

# RELACIÓN LÓGICA ENTRE EL CUIDADO Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Sandra Páez Ramos  
Grupo MISKC (Universidad de Alcalá)

Páez Ramos, S. (2019). **RELACIÓN LÓGICA ENTRE EL CUIDADO Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS**. *Ene*, 13(4).  
Consultado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1081>

## Resumen

Las enfermedades crónicas constituyen un problema de primer orden en la práctica sanitaria actual. Los factores de riesgo comunes constituyen hábitos de vida no saludables que, según la teoría del Déficit de Autocuidado de Orem, pueden encuadrarse dentro de una agencia inadecuada de autocuidado.

El objetivo principal del presente trabajo es demostrar, mediante argumentación lógica, si existe relación entre el cuidado y el desarrollo de enfermedades crónicas. La metodología empleada fue de tipo deductivo.

Se identificó que el cuidado desajustado en relación con las necesidades de cuidado del individuo, de forma crónica, produce afectación de la salud desarrollando enfermedades crónicas.

**Palabras clave:** Cuidado, salud, enfermedad, afectación, crónico, necesidades

## Abstract

Chronic diseases are a first-level problem in today's Healthcare. All of them count on many modifiable risk factors. The most common risk factors constitute unhealthy life habits which, by the Orem's "Self-care deficit" nursing theory, can be framed into an inadequate self-care agency.

The main point in this paper is to identify if care and the development of chronic diseases are related. The method used was a deductive one.

Maladjusted care related to the individual's caring needs, permanently in time, was identified as the one to blame for affecting the health, developing chronic diseases.

**Key words:** Care, health, disease, affection, chronic, needs

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas, definidas por la OMS como “problemas de salud que requieren un tratamiento continuado a lo largo de años o décadas” (1) presentan una distribución característica asociada a factores de riesgo comunes que, en su mayoría, pueden identificarse con “malos hábitos” (consumo de tabaco, dieta inadecuada, poca actividad física y consumo de alcohol) (2, 3).

Dado que las enfermedades crónicas se producen en poblaciones determinadas, asociadas a factores de riesgo que están en relación con una agencia de autocuidado inadecuada (4), sería de interés caracterizar estas enfermedades desde los rasgos de las poblaciones que las sufren – Factores Condicionantes Básicos – en contraposición a la caracterización médica típica de las enfermedades desde la biología de la propia enfermedad.

## BASES CONCEPTUALES

### EL CONCEPTO DE PERSONA DESDE EL PARADIGMA DE LA FILOSOFÍA Y EL AUTOCUIDADO

Para los dos grandes pensadores de la Grecia Clásica, el ser humano estaba formado por un alma y por un cuerpo. Para Platón, esta unión entre alma (idea) y cuerpo (mundo sensible) era ac-

cidental, fruto del desequilibrio de las tres partes del alma (la racional que toma decisiones, la volitiva gobernada por pasiones nobles y la concupiscible gobernada por pasiones innobles), como describe en el mito del carro alado (5, 6, 7). Por su parte, Aristóteles defendía que la unión entre alma (forma) y cuerpo (materia) es natural y necesaria, ya que la forma es la “esencia de la materia” (6, 8, 9). Para este autor, el alma también estaría formada por tres partes: la vegetativa (nutrición y reproducción), la sensitiva (conocimiento sensitivo, apetito, facultad psicomotriz) y la racional (logos). (6, 8)

Durante los siglos XVII y XVIII, el mecanicismo fue una doctrina filosófica que equiparó la realidad con una máquina, rompiendo con la filosofía griega clásica; René Descartes fue la figura clave en este movimiento (10). Esta concepción de la realidad impregnó la medicina moderna, donde el ser humano pasó a concebirse como una máquina, trabajando con la concepción dual del mismo en res cognitivas (mente, incorpórea) y res extensa (cuerpo, cerebro), incurriendo en la cosificación del cuerpo y del ser humano, permitiendo que este pasara a ser objeto de investigación (6, 10).

Ya en el siglo XX, Heidegger identifica el hombre con el “dasein” o ser-en-el-mundo, desde una aproximación

hermenéutica. La forma en el que ser humano existe en el mundo es el “encontrarse arrojado”, es decir, viviendo emociones (fundamentalmente la angustia como ausencia del sentido del mundo en su totalidad) (6, 11).

Realizando una aproximación desde los modelos teóricos del cuidado, Orem describe el ser humano como un individuo que requiere estímulos continuos e intencionados para sobrevivir manteniendo un buen funcionamiento (4). Describe los Factores Condicionantes Básicos, características de las personas y de su entorno que determinan la agencia y la demanda de autocuidado. Dentro de los Factores Condicionantes Básicos, se puede distinguir aquellos que hacen referencia al ser humano como tal (“edad” y “sexo”) a aquellos que hacen referencia a la persona como individual dentro del conjunto de seres humanos (4, 12, 13).

Por último, según la Real Academia Española, se puede definir “ser humano” en función de sus conceptos relacionados:

*“Ser” como esencia («aquello que constituye lo permanente e invariable de las cosas de la vida») o naturaleza («principio generador del desarrollo armónico y la plenitud, de manera propia e independiente, con*

*objeto de su conservación y aumento y no modificado por la educación»)* (14)

*“Humano” (hombre, alma, vida, racional) como «ser vivo, existente en un tiempo y lugar determinado, dotado de una energía para llevar a cabo una actividad que organice el dinamismo vegetativo, sensitivo y racional»* (14)

Es decir, un ente con la característica de “vida” que le vincula a la necesidad de mantenerla, teniendo el ser humano un conjunto de necesidades básicas comunes que no están mediadas por la educación ni por la cultura (15).

## **EL CONCEPTO DE CUIDADO DESDE EL MODELO DE AUTOCUIDADO Y LOS AXIOMAS DEL CUIDADO**

Según la Real Academia Española, el cuidado se define como acción de cuidar, siendo esta «poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo», así como «asistir, guardar y conservar» y «discurrir, pensar». Por tanto, el cuidado sería una acción razonada en la que se pone atención y cuyo objetivo sería el de asistir, guardar y conservar (14).

Para Collière el cuidado es un acto de mantener la vida, mediante el cual se asegura la satisfacción de un

conjunto de necesidades indispensables. Las diferentes formas con las que se satisfacen estas necesidades constituyen hábitos de vida, que serán propios de cada persona o grupo (16).

Por su parte, Orem enuncia en su teoría del déficit de autocuidado que el cuidado se divide en tres tipos: el autocuidado, los cuidados dependientes y los cuidados de enfermería. En el caso del autocuidado, se refiere a un conjunto de acciones intencionadas, realizadas por personas desarrolladas o en proceso de desarrollo, con el objetivo del mantenimiento de su propio bienestar, salud y vida, para lo cual es necesario haber desarrollado una agencia de autocuidado. También describe los requisitos de autocuidado que son generalizaciones de los objetivos que se pretenden conseguir mediante las acciones de autocuidado (4).

Monsalvo San Macario enuncia el cuidado humano como un equilibrio dinámico, representado en dos ejes siendo uno energía cinética y el otro energía potencial. Ambos ejes se alternan de forma sincrónica, manteniendo un consumo de energía independiente de en qué tipo de energía se transforme. De este modo, la vida precisa de un desequilibrio constante que se va ajustando a lo largo del tiempo, basándose en los principios de helicidad (15).

En los Axiomas del Cuidado de Santamaría y Jiménez, definen el cuidado humano como un conjunto de acciones que se pueden representar como el cuidado y el anticuidado, unidos por el no cuidado. Afirman que el anticuidado (-c) forma parte de la realidad en forma de acciones negativas en contra del mantenimiento de la vida que pueden ser puntuales o convertirse en hábito, que tienen la característica de ser gregarias. También apuntan que el cuidado es tiempo (una secuencia de sucesos), es decir, el cuidado es crónico (17).

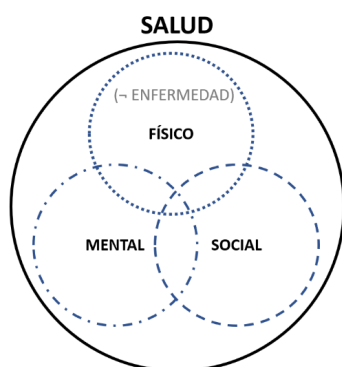
Por último, Heidegger acuña el término *sorge* como “cuidar de” o “velar por”. Identifica el *sorge* como la manera en el que el Dasein se permite la apertura al ser donde significar la existencia humana (6,11).

## **EL CONCEPTO DE SALUD DESDE EL PARADIGMA DE LA MEDICINA**

Según la Real Academia Española, la salud se define en sus tres primeras acepciones como «Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones», «Conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado» y «Libertad o bien público o particular de cada uno» (14). Es decir, la salud es un bien particular que consiste en un con-

junto de condiciones físicas que se dan en un organismo en un momento concreto y en el que dicho organismo ejerce sus funciones con normalidad.

En cuanto al paradigma de salud desde el cuidado, esta sería el conjunto de condiciones físicas, mentales y sociales en el que se encuentra una persona en un determinado momento, que conforman un estado que le permite cuidarse. Las acciones de cuidado de la persona van dirigidas a mantener la salud (18).



*Ilustración 1: Paradigma de salud.*

La definición de la Organización Mundial de la Salud, que no ha sido modificada desde 1948, «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (19), mediante la cual se amplía el concepto de salud con un enfoque psicosocial.

En los textos clásicos de fisiología médica, como Guyton y Hall, se aborda el concepto de salud vagamente a través de una definición que conecta las ciencias básicas con la medicina: salud como trabajo conjunto de las células, de los tejidos y de los órganos, que funcionan de forma sincrónica y jerárquica, permitiendo así mantener la vida (20).

Canguilhem equipara la salud a la normalidad, describiéndola como un concepto normativo mediante el cual se describe un tipo ideal de estructura y de comportamiento orgánico; siendo el restablecimiento de la normalidad (estado ideal de los órganos y estado habitual de los mismos) la finalidad terapéutica (21). En el análisis de Caponi de los textos de Canguilhem, la salud es un concepto ajeno al campo del saber objetivo, no siendo medible ni expresable con números, a pesar de que es inteligible para cualquier ser humano. Expresa que la salud es el estado en el que el individuo es capaz de enfrentarse a las adversidades del entorno de forma autónoma, identificando el autocuidado como elemento central de la salud (22).

Para Botero Jaramillo y Camilo Guevara, la salud es equiparable a lo normal, haciendo hincapié en el concepto de equilibrio como homeostasis del cuerpo dentro de una teoría dinamista o funcional. Refieren que el estado de sa-

lud es una construcción de la medicina moderna en forma de rangos matemáticos medibles, indicando que la normalidad presenta límites impuestos por la sociedad (23)

A pesar de lo descrito previamente sobre la salud, en la Medicina actual se realiza una aproximación a la persona a través del concepto enfermedad (afectación del área física de salud) en lugar de la salud.

Según la Real Academia Española, enfermedad sería en su primera acepción «alteración más o menos grave de la salud», en su segunda acepción «pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual» y en la tercera «anormalidad dañosa en el funcionamiento de una institución, colectividad, etc.». Por tanto, se podría definir la enfermedad como una alteración o anormalidad dañosa de la salud física, moral o espiritual, o del funcionamiento de un grupo social (14).

Para Botero Jaramillo y Camilo Guevara la enfermedad es lo anómalo o anomalía, refiriéndose a términos estadísticos como categorías que pueden contener la enfermedad. La enfermedad no sería cualquier alteración biológica, sino aquellas alteraciones que producen un impacto en la vida o calidad de vida de las personas (23)

Kleinman, Eisenberg y Good recalcan como en inglés hay tres palabras

para expresar enfermedad cuyas connotaciones varían: disease (objetivo, clínico, anormalidad estructurales y funcionales del cuerpo), illness (subjetivo, experiencia de sufrimiento) y sickness (social, fenómeno colectivo de enfermar) (24)

Canguilhem hace una distinción entre lo anormal o anomalía y la enfermedad: puesto que la normalidad y la anomalía se diferencian en su frecuencia estadística relativa, comenta que la anomalía no constituye enfermedad hasta que no se perpetúa en el tiempo y/o pasa cierto umbral. También recalca que la enfermedad cuenta con su propia normalidad, límites y variables medibles. Además, refiere que la enfermedad forma parte de las experiencias vitales del ser humano y que implica sentimiento directo y concreto de sufrimiento (21).

Finalmente, en cuanto al concepto de enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes...), que son definidas por la OMS como «problemas de salud que requieren un tratamiento continuado a lo largo de años o décadas» (1), hace referencia a enfermedades no transmisibles, que se perpetúan a lo largo del tiempo, con una progresión lenta y que están relacionadas con factores de riesgo comunes que son el consumo de tabaco, la dieta

inadecuada, la poca actividad física y el consumo de alcohol (3).

## HIPÓTESIS

Puesto que las enfermedades crónicas están relacionadas con factores de riesgo modificables comunes, que son equiparables a malos hábitos de cuidado, a saber, el consumo de tóxicos (tabaco y alcohol), la dieta inadecuada y el sedentarismo, y que revertir estos comportamientos forma parte del tratamiento de estas, parece lógico pensar que el déficit de autocuidado perpetuado en el tiempo es la causa principal de muchas de estas enfermedades crónicas.

Por ello, la hipótesis de investigación que se plantea en este trabajo es la siguiente: "Existe relación entre el cuidado y la aparición de enfermedades crónicas".

## OBJETIVOS

Con relación a la hipótesis de investigación se plantean los objetivos siguientes:

### OBJETIVO GENERAL

Demostrar si existe relación entre el cuidado y el desarrollo de enfermedades crónicas.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir el tipo de persona relacionada con la aparición de enfermedades crónicas, a través del modelo de Autocuidado de Orem.

Describir el tipo de cuidado relacionado con la aparición de enfermedades crónicas.

Formalización lógica de la relación entre el cuidado y las enfermedades crónicas

## METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la investigación que se presenta a continuación, se ha realizado Extracción de Conocimiento mediante revisión bibliográfica y análisis documental, utilizando artículos y libros recogidos de las bases de datos PubMed, Scielo, en la Biblioteca Virtual de la Universidad de Alcalá de Henares y en la Biblioteca Virtual de la Consejería de Salud Madrileña; así como revisión de textos concretos de referencia médicos, tanto libros como normativas. También se utilizó el Diccionario de la Real Academia Española.

Para la consecución de los objetivos específicos, se toma como paradigma de enfermedad crónica la Diabetes Mellitus tipo 2 para llevar a cabo: (A) la caracterización de la persona que padece una enfermedad crónica en función



de los Factores Condicionantes Básicos, mediante la extracción de conocimiento de los datos epidemiológicos del Instituto Nacional de Estadística; (B) descripción del tipo de cuidado relacionado con el establecimiento de enfermedades crónicas mediante la extracción de conocimiento de textos de referencia de diagnóstico y terapéutica médicos, en función de los factores de riesgos y las recomendaciones no farmacológicas y su relación con los requisitos de autocuidado; y (C) una vez descrito la persona y el cuidado, se formula la relación entre el cuidado y las enfermedades crónicas, identificando las variables de la misma.

## RESULTADOS

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM 2) es una enfermedad causada por una compleja interacción entre factores genéticos y ambientales que da como resultado una resistencia a la insulina y un déficit en mayor o menor grado de esta. Los pacientes que padecen DM 2 suelen estar obesos y/o tener un incremento de la grasa corporal de predominio abdominal. También aparece con más frecuencia en personas que padecen hipertensión arterial o dislipemia. El riesgo de padecer una DM 2 aumenta con la edad, la obesidad y el sedentarismo (25, 26).

## CARACTERIZACIÓN DE LA PERSONA QUE PADECE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

Para describir los Factores Condicionantes Básicos de la persona que padece DM 2 utilizaremos los datos epidemiológicos propios de la DM 2 en España, así como los datos epidemiológicos de los dos factores etiopatogénicos que la literatura médica señalan como clave a la hora de padecer una DM 2: la nutrición inadecuada que condiciona un sobrepeso u obesidad y la actividad física insuficiente (26, 27)

### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS EN RELACIÓN A LA DM 2:

La prevalencia de DM 2 aumenta a medida que aumenta la edad; es mayor en varones con edades comprendidas entre 45 y 64 años (aunque la prevalencia total es similar entre hombres y mujeres). La prevalencia también es mayor en jubilados y prejubilados, seguida de las personas incapacitadas para trabajar, siendo la prevalencia más baja en estudiantes (27).

### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS EN RELACIÓN A LA NUTRICIÓN INADECUADA:

Los datos sobre el tipo de nutrición los valoraremos en base a dos variables: (A) consumo de fruta fresca a

diario y (B) consumo de refrescos con azúcar a diario. Se los datos se puede abstraer que hay mayor prevalencia de nutrición inadecuada en clases socioculturales bajas, en edades comprendidas entre los 15 y los 34 años y de sexo/género masculino.

#### **DATOS EPIDEMIOLÓGICOS EN RELACIÓN A SOBREPESO Y/O OBESIDAD:**

Hay mayor prevalencia de obesidad en mujeres, mayores de 65 años y en clases socioculturales bajas.

#### **DATOS EPIDEMIOLÓGICOS EN RELACIÓN A INACTIVIDAD FÍSICA:**

La actividad física es, en general, menor en personas añosas de sexo/género masculino, mientras que el rango de edad de 15 a 24 años presenta un sedentarismo muy acusado. También hay una mayor prevalencia de limitaciones físicas en edades mayores a 65 años y que, por tanto, impiden una actividad física mayor.

#### **FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA TIPO 2.**

- EDAD: personas mayores de 65 años.

- Destacable el hecho de que en personas jóvenes existe una prevalencia de sedentarismo muy alta y peor alimentación que, si bien no se correlaciona con cifras altas de obesidad y/o DM 2 en ese momento de la vida, dejan entrever una trayectoria de cuidado predisponente a esta patología.

- SEXO: en principio indiferente, aunque existe una mayor prevalencia de obesidad en mujeres y una mayor prevalencia de DM 2 en hombres de edad media.

- ESTADO DE DESARROLLO: no hay datos suficientes para definir este FCB.

- LIMITACIONES: especial hincapié en las limitaciones físicas, puesto que suponen una imposibilidad para una actividad física adecuada.

- Limitaciones físicas no compensadas.

- También se puede considerar que la falta de actividad física conlleve limitaciones físicas en el futuro, destacable también por el hecho de la gran prevalencia de personas jóvenes sedentarias.

- **PATRÓN DE CUIDADOS:**

implícitamente se puede suponer que será nunca o ante problemas de salud (se desarrolla en el siguiente apartado de resultados).

- **PATRÓN DE CUIDADOS GRUPAL/FAMILIAR:** al igual que el anterior, es de suponer que nunca o ante problemas de salud.

- **RECURSOS:** el déficit de recursos materiales se relaciona con alimentación inadecuada y mayores prevalencias de obesidad. El déficit de recursos temporales puede implícitamente relacionarse con una alimentación inadecuada.

- **ENTORNO:** no hay datos suficientes para definir este FCB.

- **GÉNERO:** es probable que el género masculino sea entorpecedor en determinadas edades de la vida, como se deja entrever con la gran diferencia de prevalencia de sedentarismo que hay en mayores de 65 años entre hombres y mujeres.

- **CULTURA:** no hay datos suficientes para definir este FCB.

**IDENTIFICACIÓN DEL TIPO DE CUIDADO RELACIONADO CON LA APARICIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.**

En resumen, la DM 2 es una enfermedad crónica prototípica, cuya prevalencia aumenta a medida que aumenta la edad, donde la dieta hipercalórica y el sedentarismo son dos aspectos clave en su etiopatogenia y, además, la dieta hipocalórica y el ejercicio físico son, a su vez, herramientas básicas del tratamiento. Por tanto, se pueden identificar dos factores de riesgo principales: (A) Dieta hipercalórica y (B) sedentarismo; y dos medidas terapéuticas no farmacológicas principales: (a) dieta hipocalórica y (b) ejercicio físico.

Se relaciona entonces los factores de riesgo y las medidas terapéuticas no farmacológicas con los requisitos de autocuidado (RAU) número 3 – mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos – y número 5 – mantenimiento del equilibrio entre actividades y descanso –. Para ello, se emplea la demanda y la agencia de autocuidado, expresando si están aumentadas, disminuidas o si es neutro. Se obtiene la siguiente tabla como se expresa en la siguiente tabla, donde las flechas hacia arriba son aumento, las flechas hacia abajo son disminución y el sombreado gris es efecto neutro:

		RAU3 <i>mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos</i>	RAU5 <i>mantenimiento del equilibrio entre actividades y descanso</i>
FR "Dieta hipercalórica"	DAC	↑↑↑↑	
	AgAC	↓	
FR "Sedentarismo"	DAC		↓↓↓
	AgAC		↓
Tto "Dieta hipocalórica"	DAC	↓↓↓	
	AgAC	↑↑	
Tto "Ejercicio físico"	DAC		↑
	AgAC		↑↑

Tabla 1: descripción del tipo de cuidado relacionado con la aparición de enfermedades crónicas. Elaboración propia.

Tras el análisis se puede deducir que la persona que desarrolla una enfermedad crónica como la diabetes presenta una agencia de autocuidado poco desarrollada que le impide mantener la demanda de autocuidado satisfecha de forma adecuada, ya sea por exceso (en el caso de la dieta) o por defecto (en el caso de la actividad física). Por tanto, el tipo de cuidado llevado a cabo por una persona que desarrolla una enfermedad crónica es un cuidado desajustado a sus necesidades. El hecho de que las medidas terapéuticas no farmacológicas estén encaminadas al aumento de la agencia de autocuidado para la satisfacción adecuada o ajustada de la demanda de autocuidado, apoya la tesis del cuidado desajustado como promotor de enfermedades crónicas.

Por otro lado, el hecho de que la prevalencia de la enfermedad aumente con la edad indica que para que el cuidado desajustado produzca enfermedad

crónica, es preciso que este se mantenga en el tiempo. Por ello, a medida que la población cuyas demandas de autocuidado no están satisfechas de forma adecuada envejecen, las enfermedades crónicas aumentan su incidencia.

### FORMALIZACIÓN LÓGICA ENTRE EL CUIDADO Y EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Del análisis previo podemos extraer las siguientes variables:

Cd = Cuidado desajustado

DAC = Demanda de Autocuidado

AgAC = Agencia de Autocuidado

T = Tiempo

EC = Enfermedad Crónica

Siendo el cuidado desajustado una demanda de autocuidado insatisfecha o sobresatisfecha, o ambas y una agencia de autocuidado aumentada o disminuida, o ambas:

$$[Cd_{EC} = (\downarrow D_{AC} \vee \uparrow D_{AC}) \wedge (\downarrow Ag_{AC} \vee \uparrow Ag_{AC})]^{T\alpha}$$

De tal modo que la relación entre el cuidado y las enfermedades crónicas sería la siguiente: el cuidado desajustado asociado a tiempo produce enfermedad crónica.

$$\sum T Cd \equiv EC$$

## DISCUSIÓN

En relación con los resultados que se han obtenido en la investigación presente, se pueden tratar los siguientes aspectos:

Esta noción fue desarrollada por primera vez por Marc Lalonde en 1974, en su informe «New perspectives on the health of Canadians», donde describió los determinantes de salud y consiguió resaltar el gran peso que los estilos de vida y factores ambientales tienen sobre la salud (mayores que los factores biológicos, genéticos y de atención sanitaria) (28)

El paradigma de salud empleado en la presente investigación, ejemplificado con el diagrama de círculos, es en realidad más complejo, como fue formalizado por Herrero Jaén en su Trabajo Máster “Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del

lenguaje formal en las ciencias de la salud (18).

En la práctica clínica sanitaria actual, se toma como objeto de estudio la enfermedad, perdiendo la perspectiva global de la persona y el cuidado. El objetivo terapéutico busca el ideal funcional en personas seleccionadas que encajan dentro de las definiciones de unas enfermedades determinadas.

Dentro de las especialidades médicas, la Medicina Familiar y Comunitaria cuenta con un contexto diferente a las Especialidades Hospitalarias; puesto que es la primera puerta de entrada al sistema sanitario, y las personas acceden en cualquier estado de salud y en cualquier etapa de la vida, siendo una atención sanitaria global (del conjunto de la persona) y longitudinal (a lo largo de toda la vida) (29). Es por ello por lo que dentro de la atención en Medicina Familiar y Comunitaria es posible contar con un objetivo terapéutico centrado en el autocuidado, realizando un acompañamiento de la persona, identificando sus competencias en autocuidado y potenciándolas, promocionando hábitos de vida saludables. Este modelo profesional de Medicina Familiar y Comunitaria puede aproximarse al modelo disciplinar de la Medici-

na tradicional y, además, es clave en el abordaje de las enfermedades crónicas.

Durante la última década se han formulado propuestas encaminadas a este cambio de paradigma, pero que siguen teniendo la enfermedad como guía y que no plantean estrategias dirigidas al autocuidado previo a la enfermedad, como la toma conjunta de decisiones o los modelos de paciente experto (30, 31, 32).

para definir estrategias de gestión sanitaria.

## CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Puesto que la Medicina Familiar y Comunitaria se ejerce en el medio de la Atención Primaria, donde existe una aproximación al paciente como persona dentro de su contexto biológico, mental y social, tiene mayor potencial para retomar valores profesionales tradicionales, introduciendo el cuidado como objetivo de trabajo.

Como líneas futuras de investigación, comprobar la validez de la formalización de la relación entre el cuidado y las enfermedades crónicas expuesta en el presente trabajo mediante el análisis de otras enfermedades crónicas. El objetivo final sería el de diseñar un modelo teórico en el que enmarcar las enfermedades crónicas y que pueda utilizarse

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. (s.f.). Enfermedades crónicas. Obtenido de [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
2. OMS. (2018). Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2018. España. Obtenido de <http://www.who.int/nmh/countries/es/>
3. OMS. (18 de Abril de 2008). Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. 61ª Asamblea Mundial de la Salud
4. Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
5. Nuño, J., & Nuño, A. (2007). El pensamiento de Platón. Madrid: Madrid Fondo de Cultura Económica
6. Santamaría García, J. M., Santamaría Pérez, A., & al, e. (2015). Bases filosóficas para el estudio del cuidado: evolución histórica del pensamiento. Grupo MISKC-UAH.
7. Azcárate, P. d. (1871). Obras completas de Platón. Edición de Patricio Azcárate (Vol. II). Madrid
8. Benítez Prudencio, J. J. (2011). Reflexiones sobre la naturaleza humana en el pensamiento de Aristóteles. *Revista de Filosofía*, 36(1), 7-28
9. Aristóteles. (2014). *Acerca del alma*. (T. Calvo Martínez, Trad.) Gredos
10. Llinás Begon, J. L. (2010). Mecanicismo y finalidad en biología. *Revista de Filosofía*, 79-95.
11. Heidegger, M. (1927). *Ser y Tiempo*. (J. E. Rivera, Trad.) Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.
12. Fernández Batalla, M., & al, e. (2015). Conceptualización de la toma de decisiones en el cuidado: acercamiento desde la vacunación. *Ene*, 9(3).
13. Allgood, M. R., & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y Teorías de Enfermería* (Séptima ed.). Madrid: Elsevier Science.
14. Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la Lengua Española* (Vigésimo tercera ed.). Madrid: Espasa
15. Monsalvo San Macario, E., & Fernández Batalla, M. (2017). Formalización del equilibrio como motor del cuidado. *Revista ENE de Enfermería*, 11(3)
16. Colliere, M. F. (1997). *Promover la Vida*. Madrid: Interamericana.
17. Santamaría García, J. M., & Jiménez Rodríguez, M. L. (2016). *Los axiomas del cuidado* (Primera ed.). (M. Rodríguez Álvaro, Ed.) Grupo MISKC\_E-NE.
18. Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*.
19. OMS. (1948). Conferencia Sanitaria Internacional 19 de junio al 22 de julio de 1946. ¿Cómo define la OMS la salud? Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: OMS.
20. Guyton, A., & Hall, J. E. (2016). *Guyton y Hall. Tratado de Fisiología Médica*. (Decimotercera ed.). Barcelona: Elsevier Saunders. Recuperado el 2019
21. Canguilhem, G. (2011). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores.
22. Caponi, S. (Julio de 1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, ciências, saúde*, IV(2), 287-307
23. Botero Jaramillo, N., & Camilo Guevara, J. (Abril de 2017). El cuerpo evidenciado, el cuerpo dominado. *Mecanicismo y medicina basada en la evidencia en relación al cuerpo, la anormalidad y la enfermedad*. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, XI(3), 41-54.
24. Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Intern Medicine*, 88(2), 251-58.
25. Wagner, E., & Goldman-Cecil. (s.f.). *Tratado de Medicina Interna* (Vigésimoquinta ed.). Elsevier España.
26. Harrison, T. R. (2012). *Principios de Medicina Interna*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores.
27. Instituto Nacional de Estadística. (2011). Encuesta Nacional de Salud. Obtenido de [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175)
28. Lalonde, M. (1974). *New perspectives on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
29. Ministerio de Sanidad y Consumo. (3 de Mayo de 2005). Anexo: Programa Formativo Oficial de Medicina Familiar y Comunitaria. BOE número 105. Madrid, España.
30. Mira, J. J. (2005). El paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Seguridad Clínica*, 111-123.
31. Millaruelo Trillo, J. M. (2010). Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo. *Atención Primaria*, 42, 41-47.
32. Nuño-Solinis, R., Rodríguez-Pereira, C., Piñera-Elorriaga, K., Zaballa-González, I., & Bikandi-Irazabal, J. (2013). Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 332-337.