

ARTÍCULO ORIGINAL

La superación del profesional de enfermería dirigida al autocuidado para la atención a pacientes con discapacidad intelectual

Moraima Wilson Donet

Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba

Recibido: 9 de junio de 2026 / Aceptado: 10 de septiembre de 2026 / Publicado en línea: 19 de septiembre de 2026
© La autora 2026**Resumen**

Se realizó un estudio diagnóstico con 20 profesionales de enfermería del Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Amalia Simón Argilagos”, en Camagüey, seleccionados intencionalmente, con el propósito de caracterizar su superación profesional para la atención al autocuidado de personas con discapacidad intelectual. Se analizaron tres dimensiones: cognitiva, instrumental y actitudinal. En los indicadores cognitivos específicos sobre discapacidad intelectual y autocuidado, entre 40 % y 50 % de los participantes se ubicó en categorías Regular o Mal; en la dimensión instrumental, 50 % fue evaluado Mal y 40 % Regular tanto en planificación como en ejecución del autocuidado. La dimensión actitudinal mostró el perfil más favorable, con 50 % en categoría Bien. Los resultados evidencian necesidades formativas sustantivas y justifican una estrategia de superación profesional que articule conocimientos, desempeño práctico y disposición para transformar el cuidado.

Palabras clave superación profesional; enfermería; autocuidado; discapacidad intelectual; diagnóstico; formación continua

Abstract

A diagnostic study was conducted with 20 nursing professionals from the “Amalia Simón Argilagos” Clinical-Surgical Teaching Hospital in Camagüey, intentionally selected to characterize continuing professional development for self-care support in people with intellectual disabilities. Three dimensions were examined: cognitive, instrumental, and attitudinal. In the specific cognitive indicators on intellectual disability and self-care, 40% to 50% of participants were classified as Regular or Poor. In the instrumental dimension, 50% were rated Poor and 40% Regular for both planning and execution of self-care. The attitudinal dimension showed the most favorable profile, with 50% rated Good. The findings reveal substantial training needs and support a professional-development strategy integrating knowledge, practical performance, and willingness to improve care.

Keywords professional development; nursing; self-care; intellectual disability; diagnosis; continuing education

Introducción

El presente artículo consta de tres epígrafes, donde se expone el proceso de superación del profesional de enfermería en Cuba y la fundamentación teórico-metodológica del autocuidado para la atención a pacientes con discapacidad intelectual. Se efectúa además el diagnóstico del estado inicial de la superación del profesional de enfermería dirigida al autocuidado para la atención a pacientes con discapacidad intelectual.

La superación del profesional de enfermería en Cuba

Diversos han sido los autores que han dedicado sus estudios e investigaciones a la temática relacionada con la superación profesional. En la bibliografía consultada, se aprecian estudios que abordan la temática desde diferentes posiciones teóricas, entre otros: (Álvarez, 1989; Álvarez y Fuentes, 2000; Añorga, 2001; Addine, 2002; Caro, 2010; Hernández, 2012; Barbón, Añorga y López,

2014; Fassina, 2014; Estévez, 2015; Bernaza y Douglas, 2016; Calzado, 2016; Serrano, 2016; García, Vigoa y Ramírez, 2016; Rodríguez y Alfonso, 2016; Sánchez, 2017; Galindo, 2017; Marcillo, 2018; Sánchez, Puentes y Sotolongo, 2018; Taro, 2019; González, 2019; Hidalgo, 2019; Gómez, 2019; González, 2020; Zayas Bazán, 2020; Álvarez, 2020; Montero, 2020; Cortiñas, 2020 y Pérez, 2022). Aun cuando argumentan sólidamente sus posiciones teóricas, de modo general coinciden en que es un proceso o conjunto de procesos, que se ofrece a docentes o graduados universitarios, de manera continua, constante o permanente y que se vincula al proceso de enseñanza-aprendizaje. Tanto Castro (2006) como Estévez (2015), son del criterio de la necesidad que posee el docente de superarse de manera consciente y que a su vez logre actualizar sus conocimientos de forma continua y se transforme a sí mismo y al contexto, para enfrentar los retos en el contexto escolar y social. Estos criterios constituyen elementos de cardinal valor para esta investigación al enfatizar además que la superación está encaminada a la actualización y

perfeccionamiento continuo de conocimientos, habilidades, para transformar al docente y enfrentar los desafíos en su desempeño profesional, desde la realidad del proceso docente educativo que dirige. En plena coincidencia con Gómez (2019) al establecer el adecuado cause de la superación profesional se pueden establecer los rasgos que caracterizan el contenido, concebidos como un proceso que transcurre durante el desempeño laboral al provocar cambios del individuo y en el contexto en que actúa. En su carácter continuo, sistémico y consciente, se dirige a la adquisición, actualización, perfeccionamiento de conocimientos y habilidades, así como, a promover el desarrollo de valores. Se realiza con el propósito de mejorar el desempeño laboral y potenciar el desarrollo profesional. Es preciso valorar entonces, la utilización de cursos, talleres de superación, debates científicos, consultas, encuentros de intercambios de experiencias y la autosuperación, entre otras formas de superación (p.45). La autora considera atinado abordar sucintamente la distinción y relación entre superación profesional, formación inicial y formación permanente y partir considerando que la concepción vigente para la superación profesional del personal docente del Ministerio de Educación Superior (MES) en Cuba se rige actualmente por documentos normativos, entre ellos: la Instrucción No. 01/2018, la Resolución No. 138/2019 del MES sobre la formación continua de la educación superior cubana y la Resolución No. 140/2019 sobre el Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba, la que plantea en su Sección Segunda relativa a la superación profesional en su Artículo 19, que: La superación profesional tiene como objetivo contribuir a la educación permanente y la actualización sistemática de los graduados universitarios, el perfeccionamiento del desempeño de sus actividades profesionales y académicas, así como el enriquecimiento de su acervo cultural (Resolución No. 140/2019). Personalmente se defiende la idea que, más que entrar a distinguir aspectos de estos conceptos, cuya naturaleza y jerarquía son disímiles; lo correcto es asumirlo, como lo define la Resolución No. 138/2019 al abordar pedagógicamente el Modelo del Profesional que en su Resolución Único alude a que: El modelo de formación continua de la educación superior cubana está integrado por los componentes y particularidades siguientes: 1. La Formación de Pregrado en Carreras de Perfil Amplio, que asegura la formación en los aspectos básicos y específicos de cada profesión y permite al egresado brindar respuestas a los problemas más generales y frecuentes que se presentan en el eslabón de base de la profesión. 2. La Preparación para el Empleo, que asegura continuar el desarrollo y perfeccionamiento de los modos de actuación profesional específicos relacionados con el puesto de trabajo del recién graduado. 3. La Educación de Posgrado, posibilita la especialización, la reorientación y la actualización permanente de los graduados universitarios, así como el enriquecimiento de su

acervo cultural, para su mejor desempeño en función de las necesidades presentes y futuras del desarrollo económico, social y cultural del país. Como se puede apreciar, esta última está muy centrada en la Educación Permanente del hombre y a las claras se aprecia la estrecha relación entre superación profesional, formación inicial y formación permanente (Resolución No.138/2019). Es importante significar que en la propia Resolución No. 140 del 2019 en la Sección Segunda sobre la superación profesional en su Artículo 20.1, plantea que: La superación profesional alcanza relevancia en la medida que se orienta a la solución de problemas relacionados con la actualización y profesionalización del capital humano en interés de promover el perfeccionamiento permanente del hombre en la sociedad, con la intención de garantizar su propio desarrollo y en el área de su desempeño (Resolución No. 140 del 2019). Aun cuando se reconoce la estrecha relación entre los conceptos de superación profesional, formación inicial y formación permanente, la formación inicial tiene por finalidad formar a los futuros docentes con las competencias para asumir la formación de sus futuros estudiantes con actitud autónoma y responsable, para que estos puedan desempeñar un rol activo en la sociedad, en sus sistemas democráticos y ante las nuevas exigencias sociales, científicas y tecnológicas que plantean el cambio a la educación. Mientras que la formación permanente en las universidades es un proceso educativo continuado que puede definirse como toda actividad de aprendizaje a lo largo de la vida con el objetivo de mejorar y actualizar los conocimientos, las aptitudes y capacidades de una persona. En este sentido se concibe a la formación permanente como estrechamente relacionada con el proceso de profesionalización de los docentes, se plantea que tiene carácter diferenciado, garantizando el conocimiento de las problemáticas que surgen en el proceso docente-educativo, además de sus vías de solución, aplicación y validación. Las posiciones teóricas estudiadas evidencian la relevancia de superación profesional y la formación permanente como procesos organizados, continuos, de necesario impacto social, que tributan al perfeccionamiento del modo de actuación profesional pedagógica, así como que constituyen invariantes en la formación de la identidad profesional del docente, como estrategias de formación profesional, para el vínculo entre la formación inicial y continuada y como núcleo del proceso de mejoramiento profesional y humano. Es criterio de la autora de esta obra que la superación del profesional de enfermería no escapa de los presupuestos teóricos abordados con anterioridad. A decir de Martínez, Travieso, Urbina y Martínez (2018, p. 1) las universidades médicas en Cuba, en correspondencia con las demandas sociales de los servicios de salud, se encuentran enfrascadas en una revisión profunda de los programas de formación y superación de los profesionales. En este contexto, la calidad en la formación de los enfermeros ha sido preocupación de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de la Educación

Médica en relación con el desempeño en sus servicios, los que exigen de una práctica competente en el ejercicio de la profesión. Es por ello, que en plena coincidencia con Medina y Valcárcel (2016), la autora de esta obra es del criterio que el profesional de enfermería en su desempeño debe cumplir funciones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas; las funciones docentes en particular se desarrollan en diferentes escenarios docentes: el área clínica en la cual a través de los métodos de educación en el trabajo desarrolla en sus estudiantes habilidades profesionales y el área docente, en la cual los educandos reciben todo el soporte teórico que desde el punto de vista científico técnico le permitirá aplicar el proceso de atención de enfermería como método científico de la profesión. Las formas de superación permanente del profesional de enfermería en Cuba transitan por las variantes de superación profesional y formación académica diseñadas por el MES, lo que ha permitido elevar el nivel de preparación y conduce hacia la consolidación de la enfermería como ciencia. La elevada capacidad científico-técnica y la experiencia profesional adquieren gran relevancia para que la enfermería pueda proporcionar niveles superiores de gestión profesional, tal como demanda el desarrollo actual del sistema de salud y sus prioridades. La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de realizar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad (Urbina, 2011). Razones que convencen para aseverar en consonancia con lo expresado por Vázquez (2011) que las funciones sociales del profesional de enfermería en Cuba exigen una alta capacidad resolutoria, respaldada por una profunda preparación científica y humana. La superación de este especialista no puede limitarse al pregrado, sino que innegablemente tiene su continuidad durante el posgrado con el diseño de acciones que potencien su constante preparación para el desempeño exitoso de sus funciones. La formación del profesional de enfermería en Cuba tuvo sus inicios en la primera escuela práctica “Nuestra Señora de las Mercedes”, durante la intervención americana en 1899 (Martínez, Travieso, Urbina y Martínez, 2018). Resulta prudente aludir a un grupo de criterios esbozados por Torres y Urbina (2019) relativos al desarrollo de la enfermería en Cuba y que constituyen elementos de valor para acentuar el proceso de superación del profesional en esta especialidad, bosquejados y adaptados sucintamente en esta investigación: • En el año 1980 se produce la primera graduación de Licenciados en Enfermería, como punto de partida de esta formación en el país; en ese mismo año se aprueba la Resolución 480 que amparaba legalmente el ejercicio de la profesión (Ministerio del Trabajo y Seguridad Social. 1980). • En década los años 80, se aprueban otros tres documentos donde aparecen funciones para el personal de enfermería: Lineamientos generales de trabajo para el personal de enfermería en el Plan de Atención de la Familia; Reglamento Hospitalario y

Orientaciones metodológicas al personal de enfermería de los hospitales. Cada uno en su momento constituyó un paso de avance en la organización homogénea de los servicios de enfermería del país y marcaron pautas en la superación de estos profesionales. • Diez años después se aprueban otras “Orientaciones Metodológicas para el personal de Enfermería de los Hospitales” y posteriormente se establecen las Carpetas Metodológicas en los años 1996, 1998 y 2000, que incluyen las funciones de enfermería por programas de salud en círculos infantiles, centros de trabajo, vicedirectorías de enfermería de municipios y policlínicos y se establece que debían ser licenciados los que ocuparan los cargos administrativos. • En el año 2007, se aprueba la Dirección Nacional de Enfermería, que realizó una identificación de problemas en la profesión y se detectó que el personal universitario y técnico en la profesión realizaban las mismas funciones en los servicios. Con particular acierto refiriéndose al proceso de superación del profesional de enfermería Torres y Urbina (2019) acentúan: • Una característica distintiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha sido el desarrollo del capital humano y dentro de este el profesional de enfermería. Desde los primeros años del triunfo de la revolución se establecieron programas de formación de auxiliares de enfermería y se amplió la formación de enfermeras técnicas. • En el período, se hizo necesario un acelerado esfuerzo en la formación del personal médico, de enfermería y de técnicos de salud. El número de facultades de medicina y escuela de formación de enfermeras y de otros técnicos medios creció aceleradamente (De la Torre, López, Márquez, Gutiérrez y Rojas, 2005). • En esta etapa se crearon planes de estudio para la formación de auxiliares de enfermería con una duración de seis meses, para satisfacer las necesidades existentes. En 1959 se comienza el posbásico de instructoras de enfermería general y en 1961 el de enfermería de terreno con el propósito de especializar a las enfermeras graduadas en estas esferas de atención. • En 1964 se aprueban planes de estudios especiales, para la formación de enfermeras básicas generales, a finales de esta década se comienza con la enseñanza politécnica en todo el país, creándose institutos politécnicos de la salud, donde se inician nuevas especialidades de cursos posbásicos: terapia intensiva, neonatología, psiquiatría, anestesia y unidad quirúrgica, los que se han perfeccionado y se mantienen en la actualidad (Ancheta, 2002). • En la década de los años 70, surgieron nuevas funciones para la enfermería a nivel mundial. En este contexto histórico se crea una comisión universitaria y ministerial para elaborar el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería, dirigido a enfermeras técnicas en ejercicio y que comenzó en el curso académico 1976-1977. En este plan se destacan los principios de la combinación del estudio con el trabajo, la vinculación de la teoría con la práctica, el carácter científico de los contenidos, la concepción social e internacionalista de la práctica médica y la formación integral de los educandos (Plan de estudios de

la Carrera de Licenciatura en Enfermería, 1993).

- En el curso 1987-1988, se inició un nuevo plan de estudios de Licenciatura en Enfermería (curso regular diurno), debido a la necesidad de elevar cualitativamente la disponibilidad del personal de enfermería con formación universitaria. El requisito de ingreso indispensable era ser egresado de los institutos preuniversitarios con el nivel de 12 grado.
- El desarrollo profesional de los planes de estudios universitarios de enfermería culminó con un programa para trabajadores y el del curso regular diurno, con una duración de cinco años cada uno, ambos vigentes hasta el 2003, año en que para responder a las transformaciones sociales del país se decide realizar un rediseño de la carrera con un nuevo modelo pedagógico, este también tiene una duración de cinco años y su característica fundamental son los niveles intermedios de salida: Enfermero Básico (1 año), Técnico Superior (2 años más) y Licenciado (2 años más).
- En la década de los años 90 comienza un acelerado proceso de desarrollo del posgrado en el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), en el cual el profesional de enfermería formaba parte. La superación profesional en las figuras de cursos, entrenamientos y diplomados se extendieron a todo el país, para los mismos se estableció como política que el diseño se realice a partir de los principales problemas de salud de la población y de las transformaciones de los servicios.
- En el caso de la formación académica la modalidad más desarrollada en la década de los años 90 fueron las maestrías multiprofesionales, donde el profesional de enfermería se insertó de manera creciente. El hecho de que a finales de esta década se tuviera un número considerable de graduadas de diferentes maestrías permitió el diseño y aprobación de la Maestría de Enfermería en el año 2000.
- La madurez de la profesión permitió que entre los años 2003 y 2004 se completaran los diseños curriculares de las primeras especialidades para el personal de enfermería: Enfermería Comunitaria, Materno Infantil y Cuidados Intensivos. Además, en este mismo periodo se aprobó que los graduados universitarios de enfermería matricularan las especialidades de las Ciencias Básicas y las de Ciencias de la Salud.
- Otro avance del posgrado para la profesión en este siglo ha sido el hecho de que se graduaran los primeros enfermeros como doctores en ciencias y de que se aprobara por la Comisión Nacional de Grado Científico el doctorado de enfermería. Tanto las especialidades como el doctorado, son modalidades de la formación académica en las que la enfermería comienza a desarrollarse, pero las mismas marcaron pautas para la profesión en el desarrollo científico técnico. Los criterios precedentes constituyen elementos que hablan a favor de todo un proceso de superación profesional del personal de enfermería y con los cuales la autora de esta investigación coincide plenamente. A decir de Medina y Valcárcel (2016) y en plena coincidencia con estos autores, la superación profesional en enfermería es concebida como el conjunto de acciones a realizar por dichos profesionales, con

un enfoque de sistema, encaminadas a la actualización y perfeccionamiento de sus conocimientos en el desarrollo de habilidades profesionales, para que, al satisfacer las necesidades de sus pacientes y el desarrollo de habilidades profesionales en sus estudiantes, se logre el mejoramiento profesional y humano. Actualmente pudiera resumirse la temática de la superación del profesional de enfermería tomando en consideración lo expresado por Valdés, Valdés, F. y Rodríguez (2009) al reconocer que se ha tratado de superar las insuficiencias en este sentido mediante cursos de postgrado y diplomados dirigidos a mejorar el desempeño profesional, y maestrías que favorecen el dominio del método y técnicas de investigación clínica, epidemiológica y social. Además, la apertura de la Maestría en enfermería en la Facultad de Ciencias Médicas "Doctor Julio Trigo" de La Habana y el doctorado en Ciencias de la Enfermería, con sede en la Facultad de Enfermería del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. El desarrollo científico y técnico de los profesionales de enfermería en Cuba les ha permitido alcanzar niveles superiores en la comprensión de los valores humanistas de la profesión, con base en la valoración de cada paciente como punto de partida para el tratamiento, considerando al enfermo o persona no como objeto, sino como sujeto de la relación de salud. Este concepto implica que se considera a la persona como un elemento necesario, activo, responsable y capaz, cuyos sentimientos, emociones e ideas deben ser considerados por los profesionales de la salud en el momento de ejercer su labor con el fin de entregar una atención integral (Valdés, Valdés, F. y Rodríguez, 2009). Es criterio de Martínez, Travieso, Urbina y Martínez (2018) que los referentes relacionados con la superación del profesional de enfermería y otros de carácter general deben ser analizados por la relación con la actualización, la adquisición de conocimientos, la formación de valores y mejoramiento profesional y humano, para satisfacer así las demandas sociales en los diversos escenarios de actuación profesional. Estos guardan relación con el proceso de superación de los profesionales de enfermería para el desarrollo exitoso de su desempeño, pero en su cuerpo no contienen elementos distintivos para la atención al autocuidado. Razones suficientes para encaminar con sapiencia, la necesaria preparación en este aspecto para la debida atención a sus pacientes, más aún si se trata de aquellos que portan una discapacidad intelectual.

Fundamentos teórico-metodológicos del autocuidado para la atención a pacientes con discapacidad intelectual

Para valorar los fundamentos teórico-metodológicos del autocuidado para la atención a pacientes con discapacidad intelectual, es criterio de la autora que debe partirse del análisis del Código Internacional de Ética de Enfermería (CIE) que se adoptó en 1953 y se revisó en 1965; en 1973 se adoptó el código actual y lo reafirmó en 1989. Fue precisamente en el año 1974 que se elaboró una serie

de sugerencias para la aplicación, distribución y uso de los conceptos del Código y que lógicamente guardan estrecha relación con el tema que ocupa a esta investigación. A continuación, se enumeran los preceptos de este Código (Valdés, Valdés, F. y Rodríguez, 2009) y que se resumen en algunas ideas esenciales: 1. La responsabilidad fundamental del profesional de enfermería tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud. 2. Se debe aplicar en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional. 3. No solo tienen que estar bien preparados para ejercer, sino que tienen que mantener sus conocimientos y capacidades al elevado nivel que corresponde. 4. El profesional de enfermería mantendrá reserva sobre la información personal que reciba. 5. Conoce no solo las responsabilidades, sino también las limitaciones de su función profesional; recomienda o da tratamiento médico sin orden del médico solo en caso de urgencia e informa a este lo más pronto posible.

6. Tiene la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar en procedimientos no éticos. 7. Mantiene la confianza en el médico y demás miembros del equipo de salud: la incompetencia o conducta no ética de los miembros del equipo solo se exponen ante la autoridad competente. 8. Tiene derecho a una remuneración justa y solo acepta esa compensación, según prevea el contrato real o implícito. 9. No permite que su nombre sea utilizado para la publicidad de productos ni en relación con ninguna otra forma de publicidad personal. 10. Cooperar y mantiene una relación armoniosa con los miembros de otras profesiones y con sus colegas de enfermería. 11. En su vida privada mantiene una conducta irreproachable que acredite a su profesión. 12. La conducta personal del profesional de enfermería no debe descuidar conscientemente las normas de comportamiento aceptadas de la comunidad en que vive y trabaja. De acuerdo con Sillas y Jordán (2011), la práctica de autocuidado de la salud, está descrita en la literatura como una de las responsabilidades del profesional de Enfermería para contribuir con educación en el fomento para una vida sana de las personas, y que estas puedan optar por prácticas favorables para su salud. El autocuidado está dirigido a la práctica de actividades que las personas, que quieren, pueden hacer con arreglo a su situación temporal y por cuenta propia, con el fin de seguir viviendo en bienestar, mantener y/o recuperar la salud y prolongar la vida. Así, la aplicación de la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Orem muestra su importancia en el desarrollo del conocimiento de enfermería, además de su gran utilidad para la formación de recursos humanos y la práctica de enfermería.

Como aparece descrito en el texto, se aprecia una diversidad de autores que han incursionado en este tema: (Orem, 1930, Brunner y Suddarth, 1998, Pérez, Suárez, Valdés y Vasallo, 2005; Sillas y Jordán, 2011; Arenas, Jasso y Campos, 2011; Barbier, Moreno y Sanz, 2011; Lucas, 2012; Loredó,

Gallegos, Xequé, Palomé y Juárez, 2016; García y Gallegos, 2019; Cardona, Euscátegui, Pardo, Triviño y Valdivieso, 2019; Bedoya, Henao, Toalongo y Villegas, 2020; Cancio, Lorenzo y Alarcó, 2020; Remache, 2021; Salas 2021; Huaman y Gutiérrez, 2021 y Muñoz, 2021). Aun cuando las aportaciones de estos autores son referentes teóricos de gran valor, los fundamentos que ofrece Orem (1993, p. 407) constituyeron puntos de partida de obligado análisis, al definirlo como la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, es el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar. A decir de Griñán (2010), Orem en el año 1993, alude a que para efectuar el autocuidado de la persona sana o enferma, es necesario considerar tres condiciones básicas, que pueden determinar las necesidades de autocuidado para la salud: la universalidad, el autocuidado de la salud es común a todas las personas; el desarrollo, el autocuidado se comprende como prevención en salud y debe darse a lo largo de la vida y la desviación de la salud, el autocuidado puede verse afectado por el propio estado de salud de la persona. La adquisición del autocuidado debe tener en cuenta elementos denominados factores condicionantes básicos. Se comparte el criterio de Marriner & Raile (2007) en que los factores son condiciones internas y externas de la persona que afectan, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y las manifestaciones de los requerimientos y la capacidad de autocuidado, entre los que se encuentran: la edad, el sistema familiar, el género, patrón de vida, estado de salud (físico y psicológico) y estado de desarrollo, además se requiere precisar que toda acción de autocuidado debe ser razonada e intencionada para ser realizada y contar con los recursos requeridos para ello. Es así como las personas aprenden y desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son mediadas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que se realizan como parte de la rutina de vida. Cada una de las actividades refuerza la participación de las personas en el cuidado de su salud como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Lo anterior motiva a reflexionar sobre el desarrollo de la práctica profesional, considerando que va más allá de una actuación puramente basada en la atención en salud, no debe limitarse a la prescripción médica o la prestación de cuidados sanitarios, implica la puesta en marcha de procesos con carácter interpersonal. El profesional de la salud tiene que empatizar y comunicarse de forma abierta, abrirse

al trabajo en equipo con el resto de los profesionales que intervienen en los procesos de atención en salud. Trabajar la tolerancia y aceptar la diversidad, generando nuevos comportamientos que mejoren la práctica y quehacer profesional, y que propicien que los planes de atención en salud mejoren las intervenciones y la aplicación de los tratamientos, traducándose este proceso como eficaz, siendo promotor de la adquisición y aprendizaje de conductas sanas en las personas en riesgo o que padecen enfermedades. Según Pérez, Suárez, Valdés y Vasallo (2019) y Orem (1993) se estableció la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres subteorías relacionadas: teoría de autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería. Ella refirmó que la práctica de actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y tienen la finalidad de mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar y puntualizó que todas las personas poseen las condiciones o requisitos universales de autocuidado que a continuación se mencionan: • Conservación de una ingestión suficiente de aire, agua y alimentos. • Suministro de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos. • Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso y entre la soledad y la interacción social. • Evitar los riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar. • Promover el funcionamiento y el desarrollo de los seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal. Así mismo la teoría del déficit de autocuidado desarrolla las razones por las que una persona puede beneficiarse de la enfermería y sus acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo. El déficit de autocuidado, a decir de Orem (1993), es por tanto la falta de capacidad del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento saludable y por ello diseñó la teoría de los sistemas de enfermería, que incluyen todos los términos esenciales, manejados en la teoría del autocuidado y del déficit del autocuidado. Definió la estructura y contenido de la profesión e identificó los sistemas de enfermería (sistema totalmente compensador o compensatorio global, sistema parcialmente compensador y sistema de apoyo educativo), como una serie continua de acciones que se producen cuando los enfermeros vinculan una o varias formas de ayuda a sus propias actividades o a las acciones de las personas a las que están asistiendo y que están dirigidas a las demandas del autocuidado (Material complementario. Maestría en enfermería, 2001). Estos sistemas de enfermería pueden estar preparados para personas individuales, para personas dentro de una unidad de cuidados dependientes y para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico (Pérez,

Suárez, Valdés y Vasallo (2019). Importante tomar en consideración: • En el sistema totalmente compensador el profesional de enfermería realiza el cuidado terapéutico, compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado, lo apoya y lo protege, es decir, el paciente es incapaz de realizar cualquier acto deliberado, no es capaz de caminar, manipular ni razonar y el enfermero es quien brinda la atención, hace juicios y toma decisiones sobre las necesidades de cuidado del paciente. • Se enfatiza en la función del profesional de enfermería solo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado. • En un sistema parcialmente compensador, las acciones de enfermería van encaminadas a realizar algunas de las medidas de autocuidado por el paciente, compensar las limitaciones de autocuidado del mismo, asistirlo en lo que este necesite.

- Tanto el profesional de enfermería como el paciente realizan acciones de atención y regulan la acción del autocuidado. El paciente debe ser activo en la toma de medidas para el autocuidado, debe aceptar el cuidado y la asistencia por parte del profesional de enfermería. • En el sistema de apoyo educativo, el paciente es capaz de desempeñar el autocuidado y puede o debe aprender a ejecutar las actividades necesarias de autocuidado terapéutico aunque no pueda hacer las mismas sin ayuda. • Ambos, profesional de enfermería y el paciente regulan el ejercicio y el desarrollo de la acción de autocuidado. • La labor del profesional de enfermería debe estar orientada según el grado de afectación que tenga el individuo. Esta puede ir desde las acciones que realiza el paciente ambulatorio y que tienen carácter preventivo, hasta el paciente ingresado en el hogar, afectado por una determinada patología o una enfermedad en fase terminal con pronóstico desfavorable. La experiencia de la autora del presente libro, como enfermera permiten aseverar lo expresado por Pérez, Suárez, Valdés y Vasallo (2019) que tanto la teoría del autocuidado y la del déficit del autocuidado pueden aplicarse cuando el paciente por presentar dificultades para satisfacer sus necesidades de autocuidado, no puede continuar practicando algunas actividades que cotidianamente realizaba y mantenían su salud de forma óptima, tales como: alimentarse, bañarse, miccionar, defecar, caminar, es decir puede sentirse incapaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado, de forma parcial o total y referirlo él mismo, sus familiares u otras personas durante la entrevista o detectarlas el enfermero mediante la exploración física y la observación. A partir de este instante el paciente comienza a beneficiarse por la acción humana de la enfermería. Esta valoración constituye entonces la base para la identificación de diagnósticos enfermeros, el desarrollo de resultados, la ejecución de actuaciones de enfermería y la evaluación

de las mismas. En el caso de la teoría de los sistemas de enfermería de Orem (1993) esta puede proporcionar muy buenos resultados en la práctica asistencial, tanto para el profesional de enfermería como para el paciente. Al profesional de enfermería le es útil para desarrollar y convalidar conocimientos en esta disciplina, además que guía el ejercicio profesional y la investigación. Al paciente, le brinda la posibilidad de interactuar con el profesional para lograr con éxito los objetivos propuestos. Es característico en esta teoría que el profesional de enfermería involucre al paciente en su propio cuidado. Es provechoso utilizar el modelo de Orem siempre que la capacidad de satisfacer necesidades de autocuidado de una persona sea inadecuada o insuficiente; es por ello que es necesario el diseño y ejecución en la práctica de un sistema de enfermería que compense las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado o de cuidados dependientes. En franca alianza con lo expresado por Smeltzert & Bare (1996) es preciso el diseño y la aplicación de un sistema de apoyo y educativo que se aplica al paciente cuando este es capaz de desempeñar las actividades de autocuidado por sí solo, pero que necesita aprender a ejecutar acciones necesarias para mantener su salud y bienestar. Quiere esto decir que el profesional de enfermería procede a la ayuda de los pacientes para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían realizar sin esta ayuda. Smeltzert & Bare (1996) enfatizan en que la enseñanza es un componente indispensable de la asistencia de enfermería y se orienta a fomentar, conservar y restaurar la salud. Cada contacto que el enfermero establece con una persona, sin importar si está enfermo o no, debe considerarse como una oportunidad para la enseñanza. El enfermero tiene la responsabilidad de presentarle la información que necesita para motivarlo a que aprecie la necesidad de aprender. El sistema de apoyo educativo exige de este personal sanitario un incremento cognoscitivo de su profesión además de preparación para responder de manera calificada a las preguntas del paciente o sus familiares. El autocuidado se convierte en un aspecto inherente a la vida del ser humano y mucho más en aquellas personas con discapacidad intelectual, sobre todo por las complejidades que implican la ejecución de los sistemas de apoyo debido a las características y regularidades del propio paciente e incluso de sus familiares. Es por ello que la autora insiste en la importancia de que la familia se involucre en el autocuidado del paciente con discapacidad intelectual y pondera el criterio de Gómez (2007), Gómez (2019) y Gómez, Núñez y Gómez (2020) al considerar a la familia como la estructura funcional

básica donde se inicia el proceso de socialización y se comienza a compartir y fomentar la unidad de sus miembros, con la consecuente aceptación, respeto y consideración. Es donde se debe favorecer la diversidad y propiciar un estilo de vida que potencie y desarrolle a cada uno de los integrantes de la familia sobre la base de la armonía, seguridad y la estimulación, con el propósito de satisfacer sus necesidades. Constituyen elementos a favor de este criterio los siguientes:

- Se reconoce a la familia como el ámbito de socialización de sus miembros porque es base de numerosas relaciones sociales; el espacio donde se garantiza la unidad de sus miembros - cada uno con características, aptitudes y necesidades diferentes- por considerarse la estructura funcional básica con posibilidades para el crecimiento y el desarrollo de la persona.

- Se destacan conceptos básicos en la atención a sus integrantes, sobre todo a los pacientes con discapacidad intelectual, entre ellos: seguridad, confianza, una postura de acercamiento y comprensión, armonía, estabilidad del hogar, aceptación, respeto, consideración y tolerancia.
- Se acentúa el hecho de situar al paciente con discapacidad intelectual en el centro de la atención familiar, no con fines de sobreprotección, sino para la búsqueda de las mejores soluciones, de posibilidades en la adquisición de capacidades y habilidades sociales y, por tanto, de autonomía.
- Se favorece la diversidad, entendida como el gran desafío del nuevo milenio: tolerancia, aceptación de las diferencias e integración de estas en metas comunes que satisfagan las necesidades de todos y permitan a todos, sin distinción, encontrar un lugar en el mundo y ejercer sus derechos como miembros de la sociedad. En plena coincidencia con Gómez, Núñez y Gómez (2020) conviene señalar que en razón de comprender las disímiles situaciones que puedan aparecer en el devenir de cada familia y donde, en muchos de los casos, se afectan las relaciones interpersonales y con ello el cauce adecuado de la comunicación, se hace necesario no sólo el nivel de la comprensión, sino llegar hasta el nivel del compromiso y ayuda a esa familia. Antes de teorizar en torno al autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual, es prudente, a criterio de la autora de esta investigación, discurrir sucintamente en la discapacidad intelectual como entidad diagnóstica. El campo de la discapacidad intelectual está actualmente en un estado cambiante no solo respecto a una comprensión más plena de la condición de discapacidad intelectual, sino también sobre el lenguaje y proceso empleado en su denominación, definición y clasificación.

Desde la posición de Gómez, López y Núñez (2010), el concepto de discapacidad intelectual ha estado

presente a lo largo de toda la humanidad y su conceptualización ha sido descrita por estudiosos dedicados a esta entidad diagnóstica experimentando sucesivas modificaciones a lo largo de los años, con respuesta a una época histórica determinada, coherente con el progreso de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas y de otras disciplinas entendidas en esta materia. A decir de Gómez, López y Núñez (2010) las definiciones del concepto discapacidad intelectual aparecen variadas, en publicaciones, documentos y también en la “red”. Tienen enfoques semejantes algunas y otras no tan coincidentes; unas más “cerradas”, con criterios más absolutos y generalizadores, otras más abiertas y flexibles; unas, con tendencia reduccionista, abordan una determinada arista del problema, otras son más abarcadoras y objetivas; unas, con un enfoque médico, clínico, se centran más en las discapacidades y limitaciones, son menos optimistas en relación con las expectativas de desarrollo, se refieren a “enfermedad” y a “pacientes”, y a ellas se contraponen otras con visiones psicopedagógicas del problema con expectativas más positivas del desarrollo de la persona con retraso mental, que la considera ante todo persona, ser humano y no enfermo o paciente. Aun cuando la revisión de la bibliografía evidencia una diversidad de criterios conceptuales alrededor del tema, la autora asume lo expresado por Gómez, López y Núñez (2010) cuando aluden a que para hablar a favor de un diagnóstico de discapacidad intelectual resultan imprescindibles la presencia de un insuficiente desarrollo de los procesos psíquicos, especialmente los cognitivos, y cuya regularidad básica radica en un limitado desenvolvimiento de la actividad analítico - sintética, como resultado de un desarrollo incompleto o detenido del sistema nervioso central de orígenes diversos, así como las limitaciones en el proceso de una conducta adaptativa, traducida en su nivel de aprendizaje escolar y social y materializadas en estrategias de estimulación y de las acciones educativas que se acometan. De valor innegable para diseñar las acciones para el autocuidado en estas personas se hace imprescindible valorar la etiología de la discapacidad intelectual. Gómez, López y Núñez (2010) aluden a tres momentos. La discapacidad intelectual tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central. Especial atención merece en este instante lo relativo a la clasificación de la discapacidad intelectual y, a pesar de las controversias alrededor del tema clasificatorio y etiquetador, aún la delimitación de los grados de la discapacidad intelectual sigue las normas establecidas en los test de inteligencia normalizados y administrados individualmente con particular énfasis en la definición de la capacidad intelectual general a través del coeficiente de inteligencia. Es criterio de la autora, que además de conocer la etiología de la discapacidad intelectual para precisar objetivamente las acciones para el autocuidado, es de obligado análisis las principales regularidades que caracterizan a estas

personas. Se toman como referencia los criterios aportados por Gómez, López y Núñez (2010).

En cuanto a las sensorpercepciones: • El ritmo de la sensorpercepción visual es lenta, presentan poca agudeza visual. • Estrecha limitación del volumen del material percibido. Lentitud y estrechez sensorperceptual. • Insuficiente diferenciación sensorperceptual.

- Insuficiente actividad y debilidad de la orientación hacia la finalidad o propósito de la actividad. • No diferencian de forma adecuada las expresiones de los rostros de personas y esquemas presentados en láminas. • Establecen inadecuadamente las diferencias entre objetos parecidos. • Perciben mejor los objetos cercanos o que se destacan por forma, tamaño o color. • Deficiente integridad sensorperceptual. • Insuficiente constancia sensorperceptual. • Dificultad en la selectividad sensorperceptual. • Dificultades en la percepción visual y para discriminar los colores. Dificultad para comprender lo observado en las láminas. • Dificultades en la percepción táctil y visual. • Su tiempo de reacción es mucho más prolongado. • Dificultades en el reconocimiento de objetos al variar su posición en el espacio

Relacionadas con el pensamiento: • Permanece concreto y en gran medida se puede decir que tiene un carácter descriptivo y superficial. Se produce debido a la debilidad que presentan sus generalizaciones. • Insuficiente desarrollo del pensamiento lógico verbal • Presentan debilidad en el análisis y síntesis, lo que influye en el resto de los procesos del pensamiento como la abstracción y la generalización, en la posibilidad de representar un objeto como un todo único. Destacan menos partes, el análisis es desorganizado, se les dificulta la descomposición escalonada. • Dificultades para encontrar la relación entre las partes de un objeto.

- Abstraen del objeto observado mucha menor cantidad de propiedades. • Disgregación del pensamiento (emite ideas incoherentes) • Es frecuente que comparen propiedades que no tienen relación entre sí. • Tienden a un pensamiento estereotipado. • Existe debilidad de la función que regula el pensamiento, ya que no meditan sus acciones, no prevén sus resultados y no emplean su pensamiento con el fin de actuar correctamente. • Al comparar es frecuente el deslizamiento. • Al comparar objetos heterogéneos generalmente indican sus nombres y usos. • Falta de juicio crítico. • Presentan inconsecuencias en sus razonamientos y en general tienen lentitud y dificultades en los procesos del pensamiento. • Dificultades para planificar sus acciones.

Referidas al lenguaje: • Desde el punto de vista fonológico: o Fallas en la pronunciación de los fonemas. o Dificultades en la identificación y diferenciación de los sonidos. o Insuficiencias

en la diferenciación de los movimientos articulatorios. o Problemas para la pronunciación de palabras con estructura sonora silábica complejas. • Desde el punto de vista léxico-semántico: o El vocabulario activo y pasivo insuficientemente desarrollados y con una marcada desproporción entre ambos. o El vocabulario activo no siempre corresponde a su significado real por una incorrecta asimilación de las palabras que lo conforman.

o Utilizan palabras para designar objetos determinados y no como generalización (no emplean la palabra como concepto). o Pobreza de las representaciones. o Serias dificultades en la construcción gramatical (agramatismos). o Alteran el orden de las palabras en la oración, presentan problemas de concordancia, así como falta de habilidad para construir oraciones y efectuar preguntas. o Incomprensión de formas que dan belleza al lenguaje: refranes, proverbios, descripción literaria. o Cuando emplean el lenguaje en imágenes lo hacen en sus formas más sencillas y por imitación de los que le rodean, sin hacer un análisis consciente de su uso. • Habla: o De ritmo lento, monótona, poco fluida. Se efectúa en un mismo tiempo sin inflexiones, en una idéntica entonación. • Voz: o No siempre trasladan los matices de las emociones y sentimientos que encierra el enunciado verbal. Se aprecia falta de colorido, modulaciones entonacionales y de inflexibilidad en el tono.

En cuanto a la memoria: • Está afectada a corto y largo plazo, la mecánica y la lógica. • Débil memorización condicionada por percibir el material sin tratar de fijarlo. • Rápido olvido e inexactitud de sus reproducciones. • Muestran imposibilidad de recordar cualquier información (nombres, palabras aisladas en el momento necesario) olvido específico. Luego aparecen como si surgieran en la conciencia (base fisiológica: inhibición interna de las actividades corticales).

- La memoria mecánica presenta un retraso considerable, aunque es la que alcanza mayor desarrollo. • La memoria lógica es posible desarrollarla con estrategias adecuadas a partir de la compensación y corrección de los defectos. • Memoria involuntaria mejor desarrollada que la voluntaria. • Generalmente cuando reproducen un material verbal tienden a añadirle datos. • La reproducción tiene un carácter desordenado. • Las representaciones son deficientes. • Tendencia a reproducir objetos en una posición diferente a la mostrada.

Imaginación: • Pobre imaginación. • Imaginación inexacta. • Imaginación reconstructiva sobre la base de la descripción oral se asemejan. • Posibilidades creadoras limitadas.

Atención: • Presentan un nivel de desarrollo muy bajo. • Poca capacidad para concentrar la atención. Dificultades para mantenerse concentrado durante un período de tiempo en una actividad. • Dificultades en la selección adecuada del objeto o

actividad. • Dificultades en la estabilidad. • Dificultades en la distribución de la atención. • Prevalece la atención involuntaria. • Son extremadamente distraídos.

Área afectiva: • Las emociones y los sentimientos son inmaduros, no están bien diferenciados, no presentan matices sutiles, sus sentimientos pueden ser extremos, primitivos. • Pobre desarrollo de los sentimientos y emociones intelectuales y estéticos. • Algunos son muy excitables, otros lloran fácilmente. • Aparecen emociones que no se corresponden con el estímulo. • Puede aparecer labilidad afectiva. • Debilidad en la regulación de los sentimientos. • Puede aparecer euforia y disforia. • Puede aparecer apatía. • Generalmente atribuyen los éxitos a la suerte. • Existe debilidad de la regulación intelectual de sus sentimientos, lo que lleva a que los sentimientos espirituales estén afectados en su formación (sentimiento del deber, responsabilidad abnegación). • Tienen disminuida la autoestima y confianza en sí mismos, experimentan el fracaso y las frustraciones. • Se puede observar estados de ánimos patológicos como: disforia, euforias, apatía. • Existe debilidad e inestabilidad de los intereses y cierta incapacidad de llevar hasta su fin las tareas iniciadas. • Dificultades en su autovaloración, por sobrestimación de sus posibilidades y falta de actitud crítica hacia sus juicios y acciones. • Generalmente bajo nivel de aspiraciones. Valoración inadecuada de sus posibilidades. • Las necesidades y motivos se caracterizan por la pobreza de los mismos y las dificultades para realizar subordinación de los motivos • Incomprensión de los objetivos hacia cuya realización se encamina la actividad.

- Limitado desarrollo de los motivos cognoscitivos. • Predominio de necesidades individuales de carácter social. • Los motivos para la actividad no están bien concientizados. • Predominan los motivos cercanos. • Pobres motivos estéticos. • Dificultades en la formación de necesidades culturales. • Sus intereses son inconstantes. • Son más dependientes de la motivación extrínseca que de la intrínseca. • Son poco perseverantes, indecisos. • Son generalmente dependientes. • Dificultades en la regulación de la conducta. • El esfuerzo volitivo está débilmente desarrollado.

Otras regularidades: • Escaso control muscular. • Problemas para establecer las relaciones de parentesco. • Dificultades en la orientación témporo-espacial. • Ritmo de trabajo lento. • Preferencia constante por el juego. • No se apropia de la ayuda o no la asimila adecuadamente. • Se muestran poco comunicativos, tímidos, en otros casos agresivos. • Inmadurez psicofísica. • Risas inmotivadas. • No logran comprender el sentido y la lógica de las narraciones, cuentos, etc. • Persistencia en la misma actividad. • Movimientos torpes, mala coordinación. • Movimientos estereotipados. • Dificultades en la conducta. A decir de Puerta (2019) en el caso de la discapacidad intelectual el autocuidado está directamente relacionado con el desarrollo de

actividades que le permitan lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y de las partes del cuerpo, la higiene relacionada con los procesos de excreción, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud; enfatiza en que todo dependerá de desarrollo de esas habilidades con la ayuda de estrategias de aprendizaje, de modo que no dependan constantemente de sus familias y se puedan incluir en el entorno social, sin dejar de reconocer que el primer apoyo tanto emocional, como educativo que tiene la persona con discapacidad intelectual es su familia. Según Maldonado, Bachiller, Calderón, Cruz, Cruz, P., García y Ortega (2008) existen cinco habilidades que son fundamentales para el diseño del autocuidado a las personas con discapacidad intelectual: capacidades intelectuales, conducta adaptativa, participación, interacciones y roles sociales, salud y contexto, valorando el autocuidado como un acompañamiento y no como una sobreprotección. Como expresa Puerta (2019), estas habilidades de autocuidado se aprenden principalmente en el núcleo familiar, aun cuando se reconoce que existen barreras: las familias prefieren hacer las actividades porque no han desarrollado dichas habilidades y porque no tienen la paciencia o dedicación para enseñárselas. Innegablemente para la persona con discapacidad su familia es el pilar fundamental para el desarrollo de sus habilidades para el autocuidado. Dicho con palabras de Arias, Mosquera y Pinilla (2020), el autocuidado contempla el ser holísticamente comprendido por las auto percepciones, las cuales permiten el favorecimiento del bienestar individual, desde la percepción propia; tales como el autoestima, autoconcepto, autoconocimiento, autonomía, entre otros, donde el cuidado de sí mismo es la base para la construcción de un buen desarrollo tanto de la persona y a su vez de un cuidado colectivo que permite favorecer la integralidad del ser, desde la concepción de corporeidad, pensamiento y espíritu. Insisten y con lo cual la autora de esta investigación coincide absolutamente, que el autocuidado es más que un acto, es una actitud. Por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo. Representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilidad y de involucrarse afectivamente con el otro. Esto con el fin de formar ciudadanos capaces de transformar sus realidades desde la tolerancia, solidaridad y actitud humana que contribuyan a la construcción de la sociedad no solo desde el saber sino desde el ser. Sin lugar a dudas el autocuidado en las personas con discapacidad debe estar encaminado a potenciar sus habilidades, capacidades y oportunidades que contribuyan al fortalecimiento de sus dimensiones, físicas, afectivas y cognitivas, dejando a un lado las limitaciones y reduciendo las desventajas y brechas socialmente impuestas, con apoyo de herramientas pedagógicas y las bases conceptuales necesarias para resaltar al autocuidado como el fin primordial para garantizar una adecuada calidad de vida.

Método y diagnóstico inicial

Con el fin de diagnosticar el estado inicial de la superación del profesional de enfermería dirigida al autocuidado para la atención a pacientes con discapacidad intelectual se escogió como muestra a 20 enfermeros del Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Amalia Simoni Argilagos”, del municipio Camagüey. Este grupo se seleccionó de forma intencional. Es meritorio acentuar que aun cuando todos se desempeñan como enfermeros, fueron evidentes las carencias formativas en la temática relacionada con el autocuidado en la discapacidad intelectual, sobre todo por las insuficiencias formativas de pregrado en el tema relacionado con las discapacidades; razón que innegablemente afectó el desarrollo en el desempeño de sus funciones para estos casos, al atenderlos de manera general sin particularizar en las especificidades de esta discapacidad. Fueron evidentes los escasos conocimientos de base que poseían en relación al autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual, así como la no planificación y ejecución del autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual y el poco interés en la búsqueda de información relacionada con el autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual. Razones que evidenciaron al inicio un comportamiento reticente por las complejidades que implica el trabajo de estos profesionales sumado al desconocimiento relativo a la discapacidad, es por ello que se partió de un proceso de sensibilización de la necesidad de la superación que pudiera redundar en una mejor atención a los pacientes sobre todo a los que portan una discapacidad, especialmente la intelectual. La investigadora de esta investigación consideró ineludible todo un sistema de motivación hacia la necesidad de considerar las especificidades y necesidades reales en el autocuidado en la discapacidad intelectual. Se tuvo en cuenta desde el principio la necesaria unidad entre lo cognitivo y lo afectivo para impregnar en ellos la necesidad de crear prioridades no solo clínicas sino también psicológicas en el tratamiento a estos pacientes, el perfeccionamiento de su labor; la atención a los significados y experiencias en su desarrollo profesional y las necesidades y diferencias individuales no solo de ellos, sino además de los pacientes y de sus familias bajo su atención y, como cuestión importante el desarrollo de sentimientos y valores como aspectos significativos debido a la actividad social que realizan.

Los resultados derivados del diagnóstico efectuado al inicio de la investigación se evidencian en el análisis de las dimensiones e indicadores propuestos: La dimensión cognitiva estuvo dirigida a comprobar los conocimientos de base que debe poseer el profesional de enfermería con relación al autocuidado, pacientes con discapacidad intelectual y al autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual. El indicador 1: Conocimiento relativo al autocuidado arrojó que, de los 20 profesionales de enfermería, ocho, para un 40% obtuvieron la evaluación de BIEN porque evidenciaron conocimientos sobre el concepto, las condiciones básicas para determinar las

necesidades de autocuidado, los factores condicionantes básicos, los procesos con carácter interpersonal del profesional de enfermería para determinar el autocuidado, los requisitos universales de autocuidado y el rol de la familia en el autocuidado; diez, para el 50% fueron evaluados de REGULAR porque solamente conocían algunos elementos básicos relacionados con el concepto, las condiciones básicas para determinar las necesidades de autocuidado, los factores condicionantes básicos, los procesos con carácter interpersonal del profesional de enfermería para determinar el autocuidado, los requisitos universales de autocuidado y el rol de la familia en el autocuidado y dos, para el 10% fueron evaluados de MAL al no conocer el concepto, las condiciones básicas para determinar las necesidades de autocuidado, los factores condicionantes básicos, los procesos con carácter interpersonal del profesional de enfermería para determinar el autocuidado, los requisitos universales de autocuidado y el rol de la familia en el autocuidado. El indicador 2: Conocimiento relativo a pacientes con discapacidad intelectual, permitió evaluar los conocimientos que posee el profesional de enfermería sobre el concepto de discapacidad intelectual, su etiología y las principales regularidades que caracterizan a las personas con esta discapacidad. En la evaluación de este indicador, dos profesionales de enfermería para un 10%, fueron evaluados de BIEN porque manifestaron conocer el concepto de discapacidad intelectual, su etiología y las principales regularidades que caracterizan a las personas con esta discapacidad; ocho, para un 40% conocían medianamente el concepto de discapacidad intelectual, su etiología y las principales regularidades que caracterizan a las personas con esta discapacidad, por lo cual se evaluaron de REGULAR y diez, para el 50% fueron evaluados de MAL porque no conocían el concepto de discapacidad intelectual, su etiología y las principales regularidades que caracterizan a las personas con esta discapacidad. El indicador 3: Conocimiento relativo al autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual, dirigido a comprobar los conocimientos que el profesional de enfermería posee relativo al autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual: desarrollo de actividades diarias, habilidades que son fundamentales para el diseño del autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual y el papel de la familia, demostró que dos profesionales de enfermería para un 10%, fueron evaluados de BIEN porque conocían lo relativo al autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual; ocho, para el 40% fueron evaluados de REGULAR porque conocían algunas cuestiones relativas al autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual y diez, para el 50% fueron evaluados de MAL porque no conocían cuestiones relativas al autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual. La dimensión se evalúa de MAL porque los tres indicadores que la componen, se evalúan de igual modo al no evidenciar conocimientos de base que debe poseer el profesional de enfermería en relación al autocuidado,

a pacientes con discapacidad intelectual y al autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual. La dimensión instrumental fue proyectada para comprobar el desempeño del profesional de enfermería traducido en la planificación y ejecución del autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual. El indicador 1: Desempeño profesional que se alcanza para planificar el autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual, tuvo en cuenta el desempeño del profesional de enfermería en la planificación del autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual. Demostró que dos profesionales de enfermería para un 10%, fueron evaluados de BIEN porque demostraron desempeño profesional para planificar el autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual; ocho, para el 40% fueron evaluados de REGULAR porque demostraron cierto desempeño profesional para planificar el autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual y diez, para el 50% fueron evaluados de MAL porque no demostraron desempeño profesional para planificar el autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual. El indicador 2: Desempeño profesional que se alcanza para ejecutar las acciones de autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual, tuvo en cuenta el desempeño del profesional de enfermería para ejecutar las acciones de autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual. Se comprobó que dos profesionales de enfermería para un 10%, fueron evaluados de BIEN porque demostraron desempeño profesional para ejecutar las acciones de autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual; ocho, para el 40% fueron evaluados de REGULAR porque demostraron cierto desempeño profesional para ejecutar las acciones de autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual y diez, para el 50% fueron evaluados de MAL porque no demostraron desempeño profesional para ejecutar las acciones de autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual. Esta dimensión es evaluada de MAL, porque los indicadores que la componen son evaluados de mal, dado que de modo general no se evidenciaron habilidades en el desempeño del profesional de enfermería traducido en la planificación y ejecución del autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual. La dimensión actitudinal fue proyectada para comprobar el interés mostrado por el profesional de enfermería en la búsqueda de información que favorezca el desarrollo de la superación profesional relacionada con el autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual. El indicador 1: Interés que muestra en la búsqueda de información que favorezca el desarrollo de la superación profesional relacionada con el autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual, se proyectó para evaluar el interés en la búsqueda de información que favorezca el desarrollo de la superación profesional relacionada con el autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual. Se demostró que diez profesionales de enfermería, para el 50% fueron evaluados de BIEN porque mostraron constante interés en la

búsqueda de información que favorezca el desarrollo de la superación profesional relacionada con el autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual; ocho, para el 40% fueron evaluados de REGULAR porque manifestaron cierto interés en la búsqueda de información que favorezca el desarrollo de la superación profesional relacionada con el autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual y dos, para el 10% manifestaron poco interés en la búsqueda de información que favorezca el desarrollo de la superación profesional relacionada con el autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual, por lo que fueron evaluados de MAL.

En el indicador 2: Disposición por transformar el autocuidado del paciente con discapacidad intelectual, que se proyectó para evaluar la disposición por transformar el autocuidado del paciente con discapacidad intelectual, se comprobó que diez profesionales de enfermería, para el 50% mostraron disposición por transformar el autocuidado del paciente con discapacidad intelectual, por tal motivo fueron evaluados de BIEN; ocho, para el 40% fueron evaluados de REGULAR porque manifestaron poca disposición por transformar el autocuidado del paciente con discapacidad intelectual y dos para el 10% manifestaron manifiesta disposición por transformar el autocuidado del paciente con discapacidad intelectual, por lo que fueron evaluados de MAL. Al analizar la dimensión de forma integral esta se evalúa de MAL porque de forma general se apreciaron dificultades en el interés mostrado por el profesional de enfermería en la búsqueda de información que favorezca el desarrollo de la superación profesional relacionada con el autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual, así como en el hecho de transformar el autocuidado del paciente con esta discapacidad. Luego del análisis de los resultados se concluye que existen insuficiencias en la superación del profesional de enfermería dirigida al autocuidado para la atención a pacientes con discapacidad intelectual, lo que condiciona una limitación en su desempeño profesional. A partir del diagnóstico realizado se constata como aspecto mejor logrado, la disposición para transformar el autocuidado del paciente con discapacidad intelectual. Como aspectos menos logrados: los conocimientos de base que debe poseer el profesional de enfermería en relación al autocuidado, pacientes con discapacidad intelectual y autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual, el desempeño del profesional de enfermería traducido en la planificación y ejecución del autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual y el interés que muestra en la búsqueda de información que favorezca el desarrollo de la superación profesional relacionada con el autocuidado en pacientes con discapacidad intelectual.

Discusión

Los resultados del diagnóstico muestran un patrón consistente: las principales insuficiencias se concentran en los conocimientos específicos sobre discapacidad intelectual y autocuidado, así como en la planificación y ejecución de acciones de autocuidado. En contraste, la dimensión actitudinal presenta una situación relativamente más favorable, pues la mitad de los participantes fue evaluada en la categoría Bien en búsqueda de información y disposición para transformar el autocuidado. Esta diferencia sugiere que la motivación profesional constituye un punto de apoyo para una estrategia de superación, pero no sustituye la necesidad de fortalecer saberes y desempeño técnico. La lectura conjunta de las dimensiones confirma la pertinencia de una formación continua contextualizada, articulada con la familia y con las particularidades funcionales de las personas con discapacidad intelectual.

Conclusiones

El diagnóstico inicial realizado con 20 profesionales de enfermería evidencia necesidades de superación en las dimensiones cognitiva e instrumental, especialmente en el conocimiento de la discapacidad intelectual, el autocuidado específico y la planificación y ejecución de cuidados. La dimensión actitudinal aparece como el componente mejor posicionado, aunque todavía con margen de mejora. Los hallazgos justifican el diseño de acciones sistemáticas de superación profesional orientadas a integrar conocimientos, habilidades y actitudes para la atención al autocuidado en personas con discapacidad intelectual.

Referencias

- Ministerio de Educación. (2017). Plan de estudio discapacidad intelectual, versión digital. La Habana, Cuba. Ministerio de Educación. (2014). Resolución Ministerial 200/2014. La Habana, Cuba. Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management Inside Our Strange World of Organizations*. New York: Free Press. Montero, D. (2021). La superación profesional de los trabajadores sociales de los hogares de niños sin amparo familiar. Tesis doctoral no publicada. Universidad "Ignacio Agramonte Loynaz". Camagüey, Cuba. Silas, D.E. y Jordán, M.L. (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería Desarrollo Científ Enferm. Vol. 19 N° 2. Recuperado el día 21 de julio de 2021, de: <http://www.helpagela.org/silo/files/gua-decapacitacion-deautocuidado>. Torres, A. M., Urbay, M. y Ya Henda, N. (2018). Superación profesional del docente para perfeccionar su competencia didáctica en las escuelas superiores pedagógicas angolanas. Revista EduSol. Vol. 18. Núm. 65. ISSN: 1729-8091. Guantánamo, Cuba. Torres, Y., Aguiar, G., Estévez, Y., Amor, N. y Sánchez, X. (2018). Estrategia de superación a promotoras del programa "Educa a tu hijo" a niños

autismo. Rev. Ciencias Médicas. 22(3). Recuperado el día 26 de agosto del 2019, de: <https://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3495>.
Valcárcel, N. (1998). Estrategia interdisciplinaria de superación para profesores de ciencias de la enseñanza media. Disertación doctoral no publicada. Instituto Central de Ciencias Pedagógicas. La Habana, Cuba.
Vásquez, D. V., Soto. L. E., Allauca, M. A. y Benítez, F. A. (2020). Aprendizaje inclusivo para las personas con discapacidad. Revista Científica Mundo de las Investigaciones y el conocimiento: 4. (1). esp. marzo.2020.182-190. Bolívar, Ecuador.
Vázquez, J. (2016). La comunicación aumentativa en escolares con necesidades educativas especiales más complejas. Disertación doctoral no publicada. Universidad "Hermanos Saiz Montes de Oca". Pinar del Río, Cuba.