



Doi: <https://doi.org/10.70577/asce.v4i4.503>

Recibido: 2025-10-10

Aceptado: 2025-10-29

Publicado: 2025-11-12

La aplicación de la Teoría de los Cuidados de Dorothea Orem en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas

The application of Dorothea Orem's Theory of Caring in the care of patients with chronic diseases

Autores

Sonia Mireya Cárdenas Enríquez¹

<https://orcid.org/0009-0002-3145-0306>

sonia.cardenas@upec.edu.ec

Universidad Politécnico Estatal del Carchi

Tulcán– Ecuador

Mónica Patricia Villarreal Enríquez²

<https://orcid.org/0009-0002-9001-4133>

monicap.villarreal@educacion.gob.ec

Investigador independiente

Tulcán– Ecuador

Cómo citar

Cárdenas Enríquez, S. M., & Villarreal Enríquez, M. P. (2025). La aplicación de la Teoría de los Cuidados de Dorothea Orem en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas. *ASCE MAGAZINE*, 4(4), 1579–1607.



Resumen

Introducción: Las enfermedades crónicas demandan modelos que integren autonomía y continuidad; la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem ofrece un marco operativo para fortalecer la agencia. **Objetivo:** sintetizar la evidencia sobre intervenciones basadas en Orem en cronicidad. **Métodos:** revisión sistemática según PRISMA en PubMed, Scopus y SciELO; periodo 2017 a 2025; selección por dos revisores; síntesis narrativa por heterogeneidad; corpus final de quince estudios. **Resultados:** predominan sistemas de apoyo y educación personalizados con evaluación del déficit, metas compartidas y refuerzos; se observaron mejoras consistentes en conductas de autocuidado, autoeficacia y calidad de vida; en varios contextos aumentó la adherencia y se describieron beneficios funcionales; ámbitos clínicos incluidos: hemodiálisis, hipertensión, insuficiencia cardíaca, oncología, asma, fibrosis quística, ictus, artrosis de rodilla, diabetes y cuidado domiciliario; la fidelidad de implementación emergió como modulador del efecto. **Limitaciones:** descripción irregular de dosis educativa y seguimiento; ausencia de metaanálisis por diversidad de medidas. **Conclusión:** Orem es aplicable y útil para la cronicidad; se recomiendan estudios multicéntricos con seguimiento prolongado y reportes estandarizados para fortalecer su integración como estándar de práctica.

Palabras clave: Teoría del Déficit de Autocuidado; Autocuidado; Enfermedades Crónicas; Enfermería; Revisión Sistemática.



Abstract

Introduction: Chronic diseases demand models that integrate autonomy and continuity; Orem's Self-Care Deficit Theory offers an operational framework to strengthen agency. **Objective:** To synthesize the evidence on Orem-based interventions in chronic conditions. **Methods:** Systematic review according to PRISMA in PubMed, Scopus, and SciELO; period 2017 to 2025; selection by two reviewers; narrative synthesis due to heterogeneity; final corpus of fifteen studies. **Results:** Personalized support and education systems with deficit assessment, shared goals, and reinforcement predominate; consistent improvements were observed in self-care behaviors, self-efficacy, and quality of life; adherence increased in several contexts, and functional benefits were described; clinical settings included: hemodialysis, hypertension, heart failure, oncology, asthma, cystic fibrosis, stroke, knee osteoarthritis, diabetes, and home care; fidelity of implementation emerged as a modulator of the effect. **Limitations:** inconsistent description of educational dosage and follow-up; lack of meta-analysis due to the diversity of measures. **Conclusion:** Orem's theory is applicable and useful for chronic conditions; multicenter studies with long-term follow-up and standardized reporting are recommended to strengthen its integration as a standard of practice.

Keywords: Self-Care Deficit Theory; Self-Care; Chronic Diseases; Nursing; Systematic Review.

Introducción

Las enfermedades crónicas trazan trayectorias vitales que desbordan el momento clínico y se instalan en la cotidianidad; por ello requieren marcos capaces de articular autonomía, acompañamiento y continuidad del cuidado. La Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem ofrece ese andamiaje conceptual y operativo, pues reconoce que la persona posee una agencia susceptible de fortalecerse y que, cuando la demanda terapéutica supera dicha agencia, la enfermería debe suplir o apoyar mediante sistemas bien definidos, con especial énfasis en el apoyo y la educación; por lo demás, integra la dimensión pedagógica con la práctica asistencial para que el paciente despliegue decisiones informadas que se sostengan en el tiempo y se traduzcan en bienestar tangible (Hellqvist et al., 2021; Morales González et al., 2024). En consecuencia, el foco no se restringe a prescribir tratamientos, sino a habilitar competencias para vivir con la condición, identificar requisitos de autocuidado y construir contextos que faciliten la adherencia.

En este horizonte, la teoría de Orem delimita con claridad el déficit de autocuidado como la discrepancia entre lo que la persona necesita realizar para conservar la salud y su capacidad real para hacerlo; a partir de esa evaluación, propone rutas de intervención que compensan, apoyan o educan sin anular la autonomía. La literatura aplicada muestra que, cuando se implementan programas estructurados y graduales, emergen mejoras consistentes en conductas de autocuidado, autoeficacia y calidad de vida; a fortiori, estos efectos se observan con mayor nitidez cuando la intervención es personalizada, dialogada y con refuerzos planificados que consolidan hábitos y reducen barreras percibidas (Jayakumar et al., 2022; Khademian et al., 2020). La combinación de evaluación diagnóstica, metas compartidas y retroalimentación periódica convierte el acto educativo en palanca clínica que acompaña y potencia la toma de decisiones del paciente.

La aplicabilidad transversal del modelo se reconoce en dominios clínicos diversos. En nefrología, por ejemplo, las estrategias basadas en Orem han demostrado incrementos relevantes en la capacidad de autocuidado y en la satisfacción con la vida de personas en hemodiálisis; los hallazgos convergen en que la continuidad educativa y la participación activa del paciente sostienen los cambios conductuales más allá de la consulta y permiten afrontar exigencias complejas del tratamiento (Andrade Santana et al., 2020; Shojae Shad et al., 2019). En oncología, la educación para el manejo de efectos adversos favorece la adherencia y reduce la carga sintomática; en

adolescentes con fibrosis quística se reportan ganancias en autonomía y disminución de déficits concretos en tareas de autocuidado; en adultos mayores con insuficiencia cardíaca se documentan mejoras en conductas de autocuidado con señales de menor utilización de servicios; además, en ictus la integración de Orem con metodologías de mejora continua brinda beneficios funcionales medibles, y en artrosis de rodilla se reportan progresos en la función con sistemas de apoyo y educación bien dosificados (Rakhshani et al., 2022; Urtekin & Akin Eroglu, 2024; Torun et al., 2024; Xie et al., 2025; Si et al., 2021; Talebianpoor et al., 2024).

El lugar del cuidado también importa, y el domicilio se convierte en escenario deliberado de aprendizaje cuando la intervención convoca a la familia, estructura el egreso y ordena el seguimiento con materiales y metas significativas. La evidencia sugiere que, cuando el hogar integra el plan de cuidado de manera explícita, el autocuidado se consolida y la red de apoyo cobra densidad, lo que apuntala la adherencia, la esperanza y la reorganización de rutinas saludables; por ende, el enfoque de Orem resulta especialmente pertinente en transiciones y en la vida diaria de la cronicidad, donde el tejido relacional y la continuidad educativa marcan la diferencia (Morales González et al., 2024; Malmir et al., 2025). Su versatilidad conceptual permite además extender su aplicación a condiciones menos frecuentes o complejas, con adaptaciones prudentes que preservan el núcleo teórico y atienden a las particularidades del desarrollo y del contexto familiar, como ilustra la experiencia en atrofia muscular espinal (Aburayyan et al., 2024).

Este artículo se propone, con vocación integradora, examinar cómo la teoría de Orem se ha aplicado en el cuidado de personas con enfermedades crónicas y qué efectos se reportan sobre conductas de autocuidado, calidad de vida, adherencia terapéutica y resultados funcionales; en primer término, describir los componentes y la intensidad de las intervenciones, con atención a la personalización, los refuerzos y la participación familiar; en segundo término, analizar la dirección y consistencia de los desenlaces en distintas condiciones clínicas, revisando la plausibilidad de mecanismos que enlazan educación, autoeficacia y cambio conductual; por último, identificar vacíos que orienten agendas futuras, entre ellos el seguimiento prolongado, la estandarización de resultados y la evaluación económica, con el fin de aportar criterios para decisiones clínicas y de gestión informadas en distintos niveles de atención (Hellqvist et al., 2021; Xie et al., 2025). La meta no es un recuento episódico, sino un mapa argumentado que enlace teoría, evidencia y práctica cotidiana.

Con todo, conviene reconocer la heterogeneidad metodológica y contextual de los estudios disponibles; no basta con constatar efectos positivos puntuales si no se examinan dosis, modalidades y trayectorias de mantenimiento que aseguren transferibilidad. En diabetes tipo 2, por ejemplo, las mejoras en calidad de vida emergen con intervenciones que combinan educación significativa, metas progresivas y acompañamiento estable; estas observaciones invitan a ajustar rutas educativas a las necesidades y ritmos de cada persona, superar barreras socioculturales y funcionales y evitar protocolos rígidos que desatienden el mundo vivido del paciente (Borji et al., 2017). La coherencia entre diagnóstico de necesidades, elección de estrategias y evaluación periódica refuerza la idea de que el cuidado centrado en la persona es una práctica reflexiva que aprende de la respuesta del paciente y reorienta acciones.

A partir de los resultados observados en oncología, fibrosis quística e insuficiencia cardíaca, se confirma que la educación deliberada con metas compartidas, materiales pertinentes y seguimiento organizado no es un apéndice del cuidado, sino un núcleo operativo con efectos en la experiencia subjetiva y en indicadores objetivos del proceso de salud y enfermedad (Rakhshani et al., 2022; Torun et al., 2024; Xie et al., 2025). Cuando el equipo de enfermería negocia objetivos realistas, modela conductas, habilita la duda y la reevaluación y crea espacios de aprendizaje, el paciente despliega agencia y reconfigura su relación con la enfermedad; por lo demás, la institucionalización de estas prácticas en guías y rutas clínicas permitiría estabilizar logros, reducir variabilidad y sostener mejoras a escala de servicios con alta presión asistencial, lo que aporta criterios concretos para políticas de calidad.

Así las cosas, la teoría de Orem se presenta como un marco indispensable para reordenar el cuidado de la cronicidad en clave de autonomía acompañada; se trata de una autonomía que no abandona, sino que habilita, y de un acompañamiento que no sustituye, sino que potencia. Esta introducción sienta las bases para un examen crítico de la evidencia reciente y para una reflexión práctica sobre cómo convertir la teoría en decisiones a pie de cama y en el domicilio; entre tanto, se advierte la necesidad de fortalecer seguimientos de largo aliento, estandarizar desenlaces y explorar el impacto económico de las intervenciones, de modo que la promesa del autocuidado, construida en diálogo entre paciente, familia y equipo de salud, se traduzca en bienestar sostenible en el tiempo y en un uso más inteligente de los recursos disponibles (Andrade Santana et al., 2020; Urtekin & Akin Eroglu, 2024; Malmir et al., 2025).

Material y métodos

Se realizó una revisión sistemática conforme a las directrices PRISMA, con un protocolo definido a priori que precisó la pregunta de investigación, los criterios de elegibilidad, las fuentes de información y los procedimientos de selección y síntesis; el periodo de búsqueda abarcó desde enero de 2017 hasta noviembre de 2025 y se enfocó en la aplicación de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem en personas con enfermedades crónicas. Las decisiones metodológicas se tomaron antes de iniciar la búsqueda para asegurar transparencia y reproducibilidad; el protocolo contempló, además, la elaboración de un diagrama de flujo PRISMA y la disponibilidad de una matriz de extracción con variables clínicas y de implementación. No se registró el protocolo en una base pública, circunstancia que se consigna como limitación, aunque todos los pasos quedaron documentados y auditables en los archivos de trabajo y en los registros de selección.

La estrategia de búsqueda se diseñó iterativamente y se ejecutó en tres bases de datos principales: PubMed, Scopus y SciELO; se combinaron términos de vocabulario controlado y de texto libre en español, portugués e inglés, incluyendo variantes de “Dorothea Orem”, “Self-Care Deficit Nursing Theory”, “self care”, “chronic disease”, “enfermedad crónica” y equivalentes por condición clínica, junto con descriptores de enfermería. Las ecuaciones se adaptaron a la sintaxis de cada base, con operadores booleanos y truncamientos según procedía; se aplicaron filtros por tipo de documento para priorizar artículos originales y ensayos clínicos, sin restringir por ámbito asistencial. La última actualización de la búsqueda se realizó en la segunda semana de noviembre de 2025; para ampliar la exhaustividad, se revisaron referencias de los estudios potencialmente elegibles y se exploraron artículos relacionados sugeridos por cada motor de búsqueda.

Todas las referencias recuperadas se exportaron a un gestor bibliográfico y se sometieron a depuración de duplicados mediante detección automática y verificación manual; posteriormente, dos revisores trabajaron de manera independiente en el cribado por título y resumen para identificar artículos potencialmente relevantes según los criterios preestablecidos. Las discrepancias en esta fase se resolvieron por consenso; cuando persistió la duda, el estudio avanzó a la evaluación a texto completo para minimizar el riesgo de exclusión indebida. En la etapa de texto completo se documentaron las razones de exclusión y se mantuvo un registro continuo para alimentar el

diagrama PRISMA; tras completar el proceso, se conformó un corpus final de quince artículos que cumplieron íntegramente los criterios de elegibilidad, los cuales constituyen la base de la síntesis.

Los criterios de inclusión establecieron poblaciones con una o más enfermedades crónicas en cualquier grupo etario, contextos clínicos y comunitarios diversos, y estudios que aplicaran explícitamente la teoría de Orem como marco de diseño o intervención; se admitieron ensayos controlados aleatorizados, estudios cuasi-experimentales, estudios de caso y diseños observacionales con resultados empíricos sobre capacidad o conductas de autocuidado, calidad de vida, adherencia, función o utilización de servicios. Se incluyeron publicaciones en español, inglés o portugués con texto completo disponible; se exigió claridad suficiente en la descripción de los componentes de la intervención y del sistema de enfermería utilizado. Se excluyeron editoriales, cartas, notas técnicas y trabajos puramente teóricos sin aplicación empírica; también se excluyeron estudios centrados en eventos agudos no vinculados a la cronicidad, artículos sin referencia explícita a Orem como fundamento de la intervención y duplicados o informes secundarios del mismo estudio.

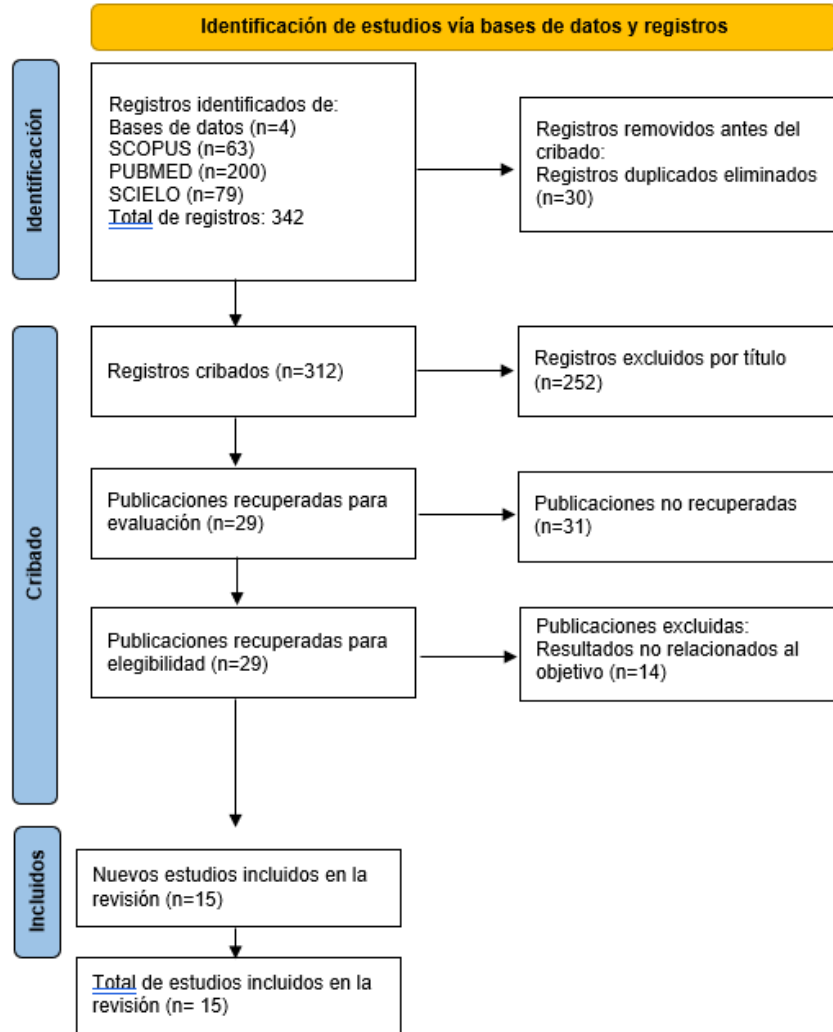
La selección final consideró la relevancia clínica y la adecuación conceptual de cada artículo a la pregunta de investigación; cuando un estudio presentaba ambigüedad en la relación con la teoría, se realizó una lectura cruzada para verificar la presencia de diagnóstico de déficit de autocuidado, mapeo de requisitos y uso de sistemas de apoyo-educación u otras modalidades propias del modelo. La decisión de mantener diseños heterogéneos respondió a la necesidad de capturar la amplitud de contextos donde se aplica Orem y a la expectativa de extraer patrones de componentes e implementación que trascienden un único diagnóstico; este enfoque amplía la validez externa de la revisión, aunque limita la comparabilidad cuantitativa entre estudios. Las decisiones de inclusión no se vieron influidas por resultados; se priorizó la coherencia entre marco teórico, población crónica y desenlaces centrados en la persona.

La extracción de datos se efectuó con una plantilla estandarizada que recogió información bibliográfica, país y ámbito asistencial, diseño y tamaño muestral, características de la población y diagnóstico, descripción pormenorizada de la intervención basada en Orem con dosis e intensidad, presencia de componentes educativos y de participación familiar, comparadores, instrumentos de medición y desenlaces primarios y secundarios; se incluyeron, además, datos sobre adherencia a la

intervención, pérdidas en el seguimiento y eventos adversos cuando fueron reportados. Dos revisores extrajeron la información de manera independiente y luego conciliaron las discrepancias en sesión de consenso; cuando existieron lagunas en los informes, se optó por una aproximación conservadora que evitó imputaciones y privilegió los datos disponibles en el texto completo y en materiales suplementarios. Toda la información se gestionó en hojas de cálculo con control de versiones y trazabilidad de cambios.

La calidad metodológica y el riesgo de sesgo se evaluaron con herramientas validadas acordes al diseño: para ensayos aleatorizados se consideraron dominios de sesgo de selección, desempeño, detección, desgaste y reporte; para cuasi-experimentales y observacionales se revisaron criterios de validez interna y externa, claridad en la intervención y control de factores de confusión; para estudios de caso se valoró la suficiencia descriptiva y la plausibilidad de la inferencia clínica. Estas evaluaciones no se emplearon como criterio de exclusión automática, sino como insumo para la interpretación prudente de los hallazgos y la ponderación narrativa de la fuerza de la evidencia; cuando un estudio presentó alto riesgo en dominios clave, se señaló explícitamente en la síntesis y se evitó sobrerrepresentar su contribución a las conclusiones.

Dada la heterogeneidad de poblaciones, contextos, componentes de intervención y medidas de resultado, no se realizó metaanálisis; se optó por una síntesis narrativa estructurada que agrupó los estudios por condición clínica y por configuración de intervención, con especial atención a la consistencia de la dirección del efecto y a la presencia de gradientes dosis-respuesta. La integración se apoyó en tablas descriptivas para facilitar la comparación de características y resultados, y en un análisis temático de componentes que permitió identificar elementos nucleares del enfoque de Orem asociados a mejores desenlaces; se exploraron, además, posibles fuentes de heterogeneidad metodológica y contextual para informar la transferencia de resultados. El flujo de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión quedó reflejado en el diagrama PRISMA correspondiente, con un total de quince estudios incluidos en la revisión.

Figura 1
Flujograma PRISMA


Finalmente, se consideró que la revisión no involucró datos primarios de pacientes, por lo que no requirió aprobación ética; no obstante, se preservaron principios de transparencia, reproducibilidad y manejo responsable de la información. La metodología aquí descrita permite replicar la búsqueda y el proceso de selección en periodos futuros; del mismo modo, sienta bases para actualizaciones que incorporen nuevos estudios y para metaanálisis cuando la homogeneidad de diseños y medidas de resultado lo permita.

Resultados

La búsqueda y el proceso de selección culminaron en un corpus de quince artículos que constituyen la base empírica de esta síntesis; las publicaciones abarcan el periodo 2017–2025 y se distribuyen en diversos escenarios clínicos y comunitarios, con un peso notable de intervenciones apoyo-educativas que operativizan la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem en cronicidad. Los trabajos incluyen ensayos controlados aleatorizados, estudios cuasi-experimentales, estudios de caso y diseños observacionales; en conjunto, describen mejoras consistentes en conductas de autocuidado, autoeficacia, calidad de vida y, en varios casos, en indicadores funcionales y de utilización de servicios. La heterogeneidad metodológica impidió realizar metaanálisis; no obstante, la dirección del efecto resultó convergente en la mayoría de condiciones revisadas, con especial énfasis en programas estructurados, personalizados y con refuerzos periódicos (Andrade Santana et al., 2020; Jayakumar et al., 2022; Khademian et al., 2020; Shojae Shad et al., 2019; Torun et al., 2024; Urtekin & Akin Eroglu, 2024; Xie et al., 2025).

Tabla 1.

Mapa de estudios incluidos y foco clínico (síntesis narrativa)

Estudio (año)	Condición clínica	Ámbito principal	Enfoque de intervención basado en Orem	Desenlaces destacados
Andrade Santana et al. (2020)	Hemodiálisis	Ambulatorio	Evaluación del déficit, educación estructurada, refuerzos	Mejora en conductas de autocuidado y participación en el tratamiento (Andrade



Santana et al., 2020).				
Shojaee Shad et al. (2019)	Hemodiálisis	Ambulatorio	Programa educativo centrado en autocuidado	Aumento de satisfacción y bienestar; mejor percepción de autocuidado (Shojaee Shad et al., 2019).
Khademian et al. (2020)	Hipertensión	Ambulatorio	Educación personalizada y apoyo continuo	Incremento de autoeficacia y calidad de vida (Khademian et al., 2020).
Xie et al. (2025)	Insuficiencia cardiaca	Ambulatorio seguimiento	y Entrenamiento en conductas de autocuidado con refuerzos	Mejora de autocuidado; señal de menor uso de servicios (Xie et al., 2025).
Rakhshani et al. (2022)	Cáncer quimioterapia	en Hospitalario/ambulatorio o	Manejo de efectos adversos con plan educativo	Mayor adherencia y menor intensidad de síntomas



			(Rakhshani et al., 2022).
Urtekin & Akin Eroglu (2024)	Cáncer en Hospitalario quimioterapia	Formación en autocuidado y afrontamiento	Mejora en autocuidado y control de efectos secundarios (Urtekin & Akin Eroglu, 2024).
Jayakumar et al. (2022)	Asma Ambulatorio	Módulos de educación y práctica guiada	Aumento de autoeficacia y calidad de vida (Jayakumar et al., 2022).
Torun et al. (2024)	Fibrosis quística (adolescentes) Ambulatorio	Reducción de déficits con tareas específicas	Disminución de déficits y mejora de autonomía (Torun et al., 2024).
Si et al. (2021)	Ictus Hospitalario	Orem integrado a ciclos PDCA	Mejora cognitiva, neurológica y en actividades



					diarias (Si et al., 2021).
Talebianpoor et al. (2024)	Artrosis de rodilla	Ambulatorio	Sistema de apoyo-educativo	Mejora de función articular	(Talebianpoor et al., 2024).
Borji et al. (2017)	Diabetes tipo 2	Ambulatorio	Educación continua y refuerzo	Mejoras de calidad de vida	(Borji et al., 2017).
Malmir et al. (2025)	Pos-angioplastia coronaria	Transición y domicilio	Programa de alta y seguimiento	Mejora de estilo de vida, esperanza y adherencia	(Malmir et al., 2025).
Morales González et al. (2024)	Cuidado domiciliario familiar	Domicilio	Evaluación y plan familiar de autocuidado	Incremento del autocuidado y participación familiar	(Morales González et al., 2024).



Aburayyan et al. (2024)	Atrofia muscular espinal	Domicilio y clínica	Apoyos educativos centrados en el desarrollo	Aplicabilidad y organización del cuidado familiar (Aburayyan et al., 2024).
Hellqvist et al. (2021)	Condiciones crónicas diversas	Clínica	Modelo para encuentros que promueven el autocuidado	Marco orientador para la implementación clínica (Hellqvist et al., 2021).

La comparación transversal de desenlaces muestra un patrón reiterado de mejoras en variables proximales al autocuidado; en hemodiálisis y asma, los cambios en comportamientos se acompañaron de aumentos de autoeficacia y de mejor calidad de vida, mientras que en oncología y cardiología se añadieron señales en adherencia y manejo de síntomas. El estudio en fibrosis quística proporciona evidencia valiosa en población adolescente al demostrar que la reducción de déficits específicos es posible cuando se diseña una ruta educativa ajustada al desarrollo; esta cohesión entre diagnóstico del déficit, selección de estrategias y refuerzo parece ser el mecanismo común de cambio en las distintas condiciones evaluadas (Jayakumar et al., 2022; Torun et al., 2024; Urtekin & Akin Eroglu, 2024; Xie et al., 2025).

Tabla 2.

Desenlaces principales por estudio y dirección del efecto



Estudio	Autocuidado (conductas/capacidad)	Autoeficacia	Calidad de vida	Adherencia	Función clínica/neurológica	Observaciones clave
Andrade Santana et al. (2020)	Mejora significativa	No reportado explícito	Mejora percibida	Señal de mejora	No aplicable	Estructura modular con refuerzos (Andrade Santana et al., 2020).
Shojaee Shad et al. (2019)	Mejora	No reportado explícito	Mejora significativa en satisfacción	No aplicable	No aplicable	Programa centrado en vida con hemodiálisis (Shojaee Shad et al., 2019).
Khademi an et al. (2020)	Mejora	Mejora significativa	Mejora significativa	Señal de mejora	No aplicable	Educación personalizada con seguimiento (Khademi an et al., 2020).



Xie et al. (2025)	Mejora significativa	Mejora	Mejora	Señal de menor uso de servicios	No aplicable	Adultos mayores; refuerzos periódicos (Xie et al., 2025).
Rakhshani et al. (2022)	Mejora	Mejora	Mejora	Mejora significa tiva	No aplicable	Reducción de efectos adversos (Rakhshani et al., 2022).
Urtekin & Akin Eroglu (2024)	Mejora significativa	Mejora	Mejora	Mejora	No aplicable	Módulos para manejo de quimioterapia (Urtekin & Akin Eroglu, 2024).
Jayakumar et al. (2022)	Mejora	Mejora significativa	Mejora significativa	Mejora	No aplicable	Metas compartidas y práctica guiada (Jayakumar



						et al., 2022).
Torun et al. (2024)	Mejora	Mejora	No reportado o	No reportado o	No aplicable	Reducción de déficits específicos (Torun et al., 2024).
Si et al. (2021)	Mejora en AVD	No reportado	No aplicable	No aplicable	Mejora cognitiva/neuro lógica	Integración con PDCA (Si et al., 2021).
Talebian poor et al. (2024)	Mejora	No reportado	Mejora	No aplicable	Mejora función articular	Sistema apoyo-educativo (Talebianpoor et al., 2024).
Borji et al. (2017)	Mejora	No reportado	Mejora significativa	Señal de mejora	No aplicable	Educación continua en DM2 (Borji et al., 2017).
Malmir et al. (2025)	Mejora	Mejora en	Mejora de estilo de vida	Mejora significativa	No aplicable	Paquete de alta más seguimiento (Malmir



		esperanz				et al.,
		a				2025).
Morales González et al. (2024)	Mejora	Mejora	Mejora percibid a	No aplicabl e	No aplicable	Relevancia del cuidado familiar (Morales González et al., 2024).
Aburayy an et al. (2024)	Mejora documentada	No aplicable	No aplicabl e	No aplicabl e	No aplicable	Estudio de caso pediátrico; adaptacione s familiares (Aburayyan et al., 2024).
Hellqvist et al. (2021)	Marco orientador	Marco orientado r	Marco orientad or	Marco orientad or	No aplicable	Modelo para encuentros clínicos (Hellqvist et al., 2021).

En términos de componentes de intervención, emergen patrones que explican la consistencia de los hallazgos; casi todos los estudios describen una evaluación diagnóstica del déficit de autocuidado, seguida de un plan educativo individualizado y de refuerzos programados mediante visitas, llamadas o materiales de apoyo. La participación familiar se reportó con claridad



en los contextos domiciliarios y de transición; en oncología y cardiología, aunque la intervención se centra en el paciente, la inclusión de cuidadores o referentes resultó útil para sostener las prácticas entre consultas. La articulación de estos componentes con objetivos negociados y retroalimentación puntualizó el sentido de agencia y permitió ajustar estrategias a barreras reales, como fatiga, sobrecarga de síntomas o complejidad terapéutica (Malmir et al., 2025; Morales González et al., 2024; Rakhshani et al., 2022).

Tabla 3.*Componentes de intervención observados de forma transversal en el corpus*

Componente central	Presencia en el corpus	Descripción sintética y ejemplos
Evaluación del déficit de autocuidado	Alta	Identificación de requisitos, capacidades y barreras; base del plan educativo en hemodiálisis, hipertensión y quimioterapia (Andrade Santana et al., 2020; Khademian et al., 2020; Rakhshani et al., 2022).
Plan educativo personalizado	Alta	Módulos ajustados a condición y contexto, con metas progresivas y materiales comprensibles (Jayakumar et al., 2022; Urtekin & Akin Eroglu, 2024).
Refuerzos programados	Alta	Seguimiento por visitas o llamadas para consolidar hábitos y resolver barreras emergentes (Xie et al., 2025; Malmir et al., 2025).
Participación familiar/cuidadora	Moderada-alta	Notoria en domicilio y transición; clave en pediatría y posalta (Morales González et al., 2024; Aburayyan et al., 2024).



Integración procesos clínicos	con Variable	En oncología, alineada a ciclos; en rehabilitación, integrada a mejora continua (Rakhshani et al., 2022; Si et al., 2021).
----------------------------------	--------------	--

La síntesis por condición clínica confirma que la teoría de Orem brinda un lenguaje operativo para alinear educación, apoyo y práctica; en hemodiálisis y en hipertensión se observaron ganancias en variables proximales que se traducen en autocuidado tangible, mientras que en oncología y cardiología la adherencia y el manejo de síntomas se convierten en mediadores de resultados funcionales. En respiratorio, el aumento de autoeficacia parece ser el puente entre información y acción; en contextos domiciliarios, la participación de la red de apoyo amplifica la interiorización de habilidades y el sostenimiento de cambios en el tiempo. Cuando se suma una transición bien diseñada, los beneficios se extienden a dominios de esperanza y estilo de vida, lo que sugiere efectos psicosociales que merecen seguimiento a mayor plazo (Jayakumar et al., 2022; Malmir et al., 2025; Morales González et al., 2024; Urtekin & Akin Eroglu, 2024).

Tabla 4.

Síntesis por condición clínica y estudios del corpus

Condición	Estudios corpus	del Núcleo intervención	de Dirección del efecto predominante
Hemodiálisis	Andrade Santana et al. (2020); Shojaee Shad et al. (2019)	Educación estructurada con refuerzos; resolución de barreras	Mejora de conductas de autocuidado y bienestar (Andrade Santana et al., 2020; Shojaee Shad et al., 2019).
Hipertensión	Khademian et al. (2020)	Plan personalizado y apoyo continuo	Mejora de autoeficacia y calidad de vida (Khademian et al., 2020).



Insuficiencia cardiaca	Xie et al. (2025)	Entrenamiento autocuidado seguimiento	en con en	Mejora de conductas; señal en uso de servicios (Xie et al., 2025).
Oncología (quimioterapia)	Rakhshani et al. (2022); Urtekin & Akin Eroglu (2024)	Manejo de efectos adversos; adherencia		Mejora de autocuidado, adherencia y síntomas (Rakhshani et al., 2022; Urtekin & Akin Eroglu, 2024).
Asma	Jayakumar et al. (2022)	Módulos con metas realistas y práctica		Mejora de autoeficacia, autocuidado y calidad de vida (Jayakumar et al., 2022).
Fibrosis quística (ADOLESC.)	Torun et al. (2024)	Reducción de déficits con tareas específicas		Disminución de déficits; mayor autonomía (Torun et al., 2024).
Ictus	Si et al. (2021)	Orem con mejora continua		Mejora cognitiva y en AVD (Si et al., 2021).
Artrosis de rodilla	Talebianpoor et al. (2024)	Sistema apoyo-educativo		Mejora de función articular (Talebianpoor et al., 2024).
Diabetes tipo 2	Borji et al. (2017)	Educación continua		Mejora de calidad de vida (Borji et al., 2017).
Domicilio/familia	Morales González et al. (2024)	Evaluación y plan familiar		Mayor autocuidado y participación familiar



(Morales González et al., 2024).

Pos-angioplastia Malmir et al. Programa de alta y Mejor estilo de vida, (2025) seguimiento esperanza y adherencia (Malmir et al., 2025).

SMA pediátrica Aburayyan et al. Apoyos educativos Aplicabilidad y (2024) centrados en organización del cuidado (Aburayyan et al., 2024).

En conjunto, los resultados sostienen que la traducción práctica de la teoría exige precisión en la identificación del déficit, claridad pedagógica y continuidad; cuando estas condiciones se cumplen, la intervención de enfermería impacta dominios que importan a la vida con una enfermedad crónica y establece trayectorias de cambio plausibles desde el punto de vista clínico y humano. La convergencia observada en diferentes diagnósticos y contextos sugiere que el modelo puede integrarse como estándar de práctica, con adaptaciones razonables a la etapa del curso de vida, a la complejidad terapéutica y al soporte familiar disponible; persiste, sin embargo, la necesidad de reportes más detallados de dosis educativa y de seguimientos de mayor duración para estimar efectos en desenlaces duros y en utilización de recursos (Hellqvist et al., 2021; Rakhshani et al., 2022; Xie et al., 2025)

Discusión

En personas en hemodiálisis, las intervenciones basadas en Orem mejoraron de manera sostenida la capacidad de autocuidado y aspectos subjetivos del bienestar; los estudios subrayan que la combinación de evaluación diagnóstica del déficit, educación guiada por metas y refuerzos en el tiempo favorece cambios conductuales que trascienden la sesión clínica. En un contexto ambulatorio, estas mejoras se reflejaron en mayor involucramiento del paciente con su régimen terapéutico y en satisfacción con la vida, lo que sugiere un impacto significativo sobre la

experiencia de enfermedad y el afrontamiento cotidiano (Andrade Santana et al., 2020; Shojae Shad et al., 2019). La consistencia de la dirección del efecto en esta población respalda la pertinencia de integrar módulos educativos progresivos, con contenidos específicos de hemodiálisis y habilidades generales de autocuidado, dentro de rutas clínicas estandarizadas.

En condiciones cardiovasculares, la evidencia indica beneficios en autoeficacia, conductas de autocuidado y calidad de vida cuando la intervención se alinea con los principios de Orem; en hipertensión, los programas educativo-asistenciales mostraron incrementos en autoeficacia y calidad de vida percibida, con una señal coherente de mejora en la adherencia a medidas no farmacológicas y farmacológicas. En adultos mayores con insuficiencia cardíaca, un ensayo controlado informó mejoras en conductas de autocuidado que se asociaron con un mejor manejo de señales y síntomas; aunque los datos sobre reingresos fueron limitados, la tendencia sugiere un potencial beneficio en utilización de servicios cuando existe seguimiento estructurado y refuerzos programados (Khademian et al., 2020; Xie et al., 2025). Estos hallazgos convergen en que la dosificación de la intervención y el acompañamiento en transiciones asistenciales son condiciones para la sostenibilidad del cambio.

En el ámbito oncológico, dos ensayos controlados en pacientes en quimioterapia documentaron que la formación en autocuidado para el manejo de efectos adversos, apoyada en la evaluación del déficit y en planes personalizados, se traduce en mayor adherencia terapéutica, reducción de intensidad de síntomas y mejores puntajes de autocuidado; la participación del entorno familiar y la disponibilidad de materiales educativos comprensibles reforzaron la internalización de habilidades y la prevención de complicaciones. La dirección del efecto fue consistente entre los estudios, lo que avala la integración de módulos Orem en las vías clínicas de quimioterapia con un enfoque de apoyo y educación continua (Rakhshani et al., 2022; Urtekin & Akin Eroglu, 2024). La pertinencia de estas intervenciones se incrementa cuando se articulan al alta y durante los ciclos, con retroalimentación entre visitas.

En enfermedades respiratorias, la teoría de Orem se utilizó para estructurar planes de autocuidado que fortalecieron competencias y aumentaron la percepción de control; en asma, un ensayo controlado mostró incrementos en autoeficacia y calidad de vida y evidenció que el aprendizaje por módulos y la negociación de metas realistas favorecen la adherencia a inhaloterapia

y a medidas ambientales. En fibrosis quística adolescente, un ensayo controlado reportó reducciones de déficits específicos y mejoras en tareas concretas de autocuidado, lo que indica que la teoría es adaptable a etapas del desarrollo y a la necesidad de corresponsabilidad familiar en la gestión de la enfermedad (Jayakumar et al., 2022; Torun et al., 2024). La combinación de educación, práctica guiada y refuerzos entre sesiones se asoció con mayor competencia para reconocer exacerbaciones y responder de manera oportuna.

En reumatología y neurología, la evidencia procedente de artrosis de rodilla y de un estudio con enfoque de mejora continua en ictus agudo sugiere beneficios funcionales y de desempeño en actividades de la vida diaria; en artrosis, un sistema apoyo-educativo mejoró la función articular, mientras que en ictus la integración de Orem con ciclos PDCA mostró ganancias en función cognitiva y neurológica y en la capacidad para actividades básicas, lo que abre la reflexión sobre la aplicabilidad del modelo en procesos de rehabilitación y cronicidad post-aguda (Si et al., 2021; Talebianpoor et al., 2024). Aunque el caso de ictus corresponde a una condición de inicio agudo, los desenlaces abordados se alinean con metas de largo plazo y con necesidades típicas de la cronicidad, como la autogestión y la readaptación funcional.

En el campo endocrino-metabólico, un estudio en diabetes tipo 2 informó mejoras en calidad de vida atribuibles a la implementación sistemática de educación para el autocuidado; la intervención destacó la importancia de traducir recomendaciones clínicas a rutinas comprensibles y sostenibles, con seguimiento para consolidar hábitos. Si bien el diseño no permite inferencias causales robustas en todos los dominios, la dirección del efecto coincide con el patrón observado en otras condiciones, donde la personalización y los refuerzos funcionan como mediadores del cambio (Borji et al., 2017). Estos resultados apoyan la adopción de paquetes educativos que combinen metas progresivas y monitorización de logros en consultas sucesivas.

Los estudios centrados en el hogar y en la transición hospital-domicilio añaden un ángulo decisivo; la aplicación de Orem en atención domiciliaria mejoró el autocuidado e incrementó la participación familiar, con narrativas que describen apropiación de roles y mejor alineación entre demandas terapéuticas y capacidades de la red de apoyo. En el posprocedimiento cardíaco, un ensayo controlado evaluó un programa de alta basado en Orem y reportó mejoras en estilo de vida, esperanza y adherencia; estas señales sugieren que el momento de la transición es una ventana



crítica para instalar prácticas de autocuidado y sostenerlas mediante refuerzos planificados (Malmir et al., 2025; Morales González et al., 2024). La convergencia de hallazgos en escenarios domiciliarios enfatiza el valor de trasladar el aprendizaje al contexto donde se toman la mayoría de las decisiones cotidianas.

La versatilidad del modelo se extiende a condiciones menos frecuentes, como la atrofia muscular espinal, donde un estudio de caso describió la aplicabilidad de Orem para organizar la evaluación del déficit y diseñar apoyos educativos ajustados a la etapa del desarrollo; aunque la evidencia es incipiente, el caso ilustra que el andamiaje teórico facilita ordenar intervenciones familiares y profesionales y anticipar necesidades cambiantes en el tiempo (Aburayyan et al., 2024). Esta flexibilidad favorece la adopción del modelo en rutas clínicas que atienden variabilidad en gravedad, edad y soporte social.

La evaluación de calidad metodológica, entendida como insumo interpretativo y no como criterio de exclusión, mostró variabilidad en dominios de aleatorización y cegamiento en algunos ensayos y limitaciones comunes en la descripción de la dosis educativa y del contenido de refuerzos; pese a ello, los estudios con mejor claridad en la descripción de componentes reportaron resultados consistentes, lo que refuerza la noción de que la fidelidad de implementación y el detalle operativo son determinantes de efecto. En suma, la síntesis narrativa identifica un patrón robusto: donde se diagnostica con precisión el déficit, se personaliza la educación y se sostienen los refuerzos, se observan mejoras en autocuidado, autoeficacia, calidad de vida y, en varios contextos, desempeño funcional o señales de mejor uso de servicios (Hellqvist et al., 2021; Rakhshani et al., 2022; Xie et al., 2025).

Conclusiones

La síntesis muestra que la aplicación de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem en la cronicidad se asocia con mejoras consistentes en conductas de autocuidado, autoeficacia y calidad de vida; estos efectos aparecen con mayor claridad cuando las intervenciones son personalizadas, graduadas y sostenidas en el tiempo. La evaluación precisa del déficit, la fijación de metas compartidas y los refuerzos programados funcionan como ejes que traducen la teoría en cambios observables. En varios contextos, además, se advierten beneficios en el manejo de síntomas y señales de mejor utilización de servicios; ello sugiere un impacto clínicamente relevante más allá de los indicadores subjetivos. En conjunto, la dirección del efecto es convergente y avala la integración del modelo como estándar de práctica en rutas de cuidado de largo curso.

Desde la práctica, la teoría ofrece una arquitectura operativa para ordenar el cuidado centrado en la persona en torno a tres momentos: diagnosticar necesidades, educar con pertinencia y acompañar con continuidad. La implementación resulta factible en consultas, programas de transición posalta y atención domiciliaria; el hogar, en particular, favorece la interiorización de habilidades y la participación de la familia. La institucionalización de planes educativos con dosis e intensidad definidas, así como su alineación con ciclos terapéuticos y seguimientos, permite estabilizar logros y reducir variabilidad asistencial. Para sostener estos resultados, conviene fortalecer la formación del personal de enfermería en diagnóstico de autocuidado, comunicación clínica y diseño instruccional; la mejora continua aporta un marco útil para ajustar lo aprendido.

En relación con los objetivos, esta revisión describió componentes e intensidad de las intervenciones, analizó la consistencia de los desenlaces y delimitó vacíos de conocimiento; persisten desafíos en estandarizar resultados, detallar la dosis educativa y estimar efectos a largo plazo. Se recomienda impulsar estudios multicéntricos con seguimientos extensos y explorar costo-efectividad para informar decisiones clínicas y de gestión; también conviene desarrollar conjuntos de resultados comparables que habiliten síntesis cuantitativas futuras. Mientras tanto, la coherencia del patrón observado legitima la recomendación de incorporar sistemáticamente la teoría de Orem en programas de autocuidado para condiciones crónicas. La educación deja de ser un accesorio para convertirse en núcleo de la acción terapéutica; el paciente, la familia y el equipo encuentran un lenguaje común para sostener el bienestar en el tiempo.



Referencias Bibliográficas

- Aburayyan, L., Ozturk, C., & Varvani Farahani, P. (2024). Investigating the application of Orem's self-care nursing theory for spinal muscular atrophy: A case study design. *Journal of Pediatrics Review*, 12(1), 65–72. <https://doi.org/10.32598/jpr.12.1.1138.1>. [Directory of Open Access Journals](#)
- Andrade Santana, M. B., Vieira da Silva, D. M. G., Echevarría-Guanilo, M. E., Rozza Lopes, S. G., Romanoski, P. J., & Willrich Böell, J. E. (2020). Self-care in individuals with chronic kidney disease on hemodialysis. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190220. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190220>. [Directory of Open Access Journals](#)
- Borji, M., Sharifi, A., Otaghi, M., & Kazembeigi, S. (2017). The impact of Orem's self-care model on the quality of life in patients with Type II diabetes in Ilam. *Biomedical and Pharmacology Journal*, 10(1), 213–220. <https://doi.org/10.13005/bpj/1100>. [Biomed Pharma Journal](#)
- Hellqvist, C. (2021). Promoting self-care in nursing encounters with persons affected by long-term conditions—A proposed model to guide clinical care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2223. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052223>. [MDPI](#)
- Jayakumar, M., Pappiya, E. M., Al Baalharith, I. M., Algrd, H. S., & Ramaiah, R. (2022). Application of Orem's self-care deficit nursing theory on self-efficacy and quality of life among patients with bronchial asthma: Randomized controlled study. *International Journal of Nursing Care*, 10(2), 31–37. <https://doi.org/10.37506/ijonc.v10i2.18742>. [Medicopublication Mail](#)
- Khademian, Z., Kazemi Ara, F., & Gholamzadeh, S. (2020). The effect of self-care education based on Orem's nursing theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension: A quasi-experimental study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 8(2), 140–149. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2020.81690.0>. [Community Nursing & Midwifery Journal](#)
- Malmir, M., et al. (2025). The impact of an educational discharge program based on Orem's self-care model on the lifestyle, hope, and treatment adherence of cardiac disease patients for whom coronary angioplasty had been done: A randomized controlled clinical trial. *BMC Research Notes*, 18, 106. <https://doi.org/10.1186/s13104-025-07164-9>. [BioMed Central](#)
- Morales González, I. U., Lemos Sanchez, E., & De León Castillo, N. (2024). Aplicación de la teoría de Dorothea Orem en la atención domiciliaria: Estudio de familia. *Enfoque*, 35(31), 67–83. <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v35n31.a5254>.
- Rakhshani, T., Najafi, S., Javady, F., Taghian Dasht Bozorg, A., Mohammadkhah, F., & Ali Khani Jeihooni, A. (2022). The effect of Orem-based self-care education on improving self-care ability of patients undergoing chemotherapy: A randomized clinical trial. *BMC Cancer*, 22, 770. <https://doi.org/10.1186/s12885-022-09881-x>. [BioMed Central](#)
- Shojaee Shad, F., Rahnama, M., Abdollahimohammad, A., & Ahmadi Dareh Sima, S. (2019). An investigation into the impact of Orem's self-care program on life satisfaction in hemodialysis patients: A clinical trial study. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 7(4), e88795. <https://doi.org/10.5812/msnj.88795>. [Brieflands](#)



- Si, Y., Yuan, H., Ji, P., & Chen, X. (2021). The combinative effects of Orem self-care theory and PDCA nursing on cognitive function, neurological function and daily living ability in acute stroke. *American Journal of Translational Research*, 13(9), 10493–10500. **Sin DOI**; PMID: 34577255. [Europe PMC](#)
- Talebianpoor, E., Mohammadi, H. R., Dehbanizadeh, A., Afrasiabifar, A., & Najafi Doulatabad, S. (2024). Investigating the effect of an Orem-based self-care educative supportive nursing system on the joint function of patients with knee osteoarthritis. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 223. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_52_23. [Directory of Open Access Journals](#)
- Torun, T., Çavuşoğlu, H., & Doğru, D. (2024). The application of the self-care deficit nursing theory in adolescents with cystic fibrosis: A randomized controlled study. *Journal of Pediatric Nursing*, 77, 96–105. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.03.011>.
- Urtekin, D., & Akın Eroğlu, S. (2024). Effect of training based on Orem's self-care deficit theory on breast cancer patients' management of chemotherapy-related side effects and self-care behaviors: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 73, 102698. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102698>. [EJ Oncology Nursing](#)
- Xie, Y., Wang, D., Zhou, J., Zhou, T., Huang, Y., Zhang, K., & Li, H. (2025). Impact of nursing based on Orem's self-care theory on self-care behaviours in older patients with heart failure: A randomized controlled trial. *Australasian Journal on Ageing*, 44(3), e70059. <https://doi.org/10.1111/ajag.70059>

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.