

Axiomas y teoremas del cuidado

Repercusión de los Factores Condicionantes Básicos en la vulnerabilidad de la población militar en despliegues internacionales

Sheima Hossain López (1)

Luis Orbañanos Peiro (1)

1 Escuela Militar de Sanidad (EMISAN)

Dirección de correspondencia: Despacho Norte 347. Edificio Politécnico, Campus Universitario, Ctra. Barcelona Km 33.6, 28871 Alcalá de Henares (Madrid)

Teléfono de contacto: 610792168

Correo electrónico: sheimahossain@gmail.com

Artículo recibido el 01/11/2017,

Aceptado el 23/11/2017

RESUMEN

El presente estudio valora la repercusión de los factores condicionantes básicos, incluidos en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, en la vulnerabilidad del personal militar participante en despliegues internacionales.

Para ello, a través de un planteamiento deductivo, relaciona las tesis de la autora norteamericana con el concepto de vulnerabilidad, entendido como la mayor predisposición a que se produzca un déficit de autocuidado.

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. Asimismo, se plantean modos de reducir la vulnerabilidad de este personal como el entrenamiento en entornos simulados.

Palabras clave: Despliegues internacionales; Autocuidado; Factores condicionantes básicos; Vulnerabilidad.

ABSTRACT

The present study evaluates the influence of the basic conditioning factors, proposed in the Self-Care Deficit Theory by Orem, on the vulnerability of the military personnel during international deployments.

Across a deductive exposition, it relates the theses of the North American authoress to the concept of vulnerability, as risk of self-care deficit.

In conclusion, the determining basic factors that can be related to the participation in an international deployment are, mainly, the environmental factors, the model of life and the sociocultural orientation. Likewise, ways of reducing the vulnerability are proposed, for example, training in simulated environments.

Key words: International deployments; Self-care; Basic conditioning factors; Vulnerability.

INTRODUCCIÓN

Existe evidencia que indica que muchos de los problemas de salud acaecidos durante despliegues militares se relacionan con factores ajenos al combate y que podrían haber sido detectados de forma previa (1,2,3). Esta predicción podría prevenir problemas de salud para las personas, además de los inconvenientes tácticos, estratégicos y, a la postre, económicos para la organización (1).

En el caso de España, de forma previa a estos despliegues internacionales se realiza un reconocimiento médico, odontológico y psicológico, con el objetivo de determinar la aptitud de los individuos para el desarrollo de la misión (4,5). Esta aptitud se determina de acuerdo a la presencia o ausencia en el momento de la exploración de *anomalías, circunstancias psicofísicas, procesos o alteraciones* que pudieran resultar parcial o totalmente incompatibles con su desplazamiento a Zona de Operaciones (Z.O.) (4).

En un intento de ampliar esta perspectiva biologicista, el presente estudio propone el análisis del despliegue militar como proceso vital, entendido como aquella situación “cuya presencia puede generar en las personas una modificación en su demanda de cuidados o en la capacidad para satisfacerla que genera respuestas humanas disfuncionales” (6). De esta manera, y en base al Modelo de Autocuidado propuesto por Dorothea Orem, se pretende determinar los factores condicionantes que influyen en el desarrollo de estos desajustes y se reflejan en un aumento de la vulnerabilidad de las personas.

La persona y su vulnerabilidad

La Teoría del Déficit de Autocuidado (T.E.D.A.) de Dorothea Orem parte de un concepto unitario de persona (7). Así, hablar de una persona supone asumir su pertenencia a la especie humana pero a la vez aquellas características accidentales que le convierten en un individuo concreto y le diferencian de los demás (8). Orem afirmaba que “adoptar una visión particular para cierto objetivo práctico no invalida la postura de que los seres humanos sean seres unitarios” (7).

Orem “concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos

colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente” (9); de lo que se concluye que puede ser considerado como persona, agente, usuario de símbolos, organismo u objeto (7).

En tanto el ser humano es persona, posee entre sus características inherentes e innegables la vulnerabilidad (10) entendida como “riesgo o probabilidad de que un individuo, un hogar o una comunidad pueda ser lesionada o dañada a raíz de cambios en las condiciones del contexto en que se ubica o en virtud de sus propias limitaciones” (11).

Según Sellman (10), todas las personas son en mayor o menor grado vulnerables. Ignorar esta vulnerabilidad inherente al ser humano, sólo implica una mayor predisposición a sus efectos. De alguna manera, dice el autor, las personas tienden, por si mismas, a actuar de manera que reduzcan su vulnerabilidad aplicando medidas “protectoras”. Cuando no es posible llevar a cabo este tipo de acciones (por limitaciones psicofísicas, derivadas del proceso madurativo, etc) y sin embargo la amenaza está presente, se produce el daño y la persona se convierte en “paciente”.

Carel (12), considera que una persona es más vulnerable cuando su cuerpo, condicionante de su existencia, es más vulnerable. Las sensaciones de vulnerabilidad (miedo, dolor, etc) o las limitaciones físicas o sensoriales son atributos de la persona en tanto acontecen en el cuerpo de ésta, afectando a su autonomía y a su capacidad de autocuidado. La vulnerabilidad física, dice Carel, tiene como consecuencia la vulnerabilidad psicológica, social, económica, etc que se retroalimentan entre sí y deben ser tenidos en cuenta en la planificación de los cuidados.

El autocuidado y los factores condicionantes básicos en la vulnerabilidad de las personas

Para Orem las personas son capaces de realizar acciones deliberadas entendidas como aquellas “realizadas por seres humanos individuales que tienen intenciones y son conscientes de sus intenciones de llevar a cabo, a través de sus acciones, condiciones o estados de cuestiones que no existen por el momento” (7,13). Una de estas acciones es el autocuidado y, en tanto un individuo tiene esta capacidad, Orem lo considera como *agente* de autocuidado (7).

Existen condiciones que en un espacio y tiempo concretos influyen en la manera en que se realiza el autocuidado, ocasionan la aparición de nuevas necesidades de cuidado o menoscaban la idoneidad de las capacidades de la persona como agente. Estas condiciones son los Factores Condicionantes Básicos (F.C.B) descritos en la T.E.D.A. y que incluyen: edad cronológica, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo (o patrón) de vida y factores relacionados con el sistema sanitario, el sistema familiar, la orientación sociocultural, la disponibilidad de recursos y el entorno (13). En relación con estos FCB, Orem sugiere que se ven afectados por factores humanos y del contexto en el que estas se desenvuelven, ya sea como parte de un grupo social o de forma individual (13).

De acuerdo a Arribas et al (14) cada uno de los FCB tiene un peso específico en la vulnerabilidad de las personas. En dicho trabajo, se establece que la vulnerabilidad de una persona, ante los problemas de salud, es un valor resultante de la interrelación de los distintos FCB y que su intensidad es inversamente proporcional a la capacidad de autocuidado que tiene una persona. Por tanto a menor capacidad de autocuidado tenga una persona, mayor será su vulnerabilidad al enfrentarse a potenciales alteraciones de la salud (14).

Tipos de operaciones militares con participación Española

A grandes rasgos, y en función de su objetivo, podemos clasificar los tipos de despliegue como operaciones de combate, de seguridad, de mantenimiento de la paz u operaciones en tiempos de paz.

Desde julio de 1992, componentes de las Fuerzas Armadas (F.A.S) españolas han participado en despliegues internacionales vinculados la Organización de Naciones Unidas (O.N.U.), la Organización del Tratado del Atlántico Norte (O.T.A.N.) o la Unión Europea (E.U.) o bien en base a intereses puramente nacionales. La mayor parte de ellas han sido consideradas Operaciones de Mantenimiento de la Paz (O.M.P.) (15,16). Por ello este trabajo se centra en este tipo de despliegue como objeto de estudio.

Para estos despliegues se designa a personal que realiza labores similares en su destino habitual. Los designados durante la fase de preparación deben superar, como ya se ha mencionado, un *cribado* de idoneidad médica,

odontológica y psicológica en base a alteraciones presentes en el momento del reconocimiento (4,5).

HIPÓTESIS

La hipótesis planteada para este estudio fue que *la participación de un sujeto en un despliegue internacional constituye, en sí misma, un proceso vital que aumenta su vulnerabilidad de base, debido a la influencia sobre una serie de factores condicionantes básicos que menoscaban su capacidad de autocuidado.*

OBJETIVOS

Para verificar la validez de la hipótesis se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo general. Analizar la repercusión de los factores condicionantes básicos sobre la vulnerabilidad de la población militar en operaciones de mantenimiento de la paz (O.M.P.)

Objetivos Específicos (O.E.).

- O.E.1. Describir los FCB de la población militar desplegable en una OMP.
- O.E.2. Valorar los obstáculos que pueden afectar a la satisfacción de RAc derivados del despliegue en una OMP, ocasionando la aparición de nuevos déficits de autocuidado.
- O.E.3. Asociar a los obstáculos descritos en el O.E.2. los FCB implicados en los cambios en el cuidado.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la consecución de los objetivos planteados se llevó a cabo un estudio de tipo deductivo mediante extracción de conocimiento (OE1) y educación por expertos (OE2, OE3).

La extracción de conocimiento se realizó a partir de información (estadísticas, informes, etc) vinculadas al Ministerio de Defensa.

Para aquellas argumentaciones relacionadas con aspectos operativos del despliegue la validación fue realizada por personal del Departamento de Enfermería de la Escuela Militar de Sanidad (EMISAN, Academia Central de la Defensa) y profesionales vinculados.

Este grupo de expertos estuvo compuesto, en paridad, por tres hombres y tres mujeres, oficiales del Cuerpo Militar de Sanidad de la especialidad fundamental de enfermería. Con respecto a la preparación académica el grupo contaba con un director con el grado de Doctor, tres miembros con nivel de Master y dos grados en Enfermería. Todos ellos habían participado en varios despliegues internacionales, la media fue de 4 misiones; abarcando todos los niveles de escalonamiento sanitario y en misiones promovidas en el ámbito de los tres ejércitos (Armada, Ejército de Tierra y Aire).

Para los aspectos académicos y como expertos en la Teoría de Déficit de Autocuidado se contó con la validación de un núcleo de profesionales del Grupo de Investigación *Management about Information and Standard Knowledge of Care* (M.I.S.K.C.) perteneciente a la Universidad de Alcalá de Henares. Dicho grupo estaba compuesto por cuatro hombres y cuatro mujeres. De los ocho miembros, tres ostentan el grado académico de Doctor, tres el de Master y dos son especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.

El estudio, que fue realizado entre octubre de 2016 y junio de 2017, se centró en el ámbito de las operaciones de mantenimiento de la paz, siendo la población a estudio el grueso de la fuerza desplegable a estas misiones.

RESULTADOS

FCB predominantes en la población militar desplegable a una OMP

Tomando las unidades que, por sus características, nutren los contingentes desplegados en O.M.P. se analizaron los FCB predominantes de su población.

Así, de acuerdo con el último Anuario Estadístico Militar disponible (17) este grupo humano estaría conformado por adultos menores de 55 años con una proporción mayor de hombres que de mujeres, perteneciendo estas principalmente a los grupos más jóvenes.

El sistema social de las FAS españolas se apoya en un modelo de valores híbrido que ha cambiado desde un modelo puramente institucional a uno ocupacional. El modelo institucional hace referencia a la clásica concepción de lo militar, basado en la vocación, un código ético estricto, y virtudes como la disciplina, el espíritu de sacrificio o el honor; en el que el interés de la institución y la sociedad a la que sirven se anteponen a los intereses particulares del sujeto. Por el contrario, el modelo ocupacional prioriza el interés personal y la mayor competencia técnica, se basa en un sistema de recompensas (y penalizaciones) de carácter económico y se posiciona en valores más propios de lo que se ha considerado la sociedad civil (18).

El sistema familiar del personal militar se ha visto condicionado, en los últimos años, por hitos como la profesionalización integral del ejército, la plena incorporación de la mujer a las fuerzas armadas y el compromiso de España en los despliegues internacionales. La mayor exigencia en la capacitación profesional para la carrera militar, la reducción de efectivos, la participación frecuente en misiones internacionales, la incertidumbre ante los destinos o la ausencia frecuente del domicilio en el seno de un nuevo modelo social suponen ajustes importantes en el sistema familiar. Se ha observado, por otro lado, un incremento de núcleos monoparentales y de matrimonios entre militares que dificulta significativamente la conciliación de la vida familiar (19) y que ha dado lugar recientemente a la modificación de la reglamentación relativa a destinos de este personal (20).

En cuanto al estado de salud, la aplicación de la normativa en vigor exige al personal la realización de reconocimientos médicos y psicológicos periódicos. También es preceptivo, la realización de pruebas físicas que permita establecer diferentes niveles de aptitud en función, entre otros criterios, del destino del personal a evaluar (21). En consecuencia se extrae

que el personal a estudio, desplegable a misiones internacionales, tiene un nivel homogéneo y aceptable de salud.

Con respecto al sistema de salud del personal militar, la atención a la salud, en Territorio Nacional, es proporcionada por mutuas sanitarias y centros adscritos al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) través de sus diferentes modalidades asistenciales con las mismas garantías que proporciona el Sistema Nacional de Salud (22).

En cuanto a las actividades de la vida diaria, gran parte de ellas vienen condicionadas por el desarrollo habitual de la jornada laboral de un militar. Otras, lógicamente, quedan supeditados a la vida personal y no pueden generalizarse para este estudio.

Sin embargo, muchas de las características del modelo de vida del personal militar emanan de la orientación sociocultural y del sistema familiar, que han sido explicados anteriormente.

En relación con los hábitos, de forma clásica los idearios del militar orientan a la salud como recurso y motivan conductas estoicas (23). Los hábitos saludables se refuerzan con actividades de las que es responsable el personal de enfermería destinado en las Unidades y los hábitos tóxicos, de adicción a sustancias, se controlan de manera normativa por planes comunes a toda la institución.

Respecto a los factores del entorno, se podría considerar que un militar está expuesto a las mismas condiciones cualquier otro habitante de la región en que se localice. De la misma manera, no debería existir una mayor posibilidad de contacto con microorganismos patógenos o reservorios que para el resto de la población, dado que se aplica la misma normativa de control ambiental, a la que se suma la específica militar (24,25).

Sin embargo, no es así para otros factores que pueden afectar al militar, especialmente en actividades de instrucción y adiestramiento (26,27,28).

En cuanto a la disponibilidad de recursos desde la profesionalización de las Fuerzas Armadas españolas, se puede considerar que el personal militar tiene capacidad económica que permite acceder a la adquisición de recursos materiales necesarios para el autocuidado (29).

En relación con la disponibilidad de tiempo que dedicar al autocuidado, ya se ha hecho hincapié en la especial dedicación del militar en puntos anteriores. Sin embargo, también hay que contemplar muchos hábitos de autocuidado se incorporan de manera habitual a la jornada de trabajo, como pueda ser la realización de deporte, el aseo o la dieta.

Obstáculos que afectan al autocuidado durante una OMP

Dorothea Orem, investigó las condiciones que podían afectar a la satisfacción real de los diferentes RAc(13). Como resultado de estas investigaciones, llevadas a cabo entre 1977 y 1983, se generaron listados que se incluyen como apéndice de su obra “Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica” (7). Dichos listados se utilizaron como punto de partida para un mapeo de aquellas circunstancias de los despliegues internacionales, entendidos como proceso vital, que pudieran limitar la satisfacción de los requisitos de autocuidado por parte de los integrantes de un contingente. Los resultados se adaptaron en forma de tablas para cada uno de los ocho requisitos universales descritos por Orem, como se muestra, a modo de ejemplo, en la Tabla I.

Tabla I. Obstáculos al mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

| R.Ac. | Tipo | Subtipo | Descripción | Alt. r/c despliegue |
|---|----------------------|--|--|---------------------|
| Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo | Factores humanos | Factores que interfieren entre la actividad y el reposo | Estados emocionales, insomnio, intereses y preocupaciones acuciantes por algún problema o asunto de la vida diaria. | Si |
| | | Condiciones específicas que interfieren entre la actividad y el reposo | Disnea, dolor no controlado, malestar continuo. | No |
| | Factores ambientales | Entorno social | Lo requieren personas significativas | Si |
| | | Recursos y tiempo inadecuados | Para actividades de trabajo y de recreo; cambios de periodo de actividad y reposo; obtener sueño y reposos; mantener condiciones físicas necesarias y deseables. | |
| | | Entorno físico | Condiciones climáticas; ruido; silencio excesivo; preferencias personales | |
| | | Situación ambiental | Condiciones de desastre | |

De acuerdo al estudio pormenorizado se observa:

- Gran influencia de los estados emocionales del individuo sobre casi todos los RAc.
- En relación con el aporte de aire, la composición y existencia de contaminantes en este adquiere el mayor peso específico.
- En cuanto al aporte de agua y alimentos son las condiciones de acceso a ellos, la situación social en que se consumen y el ajuste a las preferencias/necesidades del sujeto los principales obstáculos detectados.
- En cambio, el entorno en que se ubican y los recursos disponibles son las principales limitaciones en relación con todos los procesos de eliminación.
- Las características individuales y del propio grupo marcarán el equilibrio entre soledad e interacción social, que se encuentra condicionado por la continua y obligada interacción social, derivada del desarrollo de todas las actividades de la vida diaria en el contexto de la Unidad.
- La prevención de peligros parece depender directamente del grado de conocimiento que se tenga de ellos y de las formas de prevenirlos, tanto de forma individual como del grupo, así como de la existencia de recursos para llevar a cabo las acciones necesarias.
- Finalmente, en relación con la promoción de la normalidad los conflictos de rol, las condiciones de vida y los ya mencionados estados emocionales son los principales obstáculos para la satisfacción de las necesidades de las personas.

FCB implicados en los cambios en el cuidado.

Una vez descritos los obstáculos que puede encontrarse el personal desplegado en una OMP a la hora de satisfacer sus RAc, se pretendió analizar que FCB estaban relacionados.

A partir de las tablas obtenidas del estudio del O.E.2 se extrajeron aquellos obstáculos detectados para relacionarlos con los FCB de acuerdo a la descripción aportada por Dorothea Orem en su obra e incluida en el marco conceptual del presente estudio (13).

Los resultados se recogieron en tablas que incluían los obstáculos, identificados anteriormente, clasificados por requisitos de autocuidado, tipo y subtipo y los factores condicionantes básicos que se consideraron, por el grupo de expertos, vinculados a estos impedimentos como la mostrada en el ejemplo de la Tabla II.

Tabla II. FCB con repercusión en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

| R.Ac. | Tipo | Subtipo | Descripción | FCB Relacionado |
|---|----------------------|--|---|---|
| Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social | Condiciones de vida | Demanda continua de interacción con otras personas durante las horas de vigilia | Derivadas del desarrollo de todas las actividades de la vida diaria en el contexto de la Unidad | Factores ambientales, modelo de vida |
| | Factores humanos | Factores personales | Características individuales | Orientación sociocultural |
| | | Interferencias específicas | | Modelo de vida |
| | Factores ambientales | Personas cercanas para contacto o interacción social | Dependiendo del grupo social y de las condiciones/instalaciones disponibles | Factores ambientales, orientación sociocultural |
| | | Condiciones o recursos físicos ambientales que facilitan o dificultan la interacción social o la intimidad | | |

A la vista de los resultados, cabe destacar que los principales FCB implicados en los déficits de autocuidado que pudieran derivarse de la participación en un despliegue en OMP son, fundamentalmente, los factores ambientales, el modelo de vida y la orientación sociocultural. También cobran importancia, aunque con un impacto considerablemente menor en la vulnerabilidad, el acceso a recursos, el estado de salud, y el sistema familiar y de cuidados.

DISCUSIÓN

Dentro del grupo de FCB considerados, por este estudio, más influyentes en la vulnerabilidad de los soldados, varios son considerados actualmente en la preparación y planeamiento de una misión.

En relación con los factores ambientales, la información proporcionada por los informes de inteligencia sanitaria suele guiar la planificación de medidas de control ambiental para las que existen publicaciones y normativa (24,25,30,31). También se reconoce, en publicaciones doctrinales, la importancia de las condiciones de alojamiento y el acceso a recursos materiales (32).

La alteración de la dinámica familiar debido a la localización de un miembro fuera del hogar, con motivo de su participación en una OMP, como destaca Martínez (19,33), es un factor que condiciona el estado emocional del individuo. Si bien se realiza una valoración psicológica de todo el personal a desplegar quizá debiera ponerse el foco de atención en aquellas situaciones de problemática familiar que ya se han descrito como causas de desajuste (33), valorando si las medidas actuales de conciliación de la vida familiar resultan adecuadas, realistas y efectivas.

En cuanto al estado de salud, es quizá el FCB al que más atención se dirige de forma previa al despliegue, si bien centrada únicamente en determinadas “anomalías, circunstancias psicofísicas, procesos o alteraciones médicas, odontológicas o psicológicas” (4). Esta preocupación se plasma en la abundante normativa, producida en los últimos años, relacionada con los “requisitos sanitarios exigibles” a personal que se desplaza a operaciones (4,5,34,35).

En Zona de Operaciones (Z.O.) la asistencia sanitaria se articula en formaciones estructuradas por capacidades de tratamiento, de acuerdo a la doctrina OTAN. Esta organización está orientada, casi exclusivamente, a la enfermedad y la lesión de combate (36). De esta manera el sistema de salud, a disposición del militar en Territorio Nacional, queda en Z.O. reducido a ciertas capacidades asistenciales y preventivas. La mejora del cuidado de la salud desde un enfoque que, sin desatender las lesiones provocadas por la actividad hostil, se oriente a las nuevas demandas originadas por el propio despliegue como proceso vital, podría resultar más eficaz en la reducción de la vulnerabilidad de los efectivos desplegados.

Aunque parece evidente la influencia de la orientación sociocultural y el modelo de vida sobre la vulnerabilidad, no se realiza, en la actualidad, un estudio previo al despliegue de elementos como las actividades de la vida diaria, hábitos, medidas de autocuidado realizadas diariamente o elementos culturales que condicionan las conductas que pudieran ser ineficaces en nuevos escenarios.

CONSIDERACIONES FINALES Y APLICABILIDAD

Teniendo en cuenta que la mayor parte de la información sobre los factores básicos condicionantes, tanto de un sujeto como de un contingente, puede ser obtenida de fuentes como la historia clínica y que las condiciones de un despliegue son conocidas de antemano (informes de inteligencia sanitaria, manuales de área, etc.), es posible el diseño de un modelo de predicción de vulnerabilidad, replicable para cada contexto y contingente. Un sistema basado en conocimiento como el propuesto por Jiménez et al (8) puede ser un buen punto de partida para este proyecto.

De esta manera, sin un coste añadido a las actuaciones que actualmente se llevan a cabo de forma previa al despliegue, se podría obtener valiosa información orientada a la selección de personal, la planificación asistencial en Zona de Operaciones, la adecuación de instalaciones y condiciones de vida del personal, etc.

Para aquellas personas que no se han expuesto con anterioridad a las condiciones previstas en el despliegue a realizar, el entrenamiento por simulación podría valorarse como una opción. Si, como propone Carell(12) el aumento en la vulnerabilidad supone una oportunidad de aumentar la competencia del sujeto, la exposición controlada de un soldado a situaciones de mayor exigencia parece una herramienta adecuada para este entrenamiento. De esta manera, tal como planteaba Araujo (11), se disminuiría la vulnerabilidad gracias a un aumento de la resistencia de las personas vehiculizada, en este caso, por un adiestramiento en conductas eficaces de autocuidado mediante la interacción entre el sujeto y un entorno determinado.

En el ámbito aeronáutico, ya se entrena a través una exposición controlada a determinadas condiciones de vuelo como pueden ser la hipoxia o la

desorientación espacial. Demostrando que el personal instruido aumenta la eficiencia y la seguridad con que desempeñan su labor en situaciones reales(28).

El adiestramiento en el cuidado, podría dirigirse a las capacidades fundamentales y disposiciones de la agencia de autocuidado, definidas por Orem(13). La mejora consecuente en la estimación de las nuevas demandas ocasionadas por el despliegue, como proceso vital, facilitaría a su vez la adecuada toma de decisión y la materialización de la acción de autocuidado correspondiente. Todo ello podría reflejarse en una reducción de la vulnerabilidad del personal del contingente entrenado.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Huizinga E, Hoencamp R, van Dongen T, Leenen L. (2015) Cross-sectional analysis of Dutch repatriated service members from southern Afghanistan (2003-2014). *Mil Med*, 180(3),310-314.

(2) Crain JA, Larson GE, Highfill-McRoy RM, Schmied EA.(2011) Postcombat outcomes among marines with preexisting mental diagnoses. *J Trauma Stress*, 24(6),671-679.

(3) Roy TC, Piva SR, Christiansen BC, Leshner JD, Doyle PM, Waring RM, et al.(2015) Description of musculoskeletal injuries occurring in female soldiers deployed to Afghanistan. *Mil Med*,180(3),269-275.

(4) Inspección General de Sanidad (2013). Requisitos sanitarios exigibles al personal militar que se desplace a Zona de Operaciones. Instrucción Técnica 15 de julio de 2011 (Actualización 31/07/2013).

(5) Inspección General de Sanidad (2015). Ficha de identificación sanitaria. Instrucción Técnica 7 de febrero de 2006 (Actualización 23/02/2015).

(6) Arribas Cachá A, Santamaría García JM, Sellán Soto C, Amescua Sanchez A, Gómez González JL, Jiménez Rodríguez L, et al.(2010) Procesos vitales de cuidados (Versión 1.0). Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. Disponible en:

<http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/76508/Procesos+vitales+de+cuidados> (último acceso 10 de mayo de 2017)

(7) Alligood MR, Marriner-Tomey A. (2010) Modelos y teorías en enfermería. (7ª Ed). Madrid, Elsevier Science.

(8) Astacio M. (2001) La identidad filosófica del individuo (visión tomista). A parte Rei. Revista de Filosofía. Consulta 20 noviembre 2016, de la World Wide Web: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/individuos.pdf>.

(9) Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. (2014) La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica, 36(6), 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004 (último acceso 20 enero 2017)

(10) Sellman D. (2005) Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. Nursing Philosophy, 6(1), 2-10.

(11) Araujo González R. (2015) Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? Revista Novedades en Población, 11(21), 89-96.

(12) Carel H. (2009) A reply to 'towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability' by derek sellman: Vulnerability and illness. Nursing Philosophy, 10(3), 214-219.

(13) Orem DE. (1993) Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona, Ediciones Científicas y Técnicas.

(14) Arribas Cachá A, Jiménez Rodríguez ML, Santamaría García JM, Sellán Soto MC, Gómez González JL, García R, et al. (2009) Delimitación y ponderación de las poblaciones con mayor vulnerabilidad a requerimientos de cuidados profesionales; índice de gravosidad asistencial basado en factores condicionantes básicos. Madrid, Observatorio Metodología Enfermera Fundación para el Desarrollo de la Enfermería.

(15) Histórico de Misiones en el Exterior. Ministerio de Defensa. Consulta 20 febrero 2017, de la World Wide Web: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/historico/.

(16) Misiones Actuales en el Exterior. Ministerio de Defensa. Consulta 20 febrero 2017, de la World Wide Web: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/.

(17) Anuario Estadístico Militar. Año 2014 (2014). Ministerio de Defensa. Subdirección General de Publicaciones y Patrimonio Cultural. Disponible en: <https://publicaciones.defensa.gob.es/anuario-estadistico-militar-a-o-2014.html>

(18) Baques J. (2004). La profesión y los valores militares en España. *Revista Internacional de Sociología*,62(38),127-146.

(19) Memoria-Informe Año 2014 (2014) Observatorio de la Vida Militar del Ministerio de Defensa,70-122. Disponible en: <http://www.observatoriodelavidamilitar.es/informes.html> (último acceso 17 de mayo de 2017)

(20) Real Decreto 577/2017, de 12 de junio, por el que se modifica el Reglamento de destinos del personal militar profesional aprobado por el Real Decreto 456/2011, de 1 de abril. *Boletín Oficial del Estado* 13 de junio 2017, 48542-48549. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2017/06/13/pdfs/BOE-A-2017-6649.pdf> (último acceso 17 junio 2017)

(21) Real Decreto 944/2001, de 3 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento para la determinación de la aptitud psicofísica del personal de las Fuerzas Armadas. *Boletín oficial del Estado* 4 agosto 2001, 28883-28907. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2001/08/04/pdfs/A28883-28907.pdf> (último acceso 12 enero 2017)

(22) Prestaciones 2011. Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Consulta 31 marzo 2017, de la World Wide Web: <http://www.defensa.gob.es/isfas/prestaciones/index.html>

(23) González J (2014) Reflexiones sobre valores y ética militar. Consulta mayo 2017, de la World Wide Web: http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_marco/2014/DIEEEM21-2014_Reflexiones_Valores_EticaMilitar_Moliner.pdf

(24) Inspección General de Sanidad (2016) Instrucción Técnica Sanitaria 03/2016, de 29 de junio de para la vigilancia entomológica en las Fuerzas Armadas.

(25) Inspección General de Sanidad (2007) Instrucción Técnica Sanitaria 02/2007, de 3 de octubre sobre limpieza, desinfección y desinsectación de vehículos, material y personal en TN y ZO.

(26) Vinuesa Lope M, Vinuesa Jimenez I (2016) Conceptos y métodos para el entrenamiento físico. Ministerio de Defensa.

(27) Entrenamiento para ambientes extremos (2013) Ministerio de Defensa.

(28) Entrenamiento aeroméxico para tripulaciones aéreas: un método eficaz para mejorar la seguridad de vuelo (2016) Ministerio de Defensa,123-138.

(29) Real Decreto 1314/2005, de 4 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de retribuciones del personal de las Fuerzas Armadas. Modificación 1 de noviembre de 2013. Boletín Oficial del Estado 5 de noviembre de 2005.

(30) Manual de medicina preventiva en operaciones (2007) Ministerio de Defensa.

(31) De Toledo y Ubieto, RO, Fernández Domínguez P.(2005) Guía de prácticas correctas de higiene alimentaria.Ministerio de Defensa.

(32) Material de vida y campamento. 2003. Dirección de Doctrina, Orgánica y Materiales. Material de vida y campamento. Mando de Doctrina. Ministerio de Defensa.

(33) Martínez Sánchez JA (2012) Análisis descriptivo del personal militar español asistido por el Servicio de Psicología del ROLE 2 de Herat, Afganistán. Sanidad Militar, 68(3), 163-167.

(34) Subsecretaría de Defensa (2008) Instrucción 22/2008, de 31 de enero, por la que se establece un nuevo modelo de cuestionario de salud. Boletín Oficial de Defensa 18 de febrero de 2008:2323-2325.

(35) Inspección General de Sanidad (2009) Instrucción Técnica de 5 de febrero de 2009 sobre Requisitos sanitarios exigibles al personal militar que se desplace a zonas de operaciones.

(36) Hernández Abadía de Barbará, A (2013) Apoyo Sanitario en Operaciones. Centro de Estudios Superiores de la Defensa:41.