

ILUSTRAR AL PACIENTE EN EL AUTOCUIDADO DE SU SEGURIDAD¹

TO ILLUSTRATE THE PATIENT IN THE AUTOCUIDADO OF THEIR SECURITY

Mayerly P. Ballesteros², Yulieth M. Bohórquez P³, Magaly E. Flórez S⁴, Diana E. Reyez T⁵, María A. Rincón A⁶, Maryuri Sánchez O⁷, Emilia R. Torres C⁸, Rubén Darío Agudelo Loaiza.⁹

¹ *Artículo de revisión*

² *Administradora de empresas*

³ *Bacterióloga y Laboratorista Clínico*

⁴ *Bacterióloga y Laboratorista Clínico*

⁵ *Enfermera*

⁶ *Administradora de empresas*

⁷ *Fisioterapeuta*

⁸ *Administradora de empresas*

⁹ *Docente Universidad Católica de Manizales, Enfermero Especialista en salud pública. Asesor. Correspondencia: Rubén Darío Agudelo Loaiza Dirección: Cr 23 N° 60-63, Teléfono: 3172421092, Email: ragudelo@ucm.edu.co*

RESUMEN.

Introducción: El autocuidado y la seguridad del paciente son temas que han tomado mayor relevancia en los últimos tiempos y que a pesar de los diferentes esfuerzos por su implementación en las instituciones de salud no se ha logrado una adherencia total de los pacientes a estas estrategias. El autocuidado se proyecta como una estrategia complementaria de las atenciones que se reciben dentro de los servicios de salud y que armonizan con las terapias farmacológicas y psicológicas. Se identificaron los aspectos relevantes, conocidos y desconocidos sobre la seguridad del paciente y sus conductas de autocuidado mediante la revisión de documentos primarios sobre el tema. **Materiales y Métodos:** Se realizó la búsqueda de información sobre el autocuidado y seguridad del paciente en distintas bases de datos, seleccionando los que contienen los temas de nuestro interés, realizando una lectura crítica y mapas conceptuales para el desarrollo y construcción de nuestro artículo de revisión. **Resultados:** Se identificó que las prácticas de autocuidado son el elemento fundamental para la seguridad del paciente, ya que su ausencia incide en la calidad de vida y el deterioro de la salud y que éste depende directamente del paciente e indirectamente de los profesionales de la salud y de la familia como grupo de apoyo. Las prácticas de autocuidado basadas en mitos y creencias culturales, aspectos desconocidos o en desuso, deben ser tomadas en cuenta para, complementarlas con las prácticas científicas y utilizarlas en beneficio del paciente. **Discusión:** El cuidado puede concebirse entonces como una acción consiente, intencionada, cargada de significado. Es un acto para la vida, el bienestar de las personas y la satisfacción

de sus necesidades. Es un proceso que no solo depende de las relaciones y percepciones de los seres involucrados en él, sino que también está influenciado por los contextos donde se da. **Conclusiones:** El autocuidado es el elemento principal para evitar los procesos de deterioro de la salud o aparición de la enfermedad y se ha tomado como una estrategia metodológica de la atención primaria en salud. A pesar de los diferentes estudios realizados aún se cometen errores por parte del personal asistencial, administrativo y paciente-familia, que conlleva a la aparición de eventos adversos por el desconocimiento y mal manejo de la estrategia del autocuidado y la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE: Autocuidado, Seguridad del Paciente. (Fuente: DeCS BVS)

ABSTRACT:

Introduction: Self-care and patient safety are issues that have become more important in recent times and that despite the various efforts for its implementation in health institutions have not achieved an overall patient adherence to these strategies. Self-care is projected as a complementary strategy of care that are received within the health services and to harmonize with pharmacological and psychological therapies. Relevant aspects were identified, known and unknown about patient safety and self-care behaviors by reviewing primary documents on the subject. **Materials and Methods:** Performed a search for information on self-care and patient safety in different databases, selecting those that contain topics of our interest, performing a critical and conceptual map for the development and construction of our review article. **Results:** We identified self-care practices are the key to patient safety, as its absence affects the quality of life and health deterioration and that this depends on the patient directly and indirectly from the health professionals and family as a support group. The self-care practices based on myths and cultural beliefs or disused unknown aspects must be taken into account, complement them with scientific practices and use them for the benefit of the patient. **Discussion:** The care can be conceived then as a conscious action, intentional, full of meaning. It is an act of life, well-being of people and meeting their needs. It is a process that not only depends on the relationships and perceptions of beings involved in it, but also is influenced by the contexts in which it occurs. **Conclusions:** Self-care is the main element to avoid the deterioration processes of health or appearance of the disease and has been used as a methodological strategy of primary health care. Although different studies still make mistakes on the part of caregivers, administrative and patient-family, this leads to the occurrence of adverse events by ignorance and mismanagement of the strategy of self-care and patient safety.

Key Words: Self-care. Patient Safety.

INTRODUCCION

En la actualidad en todas las instituciones de salud están implementados procesos de mejoramiento continuos en busca siempre de la garantía de la calidad en la prestación del servicio de salud. La calidad de los servicios de salud y en particular la seguridad del paciente son asuntos de creciente preocupación a nivel mundial y a nivel nacional. En Colombia esta preocupación ha llevado a establecer un conjunto de acciones legislativas que buscan regular la cultura, el comportamiento, o más precisamente, las prácticas de los agentes que prestan los servicios de salud en las instituciones hospitalarias (1)

La seguridad en este campo es amplio y complejo, ya que incluye diversas categorías o dimensiones de análisis que van de lo general a lo particular. Seguridad humana, seguridad hospitalaria, seguridad clínica y seguridad del paciente. Estas categorías se relacionan entre sí, pero cada una tiene riesgos propios que es necesario evaluar y gestionar (2).

El aumento del número de eventos adversos en los hospitales ha llevado al surgimiento de nuevos lineamientos para garantizar la seguridad del paciente en lo que respecta a su adecuada identificación, prevención de complicaciones postoperatorias, enfermedades nosocomiales, úlceras por presión, la administración de medicamentos incorrectos, todos procesos que se presentan en las quejas y reclamos que a diario se observan en los hospitales (3)

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado, conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que puedan beneficiarse de la enfermería (4).

En este sentido, el autocuidado puede definirse como las competencias del agente de salud para promover su salud, su bienestar emocional y su calidad de vida, y para detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociado a su ejercicio profesional (5-6) Se debe educar en autocuidado no sólo al paciente (usuario-enfermo), sino también al personal asistencial ya que pueden presentar stress traumático secundario y depresión por su actividad rutinaria como cuidadores.

La situación de enfermedad puede generar modificaciones en los estilos de vida y en los factores psicosociales, la depresión, hostilidad, ansiedad, aislamiento social y estrés (7), son algunas de estas alteraciones, que traen como consecuencia el deterioro de la calidad de vida y/o la muerte, la cual se evitaría mediante el autocuidado adquirido por el individuo.

Cuidado es brindar amor y apoyo a la persona para que minimice la angustia y entre en un estado de tranquilidad, proporcionándole en el momento, un

sentimiento de seguridad y confianza; y entre otros, el cuidado humano es la clave de la atención, con calidad humana, fundamentada en el afecto, la confianza y con la presencia del personal, con el fin de que la persona alcance la mayor satisfacción, en el momento y en la ocasión, de su estado de salud (8). Sin olvidar el papel primordial que cumple el médico dentro de estos procesos ya que de su trato humanizado depende en gran parte el éxito de los tratamientos y el “establecimiento de una relación o encuentro de una conciencia (médico) con una confianza (la de paciente): relación que beneficia mutuamente al médico en su realización personal y profesional y al paciente en su proceso de recuperación más rápido, y en este contexto a la sociedad en general, porque el bienestar de sus miembros es el bienestar de toda la comunidad”(9)

“El autocuidado es una actividad que involucra los cuidados más elementales para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Se ha hecho un énfasis muy importante en la seguridad del paciente, para la prevención de los eventos adversos, así, en las estrategias para evitar el error médico. La falta de cumplimiento de la normas para la prevención de eventos adversos se da en diferentes niveles, ya sea por factores del personal, de la infraestructura hospitalaria y de los mismos pacientes y sus familiares.” (10)

Uno de los objetivos del movimiento internacional por la seguridad de los pacientes es fomentar una cultura de seguridad en todos los niveles de atención en salud con gestión proactiva, preventiva y educativa. Cultura de seguridad se puede describir como los valores comunes, creencias, comportamiento, percepciones y actitudes mantenidas por el personal en un centro de salud. (11)

MATERIALES Y METODOS

Para el logro de los objetivos se realizó una búsqueda bibliográfica entre abril y agosto de 2013. Se utilizaron bases de datos como Scielo, Pubmed, Google académico, Cochrane, Pubindex, Lilacs, Redalyc, se tuvieron en cuenta como criterios de selección los documentos publicados a partir del año 2008, en idioma español y en segunda lengua (inglés), cuyas palabras claves tuviesen relación con el tema de interés, eligiendo 50 artículos que tuviesen instrumentos de medición y análisis estadísticos válidos; con resultados comprensibles y acordes a los objetivos trazados, cuyas hipótesis pudieran ser comparados con otros estudios similares, con bibliografía amplia, enfocándonos hacia la construcción de un artículo que condensara o sintetizara una estrategia práctica y accesible para ilustrar al paciente en el autocuidado y así asegurar su bienestar y el mejoramiento de la salud y la calidad de vida.

DESARROLLO Y DISCUSION

“El cuidado personal se define como cuidado de los individuos hacia su propia salud y bienestar: comprende las acciones que se realizan para llevar una vida

sana, para satisfacer sus necesidades sociales, emocionales y psicológicas, para cuidar de su condición a largo plazo y para evitar más enfermedades y accidentes” (12)

En este contexto, podemos entender el autocuidado como el conjunto de tareas que debe llevar a cabo el paciente para el manejo de su enfermedad, incluyendo aspectos médicos, de conducta y emocionales en donde se desarrollen diversas estrategias de apoyo al autocuidado, proporcionando sistemáticamente educación e intervenciones que incrementen la aptitud y la confianza del paciente a la hora de controlar su enfermedad. (13)

Es por esta razón que paralelamente existen otros estudios basados en la teoría de autocuidado de Dorothea Orem que involucra adultos mayores donde los resultados muestran que una fracción importante de estos pacientes no realizaban cuidados adecuados y descuidaban aspectos básicos del manejo de enfermedades como lo es la insuficiencia cardíaca, donde vemos claramente que a menor autocuidado y conocimiento del manejo de la insuficiencia cardíaca, mayor riesgo hospitalario (14-15). Igualmente se evidencia una relación indirecta entre la edad de los pacientes y las prácticas de autocuidado, a mayor edad menor autocuidado, sin diferencias entre hombres y mujeres. A este respecto, la mujer aunque es cuidadora por naturaleza de su familia, no lo es de ella misma y no existen diferencias grandes entre el autocuidado de ellas con los hombres, pero sí hay una relación directa entre el nivel de escolaridad y el autocuidado, ya que éste influye en los componentes de poder, elementos que les habilitan para su autocuidado y para la comprensión y manejo de sus enfermedades (16-17)

El autocuidado también se puede encontrar entre las mujeres en etapa menopáusica, donde las acciones con relación a la educación para la salud de este grupo de personas son insuficientes, de ahí que el conocimiento que se tenga es el factor predominante para el autocuidado (18). Igualmente, consideran el puerperio un período difícil debido a que demanda por parte de ellas una adaptación al bebé, así como los cambios de su propio cuerpo y adicionalmente creen que es necesario durante este período tener algunas acciones de autocuidado para proteger y mantener su salud y la de su bebé (19).

Otro caso particular de estudio son las enfermedades crónicas (EC), las cuales representan el problema número uno de salud pública en el mundo y su adecuada atención constituye un desafío que requiere de urgente solución, la cual solo podrá ser lograda a través de la implementación de estrategias innovadoras capaces de desarrollar un nuevo paradigma para el cuidado y el autocuidado de los paciente de EC (20). Por ejemplo, en los pacientes con diálisis peritoneal, en el que sus familiares demostraban tener buenos conocimientos de autocuidado, pero en sus habilidades presentaron algunas deficiencias, presentando muchas diferencias entre lo que creen saber y lo que realmente hacen (21).

Al igual con el caso de los diabéticos donde la responsabilidad familiar, las creencias religiosas y la opinión personal son determinantes para la cooperación del paciente en el proceso de autocuidado a su patología (22-23). “Se hace

evidente que la percepción de apoyo familiar es determinante en la mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado y que las redes de apoyo social a estos pacientes es importante no sólo para aumentar la adherencia a los tratamiento sino para mejorar la calidad de vida y la percepción de los pacientes hacia la misma”(24). Los bajos niveles de autocuidado son coherentes con la prevalencia de esta enfermedad y se hace difícil el manejo desde el paciente (autocuidado) por lo cual se deben buscar nuevas técnicas de enseñanza para este grupo (25)

De igual manera, las mujeres con cáncer de mama experimentan sensaciones de pérdida, desamparo e impotencia. El impacto que tiene el cáncer de seno en el ámbito social es muy complejo al percibirse como una amenaza contra la vida, además de incertidumbre sobre el futuro de su relación de pareja y sexualidad, el cuidado de los hijos y el empleo (26).

“Entre las principales preocupaciones que aquejan a la seguridad del paciente es el conocer ¿Cómo aproximarse a las causas de los eventos adversos para poder prevenirlos? Y ¿Por qué los profesionales de la salud, o el personal administrativo o los pacientes hacen tales o cuales prácticas que puedan conllevar a un evento adverso?”, dando respuesta a estos interrogantes esta revisión bibliográfica se acerca a la cultura de seguridad del paciente en los servicios hospitalarios(1)

En relación al autocuidado, los motivos de las quejas y de los eventos adversos que se presentan en las unidades médicas hospitalarias no solo son debido al desconocimiento sino también al error humano, el cual se presenta con mucha frecuencia debido a las largas jornadas laborales y al volumen de pacientes atendidos a diario.

Así las cosas, La participación de cada uno de los actores (personal, paciente y familiares y Dirección del Hospital) se llevará a cabo a través de acciones que deberán ser difundidas entre el personal, el paciente y sus familiares (7), logrando demostrar la importancia de diseñar sistemas de evaluación que permitan entender las necesidades tanto de las instituciones prestadoras de servicios de salud como de los clientes o usuarios (3-27).

En la prestación de servicios de salud es necesario tener en cuenta varios aspectos como son el nivel de comunicación e información que permita el diseño de estrategias y políticas innovadoras, efectivas y eficaces no solo para promover un trabajo en red con suficiente información sino para evitar equivocaciones (3-28).

Determinando las causas de estos errores en la atención al paciente ya sea por aspectos antes mencionados, como son, el volumen de usuarios en salas de espera lo cual genera recargas de trabajo, se llega a la conclusión de que la cultura de seguridad del paciente no es asumida por todo el personal que labora en la institución, porque algunos creen que es solo un texto o que simplemente no les corresponde hacerlo (29), donde lo que se pretende en realidad es identificar

factores que deben ser estudiados a profundidad para derivar cambio de comportamiento y funcionamiento del sistema.(30-31-32).

En este análisis encontramos ciertas dificultades, que se han identificado para aceptar que las quejas que los pacientes reportan como informes de daños, los profesionales de la salud consideran que ellos no están en capacidad de juzgar debidamente la calidad técnica de la atención, por tal razón se hace una evaluación de manera realista antes de iniciar el proyecto para poder determinar que el tema del autocuidado es pieza fundamental para un buen desarrollo de la cultura organizacional (33-22-34).

La información es importante y podría formar parte de un modelo estratégico para realizar cambios generales con la finalidad de mejorar la atención a la salud, debe involucrarse activamente a los pacientes y a sus cuidadores para reunir información acerca de los riesgos y peligros en el escenario del cuidado de la salud (35); los pacientes son fuente valiosa porque son las únicas personas presentes físicamente en todos los tratamientos y consultas, que llevan con ellos información importante contextualizada en particular (crítica, completa y precisa). (35-36)

Para esto entonces se ha venido utilizando herramientas de medición como son las encuestas a pacientes y familiares, personal de salud y directivos de los centros asistenciales, se ha logrado llevar a cabo mejoras estructurales a nivel de infraestructura, dotación de recursos, tecnología e insumos para la prevención de eventos adversos, de donde “Los resultados obtenidos permiten identificar la percepción que tienen los profesionales de la salud sobre diferentes temas relacionados con la cultura de la seguridad de los pacientes, entre los cuales se incluyen el reporte de incidentes, actitudes para el trabajo en equipo, comunicación y coordinación entre los equipos de trabajo” (37-38). Esta técnica se utiliza de forma satisfactoria para evaluar la consistencia de cuestionarios y determinar el grado de satisfacción-seguridad del paciente (39)

Paralelamente a las técnicas de cuestionamiento surge otra herramienta denominada (Appraisal of self-care Agency Scale, ASA) desarrollada por Evers para valorar la agencia de autocuidado reportada por el paciente (ASA-A), y la agencia de autocuidado estimado por la enfermera (ASA-B), con el fin de valorar si una persona puede conocer las necesidades generales actuales de agencia de autocuidado (40-41). Donde adicionalmente también encontramos los programas de seguimiento estructurado a pacientes con insuficiencia cardiaca, los cuales han demostrado su efectividad, de este seguimiento también depende la evolución clínica de esta enfermedad (42) Después de conocer los resultados surge una serie de gestiones encaminadas a dar solución a las áreas de oportunidad detectadas, las cuales hacen referencia a diferentes segmentos como son: Directivos, personal prestador de servicios y usuarios, (43).

El análisis y la validación de estos resultados con respecto a la prevención de los eventos adversos, contribuyen con los procesos de mejora continua de la calidad de la atención médica y del autocuidado de la seguridad del paciente, donde

participan la triada de la seguridad para hacer más favorables los programas de auto-seguridad en el hospital(44) demostrando la importancia de diseñar sistemas de evaluación que permitan identificar las necesidades tanto de las instituciones como de los usuarios. “Lo que a su vez consentirá la formulación de planes de acción y de mejora garantizando la prestación de servicios de coherencia entre la calidad y la seguridad” (45).

“Los riesgos tienen una relación inversa con la seguridad en cualquier actividad humana, ya que si aumentan los riesgos disminuye la seguridad y viceversa, lo cual es válido para las personas y las organizaciones” (2).

“El cuidado puede concebirse entonces como una acción consiente, intencionada, cargada de significado. Es un acto para la vida, el bienestar de las personas y la satisfacción de sus necesidades. Es un proceso que no solo depende de las relaciones y percepciones de los seres involucrados en él, sino que también está influenciado por los contextos donde se da” (46).

RESULTADOS

Se identificó que las prácticas de autocuidado son el elemento fundamental para la seguridad del paciente, ya que su ausencia incide en la calidad de vida y el deterioro de la salud y que éste depende directamente del paciente e indirectamente de los profesionales de la salud y de la familia como grupo de apoyo. Las prácticas de autocuidado basadas en mitos y creencias culturales, aspectos desconocidos o en desuso, deben ser tomadas en cuenta para, complementarlas con las prácticas científicas y utilizarlas en beneficio del paciente.

Las guías de buenas prácticas deben ser aplicadas no sólo a la parte asistencial, ya que el autocuidado y la seguridad del paciente pertenecen al mundo de la salud y no sólo a los hospitales; la implementación debe hacerse extensiva a todos los ámbitos de la salud, desde la atención primaria o preventiva hasta la rehabilitación y el cuidado en el hogar. (47)

Los riesgos implícitos en el uso de tecnologías biomédicas y la práctica médica es influenciada por la interacción de la formación profesional, los procesos clínicos, la estructura organizacional, los comportamientos humanos y las políticas públicas, que si no son utilizados adecuadamente repercuten en la seguridad del paciente.(48)

“Las estrategias de autocuidado evidencian los modos en que la práctica médica ya no concentra su poder solo en la institución, sino que ejerce influencia en otros ámbitos y espacios de la vida relacionados con condiciones íntimas y personales de los pacientes. Combinar las narrativas de los profesionales con las de los pacientes posibilita examinar los modos en que, la responsabilidad que reclaman los médicos se transforma, por momentos, en responsabilización y culpabilización de los sujetos.”(49)

Igualmente el evento adverso está estrechamente relacionado con el autocuidado y la seguridad del paciente, las guías de buenas prácticas clínicas tienen como objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas (50)

CONCLUSIONES

El autocuidado es el elemento principal para evitar los procesos de deterioro de la salud o aparición de la enfermedad y se ha tomado como una estrategia metodológica de la atención primaria en salud en los tres niveles de atención.

A pesar de los diferentes estudios realizados aún se cometen errores por parte del personal asistencial, administrativo y paciente-familia, que conlleva a la aparición de eventos adversos por el desconocimiento y mal manejo de la estrategia del autocuidado y la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente se ha convertido en una preocupación universal por eso es de vital importancia crear una cultura de seguridad la cual está vinculada estrechamente a la estructura y la historia particular de la organización hospitalaria, conjuntamente con las disposición de los agentes que trabajan en ella.

Los programas educativos de autocontrol y/o autocuidado pueden cambiar el curso de la enfermedad, en cuanto a la calidad de vida del paciente y a las complicaciones de salud que ellas generan. El conocimiento de los factores predisponentes y determinantes de la enfermedad influyen en la viabilidad de esta estrategia. En contraposición los eventos adversos y errores médicos causan considerables daños, no solo a los pacientes sino también a los profesionales sanitarios quienes se ven afectados psicológica y profesionalmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Perdomo-Rubio A, Martínez-Silva P. Agentes y campos sociales en la seguridad del paciente de tres hospitales de Bogotá Revista Gerencia y Políticas de Salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), vol. 9, núm. 19, julio-diciembre, 2010, pp. 150-178. <http://www.redalyc.org/>
2. Santacruz-Varela J, Hernández-Torres F, Fajardo-Dolci G. Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en establecimientos de salud. Cirugía y Cirujanos, vol. 78, núm. 6, noviembre-diciembre, 2010, pp. 515-526. www.redalyc.org
3. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Campos-Castolo M, Carrillo-Jaimes A, Zavala-Suárez E, Aguirre-Gas H. Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente, Revista Conamed, Vol. 13, julio–septiembre 2008; 38-56, www.conamed.gob.mx

4. Rojas A, Pérez S. Lluch A, Cabrera M. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado Revista cubana de enfermería. 2009; 25(3-4). www.scielo.org
5. "Betta Olivares R, Morales Messerer G, Rodríguez Ureta K, Guerra Vio C. La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. Pensamiento Psicológico, Vol. 3, N°9, 2007, pp. 9-19 9. www.redalyc.org"
6. Méndez V, Becerril V, Morales M, Pérez V. Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. Ciencia y Enfermería XVI (3): 103-109, 2010; 103-9. <http://www.scielo.unal.edu.co/>
7. Aguirre H, Plan para el autocuidado de la seguridad del paciente, Revista CONAMED, Vol. 13, enero - marzo 2008, <http://dialnet.unirioja.es>
8. Rondón de Gómez R, Fernández V, Ortega NM, Ramírez O, Rodríguez de García L, Luna Rosario C. Más allá de las dimensiones del cuidado. sistematización de la experiencia de enseñanza aprendizaje sobre el cuidado. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería. n.18 Murcia feb. 2010. www.um.es/eglobal/
9. Arango Restrepo P. La relación médico-paciente. Un ideal para el siglo XXI. Revista Medicas UIS. 2012;25(1):63-9. <http://revistas.uis.edu.co>
10. Olmos C, Rodríguez J, Campos M, Carrillo A. De la Fuente V, Ruiz M, Aguirre H. Recomendaciones para la coparticipación del paciente y sus familiares en el cuidado de su seguridad en el Hospital. Revista CONAMED, vol. 15. No. 1. 2010. Pág. 43-56.
11. González-Formoso C, Martín-Miguel MV, Fernández-Domínguez MJ, Rial A, Lago-Deibe FI, Ramil-Hermida L, Pérez-García M, Clavería A. Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: A randomized trial. BMC Family Practice 2011 12:50. <http://www.biomedcentral.com/>
12. Blickem C, Bower P, Protheroe J, Kennedy A, Vassilev , Sanders C, Kirk S, Chew-Graham C, Rogers A. The role of information in supporting self-care in vascular conditions: a conceptual and empirical review. Health and Social Care in the Community (2011) 19(5), 449–459, septiembre 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
13. Nuño Solinis R, Rodríguez Pereira C, Piñera Elorriaga K, Zaballa González I, Bikandi Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España G Model GACETA-822; N° Pág. 6 2012. <http://www.sciencedirect.com/>
14. Rodríguez Artalejo F, Guallar-Castillón P, Montoto Otero C, Conde Herrera M, Carreño Ochoa C, Tabuena Martín I, Olcoz Chiva M, Conthe P, Banegas R, Rodríguez Pascual C. El autocuidado y el conocimiento del manejo de la enfermedad Predicen la re hospitalización en ancianos con insuficiencia cardíaca. Revista Clínica Española, 2008. 269-75. <http://www.elsevier.es/>
15. Rodríguez-Díaz B, Moreno C, Jaimes N. Efecto de estrategia de cuidado en enfermería en el adulto mayor en el deterioro de la movilidad física y

- conducta generales de la salud en centro de bienestar en la ciudad de Bucaramanga, Febrero a junio de 2010. Revista de investigación escuela de enfermería UDES. 21 de Nov de 2011. <http://cuidarte.udes.edu.co/>
16. García M, García G, Arreguin L, Landeros E. Capacidades de autocuidado y percepción de salud en mujeres con y sin preeclampsia. Revista Cultura del Cuidado. volumen 8, No 2 diciembre de 2011 <http://dialnet.unirioja.es>
 17. Millán Méndez I. Evaluación de la capacidad y percepción de Autocuidado del Adulto Mayor en la Comunidad. Revista Cubana de Enfermería 2010;26(4) 222-234, <http://scielo.sld.cu>
 18. Martínez- Garduño MD, Escobar- Chávez TJ, Soriano-Reyes C, Auto cuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca, México, Anna Nery, vol.12 no.1 Rio de Janeiro Marzo. 2008. <http://www.scielo.br>
 19. Ferreira Acosta D, de Oliveira Gomes VL, Pereira da Costa Kerber N, Francisco Silva da Costa C. The effects, beliefs and practices of puerperal women's self-care. Rev Esc Enferm USP, 2012; 46(6):1328-34. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
 20. Sapag JC, Lange I, Campos S y Piette JD. Estrategias innovadoras para el cuidado y autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Rev. Panam Salud Pública. 2010;27(1):1-9, www.scielosp.org
 21. Vega Argote MG. Conocimientos y Habilidades de Autocuidado que Tienen las Familias de Pacientes con Diálisis Peritoneal. Desarrollo Cientif. Enferm. Vol. 16 N° 4 Mayo, 2008, <http://www.artemisaenlinea.org.mx>
 22. Gorman PL, O'Malley JP, Fagnan LJ. The Relationship of Self-Report of Quality to Practice Size and Health Information Technology. JABFM Vol. 25 No. 5, September-October 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
 23. Shakibazadeh E, Larijani B, Bartolomé LK, Patients. Perspectives on Factors that Influence Diabetes Self-Care. Iranian Journal of Public Health Tehran University of Medical sciences. 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
 24. Azzollini S, Bail Pupko V, Vidal V. Diabetes: Importancia De La Familia Y El Trabajo En La Adhesión Al Tratamiento. Anuario de investigaciones. Volumen (XVIII) 2011; 323-30. <http://www.scielo.org.ar/>
 25. Compeán LG, Gallegos EC, González JG, Gómez MV. Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con diabetes tipo 2. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(4) [7 pantallas] www.eerp.usp.br/rlae
 26. Muñoz Bravo S, Tose Vergara P, Molano Gabalán D. Vivencias y prácticas de autocuidado de las mujeres con cáncer de mama. Popayán. Colombia. 2006-2007. Revista Medicas UIS, 2009;22:137-48. <http://revistas.uis.edu.co/>
 27. Cauch-Dudek K, Charles Víctor C, Sigmund M, Shah BR. Disparities in attendance at diabetes self-management education programs after diagnosis in Ontario, Canada: a cohort study Canadá. BMC Public Health 2013, 13:85 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/85>.
 28. Duke S. Colagiuri S. Colagiuri R. Educación individual del paciente con Diabetes mellitus tipo 2. Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. <http://www.update-software.com/>
 29. Barbosa Ramírez L, Cárdenas Clavijo E, García Castillo LP, More Paz L, Muñoz Ortega M. Establecimiento de una línea de base de la cultura de

- Seguridad de los pacientes en un Hospital Universitario en Bogotá. Revista Iberoamericana de psicología: Ciencia y Tecnología (1) 2008, 19-28, www.iberamericana.edu.co
30. Campos-Castolo M, Carrillo-James A. Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos. Revista Conamed, Vol. 13, Nº. 2, 2008 , págs. 17-22, www.dialnet.unirioja.es
 31. Riva S, Monti M, Iannello P, Antonietti A. The Representation of Risk in Routine Medical Experience: What Actions for Contemporary Health Policy? PLoS ONE 7(11): e48297. doi:10.1371/journal.pone.0048297. <http://www.plosone.org/>
 32. Bowie P, McKay J, Kelly M. Maximising harm reduction in early specialty training for general practice: validation of a safety checklist. BMC Family Practice 2012 13:62. <http://www.biomedcentral.com/>
 33. "Aguirre-Gas HG, Zavala-Villavicencio JA, Hernández-Torres FH, Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Volumen 78, No. 5, Septiembre-Octubre, 2010. www.redalyc.org"
 34. Souter KJ, Gallagher TH, MD. The Disclosure of Unanticipated Outcomes of Care and Medical Errors: What Does This Mean for Anesthesiologists?. Review article. Volume 114, Number 3 marzo 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
 35. Greenberg L, Battles J, Haskell H. Aprendiendo del paciente para mejorar los sistemas de informes de eventos de seguridad. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Volumen 78, No. 5, Septiembre-Octubre 2010. www.redalyc.org
 36. Schwappacha D. Frequency of and predictors for patient-reported medical and medication errors in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2011; 141: w13262 <http://www.smw.ch>
 37. Conde-Mercado J M, Zamudio-Bustos J J, Romero-Sánchez S, Bautista-Flores V. Hospital Juárez de México. Plan para el auto-cuidado de la seguridad del paciente. Revista CONAMED, Vol.15, número 2, abril-junio, 2010. <http://dialnet.unirioja.es/>
 38. "Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela F. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. Cirugía y Cirujanos, vol. 78, núm. 6, noviembre-diciembre, 2010, pp. 527-532. www.redalyc.org"
 39. Betancourt JA, Cepero Morales JR, Gallo Borrero CM. Factores que pueden afectar la Seguridad del Paciente. Revista Archivo Medico de Camagüey Vol.15 no. 6 Camagüey nov-dic.2011. scielo.sld.cu
 40. Manrique-Abril F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichán vol.9 no.3 Bogotá Sep./Dec. 2009. <http://aquichan.unisabana.edu.co/>
 41. Velandia A, Rivera L. Agencia de Autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. Revista de Salud Pública No. 11.2009. 538-48. <http://www.scielosp.org/>

42. Martí M, Fabrellas N, Chicote S, Escribano V, Raventós A, Padilla N. Llamada al autocuidado. Seguimiento telefónico a enfermedades crónicas. RISAI 2009; Vol. 1, Núm. 3. 1-5, <http://pub.bsalut.net>
43. Huerta-Hernandez D, Flores-Torres A, Odette del Castillo-Lopez L, Valenzuela-Ponce M, Rodriguez-Suarez J, Fajardo-Dolci G. Programa para implantar el Plan para el autocuidado de la seguridad y corresponsabilidad del paciente: "Juntos por tu salud" en el Hospital Central Militar. Revista CONAMED, Vol. 14, abril - junio 2009. <http://www.imbiomed.com.mx/>
44. Huerta-Hernández D, Flores-Torres A, Odette del Castillo-López L, Valenzuela-Ponce M. Revisión del programa de auto-seguridad y corresponsabilidad del paciente "Juntos por tu salud" en el Hospital Central Militar. Revista CONAMED, Vol.15, número 2, abril-junio, 2010. <http://dialnet.unirioja.es/>
45. Rodríguez Rojas YL. Aportes de los sistemas de gestión de calidad a la seguridad del paciente: Panorama Internacional. Umbral Científico, núm. 18, junio, 2011, pp. 29-38, Universidad Manuela Beltrán Colombia; 2011.www.redalyc.org
46. Zea MC. La experiencia del aula universitaria de mayores: enseñanza-aprendizaje de cuidado y autocuidado. Invest Educ Enferm. 2009; 27(2):244-253. <http://aprendeonline.udea.edu.co/>
47. Martínez Ques AA, Hueso Montoro C, Gálvez González M. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. Revista Latino Am Enfermagem, jun 2010. www.scielo.br
48. Ruiz Ibañez C, Franco A, Mejia Hoyos H, Fajardo R. Perspectivas en seguridad del paciente. Entrevista con líderes colombianos. Revista Ingeniería Biomédica ISSN 1909-9762, volumen 4, número 8, julio-diciembre 2010, págs. 10-21 Escuela de Ingeniería de Antioquia-Universidad CES, Medellín, Colombia Aceptado 27 de Diciembre de 2010. <http://revistabme.eia.edu.co/>
49. Del Monaco R. Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña. Salud Colectiva. 2013;9 (1):65-78. www.scielo.br
50. Pérez Lázaro JJ, et al. Prevención de eventos adversos para la seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor crónico. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2012.12.010>