

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PIEL EN LA PERSONA DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADO: UNA APROXIMACIÓN DESDE SU PÉRDIDA

María Isabel Lasheras Balduz (1)

Diego Cobo González (2)

1 Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y
Quemados del Hospital Universitario La Paz
(SERMAS).

3 Grupo MISKC (Universidad de Alcalá).
H.U. La Paz (SERMAS).

Lasheras Balduz, M., & Cobo González,
D. (2019). CONCEPTUALIZACIÓN DE LA
PIEL EN LA PERSONA DESDE LA PERSPEC-
TIVA DEL CUIDADO: UNA APROXIMACIÓN
DESDE SU PÉRDIDA. *Ene*, 13(2).

Consultado de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1024>

Resumen:

La persona que ha perdido la piel representa un problema social y de salud a nivel mundial. La descripción de este grupo de personas desde el modelo de autocuidado de D. Orem aportará nuevas líneas de investigación para el mantenimiento de la vida, de la salud y del desarrollo. A través de un estudio deductivo mediante técnica de extracción y educación del conocimiento se procede a describir la afectación del cuidado de la persona que pierde la piel. La persona que ha perdido la piel presenta un deterioro biopsicosocial perdiendo en parte la relación con el entorno y consigo misma, quedando limitada su capacidad de autocuidado.

Palabras clave: Persona; Piel; Autocuidado; Modelos de Enfermería

Abstract: CONCEPTUALIZATION OF A PERSON'S SKIN FROM A CARE PERSPECTIVE: APPROACHED FROM ITS LOSS. People who have lost skin represent a worldwide social and health problem. The description of this group of people using the Orem self-care model will provide new lines of research for the maintenance of life, and continued health and personal development of the patient. Through a deductive study using extraction and elicitation of knowledge, the care of the person who loses skin is described. People with skin loss present biopsychosocial deterioration, losing part of their relationship with the environment and with themselves, and their capacity for self-care becomes limited.

Keywords: Person; Skin; Self-Care; Nursing Model

INTRODUCCIÓN

“Las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidar de sí mismas para mantener la vida racional y la salud” (1). Según J.M. Santamaría et al. (2) la enfermería debe ser construida desde una serie de postulados teóricos que sean aplicables y comprobables en la práctica. Por ello, el presente estudio de investigación de la comprensión de las personas que han perdido la piel desde una aproximación del cuidado requiere de modelos teóricos y conceptuales que la sustenten. El marco conceptual se fundamenta en base a los términos persona, piel y pérdida ya que son los ejes que van a permitir guiar la investigación y poner los límites del presente estudio.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PERSONA

Atendiendo a los estudios anteriores de J.M Santamaría, M. Fernández y D. Cobo (3) en la conceptualización de persona, su pasado etimológico las palabras rostro, máscara, rol, personaje y persona están unidas entre sí. La Real Academia de la Lengua Española define ‘ser’ como “esencia o naturaleza”, en su conjunto ‘ser humano’ como “que tiene naturaleza de hombre” y ‘persona’ como

“individuo de la especie humana”, así la persona es unidad indivisible (4).

La filosofía griega concibe al hombre como “una cosa espiritual o una cosa material”, algo que “es”, como “substancia racional”, “ser esencialmente dinámico” (5). Según Aristóteles “el alma es la primera entelequia del cuerpo físico orgánico” (5). Posteriormente, los autores cristianos tendieron a una “espiritualización” y sobre todo a una “personalización” del alma (5). Según San Agustín, el alma es un principio animador del cuerpo, es una substancia espiritual inmortal, vista como algo de índole “espiritual-personal” (5). Más tarde Boecio declara “la persona es una substancia individual de naturaleza racional” (5). Sobre todo Nietzsche (5), anuncia o anticipa la llegada de un “ideal” al que llama superhombre, “lo más alto de la especie humana”, que está más allá del hombre en el tiempo, que aspira a establecer una nueva tabla de valores humanos. Finalmente, Heidegger trata la “diferencia ontológica” que separa el ente y el ser, “el hombre no encamina el ser a su realización o a su degradación, sino que el ser hace posible para el hombre existir o no auténticamente.” (5) El hombre es Dasein, el lugar donde se patentiza el ser (“ser-ahí”) (6).

Hernández-Conesa afirma que el mantenimiento de la vida dio origen a la

Actividad de los Cuidados Humanos (7). Como refiere J.M. Santamaría en su libro *Notas sobre el Cuidado* (8), la RAE define cuidado como la “acción de cuidar”, entendiendo por cuidar tanto “asistir, guardar o conservar” como “mirar por la propia salud, darse buena vida”. Para la maestra Collière (9) cuidar es “mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables, y que son diversas en sus manifestaciones”. Además el comportamiento funcional del cuidado se deduce de proposiciones y premisas que se asumen verdaderas (2). Sobre todo el cuidado, como parte de la realidad que intenta ser explicada por la ciencia, no ha sido ajeno a ese devenir de modelos conceptuales que intentan explicar su por qué (8)(10).

La naturaleza de los seres humanos según D. Orem es “la visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales” es el fundamento de la Teoría del Déficit de Autocuidado (11). En efecto, la persona es un ser que presenta exigencias de autocuidados universales, de desarrollo y ligados a desviaciones de la salud (12). D. Orem expresa que los requisitos de autocuidados son “reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se

sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humanos”. (1)

Por otra parte, en su teoría el autocuidado es una acción intencionada de la persona, es “la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar” (1). La autora define el requisito de acción como “la agencia o capacidad de actuar intencionadamente para regular los factores que afectan a su propio funcionamiento y desarrollo” (1). Finalmente, D. Orem establece una serie de Factores Condicionantes Básicos (FCB), descriptores de la persona que son factores que “condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas” (1). Según la propuesta de A. Arribas et al. (13) los FCB se pueden normalizar y utilizar en estudios.

Por otra parte, B. Neuman construye su modelo apoyándose en disciplinas como la psicología, la filosofía y la biología. Este modelo aprovecha elementos de la teoría Gestalt, que describe la homeostasis como un proceso a partir del cual un organismo mantiene el equilibrio y la salud, cuando las condiciones varían (11)(14). Además, existen diver-

sas y múltiples necesidades que pueden llevar individualmente a la pérdida del equilibrio o estabilidad del paciente. El ajuste de este proceso permite satisfacer sus necesidades al organismo. No obstante, el cambio continuo del equilibrio al desequilibrio caracteriza nuestra vida (11). Con todo, el ser humano necesita de cierto equilibrio para mantenerse, y el equilibrio se puede formalizar como motor del cuidado como refieren E. Monsalvo y M. Fernández (15). Finalmente, B. Neuman muestra el concepto de “persona como un sistema cliente abierto en interacción recíproca con el entorno” (11).

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PIEL

Atendiendo a su definición la piel es un órgano fino y relativamente plano clasificado como membrana cutánea (16). Además, es la cubierta exterior del organismo y el órgano más amplio del cuerpo que se define como “una frontera entre el medio corporal interno y el mundo exterior”. Es junto al sistema inmunitario la protección del cuerpo (17). La piel está formada por tres capas que de superficie a profundidad son epidermis, dermis e hipodermis (18) y desempeña las funciones de protección, sensación, crecimiento, endocrina, excreción, regulación de temperatura e inmunidad (17). Sobretudo, estas funciones forman parte

de la misma supervivencia ya que son imprescindibles para el mantenimiento de la homeostasis (16).

La piel es un órgano primordial en todas las etapas del desarrollo humano desde el nacimiento hasta la muerte. La función de barrera de la piel es ya madura en las últimas semanas de edad gestacional (19). También, la piel es un excelente escaparate de nuestra salud física y mental, capaz de delatar a través de sus alteraciones la existencia de trastornos con origen en otros sistemas del cuerpo (20). En el transcurso de la vida dependemos de la piel para que nuestro organismo se adapte a los cambios climáticos (20). Lo expuesto permite que la persona pueda interactuar con el entorno y las personas en diferentes momentos de la vida. Además, la piel manifiesta y preserva nuestra individualidad mediante las huellas dactilares que nos identifican (20). En otro aspecto, la piel sufre cambios desde el nacimiento hasta la madurez. En la edad adulta disminuye la actividad de las glándulas sebáceas provocando que la piel se vuelva menos elástica, formando arrugas (16). Estos cambios en las diferentes etapas de la vida proporcionan identidad e individualidad a las personas. Finalmente, la piel constituye una frontera activa entre el organismo y el medio ambiente y este “órgano cutáneo” cumple funciones de cara

a las relaciones entre seres humanos (20).

CONCEPTUALIZACIÓN DE PÉRDIDA

Atendiendo a su definición, según la RAE, pérdida es la “carencia, privación de lo que se poseía”, “daño o menoscabo que se recibe en algo” o “cantidad o cosa perdida (4). El Diccionario de uso del español de María Moliner añade “empeorar de estado, de aspecto, de salud, etc.” (21).

A. Pangrazzi (22) describe la variedad de pérdidas en la vida, “la dinámica del desprendimiento es una constante de la vida humana”, “la persona crece en la medida en que acepta creativamente el principio de la separación y de la pérdida como condición necesaria para vivir” (22). También en una entrevista, A. Pangrazzi (23) declara sobre las pérdidas que “toda la vida desde el nacimiento hasta la tumba están marcadas por experiencias de pérdidas de desapego”, por lo tanto, el dolor y la pérdida son procesos vitales.

Por otra parte, perder es también no conseguir lo que se espera o desea. La espera muchas veces está unida con la esperanza. Muchos autores han relacionado pérdida y desesperanza, desesperación o pérdida y esperanza. Luego, desesperación según la RAE (4) es la

pérdida total de la esperanza. En efecto, Sartre y otros existencialistas como Heidegger y Kierkegaard tratan la esperanza fundándose en un análisis del “desesperar” (5). También, Laín Entralgo reflexiona sobre la esperanza y afirma “la esperanza es uno de los hábitos que más profundamente definen y constituyen la existencia humana”. Esperanza de la Tierra Prometida a Abraham, Esperanza en la idea de resurrección (5). Con anterioridad, San Agustín y posteriormente Santo Tomás definen la esperanza como “una virtud relativa a un bien de carácter personal”. “Dios ha prometido su Reino al hombre, de modo que éste puede entonces – en virtud de la Promesa – esperar” (5).

Algunas pérdidas afectan a todas las dimensiones biopsicosociales de la persona. “El dolor por la pérdida es parte de nuestra condición humana, de nuestra naturaleza, deuda de nuestra estirpe atada al tiempo y a lo fugaz” (24). El ser humano es vulnerable y “la enfermedad constituye una de las manifestaciones más plásticas de la vulnerabilidad humana” (24). En efecto, “La vulnerabilidad de las personas también variará a lo largo del tiempo” (25)(26).

OBJETIVOS

Tras lo expuesto se plantea como objetivo general en este estudio: Describir la afectación del cuidado de la persona que pierde la piel.

Los objetivos específicos que se formulan son:

- Describir la persona a través de los factores condicionantes básicos.
- Describir la piel mediante los condicionantes de acción elaborados en el modelo de autocuidado de D. Orem.
- Describir la persona que ha perdido la piel.

METODOLOGÍA

Se empleó una metodología deductiva mediante técnica de extracción de conocimiento a partir de análisis de fuentes documentales escritas y educación del conocimiento, mediante entrevistas con expertos del (27) Grupo de investigación MISKC de la Universidad de Alcalá.

El tiempo de estudio de la presente investigación transcurrió desde septiembre de 2017 hasta junio de 2018.

A continuación, se detalla la metodología por fases.

PRIMERA FASE: Se analizó la bibliografía propuesta en el Máster Universitario en Gestión y Aplicación del Conocimiento del Autocuidado en Enfermería, y se adquirió el conocimiento para la descripción de la persona mediante los FCB (1).

Subfase A: Se realizó una primera búsqueda en bases de datos relacionadas SciELO España, Dialnet Plus y CUIDEN Plus que disponen de artículos en texto completo en español. Esta primera subfase permitió determinar las revistas con resultados relevantes.

Subfase B: Se realizó una segunda búsqueda manual y directa en las revistas encontradas en la subfase A. Se pretendió con este método encontrar ar-

tículos que no aparecieron en las bases de datos relacionadas anteriores. Esta segunda subfase permitió la recopilación de los artículos relevantes. Las revistas determinadas por las subfase A fueron: ENE Revista de Enfermería, Enfermería Global, Cultura de los cuidados y NURE Investigación.

A continuación se analizaron todos los artículos, se eliminaron los duplicados y se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, obteniendo finalmente 14 artículos.

Finalmente se realizó un análisis manteniendo una especial atención al nivel de evidencia disponible. Se generó un “Documento Base”, así como la bibliografía utilizada, para la educación posterior de los expertos.

Palabras de texto libre utilizadas en las subfases: “factores condicionantes básicos” y “fcb”.

Descriptores: “autocuidado”

Filtros: Se decidió filtrar la búsqueda con los siguientes criterios: lengua española y revistas españolas.

Criterios de inclusión: Lengua en español, revistas de enfermería nacionales, fechas posteriores al 01/01/2009, se incluyeron los artículos si en los apartados de variables, material y método, resultados o conclusiones indican que los estudios utilizan los FCB para describir a la persona y se consideró más relevante

los apartados de resultados y conclusiones.

Criterios de exclusión: El objetivo general del estudio no contemplaba una revisión sistemática de la bibliografía existente, por ese motivo el sesgo de idioma y el sesgo de publicación no fueron relevantes (no se incluyeron tesis, libros, ni estudios no publicados).

SEGUNDA FASE: En la segunda fase se realizaron las tablas de los condicionantes de acción asociados a la piel que pueden influir en cada uno de los Requisitos de Autocuidado Universales (RAU) para la representación formal del conocimiento que se expondrán en los resultados.

TERCERA FASE: Desde las tablas obtenidas en el objetivo 2 se relacionaron los condicionantes de acción que se vieron afectados por la piel para relacionarlos con los FCB de la persona de acuerdo con la descripción de D. Orem.

RESULTADOS

Las características distintivas de las personas en el contexto de la TEDA se denominan Factores Condicionantes Básicos (FCB). Estos factores pueden ser intrínsecos y extrínsecos a las personas, están asociados con la edad y sexo de los individuos, su estado de salud y de desarrollo y sus patrones de vida (1). Según la revisión de artículos publicados estos últimos 10 años en revistas de investigación de enfermería, los factores condicionantes básicos permiten describir a la persona (ver en anexos Tabla 1). Asimismo los FCB “son aquellos factores que describen a la persona en su relación con el entorno, así pues, son sus características esenciales”, según la propuesta de M.L. Jiménez (26) se pueden clasificar y agrupar para formar variables en Sistemas Basados en Conocimiento.

D. Orem investigó las condiciones que podían afectar a la satisfacción real de los diferentes Requisitos de Autocuidados, que pretendía incluir “la necesidad de métodos y tecnologías especializadas para superar los obstáculos en las cuales deben realizarse las acciones para satisfacerlos. Se muestra una parte de los 170 factores analizados en 7 tablas (ver en anexos Tabla 2), que recoge los obstáculos que se identifican con la satisfacción de un Requisito de Autocui-

dato concreto, clasificados en tipos y subtipos. La valoración se realiza mediante la variable dicotómica ‘afecta’ en la satisfacción del requisito (Si/No).

Como ejemplo en el condicionante de acción “Interferencias con el proceso de ventilación pulmonar” dentro del subtipo “Interferencias en el flujo de aire” en el elemento “Anomalías que interfieren el flujo de aire y aumentan la resistencia de la vía aérea” la “Obstrucción de las vías aéreas superiores por: inflamación de la mucosa de la boca, nariz, faringe o laringe con exudado” sí afecta en el requisito de mantenimiento de un aporte suficiente de aire. A partir de las tablas obtenidas en el objetivo anterior se han relacionado los condicionantes de acción que se ven afectados por la piel con los FCB de acuerdo a la descripción de D. Orem. Se realizan las evaluaciones en base al conocimiento certero (28) y el conocimiento basado en la evidencia científica por medio de las fuentes bibliográficas. Se muestra en la Tabla 3 (en anexos) el resultado para la Promoción de la normalidad como ejemplo y en la Tabla 4 la síntesis del porcentaje de sí afecta de los condicionantes de acción analizados por cada RAU.

Los RAU más afectados son Promoción de cuidados con los procesos de eliminación; Promoción de la normalidad; Prevención peligros para la vida, el fun-

cionamiento y el bienestar; Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, se manifiesta que los 7 RAU quedan afectados en un alto porcentaje.

DISCUSIÓN

El hecho que no se hayan encontrado estudios parecidos al presente indica que los cuidados de las personas que pierden la piel no han sido fundamentados desde esta perspectiva. Desde esta fundamentación se debe partir para avanzar en este nuevo marco de atención sanitaria y la práctica enfermera guiará el desarrollo del autocuidado en las diferentes etapas para el mantenimiento de la vida, la salud y el desarrollo.

Como manifiesta A. Arribas la retroalimentación entre investigación y metodología enfermera, es decir el método científico en los cuidados, es un requisito para adaptar las estructuras sanitarias a la nueva realidad social. (29)

Fomentar y desarrollar estudios científicos de enfermería centrados en la gestión y aplicación del conocimiento del autocuidado proporcionará el aprendizaje y los métodos necesarios para el abordaje del cuidado integral de las personas que pierden la piel. Por lo tanto, proporcionará el conocimiento de nuevos requisitos de autocuidado y guiarán al

profesional y al paciente en el aprendizaje de los métodos y las tecnologías adecuados en las nuevas habilidades necesarias para su cuidado. Es en este sentido que A. Arribas (29) sostiene que la población debe adoptar un papel activo en su autocuidado “ayudando a superar sus limitaciones” o “completando los déficit existentes” manteniendo el equilibrio entre las exigencias el autocuidado y las actividades de las persona. La retroalimentación entre investigación y metodología enfermera, es decir el método científico en los cuidados, es un requisito para adaptar las estructuras sanitarias a la nueva realidad social. (29)

Como indica A. Arribas (29), metodología, investigación y evidencia se articulan en un ciclo continuo, constituyendo los pilares básicos de la profesión enfermera.

Este conocimiento ayudará a las enfermeras a responder a las preguntas de los pacientes de cómo cuidarse, ya que como sostiene A. Arribas(29) la metodología enfermera o método científico en los cuidados “permite a las enfermeras disponer de conocimientos constataados y actualizados en su labor asistencial”.

CONCLUSIONES

Se evidencia que los objetivos específicos han sido satisfechos, describir la persona, describir la piel, describir la pérdida de la piel en la persona a través de un modelo de cuidado, siendo la afirmación de la hipótesis expuesta correcta por los resultados obtenidos. La pérdida de la piel produce una descompensación en el cuidado de la persona que compromete su equilibrio, repercute en los procesos de la vida y afecta a la promoción del funcionamiento normal, a su salud y su futuro. Los cambios en el estado de salud de la persona necesitan ser regulados, durante el proceso de la pérdida de la piel, dentro de las normas compatibles con la vida para retornar al equilibrio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orem DE. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. 4.a ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1993. 423 p.
2. Santamaría García JM, Jiménez Rodríguez ML. Los axiomas del cuidado: bases para su aprehensión conceptual. Grupo MISKC_ENE; 2016. 64 p.
3. Cobo González D, Cercas Duque A. Transmisión del cuidado al otro a través de la donación de sangre. Ene. 2017;11(3).
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23.1. 2017.
5. Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía. Valencia: Círculo de Lectores; 1991. 3589 p.
6. Santamaría García JM, Santamaría Pérez A. Bases filosóficas para el estudio del cuidado: evolución histórica del pensamiento. MISKC-UAH; 2015. 186 p.
7. Hernández-Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. Fundamentos de la enfermería: Teoría y método. 2.a. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2002. 179 p.
8. Santamaría García JM, Jiménez Rodríguez ML, González Sotos LA, Arribas Cachá A, Sellán Soto M del C, López Morales M, et al. Notas sobre el cuidado ¿por qué es y cómo es? (Versión 2.0 Profesional). 1.a ed. Madrid: FUDEN; 2010. 111 p.
9. Collière M-F. Promover la vida. McGraw-Hill Interamericana de España; 1993. 392 p.
10. Santamaría García JM. Investigación deductiva, representación lógica e implementación computacional sobre las limitaciones de acción del Autocuidado según el modelo de Dorothea Orem. [Tesis Doctoral]: Universidad de Alcalá; 2008.
11. Allgood MR, Marriner AT. Modelos y teorías en enfermería. 7.a ed. Elsevier; 2011. 809 p.
12. Kérourarc S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. 1.a. Barcelona: Masson; 1996. 167 p.
13. Arribas Cachá A, Jiménez Rodríguez ML, Santamaría García JM, Sellán Soto C, Gómez González JL, García Calvo R, et al. Delimitación y ponderación de las poblaciones con mayor vulnerabilidad a requerimientos de cuidados profesionales: índice de gravosidad asistencial basado en factores condicionantes básicos. Departamento de Metodología Enfermera. Madrid: FUDEN; 2009. 109 p.
14. Perls F. The gestalt approach: Eye witness to therapy. Science & Behavior Books; 1973. 206 p.
15. Monsalvo San Macario E, Fernández Batalla M. Formalización del equilibrio como motor del cuidado. Ene. 2017;11(3).
16. Patton KT, Thibodeau GA. Anatomía y fisiología. 8. aón. Amsterdam, [Netherlands]: Elsevier; 2013.
17. Hall JE. Guyton y Hall: tratado de fisiología médica. Décimoterc. Barcelona: Elsevier Health Sciences Spain; 2016.
18. Espinosa AMF. Técnicas básicas de enfermería. Madrid: McGraw-Hill España; 2011.
19. García-Alix A, Quero J. La piel. En: 1.a ed. Madrid, ES: Ediciones Díaz de Santos; 2011. p. 54.
20. Fernández RP, Rojo EV. Piel y alergia. Ediciones Díaz de Santos; 1997.
21. Moliner M. Diccionario de uso del español. 3a. Madrid: Editorial Gredos, S.A.; 2007. 1680 p.
22. Pangrazzi A. La pérdida de un ser querido: un viaje dentro de la vida. 3a. Madrid: San Pablo; 1993. 152 p.
23. Pangrazzi A. El duelo y los grupos de duelo. [Internet]. 2010 [citado 15 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=HW1EjU2WTVU>
24. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. An Sist Sanit Navar. 2007;30(3):163-76.
25. Domínguez del Campo M, Jiménez Rodríguez ML. Formalización del binomio persona-entorno: una aproximación algebraica en cuidados. Ene. 2007;11(3).
26. Jiménez Rodríguez ML. Sistema basado en Conocimiento para la ayuda en el diagnóstico del Cansancio en el desempeño del Rol del Cuidador. [Tesis Doctoral]: Universidad de Alcalá; 2006.
27. Arribas Cachá A, Santamaría García JM, Jiménez Rodríguez ML, Gómez González JL, Sellán Soto C, Aréjula Torres JL. Educación sobre cuidado. Normalización de la Investigación para la Adquisición del Conocimiento acerca del Lenguaje del Cuidado. 1.a ed. Departamento de Metodología e Innovación del Cuidado, editor. Madrid: FUDEN; 2010. 21 p.
28. Ramírez A V. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An la Fac Med. 2009;70(3):217-24.
29. Arribas Cachá AA. Retroalimentación entre investigación y metodología enfermera. NURE Investig. 2007;

TABLAS Y ANEXOS

Tabla 1. Resultado de análisis primer objetivo específico, describir a la persona mediante los FCB. (fuente de elaboración propia, se muestran resultados parciales del estudio realizado).

| ARTICULO | VARIABLES / METODO / RESULTADOS | FCB |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Fernández Batalla M, Jiménez Rodríguez ML. Ene. 2015 (54) | Los datos requeridos para la construcción de un caso clínico en el presente estudio se clasifican en tres grupos: Factores Condicionantes Básicos (13 datos trivaluados), Variables del cuidado, (4 datos bivaluados) y Procesos Vitales (6 datos bivaluados) | Todo s |
| Araque Castillo JC. Ene. 2016 (55) | RESULTADOS: Realizado el proceso de elaboración de modelo de encuesta epidemiológica se obtiene en el primer grupo los factores básicos condicionantes de edad, sexo, factores del sistema de cuidados de salud y familiares con datos de frecuentación. El segundo grupo corresponde a los patrones de vida y factores ambientales con datos de frecuentación | Todo s |
| Rodríguez Poy Y, Fernández Batalla. Ene. 2016 (56) | RESULTADOS: La persona viene dada por dos componentes elementales: los factores condicionantes básicos que son los que caracterizan a la persona como tal y el entorno. La vulnerabilidad vendrá dada por los Factores Condicionantes Básicos (15) tanto de la persona (Agencia de Autocuidado) como del cuidador (Agencia de Cuidado Dependiente). | Todo s |
| Gonzalo de Diego B, Grupo de investigación M. Ene. 2016 (57) | MATERIAL Y METODO: En primer lugar, se procedió a la descripción de la persona mediante sus Factores Condicionantes Básicos. RESULTADOS: Tal y como se observa [...] el comportamiento es similar en los FCB: edad / etapa vital, estado de desarrollo, sexo, género, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, factores del sistema de cuidados de la salud, estado de salud. | Todo s |
| Hossain López S, Orbañanos Peiro L. Ene. 2017 (58) | Se concluye que los factores condicionantes básicos implicados en los déficits de autocuidado que pueden relacionarse con la participación en un despliegue internacional son, fundamentalmente, los factores ambientales, el modelo de vida y la orientación sociocultural | Todo s |
| Quintero López A, González Aguña A. Ene. 2017 (59) | Las personas objeto de estudio en este trabajo las podríamos definir mediante sus Factores Condicionantes Básicos (FCB) | Todo s |
| Martínez Arroyo A, Gómez González JL. Ene. 2017 (60) | Conceptualización de persona: una serie de Factores Condicionantes Básicos (FCB), descriptores de la persona. | Todo s |
| Logroño Varela E, Cercas Duque A. Ene. 2018 (61) | Para la descripción de la motivación en el CI y en el CFnP, se analizaron los Factores Condicionantes Básicos (FCB) siguiendo el modelo de D. Orem, de cada tipo de cuidador, encontrándose diferencias en: Estado de Salud, Orientación socio-cultural, Factores del Sistema Familiar, Patrón de Vida y Adecuación y Disponibilidad de los Recursos | Todo s |
| Fernández Batalla M, Monsalvo San Macario E. Ene. 2018 (22) | La vulnerabilidad de cuidado corresponde con una visión menos tratada en la literatura, pero que es la base para el objetivo del presente estudio consistente en el desarrollo de un método para el análisis de la vulnerabilidad de cuidado a través de los factores condicionantes básico de la persona. | Todo s |

Tabla 2. Valoración factores asociados a requisitos centrados en el aire (fuente de elaboración propia, tabla parcial).

| Tipo | Subtipo | Elemento o Factor | Afecta | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Interferencia ambiental, disponibilidad y composición del aire | Composición y presión parcial de oxígeno del aire atmosférico en desacuerdo con los requisitos fisiológicos | | No | |
| | Disponibilidad de aire | | No | |
| Interferencias en el flujo de aire | | Presencia en la nariz, nasofaringe, laringe, tráquea o bronquios de objetos extraños deliberadamente colocados o inspirados | Si | |
| | | Obstrucción de las vías aéreas por objetos y materiales extraños | Presencia de sangre en las vías aéreas: sangrado de la nariz o nasofaringe; sangrado de la tráquea por traqueostomía | Si |
| | | Presencia de sangre, líquido o vómito en la laringe o tráquea | Si | |
| | | Obstrucción de las vías aéreas superiores por: inflamación de la mucosa de la boca, nariz, faringe o laringe con exudado | Si | |
| Interferencias con el proceso de ventilación pulmonar | Anomalías que interfieren el flujo de aire y aumentan la resistencia de la vía aérea | Disfunciones que interfieren el flujo de aire: depresión o supresión del reflejo de la tos resultando incapacidad para limpiar las vías aéreas | Si | |
| | | Grandes factores estructurales y posicionales que restringen la adaptabilidad pulmonar y la capacidad vital | Adopción de posiciones corporales que impiden la expansión pulmonar | Si |
| Factores asociados con cambios en la adaptabilidad pulmonar y la capacidad pulmonar vital | Factores de presión asociados con disminución de la adaptabilidad pulmonar | Aumento de la presión intraabdominal con restricción del movimiento diafragmático | Si | |

Tabla 3. Relación FCB con la promoción de la normalidad (fuente de elaboración propia).

| Tipo | Subtipo | Elemento o Factor | FCB |
|----------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Factores humanos | Estados | Estados de vigilia que provocan una restricción del conocimiento o un conocimiento incorrecto del yo, del entorno y de las situaciones de acción | Sueño y ensueño Coma ligero o profundo Estados emocionales intensos que restringen la atención e interfieren en la percepción |
| | | Estados de desarrollo cognitivo (o modos de pensamientos) en que las personas no son capaces de manejar las abstracciones o lo que no ha sido experimentado | Edad / Estado de desarrollo / Genero / Orientación sociocultural al cuidado / Factores del sistema familiar de apoyo / Factores del sistema de cuidado de salud / Estado de salud / Factores ambientales / Disponibilidad y adecuación de recursos para el cuidado |
| | | Estados de discapacidad física que interfieren la sensación y la percepción y la capacidad para controlar la posición y el movimiento en el espacio | Edad / Estado de desarrollo / Genero / Orientación sociocultural al cuidado / Factores del sistema familiar de apoyo / Factores del sistema de cuidado de salud / Estado de salud / Factores ambientales / Disponibilidad y adecuación de recursos para el cuidado |
| | Factores específicos | Estados impuestos de restricción de la movilidad física, con resultado de un entorno limitado | Edad / Estado de desarrollo / Genero / Orientación sociocultural al cuidado / Factores del sistema familiar de apoyo / Factores del sistema de cuidado de salud / Estado de salud / Factores ambientales / Disponibilidad y adecuación de recursos para el cuidado |
| | | Deterioro de la comunicación, el razonamiento, o la memoria | |
| | | Ausencia o defecto de las partes corporales visibles o no visibles | Edad / Sexo / Estado de desarrollo / Genero / Orientación sociocultural al cuidado / Factores del sistema familiar de apoyo / Factores del sistema de cuidado de salud / Estado de salud / Factores ambientales / Disponibilidad y adecuación de recursos para el cuidado |
| | | Ansiedad, temor, o cólera asociados con cambios en el yo y en el estilo de vida | |
| | | Reticencia o rechazo a prestar atención a las condiciones existentes en el yo o en el entorno | |
| | | Intereses y preocupaciones dominantes que restan atención a las condiciones del yo o del entorno que deberían ser reguladas | |
| | | Disminución de las capacidades para manejarse y para cuidar del yo y cumplir las responsabilidades del rol | |
| Factores ambientales | Sociales | Condiciones de vida no satisfactorias | |
| | | Exclusión o rechazo por la familia o grupo social íntimo | |
| | | Exclusión de la sociedad en general | |

Tabla 4. Síntesis del % de sí afecta de los condicionantes de acción analizados por cada RAU (Fuente de elaboración propia).

| | Número de condicionantes de acción analizados | % de Sí Afecta |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------|
| Mantenimiento de un aporte suficiente de aire | 34 | 88% |
| Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos | 45 | 75,50% |
| Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación | 18 | 100% |
| Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo | 21 | 85,70% |
| Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social | 15 | 93,30% |
| Prevención peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar | 22 | 81,80% |
| Promoción de la normalidad | 15 | 93,30% |