

---

**REVISIÓN**

# PERSPECTIVAS TEÓRICAS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA ADULTOS MAYORES

---

THEORETICAL PERSPECTIVES  
OF AN EDUCATIONAL  
INTERVENTION FOR OLDER  
ADULTS

---

POR **Alba Fernández**

Profesora Titular, Escuela de Enfermería,  
Universidad de Los Andes (ULA), Mérida, Venezuela.  
Magíster en Gerencia Educativa. Doctora en Enfermería,  
Universidad Nacional de Colombia (UN).  
Postdoctora en Gerencia para el Desarrollo Humano (ULA).  
Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA).  
[afernandezx@hotmail.com](mailto:afernandezx@hotmail.com)

## RESUMEN

El objetivo del presente artículo es describir las bases teóricas de una intervención educativa para adultos mayores. Enfermería, como el profesional poseedor del conocimiento especializado sobre el cuidado, por el contacto directo y cercanía con el paciente, así como por su presencia en todos los niveles de asistencia se convierte en elemento clave, dentro del equipo multidisciplinario, en los centros de salud, para intervenir a través de la educación para la salud, en el proceso de la prevención primaria y secundaria, dirigido al cambio de estilos de vida o factores de riesgo de los individuos o grupos, que puedan incidir en su calidad de vida. Una de las maneras de lograrlo es mediante las intervenciones educativas bajo un marco conceptual de enfermería y de otras disciplinas que permita el diseño y la aplicación en la población en estudio, que genere conocimiento propio y contextualizado, que permita interpretar los resultados y aportar a la práctica profesional.

**PALABRAS CLAVE:** teorías, intervención educativa, adultos mayores, autocuidado.

## ABSTRACT

The aim of this article is to describe the theoretical basis of an educational intervention for elders. Nursing, as the possessor professional specialized care knowledge, by direct contact and closeness with the patient, as well as their presence at all levels of care becomes a key element within the multidisciplinary team in health centers to intervene through health education in the process of primary and secondary prevention, aimed at changing lifestyles or risk factors of individuals or groups, which may affect their quality of life. One way to achieve this is through educational interventions under a conceptual framework of nursing and other disciplines that allows the design and application in the study population, generating own and contextualized knowledge for interpreting the results and contribute to the professional practice.

**KEY WORDS:** theories, educational intervention, elders, self-care.

## — INTRODUCCIÓN

La enfermería efectiva se apoya en el diseño creativo, pero que se ajusta a lo que se necesita y puede hacerse en situaciones de la práctica en este momento, en este lugar <sup>(1)</sup>. Un diseño creativo y transformador de enfermería podría ser una intervención educativa que se considera el conjunto de actividades de apoyo educativo de enfermería que a través del método de ayuda, *enseñar a otro*, proporciona los conocimientos adecuados sobre un problema, ayudando y motivando de esta manera a los individuos y familia al fortalecimiento de la agencia de autocuidado, que posiblemente sin este apoyo educativo no podrían hacerlo.

En tal sentido, la intervención educativa, implica un trabajo sistemático, metódico, no espontáneo, es decir, obedece a una programación con una documentación exhaustiva, pero con un diseño propio, lo que se considera un aporte innovador a la disciplina de enfermería, y está fundamentada en las proposiciones que postula Orem <sup>(2)</sup> que reconocen que la agencia de autocuidado es la capacidad que tiene un individuo para ocuparse de operaciones esenciales para el autocuidado y que da como resultado un sistema de acciones dirigidas a condiciones de la realidad de su entorno, a fin de regularlas o su ejercicio resulta en un diseño y un plan para dicho sistema de acción.

El diseño de una intervención educativa implica disponer de los distintos elementos que la conforman estableciendo un orden para lograr un resultado final. Uno de los elementos que se debe formular previamente, es el relacionado a las perspectivas teóricas, que sirva como base conceptual en la estructura, la metodología de los materiales educativos, en la ejecución o aplicación de la intervención y en el análisis de los resultados obtenidos en las investigaciones donde fue aplicada. Específicamente, en la intervención educativa de enfermería, diseñada y aplicada para el fortalecimiento de la agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial <sup>(3)</sup>, el enfoque conceptual principal fue la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem (TEDAO), pero también implicó la revisión de otras teorías de distintos campos del saber tales como psicología, educación, salud pública. El objetivo del presente artículo es describir las bases teóricas de una intervención educativa de enfermería para adultos mayores.

## — PERSPECTIVAS TEÓRICAS

Como ya se mencionó, la base conceptual de la intervención educativa de enfermería fue la TEDAO, asimismo, involucró otras cuatro teorías que complementaron el enfoque conceptual, aportando elementos de juicio que incrementó el diseño de la intervención, en beneficio de la salud de los adultos mayores: Teoría de acción razonada <sup>(4)</sup>, Teoría de motivación al logro <sup>(5)</sup>, Modelo de educación para la salud <sup>(6)</sup> y la Teoría de aprendizaje

de adultos<sup>(7)</sup>. Esta fundamentación teórica estuvo justificada debido a que para fortalecer la agencia de autocuidado, desde la educación para la salud, dirigida a desarrollar estilos de vida saludables o a promover la salud en personas con enfermedades crónicas, se requiere para su manejo, tanto a nivel teórico como operativo, de los aportes de diferentes disciplinas<sup>(8)</sup>.

La intervención educativa partió del supuesto de que la agencia de autocuidado se establece en el curso de la vida diaria a través del proceso espontáneo del aprendizaje; se ayuda a su desarrollo con las actividades de apoyo educativo de enfermería y mediante la curiosidad intelectual, la motivación y experiencia en la realización de medidas de autocuidado. Igualmente, se inscribió en tendencias constructivistas andragógicas que permitieran al adulto mayor, cimentar su aprendizaje, al ser un agente activo de su propio conocimiento, adquirido con las experiencias, vivencias a lo largo del tiempo y del contacto con otras personas.

Además, los objetivos de la intervención educativa apuntaban hacia el aprendizaje cognitivo, el conocimiento, que pueden generar cambios en las actitudes, creencias, valores, experiencias de índole negativas presentes en los adultos mayores que afectaban su salud; a la vez, el conocimiento adquirido podía permitir el desarrollo de habilidades para actuar en su autocuidado y evitar las complicaciones propias de la enfermedad crónica. Seguidamente, se describen los aspectos más resaltantes de cada una de las cinco perspectivas teóricas que guiaron la intervención educativa de enfermería.

## 1. TEORÍA DE ENFERMERÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Según Fawcett<sup>(9)</sup>, la TEDAO se comenzó a desarrollar en 1950, una época en que la mayoría de los programas de educación en enfermería estaban basados en modelos conceptuales más representativos de otras disciplinas como la medicina, la psicología y la sociología más que en enfermería. Así, esta teórica, es considerada una pionera en el desarrollo del conocimiento distintivo de enfermería. Orem remarca la importancia de que los profesionales de enfermería partan de una base teóricamente práctica de la ciencia de la enfermería, como guía para sus proyectos. «Las enfermeras que no desarrollan la habilidad de pensar dentro de un marco de referencia de enfermería pueden tender hacia una orientación por tareas, contemplando a las personas que requieren sus cuidados como objetos en los que se realizan operaciones de trabajo» (p. 160)<sup>(10)</sup>.

La TEDAO, es un marco de referencia conformado por: cuatro conceptos sobre personas bajo el cuidado de enfermería (autocuidado, agencia de autocuidado, demanda de cuidado terapéutico y déficit de autocuidado); dos conceptos relacionados a la enfermería (agencia de enfermería y sistemas de enfermería) y tres teorías interrelacionadas (Teoría de autocuidado, Teoría de déficit de autocuidado y Teoría de sistemas de enfermería). La agencia de autocuidado y la Teoría de sistemas de enfermería constituyeron en gran medida el enfoque conceptual de la intervención educativa.

## AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Para Orem (2001), la capacidad humana llamada agencia de autocuidado «es el poder para ocuparse en el autocuidado, que se desarrolla en el curso de la vida diaria a través del proceso espontáneo del aprendizaje» (p. 256) <sup>(10)</sup>. Se ayuda a su desarrollo con la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y mediante la experiencia en la realización de medidas de autocuidado. Esta puede examinarse en relación con las capacidades del individuo, incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimiento que tienen y usan para ocuparse de un rango de conductas específicas, descritas en términos de desarrollo, operatividad y adecuación.

El desarrollo y la operatividad pueden verse afectados por factores genéticos y constitucionales así como por la cultura, experiencias de vida y el estado de salud; estos términos se identifican en las clases de operaciones de autocuidado que pueden realizarse de manera consistente y efectiva. Por su parte, la adecuación, es medida en términos de la relación del número y clase de operaciones requeridas para calcular y satisfacer una demanda de autocuidado terapéutico presente o prevista. La agencia de autocuidado se formaliza como una combinación de tres partes que conforman la *estructura del concepto agencia de autocuidado*:

- Una amplia estructura conceptual constituida por capacidades para realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas.
- Un grupo de componentes de poder que capacitan para la realización de operaciones de autocuidado.
- Grupos de capacidades fundamentales y disposiciones que se articulan con los componentes de poder en su relación con las capacidades operativas (p. 258) <sup>(10)</sup>.

La amplia estructura del concepto de agencia de autocuidado se comprende en relación con las operaciones específicas de las fases de la acción intencionada y modelada por ellas, estas operaciones se identifican como operaciones estimativas, transicionales de reflexión, juicio crítico, toma de decisiones y de producción a través de las cuales se logran los propósitos especificados por los requisitos de autocuidado y calculados como demanda de autocuidado terapéutico <sup>(10)</sup>. Así, la agencia de autocuidado se entiende como las capacidades desarrolladas por los individuos para ocuparse de las llamadas operaciones de autocuidado con el fin de conocer y satisfacer sus requerimientos de autocuidado dentro de su marco témporo espacial de referencia.

Las operaciones estimativas y transicionales comprenden la investigación de la caracterización de factores internos y externos significativos para el autocuidado <sup>(10)</sup>. Significa que las personas antes de poder afirmar las cosas sobre lo que es apropiado hacer, deben adquirir conocimiento de los cursos de acción abiertos para ellos y su

efectividad y conveniencia para determinar el curso que debería tomarse y decidir qué hacer con respecto al autocuidado.

Enfermería, como proveedora de autocuidado requiere dos clases de conocimiento: el empírico de los acontecimientos y el de los antecedentes, el de las condiciones internas y externas, que le ayuda a hacer observaciones, conferirle un sentido y correlacionar el significado de los acontecimientos y condiciones con posibles cursos de acción. Estos conocimientos están relacionados con el número y tipo de requisitos de autocuidado, los métodos para satisfacerlos, entre otros. Cuando una persona está enferma, puede experimentar nuevos y mayores requisitos de autocuidado y puede necesitar más conocimientos y más esfuerzos para llegar a juicios válidos sobre el autocuidado, en ese caso, es necesaria la ayuda del profesional de enfermería para ofrecer esos conocimientos y recomendaciones basadas en la ciencia y en la tecnología médica, para que el juicio del paciente sea válido.

Las operaciones de tipo productivo son las más extensas, se mencionan las siguientes: preparación de uno mismo, de los materiales y del entorno para el desempeño de la operación de autocuidado de tipo regulador; realización de operaciones de autocuidado productivo con propósitos reguladores específicos dentro de un período de tiempo; determinación de la presencia y monitorización, duración de la ejecución, condiciones que se sabe que afectan la efectividad de la ejecución y resultados. La condición esencial para el empleo de esfuerzo para satisfacer las demandas de autocuidado en situaciones específicas es la capacidad de iniciar y perseverar en el autocuidado para lograr los resultados deseados.

Teóricamente, los componentes de poder se relacionan con la intención de llevar a cabo una conducta dada; en el caso de los pacientes con enfermedades crónicas, con el tiempo se desarrollan ciertas habilidades para mantener la atención hacia sí mismo como agente de autocuidado, entre las que se encuentra la adquisición de conocimiento para conocer la acción y dosis de los medicamentos prescritos, los alimentos que debe consumir y evitar, la motivación a practicar ejercicio; de esta manera, sus factores de riesgo, empiezan a sustituirse por estilos de vida saludables.

Sin embargo, a veces, a pesar de que la agencia de autocuidado esté desarrollada, no puede hacerse operativa totalmente, es decir, que por alguna razón la persona tiene habilidades para cuidar de su salud, pero no lleva a la práctica el uso de esas habilidades <sup>(10)</sup>. A este respecto, la TEDAO, explica que el desarrollo y nivel de la agencia de autocuidado están afectados por factores internos y externos al individuo conocidos como factores básicos condicionantes (edad, género, estado de salud, estrato socioeconómico, nivel educativo, entre otros) <sup>(11)</sup>.

## TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Orem (2001) <sup>(10)</sup>, califica la Teoría del sistema de enfermería como la que articula la propiedad enfermera de agencia de autocuidado con las propiedades del paciente de de-

manda de autocuidado terapéutico y agencia de autocuidado (o agencia de cuidado dependiente), por ello la considera el componente organizativo u operativo de la TEDAO. La idea central de esta teoría radica en que todos los sistemas de acción o de enfermería están formados por este profesional que legitiman receptores propios para ejecutar sus poderes de agencia de enfermería: el sistema totalmente compensador, el parcialmente compensador y el de apoyo educativo, que emergen o existen para compensar las limitaciones derivadas o asociadas a la salud de los poderes de los receptores, de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente, en conocer sus propias demandas de autocuidado terapéutico en situaciones relativamente estables o cambiantes <sup>(10)</sup>.

Cada sistema de enfermería describe el papel de la enfermera y del paciente, las relaciones que se establecen entre ambos y las acciones que son requeridas para satisfacer la agencia de autocuidado; igualmente, describe la manera de poner en práctica los cuidados de enfermería para guiar, enseñar y ayudar a todas las personas que requieren de agencia de enfermería. En la intervención educativa, enfermería se ubica en el sistema de apoyo educativo, al considerar a los adultos mayores como personas independientes, maduras y ambulatorias, que requieren de la motivación para fortalecer la agencia de autocuidado.

### SISTEMA DE ENFERMERÍA DE APOYO EDUCATIVO

El tercer sistema es para las situaciones en que el paciente es capaz o debería aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico interna o externamente orientado, pero no puede hacerlo sin ayuda. Es el único sistema en que los métodos de ayuda del paciente están limitados a la toma de decisiones, control de la conducta y adquisición de conocimientos y habilidades. Entre los métodos de ayuda usados en este sistema se incluyen combinaciones de las de apoyo, guía, provisión de un entorno favorecedor del desarrollo y enseñanza; en base a esto, hay cuatro variaciones de este sistema:

- En la primera, el paciente puede realizar las medidas de cuidados pero necesita guía y soporte.
- En la segunda, es requerida la enseñanza.
- En la tercera, se necesita proporcionar un entorno favorecedor del desarrollo.
- La cuarta, se da en las situaciones en que el paciente es competente para el autocuidado, pero requiere una guía periódica, representada por la enfermera en su rol de consejera o educadora.

En la intervención educativa, enfermería se ubica en la cuarta variación, con el método de ayuda, *enseñar a otro*, el cual es válido para la persona que necesita instrucción, para desarrollar conocimiento de habilidades específicas; en el caso particular, los adultos mayores eran personas con la capacidad para aprender nuevos conocimientos para

fortalecer la agencia de autocuidado y prevenir complicaciones relacionados con la patología que presentaban, pero requerían de la ayuda de enfermería para obtenerlo.

## 2. TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA

Desarrollada a finales de los 60 por los psicólogos sociales Ajzen Icek y Fishbein Martín en 1975; explica la relación entre creencias, actitudes, intenciones y conductas; el supuesto de esta teoría es que las personas son seres racionales que toman decisiones basados en la información disponible para ellos <sup>(4)</sup>. La intención es el mayor determinante de la conducta de una persona; es la representación cognitiva del compromiso de los individuos para llevarla a cabo, es determinada por la actitud hacia la misma, a las normas subjetivas y al control de la conducta percibida.

La actitud o las creencias se refieren a la evaluación positiva o negativa de la ejecución de la conducta. La actitud es vista como una combinación de sentimientos, creencias, intenciones y percepciones; combinado con el conocimiento, estos factores analizan la aceptación de realizar una conducta en relación a una escala bipolar positiva/negativa o si/no. Las creencias se forman sobre un asunto/objeto asociado con toda clase de características, cualidades y atributos. Estas conducen al desarrollo de una actitud. La norma subjetiva o la creencia normativa generan la presión social sobre una persona para realizar o no determinada conducta. El control de creencias se refiere al poder percibido de los factores que pueden facilitar o impedir la conducta.

En la intervención educativa de enfermería, la Teoría de acción razonada se consideró de importancia para determinar el efecto de la intervención en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado de los adultos mayores; considerando que las creencias, actitudes, intenciones y conductas, combinadas con el conocimiento, son considerados factores básicos condicionantes internos, que tienen la capacidad para motivar y hacer operativas las decisiones sobre el autocuidado en el adulto mayor, basado en el conocimiento sobre la hipertensión arterial que le aporta el profesional de enfermería.

## 3. TEORÍA DE MOTIVACIÓN AL LOGRO

Fue desarrollada por Atkinson, McClelland y Veroff en 1978; se enfoca en aspectos de las características de la personalidad y propone tres formas de motivación o necesidades en situaciones de trabajo (logro, poder y afiliación) <sup>(5)</sup>. El logro es la necesidad de esfuerzo hacia el éxito y la excelencia en las situaciones de trabajo para alcanzar lo que no ha sido obtenido antes. El poder es la necesidad de influencias y control sobre otros, por tener un cargo de autoridad. La afiliación es la necesidad de ser agradable, aceptado y respetado por los demás.

A pesar de que, esta teoría se adapta más a los aspectos administrativos, de trabajo, de clima organizacional en las empresas; en la intervención educativa se consideró que los hábitos de salud, en los adultos mayores, están muy arraigados; en algunos

estudios, esto se ha manifestado <sup>(12)</sup>, por lo que es necesario motivarlos a que cambien o modifiquen los factores de riesgo por estilos de vida saludables; se considera que, una de las maneras de motivación es a través de las ayudas didácticas que diseñe enfermería en la intervención educativa.

#### 4. MODELO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Derivado de la educación popular, que tiene una larga trayectoria desde 1950, cuya estrategia principal es la educación para la salud <sup>(6)</sup>; la que es considerada un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo enfrentar mejor, en cualquier momento, su problema; desde el momento en que la gente se siente escuchada y comprendida con espacio para decidir sobre su salud, puede aceptar responsabilidades frente a ella. El nuevo enfoque de las políticas de salud, busca que, la educación para la salud, consista en diferentes formas de formación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades, que puedan servir para concienciar a la gente sobre los factores sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad que posibiliten la acción social y la participación activa de la comunidad en procesos de cambios respecto a la salud.

Para lograr estos cambios, el personal de salud, debe aprender a escuchar, dialogar y aprender de los demás, así como a compartir sus propios conocimientos en términos comprensibles a la comunidad <sup>(6)</sup>. Se entiende que, la educación para la salud, sirve para intervenir en las personas, a fortalecer sus capacidades de autocuidado, pero también para generar cambios de actitud y de conducta, tanto a nivel individual como en el entorno o a nivel grupal, pero, mediante el acercamiento del personal de salud a los problemas reales de la comunidad.

La educación para la salud a la población supone una de las funciones de enfermería dentro del ámbito de la atención primaria fundamental para cambiar hábitos y hacerlos más saludables <sup>(13)</sup>. Enfermería, ocupa el lugar más cercano a la comunidad, dentro de los servicios de salud, donde la educación para la salud, es considerada una estrategia clave en la promoción de estilos de vida saludables. Esta estrategia, busca que enfermería intervenga a las personas, para desarrollar sus capacidades de autocuidado y contribuir a generar cambios en el entorno que les rodea; tanto en el área cognitiva (saber, ampliar los conocimientos) como en la emocional (querer, motivarse, interesarse) y en la de las habilidades (saber hacer) <sup>(14)</sup>. Según Orem (2001) <sup>(10)</sup>, el empleo de la enseñanza como método de ayuda requiere que la persona que apoye conozca lo que la persona ayudada necesita saber. Por lo tanto, el profesional de enfermería debe conocer la experiencia del paciente, su estilo de vida, hábitos cotidianos, para ser capaz de impartirle los conocimientos de manera eficaz.

La educación para la salud constituye un elemento importante en la prevención y control de la enfermedad, no es posible introducir la dieta, el ejercicio y la medica-

ción sin haber informado y motivado al paciente sobre su importancia en el control de complicaciones <sup>(15)</sup> y esto sólo es posible si se trabaja en función de las necesidades, anhelos e inquietudes de la población <sup>(6)</sup>; así como relacionando la información con las experiencias personales o situaciones de la vida real <sup>(16)</sup>. Este modelo aporta elementos importantes para el diseño de las ayudas didácticas en el sistema de apoyo educativo de la intervención educativa de enfermería, motivando y aportando el conocimiento a los adultos mayores de acuerdo a su contexto cultural, de manera que se motiven a participar y adquieran el compromiso de reforzar las conductas positivas sobre los estilos de vida, como una manera de fortalecer la agencia de autocuidado.

## 5. TEORÍA DEL APRENDIZAJE DE ADULTOS

Engloba algunos aspectos de las teorías del aprendizaje como la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, la Teoría del aprendizaje humanístico de Carl Rogers, las teorías del desarrollo psicológico como las de Abraham Maslow, Erik Erikson, entre otras. La Teoría del aprendizaje de adultos guarda estrecha relación con la andragogía, término popularizado por Knowles en 1970, como un modelo de proceso, diferente a la pedagogía, que es un modelo de contenido <sup>(7)</sup>. Desde la perspectiva de enseñanza-aprendizaje, la enseñanza, es la acción de guiar, educar y motivar al alumno, es la función del maestro; mientras que el aprendizaje, corresponde al alumno <sup>(17)</sup>.

La intervención educativa de enfermería se inscribe en tendencias constructivistas andragógicas que plantean como premisa central, según Charnes (2006), que «el individuo es el agente activo de su propio conocimiento, es decir, que construye significados y representa la realidad de acuerdo con sus experiencias y vivencias, en permanente interacción con otros» (p. 23) <sup>(18)</sup>. Esto es lo que se conoce como aprendizaje significativo, para lograrlo en las personas o grupos no conviene enfoques didácticos tradicionales, sino orientaciones didácticas activas, interactivas o integradoras <sup>(19)</sup>.

Por su parte, Orem (2001), refiere que «...cuando la enseñanza es el método de ayuda, las personas a enseñar idealmente se ven a sí mismas como estudiantes y se dan cuenta que son necesarios el estudio, los ejercicios de aprendizaje, las observaciones de otros y la práctica...» (p. 60) <sup>(10)</sup>. Se identifican seis supuestos relacionados a la andragogía:

1. Necesidad de conocer: los adultos mayores necesitan conocer la razón por la cual deben aprender algo antes de intentar hacerlo.
2. Auto-concepto del que aprende: como personas maduras los adultos mayores se perciben a sí mismos y desean ser percibidos como personas capaces de tomar sus propias decisiones.
3. Experiencia del que aprende: como personas maduras los adultos mayores acumulan una cantidad de experiencia que puede servir como un rico recurso de aprendizaje.

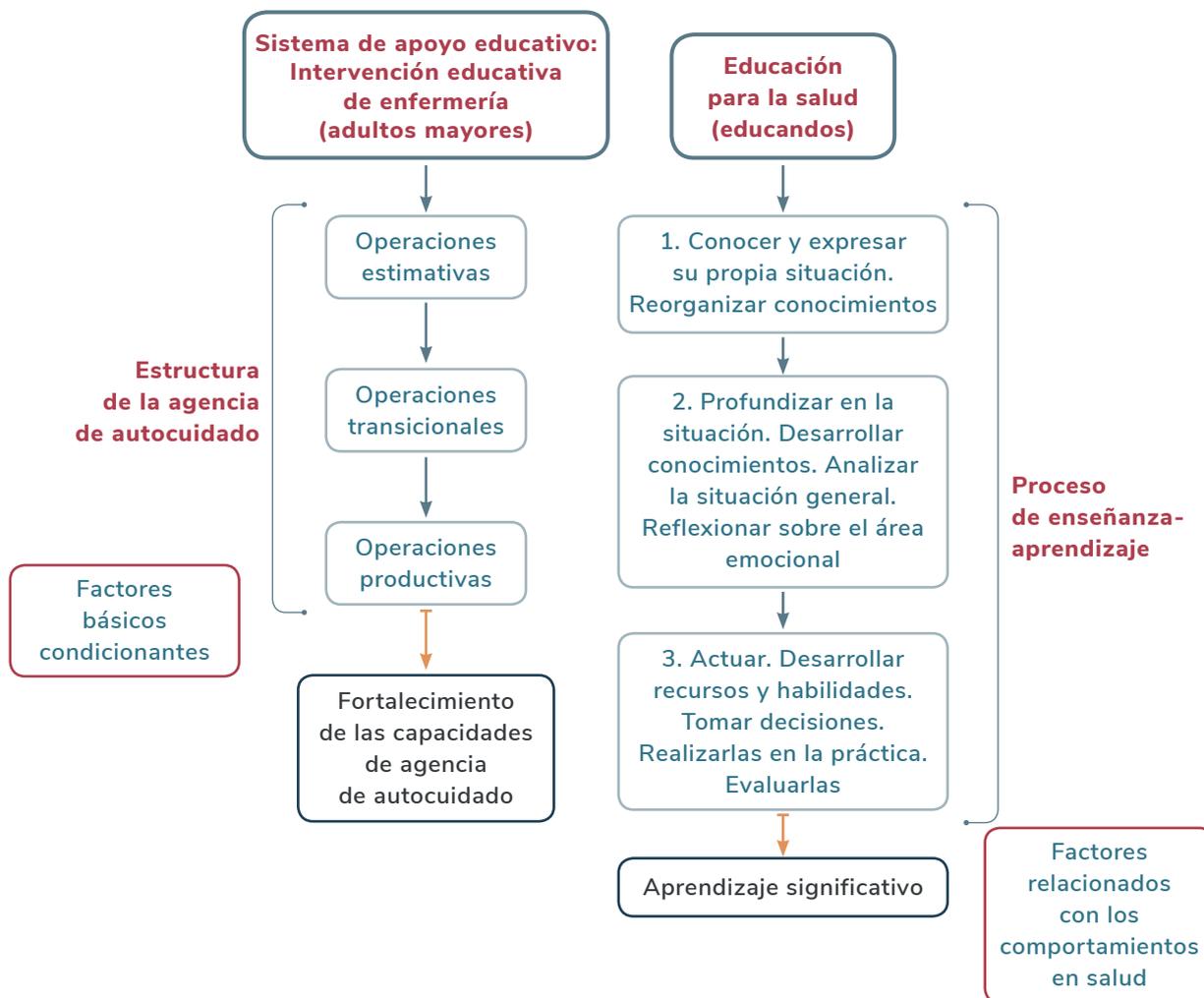
4. Disposición para aprender: las situaciones o problemas de la vida real crean un compromiso para aprender en el adulto mayor.
5. Orientación para aprender: los adultos mayores adquieren nuevos conocimientos, valores y destrezas en forma más efectiva cuando el material de aprendizaje se presenta dentro del contexto de aplicación de su vida real.
6. Motivación: los adultos mayores se sienten motivados a aprender lo que perciben que les ayudará a manejar mejor sus problemas (7).

La Teoría de aprendizaje de adultos, resume estos supuestos al proponer que lo más importante cuando se ayuda al adulto mayor a aprender es crear un clima de mutua reciprocidad, confianza y respeto mutuo; apoyado en la premisa que la inteligencia es relativamente estable a lo largo de los años, y que el cerebro tiene la capacidad suficiente para aprender cualquier asunto que uno quiera emprender (20), es decir, el adulto mayor, aprende más fácil y eficazmente, si el asunto por aprender es dado en un ambiente de respeto, que genere su interés, sea motivador y útil para él.

El Modelo de educación para la salud, la Teoría del aprendizaje de adultos y el Sistema de apoyo educativo están muy relacionados. El aprendizaje de adultos en la educación para la salud, involucra un proceso de enseñanza-aprendizaje, que posibilita a los educandos investigar su propia realidad, analizar y afrontar la situación, realizarla en la práctica, para lograr un aprendizaje significativo (21, 14). La intervención educativa de enfermería, inmersa en el sistema de apoyo educativo, guarda una estrecha relación con la estructura de agencia de autocuidado, específicamente con las operaciones de autocuidado, que conlleva al fortalecimiento de la agencia de autocuidado en los adultos mayores; esta relación se asemeja a la estructura de la educación para la salud, que determina el aprendizaje significativo de los educandos en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Este proceso de enseñanza-aprendizaje también está determinado por los factores ambientales como los grupos sociales y las condiciones de vida, recursos y valores culturales; y los factores personales, relacionados con los comportamientos humanos en salud, que son de tres tipos o niveles: el cognitivo, que involucra conocimientos, habilidades de análisis, valoración de situaciones; el afectivo o emocional, que implica las creencias, valores, experiencias y actitudes; y el psicomotor, relacionado a las destrezas o habilidades (15, 22). Estos factores, en la TEDAO, son los factores básicos condicionantes socioculturales y personales. Se puede observar en la **FIGURA 1** la relación estrecha entre el Modelo de educación para la salud, la Teoría del aprendizaje de adultos y el Sistema de apoyo educativo.

En la intervención educativa de enfermería, la utilidad de la Teoría del aprendizaje de adultos (aprendizaje significativo) y el Modelo de educación para la salud, se explica desde el Sistema de enfermería de apoyo educativo de Orem, donde los adultos mayores (agencia de autocuidado) son vistos como personas maduras que han desarrollado las capacidades de realizar acciones de autocuidado pero que necesitan ayuda, recibir el conocimiento, para hacerlas; pero también tienen el poder para regular los factores que afectan su propio funcionamiento y desarrollo. A continuación se presenta la integración de estas bases teóricas con la intervención educativa.



**FIGURA 1.** RELACIÓN ENTRE EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE Y EL SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO DE ENFERMERÍA. FUENTE: LA AUTORA

## — INTEGRACIÓN DE LAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS CON LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA

Una manera de integrar los elementos conceptuales aportados por las teorías mencionadas y la intervención educativa, es partiendo de la estructura de la agencia de autocuidado, donde las operaciones estimativas, vendrían a ser en la Teoría de acción razonada las actitudes y en el Modelo de educación para la salud representarían la capacidad de analizar la situación de salud y decidir cómo enfrentar mejor el problema o la enfermedad.

Las operaciones transicionales, guardan relación con las creencias de la Teoría de acción razonada y con la necesidad de conocer, el nivel de creencias, experiencias de la Teoría del aprendizaje de adultos; y las operaciones productivas serían según la Teoría de acción razonada, la conducta. Mientras que, en el Modelo de educación para la salud y la Teoría del aprendizaje de adultos, son las habilidades o destrezas del nivel psicomotor; la motivación de los componentes de poder y de las operaciones productivas guardan relación con la Teoría de motivación al logro (logro, poder y afiliación).

La integración de las cinco teorías sirvió para diseñar y evaluar los materiales educativos, así como para programar las sesiones educativas, establecer las indicaciones generales y específicas que se deben seguir en las mismas, y evaluar la intervención (Sistema de apoyo educativo de enfermería).

Las ayudas didácticas, según la Teoría de motivación al logro, permitieron el logro, el poder y la afiliación de los adultos mayores (agencia de autocuidado) con el conocimiento especializado del profesional (agencia de enfermería). Según la Teoría de acción razonada, lograron modificar en ellos las actitudes, creencias y conductas arraigadas sobre el autocuidado para la patología crónica (requisito de desviación de la salud). La Teoría del aprendizaje de adultos, permitió el aprendizaje significativo, mediante la interacción del adulto mayor con el profesional de enfermería como sistema de apoyo educativo, a través del método de ayuda, *enseñar a otro*.

Todas las teorías en conjunto, permitieron la motivación en los adultos mayores al cambio de los factores básicos condicionantes (factores de riesgo) por estilos de vida saludables, como agentes activos en su propio cuidado, diseñados en la intervención educativa de enfermería, logrando el fortalecimiento de la agencia de autocuidado (TEDAO). Se considera que, los objetivos de la intervención educativa de enfermería, apuntan hacia el aprendizaje significativo, mediante el conocimiento que pueden generar cambios en las actitudes y creencias de índole negativas presentes en los adultos mayores que afectan su salud y que conducen a las complicaciones propias de la enfermedad crónica; lo que puede permitir la motivación para la modificación de los factores de riesgo, desarrollando habilidades en el nivel cognitivo, afectivo y psicomotor, a fin de fortalecer la agencia de autocuidado.

Para concluir sobre las perspectivas teóricas de la intervención educativa de enfermería, se considera lo manifestado por Arrivillaga (2003) <sup>(23)</sup>, las intervenciones preventivas que intentan controlar y evitar conductas de riesgo, modificando los estilos de vida, resultan mejores si consideran el componente cognitivo. El estilo de vida, se ha definido como «el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona y, como aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza» (p. 186) <sup>(23)</sup>. La educación para la salud no debe desconocer el valor que tiene el factor cognitivo como asociado, determinante o predisponente de cambios conductuales y la adopción de estilos de vida saludables. Aunque, el conocimiento de algo, por sí solo, no es un indicador de cambio conductual, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento.

## — CONCLUSIÓN

El diseñar, aplicar y evaluar una intervención educativa, se debe convertir en un reto para enfermería y crear un diseño propio, con un trabajo sistemático, con el rigor metodológico requerido, único, que se convierta en un aporte innovador a la disciplina, al permitir su replicación en la práctica como una estrategia en la educación para la salud, en beneficio de la población a quien va dirigida. En la medida que se comparta el saber y la evidencia, se propiciará el crecimiento de la disciplina de enfermería.

Además, es fundamental enfocarla en un marco conceptual propio de enfermería y en otras teorías cognitivas-sociales; reconociendo que se requiere de otras teorías de distintas disciplinas en el diseño y evaluación de las intervenciones educativas, que permitan validar la utilidad social de las bases teóricas seleccionadas en las áreas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y para guiar la práctica de enfermería; permitiendo incrementar la evidencia sobre la necesidad de fortalecer la agencia del autocuidado al estar enfocada en las necesidades y en el contexto socio-cultural del individuo o grupo y no en el diagnóstico médico.

## — REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luis M. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: MASSON, S. A.; 1993. p. 111.
2. Orem's Self Care Framework. In: Fawcett J. Analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge. Nursing Models and Theories. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2000. p. 290.
3. Fernández AR. Efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja-Boyacá, Colombia. [Tesis de Doctorado en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. pp. 117-128.
4. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research. In: McEwen M, Wills E. Theoretical Basis for Nursing. 2a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 318.
5. Hutchinson D. Achievement-motivation theory: John Atkinson, David McClelland & Joseph Veroff. In: McEwen M, Wills E. Theoretical Basis for Nursing. 2a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 365.
6. Kroeger A. y Luna R. Atención primaria en salud. Principios y métodos. 2a ed. México: Organización Panamericana de la Salud; 1992. pp. 151, 153, 155.
7. Knowles M, Holton E, Swanson R. The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development. In: McEwen M, Wills E. Theoretical Basis for Nursing. 2a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. pp. 398, 399.
8. Brooks P. Tratamiento en equipo de las enfermedades crónicas-nuevos modelos sanitarios. Diabetes Voice 2008; 53 (número especial): 46-48.
9. Fawcett J. The nurse theorists: 21 st-century updates- Dorothea E. Orem. Nursing Science Quarterly 2000; 14(1): 34-38.
10. Orem D. Nursing. Concepts of Practice. 6a ed. St. Louis Missouri: Mosby; 2001. p. 160-258.
11. Hernández E, Martínez M, Landeros E. Capacidades de autocuidado en adultos con hipertensión arterial y adultos sanos. Desarrollo Cient Enferm 2009; 17(5): 207-211.

12. Martínez M, Escobar T, Soriano C. Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca, México. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008; 12(1): 63-67.
13. Orta M, Rodríguez R, Prieto J. Educación para la salud desde Atención Primaria. *Rev. ROL de enferm* 2007; 30 (4): 15-17.
14. De Cabo A, Gamarra M, Mediavilla M, Sánchez M, Duarte G. Revisión sistemática: cambiar hábitos ¿Educación para la salud grupal o individual? *Evidentia [revista en internet]* 2009 [Consultado 10 de julio de 2009]; 6(27). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev2759.php>.
15. Maya A, Hernández J, Luna J. Capacidades especializadas de autocuidado y adaptación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista CONAMED* 2008; 13 (Suppl. 2): 30-35.
16. Potter P, Perry A. *Fundamentos de enfermería*. 5a ed. vol 1. España: Elsevier Mosby; 2001. p. 505.
17. Álvarez R. *Educación para la salud*. 2a ed. México: Manual Moderno; 2005. p. 16.
18. Charnes G. La complejidad y la simplicidad: evaluación y seguimiento de un proceso de educación permanente. En: Roschke M. *Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación en salud. Experiencias y lecciones*. Washington: OPS; 2006. p. 23.
19. Ausubel D, Novak J. *Psicología educativa: Un punto de vista cognoscitivo*. 2a ed. México: Trillas; 1983. p. 55.
20. Warner K, Willis S. *Psicología de la vejez adulta y la vejez*. 5a ed. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2003. p. 377.
21. Perea R. *Educación para la salud. Reto de nuestro milenio*. Madrid: Díaz de Santos, S. A.; 2004. p. 163.
22. McEwen M, Wills E. *Theoretical Basis for Nursing*. 2a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 383.
23. Arrivillaga M, Salazar I, Correa, D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica* 2003; 34(4): 186-195.