	N	CN	A	CS	S
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	N	CN	A	CS	S
10	Cuando hay situaciones que me afectan, yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	N	CN	A	CS	S
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.	N	CN	A	CS	S
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos.	N	CN	A	CS	S
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	N	CN	A	CS	S
14	Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	N	CN	A	CS	S
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	N	CN	A	CS	S
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	N	CN	A	CS	S

17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	N	CN	A	CS	S
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	N	CN	A	CS	S
19	Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	N	CN	A	CS	S
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme	N	CN	A	CS	S
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	N	CN	A	CS	S
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda	N	CN	A	CS	S
23	Puedo sacar tiempo para mi	N	CN	A	CS	S
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	N	CN	A	CS	S

Elaborado por: Isemberg, Evers y cols.

Traducción: Gallegos (1998).

Anexo 3.

Estrategias generales	Descripción
Valoración	Identificar características definitorias a través de los métodos de exploración física (inspección, palpación, auscultación y percusión), además de la recolección de datos por el cuestionario de Estilos de vida Saludable II, Pender. 1995.
Determinar prioridad	Determinar cuál es el factor que influye directamente en las respuestas humanas alteradas.
Elaborar plan de manejo	Integrar apoyo educativo a partir del factor identificado en la respuesta humana alterada, además de crear redes de apoyo.
Ejecutar intervención	Propiciar un espacio de comunicación y confianza al impartir el apoyo educativo, con la integración de la familia y si es posible en la comunidad.
Evaluación o seguimiento	Evaluar el compromiso del plan de manejo a partir de las modificaciones logradas.