



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia Asistencial de Atención Primaria

SaludMadrid

 Comunidad de Madrid



**DEFINICIÓN DEL ROL DE LA ENFERMERA
EDUCADORA/ENTRENADORA EN
AUTOCUIDADOS**

EDICIÓN: 2ª

Fecha: 11/07/2016

Página: 1 de 88

EN VIGOR: Marzo 2016

SUSTITUYE A: versión 1ª

DEFINICIÓN DEL ROL DE LA ENFERMERA EDUCADORA /ENTRENADORA EN AUTOCUIDADOS





Índice:

<input type="checkbox"/> Introducción	3
<input type="checkbox"/> Objeto	7
<input type="checkbox"/> Ámbito de aplicación y alcance	7
<input type="checkbox"/> Referencias y normativa	8
<input type="checkbox"/> Necesidades y expectativas de los pacientes	9
<input type="checkbox"/> Necesidades y expectativas de los profesionales	10
<input type="checkbox"/> Funciones	11
<input type="checkbox"/> Misión, visión y valores	14
<input type="checkbox"/> Población diana	16
<input type="checkbox"/> Modalidad y método de trabajo	17
<input type="checkbox"/> Perfil competencial	41
<input type="checkbox"/> Difusión e implantación	46
<input type="checkbox"/> Indicadores de evaluación	46
<input type="checkbox"/> Plan de formación	47
<input type="checkbox"/> Anexos	49
<input type="checkbox"/> Bibliografía	79
<input type="checkbox"/> Ficha de gestión documental	85



► 1. Introducción

En 2014 el Servicio Madrileño de Salud presentó la **Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas** en la Comunidad de Madrid¹. En esta estrategia se definieron los elementos (roles, herramientas y servicios) necesarios para atender a un paciente a lo largo de su paso por el sistema sanitario.

Entre los roles a desarrollar (línea de ejecución 2 de la estrategia) se encuentra el de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados (EEA), rol que tal y como viene señalado en el documento de la estrategia, irá orientado a “capacitar a los pacientes y/o personas cuidadoras para el autocuidado, fomentando el compromiso con su salud”.

Este protagonismo de la enfermera en la capacitación de los pacientes ya fue subrayado en el documento “**Papel de enfermería de Atención Primaria**” publicado en 2009 por el Servicio Madrileño de Salud² en el que se define su rol para “elevar el nivel de autocuidado, y de cuidado dependiente, de los ciudadanos, o compensar la deficiencia del mismo”, entendiéndose por “autocuidado”: todas las acciones que permiten al individuo mantener la vida, la salud y el bienestar.

De igual forma, en la **Estrategia de calidad de los cuidados de Atención Primaria** de la Comunidad de Madrid (2014)³ se hace referencia explícita, en el Camino Estratégico 1 “añadir valor para nuestros ciudadanos”, a la importancia de la enfermera en “promover el autocuidado de las personas, familias y comunidad” así como a la necesidad de “diseñar un documento de apoyo para ejercer el rol de la enfermera educadora de pacientes activos”.

La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr el desarrollo humano. Hace referencia a todas aquellas iniciativas que promueven la adaptación de las personas a su entorno y circunstancias, con el fin de conseguir la mejor calidad de vida posible, favoreciendo la integración en su ámbito habitual (familiar, educativo, laboral, social, etc.).



La atención a la cronicidad se debe producir en un contexto en el que los pacientes suficientemente informados y formados tengan un papel activo y sean protagonistas de su salud.

En relación a la evidencia científica existente sobre la efectividad de las intervenciones en pacientes crónicos, destaca, **el soporte para el autocuidado** como un elemento con impacto positivo y con mayor nivel de evidencia, junto al seguimiento telefónico por la enfermera y las visitas domiciliarias proactivas⁴.

Se han mostrado como elementos clave, las iniciativas de soporte al autocuidado, potenciando el desarrollo de pacientes expertos y pacientes activos⁵. A nivel internacional, **el Chronic Disease Self Management Program (CDMSP)**⁶ es el pionero en las iniciativas de soporte para el autocuidado y el que cuenta con el enfoque estructurado más utilizado y con mayor evidencia de su efectividad.

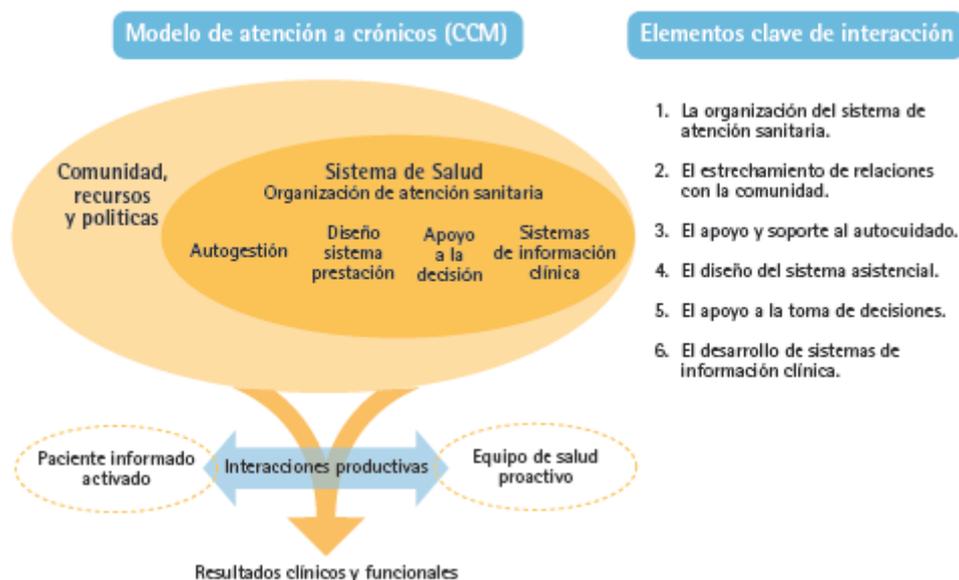


Figura 1. Modelo de Cuidado Crónico⁷

El desarrollo de este rol de enfermera educadora/entrenadora en autocuidados se enfoca en esta dirección. Persigue que el colectivo de profesionales sustituya el



modelo paternalista por modelos que logren la participación activa de las personas. Estas han de pasar de tener un papel más o menos pasivo, como receptoras de información, a ser personas activas, que se preocupan por su salud y por controlar la evolución de su enfermedad y que se hacen responsables de obtener la mejor asistencia posible. Personas informadas y formadas que se involucran en la toma de decisiones sobre su salud, en el establecimiento de objetivos terapéuticos y se corresponsabilizan de los resultados obtenidos.

Para conseguir **pacientes activos**, es imprescindible darles "poder", es decir empoderarlos, fortaleciendo sus capacidades, ofreciendo no sólo información, sino los conocimientos y las habilidades necesarias para que puedan hacerse responsables de su salud.

La intervención de la EEA se adaptará a las necesidades de cada paciente y /o persona cuidadora en función del nivel de riesgo en el que se encuentre (Pirámide Kaiser Permanente)⁸, considerando los aspectos sanitarios y sociales como dos partes integradas de la atención que requiere un individuo (Pirámide definida por el King's Fund en el Reino Unido)⁹: población general, pacientes crónicos de bajo riesgo, pacientes crónicos de mayor riesgo y pacientes crónicos complejos.



Figura 2: Pirámide de Kaiser permanente adaptada



Pirámide definida por el King's Fund en el Reino Unido

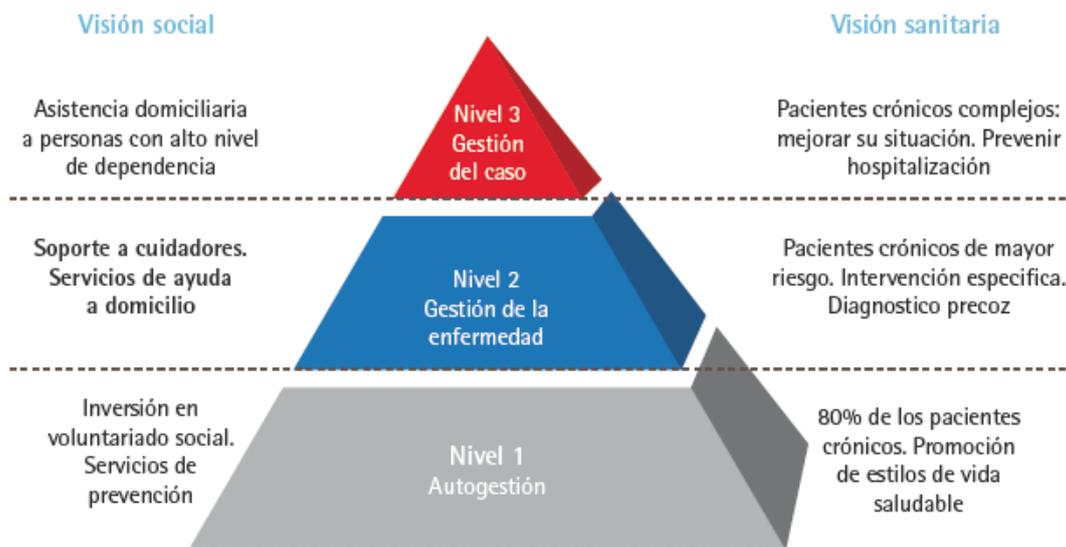


Figura 3. Pirámide definida por el King's Fund en el Reino Unido. Fuente: King's Fund (C. Ham)

Para el desempeño del rol de una manera más eficiente, la EEA dispondrá de recursos de apoyo *on line*, así como de contenidos educativos previamente elaborados, estructurados y planificados, lo que se ha denominado "educación estructurada". Ésta se podrá realizar tanto de manera individual como grupal y contribuirá a que la persona avance en la consecución de resultados y alcance el mayor grado posible de autonomía y capacidad de autocuidado.



► 2. Objeto

Objetivo de este documento

Definir el marco conceptual, rol, funciones y competencias de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados (EEA).

Objetivos del rol a desarrollar



Promover personas activas y responsables de su autocuidado. El fin último que se persigue es el empoderamiento y capacitación en salud de la persona de tal forma que ésta sea capaz de cuidarse por sí misma de una manera satisfactoria, disminuyendo su relación de dependencia de las instituciones y profesionales sanitarios.



Favorecer el proceso de aprendizaje en salud, entendido como la mejora de las capacidades de las personas para comprender, interpretar y utilizar la información sanitaria; usar los recursos existentes de manera eficiente y desarrollar habilidades en pro de mejorar su salud y su calidad de vida. Implica por tanto aplicar todo este conocimiento y estas habilidades para tomar las decisiones más adecuadas para su salud y la de la comunidad.

► 3. Ámbito de aplicación y alcance

Este rol de enfermera educadora/entrenadora en autocuidados será desarrollado por la totalidad de las enfermeras de los centros de salud de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, como líderes del proceso educativo orientado al entrenamiento en el autocuidado de los pacientes; este proceso será compartido con las enfermeras de otros ámbitos asistenciales (hospitales, centros de especialidades periféricos, centros socio sanitarios, etc.) y contará con la participación de otros profesionales sanitarios que también contribuyen a mejorar la capacitación y autonomía de los pacientes.



El ámbito de desempeño del rol incluye, consultas de enfermería, domicilios de pacientes y cualquier otro emplazamiento en el que se desarrollen intervenciones de carácter educativo, ya sea en el centro de salud o en espacios comunitarios como asociaciones, centros educativos, centros de ocio, etc.

► 4. Referencias y normativa

-  Consejería de Sanidad. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2014.
-  Gerencia de Atención Primaria. Estrategia de calidad de los cuidados de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2014.
-  Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS en el marco del abordaje a la cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014
-  Dirección General de Atención Primaria. Atención integral a las personas cuidadoras de pacientes dependientes. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2013.
-  Dirección General de Atención Primaria. Plan de mejora de la Atención Primaria 2006-2009. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2006
-  Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria de Madrid. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2009.
-  Libertad de elección en la sanidad de la Comunidad de Madrid. Ley 6/2009 de 16 de noviembre. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, nº 274, (18 -11-2009).



-  Decreto 52/2010 de 29 de julio por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria en el área única de salud de la Comunidad de Madrid. Decreto 52/2010 de 29 de julio. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, nº 189, (9 -08-2010)
-  Decreto 51/2010 de 29 de julio por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Público Sanitario de la Comunidad de Madrid. Decreto 51/2010 de 29 de julio. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, nº 189, (9 -08-2010).
-  Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, nº 157, (29 de junio de 2010).

► 5. Necesidades y expectativas de los pacientes y de los profesionales.

5.1 Necesidades y expectativas de los pacientes

Para conocer las **necesidades y expectativas que tienen pacientes, personas cuidadoras y usuarios en general**, sobre la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados (EEA) se realizó la siguiente pregunta:

“¿Qué espera usted de la enfermera que "enseña" y "educa" a pacientes/personas en temas relacionados con la salud y los autocuidados?”

En general lo que respondieron fue:

-  Empatía
-  Respeto por las opiniones y formas de cuidar propias



- ✎ Disponibilidad de tiempo para atender a sus demandas
- ✎ Profesionalidad, manifestada tanto en la empatía como en los conocimientos actualizados sobre un tema determinado
- ✎ Que estén bien formadas y sepan transmitir los conocimientos según las capacidades de comprensión de cada persona
- ✎ Que les informen pero que no "les impongan"
- ✎ Que no se sientan juzgados
- ✎ Que resuelvan dudas por absurdas que parezcan
- ✎ Cercanía en el trato y en la comunicación, con gestos de acercamiento
- ✎ Saber transmitir el apoyo
- ✎ Intervenciones educativas grupales. Destacan este tipo de intervenciones como las más adecuadas para enseñar y aprender, ya que propician un espacio de intercambio con la enfermera pero también con otras personas y profesionales. Se dispone de más tiempo y se tratan temas que no solo tienen que ver con la enfermedad
- ✎ Las personas más jóvenes piden que se utilicen las nuevas tecnologías como apoyo

El número y tipo de pacientes y personas cuidadoras así como lo que respondieron se puede consultar en el anexo 1 del documento.

5.2. Necesidades y expectativas de los profesionales

Para explorar las necesidades y expectativas con respecto a la implantación del rol de la EEA se procedió a preguntar a profesionales sanitarios pertenecientes a varios centros de salud.

La implantación del rol de la EEA, en general, se valora como algo positivo, que servirá para unificar criterios de enseñanza y aprendizaje, contenidos y materiales.

En relación a los profesionales, lo que necesitan y esperan con la implantación del rol de la EEA es:

- ✎ Reducir la variabilidad en la práctica clínica



- ✎ Homogenización del proceso de enseñanza
- ✎ Formación completa y adecuada a las características de cada profesional
- ✎ Formación específica en habilidades de comunicación
- ✎ Que se pueda llevar a la práctica y se implante
- ✎ Reorganización en la práctica para que se pueda llevar a cabo
- ✎ Que defina claramente cómo se va a medir la evolución en el aprendizaje
- ✎ Disponer de materiales unificados para realizar educación
- ✎ No esperan nada nuevo
- ✎ No saben cómo van a sacar tiempo
- ✎ Dudas de cómo se va a poder evaluar que los pacientes consigan su autonomía
- ✎ Se deberían cambiar los servicios y los criterios de la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria.

▶ 6. Funciones de la enfermera EEA

Las funciones definidas son:

- ✎ **Liderar, ser referente y coordinar los proyectos educativos** tanto a nivel individual como grupal en el ámbito sanitario y en la comunidad.
- ✎ **Acompañar a las personas y cuidadores** (familia, amigos, red de apoyo) **en el proceso del aprendizaje**, gestión y afrontamiento de la enfermedad.
- ✎ **Identificar y valorar de manera integral la capacidad de autocuidado y situación de las personas**, considerando tanto sus necesidades, expectativas, creencias, sentimientos, actitudes y habilidades como las características y la influencia de las condiciones de vida y del entorno en el que se encuentran inmersas.
- ✎ **Fomentar la toma de decisiones compartida** para facilitar la implicación de las personas en el mantenimiento de su salud y/o en la gestión de su enfermedad.



- ✎ Establecer junto con las personas y su entorno próximo **un plan de enseñanza y de entrenamiento individualizado** que se adapte a sus necesidades y expectativas para lograr y/o mantener el mayor nivel posible de autonomía, seleccionando los recursos, materiales, técnicas y métodos educativos más adecuados a las características de cada persona.
- ✎ **Entrenar a las personas** para que sean capaces de participar en las acciones que promuevan modificaciones en el entorno e impulsar cambios positivos en su situación de salud.
- ✎ **Poner en marcha las intervenciones y estrategias** necesarias para llevar a cabo un **abordaje holístico** de las personas.
- ✎ **Realizar seguimiento y evaluar la consecución del aprendizaje y la capacidad de autocuidado y autonomía adquirida** por las personas y cuidadores en conjunción con otros profesionales y/o entidades que participan en el proceso enseñanza-aprendizaje.
- ✎ **Cooperar y participar junto con otros profesionales del equipo, con organizaciones y redes comunitarias** a fin de mejorar la salud de las personas.
- ✎ **Desarrollar y ofertar itinerarios educativos mediante contenidos estructurados**, seleccionando las mejores intervenciones según la evidencia, los recursos disponibles y las características de las personas o grupo al que van dirigidos.
- ✎ **Colaborar y supervisar los programas educativos desarrollados por pacientes expertos.**



- ✎ **Promover la formación de grado y postgrado así como la investigación** en temas relacionados con el aprendizaje, la educación para la salud y el fomento de los autocuidados.

- ✎ **Comunicar y compartir las experiencias y los resultados** de los trabajos de acción e investigación realizados para seguir avanzando con los resultados obtenidos.



► 7. Misión, visión y valores de la EEA

7.1. Misión



Acompañar, guiar y capacitar a las personas para recuperar o mantener el mayor nivel posible de autonomía en las diferentes etapas vitales y situaciones de salud, interviniendo tanto en el centro de salud, como en el domicilio o en la comunidad, de acuerdo a un enfoque positivo integral y a través de un sistema de apoyo educativo que optimiza los recursos y favorece la toma de decisiones compartidas, en coordinación con el resto de profesionales.

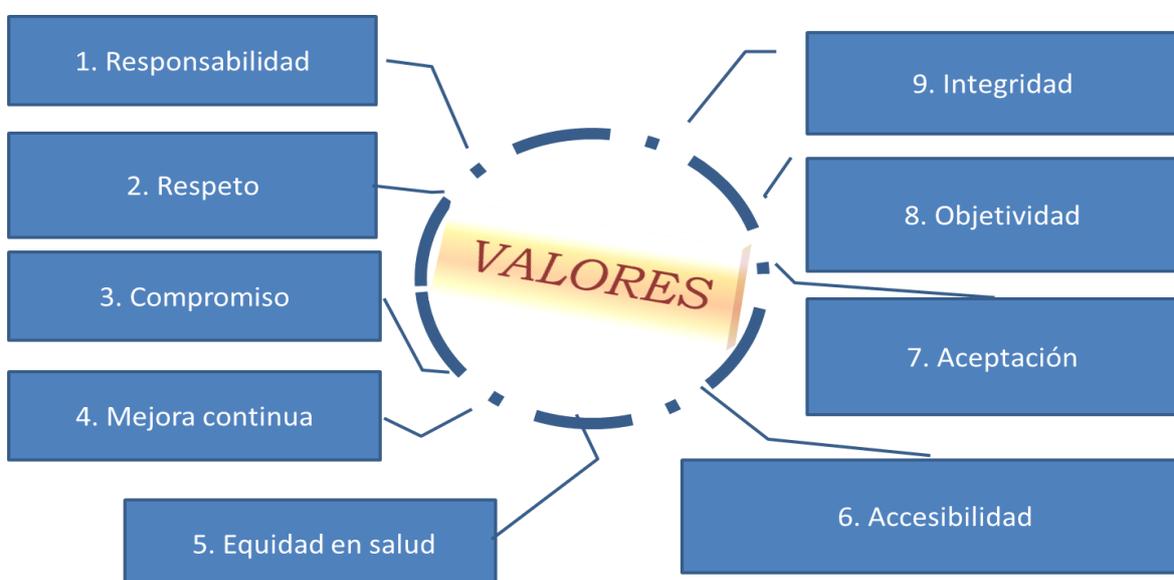


7.2. Visión



Queremos ser referentes comunitarios en el fomento del autocuidado y de los hábitos saludables. Profesionales líderes y expertos, reconocidos por su formación y excelencia en la prestación de los cuidados basados en las mejores prácticas, facilitando que las personas y su entorno próximo sean los protagonistas en la toma de decisiones sobre la salud.

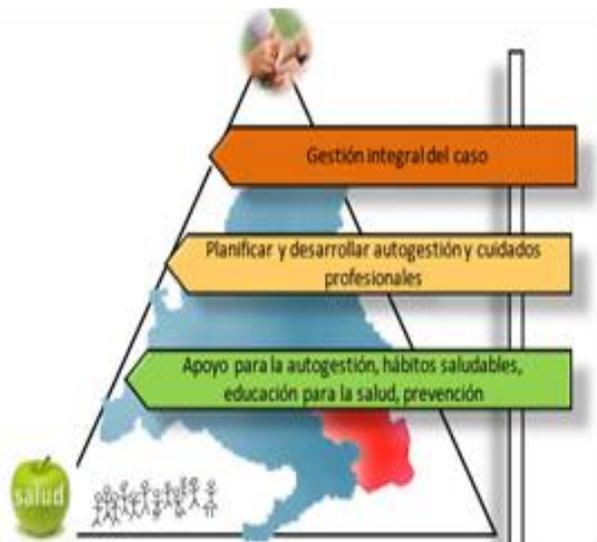
7.3. Valores





► 8. Población diana

Como población diana se incluyen todas las personas, ya que este rol se debe desempeñar con carácter universal, valorando la situación individual en cuanto a los principales componentes de un estilo de vida saludable y su nivel de cuidados. Será el personal sanitario el que determine el nivel de intervención con cada persona teniendo en cuenta los estándares recomendados para su grupo de referencia, adaptando las intervenciones al nivel de riesgo y a la situación integral específica de cada persona.



- **La población general** es objeto de intervenciones de prevención y promoción de hábitos de vida saludables que tratan de potenciar los factores de protección y activos en salud asociados a los estilos de vida que pueden favorecer la mejora y mantenimiento de la salud.

- **Pacientes con enfermedad crónica de complejidad menor** que requieren intervenciones de educación, acompañamiento y apoyo en su autocuidado, con el fin de generar niveles adecuados de autocuidado y compromiso con su salud, contribuyendo a enlentecer la progresión de la enfermedad y mantener una buena calidad de vida autopercibida.
- **Pacientes con enfermedad/es crónicas de complejidad media** que requieren una "gestión de la enfermedad" combinando autocuidado y cuidados profesionales, permitiendo a cada paciente y/o personas cuidadoras avanzar en la autonomía y la toma de decisiones sobre **su salud así como mantener una buena calidad de vida autopercibida.**



- **En pacientes de mayor complejidad**, con frecuente comorbilidad y nivel de dependencia alto, que necesitan una “gestión integral del caso” a través de cuidados profesionales avanzados, la intervención de la enfermera se dirigirá fundamentalmente a la información, orientación y apoyo del paciente y/o personas cuidadoras, garantizando la continuidad asistencial en coordinación con la con la enfermera de enlace hospitalario.

La enfermera educadora/entrenadora se convierte en el profesional de referencia para que los pacientes asuman un papel más activo en el cuidado de su salud y de su enfermedad. Acompaña a las personas y/o cuidadores en todo el proceso siendo supervisora en el entrenamiento del autocuidado y de la autogestión de la enfermedad, trabajando líneas de empoderamiento y de liderazgo de los pacientes y de su entorno.

► 9. Modalidad y método de trabajo

9. 1. Marcos referenciales

9.1.1. Modelo de autocuidado

Las nuevas estrategias de atención al paciente crónico incluyen actuaciones como la evaluación individualizada del nivel de riesgo de cada persona, el establecimiento de una coordinación eficaz entre niveles y la capacitación del paciente y/o familia para la realización de su autocuidado fomentando su implicación activa y responsabilidad para lograr el mayor grado de autonomía en el cuidado de su salud.

El **autocuidado** es definido por Dorotea Orem^{10, 11} como una conducta aprendida e intencionada, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Se produce déficit de



autocuidado cuando las capacidades de autocuidado de la persona no pueden satisfacer sus necesidades y/o demandas de autocuidado presentes.

Orem describe en su teoría de los sistemas de enfermería tres maneras de ayudar al individuo a llevar a cabo y a mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de la misma: sistema totalmente compensatorio, sistema parcialmente compensatorio y sistema de apoyo y educativo.

Para determinar la forma de actuación se hace necesario una valoración individual, sistemática, integral y multidimensional de la persona, familia y su entorno (próximo y social), con un enfoque holístico para que la enfermera junto con el paciente puedan:

- 👍 Evaluar el impacto de la situación de salud sobre su estilo de vida.
- 👍 Identificar los beneficios del autocuidado para que el paciente tome conciencia de su estado de salud.
- 👍 Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación.
- 👍 Analizar las capacidades (conocimientos, habilidades y actitudes) que permiten a las personas realizar sus acciones de autocuidado, así como las limitaciones que lo dificultan.
- 👍 Identificar el nivel de desarrollo de los cuidados alcanzado por el paciente y familia así como los sistemas de soporte disponibles para el paciente.
- 👍 Identificar las necesidades, expectativas e intereses de aprendizaje.



A partir de esta valoración se podrá:

- Identificar la naturaleza de cualquier déficit o necesidad de refuerzo de autocuidado.
- Definir objetivos de cuidados, siendo el paciente quien tome la decisión de adopción, mantenimiento o eliminación de ciertas conductas en respuesta a unas necesidades específicas.
- Diseñar un plan de cuidados, asegurando la existencia de los recursos necesarios para llevarlo a cabo.
- Fomentar la motivación y el deseo consciente del paciente de satisfacer las necesidades de autocuidado adquiriendo las competencias necesarias.
- Capacitar al paciente para que pueda llevar a cabo las acciones/intervenciones decididas en el plan.
- Realizar seguimiento y refuerzo de su plan de cuidados.
- Evaluar los resultados obtenidos, definiendo criterios de evaluación de la efectividad del plan.

9.1.2. Promoción de la salud

Tanto en las intervenciones grupales como en las individuales el paradigma de la intervención es el de la promoción de la salud, definida por la OMS¹², como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”. Concepto que se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos.

La promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y a proteger la salud e implica una manera particular de colaborar: se basa en la



población, es participativa, es intersectorial, es sensible al contexto y opera en múltiples niveles.

Sus áreas de trabajo son:

- Políticas públicas en promoción de la salud
- Colaboración intersectorial / salud en todas las políticas
- Documentación y análisis de experiencias
- Capacitación y entrenamiento a través de educación para la salud.
- Movilización comunitaria y empoderamiento
- Reorientación de los sistemas de salud, vinculando a la atención primaria de salud.

Recientemente el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha publicado la Estrategia de promoción de la salud y prevención del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el marco del abordaje de la cronicidad¹³. Esta estrategia quiere dibujar un marco general que permita el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y prevenir enfermedades, lesiones y discapacidad, ayudando a cada profesional a trabajar desde un marco referencial para el desarrollo de las intervenciones educativas (consejo breve estructurado, educación para la salud individual, educación para la salud grupal).

9.1.3. Pedagogía activa centrada en el aprendizaje significativo¹⁴ (David Ausbel, Joseph Novak y Helen Hanesian en los años 70)

De forma previa a la elaboración de un proyecto educativo estructurado hay que tener en cuenta los procesos por los que los adultos aprenden:

- El adulto aprende desde lo que conoce y desde su disposición personal para aprender y hacer.
- Aprende a partir de las experiencias previas (éxito/fracaso; número de intentos; confianza en el logro...).



- Aprende por la construcción de redes de conceptos y agregándoles nuevos conceptos (mapas de conceptos). Transfiriendo lo aprendido a otras situaciones.

Se trata por tanto de investigar su realidad, profundizar en el tema que se está trabajando, facilitando que la persona tome su propia decisión y finalmente, afronte la situación, produciendo una acción.

9.1.4. Modelos del comportamiento

En la actualidad existen múltiples teorías y modelos (anexo 2) que explican los comportamientos humanos en salud y cómo se producen los cambios de conductas (modelo de las "Etapas del cambio", modelo de "Creencias en salud" y otros...) ¹⁵, que nos ayudan a completar el análisis de la situación de cada persona (factores personales y vivenciales) y nos orientan sobre la estrategia a seguir y las acciones a emprender.

9.1.5. Los entornos

Hablar de integralidad supone valorar la influencia del entorno en el proceso de aprendizaje de la persona, en lo que sabe, en lo que siente y en lo que hace. Es importante tener siempre presente los determinantes sociales de salud (etapa del ciclo vital en el que se encuentra, estilo de vida, redes sociales y comunitarias, condiciones de vida y de trabajo, condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales).



9.2. Proceso de atención de enfermería

9.2.1. Valoración

La valoración inicial y continua a lo largo de todo el proceso tiene como objetivo conocer la situación de salud (clínica, funcional, emocional, espiritual y social) real y sentida por la persona y su respuesta ante esta situación: comportamientos en salud, acciones de autocuidado y estilo de vida.

Identifica si las necesidades de cuidados (requisitos universales, de desarrollo y de desviación del estado de salud según D. Orem) están cubiertas por la persona y/o familia o si es necesaria la intervención de la enfermera como garante de esos cuidados.

Para realizar esta valoración, hay que entender a la persona como un individuo constituido por una serie de esferas: biológica, emocional y relacional que interactúan entre sí, interfieren y se complementan, todas ellas influenciadas por el entorno (familiar, sanitario, educativo, comunitario) y el contexto social en el que la persona se encuentra inmersa.

Una herramienta clave para realizar una buena valoración es la entrevista clínica. El colectivo de profesionales de Atención Primaria tendrá que facilitar que ésta se desarrolle en un entorno de calidez, empatía, escucha activa, respeto, intimidad, confidencialidad y confianza que permita no solo obtener la información más relevante, sino que en función de la situación de cada individuo, permita analizar con el paciente conocimientos, habilidades, actitudes y motivaciones personales que le permitan tomar el control de su vida y manejar así con mayores garantías la enfermedad crónica.

La entrevista motivacional (*ver apartado de capacitación*)^{16, 17} es una valiosa herramienta para la promoción de la salud, indicada especialmente si se detecta la necesidad de un cambio de conducta. Es una entrevista que busca la motivación y generar autoconfianza en la persona y que ayuda al individuo a la autoexploración



y resolución de sus ambivalencias y resistencias con respecto al desarrollo de una conducta.

En la actualidad, en las consultas de enfermería de Atención Primaria se utiliza como método para la **valoración** el modelo de **patrones funcionales** diseñado por **M. Gordon**¹⁸, que puede ser utilizado independientemente del modelo enfermero de referencia y que tiene como objetivo determinar si los patrones son eficaces, o si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para posteriormente definir el problema y planificar los resultados esperados de la persona y las intervenciones enfermeras. En el anexo 3 de este documento se describen los factores/aspectos a valorar en cada uno de los patrones.

Para esta valoración se dispone de instrumentos estandarizados: **cuestionarios escalas y test validados**, que ayudan a la enfermera a valorar los aspectos anteriormente descritos y a determinar la situación de cada persona. (Anexo 4).

Aunque a nivel internacional existen escalas específicas para **valoración de la capacidad para el autocuidado** de las personas, como la escala EVAA¹⁹ - Escala de valoración de autonomía para el autocuidado o la escala ASA²⁰ - Escala de valoración de agencia de autocuidado, hasta el momento actual no disponemos de ninguna escala de medición de capacidad de autocuidado adaptada y validada a nuestro entorno.

9.2.2. Identificación de problemas y diagnósticos enfermeros

Una vez realizada la valoración, la enfermera identificará:

- ✔ Problemas de colaboración o complicaciones fisiológicas potenciales que debe tratar junto con otros profesionales.
- ✔ Diagnósticos enfermeros (respuestas humanas ante determinadas situaciones) sobre los que la enfermera y el paciente tendrán que actuar seleccionando las intervenciones concretas y pertinentes a llevar a cabo corresponsabilizándose de la consecución de los objetivos.



Se incluye como anexo 5 a este documento una tabla con algunos diagnósticos enfermeros (seleccionados por consenso del grupo de trabajo), enunciados según clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA- I²¹ que pueden ser utilizados tras la valoración de la capacidad de la persona para el autocuidado

9.2.3. Planificación de cuidados

Una vez identificado el/los problema/s, es fundamental establecer el plan de cuidados pactado con la persona, marcando objetivos concretos a alcanzar, definiendo criterios de resultado e intervenciones para el abordaje del problema, consensuadas con el paciente e intentando asegurar la existencia de los recursos necesarios para llevarlas a cabo.



9.2.3.1. Establecimiento de criterios de resultados

En este plan de cuidados, los criterios de resultados seleccionados que se medirán tras la intervención enfermera se entregarán por escrito al paciente y han de ser:

- ✔ Individualizados, factibles, consensuados, adaptados a las necesidades y expectativas de la persona.
- ✔ Específicos a su situación y procesos patológicos.
- ✔ Atendiendo a su área de aprendizaje (cognitivo, emocional y procedimental).
- ✔ Con plazos pactados para su consecución.



- Dirigidos a la motivación y a la adquisición de competencias para lograr el máximo nivel de autonomía.
- Medibles y evaluables, para que se puedan ir modificando a lo largo de las sucesivas visitas o encuentros que tiene la persona con el profesional sanitario.

En el anexo 6 se recogen a modo de ejemplo algunos de los resultados NOC²² que pueden ser utilizados en el proceso de entrenamiento y capacitación.

9.2.3.2. Establecimiento de intervenciones enfermeras para la capacitación del paciente.

Capacitación, en promoción de la salud, significa actuar en colaboración con individuos o grupos para conseguir su empoderamiento para la salud. En el proceso de enfermedad se integra el desarrollo de habilidades, el aumento de la confianza y la toma de decisiones, mediante la movilización de recursos humanos y materiales, con el fin de promover y proteger su salud y conseguir el mejor nivel de autocuidado posible en cada situación.

- Cuando la intervención para entrenar en el autocuidado se realiza individualmente con la persona y su familia u otros apoyos, las intervenciones quedan recogidas, utilizando la taxonomía NIC²³, en el plan de cuidados acordado con la persona. En el anexo 7 se recogen a modo de ejemplo intervenciones que pueden ser utilizadas en los procesos de entrenamiento y capacitación.
- Cuando la intervención para entrenar en el autocuidado se realiza en grupo de personas que van a vivir el mismo entrenamiento, se elabora un **proyecto educativo estructurado**. Como herramienta de capacitación, debe contemplar las distintas etapas de la programación educativa:



- Análisis de situación e identificación de necesidades y objetivos de aprendizaje.
- Propuesta de agentes y ámbitos de desarrollo de la acción capacitadora y educadora.
- Establecimiento de contenidos.
- Determinación de las técnicas/métodos de trabajo.
- Identificación de recursos materiales y humanos necesarios.
- Sistema e instrumentos de evaluación.

Dicho de otra manera: qué hacer, por qué, para qué, con quién, a quién, de qué manera, con qué, y cómo saber que alcanzamos o hicimos lo que estaba establecido.

Este proyecto se implementará y se evaluará, reflejando lo acontecido junto a la reflexión, evaluación y mejora en una memoria escrita del mismo.

Las intervenciones para el entrenamiento y capacitación en el autocuidado se realizarán desde los siguientes enfoques, tal y como recomienda la Estrategia de promoción de la salud y prevención del Sistema Nacional de Salud (SNS)¹⁵ en el marco del abordaje de la cronicidad:

- 🌈 Enfoque poblacional
- 🌈 Enfoque de entorno
- 🌈 Enfoque positivo
- 🌈 Enfoque integral



Estrategias de actuación

Realizar la entrevista motivacional

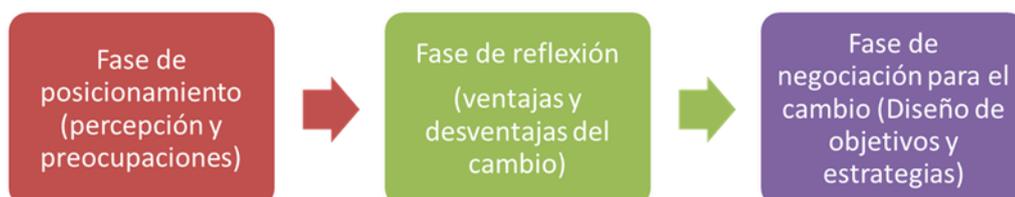
Es una entrevista con preguntas abiertas, que ayudan al individuo a pensar y a hablar acerca del cambio, a la autoexploración y a la resolución de sus ambivalencias y resistencias con respecto al desarrollo de una conducta.

Acepta que el cambio en el comportamiento sanitario no se consigue a través de simples consejos sino que tiene que surgir de la reflexión del paciente al enfrentarse a su ambivalencia.

El profesional de salud tiene un papel facilitador que señala las contradicciones entre la conducta actual del paciente y lo que considera como valores y bienes para su vida y su salud.

El objetivo final es aumentar la motivación personal intrínseca para que así surja un cambio, más que imponerlo desde el exterior.

En ella se distinguen tres fases:



Es importante al finalizar la entrevista resumir: las percepciones del paciente sobre el problema, sus logros y potencialidades, las ambivalencias surgidas, la detección objetiva de riesgos y problemas, los replanteamientos que se haya hecho el paciente para cambiar y su evaluación sobre la situación y los compromisos adquiridos, si los ha habido para el cambio.



Los pilares en los que se fundamenta son:

Expresar empatía: implica una actitud de aceptación y de respeto de la persona y se valora la ambivalencia como un proceso normal. Utiliza la escucha activa y reflexiva para devolver al paciente los conceptos que ha intentado transmitir.

Desarrollar las discrepancias: la motivación al cambio ocurre cuando las personas perciben la discrepancia entre dónde están y dónde les gustaría estar y toman conciencia de las consecuencias. Se intenta aumentar el conflicto entre sus creencias y su conducta actual, esperando que sea el paciente quién finalmente presente los argumentos para cambiar.

Evitar la discusión: evitar enfrentarse a sus declaraciones, las discusiones son contraproducentes. Responder con empatía, no emitir juicios e intentar clarificar lo que quiere transmitir el paciente.

Darle un giro a la resistencia: obtener el mayor beneficio del momento explorando lo que se tiene, revisando cómo utilizarlo de la mejor manera y proponer el cambio. Los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen.

Apojar y fomentar la autoeficacia: creer y reforzar la capacidad que tiene el paciente para cambiar. Transmitir la idea de que es él quien debe iniciar el cambio, por qué quiere hacerlo, y mantenerlo.

✎ **Desarrollar la activación del paciente**

La bibliografía^{24, 25} indica que los pacientes que son capaces de:

- autogestionar sus síntomas y problemas
- comprometerse con actividades que mantienen su funcionamiento y que reducen el declive de su salud
- implicarse en las alternativas diagnósticas y en el tratamiento



- Intervenir junto con los profesionales de salud
- Elegir a los profesionales y las organizaciones basándose en el rendimiento y la calidad
- y manejarse en el sistema de salud,

tienen más probabilidades de tener buenos resultados de salud.

Nuestra intervención debe ir dirigida a la activación del paciente que se contempla como una progresión a través de varios niveles y se relaciona con mayores compromisos con las conductas preventivas, tratamientos y conductas saludables. Altos niveles de activación se correlacionan con la adherencia al tratamiento y monitorización de la patología así como con la obtención de cuidados regulares y mayor probabilidad de tener indicadores clínicos en rango.

Según The King's Fund los sujetos pueden situarse en diferentes niveles:

NIVELES DE ACTIVACIÓN

Nivel 1

Los individuos tienden a ser pasivos y se sienten abrumados por el cuidado sobre su salud. No pueden comprender su papel en el proceso de autocuidado.

Nivel 2

En un segundo nivel los sujetos pueden estar llevando a cabo acciones pero aún carecen de los conocimientos para manejar su salud y para tomar la iniciativa. Incluye, entre otros, los conocimientos sobre los medicamentos y sobre cambios en estilos de vida, confianza al hablar con los profesionales y conocer cuando solicitar ayuda; así como confianza en seguir las recomendaciones, conocer la naturaleza del problema de salud y conocer las diferentes opciones de tratamiento terapéutico.

Nivel 3

En un tercer nivel los sujetos parecen estar llevando a cabo acciones pero aún carecen de la confianza y la habilidad para mantener sus comportamientos. Implica tener iniciativas de acción que incluyan el mantenimiento de cambios en los estilos de vida, conocer cómo prevenir más problemas y manejar los síntomas por sí mismo.

Nivel 4

En un estadio final las personas han adoptado muchos de los comportamientos necesarios para apoyar su salud pero pueden no ser capaces de mantenerlos al enfrentarse a situaciones peculiares o estresantes.



✎ **Realizar la educación sanitaria.**

Tipología

- ✎ Consejo breve
- ✎ Educación individual
- ✎ Educación grupal

Consejo breve

OBJETIVO	ORGANIZACIÓN	MOMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar, centrar la atención en el problema existente, los apoyos y las alternativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De 5 a 15 min. ▪ Aprovechar y favorecer número de encuentros. Consultas concertadas / oportunistas ▪ Consensuar con persona cuidadora, si la hay. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicio de la entrevista-consejo. ▪ Exploración motivos preocupación. ▪ Elección opciones de cambio. ▪ Revisión apoyos humanos e instrumentales. ▪ Resumen.

Cuadros basados en los materiales del curso de formación "Autocuidados en procesos crónicos". Instituto de Salud Pública y laboral de Navarra ²⁶



Educación individual

OBJETIVO	ORGANIZACIÓN	MOMENTOS:
<p>Identificar 1 ó 2 problemas a abordar, centrar la atención en la capacidad de respuesta, analizando la autoconfianza, los apoyos y las alternativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consecutiva al consejo breve. ▪ De 1 a 3 horas. ▪ Establecer consultas programadas. ▪ La educación para abordar el qué hacer, cómo hacerlo, dificultades y apoyos para el cambio y mantenimiento salud-cuidado. 	<p>MOMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exploración situación-problema. ▪ Exploración apoyos y dificultades. (Entorno y factores personales). ▪ Aceptación, motivación, afrontamiento. ▪ Elección de acciones a llevar a cabo. ▪ Revisión apoyos humanos e instrumentales. ▪ Resumen de cada consulta. Seguimiento.

Cuadros basados en los materiales del curso de formación "Autocuidados en procesos crónicos". Instituto de Salud Pública y laboral de Navarra ²⁶



Educación grupal

OBJETIVO	ORGANIZACIÓN	MOMENTOS
<p>Identificar problemas a abordar de forma grupal, centrar la atención en la capacidad de respuesta, analizando la autoconfianza, los apoyos y las alternativas. Favorecer la interacción entre pacientes. Facilitar a los formadores la resolución de problemas de forma conjunta. Incorporar en la formación al paciente experto, así como a las entidades sociales y comunitarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consecutiva al consejo breve y/o educación individual. ▪ Al menos 3 sesiones de 45 minutos o más cada una. ▪ Establecer calendario de sesiones. ▪ Indicar criterios de inclusión. ▪ Grupo docente. Grupo discente. ▪ Planificar y/o programar proyectos educativos con metodología grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis situación-problema. ▪ Exploración apoyos y dificultades. (entorno y factores personales). ▪ Aceptación motivación afrontamiento. ▪ Elección de acciones a llevar a cabo. ▪ Revisión apoyos humanos e instrumentales. ▪ Resumen de cada sesión. ▪ Seguimiento.

Cuadros basados en los materiales del curso de formación "Autocuidados en procesos crónicos". Instituto de Salud Pública y laboral de Navarra ²⁶



Contenidos

Los contenidos de la educación para la salud^{26, 27} proporcionada a cada persona variarán en función de su situación y del nivel de riesgo que se encuentre.

- Población general:

Educación y entrenamiento en un estilo de vida saludable. Se atiende fundamentalmente a cómo se vive la salud en cada etapa de la vida y el fomento de que las personas sean conscientes de: su situación, de su propia actitud ante los riesgos y la salud, de la influencia de factores sociales, del entorno próximo y personales.

- Pacientes con enfermedades crónicas:

El diagnóstico de una enfermedad crónica plantea a las personas el reto de asumir una nueva situación y ser capaces de manejarse en ella. Las principales respuestas humanas giran en torno a:

- Aceptación de la enfermedad. Los pacientes necesitan elaborar y asumir el diagnóstico, conociendo la enfermedad, y reconociendo las emociones que les produce y siendo conscientes de los factores sociales, ambientales y personales que influyen en ello.
- Manejo de las medidas del régimen terapéutico. Es necesario conocer y aprender las habilidades de autocuidado necesarias en cada caso: psicomotoras, personales y sociales.
- Planificar y llevar a cabo su propio plan para el control de la salud y de la enfermedad. Las personas con enfermedades crónicas necesitan por una parte decidir su propio plan de autocuidado, incluyendo las alternativas que más se adecuen a la situación y, por otra, ejercitarse en el control de su enfermedad, poniendo en práctica y evaluando lo decidido. También deben aprender a



detectar síntomas y signos sobre reagudizaciones de su enfermedad y cómo actuar en esos casos.

- Personas cuidadoras y pacientes con altas demandas de cuidado

La experiencia de cuidar supone establecer una relación interpersonal de ayuda con otra persona que está viviendo la experiencia de la enfermedad y/o incapacidad. En su conjunto constituyen realidades humanas muy complejas y de una gran vulnerabilidad. Las principales necesidades que se detectan en las personas cuidadoras se pueden agrupar en torno a las siguientes áreas de necesidades:

- La situación de la persona cuidadora y la situación de la persona cuidada. Se necesita comprender, elaborar y aceptar las experiencias que se van viviendo, reconciliarse con la situación de enfermedad y comprender la situación de la persona cuidada.
- Cuidados a proporcionar. Se necesita conocer y aprender detalladamente habilidades para proporcionar cuidados respecto a la alimentación, higiene, movilización,... entendiendo que estos son los cuidados más directos pero que realizan también cuidados instrumentales (cocinar, lavar, limpiar, etc.) y cuidados más emocionales, apoyo emocional, escucha,... para los cuales a veces también necesitan desarrollar recursos y capacidades.
- Cómo cuidarse en esta situación de crisis. Se necesitan reconocer y aceptar sus sentimientos, aumentar los recursos personales, quererse, mimarse, organizarse para sacar tiempo para sí, habilidades para relacionarse mejor, etc.

✎ Ficha orientativa de la intervención

De acuerdo a la planificación de las intervenciones educativas, sugerimos, - a través de la ficha que presentamos- , una manera de agrupar los criterios metodológicos necesarios para llevar a cabo una intervención educativa.



Toda intervención, de acuerdo al modelo de planificación y a los protagonistas de todo proceso comunitario (administración, profesionales y población), requiere tener en cuenta: qué se persigue (objetivos), sobre qué se trabajará (contenidos), de qué manera, con qué método se desarrollarán las actividades derivadas de los objetivos y contenidos (técnicas), con qué apoyos se prevé contar (recursos), cómo se realizará la intervención (canales), quiénes participaran en la acción educativa (agentes) y, por último, en qué espacios (lugar).



**DEFINICIÓN DEL ROL DE LA ENFERMERA
EDUCADORA/ENTRENADORA EN
AUTOCUIDADOS**

EDICIÓN: 2ª

Fecha: 11/07/2016

Página: 36 de 88

EN VIGOR: Marzo 2016

SUSTITUYE A: versión 1ª

OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICAS	RECURSOS	CANALES	AGENTES	LUGAR
<p>Actitudes: Aceptar la situación.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reflexionar sobre los factores que están influyendo sobre sus actitudes y decisiones de autocuidado. - Adecuar su actitud frente a la enfermedad. - Desarrollar habilidades y conseguir los conocimientos y técnicas necesarios para autocuidarse. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preconceptos, valores, creencias, experiencias previas. 2. Preocupaciones, miedos, elementos generadores de ansiedad. 3. Flujos de pensamiento/cambios de actitud, de conducta. 4. Proceso de comunicación y motivación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista motivacional: iniciar exploración y orientar pequeños cambios. 2. Técnicas de investigación en aula (rejilla). 3. Técnicas de análisis: caso, discusión, cuento milenario. 4. Ejercicios Mindfulness. 5. Técnicas de relajación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Profesionales formados 2.- Cuestionarios. 3 - Espacio específico para realizar técnica de relajación. 	<p>Presenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta individual en Atención Primaria. - Consulta individual en Atención Especializada. - Educación grupal, grupo de paciente experto, grupo de autoayuda. <p>Comunicación directa no presencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta telefónica. - Correo electrónico. - Foros de pacientes. <p>Información escrita:</p> <p>Guías, folletos, recomendaciones individuales (prescripción escrita, consejos de auto monitorización y autocontrol, etc.)</p> <p>Información TIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formación on-line. - Escuelas de pacientes. - Directorio y agenda de sesiones y cursos. - Mapa EpSalud. <p>Campañas globales informativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medios de comunicación. - publicidad en centros sanitarios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermera educadora/entrenadora en autocuidado 2. EEA + colaboración de otros profesionales en el centro de salud (médicos, fisioterapeutas, matronas, trabajo social, etc...) 3. Unidades específicas de Atención Especializada (rehabilitación cardiaca, consultas prediálisis, educación diabetológica, Rehabilitación suelo pélvico, etc...). 4. Pacientes expertos. 5. Asociaciones de pacientes. 6. Ayuntamientos. Equipos de atención. 7. Otros: Sociedades científicas, otros proveedores de servicios sanitarios, etc. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Centros sanitarios públicos. 2. Centros sociosanitarios, ayuntamientos, centros escolares, centros residenciales, etc. 3. Sedes de Asociaciones, SSCC, otros proveedores. 4. En el domicilio
<p>Habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar debilidades y fortalezas. -Adquirir habilidades para la toma racional de decisiones y elaborar un plan propio de autocuidados. - Adquirir habilidades para hacer efectiva la ejecución del plan. -Adaptar el plan de actuación ante situaciones especiales o estresantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Asertividad, manejo de emociones, análisis crítico. 2.- Toma de decisiones 3.- Solución positiva de problemas 4.- Diseño de planes, estrategias 5.- Evaluación de resultados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Técnicas de resolución de problemas. 2. Técnicas de Habilidades: <ul style="list-style-type: none"> - Demostración con entrenamiento. - Role-playing - Simulación operativa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesionales formados 2. Documentación de casos. 3. Material específico de cada habilidad a aprender. 			
<p>Conocimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reorganizar conocimientos sobre el proceso de aceptación, la enfermedad y su manejo. - Ampliar conocimientos sobre conductas saludables y estrategias para eliminar conductas no saludables y de riesgo. -Adquirir o mejorar los conocimientos acerca de los servicios ofrecidos en el centro y por sus profesionales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conductas generadoras de salud: <ul style="list-style-type: none"> - Conductas saludables y estrategias para eliminar conductas de riesgo. 2. Proceso de enfermar, conocer la enfermedad: qué es, cómo se produce, cómo se diagnóstica y cuáles son las alternativas de tratamiento. Cuál es la evolución natural y complicaciones. 3. Medidas de autocuidado <ul style="list-style-type: none"> - Actividad física, alimentación, autocontroles, etc. 4. Complicaciones: qué hacer, reconocerla, actuar, consultar... 5.- Servicios que se ofrecen y cómo utilizarlos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Técnicas de exposición <ul style="list-style-type: none"> - Lección participada. - Lectura con discusión. - Charla- coloquio 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesionales formados. 2. Herramientas de apoyo para el autocontrol. 3. Conocimiento y acceso a recursos sociales y de apoyo. Asociaciones de ayuda mutua. 			



9.2.4. Ejecución de las intervenciones/actividades planificadas.

Puesta en marcha de las intervenciones planificadas para capacitar al paciente.

Las enfermeras dispondrán de contenidos educativos estructurados previamente elaborados y planificados así como de recursos de apoyo on line que permitirán que las personas avancen en la consecución de sus resultados y alcancen el mayor grado posible de autonomía y capacidad de autocuidado.

9.2.5. Seguimiento/ evaluación

Como se ha comentado con anterioridad entre las funciones de la enfermera educadora/entrenadora está la de realizar seguimiento y refuerzo del plan de cuidados previamente establecido, así como realizar la evaluación de los progresos y resultados obtenidos, verificando el grado de consecución del aprendizaje y la capacidad de autonomía adquirida por las personas.

Siguiendo con el marco conceptual definido por Orem¹⁰, deberíamos prestar especial atención a:

- Realizar seguimiento y control, así como ayudar a las personas a controlarse a sí mismas para determinar si se realizan las medidas de autocuidado y determinar los efectos de las conductas de autocuidado.
- Evaluar la suficiencia y eficacia del autocuidado de la persona, su capacidad para desarrollar su propio repertorio de capacidades de autocuidado y la asistencia de enfermería.
- Tener en cuenta las percepciones de la persona de los resultados obtenidos y hacer o recomendar ajustes en su programa de autocuidado si fuera necesario.



El **seguimiento** debe permitir comprobar los resultados de las intervenciones puestas en marcha y valorar la idoneidad de las medidas propuestas a los requisitos de autocuidados de las personas.

En el seguimiento debemos incluir también las autoevaluaciones realizadas por las personas o pacientes, que van a favorecer el desarrollo y potenciación del paciente activo e implicado en su propia salud.

Entendemos por **autoevaluación**: "el proceso de recogida y tratamiento de información pertinente, válida y fiable que permite a los interesados tomar decisiones para mejorar las acciones y los resultados".²⁸

La autoevaluación, es por tanto un proceso evaluativo mediante el cual una persona:

- reúne y analiza información sustantiva acerca de sí misma,
- la contrasta con sus propósitos declarados y un conjunto de objetivos previamente definidos y aceptados,
- con el fin de apoyar la toma de decisiones.

Existen múltiples herramientas útiles en la autoevaluación y el seguimiento: autorregistros, escalas, cuestionarios, test (anexo 8), y otras basadas en las nuevas tecnologías como son las Apps.

Un autorregistro tiene por objetivo recopilar información significativa de la salud de la persona (peso, glucemia, alimentación, ejercicio, síntomas etc.), que puede ser útil para evaluar el impacto de las intervenciones y del autocuidado. Compartir los autorregistros en el proceso de seguimiento ayuda en la toma de decisiones compartidas.

La obtención de información mediante cuestionarios, escalas y test implica un proceso estructurado de recogida de información a través de la cumplimentación de una serie predeterminada de preguntas. Es estructurado porque se formulan las mismas preguntas, de la misma forma y en la misma secuencia. La finalidad es conseguir la máxima comparación en la información, entre distintas visitas o entre



grupos. Para obtener la información puede que sea el mismo participante quien lo cumplimente- por correo o en persona- o que el entrevistador administre el cuestionario- en persona o por teléfono-.

Cuestionarios autoadministrados:

Ventajas:

- Bajo coste en relación a los cuestionarios por entrevista personal.
- Se elimina el sesgo del entrevistador.
- Contestación más cómoda para el encuestado.
- Mayor estandarización en la presentación del material.

Inconvenientes:

- Requieren un mínimo nivel de escolarización y capacidad de lectura.
- Las preguntas han de ser simples y cerradas.
- Incapacidad de clarificar preguntas o respuestas.
- Si se envían por correo, hay un alto porcentaje de no respuestas.
- No permiten observar respuestas emocionales.
- Ausencia de seguridad sobre quién responde y si lo hace solo.

Cuestionarios heteroadministrados en entrevistas:

Ventajas:

- Permiten alcanzar un alto porcentaje de respuestas.
- Mayor control sobre la secuencia de preguntas.
- Permiten clarificar las preguntas y las respuestas.
- Las preguntas pueden ser más complejas.



- El número de preguntas puede ser elevado, con lo que se obtiene una información exhaustiva.

Inconvenientes:

- Se necesita más tiempo.
- Posibilidad de introducir sesgos debidos al entrevistador.

Características del seguimiento

Debe ser una responsabilidad compartida entre la enfermera educadora, entrenadora y la persona /paciente/cuidador:

- Sistemático
- Coherente
- Individualizado
- Flexible
- Que permita la medición del avance de la persona: cambio de conducta y aprendizaje
- Que proporcione refuerzo
- Que sea evaluado





Canales de intervención para realizar el seguimiento:

- Llamadas telefónicas
- Correo electrónico
- Citas en consulta
- Telemonitorización:
 - seguimiento de algunos parámetros biológicos del paciente desde su domicilio
 - seguimiento de síntomas mediante cuestionarios
 - seguimiento del plan de cuidados
 - adherencia terapéutica

▶ 10. Perfil competencial de la EEA

Las enfermeras son profesionales responsables de establecer las estrategias individuales que logren aumentar la capacidad de autocuidado y la autogestión de las enfermedades de las personas; las acompañan en el proceso cotidiano de adaptarse y afrontar la vida con problemas de salud facilitando herramientas que les ayudan en la toma de decisiones; están al lado de las personas que tienen dificultades para cuidarse, las suplen y además desarrollan todo tipo de técnicas y procedimientos que apoyan al diagnóstico médico.

Para llevar a cabo este rol, se han descrito las **principales competencias**²⁹ que la enfermera tiene que desarrollar y que quedan descritas a continuación:



✚ **Comunicación asertiva y empática**

Será capaz de escuchar activamente a la otra persona y entenderla, ponerse en su lugar, hacer preguntas, expresar conceptos e ideas de forma efectiva, y exponer aspectos positivos, incluyendo la capacidad de comunicar por escrito con concisión y claridad. Sabrá cuándo y a quién preguntar para obtener una información pertinente y llevar a delante un propósito. Incluye comprender la dinámica de grupos y el diseño efectivo de reuniones.

✚ **Capacidad de enseñar, educar y entrenar**

Estimulará a la persona que aprende para que pueda sacar de sí mismo el máximo partido de forma gradual y dinámica. No solo se trata de informar sino también de desarrollar capacidades que la permitan cuestionar, revisar y modificar los factores externos (entorno familiar, social y político) e internos (conocimientos, actitudes, habilidades, motivación) que pueden



influir en la adopción de comportamientos inadecuados. Facilitará su desarrollo personal para que tome decisiones de forma consciente y con autonomía sobre su propia salud.

✚ **Calidad del trabajo**

Tendrá las actitudes, habilidades y conocimientos de los temas que están bajo su responsabilidad, demostrando constantemente interés por aprender contribuyendo a alcanzar el estándar de calidad fijado. Incluye la capacidad de comprender y relacionar los conocimientos de otras áreas con su actividad, así como compartir con los demás el conocimiento profesional y su experiencia.

✚ **Trabajo en equipo**

Dará poder al equipo de trabajo, potenciándolo, aprovechando la diversidad de sus miembros para lograr un valor añadido y estableciendo una buena interrelación. Participará activamente en el seguimiento y consecución de una meta común, anteponiendo los objetivos del equipo a los intereses personales. Tendrá la intención de colaboración y cooperación con terceros, de formar parte de un grupo y de trabajar con los demás.

✚ **Empoderamiento de la persona**

Capacitará a la persona o a grupos, dándoles responsabilidad para la toma de decisiones para que tengan un profundo sentido de compromiso y autonomía personal.

✚ **Pensamiento crítico**

Será capaz de hacer un juicio intencional resultado de la interpretación, análisis, evaluación e inferencia de datos así como la explicación de la evidencia en la que se ha basado. Practicará las habilidades cognitivas de análisis, aplicación de las normas, el discernimiento, la búsqueda de la información, el razonamiento lógico, la predicción y la transformación del conocimiento.

✚ **Análisis crítico**

Será eficaz a la hora de identificar un problema, buscar datos pertinentes al respecto, reconocer la información relevante y encontrar las posibles causas del mismo. Incluye la agudeza para tomar decisiones, afirmar opiniones, tomar parte en algo o comprometerse en un asunto o tarea personalmente.



✚ **Capacidad de planificación y organización**

Determinará eficazmente las metas y prioridades de su tarea, área, proyecto, estimulando la acción, cumpliendo los plazos y utilizando los recursos requeridos. Incluye la instrumentación de mecanismos control y de seguimiento para vigilar los avances y llevar a cabo medidas correctoras o preventivas si fuera preciso.

✚ **Innovación/creatividad**

Será capaz de idear soluciones nuevas y diferentes para resolver problemas o situaciones requeridas por el propio puesto, la organización o las personas a las que atiende.

✚ **Gestión de recursos**

Tendrá habilidad para identificar los recursos disponibles gestionándolos y asignándolos de manera eficiente de forma rápida y confiable en diferentes situaciones.

✚ **Inteligencia emocional**

Tendrá habilidad a la hora de gestionar y regular las emociones, tanto consigo misma como con los demás, favoreciendo un mejor clima y rendimiento laboral.

✚ **Adaptabilidad y flexibilidad**

Será capaz de acomodarse con flexibilidad y versatilidad, modificando, si así se precisa, la conducta, o adquiriendo nuevas habilidades, para alcanzar los objetivos en cualquier situación o contexto; siendo precisa la habilidad para modificar el enfoque previo y la capacidad de la revisión crítica.

✚ **Aprendizaje continuo**

Tendrá la habilidad y el compromiso para buscar y compartir información útil, manteniéndose constantemente actualizada y resolverá problemas que se deriven de la práctica diaria, utilizando para ello todo el potencial de la institución y aprendiendo del día a día. Capitalizará la experiencia de otros, incorporando nuevos modelos o esquemas cognitivos al repertorio de conductas habituales, adoptará nuevas formas de interpretar la realidad o de ver las cosas y compartirá la propia experiencia, fomentando el desarrollo de la enfermería basada en la evidencia.



Iniciativa

Posibilidad de adelantarse a los demás a la hora de actuar. Tendrá predisposición a actuar de forma proactiva. Marcará el rumbo por medio de acciones concretas ante los imprevistos y problemas, dándoles una respuesta rápida y eficaz.

Desarrollo profesional

Crecerá como persona y se autorrealizará en el trabajo, logrando metas y aceptando las responsabilidades que conlleva. Con una motivación y esfuerzo constante por mejorar la formación y aportación profesional, en respuesta a un apropiado análisis previo de sus necesidades y de la institución.

Negociación

Tendrá habilidad para crear ambientes propicios para la colaboración, resolviendo conflictos, revisando el entorno familiar, social y personal para acordar y apoyar líneas de conducta, buscando ventajas individuales o colectivas y procurando obtener resultados que sirvan a los intereses mutuos. Identificará y llevará a cabo nuevas alternativas para la resolución de conflictos o situaciones que impliquen acción multilateral.

Gestión de conflictos

Desarrollará la capacidad para hacer frente a conflictos, lo que implica la estimulación, regulación y resolución de los conflictos producidos entre dos partes.

Desarrollo de relaciones

Actuará para mantener relaciones cordiales, recíprocas y cálidas o redes de contactos con distintas personas. Será capaz de trabajar en colaboración con grupos multidisciplinares, con otras áreas de la organización u organismos externos con los que deba interactuar.



► 11 .Difusión e implantación

Una vez aprobado el documento se pondrá a disposición de los profesionales en la intranet de la Consejería de Sanidad.

Se realizará una presentación a las Direcciones Asistenciales, Direcciones Técnicas y equipos directivos de los centros. Igualmente se presentará a los equipos directivos de los hospitales y otros servicios -municipales, sociales y comunitarios-

La responsable de enfermería junto con la responsable de Educación para la Salud serán las personas que lideren en los centros la difusión e implantación del rol, el objetivo es que llegue a todos los profesionales de Atención Primaria y especialmente a las enfermeras.

Para su implantación efectiva será fundamental garantizar la formación específica de las enfermeras según el plan de formación propuesto en el documento.

► 12. Indicadores de evaluación

Los indicadores para la difusión del documento y de la implementación del rol son:

- ✚ Porcentaje de centros de salud en los que se presenta el documento a los profesionales.
- ✚ Porcentaje de enfermeras de AP que acuden a las sesiones de presentación del documento.
- ✚ Nivel de satisfacción de las enfermeras de AP con el documento.
- ✚ Nº de noticias en salud@ intranet que hacen referencia al rol de la EEA



- ✚ Porcentaje de enfermeras de AP que han recibido formación específica como EEA.
- ✚ Nivel de satisfacción de las enfermeras de AP con la formación recibida.
- ✚ Porcentaje de proyectos educativos desarrollados en AP con el enfoque de la EEA y la educación estructurada.
- ✚ Nº de usuarios que reciben formación en algún proyecto educativo con el enfoque de la EEA y la educación estructurada.
- ✚ Nivel de satisfacción de los usuarios con la formación recibida en AP.

► 13. Plan de formación

La formación del personal de enfermería tendrá como objetivo la adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes imprescindibles para poder desarrollar las competencias anteriormente descritas y necesarias en el desempeño de este rol.

Se identifican los siguientes contenidos para una **formación básica** en el desarrollo de la práctica asistencial:

- Modelo conceptual de autocuidado.
- Metodología enfermera y su aplicabilidad. Elaboración de planes de cuidados utilizando un lenguaje normalizado (NANDA, NOC, NIC).
- Técnicas de educación para la salud en el entorno de Atención Primaria (educación individual y educación grupal).
- Herramientas clave como la entrevista clínica y motivacional para realizar la valoración integral de la persona y para el establecimiento de la relación terapéutica (cómo realizarla, tipos de entrevista, etc.).
- Teorías sobre el cambio de conductas.
- Conocimiento de los recursos socio sanitarios disponibles en la comunidad.



- Desarrollo de habilidades para una comunicación eficaz.
- Diseño y elaboración de proyectos de intervención comunitaria.
- Diseño y elaboración de programas educativos estructurados.
- Paquetes de educación estructurada de patologías ya elaborados: Insuficiencia Cardíaca, EPOC...

Formación complementaria

- Tecnologías de la información y comunicación.
- Técnicas de motivación, que estimulen la participación.
- Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica.
- Metodologías para el aprendizaje.
- Técnicas para mejorar el afrontamiento de la situación.
- Adquisición de habilidades para ayudar en la toma de decisiones.
- Técnicas de negociación y resolución de conflictos.
- Relación de ayuda
- Mindfulness y técnicas de relajación.
- Inteligencia emocional.

Es importante utilizar diferentes formatos formativos que contribuyan a la adquisición de estas competencias.

- Realización de cursos/talleres presenciales y *on line*.
- Disponer de un espacio en la intranet donde ubicar documentación de interés y referencia (contenidos de los programas estructurados, modelos teóricos, teorías del comportamiento, etc.).
- Diseñar una estructura en red de transmisión del aprendizaje. Formación de formadores, identificando qué profesionales son líderes del cambio.



► 14. Anexos

ANEXO 1. Necesidades y expectativas de los pacientes y personas cuidadoras respecto a la enfermera educadora/entrenadora (EEA) en autocuidados.

Los pacientes y personas cuidadoras que respondieron a lo que necesitan y esperan de la EEA fueron:

- ✎ Pacientes que acudieron durante una quincena a la consulta de una enfermera en un centro de salud: 20 pacientes.
- ✎ Personas cuidadoras que participan en un "grupo de apoyo al cuidador": 76 cuidadores.
- ✎ Pacientes que participan en un "taller de olvidos": 20 pacientes.
- ✎ Padres y madres que participan en un grupo de apoyo y consultas sobre pediatría, cuidados y crianza en internet "El médico de mi hij@": 100 padres y madres.
- ✎ Pacientes y personas cuidadoras durante su ingreso en hospital de media estancia (70 personas).

A continuación se describen algunos ejemplos, que recogen de manera textual lo que opinaron las personas participantes:

"Pues en general, que sea alguien cálido, cercano y empático, y creo que es importante que el paciente note que, además de que le están 'enseñando' y 'educando' le están dando las pautas necesarias y explicando las cosas de forma que el paciente lo entienda (esto es muy importante), la enfermera también está disponible para resolver dudas por más absurdas o peregrinas que os puedan parecer" (Paciente/hombre. Consulta)

"Creo que efectivamente, la enfermera debe enseñar y educar, un paciente bien enseñado es un paciente menos en consulta, que muchas veces se saturan por cosas que se pueden resolver en casa, sobre todo la de atención primaria en



pediatría ... tiene que ser vocacional, por supuesto, amable, aunque tenga mal día, se entiende que lo tenga, pero en la medida de lo posible debe dejarlo a un lado, ser afable, saberse poner en el sitio del paciente, que muchas veces viene histérico, tanto adulto como la madre del niño ... debe conocer y estar a la última en los tratamientos y cuidados del enfermo, hacer las cosas con mimo y cuidado ... el trato que sea cercano, inspirar confianza, tratar a los niños con cariño, pero profesional ... no quiero que se entienda que por cariño tiene que estar haciéndole carantoñas al bebe, no me refiero a eso, pero si con cariño al cogerle, al ponerle las vacunas, la exploración ... í" .(Madre. Grupo internet)

"La vocación debe venir de serie en los sanitarios pero si además tiene empatía, paciencia y es comprensiva con la situación sería fantástico. Que no dé la sensación de que son robots que cumplen lo mandado, que expliquen o comenten un poco más allá de lo "justito" la situación del paciente". (Paciente/mujer. Consulta)

"Algo primordial, que me mire a la cara cuando le hablo. Entiendo que todo tiene que quedar registrado en el ordenador, pero últimamente me encuentro con médicos y enfermeras que no quitan la cara de la pantalla ni para decir buenas tardes y me encuentro sonriendo y saludando a las paredes... y se agradecen los consejos, siempre son buenos, pero no las imposiciones". (Paciente/mujer. Consulta).

"...Que te respeten, que no te juzguen como persona, nadie nace aprendido". (Paciente/hombre, consulta).

"Que expliquen las cosas como si las contasen a alguien que es la primera vez que escucha esos términos" (Madre. Grupo internet).

"Que sea experta en su trabajo y proporcione consejos e información con evidencia científica. En lo tocante a lactancia materna e inicio de alimentación complementaria la información deja mucho que desear. Me atrevería a decir que muchos sanitarios no saben de lo hablan y se permiten recomendar e incluso criticar a los padres" (Madre. Grupo internet).



*"En general más cercanía. Un escritorio más pequeño para acortar distancias"
(Paciente/mujer. Consulta)*

*"Que intente dar información adecuada a cada familia, no fotocopias".
(Paciente/mujer. Consulta)*

Grupo de apoyo al cuidador:

"Que alguien hablase con el enfermo, que le explicase el esfuerzo, cansancio físico y mental del cuidador, nuestras limitaciones".

"Nos gustaría que al enfermo también se le asesorara y se le hiciera ver que está enfermo y que tiene que colaborar".

"Que la enfermera que acude a ver a mi madre a mi casa, me pudiese dedicar más tiempo para escucharme, hablar".

"Me gustaría que la enfermera tuviera más tiempo para dedicárnoslo y poder aconsejarnos y ayudarnos a ser cuidadoras".

Necesidades y expectativas de los profesionales con la implantación del rol de la EEA.

Algunos ejemplos, recogidos de manera textual de lo que opinaron:

"Ya estamos haciendo todo eso, o casi todo lo que se propone".

"Escepticismo, ya hemos vivido varios intentos de cambiar las cosas, nos hemos esforzado un tiempo, pero todo ha quedado como antes y el trabajo hecho no se ha valorado".



"Es una gran idea y podría ser un gran avance en el cuidado de las personas y las comunidades".



ANEXO 2. Teorías y modelos que explican los comportamientos humanos en salud y cómo se producen los cambios de conductas.

La modificación de hábitos y estilos de vida inadecuados (sedentarismo, uso del tabaco, abuso del alcohol etc.) conlleva grandes beneficios para la salud. No es ésta una tarea fácil, ya que las conductas de las personas están determinadas por múltiples factores personales, institucionales y ambientales.

Son muchos los modelos teóricos que explican cómo y por qué las personas cambian de comportamiento y los factores y/o variables que influyen en la adquisición de los nuevos hábitos. Estos modelos se traducen en propuestas de planificación específica (por ejemplo, el modelo de aprendizaje operante: modelo PRECEDE-PROCEDE), o bien en factores a potenciar (por ejemplo, el modelo de aprendizaje social: imitación, interiorización de valores sociales y personales). A continuación se resumen algunos de estos modelos así como unas breves indicaciones para la intervención en modificación de hábitos y estilos de vida en Atención Primaria.

1. Algunos modelos

Nivel individual

- Basados en los conocimientos, creencias, actitudes, rasgos de personalidad y experiencias pasadas de la persona.

• Modelo de creencias en salud

Modelo desarrollado por Hochbaum y Rosentock en los años 50 y 60. Se fundamenta en la percepción que tiene la persona sobre la amenaza del problema de salud y la efectividad de la conducta recomendada para prevenir o manejar el problema.

Las variables que influyen en el cambio de conducta tienen que ver con la percepción de la persona sobre la probabilidad de contraer una



enfermedad y su severidad, la vulnerabilidad ante la misma, la opinión de la persona sobre los beneficios que aporta la nueva conducta, la dificultad de las barreras a superar, la indicación para la acción y la confianza en uno mismo para llevar a cabo la acción y conseguir resultados.

Es por tanto necesario:

- Definir la población de riesgo
- Indagar y conocer cómo percibe la persona la enfermedad.
- Trabajar los pros y los contras del cambio. Especificar las consecuencias y los efectos positivos esperables.
- Reducir obstáculos y buscar estímulos asociados para facilitar la nueva conducta.
- Explorar la confianza en uno mismo y plantear estrategias de afrontamiento.

• **Teoría de la acción razonada/planificada**

Esta teoría fue introducida por Fishbein y Ajzen a finales de los años 60 y principios de los 70. Se fundamenta en la suposición de que las personas son seres racionales que hacen uso de la información accesible y consideran las implicaciones de sus acciones.

La intención de conducta es el principal determinante del cambio y viene influenciada por las creencias que tiene la persona sobre la opinión de los individuos importantes de su entorno respecto a la conducta y cambio, las consecuencias de su conducta y la facilidad para llevar a cabo el cambio.

A la hora de intervenir se debería:

- Evaluar la intención de conducta y la percepción de la persona sobre la opinión del entorno respecto al cambio.



- Reforzar los aspectos positivos y apoyos sociales hacia el cambio.
- Explorar y fomentar la autoconfianza.

• **Modelo de procesamiento de la información**

En este modelo la conducta de la persona viene influenciada por la capacidad de la persona de entender y reaccionar a las fuentes de información o comunicación. Centra su interés en investigar cómo se crean y se transmiten los mensajes y cómo son recibidos e influyen en las conductas de las personas.

Es importante por tanto:

- Asegurarse de qué información tiene la persona, seleccionar la más relevante y comunicar primero la más importante.
- Adaptar la información a los conocimientos previos del individuo.
- Comprobar que la ha entendido.

 Basados en los procesos de cambio

• **Modelo transteórico de las etapas del cambio**^{30, 31, 32, 33, 34}

Este modelo tuvo su origen a finales de los años 70 y debe su popularización al trabajo de James O. Prochaska y Carlo Di Clemente durante los años 80 y 90.

Es un modelo dinámico en el que el cambio de conducta es concebido como un proceso de maduración en el que el individuo va pasando por diferentes etapas: pre-contemplación (no consciente del problema, no intención de cambio), contemplación (se piensa en el cambio de cara al futuro próximo), preparación (intención de cambio a corto plazo, se planifica), acción (se ha efectuado el cambio, ejecución del plan de acción) y mantenimiento (la nueva conducta persiste más de 6 meses, se



repite de forma periódica). La recaída se considera un suceso común dentro del proceso.

Es por tanto necesario:

- Identificar el estadio del cambio en el que está el individuo.
- Adecuar las intervenciones al estadio del cambio buscando progreso en la etapa del cambio.
- Informar, aumentar la sensibilización sobre la necesidad de cambiar, motivar y animar en las primeras fases.
- Ayudar a desarrollar planes de acción y dotar de conocimientos y habilidades para afrontar tareas y reforzar el cambio en las fases posteriores, evitando errores y recaídas.

• Teoría PRIME

La teoría PRIME de Robert West de la motivación presenta un modelo de 5 niveles integrados, que interactúan entre sí. Estos son: Planes, Respuestas, Impulsos/Inhibiciones, Motivos y Evaluaciones: de las iniciales de cada uno de los niveles surge el acrónimo PRIME.

- El nivel de los planes "P" o reglas se basa en la capacidad humana de proyectarse. Los planes orientan la vida humana, constituyendo una estructura para las actividades cotidianas.
- El nivel "R" lo constituyen las respuestas reflejas a estímulos específicos, es decir el comportamiento se desarrolla sin decidirlo conscientemente ni pensar en las consecuencias.
- En el nivel "I" los impulsos e inhibiciones aparecen como respuestas automáticas, ligadas a estímulos específicos, que pueden ser innatas (instintos) o aprendidas (hábitos). Por ejemplo, en el fumador, cada aspiración de un cigarrillo resulta en una rápida absorción de nicotina y consecuente elevación de dopamina, con lo que se producen asociaciones estímulo-impulsos, generando el impulso a fumar.



- La sensación placentera genera los motivos "M": sentimientos de deseo (placer o satisfacción anticipada) o necesidad (alivio anticipado) que son centrales en la conducta dirigida a metas.
- A un nivel cognitivo aparecen las evaluaciones "E" o "creencias" que forman. Según este enfoque, la conducta humana es el resultado, en cada momento, de la interacción de múltiples influencias sobre los diferentes niveles de motivación.

- **Modelo de la rueda del cambio del comportamiento** ¹⁵

Intenta ser un modelo más completo, coherente, aplicable y visual. En el centro de la rueda se sitúan tres condiciones esenciales para el cambio que interactúan entre ellas: la capacidad, la motivación y la oportunidad.

Una intervención determinada, puede cambiar uno o más componentes de este sistema de comportamiento.

Alrededor de las tres condiciones esenciales se sitúan las intervenciones que pueden abarcar: limitaciones, formación, persuasión, incentivación, medidas coercitivas, capacitación, modelos de conducta, reorganización medioambiental.



Rueda del cambio del comportamiento



Fuente: Traducido de "The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions"¹²

Fuente: Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el SNS

- Modelo del proceso de adopción de precauciones**

Este modelo fue formulado por Weinstein y Sandman en los años 90. El modelo trata de explicar en siete etapas cómo las personas llegan a la decisión de realizar o no una acción y como dicha decisión se traduce en acción.

Las etapas son: falta de conciencia del problema o riesgo, toma de conciencia, toma de decisión, actuar o no en función de la decisión tomada, iniciación de la conducta y mantenimiento de la misma.



Es por tanto necesario:

- Incidir en las dos primeras fases para que la decisión sea actuar.
- Apoyar al individuo en la actuación y mantenimiento.

□ Nivel interpersonal.

- ▣ Basados en el papel del entorno y la red de apoyo social.

• **Modelo de aprendizaje operante**

Desarrollado por B. F. Skinner en los años 50. El modelo defiende que la probabilidad de ejecución de una conducta viene determinada por los antecedentes (situación estimular previa a la ejecución de la conducta) y la historia de las consecuencias positivas y negativas observables.

Será indispensable:

- Evaluar si existe déficit de habilidad o de voluntad.
- Enseñar las habilidades necesarias.
- Eliminar las posibles consecuencias negativas o el reforzamiento de conductas incompatibles.
- Incrementar las situaciones que favorecen la conducta y las consecuencias positivas.

• **Modelo de aprendizaje social**

El modelo socio-cognitivo fue desarrollado por Albert Bandura. Este modelo se caracteriza por describir un proceso dinámico y continuo de recíproca influencia entre la conducta del individuo, los factores personales y los factores ambientales. El individuo aprende de sus experiencias y de las de los demás.



A la hora de intervenir es importante:

- Influir en el entorno para que se reciban estímulos positivos.
- Subrayar los beneficios y consecuencias positivas del cambio.
- Promover aprendizaje de habilidades y potenciar autoeficacia.

- **Modelo de autorregulación**

Basado en un modelo de participación activa. Enfatiza la importancia de la responsabilidad del paciente sobre el cuidado de su salud. El éxito depende del grado de control que tiene la persona sobre el proceso de cambio y de su motivación para realizarlo.

Los métodos de automanejo (auto-gestión de habilidades, autoevaluación, auto-monitorización, auto- refuerzo) ayudan al individuo a adquirir nuevas conductas encaminadas a prevenir o paliar la enfermedad, por lo que las intervenciones por parte de los profesionales sanitarios irán encaminadas a negociar con pacientes y/o proveedores de cuidados la autogestión del proceso, potenciar la monitorización del mismo y el apoyo externo.

- **Modelo de apoyo interpersonal/social.**

Estos modelos se centran en la influencia que las relaciones sociales tienen en la salud de las personas. La estructura de las redes sociales, el apoyo que reciben de otros y la cantidad y calidad de las interacciones sociales son determinantes importantes de la salud.

Será imprescindible por tanto el apoyo informativo y emocional y colaboración del entorno (en el recordatorio y refuerzo de conductas, en la realización del seguimiento...).

- Nivel comunitario

Los modelos de perspectiva comunitaria: **acercamiento comunitario y teoría de la difusión de las innovaciones** se sustentan en la suposición de que el bienestar colectivo puede favorecerse mediante la



creación de estructuras y políticas que apoyen las prácticas y estilos de vida saludables y mediante la reducción o eliminación de amenazas y barreras contra la salud en el entorno físico y social.

El bienestar de la comunidad puede favorecer la movilización de recursos, el desarrollo de estrategias para alcanzar los objetivos y la creación de estructuras y políticas que apoyen buenas prácticas.

Será importante:

- Disponer del mapa de recursos de la comunidad y fomentar la coordinación intersectorial entre las diferentes instituciones.
- Elaborar programas que transmitan conocimientos, promuevan cambios, apoyen en la toma de decisiones y faciliten la adopción de nuevos hábitos.
- Utilizar los canales de comunicación existentes para la difusión y lograr la adopción de nuevos hábitos y costumbres.

□ Modelo integrador

Ha sido desarrollado por Fishbein, y la ventaja del modelo reside en que refleja tanto la importancia de los factores personales e interpersonales, como la del entorno. La probabilidad de que una persona lleve a cabo una conducta depende de la actitud hacia la ejecución, la norma social percibida y la percepción de eficacia personal para llevarla a cabo.



ANEXO 3. Valoración integral por patrones funcionales de M. Gordon:

1. PERCEPCIÓN -CONTROL DE LA SALUD

- Estado de salud actual: ¿cómo se encuentra?, ¿qué enfermedades padece? ¿qué síntomas tiene?, ¿signos o síntomas de alerta? ¿existencia de calidad de vida?, etc.
- Alergias
- Vacunación
- Hábitos tóxicos: consumos de alcohol, tabaco, otras sustancias
- Conductas y comportamientos saludables: higiene, dieta, ejercicio, bienestar emocional
- Medicación prescrita. Adherencia al tratamiento. Creencias coste/beneficio. Automedicación. Efectos secundarios
- Cumplimiento terapéutico. Conocimientos, actitudes y habilidades para el cumplimiento del mismo
- Conocimiento de sus procesos actuales, la gravedad, síntomas y signos
- Creencias sobre la salud (si se siente o no vulnerable a la enfermedad, si considera las enfermedades que tiene como graves)
- Vivencias y experiencias respecto a las enfermedades que padece
- Estrategias para eliminar conductas de riesgo, no saludables. Intención de conductas. Beneficios percibidos de las conductas a adquirir. Fase de adquisición y/o cambio de conducta en la que se encuentra. Grado de resistencia al cambio
- Autocontrol de la enfermedad
- Procedimientos terapéuticos
- Recursos sanitarios y comunitarios existentes y disponibles para la promoción o facilitación de la conducta saludable. Conocimiento por parte del paciente de los mismos

2. NUTRICIONAL - METABÓLICO

- Dieta prescrita
- Estado nutricional. Valoración de la ingesta de alimentos. Apetito. Nº de tomas al día. Necesidad de suplementos
- Ingesta hídrica
- Náuseas/vómitos
- Dificultad para masticar, tragar líquidos/sólidos
- Estado de la piel. Riesgo de úlceras
- Existencia de edemas



3. ELIMINACIÓN

- Eliminación intestinal: ritmo, frecuencia, incontinencia, diarrea, estreñimiento, uso de laxantes
- Eliminación urinaria: normal, poliuria, retención, disuria, escozor, nicturia, polaquiuria
- Sistemas de ayuda: absorbentes, colector, sondas

4. ACTIVIDAD - EJERCICIO

- Movilidad: ambulación, cama-sillón, encamado
- Ejercicio físico: tipo, frecuencia. Claudicación
- Estado laboral. Horario de trabajo
- Existencia de disnea / ortopnea
- Presencia de dolor torácico
- Grado de tolerancia a la actividad. Capacidades y limitaciones para el autocuidado. Autonomía para las actividades de la vida diaria y para las actividades instrumentales
- Recursos de ayuda a domicilio (público, privado, no)
- Estabilidad a la marcha
- Existencia de riesgo de caídas
- Utilización de material ortoprotésico
- Existencia de barreras arquitectónicas de la vivienda

5. DESCANSO-SUEÑO

- Patrón de sueño
- Insomnio o alteración del patrón del sueño
- Sueño reparador o no
- Utilización de alguna ayuda

6. COGNITIVO-PERCEPTUAL

- Nivel de estudios
- Alteraciones sensoriales. Utilización de prótesis: lentes correctoras, audífonos
- Nivel de conciencia
- Deterioro cognitivo. Problemas de memoria. Orientación temporal, espacial
- Capacidad de comprensión de conceptos en función de complejidad
- Capacidad de razonamiento y juicio
- Problemas de memoria
- Dolor: intensidad, duración, tipo, localización, agudo/crónico. Analgesia



7. AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

- Satisfacción consigo mismo, autoestima, autoconocimiento, autoeficacia y autoconfianza
- Disposición para el aprendizaje
- Estado de ánimo
- Verbalizaciones negativas, expresiones de desesperanza, inutilidad
- Valoración de la postura corporal, contacto visual, patrones de voz y conversación
- Miedo a los rechazos, a las opiniones de los demás
- Tristeza, angustia

8. ROL - RELACIONES

- Con quién vive: sólo, familia extensa, personas a su cargo (dependientes o no)
- Sobrecarga del cuidado dependiente, en el caso de que exista
- Apoyo y afrontamiento familiar (¿cómo percibe y aborda la familia la enfermedad?)
- Valoración familiar: relaciones existentes entre los miembros, presencia o no de conflictos. Vivencia por parte de la familia de la enfermedad
- Red de apoyo informal amigos, vecinos, etc.
- Satisfacción con los roles desempeñados (familia, trabajo)
- Pertenencia a grupos o asociaciones
- Grado de adhesión a las normas sociales
- Situación económica
- Utilización de prestaciones y/o servicios públicos, privados
- Existencia de elementos facilitadores o disuasorios de conductas en el entorno

9. SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN

- Embarazos, abortos, hijos vivos
- Utilización de métodos anticonceptivos
- Enfermedades de transmisión sexual
- Ciclo menstrual. Menarquia. Menopausia
- Sangrado postmenopáusico
- Revisiones ginecológicas
- Satisfacción sexual
- Disfunciones reproductivas

10. ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRES

- Presencia o no de cambios importantes en los dos últimos años
- Capacidad para la toma de decisiones y planificar acciones (suficientes experiencias, conocimientos, autocontrol, etc.)
- Manejo de situaciones difíciles, afrontamiento de las mismas, resolución de problemas
- Capacidad para resolver problemas, negociar, gestionar conflictos
- Estado emocional
- Grado de motivación y compromiso

11. VALORES / CREENCIAS

- Valores importantes en su vida
- Percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a su salud
- Planes de futuro
- Expresión de últimas voluntades



ANEXO 4. Cuestionarios y escalas de valoración validadas que pueden ayudar a la enfermera a realizar una valoración integral.

Escalas de valoración

1. PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD

- Cuestionario AUDIT que permite evaluar la dependencia de una persona hacia el alcohol.
- Test de Fagerström que sirve para evaluar el grado de dependencia física de la nicotina.
- Test de Richmond. Test de Motivación para dejar de fumar.
- Test de Morisky- Green que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento farmacológico.
- Sistemas de evaluación de síntomas de Edmonton. Para valorar la presencia e intensidad de los síntomas físicos más frecuentes.

2. NUTRICIONAL-METABÓLICO

- Test Nutricional Assessment Short Form. MNA®-SF . Herramienta de ayuda para identificar a personas mayores que se encuentran en riesgo de desnutrición.
- Escala de Norton. Valoración de existencia de factores de riesgo en la aparición de úlceras.

3. ELIMINACIÓN

- Cuestionarios de valoración de incontinencia urinaria en hombres y en mujeres.

4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Índice de Barthel , útil para valorar la autonomía para las actividades de la vida diaria.
- Índice de Katz que valora la capacidad para las actividades de la vida diaria.
- Test de Lawton- Brody, que se utiliza para valorar la capacidad para las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Cuestionario CAT para cuantificar el impacto de la EPOC sobre la calidad de vida.
- Escala modificada del Medical Research Council: MMRC para evaluar grado de disnea.
- Escala de riesgo de caídas (J. H. Downton).
- Plantilla para valoración del riesgo de caídas en el hogar.



Escalas de valoración

6. COGNITIVO- PERCEPTUAL

- El test de Pfeiffer para el cribado del deterioro cognitivo.
- Test de Isaacs, cribado de deterioro cognitivo en mayores de 65 años, especialmente indicado en pacientes con un grado de instrucción bajo o pacientes con déficits sensoriales.
- Test del reloj, test de cribado para evaluar trastornos cognitivos.
- Mini examen cognitivo (MEC) de Lobo para detectar y evaluar progresión de deterioro cognitivo.
- Escala de valoración del dolor. Escala visual analógica

7. AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO

- Escala de Goldberg. Cribado de ansiedad-depresión.
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage . Versión ultracorta.

8. ROL-RELACIONES

- Escala de Zarit reducido , herramienta de cribado de sobrecarga del cuidador.
- Índice de esfuerzo del cuidador para valorar la sobrecarga de la población cuidadora de personas dependientes.
- Indicadores de riesgo social en personas mayores.
- Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.



Anexo 5. Tabla con la relación de algunos de los diagnósticos que pueden ser utilizados tras valoración de la capacidad de autocuidado (taxonomía NANDA Internacional).

Diagnósticos que pueden ser utilizados al valorar la capacidad de autocuidado (según taxonomía NANDA Internacional 2012-2014)
Afrontamiento defensivo
Afrontamiento familiar comprometido
Afrontamiento familiar incapacitante
Afrontamiento ineficaz
Afrontamiento ineficaz de la comunidad
Aislamiento social
Ansiedad
Baja autoestima crónica
Baja autoestima situacional
Cansancio del rol de cuidador
Conflicto de decisiones
Confusión aguda
Confusión crónica
Conocimientos deficientes
Déficit de autocuidado: alimentación
Déficit de autocuidado: baño
Déficit de autocuidado: uso del inodoro
Déficit de autocuidado: vestido
Descuido personal
Desesperanza
Desempeño ineficaz del rol
Deterioro de la interacción social
Deterioro de la memoria
Deterioro del mantenimiento del hogar
Deterioro generalizado del adulto
Disconfort

Diagnósticos que pueden ser utilizados al valorar la capacidad de autocuidado (según taxonomía NANDA Internacional, disponible actualmente en AP Madrid)
Afrontamiento defensivo
Afrontamiento familiar comprometido
Afrontamiento familiar incapacitante
Afrontamiento inefectivo
Afrontamiento inefectivo de la Comunidad
Aislamiento social
Ansiedad
Baja autoestima crónica
Baja autoestima situacional
Cansancio desempeño del rol de cuidador
Conductas generadoras de salud
Conflicto de decisiones
Confusión aguda
Confusión crónica
Conocimientos deficientes
Déficit de autocuidado: alimentación
Déficit de autocuidado: baño/higiene
Déficit de autocuidado: uso del inodoro
Déficit de autocuidado: vestido /acicalamiento
Descuido personal
Desesperanza
Desempeño inefectivo del rol
Deterioro de la interacción social
Deterioro de la memoria
Deterioro de la adaptación
Deterioro del mantenimiento del hogar



Diagnósticos que suelen ser utilizados al valorar la capacidad de autocuidado (según taxonomía NANDA Internacional 2012-2014)
Disposición para mejorar el afrontamiento
Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar
Disposición para mejorar el autoconcepto
Disposición para mejorar el autocuidado
Disposición para mejorar el poder
Disposición para mejorar la gestión de la propia salud
Disposición para mejorar la toma de decisiones
Disposición para mejorar las relaciones
Disposición para mejorar los procesos familiares
Estilo de vida sedentario
Gestión ineficaz de la propia salud
Gestión ineficaz de régimen terapéutico familiar
Incumplimiento
Interrupción de los procesos familiares
Intolerancia a la actividad
Mantenimiento ineficaz de la salud
Negación Ineficaz
Perturbación del campo de energía
Procesos familiares disfuncionales
Protección ineficaz
Riesgo de baja autoestima situacional
Riesgo de baja autoestima crónica
Riesgo de cansancio del rol de cuidador
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

Diagnósticos que suelen ser utilizados al valorar la capacidad de autocuidado (según taxonomía NANDA Internacional, disponible actualmente en AP Madrid)
Disposición para mejorar el afrontamiento
Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad.
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar
Disposición para mejorar el autoconcepto
Disposición para mejorar el autocuidado
Disposición para mejorar el poder
Disposición para mejorar la comunicación
Disposición para mejorar la toma de decisiones
Disposición para mejorar las relaciones
Disposición para mejorar los procesos familiares
Manejo inefectivo de la salud
Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar
Manejo inefectivo del régimen terapéutico Comunidad
Incumplimiento del tratamiento
Manejo efectivo del régimen terapéutico
Manejo inefectivo del régimen terapéutico
Interrupción de los procesos familiares
Intolerancia a la actividad
Mantenimiento inefectivo de la salud
Negación ineficaz
Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo
Protección inefectiva
Riesgo de baja autoestima situacional
Riesgo de cansancio en desempeño rol del cuidador
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud



ANEXO 6. Resultados NOC que pueden ser utilizados en el proceso de entrenamiento/capacitación.

RESULTADOS NOC

- Aceptación: estado de salud (1300)
- Adaptación a la discapacidad física (1308)
- Afrontamiento de problemas (1302)
- Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300)
- Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (0306)
- Autoestima (1205)
- Autogestión de los cuidados (1613)
- Bienestar del cuidador principal (2508)
- Conocimiento: conductas sanitarias (1805)
- Conocimiento: control de la diabetes (1820)
- Conocimiento: control de la enfermedad cardíaca (1830)
- Conocimiento: control de la hipertensión (1837)
- Conocimiento: fomento de la salud (1823)
- Conocimiento: dieta (1802)
- Conocimiento: manejo del dolor (1843)
- Conocimiento: medicación (1808)
- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)
- Conocimientos: recursos sanitarios (1806)
- Conocimiento: régimen terapéutico (1813)
- Control del riesgo (1902)
- Control del dolor (1605)
- Creencias sobre la salud (1700)
- Detección del riesgo (1908)
- Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)
- Motivación (1209)
- Nivel de autocuidados (0313)
- Toma de decisiones (0906)



ANEXO 7. Intervenciones NIC que pueden ser utilizadas en el proceso de entrenamiento y capacitación.

INTERVENCIONES NIC

- Acuerdo con el paciente (4420)
- Apoyo al cuidador principal (7040)
- Apoyo emocional (5270)
- Apoyo en la toma de decisiones (5250)
- Asesoramiento (5240)
- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Ayuda en la modificación de sí mismo (5240)
- Educación sanitaria (5510)
- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612)
- Enseñanza: dieta prescrita (5614)
- Enseñanza: grupo (5604)
- Enseñanza: individual (5606)
- Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618)
- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
- Escucha activa (4920)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Facilitar la autorresponsabilidad (4480)
- Facilitar el aprendizaje (5520)
- Fomentar la implicación familiar (7110)
- Grupo de apoyo (5430)
- Manejo de la conducta (4350)
- Manejo del dolor (1400)
- Modificación de la conducta (4360)
- Potenciación de la autoestima (5400)
- Reestructuración cognitiva (4700)



ANEXO 8. Recursos para realizar el seguimiento en la Historia Clínica Informatizada.

Patrón 1. Percepción Manejo de la Salud

RECURSO	MODALIDAD	OBJETIVO	FUNCIONALIDAD
Dependencia de la nicotina. Test de Fagerström	Escala heteroadministrada	Valorar la dependencia de las personas a la nicotina.	Seguimiento
Test de motivación para dejar de fumar. Test de Richmond	Test heteroadministrado	Valorar el grado de motivación para dejar de fumar.	Seguimiento
Cuestionario Audit . Valoración del consumo de alcohol	Test heteroadministrado	Valorar el consumo de alcohol.	Seguimiento
Test de Morisky - Green	Test heteroadministrado	Valorar el cumplimiento terapéutico.	Seguimiento
Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton	Cuestionario heteroadministrado	Valorar la intensidad de los síntomas físicos más frecuentes.	Seguimiento

Otros recursos:

RECURSO	MODALIDAD	OBJETIVO	FUNCIONALIDAD
Gráfica de consumo de cigarrillos	Autorregistros	Valorar el consumo de tabaco.	Autoevaluación Seguimiento



Patrón 2. Nutricional Metabólico

RECURSO	MODALIDAD	OBJETIVO	FUNCIONALIDAD
Test de riesgo de úlcera por presión -Norton -	Escala heteroadministrada	Valorar el riesgo de úlceras por presión.	Seguimiento
Escala de evaluación del estado nutricional. Mini Nutricional Assessment (MNA-SF)	Escala heteroadministrada	Realizar evaluación del estado nutricional, fundamentalmente dirigido a adultos.	Seguimiento Autoevaluación

Otros recursos:

RECURSO	MODALIDAD	OBJETIVO	FUNCIONALIDAD
Diario dietético	Cuestionario autoadministrado	Realizar valoración nutricional durante tres o más días.	Autoevaluación Seguimiento
Monitorización glucemia	Observación y autorregistro	Evaluar la evolución de los niveles de glucosa en sangre.	Autoevaluación Seguimiento



Patrón 3. Eliminación

RECURSO	MODALIDAD	OBJETIVO	FUNCIONALIDAD
Cuestionario de valoración de incontinencia urinaria en hombres	Escala heteroadministrada	Identificar la incontinencia urinaria de urgencia y por obstrucción prostática.	Seguimiento
Cuestionario de valoración de incontinencia urinaria en mujeres	Escala heteroadministrada	Identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia.	Seguimiento

Otros recursos:

RECURSO	MODALIDAD	OBJETIVO	FUNCIONALIDAD
Monitorización de incontinencia en la infancia y el adulto	Autorregistro de episodios de pérdidas	Valorar la frecuencia de episodios de incontinencia.	Autoevaluación Seguimiento



Patrón 4. Actividad / Ejercicio

RECURSO	MODALIDAD	OBJETIVO	FUNCIONALIDAD
Autonomía para las actividades de la vida diaria Barthel	Cuestionario heteroadministrado	Valorar el nivel de dependencia para las AVD.	Seguimiento
Valoración de las actividades de la vida diaria. Índice de Katz	Cuestionario heteroadministrado	Valora las AVD estructuradas en ítems.	Seguimiento
Actividades instrumentales de la vida diaria .Escala Lawton y Brody	Cuestionario heteroadministrado	Valorar la independencia para realizar las actividades instrumentales en la vida diaria.	Seguimiento
Cuestionario CAT (COPD ASSESSMENT TEST)	Cuestionario heteroadministrado	Permite cuantificar el impacto de la EPOC sobre la calidad de vida, el control de síntomas y el efecto del tratamiento.	Seguimiento
Escala de disnea - MMRC Modificada	Escala heteroadministrada Cuestionario Autoadministrado	Evaluar la tolerancia a la actividad debido a la disnea.	Seguimiento Autoevaluación
Escala de Downton .Riesgo de caídas	Escala heteroadministrada Cuestionario autoadministrado	Evaluar el riesgo de caídas múltiples.	Seguimiento Autoevaluación
Escala riesgo de caídas en el hogar	Escala heteroadministrada	Evaluar el riesgo de caídas en el domicilio.	Seguimiento



RECURSO	MODALIDAD	OBJETIVO	FUNCIONALIDAD
Escala de KENDALL	Escala heteroadministrada	Valorar la fuerza de los grupos musculares	Seguimiento Valoración

Otros recursos:

RECURSO	MODALIDAD	OBJETIVO	FUNCIONALIDAD
Monitorización de actividad física	Acelerómetro Podómetro APP Autorregistro	Valorar y cuantificar la actividad física.	Autoevaluación Seguimiento
Monitorización de la frecuencia cardíaca	Pulsómetro Autorregistros	Valorar la frecuencia cardíaca.	Autoevaluación Seguimiento
Monitorización de la saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca	Pulsioxímetro Autorregistros	Valorar la saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca.	Autoevaluación Seguimiento
Monitorización de presión arterial	Tensiómetro Esfigmomanómetro MAPA: Medición Ambulatoria de Tensión Arterial.	Valorar la tensión arterial.	Autoevaluación Seguimiento
Monitorización del flujo espiratorio	Peak Flow	Valorar el flujo espiratorio en patología crónica respiratoria.	Autoevaluación Seguimiento
Monitorización de fuerza	Dinamómetro	Valorar la fuerza y establecimiento de sospecha de Sarcopenia.	Seguimiento



Patrón 6 .Cognitivo / Perceptual

RECURSO	MODALIDAD	OBJETIVO	FUNCIONALIDAD
Cribado de deterioro cognitivo - Test de Pfeiffer	Cuestionario heteroadministrado	Realizar cribado de deterioro cognitivo en mayores de 65 años.	Seguimiento
Mini examen cognitivo de Lobo -MEC-	Cuestionario heteroadministrado	Evaluar la sospecha de deterioro cognitivo. Realizar cribado de demencia	Seguimiento
Test del reloj	Cuestionario heteroadministrado	Realizar cribado de trastornos cognitivos.	Seguimiento
Cribado de demencias - Set-test de Isaacs	Cuestionario heteroadministrado	Valorar síntomas de demencia. Diseñado especialmente para la población mayor de 65 años con un grado de instrucción bajo o con déficits sensoriales.	Seguimiento
Escala de valoración analógica del dolor. EVA	Cuestionario autoadministrado	Para realizar valoración y seguimiento de personas con dolor agudo o dolor crónico no oncológico	Seguimiento Autoevaluación



Patrón 7. Autopercepción / Autoconcepto

RECURSO	MODALIDAD	OBJETIVO	FUNCIONALIDAD
Cribado ansiedad depresión –Escala de Goldberg–	Cuestionario heteroadministrado	Valorar la ansiedad y depresión con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión.	Seguimiento
Escala de depresión geriátrica –Test de Yesavage–	Cuestionario heteroadministrado	Valorar síntomas de depresión en personas mayores de 65 años.	Seguimiento

Patrón 8. Rol / Relaciones

RECURSO	MODALIDAD	OBJETIVO	FUNCIONALIDAD
Índice de esfuerzo del cuidador	Cuestionario Autoadministrado Heteroadministrado	Valorar la sobrecarga de la población cuidadora de personas dependientes	Seguimiento Autoevaluación
Escala de sobrecarga del cuidador –Zarit reducido–	Cuestionario Autoadministrado Heteroadministrado	Valorar la sobrecarga de la población cuidadora de personas dependientes.	Seguimiento Autoevaluación
Cuestionario de riesgo social	Cuestionario Heteroadministrado	Valorar el riesgo social	Seguimiento



Patrón 10. Adaptación – Tolerancia al estrés

RECURSO	MODALIDAD	OBJETIVO	FUNCIONALIDAD
Escala de valoración del dolor	Cuestionario autoadministrado	Para realizar valoración y seguimiento de personas con dolor, tanto del componente sensorial, como el afectivo y evaluativo (intensidad del dolor)	Seguimiento Autoevaluación



15. Bibliografía

1. Consejería de Sanidad. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2014.
2. Dirección General de Atención Primaria. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2009.
3. Gerencia de Atención Primaria. Estrategia de calidad de los cuidados de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2014.
4. Health Services Management Centre (HSMC). Evidence for transforming community Services. Review: Services for long term conditions. Birmingham: University of Birmingham; 2009.
5. Battersby M, Von Korff M, Schaefer J, Davis C, Ludman E, Greene SM, et al. Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010; 36(12):561-70.
6. Stanford School of Medicine [sede Web]*. Palo Alto: Patient Education Research Center; Chronic Disease Self-Management Program (Better Choices, Better Health® Workshop); 2013. Disponible en:
<http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>
7. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998 Ago-Sep; 1(1):2-4.
8. Nuño R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Adm San. 2007;5(2):283-92



9. Humphries, R. Social care funding and the NHS. An impending crisis? The King's Fund. 2011. Disponible en:

http://www.kingsfund.org.uk/publications/social_care_funding.html

10. Cavanagh SJ. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson- Salvat Enfermería; 1993.

11. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson- Salvat Enfermería; 1993.

12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Glosario de promoción de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999

13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS en el marco del abordaje a la cronicidad en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014

14. Ausubel, D. Teoría del aprendizaje significativo. [internet]. [acceso el 30 de junio de 2015]. Disponible en:

http://delegacion233.bligoo.com.mx/media/users/20/1002571/files/240726/Aprendizaje_significativo.pdf

15. Grandes Odriozola G, Sánchez A, Cortada JM, Calderón C, Balague L, Millán E et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en Atención Primaria de Salud. Proyecto de investigación comisionada. Victoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; 2008. Informe nº Osteba D-08-07

16. Vega Toca V. La entrevista motivacional: una valiosa herramienta de Promoción de salud. [Trabajo final de grado]. Santander: Universidad de Cantabria; 2012. Disponible en: <http://goo.gl/WqIKCF>.

17. Callejo Giménez E. Seminario Entrevista Motivacional. [internet]. [Desconocido]: Grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Castellana y Leonesa de medicina



familiar y comunitaria (Socalemfyc); 2006 [acceso el 28 de julio de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/CZnI5x>

18. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2007.

19. Belenguer Tarín MV, Aliaga Abad F. Autonomía funcional y ocupación del tiempo libre en personas mayores. Rev ROL Enferm. 2000 mar; 23(3):231-234.

20. Manrique Abril F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichan. 2009; 9 (3): 222-235 [citado el 20 de marzo de 2015]. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1657-59972009000300003>

21. Herdman TH, editor. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier España; 2012.

22. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

23. Bulechek GM, Butcher HK, Mc Closkey Dochterman J, EDITORES. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

24. Hibbard J, Gilbert H. Supporting people to manage their health. An introduction to patient activation. London: The King's Fund; 2014.

25. Hibbard J, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers. Health Serv Res. 2004 Ago;39(4 Pt 1): 1005-26.



26. Ancizu Irure E, Echauri Ozcoidi M, Elizalde Soto L, Pérez Jarauta Mª J, Autocuidados en procesos crónicos. Educación para la salud e intervenciones Comunitarias. Materiales curso de formación. Navarra: Sección de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN); 2015.

27. Gobierno de Navarra. Pérez Jarauta MJ, EchauriOzcoidi M, AncizuIrure E, Chocarro San Martín J. Manual de Educación para la Salud. [Desconocido]: Gobierno de Navarra; 2006

28. Instituto de Evaluación y Desarrollo Educativo (INEDE) [internet]. México: Instituto de Evaluación y Desarrollo Educativo; 2014. Evaluación para la calidad de la educación. [acceso el 1 de febrero de 2014]. Disponible en: http://www.inede.mx/medi/arch/Acreditacion_calidad_de_la_educacion.pdf

29. Alles MA. Diccionario de comportamientos. Gestión por competencias. 3ª ed. Buenos Aires: Granica; 2007.

30. Prochaska JO. ¿Cómo cambian las personas, y cómo podemos cambiar nosotros para ayudar a muchas más personas? Centro para el desarrollo de la psicoterapia estratégica breve. (Traducido de The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy. Mark A. Hubble, Barry L. Duncan and Scott D. Miller (Eds.), Washington, DC: American Psychological Association, 1999, p. 227-255). Disponible en: <http://goo.gl/xyDSW8>

31. Rajadell Puigròs N. Los procesos formativos en el aula: estrategias de enseñanza-aprendizaje. En Sepúlveda F, Rajadell N, coordinadores. Didáctica General para Psicopedagogos. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2001. pp. 465-525. Disponible en: <http://goo.gl/9Eo3w>

32. Prochaska JO, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983 Jun;51(3):390-95.



33. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. Clin Chest Med. 1991 Dic;12(4):727-31

34. West R. Time for a change: putting the transtheoretical (stages of change) Model to rest. Addiction. 2005 Ago;100(8):1036-103

Otra bibliografía consultada

35. Palmar Santos A. Métodos educativos en salud. Barcelona: Elsevier; 2014.

36. González SL. Metodología de la EpS I (Modelo Precede) [internet]. Cantabria: Universidad de Cantabria;2010. [acceso el 28 de julio de 2015]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/material-de-clase/metodologia-de-la-eps-i-modelo-precede>

37. Solano Villarrubia C, González Castellanos LE, González Villanueva P, Infantes Rodríguez JA, Martín Iglesias S, Martín Robledo E et al. Cuadernos de Enfermería Familiar y Comunitaria 2: El autocuidado en las personas con enfermedad crónica. Madrid: Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP); 2015.

38. Rohrbach, C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger II. Cultura de los cuidados. 1998 2º semestre. (3):41-45. Disponible en: <http://goo.gl/NTCrSr>

39. Cofiño R. Blog de Salud comunitaria [internet]. El papel de enfermería en el abordaje de los determinantes sociales y de la equidad en salud; 11 de marzo de 2014. [acceso el 27 de julio de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/MjDQ3n>

40. Bimbela JL. Cuidando al formador. Habilidades emocionales y de comunicación. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2007.



41. Ruiz-Giménez Aguilar JL, Martínez González O, Jordán Martín M. Educación para la salud. El empoderamiento de la ciudadanía. En Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

42. Echauri M, Pérez MJ, coordinadores. Educar en Salud. Experiencias de educación para la salud en atención primaria (1987-1997) colección 4 tomos: Introducción, Estilos de Vida, Procesos crónicos, Etapas Vulnerables. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2004.

43. Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria. ¡Cuenta con tu enfermera! Madrid: SEMAP; 2009.

Disponible en: http://www.semap.org/docs/documentos_semap/Triptico.pdf.

44. Arias NC. La autoevaluación un proceso fundamental para la formación del ser humano en el contexto de la paz y la convivencia. Itinerario Educativo. 2014 Jul-Dic. (64):83-101. [acceso el 1 de febrero de 2014]. Disponible en:

http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Itinerario_educativo/article/view/672/471

45. US Preventive Services Task Force Counseling and Intervention Work Group [internet]. Rockville: US Preventive Services Task Force; 2015. [acceso el 28 de julio de 2015]. Disponible en:

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/home>

46. West R. Theory of Addiction. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.

47. West R. Theory of Motivation [internet]. Londres: Theory of Motivation. Disponible en: <http://www.primetheory.com>



► 16. Ficha de gestión documental

VERSIÓN/EDICIÓN	1
MATERIA	Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid
SUBMATERIA	Línea de ejecución 2: definición de roles profesionales
TÍTULO	Definición del rol de enfermera educadora/entrenadora en autocuidados
DIRECCIÓN	Juana Mateos Rodilla, Directora Técnica de Procesos y Calidad.
COORDINACIÓN	Carmen Jiménez Gómez y Asunción Cañada Dorado, enfermeras de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad.
GRUPO DE TRABAJO/ AUTORES	Juana Mateos Rodilla, Directora Técnica de Procesos y Calidad, Gerencia de Atención Primaria. Asunción Cañada Dorado. Enfermera, Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia de Atención Primaria. Carmen Jiménez Gómez, Enfermera, Dirección Técnica de Procesos y Calidad, Gerencia de Atención Primaria. M ^a Victoria Benavides Sierra. Médico. Subdirección de Información y Atención al Paciente. Dirección General de Atención al Paciente. M ^a Jesús Calvo Mayordomo. Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Sureste. Gerencia de Atención Primaria. Susana Martín Iglesias. Responsable de centros. Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Atención Primaria. Julia Domínguez Bidagor. Psicóloga. Área de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Laura Pérez Arcones. Enfermera. Servicio de Área de Salud Pública VI. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Carlos Bermejo Caja. Enfermero de la Unidad de Apoyo Técnico. Gerencia de Atención Primaria. María Sainz Martín. Jefa del servicio de medicina preventiva del Hospital Universitario Clínico San Carlos. Carmen Martín Madrazo. Enfermera del centro de salud Monóvar. Dirección Asistencial Este. Gerencia de Atención Primaria. Mónica Igea Moreno. Enfermera del centro de salud Reina Victoria. Dirección Asistencial Norte. Gerencia de Atención Primaria. Laura López Kollmer. Enfermera del centro de salud Fronteras. Dirección



	<p>Asistencial Este. Gerencia de Atención Primaria. Sergio de Casas Albendea. Enfermero del centro de salud Barajas. Dirección Asistencial Este. Gerencia de Atención Primaria. Susana Cerrato Rodríguez. Enfermera de centro de salud Isabel II. Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Atención Primaria. Diego Villalvilla Soria. Enfermero del centro de salud Alcalá de Guadaíra. Dirección Asistencial Sureste. Gerencia de Atención Primaria. Araceli Rivera Álvarez. Enfermera del centro de salud Abrantes. Dirección Asistencial Centro. Gerencia de Atención Primaria. Juana María Gómez Puente enfermera del centro de salud Monterrozas. Dirección Asistencial Noroeste. Gerencia de Atención Primaria. Zaira Villa Benayas. Enfermera de la escuela de cuidadores del Hospital de Guadarrama. Javier Roldán San Juan. Responsable de centros. Dirección Asistencial Oeste. Gerencia de Atención Primaria. Olga Martínez González. Enfermera del CS Pavones. Dirección Asistencial Sureste. Ana Sofía Liaño. Enfermera interna residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Dirección Asistencial Norte. M^a Mercedes Galindo Rubio. Enfermera educadora del grupo de Educación Terapéutica de Diabetes. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos Gerencia de Atención Primaria. Antonio Arribas Cachá. Presidente de AMEAP, Asociación de Enfermería de Atención Primaria (AMEAP) Lara Edurne González Castellanos. Enfermera del centro de salud Ciudad San Pablo. Dirección Asistencial Sureste. Gerencia de Atención Primaria. Representante de la Sociedad Madrileña de enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP) Luís Domínguez Pérez. Presidente de la Asociación de Enfermería Madrileña de Pediatría (AEMPed).</p>
REVISORES (1ª revisión)	<p>Juana Mateos Rodilla, Directora Técnica de Procesos y Calidad Francisco Javier Pérez Rivas. Enfermero. Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Ana Miquel Gómez. Gerente Adjunta de Planificación y Calidad. Coordinadora de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid.</p>
APROBADO POR	<p>Coordinadora de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid.</p>
FECHA DE APROBACIÓN	<p>Julio 2015</p>
EMISOR	<p>Gerencia de Atención Primaria</p>



DESTINATARIO	Unidades directivas de la Gerencia de Atención Primaria y de los centros de salud Profesionales de Atención Primaria
DISTRIBUCIÓN	Correo electrónico a los destinatarios Disponible en Salud@/Atención Primaria/ calidad de los cuidados
EN VIGOR DESDE	Julio 2015
TIPO DOCUMENTAL	Proyecto
DISPONIBLE EN:	Salud@/Atención Primaria/ calidad de los cuidados https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/Paginas/Calidad/cc_InicioCalidadCuidados.aspx
Cómo nombrar el documento	Definición del rol de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidado. Gerencia de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2015.

VERSIÓN	FECHA	MODIFICACIONES REALIZADAS
1	Julio 2015	
2	Marzo 2016	Modificación de gestión documental. Se retira anexo de Apps. Se retiran algunas escalas de valoración y/o seguimiento que no están disponibles en AP Madrid.



VERSIÓN 2	Modificación de gestión documental. Se retira anexo de Apps. Se retiran algunas escalas de valoración y/o seguimiento que no están disponibles en AP Madrid.
REVISORES (2ª revisión)	Carmen García Cubero. Jefa del Área de Cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial. María Nuria Fernández De Cano Martín. Subdirectora General de Continuidad Asistencial. Marta Sánchez Celaya. Gerente Asistencial de Atención Primaria. Lourdes Martínez Muñoz. Gerente de cuidados.
APROBADO POR	Marta Sánchez Celaya. Gerente Asistencial de Atención Primaria.
FECHA DE APROBACIÓN	Abril 2016
EMISOR	Gerencia Asistencial de Atención Primaria
DESTINATARIO	Unidades directivas de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria y de los centros de salud Profesionales de Atención Primaria
DISTRIBUCIÓN	Correo electrónico a los destinatarios Disponible en Salud@ <ul style="list-style-type: none"> • Atención Primaria/ calidad de los cuidados • Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid/Documentación.
EN VIGOR DESDE	Abril 2016
TIPO DOCUMENTAL	Proyecto
DISPONIBLE EN:	Salud@ <ul style="list-style-type: none"> • Atención Primaria/ calidad de los cuidados • Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid/Documentación
Cómo nombrar el documento	Definición del rol de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados. Gerencia de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2015.