



# Universidad **Mariana**

Agencia de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II Pertenecientes a la EPS  
Emssanar del programa de crónicos en la E.S.E Luis Acosta del Municipio de la Unión Nariño.

Fiorela Acosta Moriano  
Karen Mayerly Alvear Delgado  
Daniel Fernando Díaz Ortega  
Yeraldin Paola Mogollón Delgado  
Jackeline Vanessa Oviedo Castillo

Universidad Mariana  
Facultad Ciencias de la Salud  
Programa Enfermería  
San Juan de Pasto  
2024

Agencia de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II Pertenecientes a la EPS  
Emssanar del programa de crónicos del programa de crónicos en la E.S.E Luis Acosta del  
Municipio de la Unión Nariño.

Fiorela Acosta Moriano  
Karen Mayerly Alvear Delgado  
Daniel Fernando Díaz Ortega  
Yeraldin Paola Mogollón Delgado  
Jackeline Vanessa Oviedo Castillo

Informe de investigación para optar al título de: Enfermera(o)

Mg. Rosa Magaly Morales Chinchá.  
Asesor

Universidad Mariana  
Facultad Ciencias de la Salud  
Programa Enfermería  
San Juan de Pasto  
2024

Artículo 71: los conceptos, afirmaciones y opiniones emitidos en el Trabajo de Grado son responsabilidad única y exclusiva del (los) Educando (s)

Reglamento de Investigaciones y Publicaciones, 2007  
Universidad Mariana

## **Agradecimientos**

En primera instancia queremos agradecer a Dios quien nos ha permitido cumplir con este proceso formativo, en segundo lugar, a nuestras familias, quienes han sido nuestro apoyo incondicional, finalmente a la Universidad Mariana y nuestros docentes por los conocimientos que nos brindaron para lograr nuestro desarrollo profesional y personal.

## **Dedicatoria**

El presente trabajo se dedica a cada una de nuestras familias quienes con su amor y paciencia guiaron la finalización de este proceso formativo.

## **Contenido**

Introducción .....	12
1. Resumen del proyecto.....	14
1.1. Descripción del problema .....	14
1.1.1. Formulación del problema .....	17
1.2. Justificación.....	17
1.3. Objetivos .....	19
1.3.1. Objetivo general.....	19
1.3.2. Objetivos específicos.....	19
1.4. Alcances y limitaciones .....	19
1.4.1. Alcances .....	19
1.4.2. limitaciones .....	20
1.5. Marco referencial o fundamentos teóricos.....	20
1.5.1. Antecedentes.....	20
1.5.1.1. Internacionales. ....	21
1.5.1.2. Latinoamérica. ....	22
1.5.1.3. Nacionales. ....	23
1.5.1.4. Regionales.. ....	24
1.6. Marco teórico .....	25
1.6.1. Marco conceptual.....	26
1.6.2. Marco contextual .....	27
1.6.3. Marco legal.....	28
1.6.4. Marco ético.....	29
1.7. Metodología .....	32
1.7.1. Paradigma de investigación.....	33
1.7.2. Enfoque de investigación .....	33

1.7.3. Tipo de investigación .....	33
1.7.4. Población y muestra / Unidad de trabajo y unidad de análisis .....	34
1.7.5. Diseño muestral.....	34
1.7.6. Selección de la muestra .....	34
1.7.7. Técnica e instrumentos de recolección de información .....	36
1.7.7.1. Técnica: encuesta.....	36
1.7.7.2. Instrumentos: .....	36
1.8. Plan de tabulación y análisis. ....	36
1.9. Sesgos .....	38
2. Presentación de resultados .....	39
2.1. Procesamiento de la información .....	39
2.2. Análisis y presentación de resultados .....	39
2.2.1. Caracterización sociodemográfica de la población de estudio.....	39
2.1.1. Agencia de autocuidado de las pacientes con DMT2. ....	44
2.1.2. Plan de mejoramiento en respuesta a los resultados encontrados. ....	70
2.1.2.1. Valoración previa.....	71
2.3. Discusión.....	67
3. Conclusiones .....	78
4. Recomendaciones .....	79
Referencias Bibliográficas .....	80
Anexos .....	86

**Lista de tablas**

Tabla 1 Muestreo estratificado de pacientes con DMT2 .....	35
Tabla 2 Plan de mejoramiento para pacientes con DMT2 pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de crónicos de la E.S.E LUIS ACOSTA.....	74



## **Índice de Graficas**

Grafica 1. Distribución porcentual de Rango de edad.....	39
Grafica 2. Distribución porcentual de Género .....	40
Grafica 3. Distribución porcentual de Estado civil .....	41
Grafica 4. Distribución porcentual de Estrato social.....	42
Grafica 5. Distribución porcentual Nivel de escolaridad.....	43
Grafica 6. Distribución porcentual de cambio de circunstancias para mantener un buen estado de salud.....	44
Grafica 7. Distribución porcentual de Reviso si las formas que practico para mantener mi salud habitualmente son buenas .....	45
Grafica 8. Distribución porcentual de Cuando tengo problemas para moverme o desplazarme pido ayuda.....	46
Grafica 9. Distribución porcentual de Hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente de vivienda.....	47
Grafica 10. Distribución porcentual de Hago en primer lugar lo necesario para mantenerme con salud.....	48
Grafica 11. Distribución porcentual de Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo .....	49
Grafica 12. Distribución porcentual Busco mejores formas de cuidar mi salud que las que tengo en el momento .....	50
Grafica 13. Distribución porcentual de Baño diario como práctica de autocuidado.....	51
Grafica 14. Distribución porcentual de Cambios alimenticios para mantener el peso que corresponde .....	52
Grafica 15. Distribución porcentual de Las situaciones que afectan mi forma de ser .....	53
Grafica 16. Distribución porcentual de Piensa en hacer ejercicio y descansar .....	54
Grafica 17. Distribución porcentual de Cuando necesito ayuda recurro a mis amigos.....	55
Grafica 18. Distribución porcentual de Horas de sueño apropiadas .....	56

Grafica 19. Distribución porcentual de Pido explicación cuando no entiendo algo sobre mi salud. .....	57
Grafica 20. Distribución porcentual de Autoexamen corporal. ....	58
Grafica 21. Distribución porcentual de Cambio de hábitos para cuidar mi salud. ....	59
Grafica 22. Distribución porcentual de Cuando tengo que tomar una nueva medicina recibo información sobre sus efectos secundarios .....	60
Grafica 23. Distribución porcentual de soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro .....	61
Grafica 24. Distribución porcentual de Capacidad de autoevaluación para el cuidado de la salud .....	62
Grafica 25. Distribución porcentual de debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme. ....	63
Grafica 26. Distribución porcentual de si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer. ....	64
Grafica 27. Distribución porcentual de En caso de no poder cuidarme busco ayuda .....	65
Grafica 28. Distribución porcentual de puedo sacar tiempo para mí, .....	66
Grafica 29. Distribución porcentual del rango de Aún con limitaciones de movimiento puedo cuidarme como me gusta .....	67

**Lista de anexos**

Anexo A. Operacionalización de variables.....	86
Anexo B. Presupuesto.....	98
Anexo C. Cronograma.....	99
Anexo D. Validación y modificación Instrumento .....	106

## **Introducción**

El aumento de la incidencia y la prevalencia de la DMT2 (DMT2) se puede atribuir a factores como la creciente tasa de esperanza de vida, la industrialización y la urbanización e igualmente al cambio de estilos de vida; tales factores favorecen el aumento del sedentarismo y tendencia a la obesidad. En este contexto, las enfermedades crónicas antes mencionadas son consideradas problemas de salud pública, por la alta morbilidad y mortalidad que provocan sus dificultades crónicas, que además también conllevan el aumento del costo de los servicios de salud para su control y tratamiento complejo, lo que hace que la persona afectada sea responsable de más de 95% del tratamiento, esto se debe a los comportamientos de autocuidado que se enfocan en la “alimentación saludable, práctica de actividad física, medición de la glicemia y el uso correcto de la medicación”. (Rodríguez, 2020, s.p)

Con el proyecto “Agencia de autocuidado en pacientes con DMT2 Pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de cronicos en la E.S.E Luis Acosta del Municipio de la Unión Nariño” se buscó identificar qué tan buena era la Agencia de autocuidado de estos pacientes. Esto se llevó a cabo mediante la aplicación del instrumento denominado ASA escala de agencia de autocuidado (Appraisal of Self-Care Agency Scale Versión Fernández-Manrique 2009); por otra parte, se pretendió diseñar un plan de mejoramiento en respuesta a los datos obtenidos al aplicar encuestas.

El estudio está estructurado en cuatro capítulos. El primer capítulo contiene un resumen del proyecto, en el que se describe la problemática y su formulación, así como la justificación del estudio, enfocándose en el interés, la utilidad y la novedad del mismo. Además, se presentan los objetivos, el marco de referencia (con énfasis en los antecedentes investigativos, el marco teórico, conceptual, contextual, legal y ético) y la metodología, que se basa en un paradigma cuantitativo con un enfoque empírico-analítico, y es de tipo descriptivo-observacional.

El segundo capítulo presenta los resultados obtenidos, que dan solución a los objetivos formulados. Tales resultados, se muestran a través de gráficos estadísticos y su respectiva interpretación teórico-práctica.

El tercer capítulo incluye las conclusiones del estudio, y el cuarto capítulo contiene las recomendaciones. Finalmente, se adjunta la bibliografía y los anexos utilizados en el estudio.

García et. al. (2019) mencionan la incidencia y prevalencia de diabetes mellitus como una enfermedad que ha alcanzado proporciones muy grandes en todo el mundo (p.20) por las catastróficas consecuencias que genera. En suma, la Organización Mundial de la Salud recomienda la educación para el autocuidado, como una herramienta para que las personas con DMT2 sean protagonistas de su tratamiento, lo que conduce a una mejor adherencia a los regímenes de su autocuidado, por lo tanto, previene las complicaciones originadas por ese problema crónico. Debido a esto, se plantea el desarrollo del siguiente estudio que tiene como objetivo determinar la Agencia de autocuidado en pacientes con DMT2 pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de crónicos en la E.S.E Luis Acosta del Municipio de la Unión Nariño.

## **1. Resumen del proyecto**

Con la presente investigación se buscó identificar en el municipio de la unión Nariño, la agencia de autocuidado de los pacientes con DMT2. Teniendo en cuenta la edad, para aplicación del instrumento de investigación instrumento ASA escala de agencia de autocuidado (Appraisal of Self-Care Agency Scale Versión Fernández-Manrique 2009), y apoyándose en el estudio realizado en el municipio de Tablón de Gomez – Nariño.

### **1.1. Descripción del problema**

La DMT2 se visibiliza como un fenómeno prevalente a nivel social, según la Organización Mundial de la Salud desde 1980 el valor de los 62 millones de personas con DMT2 se ha triplicado y para el año 2040, se estima que 109 millones de personas sufran de DMT2. Además, en el 2019 la diabetes fue la sexta causa de muerte con aproximadamente 244,084 fallecidos. La diabetes se define como una patología de carácter metabólico, cuya principal causa son los niveles elevados de glucosa en sangre con comorbilidad a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios (O.P.S, 2022).

La Federación Internacional de Diabetes (FID) estima que 537 millones de adultos viven actualmente con diabetes en todo el mundo con un incremento del 16% (74 millones) en Centroamérica y América del Sur se estimó una prevalencia de la enfermedad de 8% y de 8,2% para Colombia. (FID,2019). Se pronostica que para el año 2035 la prevalencia se eleve 9,8%, encontrando tasas oscilantes entre las 24 a 38.5 millones de personas. Las naciones con mayor cantidad de casos, en Latinoamérica se dan en el siguiente orden: Brasil, Colombia, Chile, Argentina y Venezuela” (Ortega et al, 2018, p.51).

En este orden al ser la diabetes una enfermedad crónica y progresiva es preciso que se cuente con medidas de autocuidado, con las cuales el paciente alcance una la calidad de vida a partir de metas individuales acorde a las necesidades de la persona que se traducen en la reducción de complicaciones tras el diagnóstico de la enfermedad, en este sentido el personal de enfermería en su rol profesional se convierte en un agente que posibilita la educación en autocuidado del paciente

reforzando acciones de autocuidado alcanzado que los pacientes alcancen mayores índices de conocimiento y protección respecto a su enfermedad (Galeano et al, 2019, p. 39).

En este sentido; diversos estudios confluyen en manifestar que es altamente pertinente la evaluación constante de actividades de autocuidado en personas con diagnóstico de Diabetes. En España un estudio que incluyó un total de 392 pacientes, donde los encuestados clasificados con alto grado de autonomía en todos los dominios fueron 191 (48,7%). igualmente, se demostró un alto nivel de educación en salud sobre diabetes, se asoció significativamente con una etapa superior de autoeficacia en el control de la diabetes, teniendo en cuenta a los pacientes con un rango elevado de autoeficacia en su nutrición, la actividad física y medicación se presentaron conductas efectivas respecto a la dieta general, la actividad física y la toma de medicación, respectivamente mostrando de esta manera un control de la enfermedad cercano a los 87 (22,2%). El único predictor del control de la diabetes fue la autoeficacia en el manejo de la diabetes.

En un estudio realizado en México por Romo et al. (2021) se encontró que el conocimiento acerca de las herramientas para el autocuidado en diabetes es pobre, una baja proporción de participantes sabía los conceptos relacionados con la toma de glucosa preprandial y posprandial objetivo de glucosa (8,5% y 19,0%, respectivamente), y aproximadamente siete de cada 10 participantes no conocían la concentración de glucosa para definir hipoglucemia (Romo et al, 2021).

En Cartagena un estudio encargado de comprobar conocimientos y condiciones de autocuidado en personas con diagnóstico de DMT2 se evidenció el deficiente conocimiento sobre dicha enfermedad y el autocuidado que se requiere, este estudio se realizó con 41 sujetos diagnosticados, los pacientes manifestaron que conocían algunos cuidados básicos sin embargo el 46% de esta población desconocen las características de su enfermedad y a las complicaciones que se puede llegar; más de la mitad de los pacientes manifestaron presentar complicaciones como la HTA, hipoglicemia, retinopatía y neuropatía, resaltando que los temas educativos de mayor frecuencia son la medicación, el ejercicio y la alimentación.

Para los años de 2019-2020 en Nariño según cifras reveladas por el director de la Asociación Nariñense de Diabetes, los casos de DMT2, incrementaron un 6% a 8% en el territorio departamental, es importante resaltar que el 50% de esta población conoce de su situación, mientras que el 50% restante no tiene conocimiento alguno de que está presentando DMT2, marcando entonces una tendencia al incremento de esta enfermedad en el Departamento. En cuanto al departamento de Nariño, en el año 2019 se reportaron 4.024 casos de DMT2 donde prevaleció en sujetos mayores de 60 años en ambos sexos, esto significa un número elevado de pacientes con la enfermedad a consecuencia de la falta de información y educación acerca de las complicaciones graves que podrían contraer si en un determinado momento se complica el tratamiento o el mismo descuido que ellos tengan. (Asociación Nariñense de Diabetes, 2019)

En el municipio del Tablón de Gómez el 68% de los pacientes incluidos en el programa de crónicos pertenecen a una edad de 61 y más, seguido por un 22,5% entre los rangos de edad de 51 a 60 años, 6,2% de 41 a 50 y el 5,5% de 21 a 40 años predominando más en el sexo femenino con un 61,3% y en hombres 38,7%; además se encontró que el 67,9% de los pacientes están casados, por ello es de vital importancia crear agencias de autocuidado en el cual se debe tener como objetivo educar y así a su vez controlar los factores de riesgo que conlleva a padecer DMT2, actuando desde los hogares para implementar mejores hábitos y estilos saludables, ya que la DMT2 afecta mucho a pacientes donde su edad ya ha pasado los 40 años.

En suma, el estudio realizado por Gonzáles, et al (2019) toma 13 casos puntuales donde la prevalencia del 36.1% está en edades entre los 60 y 69 años, quienes a su vez cuentan con un nivel de secundaria básica equivalente al 30.5% seguido del nivel primario con un 27.7%. según el estudio realizado el nivel de estudios no corresponde al índice de autocuidado en la mayoría de los sujetos de estudio, esta tendencia lleva a los investigadores a definir que no existe una previsión del riesgo, evidenciando la ausencia de autocontrol de su enfermedad, lo cual se relaciona igualmente a que los pacientes no evidencian complicaciones o secuelas invalidantes a la enfermedad. En lo concerniente al trabajo realizado por los pacientes, se encuentra que el 38.8% de la muestra realiza un trabajo formal, mientras que el 36.1% son amas de casa y el 16.6% a jubilados. El estudio citado concluye al que quienes padecen de DMT2, presentan manifiestan un conocimiento de su enfermedad poco favorable, con un índice del 72.2% en el indicador de malo,



reflejando que la población presenta dificultad para mantener un control favorable de su enfermedad e igualmente un conocimiento pertinente de los riesgos que representa un conocimiento inadecuado del manejo de su enfermedad.

El referente lleva a evidenciar la necesidad de formar a los pacientes en aspectos relevantes de su enfermedad, lo cual repercute en un control óptimo de a nivel metabólico, evitando complicaciones agudas.

En este sentido el problema de estudio lleva a considerar que es prioritario formar a las personas con diagnóstico de DMT2, teniendo en cuenta los referentes citados donde se corrobora que la formación en cuidados y riesgos del padecimiento reduce el surgimiento de complicaciones críticas adyacentes al cuidado y riesgos cotidianos de la enfermedad.

### ***1.1.1. Formulación del problema***

¿Cuál es la Agencia de autocuidado en pacientes con DMT2 Pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de crónicos en la ESE Luis Acosta del Municipio de la Unión Nariño en el periodo 2023-2024?

## **1.2. Justificación**

Según la Organización mundial de la salud, (s. f.) la diabetes con una alta prevalencia es la de tipo 2, se presenta en mayores de edad con alta resistencia o una producción insuficiente a la insulina. En los últimos 30 años la tasa de pacientes diagnosticados con diabetes de tipo 2 ha aumentado significativamente en países con características económicas distintas. (World Health Organization: WHO, 2023)

Esta tendencia está provocada principalmente por los escasos conocimientos sobre la enfermedad, como sus factores de riesgo, complicaciones, prevención y demás aspectos, desencadenando así un déficit de autocuidado en los sujetos que padecen dicha enfermedad.

Debido a lo anteriormente mencionado que el rol del enfermero se enfoca en fortalecer el aspecto educativo, sensibilizando a los usuarios sobre DMT2 con el objetivo de promover las estrategias de promoción y mantenimiento de la salud y así mismo disminuir la susceptibilidad a la enfermedad, mejorando la salud y calidad de vida. Esto en razón de considerar que cuando se desconocen las complicaciones de la enfermedad. No será posible aplicar una adecuada agencia de autocuidado que permita la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano, contribuyendo de esta manera a una creciente tasa de riesgo de amputaciones y mortalidad.

En el departamento de Nariño según cifras reveladas por el director de la asociación nariñense de diabetes los casos de DMT2, incrementaron un 6% a 8% en el territorio departamental, es importante resaltar que el 50% de esta población conoce de su situación, mientras que el 50% restante no tiene conocimiento alguno de que está presentando DMT2, marcando entonces una tendencia al incremento de esta enfermedad en el Departamento, en el año 2019 se reportaron 4.024 casos de DMT2 donde prevaleció adultos mayores años en ambos sexos, esto significa un número elevado de pacientes con la enfermedad a consecuencia de la falta de información y educación acerca de las complicaciones graves que podrían contraer si en un determinado momento se complica el tratamiento. (Asociación Nariñense de Diabetes, 2019).

El presente estudio es interesante porque permitió tener una visión administrativa, asistencial e investigativa más amplia sobre la agencia de autocuidado que deben tener los pacientes que presentan DMT2 en el municipio de la Unión. Paralelo a ello, en Nariño se realizó un estudio en el que se identificó que las causas y los factores de riesgo se presentaban por el déficit de autocuidado que tenían los pacientes, dando un resultado negativo sobre los conocimientos básicos que tenían ante dicha enfermedad.

Por lo tanto, la presente investigación es novedosa debido a que en el municipio de La Unión Nariño no se evidenció estudios relacionados a la agencia de autocuidado de los pacientes que presentan DMT2 en la ESE Luis Acosta, teniendo en cuenta que en la institución se presenta una gran población de estos pacientes surge la necesidad de realizar esta investigación con el fin de identificar causas y actividades de riesgo que ocasionan la falta de una agencia de autocuidado.

Este tipo de estudios es útil para los estudiantes investigadores por que les permite enriquecer sus conocimientos en su rol como futuros profesionales de enfermería en la áreas administrativo, toma de decisiones, además es útil para la ESE Luis Acosta de la Unión Nariño porque ayudará a disminuir la demanda hospitalaria y mejorará la calidad de atención, mejorando el estilo de vida y la agencia de autocuidado en pacientes con DMT2 quienes deberán asumir su propio cuidado y de esta manera contribuir a la formación de su propio actuar.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo general***

Determinar la Agencia de autocuidado de pacientes con DMT2 pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de crónicos de la E.S.E Luis Acosta del Municipio de La Unión Nariño en el periodo 2023- 2024.

#### ***1.3.2. Objetivos específicos***

- Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.
- Identificar la agencia de autocuidado de los pacientes con DMT2 en la población objeto de estudio.
- Diseñar un plan de mejoramiento en respuesta a los resultados encontrados.

### **1.4. Alcances y limitaciones**

#### ***1.4.1 Alcances***

En el estudio se pretende conocer ampliamente la agencia de autocuidado en los pacientes con DMT2 pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de crónicos en la ESE Luis Acosta del municipio de la Unión Nariño, en torno a la aplicación del instrumento ASA escala de agencia de autocuidado (Appraisal of Self-Care Agency Scale Versión Fernández-Manrique 2009) con el que

se busca recolectar datos específicos respecto a la agencia de autocuidado, lo anterior para verificar la facilidad que tiene cada paciente para actuar de manera autónoma en su propio cuidado, con los resultados el fin de diseñar un plan de mejoramiento necesario que evidencie los resultados de la investigación, Agencia de autocuidado en pacientes con DMT2 pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de crónicos en la E.S.E Luis Acosta del Municipio de la Unión Nariño.

#### ***1.4.2. limitaciones***

Una de las limitaciones puede estar relacionada con la disposición de tiempo de los pacientes para brindar información durante la recolección de información.

### **1.5. Marco referencial o fundamentos teóricos**

#### ***1.5.1. Antecedentes***

Para el desarrollo de la presente investigación se realizó la revisión de estudios científicos que evidencian la importancia de abordar la agencia de autocuidado en pacientes con DMT2 para dirigir y priorizar de forma adecuada las intervenciones de enfermería que aseguren un mejor manejo de la enfermedad.

**1.5.1.1. Internacionales.** Un estudio realizado en Etiopía, África, 2019, por los autores Haftom y otros denominado “self-care related knowledge, attitude, practice and associated factors among patients with diabetes in Ayder Comprehensive Specialized Hospital, North Ethiopia” con el objetivo de “evaluar las prácticas de autocuidado y los factores asociados entre los pacientes” en el Hospital Integral Especializado de Ayder durante el periodo comprendido entre el 10 de diciembre de 2016 y 10 de enero de 2017, entre los resultados encontrados obtuvieron que la edad media de los participantes fue de  $(45,8 \pm 14,72)$  años y el 54,4% de ellos eran hombres. La mayoría de ellos (89,3%) eran cristianos ortodoxos. La mayoría (70%) de los participantes eran pacientes con diabetes tipo 2 y alrededor de la mitad de los pacientes (50,6 %) habían recibido tratamiento antidiabético durante menos de 5 años. Entre los participantes del estudio, 81 (25,5%) de ellos tenían una buena práctica de autocuidado de la diabetes; además los pacientes con altos ingresos mensuales tenían más probabilidades de tener una buena práctica de autocuidado (AOR = 3.03, IC 95% 1.10–8.35), resultados coincidentes se encontraron en la variable área urbana, quienes tenían mayores probabilidades (AOR = 6.47, IC 95% 1.38–30.43) de tener un buen autocuidado. Los autores concluyeron que los factores de práctica de autocuidado en los pacientes no son óptimos, pero todos los organismos interesados deben trabajar juntos para cerrar la brecha entre el conocimiento y la práctica, y los proveedores de atención médica deben estar capacitados para transmitir un mensaje de salud adecuado sobre las prácticas de autocuidado de los pacientes.

En Delhi, India, 2018, Anu Mohandas y otros realizaron el estudio “diabetes self care activities among adults 20 years and above residing in a resettlement colony in East Delhi” con el objetivo de “encontrar el nivel de actividades de autocuidado entre los diabéticos mayores de 20 años que residen en una colonia del este de Delhi y su asociación con factores sociodemográficos, enfermedad y perfil de tratamiento” en 168 pacientes diabéticos a quienes les aplicaron el instrumento de actividades de autocuidado de diabéticos que evaluó seis parámetros: dieta general, dieta específica, ejercicio, análisis de azúcar en sangre, cuidado de los pies y tabaquismo. Entre los resultados encontraron, que casi el 35,1% de los encuestados pertenecía al grupo de edad de 60 a 69 años, alrededor del 52,4% de los encuestados eran mujeres, el (31%) informaron haber practicado el control de la dieta los 7 días en la última semana, casi el 39,3% de los pacientes no realizaba ninguna actividad física; además, el cuidado de los pies fue practicado por solo el 19% de los pacientes.

El estudio concluyó que las actividades de cuidado de los pacientes diabéticos eran muy pobres y por tanto se recomiendan programas educativos de autocuidado en los hospitales junto con actividades de información, educación y comunicación a nivel comunitario y consejería uno a uno.

**1.5.1.2. Latinoamérica.** En México, 2018, Elizabeth Arteaga y otros hicieron el estudio “prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo II” con el propósito de “reconocer el grado de aplicación de las prácticas de autocuidado de la población ambulatoria con DM2 que concurren al servicio de consulta externa en un hospital de tercer nivel de atención del seguro social en el Instituto Mexicano” mediante un estudio realizado de tipo transversal y descriptivo tomando como muestra una población de 80 pacientes con una edad mayor o igual a 30 años a quienes les fue aplicado un instrumento diseñado por los autores para medir algunas dimensiones como lo son: hábitos en su higiene, hábitos en su alimentación, ejercicio, sueño, descanso y conocimiento. Entre los resultados más relevantes encontraron un autocuidado bueno en hábitos higiénicos (52.5%), Hábitos dietéticos (72.5%), y Sueño y descanso (67.3%). En las dimensiones de Actividad física (62.5%) y Conocimiento (73.8%) el nivel fue bajo. El 22.5% de la población alcanzó un grado muy bueno en Actividad física, al acatar sugerencia de 30 minutos de actividad concluyendo así que existe una necesidad por fortalecer en las prácticas de ejercicios y conocimiento, para fomentar y conservar su autonomía y corresponsabilidad en el individuo y la familia.

De igual forma, en Quito, Ecuador, 2020, la autora Yessenia Elizabeth Carrión López realizó el estudio “capacidad de agencia de autocuidado en pacientes diabéticos de las parroquias rurales de Quito, Ecuador” con un objetivo de establecer el conocimiento y las acciones de autocuidado de la población de diabéticos en varios aspectos importantes de DM en una población de 40 personas mediante una encuesta y entrevista. En los resultados se destaca que el 79% de la población presenta un control médico adecuado y el 75% presentan conocimiento según los aspectos generales de la enfermedad, una población mayor comprende las implicaciones de su enfermedad y la importancia del autocuidado.

Los autores concluyeron que, aunque existe un gran conocimiento del paciente acerca de la enfermedad, se observan ciertas deficiencias en la ejecución de cuidados, además de una falta de

participación por parte de la población en la aplicación de las encuestas, lo cual se puede modificar mediante la implementación de charlas y programas de salud que fomenten e incentiven la participación de la población en la realización de las encuestas.

En Manabí, Ecuador, 2019, los autores Franklin Vite y otros realizaron la investigación “práctica de autocuidado de pacientes con DMT2” con la finalidad de “determinar las actividades de autocuidado practicadas por los pacientes con DMT2 atendidos en los subcentros de la zona rural de Manabí – Ecuador” (p.16). El estudio de tipo descriptivo transversal en 90 pacientes que fueron captados en 10 intervenciones poblacionales planeadas de salud de la zona norte de dicha región a quienes se les aplicó el cuestionario sobre capacidades de autocuidado validado por Rodríguez y Col. Los resultados del estudio arrojaron que un 5% de la muestra estudiada prioriza hábitos y acciones para mantener y proteger la salud; mientras que un 2% negó hacerlo; de igual manera el 4% busca maneras de cuidar su salud mientras que un 5% negó hacerlo; de igual manera el 4% respondió sus hábitos alimenticios son acordes con su situación de salud permitiéndoles tener un peso adecuado; mientras que un 4% se resiste a mantener una alimentación acorde a su condición de salud. De los 24 elementos de valoración considerados en la escala aplicada a la población, en la investigación referenciada, se evidencia que la muestra en cuanto a hábitos y conductas para conservar la salud en pacientes con diagnóstico de diabetes son positivos, por lo tanto, se evidencia que el autocuidado es pertinente para prolongar la vida de los pacientes con el padecimiento en estudio.

**1.5.1.3. Nacionales.** En Córdoba, Colombia, 2019, los autores Stella Ortega Oviedo y otros realizaron el estudio “conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con DMT2” con el objetivo de determinar los conocimientos y condiciones de autocuidado de pacientes con DMT2 en 41 pacientes con la enfermedad de una IPS de Montería.

Entre los resultados encontraron que la mayoría de los participantes estaban entre los 48 a 77 años; nivel educativo primario y bachillerato, 20% analfabeta; 88% reside en zona urbana y 73% son femeninos. Los pacientes manifestaron conocer los cuidados básicos, sin embargo, 46% desconocen en que consiste su enfermedad y las complicaciones de esta. La medicación, ejercicio y alimentación son los temas educativos que con mayor frecuencia les brindan en los controles; con relación a la automonitoreo sólo la reciben aquellos pacientes que se administran insulina; más

de la mitad de los pacientes manifestaron haber presentado complicaciones agudas o crónicas como hipertensión arterial, hipoglicemia, retinopatía y neuropatía.

La investigación pudo concluir que existe un conocimiento deficiente sobre la enfermedad y su autocuidado en los participantes del estudio, por lo que se hace necesario desarrollar estrategias e intervenciones de apoyo educativo teniendo en cuenta las características sociodemográficas, necesidades e individualidades de los pacientes que permitan apropiarse de los conocimientos para alcanzar un adecuado autocuidado y metas terapéuticas.

**1.5.1.4. Regionales.** Para los años de 2019-2020 en Nariño según cifras reveladas por el director de la asociación nariñense de diabetes los casos incrementaron un 6% a 8% que han padecido en todo el territorio departamental. En cuanto a la capital del departamento, Pasto. En el año de 2019 se reportaron 4.024 casos de DMT2 donde prevaleció en personas mayores de 60 años en ambos sexos, esto significa un número elevado de pacientes con DMT2 y esto es a consecuencia de que muchos de los pacientes no cuentan con un nivel de información, educación acerca de las complicaciones graves que podrían contraer si en un determinado momento se complica el tratamiento o el mismo descuido que ellos tengan.

En Tablón de Gómez donde se realizó esta investigación el 68% de los pacientes incluidos en el programa de crónicos pertenecen a una edad de 61 y más, seguido por un 22,5% entre los rangos de edad de 51 a 60 años, 6,2% de 41 a 50 y el 5,5% de 21 a 40 años predominando más en el sexo femenino con un 61,3% y en hombres 38,7%. Además de esto se encontró en la investigación que el 67,9% de los pacientes se encuentran casados, lo que quiere decir que tienen formado un hogar, para lo cual es importante generar conciencia del autocuidado desde el entorno familiar o sea en la casa, porque muchas de estas familias pueden ya tener hijos y es probable que los hijos tomen los mismos hábitos saludables que ven en casa en sus padres y los convertiría en posibles pacientes con riesgo de padecer esta enfermedad crónica no trasmisible. Por ello es de vital importancia crear agencias de autocuidado en la cual tener como objetivo educar y así a su vez controlar los factores de riesgos que conlleva padecer DMT2, actuando desde los hogares para implementar mejores hábitos y estilos saludables, ya que la DM2 afecta mucho a pacientes donde su edad ya ha pasado los 40 años, esto debido a los incorrectos estilos de vida que han tenido a lo largo de su vida,



sumado a que con los años las personas tienden a padecer de más problemas de salud por los cambios que vamos presentando en nuestro organismo.

## **1.6. Marco teórico**

Para fundamentar el presente estudio denominado Agencia de autocuidado de pacientes con DMT2 se apoya en las bases teóricas de Dorothea Orem desde la Teoría del Autocuidado y los sistemas enfermeros.

En primer lugar, partiendo del supuesto teórico de Orem, se asume que cualquier persona tiene la capacidad de entender la importancia que cobran los aspectos relacionados con el autocuidado de su salud para lograr el mantenimiento de esta; desde esta perspectiva la persona debería ejecutar una serie de acciones que contribuyan de manera positiva en el bienestar integral del ser humano.

“Orem establece que la habilidad para ocuparse del autocuidado se conceptualiza en forma y contenido como una habilidad humana llamada agencia de autocuidado” (Guirao, 2003, p.2). En ese sentido, el autocuidado hace parte de la conducta humana que se aprende de manera intencionada a lo largo de la vida acorde al entorno y patrones de vida que va más allá de la consciencia siendo este inherente a cada acción y acto que realiza la persona.

Galeano et al (2019) refieren la importancia de que el paciente conozca la enfermedad, se autocuide y el enfermero(a) en su rol profesional actúe como principal educador fortaleciendo las acciones de autocuidado permitiendo a las personas un mejor manejo de su enfermedad (p. 39).

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. (Marriner y Raile, 2018, p. 228)

Desde este contexto, se define que:

la agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de

autocuidado desarrollada capaz de satisfacer su necesidad de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita. (Marriner y Raile, 2018, p. 271)

Así mismo se ha establecido que “el elemento central de esta teoría es el déficit de autocuidado que se produce cuando la agencia de autocuidado no satisface los requisitos de autocuidado o dicho de otra manera, cuando el paciente no es capaz de cuidarse por sí mismo”. (Marriner y Raile, 2018, p. 273)

En el caso de la presente investigación la teoría de Dorotea Orem, se enfocará en la agencia de autocuidado, en donde se “establece la combinación de conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones que tiene un individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria” (Marriner y Raile, 2018, p. 273), como es el caso llevar a cabo la agencia de autocuidado en pacientes con DMT2 pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de crónicos en la E.S.E Luis Acosta del Municipio de la Unión Nariño.

### ***1.6.1. Marco conceptual***

**Diabetes Mellitus.** Según el Instituto Nacional de Diabetes y enfermedades digestivas y renales (2017), la Diabetes ocurre cuando el nivel de glucosa en la sangre es demasiado alto. La glucosa en la sangre es la principal fuente de energía y proviene principalmente de los alimentos que se consumen. La OPS (2019) la describe como una enfermedad de evolución crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce, por ende, los niveles de glucosa en sangre son altos. (p.4). La hiperglucemia crónica “se asocia con lesiones a largo plazo en diversos órganos, particularmente ojos, riñón, nervios, vasos sanguíneos y corazón” (Lozano, 2006, p.67). La OPS recalca que esta patología se clasifica en dos tipos: Diabetes mellitus Tipo 1: Que hace referencia al déficit de producción de insulina por el páncreas y la DMT2: Hace referencia a utilización ineficaz de la insulina, la mayoría de los casos se debe en gran medida a un peso corporal alto y a la inactividad física. La diabetes,

como otras enfermedades crónicas, tiene un gran impacto en la calidad de vida de las personas y las familias.

**Agencia de autocuidado:** Según Orem la agencia de cuidado es la compleja capacidad desarrollada que permite, a las personas discernir los factores que deben ser controlados para:

- Regular su propio funcionamiento y desarrollo
- Decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación
- Exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados).
- Realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

**Autocuidado:** Este concepto hace gran énfasis al conjunto de acciones que lleva a cabo una persona por iniciativa propia y responsabilidad, con el fin de prevenir enfermedades y mantener un buen estilo de vida lleno de salud y bienestar. Un ejemplo de ello sería llevar una buena alimentación saludable, implementar actividad física, en caso de que la persona padezca de alguna patología de base, llevar a cabo correctamente el tratamiento farmacológico. El autocuidado es definido por la OPS como la capacidad de los individuos, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidad con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica.

### ***1.6.2. Marco contextual***

El presente estudio se realizará en la E.S.E Luis Acosta del Municipio de La Unión Nariño. La E.S.E Luis Acosta del Municipio de La Unión Nariño es una empresa social del estado de primer nivel de complejidad que garantiza el cumplimiento de las necesidades del usuario a través de una atención segura, oportuna y eficiente prestando servicios de calidad basada en el mejoramiento continuo de sus procesos con tecnología de punta, priorizando, valores tales como confianza, honestidad, trabajo en equipo y tolerancia.

**Misión:** la empresa social del estado Luis Acosta, de primer nivel de complejidad brinda Servicios de Salud, con Calidad y Oportunidad en la atención, trato humanizado y seguridad del paciente, bajo un enfoque de promoción y mantenimiento de la Salud, con talento humano idóneo comprometido y gran sentido de responsabilidad social, infraestructura y tecnologías adecuadas a las necesidades del usuario, familia y comunidad del Municipio de la Unión y Norte de Nariño.

**Visión:** En el año 2024 la E.S.E. Luis Acosta será una empresa con un modelo de atención en actividades de promoción y mantenimiento de la salud, aplicado al usuario, su familia y comunidad; reconocido a nivel regional y departamental, buscando rentabilidad social y financiera.

**Principios Institucionales:**

- Prestamos servicios de salud humanizados y seguros.
- Somos Solidarios e incluyentes con nuestros usuarios y el equipo de trabajo dentro de las políticas sociales.
- Cumplimos los derechos constitucionales del ciudadano.
- Hacemos uso eficiente del manejo de los recursos de la salud.
- Incorporamos la participación comunitaria en la toma de decisiones de nuestra institución.
- Promovemos el cumplimiento de la Política del medio ambiente.
- Socializamos nuestros servicios a la comunidad.
- Trabajamos en equipo para el bien de la comunidad y la institución

**1.6.3. Marco legal**

**Ley 100 de 1993 Artículo 173 manejo integral de pacientes con DMT2:** “Actividades de cuidado y Monitoreo de la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2 en personas 45 años o más adscritos a programas totalmente subsidiados, estableciendo Indicaciones y Frecuencia para el Uso Apropiado de los Recursos Asignar de acuerdo con las guías nacionales de práctica clínica Evidencia, incluidas actividades e intervenciones de Nivel II y Nivel III Diagnóstico de las complejidades del manejo integral del paciente describir. Este es también el propósito de este anexo técnico adoptado. La solución es la atención ambulatoria de la población diana y el diagnóstico de

hipertensión arterial y diabetes tipo 2 es completo y puede reducir la morbilidad y la mortalidad a largo plazo en este grupo de alto riesgo. Riesgo de complicaciones crónicas secundarias.”

**Ley 172 de 2004 Artículo 2:** “La Ley tiene por objeto establecer y fortalecer los mecanismos normativos e institucionales para prevenir el desarrollo de la diabetes y facilitar su tratamiento, garantizando así la atención necesaria a los pacientes y evitando, en lo posible, el manejo de la enfermedad que se complica por tratamiento insuficiente.

La diabetes es una epidemia con potencial para afectar a toda la población, cuya prevención y tratamiento estará a cargo del Sistema General de Salud y Seguridad Social, de conformidad con lo dispuesto en esta Ley, de acuerdo con las políticas de salud pública especialmente formuladas para este propósito.”

**Ley 1438 de 2011 Artículo 1:** “La norma posee como propósito fortalecer el SGSSS, mediante un patrón de ayuda de servicios públicos en el marco de la estrategia de atención primaria de salud coordinada de la nación, las instituciones y la población para mejorar la salud y crear un ambiente sano y saludable y con ello brindar servicios de mayor calidad, inclusivos y equitativos donde el centro y los objetivos de todos los esfuerzos son los residentes del país. De igual manera incluye disposiciones para establecer la uniformidad de los planes de beneficios como universalidad y cobertura del seguro para todos los residentes portabilidad o provisión de ayudas a cualquier parte del país, en marco de sostenibilidad financiera.”

#### ***1.6.4. Marco ético***

**Resolución 8430 de 1993:** El estudio retoma el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 en donde se clasifican las investigaciones, categorizando a este estudio como sin riesgo al “no ejecutar alguna actividad o transformación de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales” (p.3) y hace uso de instrumentos como el cuestionario que no tocará aspectos sensibles de la conducta de las personas, solo se indagarán aspectos concernientes a las características sociodemográficas, socioculturales y grado de adherencia farmacológica.

Además, se retoma el artículo 14, en donde se define el consentimiento informado como un “documento mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna” (p.3). El estudio utilizará el consentimiento aprobado por el Comité de Ética de la Facultad Ciencias de la Salud con el fin de aplicar el cuestionario denominado Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA por denominación en inglés Appraisal of Self-care Agency Scale) validada para Colombia por los autores Fred Manrique Abril et al, (2009) y adaptada por Edilma Gutiérrez de Reales de quienes se obtuvo el aval para su uso. En el estudio se explicará el consentimiento informado y se dará a conocer los diferentes aspectos para que los participantes firmen si están de acuerdo en vincularse en el desarrollo del estudio respecto a la intervención a realizar.

**Artículo 5.** En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

**Artículo 8.** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

**Ley 911 de 2004.** Se establecen medidas acerca del deber ético para el desempeño de la función de Enfermería en Colombia, se establece una política disciplinaria apropiada y se establecen otras condiciones. (p.1).

De acuerdo al artículo 29, todo proceso de investigación en el cual participe el enfermero debe proteger los valores y los derechos de las personas como principio ético primordial. Con el fin de conocer y aplicar las determinaciones éticas y legales vigentes, sobre el tema y las declaraciones internacionales que la ley colombiana instaure, así como las declaraciones de las instituciones de enfermería a nivel nacional e internacional. (p.6).

En el artículo 30, se reitera por qué el profesional de enfermería no debe realizar ni participar en investigaciones científicas que utilicen personas jurídicamente incapaces, privadas de la

libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas, en las cuales ellos o sus representantes legales no puedan otorgar libremente su consentimiento. Hacerlo constituye falta grave (p.6).

De igual manera, en el artículo 34, establece la importancia del respeto por la propiedad intelectual de estudiantes, colegas y otros profesionales en investigación y docencia (p. 7).

**Ley 266 de 1996 Código deontológico. Artículo 4o. Ámbito del ejercicio profesional:** Cada profesional de enfermería realiza su debida práctica teniendo en cuenta una dinámica interdisciplinaria, quien realiza sus aportes como conocimientos y habilidades al trabajo sectorial como al trabajo intersectorial los cuales fueron adquiridas en su formación universitaria fomentando la educación continua. Los profesionales de enfermería efectúan sus funciones en los espacios donde la persona realiza sus actividades cotidianas y en las instituciones que atienden su salud directa e indirectamente.

**Ley 911 de 2004.** En la cual se dictan, aspectos relacionados con la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la práctica de los diversos cuidados de enfermería aplicados en Colombia y se establece un régimen disciplinario correspondiente.

**Artículo 1º.** En el que se menciona el respeto a la vida, la dignidad de los seres humanos y los derechos que cada individuo presenta, sin distinción de nacionalidad, edad, cultura, condición socioeconómica, credo, sexo, lengua, raza, lengua e ideología política, los cuales son principios fundamentales valores que orientan los cuidados de enfermería.

**Artículo 3º.** En él se enfatizan las funciones de la enfermería como esencia de la práctica profesional basada en teorías y técnicas originales que tienen en cuenta amplios conocimientos de la sociobiología y la biología humana, en las que se tienen en cuenta la humanización a través de la comunicación y la mediación de enfermera, paciente y su familia en las diferentes etapas de la salud.

Teniendo en cuenta que son principios específicos de la práctica de enfermería en la práctica de cuidados los siguientes aspectos: integralidad, individualidad, calidad y continuidad.

**Artículo 3º.** Definición y propósito. En este artículo se define a la enfermería como una profesión liberal y una disciplina de carácter social, en la cual los sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar. El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como principal propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona (Ministerio de Educación, 2004).

### **Principios de ética en investigación**

**Principio de autonomía:** En este estudio podrán participar voluntariamente las personas que lo deseen y aceptarán su participación mediante un consentimiento informado.

**Principio de beneficencia:** Se busca hacer el bien, actuar en beneficio de cada persona perteneciente al estudio, así mismo promover el bienestar haciendo lo posible para que los resultados sean en pro de los mismos.

**Principio de justicia:** Se buscará dar una distribución en los beneficios que se encontraran en los resultados, dando a conocer a los participantes cuál fue la importancia de la participación.

**Principio de no maleficencia:** En esta exploración de conocimiento se garantiza a los participantes que no se causará ningún tipo de daño.

**Principio de veracidad:** Se tendrá en cuenta decir solamente la verdad, ser honesto y confiable en la comunicación con las personas, manteniendo la integridad profesional.

### **1.7. Metodología**

**Línea de investigación.** La presente investigación se encuentra inscrita en la línea de investigación: Cuidado de Enfermería.



**Área problemática.** Autocuidado en cualquier etapa del ciclo vital.

### ***1.7.1. Paradigma de investigación***

Para la presente investigación que se enmarca sobre la Agencia de autocuidado en pacientes con DMT2 pertenecientes al programa de crónicos en la ESE Luis Acosta del Municipio de la Unión Nariño, consideramos importante situarlo bajo el paradigma cuantitativo, dado que se requiere cuantificar datos estadísticos, por lo tanto consideramos que la investigación hará mediciones del fenómeno, lo explicará y presentará a través de la cuantificación de la realidad del objeto de estudio, tal como lo afirman algunos autores como Krippendorff, 1980; Tesch, 1992 los cuales consideran el análisis cuantitativo como una descripción objetiva y sistemática del contenido manifiesto de la información, con el propósito de realizar inferencias válidas y replicables.

### ***1.7.2. Enfoque de investigación***

El presente estudio se enmarca en el enfoque empírico analítico, debido a que se abordará datos estadísticos de forma lógica empírica, con preferencia a utilizar estándares de validez con los datos derivados de la experiencia, el cual nos va a permitir realizar un análisis e interpretación de los resultados de manera minuciosa, para conocer datos concretos y así poder dar respuesta a los objetivos anteriormente planeados.

### ***1.7.3. Tipo de investigación***

Teniendo en cuenta que se enmarca en el paradigma cuantitativo se considera conveniente hacer el estudio de tipo descriptiva de corte transversal que analiza cada variable e indicador involucrado en el problema de investigación, para después ofrecer una descripción evaluativa de las características distintivas asociadas a cada una de esas variables (Bruns y Grove, 2012) debido a lo anterior se va a describir los datos encontrados de un manera procesual y estadística apoyada en los sistemas de Excel.

#### 1.7.4. Población y muestra / Unidad de trabajo y unidad de análisis

Para el desarrollo de la investigación se tomará la población conformada por 268 pacientes adultos en rango de edad de los 29 a los 80 años que pertenezcan a la EPS Emssanar del programa de crónicos con diagnóstico de Diabetes tipo II de la ESE Luis Acosta del Municipio de la Unión Nariño en el periodo 2023-2024.

Para el cálculo de la muestra se hará uso de un software estadístico de libre uso. La muestra será calculada de la base de datos proporcionada por la institución participante.

#### 1.7.5. Diseño muestral

La muestra se calculó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{(N - 1) * e^2 + (Z^2 * p * q)}$$

Donde:

N = Tamaño de la población = 268

n = Tamaño de la muestra

p = Probabilidad de éxito (0.5)

q = Probabilidad de fracaso (0.5)

Z<sup>2</sup> = Valor Tipificado de la Tabla, se originó un nivel de confianza del 95% = 1.96

e<sup>2</sup> = Error admitido por el investigador, en este caso se tomó un nivel de confianza del 95%, el error es del 5% es decir, 0.05.

$$n = \frac{268 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(268-1) \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 164 \text{ pacientes}$$

#### 1.7.6. Selección de la muestra

Con el valor obtenido de la muestra se realizó un muestreo probabilístico aleatorio estratificado, con el fin de garantizar que los pacientes con DMT2 tengan la misma probabilidad de salir, además, que de cada paciente salga una muestra representativa acorde al número de la población obtenida.

El muestreo fue de tipo estratificado, en donde se tuvo en cuenta el número de pacientes por rango de edad, permitiendo que sea proporcional.

$$f = \frac{n}{N}$$

$$f = \frac{164}{268} = 0.61$$

**Tabla 1**

*Muestreo estratificado de pacientes con DMT2*

Rango de edad	Tamaño de la Población	Factor de Proporción	Tamaño poblacional muestral
29 a los 40 años	13	0,61	13
41 a los 60 años	113	0,61	69
61 a los 80 años	142	0,61	86
Total	268		164

**Criterios de Inclusión**

- Pacientes adultos con diagnóstico de DMT2.
- Pacientes adultos que deseen participar en el estudio.
- Adulterez – Vejez.

**Criterios de exclusión.**

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes con limitaciones cognitivas y motrices asociadas a la enfermedad que impida el diligenciamiento del instrumento.

### **1.7.7. . Técnica e instrumentos de recolección de información**

**1.7.7.1. Técnica: encuesta.** En el estudio se hará uso de la encuesta. Según García (2016) “utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características” (p.141). la encuesta contará con preguntas cerradas de selección múltiple.

La investigación indagará las características sociodemográficas y la agencia de autocuidado de los pacientes con diabetes.

**1.7.7.2. Instrumentos: cuestionario y Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA).** Para indagar sobre las características sociodemográficas se hará uso de un cuestionario con preguntas de selección múltiple; además se hará uso del cuestionario denominado Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA por denominación en inglés Appraisal of Self-care Agency Scale) validada para Colombia por los autores Fred Manrique Abril et al., 2009 y adaptada por Edilma Gutiérrez de Reales de quienes se obtuvo el aval vía correo electrónico con fecha del 13 de abril del 2023 en el cual envían la escala de agencia de autocuidado y derechos sobre la versión en castellano, así como también las instrucciones para su adecuado uso.

### **1.8. Plan de tabulación y análisis.**

Para dar respuesta a los objetivos planteados se realizará:

**Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio:** para este objetivo se contará con un cuestionario de 5 preguntas de selección múltiple con única respuesta con los cuales se realizará una clasificación sociodemográfica la cual permitirá establecer la relación que existe entre la operacionalización de variables y la agencia de autocuidado en los pacientes anteriormente mencionados teniendo en cuenta aspectos como la edad, género, estado civil, estrato socioeconómico y nivel educativo.

**Identificar la agencia de autocuidado de los pacientes con DMT2:** para este objetivo se contará con un cuestionario denominado “Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA por denominación en inglés Appraisal of Self-care Agency Scale)” validada para Colombia por los autores Fred Manrique Abril etl al., 2009 y adaptada por Edilma Gutiérrez de Reales, dirigido a los pacientes con DMT2 pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de crónicos de la ESE LUIS ACOSTA del municipio de la Unión Nariño los cuales desean participar del presente estudio; a quienes se realizará la aplicación de este instrumento que consta de 24 ítems, con un formato de respuesta de cuatro alternativas tipo Likert, con cuatro apreciaciones (nunca 1, casi nunca 2, casi siempre 3 y siempre 4), el puntaje para esta escala va de 24 a 96 puntos. En él se abordaron las categorías: bienestar personal enfocado en el funcionamiento corporal y prevención de riesgo, consumo suficiente de alimentos, interacción social, actividad y reposo, fomento del trabajo y desarrollo.

**Diseñar un plan de mejoramiento en respuesta a los resultados encontrados:** para este objetivo teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se planteará un plan de mejoramiento con el fin de proponer cambios los cuales se incorporarán en la institución, mejorando así la calidad de atención a los pacientes con DMT2 pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de crónicos de la ESE Luis Acosta.

El proceso de recolección de la información se realizará a través de la aplicación del instrumento a aquellos pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad para acceder a la investigación, se procederá a la entrega del consentimiento informado, en el cual se especifican los diferentes aspectos que se tendrán en cuenta en el estudio, para que se obtenga la firma de aceptación a la participación de la investigación.

Una vez firmado el consentimiento informado, se realizará la indagación de aspectos sociodemográficos, seguido de ello se procede a la entrega de las encuestas respectivas sobre la aplicación del instrumento donde se explicará la intención, la modalidad de aplicación y las opciones que posee el instrumento a aplicar.

El proceso de tabulación de la información se realizará a través de la creación de una base de datos en el programa Excel, posterior a ello, se migrarán los datos al programa SPSS versión 21. Se continúa con el análisis univariado de la información recolectada, el cual será descriptivo, donde se tomarán en cuenta los datos suministrados por los pacientes, para realizar un análisis comparativo de los hallazgos de los mismos. Los resultados se plasmarán en cuadros y gráficas estadísticas, para finalmente realizar la interpretación haciendo relación a los aspectos teóricos y prácticos de acuerdo a los hallazgos del mismo.

### **1.9. Sesgos**

En el caso de la investigación se tendrá en cuenta los sesgos de memoria y comprensión del instrumento lo cual tiene relación con el olvido de la información que se pregunte y que las personas no respondan de manera adecuada por la generación de esta situación, además se puede presentar dificultad de interpretación de las preguntas planteadas en el instrumento.

## 2. Presentación de resultados

### 2.1. Procesamiento de la información

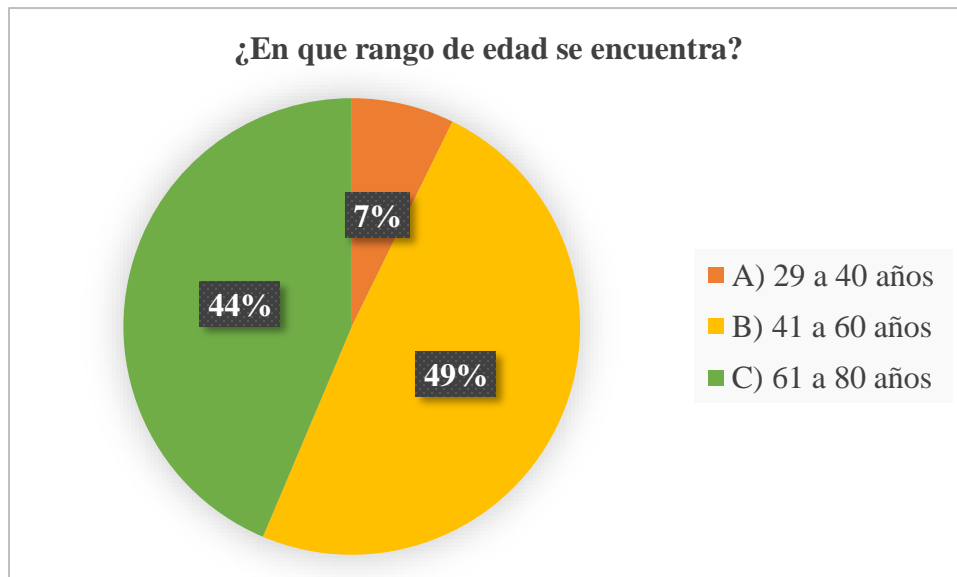
### 2.2. Análisis y presentación de resultados

#### 2.2.1. Caracterización sociodemográfica de la población de estudio.

Luego de aplicar el instrumento de investigación se procede a realizar el análisis de resultados, los datos recolectados se evalúan desde dos variables generales evidentes en el instrumento de investigación de tipo escala. En la primera variable analítica se toma el perfil sociodemográfico, compuesto por datos como la edad, el género, el estado civil, el estrato social y el nivel de escolaridad, con el fin de estipular un perfil de paciente o sujeto muestra de estudio. La segunda variable analítica se enfoca en medir factores de autocuidado.

#### Gráfica 1.

Distribución porcentual de rango de edad.



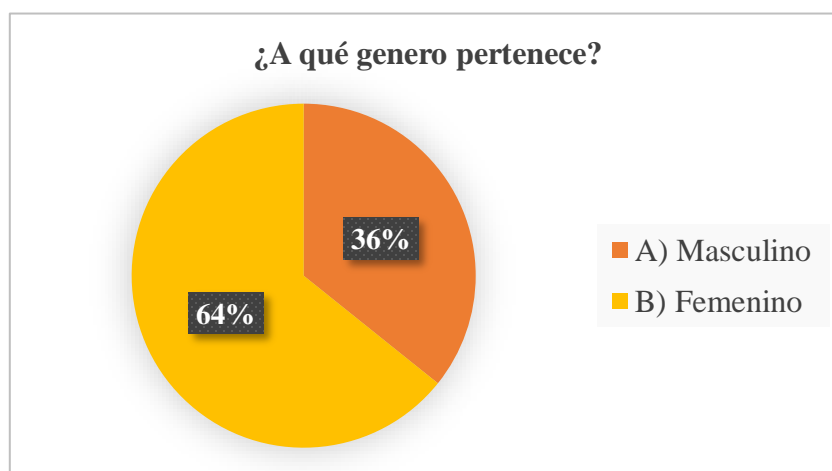
Teniendo en cuenta la distribución porcentual de Rango de edad se encuentra que 49 % corresponden a el rango de edad de 41 a 60 años, seguido de ello 44% encuentra entre el rango de 61 a 80 años y 7% corresponde al rango 29 a 40 años de edad.

El perfil sociodemográfico, en lo concerniente a la edad de los encuestados, permitió definir que el promedio de edad está entre los 41 y los 60 años, población que se denomina, de acuerdo al dato de edad encontrado, según la Resolución 3280 del 2018 (Ministerio de Salud Nacional) como adultez y vejez, tal como se observa en la gráfica 2.

Ahora bien, según un estudio realizado por Payares y otros (2023) el promedio de edad para padecer diabetes tipo II se encuentra en los 56 años, rango que se encuentra en el estimado porcentual del presente estudio, por lo tanto, se comprende que las mujeres con esta característica en torno a la edad presentan mayor prevalencia al padecer diabetes de tipo II.

### Gráfica 2.

Distribución porcentual de género.



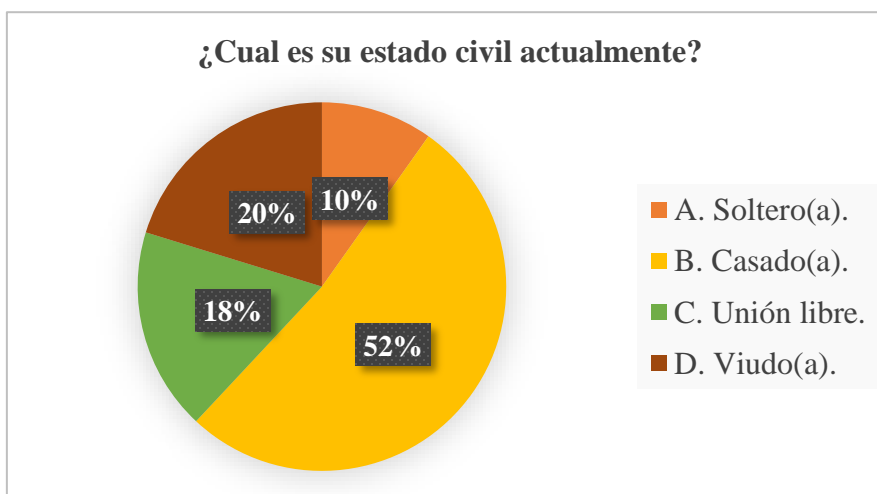
Teniendo en cuenta la distribución porcentual género se encuentra que 64% corresponden a el género femenino y el 36 % corresponde al género masculino.

Tal como se evidencia en la gráfica 2 el género de mayor representación porcentual es la mujer, tal como ocurre en la investigación de Payares y otros (2023) donde se encontró un 59,1% de promedio para pacientes con diabetes tipo II, esto se debe en gran medida al metabolismo de la muestra y factores como la hipertensión, el sobrepeso, entre otros que aumentan el de padecer dicha enfermedad.



### Gráfica 3.

Distribución porcentual de estado civil.

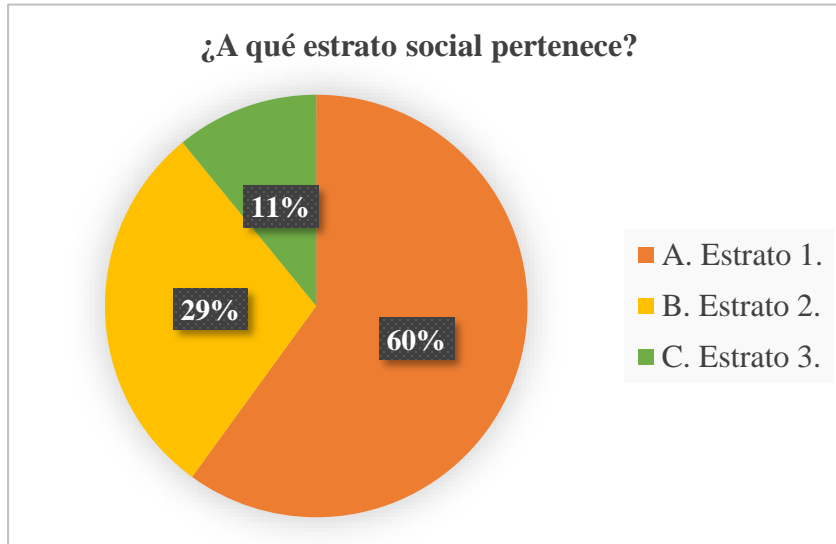


Teniendo en cuenta la distribución porcentual de estado civil de la población se encuentra que 52 % corresponden a estado civil casado, seguido de ello el 20% de estado civil viudo, continuando con el 18% correspondiente a estado civil en unión libre y por último se encuentra el 10% que corresponde a estado civil soltero.

Al respecto, según el estudio titulado: “agencia de autocuidado, conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo biológico en estudiantes de enfermería” (Rodríguez y otros, 2019, p. 1). En él se encontró predominio del estado civil casado con el 83.3%, seguido por viudo con el 8.8%, dicha información coincide con los hallazgos de la presente investigación, puesto que la mayoría de las mujeres son casadas y viudas.

#### Gráfica 4

Distribución porcentual de estrato social.



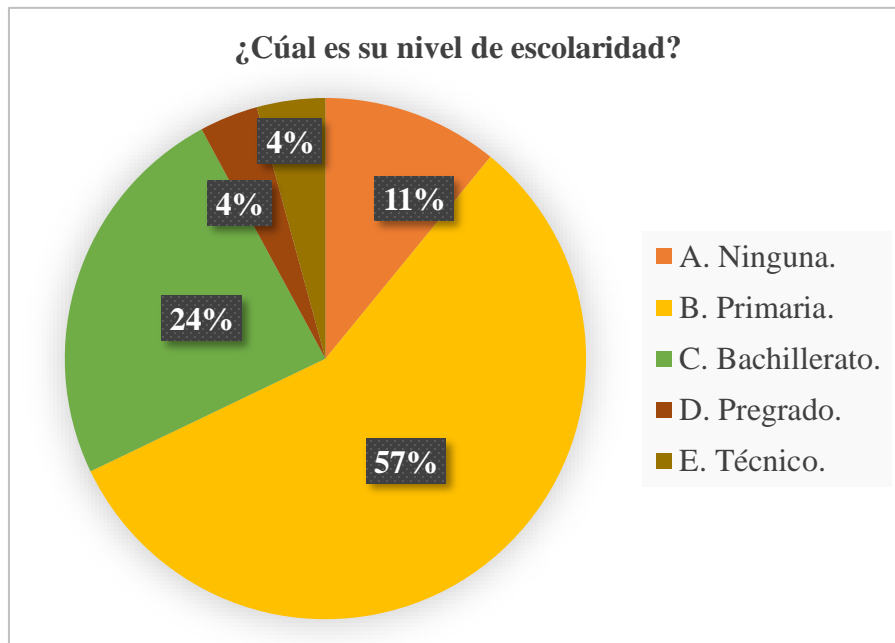
Como se observa en la distribución porcentual de estrato social se encuentra que 60% corresponden a estrato 1, seguido de ello el 29% al estrato 2 y por último el 11% que corresponde a estrato civil 3.

Por lo tanto, el perfil de la población respecto al estrato social lleva a considerar que son personas con capacidades económicas difíciles con un estrato social de nivel 1 o A1 en pobreza extrema como lo estima el rango de estratificación del sistema SISBEN IV (Ministerio de salud y protección social, 2024).

Como lo manifiesta Ruiza (2023) en Colombia la mayor población con DMT2 se encuentra en poblaciones que pertenecen a estratos socioeconómicos 1 y 2 con un promedio del 65% porcentaje similar al del presente estudio, de manera que este factor es incidente en los pacientes con el padecimiento en estudio.

**Gráfica 5.**

Distribución porcentual nivel de escolaridad.



Como se observa en la distribución porcentual de nivel de escolaridad se encuentra que 57% corresponden a primaria, seguido de ello el 24% a bachillerato, continuando con el 11% correspondiente a ningún nivel de escolaridad, posteriormente se encuentra el 4% que corresponde a técnico y por último el 4% que corresponde a pregrado.

El perfil de la población lleva a considerar que son personas con capacidades económicas difíciles, en relación a su estrato social y nivel de escolaridad quienes además se encuentran en una edad promedio en la que el tipo de diabetes es común. (Ruiza, 2023)

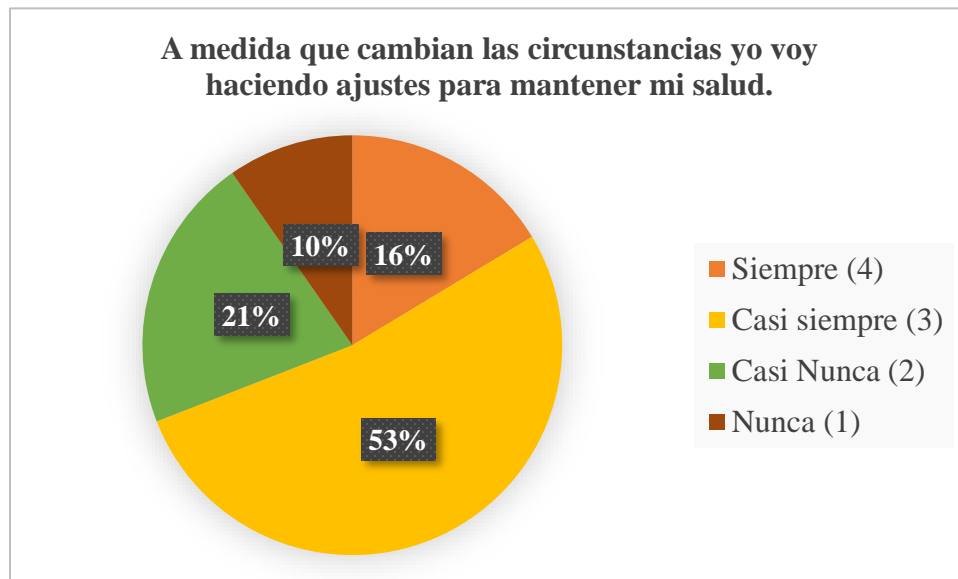
### 2.1.1. Agencia de autocuidado de las pacientes con DMT2.

Para la segunda variable se miden conductas en las que se puede develar actitudes de autocuidado, dado que la población presenta una enfermedad no transmisible de alto riesgo, por lo tanto, al no contar con índices, actitudes y acciones que permitan una mejor calidad de vida, se muestran claras tendencias en torno al deterioro de la salud de los pacientes sujeto de estudio. En este sentido, los datos que se analizan a continuación sobre la segunda variable, permiten determinar si existen tendencias de autocuidado. (Dorothea Orem citada por Prado y otros, 2019)

A partir del perfil sociodemográfico encontrado, se estudia cada una de las variables que se integran en la escala de agencia del autocuidado. En primera instancia frente a si las personas con esta afección de salud cambian sus hábitos en la medida en que sus circunstancias de salud varían, es decir, que las personas realizan ajustes según como avanza su enfermedad, encontrando que las personas, casi siempre realizan este tipo de cambios

#### Gráfica 6.

Distribución porcentual de cambio de circunstancias para mantener un buen estado de salud.



La información consignada en la gráfica 6, lleva a determinar que el 53% de la población encuestada responde que casi siempre cambia las circunstancias y realiza ajustes para mantener su salud, seguida de un 21% que responde casi nunca y solamente el 16% siempre realiza este tipo de

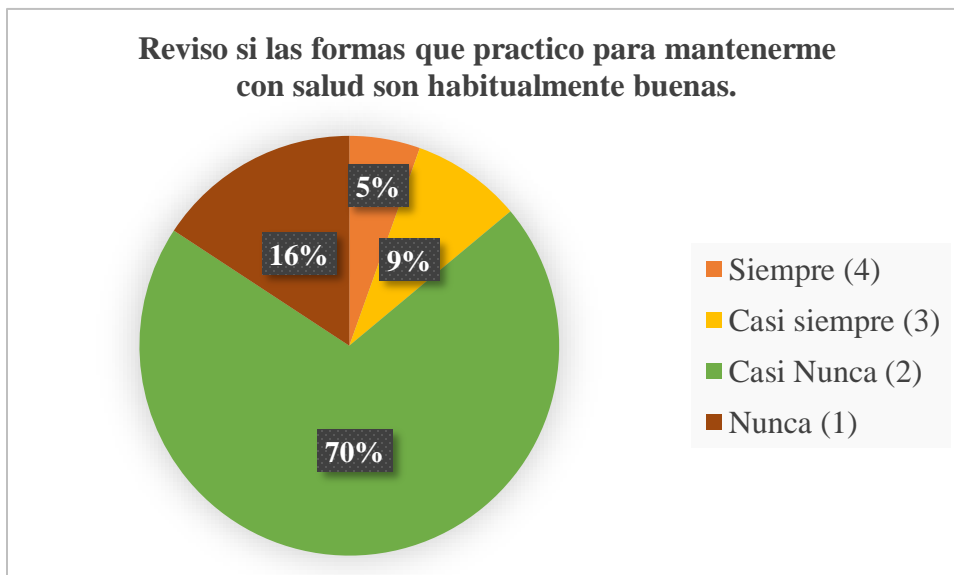
cambios en torno al cuidado de su salud en proporción al avance de su enfermedad y el 10 % nunca presenta ajustes para mantener su salud de acuerdo a las circunstancias que se le presentan.

Según el estudio realizado por Fernández y Díaz (2021) la diabetes tipo II al ser una enfermedad crónica no transmisible, de larga duración, cuya evolución es generalmente lenta, es pertinente que el paciente realice cambios importantes en su estilo de vida, esto se debe a que las personas con tal diagnóstico no producen la suficiente insulina, por ende su riesgo aumenta en la medida en que la persona envejece, de allí que sea importante realizar cambios procesales para conservar la salud del paciente, alcanzando factores de bienestar integral, en este sentido, la enfermedad por su carácter, lleva a que se afecte al paciente también en el aspecto socioeconómico, esto en atención a su dieta, tratamiento y cuidados paliativos que le lleven a preservar su nivel de salud.

Desde esta perspectiva se considera que, ante los resultados del estudio, los pacientes sujetos de estudio, deben cambiar sus hábitos de vida en relación con su necesidad de mejorar su situación de salud, es decir que la perspectiva de auto cuidado debe generarse en el paciente de manera urgente para lograr mitigar los efectos procesales de la enfermedad y prolongar de esta manera la vida del paciente. (Fernández y Díaz 2021)

### Gráfica 7.

Distribución porcentual de Reviso si las formas que practico para mantener mi salud habitualmente son buenas.



Continuando con el análisis, la escala aplicada lleva a determinar si los pacientes revisan las formas que practican para mantenerse con salud, habitualmente son buenas, encontrando que la población responde que casi nunca son buenas en un 70% seguida de un 16% que responde nunca, el 9% casi siempre y solamente el 5% siempre.

Como se menciona en el estudio realizado por Madero y Orguloso (2021) los pacientes con diabetes tipo 2 deben mantener buenas prácticas de autocuidado que les permitan mantener un buen estado de salud, esto en factores como la higiene, cuidado de la piel seca y no aparición de prurito en cualquier parte de la piel. Según los autores tales cuidados básicos llevan a que el paciente mejore paulatinamente su salud o mantenga un estado favorable y de esta manera garantizar una mayor duración de los estados buenos de salud.

Tal como se afirma en el referente, los pacientes sujetos de estudio deben cambiar sus hábitos de vida, por actividades con una perspectiva de autocuidado y vida saludable, evitando el sedentarismo y mejorando sus hábitos de higiene, como también el consumo de alimentos que sean favorables para su cuidado, es decir que gran parte de los procesos de mejora de las pacientes depende directamente de sus buenas prácticas y la adaptación de estas a la evolución de su enfermedad. (Madero y orguloso, 2021)

### Gráfica 8.

Distribución porcentual de Cuando tengo problemas para moverme o desplazarme pido ayuda.

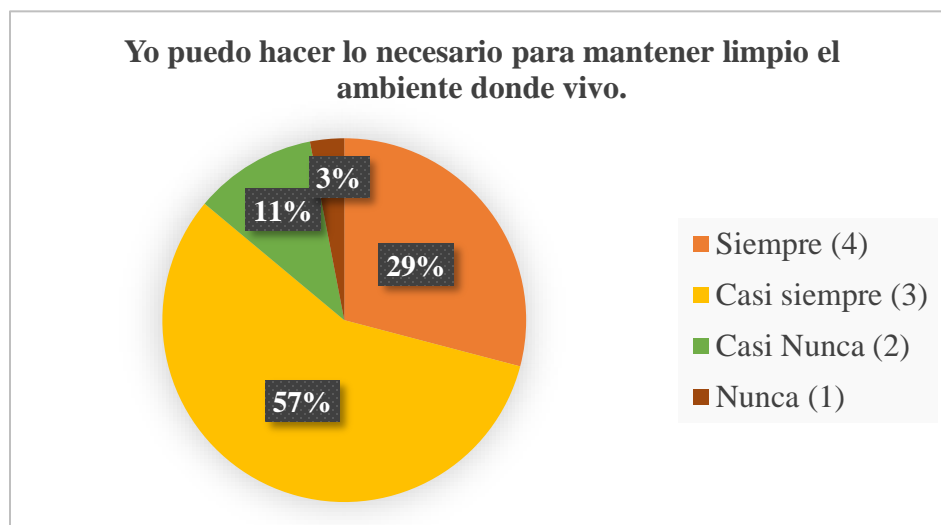


En lo que concierne a la gráfica 8, se comprende que la población al momento de presentar problemas para moverse o desplazarse se las arregla para pedir ayuda, siempre con el 65%, casi siempre con un 20%, casi nunca con un 11% y el 4% nunca lo hace.

Es común que los pacientes con diabetes tipo II presenten problemas ocasionales de movilidad, esto se debe a que sus valores de glicemia se ven afectados, igualmente por aspectos como persistencia del dolor y malestar causado por el tratamiento de la misma; ante estas circunstancias los pacientes deben buscar formas de movilizarse mediante el apoyo de sus cuidadores, por ende, es favorable que se busque ayuda y se desarrollen actividades de movimiento (Coronel y otros, 2023).

### Gráfica 9.

Distribución porcentual de Hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente de vivienda.



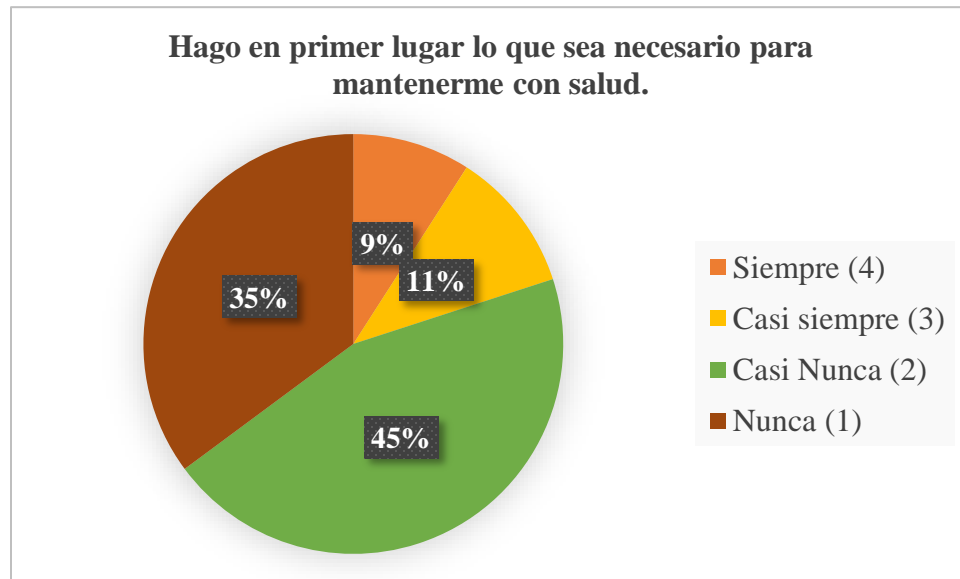
De manera consecuente, la escala lleva a comprender si los pacientes mantienen limpio el ambiente en donde viven, encontrando prevalencia en casi siempre con un 57% y un 29% en el factor de siempre, el 11% responde que casi nunca y solamente el 3% nunca; es decir que los pacientes, tratan de mantener un lugar limpio para favorecer su salud, tal como se ve en la gráfica 9.

La gráfica anterior lleva a considerar los postulados de Orem (2019) referentes a la capacidad de autocuidado de los pacientes con enfermedades crónicas, donde un factor relevante es la agencia

del autocuidado, primordialmente al momento de mantener la asepsia en el lugar de habitación, es decir, que el paciente este limpio y su lugar de habitación también lo sea, para ello el paciente por lo general recurre a baños frecuentes y limpieza del hogar, claro está manteniendo prudencia en sus movimientos y acciones, cuidando de esta manera la aparición de lesiones.

**Gráfica 10.**

Distribución porcentual de hago en primer lugar lo necesario para mantenerme con salud.



Continuando con el proceso analítico, la escala aplicada pregunta a los encuestados lo primordial para ellos hacer lo necesario para mantenerse con buena salud, frente a ello la muestra responde que el 45% casi nunca genera actividades para proteger su salud, mientras que el 35% nunca lo hace, el 11% lo hace ocasional y solamente el 9% si realiza cambios para mantener su salud.

De igual manera en su teoría Orem lleva a considerar el auto cuidado como una necesidad prevalente en el proceso de recuperación del paciente, en este sentido, al comprender que el autocuidado es una capacidad compleja que se desarrolla con el fin de lograr que el paciente realice actividades de cuidado determinadas para cubrir su necesidad de protección. (Orem, 2019), es así como se enfocará en la agencia de autocuidado, en donde se “establece la combinación de conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones que tiene un individuo para llevar a cabo las



actividades de la vida diaria” (Marriner y Raile, 2018, p. 273), es decir, está relacionado porque algunos estudiantes están de acuerdo en cuanto a la prevención de riesgos para mejorar su bienestar personal.

### Gráfica 11.

Distribución porcentual de me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.

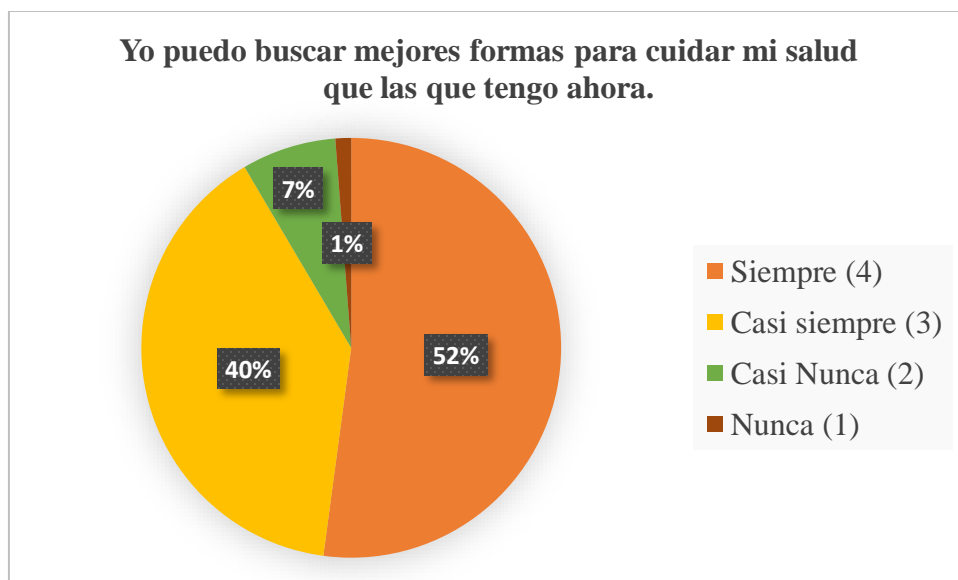


De manera encadenada, la escala lleva a comprender si el paciente cuenta con fuerza suficiente para cuidar de sí mismo en forma eficiente, encontrando que la población, menciona que en un 47% casi nunca le faltan fuerzas para cuidarse de forma adecuada, igualmente un 42% manifiestan nunca les faltan las fuerzas para su auto cuidado, el 7% responde que siempre y el 4% casi siempre.

Haciendo relación a la teoría de Dorotea Orem, quien establece que “el autocuidado se define como un aporte continuo del individuo a su propia existencia, es decir, es un comportamiento que existe en situaciones específicas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular las circunstancias que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” (Naranjo et al., 2019, p. 4), es por ellos que el autocuidado requiere ocasionalmente que el paciente cuente con la fuerza necesaria para realizar actividades para cuidar de su propia salud, en este sentido al no contar con tales recursos físicos se ve obligado a recurrir a terceros para suplir esta necesidad.

### Gráfica 12.

Distribución porcentual busco mejores formas de cuidar mi salud que las que tengo en el momento.

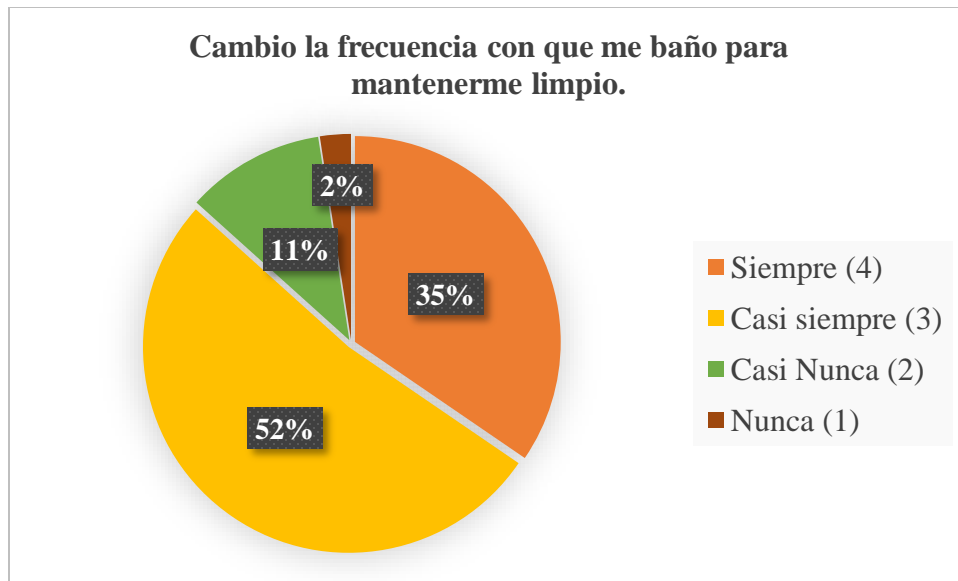


Teniendo en cuenta el gráfico anterior, se encuentra que el 52% de los encuestados manifiestan que buscan diferentes alternativas que posibiliten mejorar su calidad de salud, lo cual evidencia que los pacientes se preocupan por su autocuidado, de la misma forma, el 40% muestran que frecuentemente buscan mejorar su salud con alternativas nuevas y favorables; la correspondencia de los valores frente a la negativa de no buscar nuevas alternativas sobre su cuidado de salud es de 7% y solamente el 1 % menciona que nunca, con lo cual se infiere que la mayoría de pacientes indaga en estrategias que le permitan mejorar su salud y por ende, su calidad de vida.

En virtud de lo anterior, Dorothea Orem citada por Prado y otros, (2019) menciona que el autocuidado hace parte de un conjunto de prácticas desarrolladas por una persona para mejorar su calidad de vida, para lo cual, el personal de enfermería debe identificar las falencias que el paciente presenta en el desarrollo de las prácticas del autocuidado, al identificarlo se debe gestionar, incentivar y educar al paciente sobre las diferentes alternativas que le permitan el paciente mejorar sus prácticas.

**Gráfica 13.**

Distribución porcentual de baño diario como práctica de autocuidado.



De acuerdo con la escala, el 52% de encuestados no se bañan todos los días, el 35% menciona que se baña de forma diaria, el 11% afirma que casi nunca se baña y el 2% nunca se bañan. Con lo cual se puede inferir, que los pacientes tienen prácticas de autocuidado que se deben fortalecer desde aspectos simples como el baño diario para que aspectos más complejos puedan ser desarrollados con mayor naturalidad, teniendo en cuenta que las enfermedades alteran su cotidianidad, empero, la búsqueda de prácticas de autocuidado puede mejorar su calidad de vida.

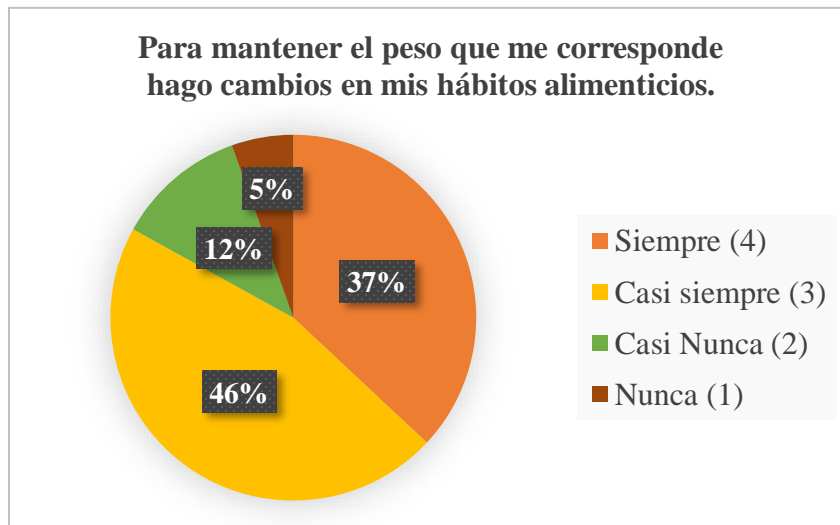
Las prácticas de autocuidado según Madero y Orguloso (2022), mencionan que deben desarrollarse desde aspectos pequeños como el baño diario, el lavado de manos, entre otros, como prácticas relevantes y eficaces que permiten generar rutinas diarias articuladas a las actividades farmacológicas, en consecuencia, en la población encuestada se deben gestionar las prácticas simples como el baño diario como actividades que mejoran sus prácticas de cuidado diario y por ende, su salud.

De la misma forma, Orem citada por Prado y otros, (2019) mencionada que las regulaciones funcionales y de desarrollo, parten de las prácticas que tenga los individuos en función de mantener

su cuerpo sano, por lo tanto, el baño diario hace parte de una práctica de autocuidado que le permite al paciente desarrollar prácticas en función de mejorar su calidad de vida.

#### Gráfica 14.

Distribución porcentual de cambios alimenticios para mantener el peso que corresponde.



En la escala anterior, el 46% manifiestan que casi siempre modifican su dieta con relación a mejorar su peso, el 37% evidencia que siempre modifican su dieta con el fin de mejorar su peso, el 12% casi nunca modifican su dieta para mantener su peso el 5% nunca han cambiado su dieta en relación a su peso.

Es por ello, que la alimentación en los pacientes diabéticos es una parte vital de su salud, puesto que dadas las condiciones de su enfermedad la mala administración de alimentos puede generar riesgos importantes en su salud y el deterioro de la misma (Vilchez y otros, 2020), en consecuencia, la prácticas de autocuidado en la población encuestada no sólo se dirigen a mejorar las dietas en relación al bajo o nulo consumo de azúcares, sino también, a crear dietas alimenticias que no sólo regulen sus niveles de azúcar sino que sean suficientemente completas para que su peso no se vea comprometido.

### Gráfica 15.

Distribución porcentual de las situaciones que afectan mi forma de ser.



En la gráfica anterior, se encuentra que el 81% de los encuestados sienten que casi siempre las decisiones que toman afectan su forma de ser, el 17% menciona que estas decisiones siempre lo afectan y el 2% afirma que estas decisiones nunca lo afectan.

en esta medida, el paciente hace parte de un todo donde su salud emocional debe ser tratada al igual que su salud física, de la misma forma, Orem menciona que las personas tienen la “capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente” (Prado y otros, 2019, p. 838), este proceso reflexivo hace que las decisiones que se tomen se realicen en beneficio de un bien mayor aunque este en muchas ocasiones contradiga los gustos personales, puesto que la salud no siempre se vincula a los gustos sino a los intereses por mejorar el bienestar personal y por ende, su calidad de vida.

De la misma forma, se debe entender al paciente como un ser íntegro que se ve afectado de forma positiva o negativa, el cual sufre las alteraciones en su vida diaria y que carga con el peso de sufrir una enfermedad, por lo tanto, dichas personas deben ser tratados por el personal de salud de forma asertiva y empática. (Prado y otros, 2019).

**Gráfica 16.**

Distribución porcentual de piensa en hacer ejercicio y descansar.



El 62 % manifiestan que siempre tienen deseo por hacer ejercicio, pero no lo realizan, el 16% casi siempre tienen el deseo de realizar ejercicio, sin embargo, no lo realiza, 16% casi nunca tienen el deseo de hacer ejercicio, pero no lo realiza, y el 6% mencionó que nunca tienen deseo por hacer ejercicio y realizarlo.

En relación con lo anterior, existe un porcentaje muy alto en el cual los pacientes mencionan que quieren hacer ejercicio pero no lo realizan, este también se considera un factor de riesgo para su salud, teniendo en cuenta que la actividad física es de vital importancia para el desarrollo de una vida saludable y el sedentarismo juega un papel de gran importancia en la adquisición de enfermedades; las personas con diabetes tipo II sino tienen otra patología que les impida hacer actividad física debe realizarla por lo menos tres veces por semana, lo cual beneficia su estado de ánimo. (Manzaneda, Lazo & Málaga, 2019)

### Gráfica 17.

Distribución porcentual de cuando necesito ayuda recorro a mis amigos

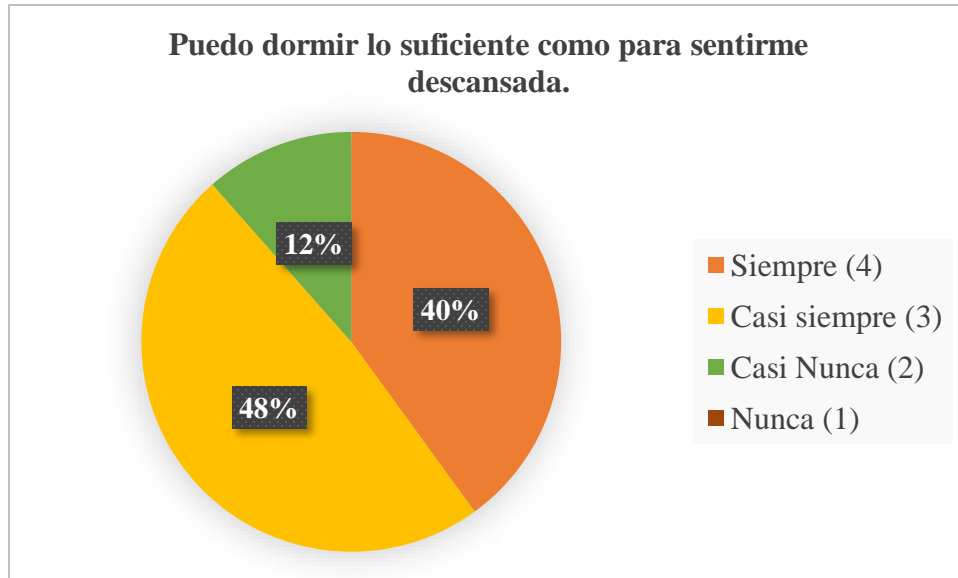


El gráfico anterior evidencia que el 81% de los encuestados acuden de forma continua donde sus amigos más cercanos para solicitar ayuda, de la misma forma, el 16% expresa que en la mayoría de las situaciones pide ayuda a sus amigos cercanos y por último el 3% refiere que casi nunca pide ayuda a sus amigos de siempre.

De acuerdo a lo expresado con anterioridad, las enfermedades crónicas no sólo deterioran la vitalidad física del ser humano, sino también, su emocionalidad y las formas en que percibe el mundo después de asimilar que posee una enfermedad y que su vida debe continuar con algunas alteraciones en su cotidianidad por tanto, según Jacho & Paez (2022) existen diferentes estrategias que le permiten al paciente sobrellevar su enfermedad, sin embargo, la asistencia de una red social familiar y no familiar le permite manejar el estrés causado por la enfermedad, lo cual, teniendo en cuenta las respuestas obtenidas de la población objeto de estudio la búsqueda de un acompañamiento por parte de amigos cercanos es frecuente lo cual beneficia al paciente propiciando una mejor respuesta al tratamiento.

**Gráfica 18.**

Distribución porcentual de horas de sueño apropiadas.



Según el gráfico anterior, el 48% de los encuestados expresan que las casi siempre sus horas de sueño son necesarias para sentirse descansado, el 40% mencionan que sus horas de sueño siempre logran hacerlos sentir descansados y el 12% afirman que casi nunca sus horas de sueño son necesarias para sentirse descansados.

Según estudio relacionado con falencias en el sueño “constituyen factores de riesgo para el agravamiento de la diabetes, pues pueden interferir en el control metabólico a través del síndrome de la resistencia a la insulina” (Cunha, Zanetti & Hass, 2019, S.p), en consecuencia, el sueño es una función necesaria para el ser humano, puesto que no sólo recompensa la actividad metabólica con descanso reflejado en los diferentes sistemas del cuerpo, sino que también permite una actividad enzimática que proporciona una mejor respuesta a los tratamientos farmacológicos.



**Gráfica 19.**

Distribución porcentual de pido explicación cuando no entiendo algo sobre mi salud.



El 58% mencionan que nunca solicitan información adicional al personal de salud, el 26% afirma que nunca solicitan información para satisfacer sus dudas, frente a un 11% el cual dice que siempre pregunta y un 5% mencionan que siempre pregunta y requiere información adicional. En consonancia con lo anterior, se puede inferir que la información emitida por el personal de salud es óptima y no genera dudas o especulaciones.

Orem citada por Hernández, Pacheco & Larreynaga, (2019) menciona que una de las alternativas de autocuidado es el aprendizaje de las actividades que se puedan desempeñar en función de mejorar la calidad de vida, para ello los pacientes que hacen parte del estudio, debe solicitar información adicional con profesionales de salud que les ayude a comprender su enfermedad, como controlarla y cuales con las elecciones que debe hacer para mejorar su calidad de vida.

**Gráfica 20.**

Distribución porcentual de autoexamen corporal.

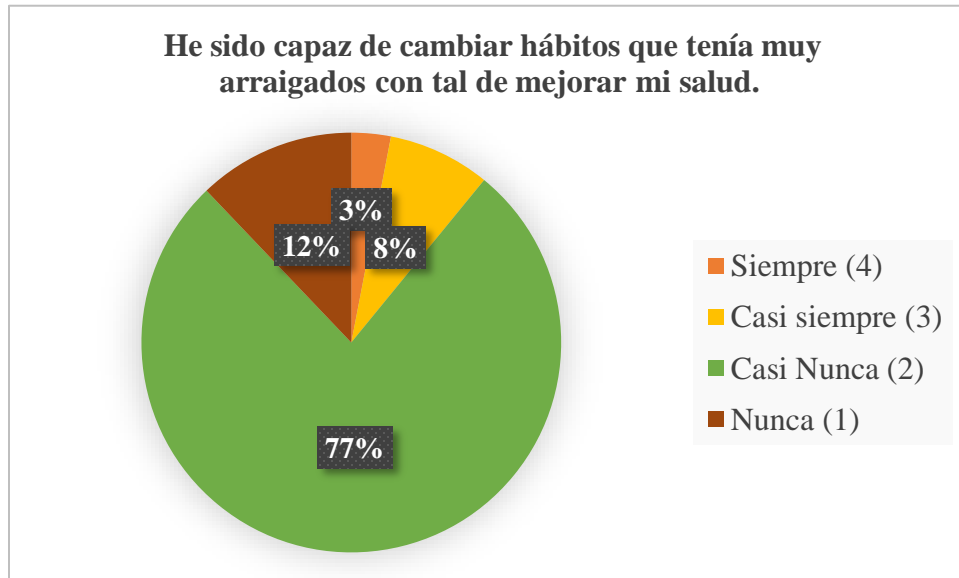


En el gráfico anterior, manifiesta que el 72% siempre revisa su cuerpo para notar si existe algún cambio o alteración, el 27% afirma que casi siempre revisa su cuerpo para encontrar alguna alteración, y un 1% que casi nunca revisan su cuerpo.

Al enfocarse en el estudio realizado por Rodríguez et. al (2019), en las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado, se encontró que el último lugar estuvo para el observar si existe algún cambio en el cuerpo de los pacientes con diabetes mellitus tipo con una media de 2.8,” (p. 1), situación contraria a los hallazgos encontrados en el estudio. Para ellos es importante el analizar el cuerpo ya que le permite al paciente estar pendiente de alguna alteración que pueda afectar su salud, haciendo parte de una de las actividades propias del autocuidado, el reconocimiento del cuerpo posibilita comprender las necesidades de este, creando rutinas y hábitos diarios en torno al mejoramiento de la calidad de vida. (Prado y otros, 2019)

**Gráfica 21.**

Distribución porcentual de cambio de hábitos para cuidar mi salud.



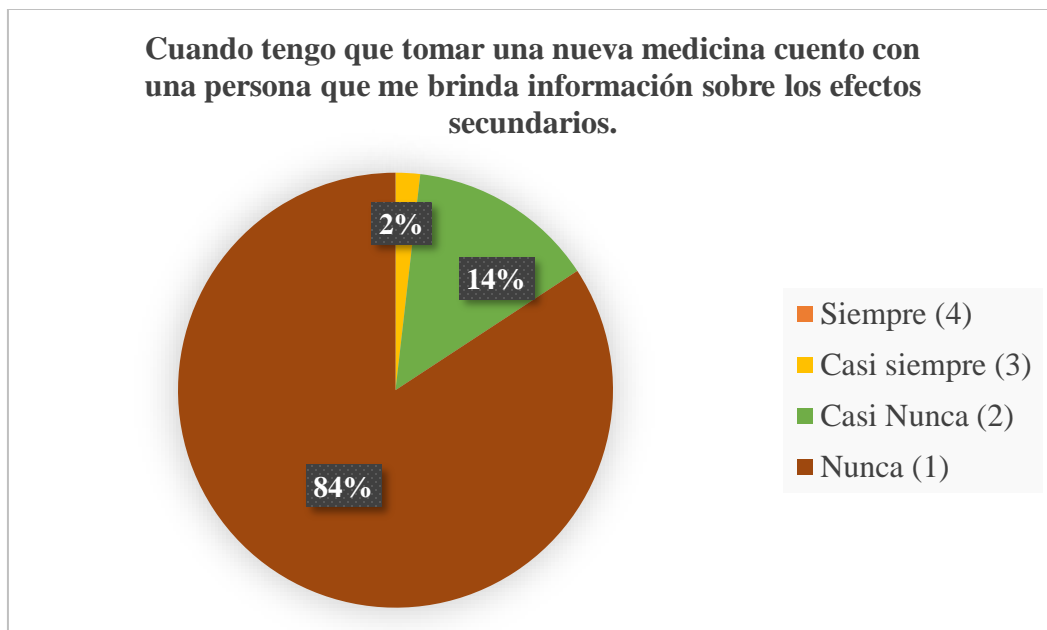
Teniendo en cuenta la gráfica anterior, el 77% de los encuestados mencionan que casi nunca han modificado sus hábitos alimenticios en función de su salud, de la misma forma, se encuentra que 12 % de la población objeto de estudio existiendo un porcentaje de 8% en los pacientes que si han modificado hábitos continuos en función de ejercer algún cambio para su salud y solamente el 3% responde que siempre.

En concordancia con lo anterior, los hábitos alimenticios, el sedentarismo, dormir en horas inadecuadas y las diferentes prácticas inadecuadas de autocuidado, generan mayor riesgo, por tanto, el personal de salud debe educar en la adopción de hábitos saludables que giren en torno al desarrollo de actividades enfocadas en el autocuidado, en este sentido, Ramírez y otros, (2020) manifiestan que los cambios en el estilo de vida y en los hábitos que lo construyen, fortalecen lazos de confianza, autoestima y autodeterminación, lo cual incide directamente con las prácticas de autocuidado y por ende, en su salud. Los cambios que se generan entorno a las dietas y el ejercicio, entre otros, la adhesión de hábitos saludables enlazados los tratamientos propios de la enfermedad (Ibidem,).

En concordancia con lo anterior, se deben generar pautas que les permitan a los pacientes consultados general hábitos que proporcionen información precisa para mejorar las prácticas de autocuidado, para que estos nuevos hábitos posibiliten crear una relación directa con el tratamiento médico y su efectividad. (Ramírez y otros, 2019)

**Gráfica 22.**

Distribución porcentual de cuando tengo que tomar una nueva medicina recibo información sobre sus efectos secundarios.



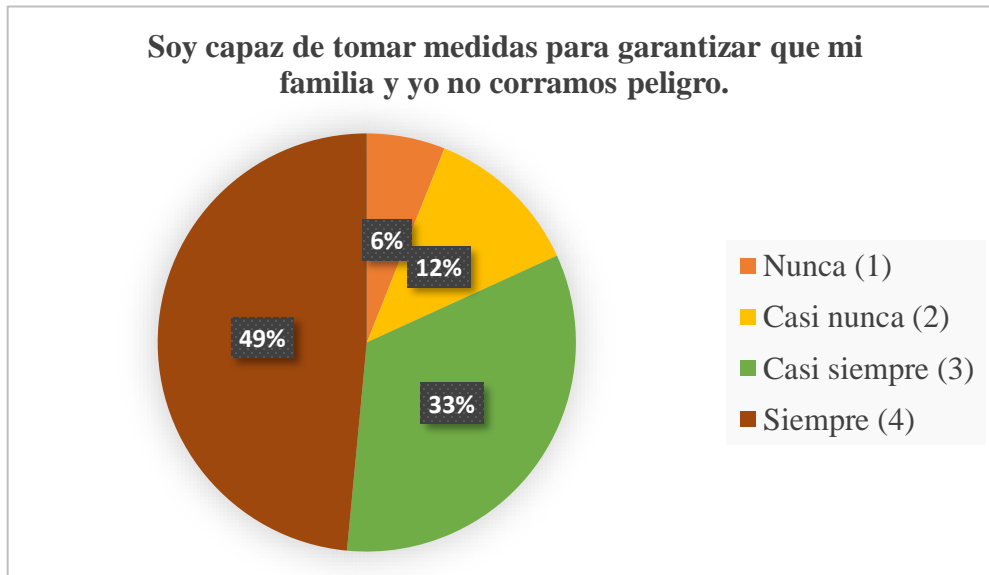
El 84% menciona que nunca les han informado sobre los efectos secundarios, el 14% afirman que casi nunca son informados de los efectos secundarios que pueden sufrir al seguir un tratamiento farmacológico, mientras que el 2% manifiesta que casi siempre; en este sentido es claro comprender que es deber del personal de salud informar los efectos secundarios que puede tener un medicamento para que el paciente asuma con toda la conciencia el efecto que pueda causar y que no se aúne una enfermedad subyacente a la enfermedad base (Suárez, 2018).

En cuanto a los medicamentos que hacen parte de la vida cotidiana de las personas, que se toman de forma frecuente y por los cuales no se hacen las preguntas adecuadas sobre cómo estos pueden afectar la salud de las personas a corto o largo plazo, en esencia, las personas del común no leen las letras pequeñas de los medicamentos y por ende, es el personal de salud es el encargado de

informar sobre los riesgos que pueden suceder si toman el medicamento, lo cual, posibilita que los tratamientos puedan ser aceptados con mayor confianza y responsabilidad. (Suárez, 2018)

**Gráfica 23.**

Distribución porcentual de soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.



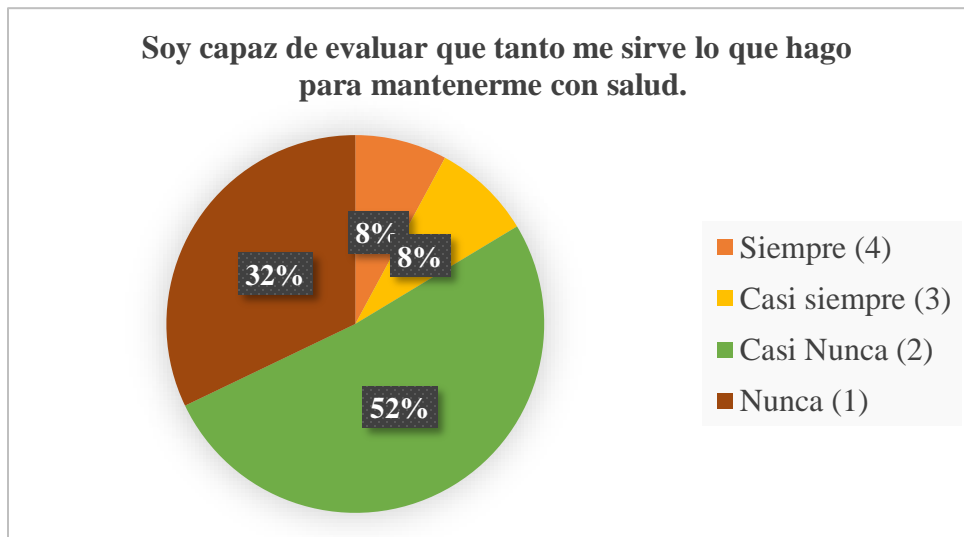
Teniendo en cuenta la distribución porcentual se puede evidenciar que el 49% corresponde a que siempre el paciente es capaz de tomar medidas con las cuales no se genera peligro ni para el paciente y su familia, seguido de esto se encuentra el 34% en casi siempre, continuando con 12% a casi nunca y por último 5% que corresponde a nunca.

Según el estudio realizado por Cogollo, Amador, Villadiego (2019) La protección de la familia está vinculada al desarrollo laboral de la persona y su acumulación de capital de salud y de capital social. Esto comprende las aptitudes, decisiones y acciones que el individuo toma para salvaguardar su bienestar, la de su familia, la comunidad y el entorno que lo rodea. Dado que "el manejo de la salud de la familia" posibilita a las personas y familias en el ámbito familiar adoptar estrategias para fomentar la salud y prevenir la patología, optar por modificar su autocuidado, hábitos y estilos de vida saludables.

En este sentido, el cuidado de la salud de la familia no se reduce únicamente a la respuesta a crisis o enfermedades específicas, sino que implica un compromiso continuo con la prevención y el fortalecimiento de la salud en todas sus dimensiones. Desde la alimentación balanceada hasta la práctica de actividad física, pasando por el manejo adecuado del estrés y e implementación de relaciones sociales sólidas, todas estas acciones contribuyen a construir comunidades más sanas.

#### Gráfica 24.

Distribución porcentual de capacidad de autoevaluación para el cuidado de la salud.



El gráfico anterior, manifiesta que 52% casi nunca puede realizar autoevaluaciones para mantenerse saludable, el 32% nunca pueden autoevaluarse en torno a las decisiones que toman para mantenerse saludable, el 8% menciona que siempre puede autoevaluarse y el 8% afirma casi siempre puede evaluarse.

Prado y otros, (2019) mencionan que el autocuidado gira entorno de las decisiones que dirijan a las personas a cuidar su salud, en este sentido, la evaluación hace parte de un proceso que posibilita al paciente tomar decisiones constructivas para mejorar su salud, por lo tanto, la autoevaluación permite analizar si las decisiones, actividades, dietas, ejercicios permiten mejorar su salud y están acordes a las medidas que informa el personal de salud para su control y mejoría.

**Gráfica 25.**

Distribución porcentual de debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.



Teniendo en cuenta la distribución porcentual se puede evidenciar que el 68% respondieron que nunca pueden sacar el tiempo suficiente para auto cuidarse, 24% casi nunca pueden sacar el tiempo suficiente para auto cuidarse y el 7% mencionan que casi siempre y el 1% corresponde a nunca para realizar actividades referentes al autocuidado.

En relación con lo anterior, Orem citada por Hernández y otros (2019) mencionan que:

“El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía” (S.p).

Por lo tanto, de lo anteriormente citado se refiere a que los pacientes realizan actividades de autocuidado básicos, como lo son cepillarse los dientes, bañarse, peinarse, entre otros, sin embargo, si las actividades de autocuidado no son parte de su cotidianidad le cuesta adaptarse a las mismas, puesto las comprende como una actividad que necesita, tiempo y dinero. las actividades de autocuidado se realizan de forma continua, sin embargo, cuando existe un padecimiento como el de la población objeto de estudio, debe extenderse, incentivar las medidas sanitarias, la adquisición de dietas saludables, hábitos que se extiendan en la vida cotidiana con el fin de mejorar su calidad

de vida, por tanto, los cambios dentro de la vida cotidiana de los pacientes con enfermedades crónicas, deben realizarse desde la conciencia de poder controlar su enfermedad y desarrollar una vida sin limitaciones. (Orem citada por Hernández y otros, 2019)

### Gráfica 26.

Distribución porcentual de si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.



En relación con el gráfico anterior, se encuentra que el 59% de los consultados manifiesta que casi siempre buscan información adicional que les permita saber cómo actuar frente a una enfermedad, el 30% manifestó que siempre busca información adicional, el 7% determinado por el color rojo, expresa que casi nunca busca información adicional, y el 4% expresado con azul afirma que nunca busca información para saber cómo actuar frente a cada enfermedad.

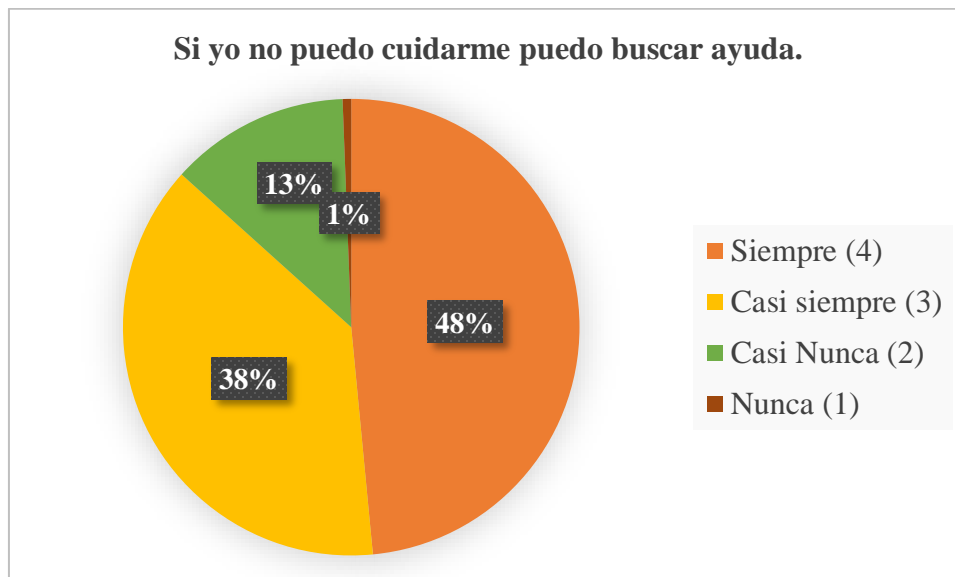
Según Orem citada por Hernández, Pacheco & Larreynaga, (2019) menciona que uno de los ejes centrales del autocuidado es la predisposición a aprender de la enfermedad y del personal de salud en la búsqueda de alternativas que le ayuden a mejorar sus estrategias de autocuidado, haciendo que la enfermedad sea un proceso de aprendizaje sobre cómo sobrellevarla, como actuar frente a un síntoma diferente, cuáles son las actividades que determinan, mejoran y controlan la enfermedad, por tanto se debe incentivar al paciente en la búsqueda de información adicional que pueda fortalecer sus estrategias de autocuidado. En relación a la comunidad objeto de estudio, se



puede determinar la falta de información adicional como un factor de riesgo en el desarrollo de estrategias de autocuidado propias, por tanto, se debe fortalecer la perspectiva que tienen de la enfermedad y la búsqueda de alternativas que posibiliten una mejor calidad de vida.

### Gráfica 27.

Distribución porcentual de en caso de no poder cuidarme busco ayuda.

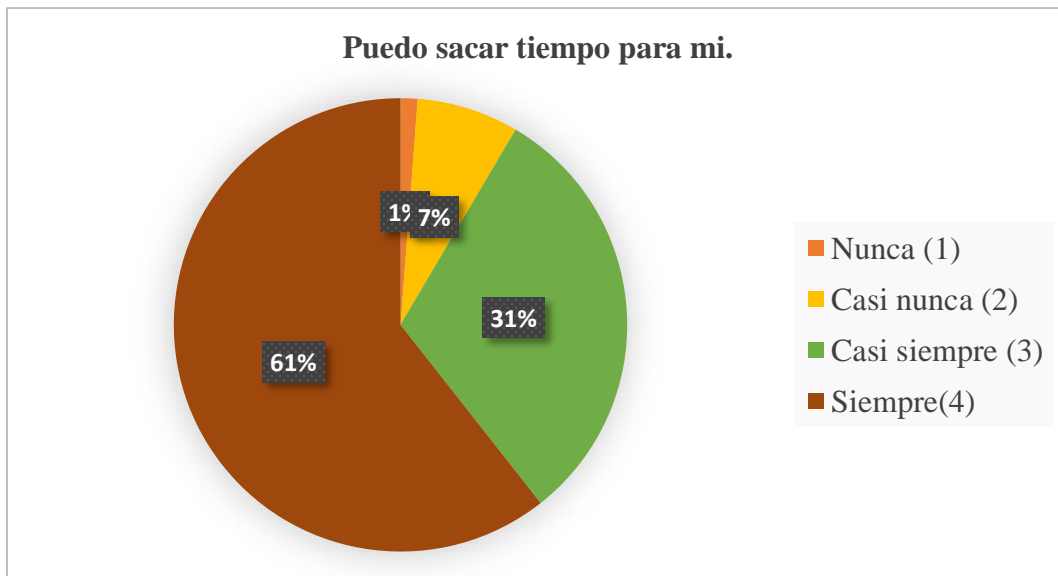


El gráfico anterior, manifiesta que el 48% de los pacientes busca ayuda siempre que consideran que su salud está afectada, el 38% expresa que casi siempre busca ayuda, el 13% casi nunca busca ayuda y el 1% caracterizado con color azul nunca busca ayuda cuando su salud se ve afectada para desarrollar sus actividades con normalidad. Cabe señalar que una medida del autocuidado es buscar ayuda cuando el paciente considere que su salud afecta su cotidianidad.

Hernández, Pacheco & Larreynaga, (2019) citando a Orem, afirman que al tomar conciencia de la enfermedad y de las limitaciones que trae consigo, facilita el desarrollo y adquisición de estrategias de autocuidado, de la misma forma, al reconocer cuando no se es capaz de realizar determinada acción se abre una brecha donde los métodos de ayuda pueden entrar y mejorar la calidad de vida, en consecuencia, la población objeto de estudio al solicitar ayuda refleja su nivel de aceptación de la enfermedad y la creación de mecanismos de autocuidado como una red de apoyo que ayude en momentos que su salud lo requiera.

**Gráfica 28.**

Distribución porcentual de puedo sacar tiempo para mí.

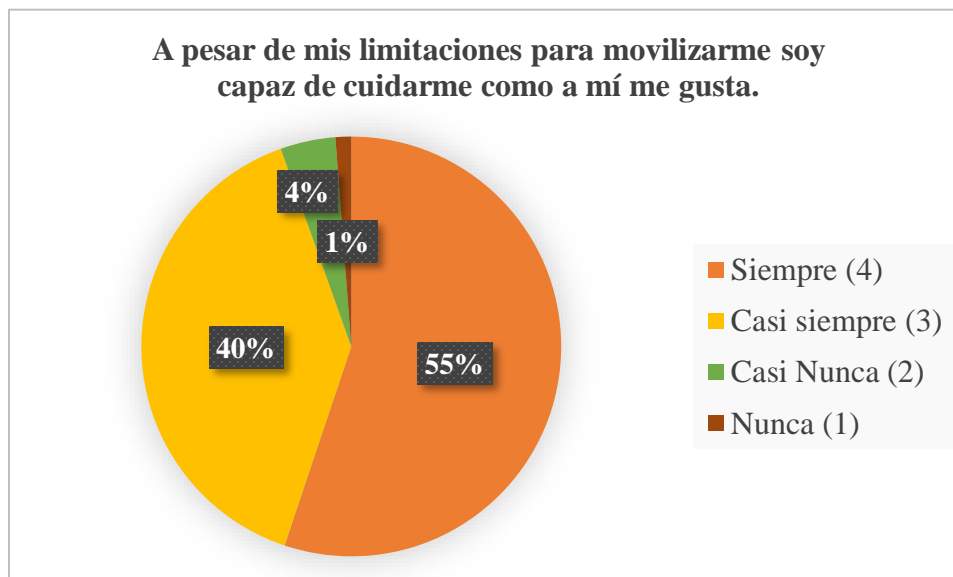


Analizando los resultados porcentuales de puedo sacar tiempo para mí, el 61% corresponde a siempre, seguido del 31% a casi siempre, continuando con el 7% que corresponde a casi nunca y por último el 1% que corresponde a nunca.

Ydalsys Naranjo-Hernández, (2019) menciona en Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem el cuidado de sí mismo consiste en la capacidad de análisis del propio estado de salud. Esta sensibilización necesita de un pensamiento razonable que permita poner en práctica todas las experiencias y hábitos adquiridos. Todo esto con el propósito de tomar una correcta decisión en beneficio de mejorar la salud y continuar con el plan. Es muy importante sacar tiempo para sí mismo puesto que esto nos permite reconectar a manera personal para así generar conciencia propia del estado de salud, que a su vez genera desarrollar mayor confianza en sí mismo, lo cual permite a la persona tener conocimiento crítico para obtener ideas y características concretas sobre nuestro bienestar.

### Gráfica 29.

Distribución porcentual del rango de aún con limitaciones de movimiento puedo cuidarme como me gusta.



El 55% manifiesta que, si pueden satisfacer sus cuidados pese a sus limitaciones, el 40% mencionan que casi siempre pueden cuidarse como les gusta pese a sus limitaciones, el 4% casi nunca pueden cuidarse dadas sus limitaciones, y el 1% afirmó que nunca pueden cuidarse como les gusta teniendo en cuenta sus limitaciones.

En concordancia con lo anterior, reconocer un padecimiento también significa abandonar ciertas actitudes nocivas para la salud, de la misma forma, reconocer las limitaciones que poseen hace parte de un proceso de aceptar su cuerpo, sus limitantes, y como continuar con su vida pese a los factores negativos que pueden deteriorarla (Hernández y otros, 2019).

### 2.2. Discusión

Para el presente proceso de investigación es de gran relevancia los aportes de Dorothea E. Orem haciendo una relación entre el autocuidado y el desarrollo de la autoestima para la seguimiento, control y adopción de medidas que orienten al paciente al desarrollo de una calidad de vida, y la enfermería como artífices de las estrategias y métodos para el control, el cuidado y el autocuidado de los pacientes. De la misma forma, el seguimiento de las pautas de autocuidado puede representar

un cambio impositivo en el desarrollo de la cotidianidad del paciente, sin embargo, la adopción de hábitos de vida saludables puede contribuir a generar condiciones para su ejecución, en este punto interviene la autoestima del paciente, puesto que el seguimiento de su enfermedad depende de cómo el paciente se contemple así mismo en relación con mejorar su salud.

En esta medida Orem menciona que “El cuidado de sí mismo es una capacidad de los seres humanos que debería practicarse cotidianamente con el fin de mejorar su vida y bienestar, por tanto, es un sistema de acción.” (citado por Hernández, Pacheco, & Larreynaga, 2019. S.p), en consecuencia, el autocuidado empieza por las actividades que realiza el ser humano para sobrevivir como primera instancia, en los cuales intervienen factores instintivos para suplir las necesidades básicas, en segunda instancia, actividades que propenden el desarrollo de la salud plena y se orientan en efectuar actividades ordenadas, autónomas y dirigidas para realizar el cuidado diario de su cuerpo, en estas actividades se puede mencionar, el baño diario, la ingesta de dietas saludables, el consumo de agua, y demás factores que inciden en el bienestar integral, de la misma forma, estos cuidados depende del desarrollo de la autoestima del paciente, puesto que está lo orienta a propender actividades para mantener su salud física y mental.

El autocuidado no es una medida que se tome cuando se adquiriera una enfermedad, hace parte de una función reguladora que se efectúa desde edades tempranas, estas medidas garantizan su supervivencia dentro del contexto social, por ende:

“El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía” (Hernández, Pacheco, & Larreynaga, 2019. S.p).

Por lo tanto, el autocuidado hace parte de una conducta que se efectúa desde la niñez y permite la autogestión de actividades entorno al desarrollo del bienestar en las diferentes dimensiones de la vida humana, el desarrollo de estas pautas positivas o negativas proviene de factores como la

autoestima y la percepción que el ser humano posea de sí mismo dentro de su contexto, dimensionado en el trabajo, la vida social, académica y también en la salud (Flores y otros, 2018).

En concordancia con lo anterior, la autoestima parte de la valoración y percepción que tiene el ser humano de sí mismo, dirigiendo sus pensamientos, sentimientos y emociones (Flores y otros, 2018), por ende, el correcto afirmar que la percepción o el autoconcepto que posea el paciente le permitirán gestionar actividades que le permitan mejorar su situación actual, en este sentido, los factores positivos o negativos lo conducen a conformar un nivel de autoestima ya sea alto o bajo, haciendo que el autocuidado sea un factor dependiente del mismo, puesto que los pacientes con buenos niveles de autoestima buscarán alternativas que le permitan mantener o mejorar sus niveles de vida, por el contrario, los pacientes que tienen bajos niveles de autoestima evitarán o no desarrollarán de forma adecuada pautas que posibiliten mantener o elevar su bienestar integral (ibid., 2018).

Orem en la teoría del déficit del autocuidado menciona que las personas realizan actividades que les dirigen a autocuidarse y con ello construyen una agencia de autocuidado, esta agencia se construye de forma paulatina y se consolida a través de las medidas que emplee su entorno para cuidarse, este es el caso de los niños, sin embargo, menciona la existencia de personas en las cuales su agencia de autocuidado no funciona y debe ser apoyada, por el personal de salud, la familia y amigos (Hernández, Pacheco, & Larreynaga, 2019), estos pacientes se pueden dividir en dos grupos el primero, como se afirmó con anterioridad, poseen características que se dirigen a las carencias en el desarrollo de la autoestima, pues algunas conocen su enfermedad pero no toman las medidas adecuadas para su tratamiento, y el segundo, son personas que requieren de un cuidado completo dadas las limitaciones físicas o mentales.

Debido a lo anterior, Orem menciona que existen tres ejes que benefician al paciente en el desarrollo de las pautas para el autocuidado “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” (Hernández, Pacheco, & Larreynaga, 2019. S.p), en la elaboración de conceptos sobre el autocuidado, se puede fortalecer la autoestima puesto que se concientiza al paciente sobre él como principal agente en el desarrollo de su propia salud, dado que se brindaran las pautas necesarias, sin embargo, sólo su colaboración

constante dependerá el éxito de las mismas, además aceptar que necesita recibir pautas de autocuidado posibilita generar un proceso de enseñanza y aprendizaje permanente, entre el paciente y el personal de salud, donde se evidencie la adopción de medidas surgidas a través de la comprensión de su enfermedad y los mecanismos que le permitan mejorar su calidad de vida, por otra parte, conocer las limitaciones de la enfermedad genera una construcción adecuada de las variaciones que tendrá su estilo de vida y cómo lidiar con los cambios que se generen.

Desde lo mencionado, el desarrollo de las pautas del autocuidado se deben sumar factores ajenos como la aceptación y constancia del paciente y de su contexto familiar, en la adopción de alternativas que posibiliten el tratamiento adecuado para su enfermedad, cabe añadir, la incidencia de la autoestima que permita desarrollar las acciones de autocuidado, dado que la percepción que tenga el paciente de sí mismo y de su enfermedad permitirá el control y seguimiento de las pautas de autocuidado. De la misma forma, es innegable los procesos de aprendizaje mediados entre el personal de enfermería y del paciente, puesto que la construcción de las pautas depende de la capacidad de aprendizaje del paciente y también de la enseñanza del personal de salud, como agentes que les permite construir una idea clara y concisa de su enfermedad, los riesgos que ocasiona, las variaciones en los estilos de vida y como sobrellevarlos.

### ***2.2.1. Plan de mejoramiento en respuesta a los resultados encontrados.***

Teniendo en cuenta los aspectos prevalentes en torno al autocuidado arrojados en el análisis de la escala aplicada a la población sujeto de estudio, es pertinente establecer un plan de mejoramiento el cual inicia con la etapa diagnóstica de la población a partir de la información recolectada.

**2.2.1.1. Valoración previa.** En primera instancia se encuentra el componente sociodemográfico, con el cual se logra determinar el perfil de la muestra, identificando prevalencia en mujeres con edad promedio entre los 41 a 60 años, mayormente casadas, de estrato social 1, un nivel de escolaridad en educación primaria, de manera que se trata de una población que reúne condiciones de capacidades económicas difíciles. El perfil resultante también lleva a considerar que son mujeres con riesgos indirectos dependientes de su condición económica y social, es decir que desde una inferencia general son personas que acceden al sistema de salud subsidiado, en el cual se encuentran ciertas restricciones para el tratamiento de enfermedades, por lo tanto, el autocuidado es relevante para complementar y asegurar la efectividad de los tratamientos. (Ruiza, 2023; Orem, 2005)

Ahora bien, en lo concerniente al autocuidado de las pacientes diagnosticadas con diabetes tipo II, se encuentra que, las pacientes por lo general ajustan hábitos de cuidado en torno al cambio que la enfermedad les presenta, dicho de otra manera, generalmente toman nuevas acciones para preservar su salud en la medida en que la enfermedad avanza. (Fernández y Díaz 2021)

En lo que corresponde a los problemas que la paciente pueda tener para moverse y conseguir ayuda sobre ello, se encuentra que la escala evidencia, una prevalencia en casi siempre buscar ayuda para este tipo de eventos, dado que este tipo de problemas es común en personas con diabetes de tipo II, por lo tanto, se encuentra que los pacientes manejan con pertinencia este aspecto.

El resultado mencionado en el párrafo anterior es alienable a la consideración que se centra en hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente de vivienda, encontrando que, por lo general, este espacio casi siempre está limpio, esta perspectiva se enlaza con lo propuesto por Orem (2005) quien sostiene que es fundamental el manejo de la asepsia en los lugares donde el paciente pasa la mayor parte de tiempo. Por esta razón, según el resultado, es importante que se realicen actividades relacionadas con la concientización de la limpieza y el aseo personal, en el lugar de habitación.

Lo arrojado por la escala en la variable anterior se enlaza con la pregunta que lleva a identificar si las pacientes encuestadas hacen lo necesario para mantener su estado de salud, encontrando que

esta tendencia casi nunca se presenta, por lo tanto, las mujeres encuestadas no están presentando los cuidados necesarios para asegurar la efectividad de los tratamientos aplicados.

Un claro indicador, para que la persona no tenga el suficiente autocuidado, según la escala se encuentra en no tener fuerzas necesarias para tales actividades, dado que casi siempre las pacientes presentan esta debilidad, de manera que es necesario que una persona se encargue de acompañar y apoyar actividades de autocuidado con las pacientes.

Sin embargo, es alentador encontrar en la información de la escala que las pacientes casi siempre encuentran mejores formas de cuidar su salud que las que presentan actualmente, esto lleva a enfocar estrategias de mejora en relación con la necesidad de preservar conductas favorables para su autocuidado.

De manera análoga, factores como el baño diario son pertinentes según la escala aplicada esto indica que existen, aspectos favorables respecto al autocuidado, por lo tanto, se afirma la idea de promover este tipo de conductas mediante el plan de mejoramiento.

Continuando con el diagnóstico poblacional, se encuentra que las mujeres tomadas como muestra de estudio, en razón de mantener el peso que les corresponde, teniendo en cuenta su condición de salud casi siempre realizan cambios en su alimentación, por ende, es necesario encaminar estrategias de mejora en relación a concientizar a la población sobre la alimentación saludable.

Para el diagnóstico, igualmente es importante tener en cuenta que ante la existencia de situaciones que afecten a las pacientes ellas puedan mantener su conducta, es decir su forma de ser, donde según la escala existe prevalencia en casi siempre mantener una conducta acorde a su psique regular o sus criterios de personalidad normales.

Ahora bien, en cuanto al mantener la salud desde la práctica de actividad física se encuentra que las pacientes siempre piensan en realizarse ejercicio y descansar durante el día, pero rara vez logran hacerlo, de manera que es relevante establecer concientización respecto al ejercicio físico y la



necesidad de pausas y descansos ocasionales para no fatigar el cuerpo y la salud de las pacientes. En el mismo orden, es necesario que las pacientes sean conscientes que la actividad física, claro está teniendo en cuenta sus capacidades, es favorable para alcanzar buenos resultados con su tratamiento.

Ante los aspectos relacionados, con el autocuidado y respecto a la necesidad latente de contar con una persona que esté pendiente de la salud y el cuidado del paciente, se encuentra que las mujeres encuestadas siempre pueden recurrir a un amigo para pedir ayuda y cuida de su salud. Por lo tanto, es favorable que se desarrollen actividades para que la persona logre entablar vínculos con quienes el ayudan a proteger su salud e igualmente que se permita a la persona que colabora con el cuidado a realizar campañas de protección de la psique del cuidador.

Finalmente, en términos generales se encuentra que las mujeres encuestadas presentan dificultades al traer un nuevo medicamento en su tratamiento pues no tienen claro los efectos secundarios de las misma. Igualmente, ante la necesidad de mantener cambios sustanciales en la forma de cómo se está cuidando, sobre los posibles peligros que tenga la paciente y su familia, de manera que es pertinente mejorar como la muestra se está autoevaluando.

A partir de la valoración previa, se logra identificar tres ejes para la elaboración de las estrategias del plan de mejoramiento en relación con las perspectivas de autocuidado de pacientes diagnosticadas con DMT2.

Desde lo expreso en el diagnóstico, se propone un plan de mejoramiento, que se enfoca en mejorar las perspectivas del cuidado personal en la población sujeto de estudio, el cual se describe en la tabla.

**Tabla 2**

Plan de mejoramiento para pacientes con DMT2 pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de crónicos de la E.S.E LUIS ACOSTA

Plan de mejoramiento para pacientes con DMT2				
Objetivo	Estrategia	Actividades	Alcances	Responsables
Fortalecer el nivel de conocimiento que las pacientes tienen de su enfermedad	Enseñanza grupal	Determinar el nivel de conocimiento de la enfermedad	Develar el nivel de conocimiento específico de la enfermedad previniendo conductas que atenten contra la salud de las pacientes	E.S.E LUIS ACOSTA
		Evaluar la capacidad de las pacientes de para asimilar la información médica específica	Favorecer la capacidad de comprensión de las pacientes para asimilar información médica relacionada con su enfermedad	
		Seleccionar material educativo para mejorar el conocimiento de la enfermedad de las pacientes	Diseño de instrumentos pedagógicos que permitan una mejor comprensión medica de la enfermedad de las pacientes	
Conocimiento de actividades sanitarias para el autocuidado	Enseñanza individual	Evidenciar el nivel de aseo diario de las pacientes	Se identifican acciones favorables que los pacientes tienen para su aseo diario relacionadas con el autocuidado	

		Fortalecer conductas apropiadas de aseo diario	Se fortalecen las conductas de aseo diario	
		Realizar un folleto con estrategias de aseo diario pertinentes para pacientes con DMT2	El folleto permite comprender la importancia del aseo diario en el autocuidado	
		Realizar un video explicativo de la incidencia del aseo diario en el cuidado de pacientes con DMT2	El recurso audiovisual permite que las pacientes comprendan la importancia del aseo en su autocuidado de manera pertinente	
Enseñar sobre la importancia de conocer los efectos adversos de los nuevos medicamentos en el tratamiento	Enseñanza grupal sobre los efectos de los medicamentos prescritos	Identificar el nivel de conocimiento de los efectos adversos del tratamiento	La escala permite comprender el nivel de comprensión sobre los efectos adversos del medicamento	
		Enseñar sobre la importancia de conocer los efectos adversos los medicamentos	A través de folletos, carteles e infografías enviados por medios electrónicos, las pacientes logran una mejor comprensión de los efectos de los medicamentos que toman y toman las	

			respectivas precauciones contra los mismos	
Orientar sobre la importancia de tener hábitos alimenticios saludables	Asesoramiento nutricional	Identificar la ingesta y hábitos alimentarios del paciente	Se aplica escala para conocer hábitos alimenticios saludables	
		Identificar conductas alimenticias que las pacientes desean cambiar	Se aplica escala para conocer hábitos alimenticios saludables	
		Establecer metas claras a corto y largo plazo para el cambio de hábitos alimenticios saludables	De manera individual se determinan metas para el cambio de hábitos de alimentación sana	
		Evidenciar el valor de los alimentos saludables en la dieta de las pacientes	Se realiza una infografía sobre el consumo de alimentos saludables y su influencia en el tratamiento de las pacientes con DMT2	
Evidenciar la importancia de contar con un círculo cercano de apoyo para el	Asesoramiento asistencial en casa y autocuidado del cuidador cercano	Identificar si la paciente cuenta con amigos y familiares que	Se aplica escala de autocuidado	

cuidado de las pacientes		contribuyen a su cuidado	
		Concientizar a los cuidadores sobre estrategias de cuidado de las pacientes	Se realiza una infografía sobre acciones favorables de autocuidado en pacientes con DMT2
		Evidenciar la importancia de cuidar de la psiquis del familiar o amigo que asiste al paciente	Concientizar al cuidador sobre conductas que le pueden llevar a las situaciones de estrés que pueden atentar con la estabilidad de su relación con el paciente y su cuidado
		Recomendar acciones pertinentes para la movilidad y cuidado del paciente	Se realiza un video explicativo para recomendar movimientos idóneos para asistir al paciente en su movilidad cuando lo necesite

### **3. Conclusiones**

Las características sociodemográficas de los pacientes con DMT2 pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de crónicos de la E.S.E LUIS ACOSTA del municipio de la Unión Nariño predomina entre la edad de 41 a 60 años, del género femenino, de estado civil casado, pertenecientes al estrato 1 con un nivel de escolaridad primaria.

El nivel de capacidad de autocuidado de los pacientes con DMT2, la mayoría casi siempre cambia las circunstancias para mantener la salud, la mayoría casi nunca revisa las formas para mantenerse con buena salud, la mayoría siempre para moverse o desplazarse se las arregla conseguir ayuda, la mayoría casi siempre puede hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vive, la mayoría casi nunca hace en primer lugar lo necesario para mantenerse con salud, la mayoría casi nunca tiene las fuerzas necesarias para cuidarse como se debe, la mayoría siempre puede buscar mejores formas para cambiar la salud que las que tiene ahora, la mayoría casi siempre cambia la frecuencia con las que se baña para mantenerse limpio, la mayoría casi siempre mantiene el peso que le corresponde con los hábitos alimenticios, la mayoría casi siempre manejan las situaciones que mantienen su forma de ser, la mayoría siempre piensa en hacer ejercicio pero no llega a hacerlo, la mayoría siempre cuando necesita ayuda recurre a sus amigos, la mayoría casi siempre duerme lo suficiente como para sentirse descansado, la mayoría nunca pide explicaciones sobre lo que no entiende cuando obtiene información, la mayoría siempre examina su cuerpo para revisar si hay algún cambio, la mayoría casi nunca ha sido capaz de cambiar hábitos para mejorar su salud, la mayoría nunca cuenta con una persona que le brinde información sobre los efectos secundarios de una nueva medicina, la mayoría siempre es capaz de tomar medidas garantizando que él y su familia no corran peligro, la mayoría casi nunca es capaz de evaluar que tanto le sirve lo que hace para mantenerse con salud, la mayoría nunca le resulta difícil sacar tiempo para sus ocupaciones diarias para cuidarse, la mayoría casi siempre puede conseguir información necesaria sobre qué hacer cuando su salud se ve afectada, la mayoría siempre puede buscar ayuda cuando no tiene la capacidad de cuidarse, la mayoría siempre puede sacar tiempo para sí misma, la mayoría siempre es capaz de cuidarse como le gusta sin importar las limitaciones que tenga para movilizarse.

#### **4. Recomendaciones**

A la universidad Mariana- Programa de Enfermería.

Es importante que se continúe liderando este tipo de proyectos investigativos, puesto que en el programa de enfermería se está aplicando una evaluación desde las diferentes teorías encontrando como principal la teoría de autocuidado como es la capacidad de agencia de autocuidado, por ello su implementación es positiva para contribuir al enriquecimiento de conocimientos juntos con la implementación de nuevas teorías que se llevan a cabo en la actualidad.

De igual manera, se recomienda a la Universidad Mariana capacitar dentro de las actividades académicas a los futuros profesionales de Enfermería, puesto que desde el mismo programa se aplican teorías de autocuidado y generar así estrategias que permitan impactar en busca de mejorías continuas en pacientes de enfermedades crónicas.

A la E.S.E LUIS ACOSTA – Unión Nariño.

Se recomienda al personal de salud de la E.S.E Luis Acosta del Municipio de la Unión, tener en cuenta los resultados que se obtuvieron mediante este estudio, así mismo realizar la ejecución del plan de mejora el cual les permitirá mejorar en las falencias encontradas ya que generará un cambio positivo en la atención de los pacientes pertenecientes a la EPS Emssanar en el programa de crónicos.

Así mismo, se recomienda generar espacios donde se contemplen actividades educativas para que se fortalezca la agencia de autocuidado de los pacientes pertenecientes al programa de crónicos; con el fin de generar conocimientos y disminuir posibles complicaciones a lo largo del tiempo.

## **Referencias Bibliográficas**

- Fernández Coro, W., & Díaz, S. E. (2021). Adaptación del cuidado de su salud. Pacientes adultos con DMT2: estudio descriptivo transversal a realizarse en el Hospital Raúl Ángel Ferreyra, de la ciudad de Córdoba en el segundo semestre del año 2021 (Bachelor's thesis).
- Orem, D. (2005). Teoría del autocuidado. Maerriner T. Modelos y teorías en Enfermería. 5ta Ed. España: Mosby, 200.
- Madero-Zambrano, K. P., & Orguloso-Bautista, C. A. (2022). Prácticas de autocuidado que realizan pacientes con DMT2 de Cartagena-Colombia, 2021. *Revista Cuidarte*, 13(3).
- Arteaga-Rojas, E., Martínez-Olivares, M. V., & Romero-Quechol, G. M. (2019). Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con DMT2. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 27(1), 52-59.
- Carrión, Y. E. (2020). Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes diabéticos de las parroquias rurales de Quito, Ecuador. *Revista Científica «“Conecta Libertad”»* ISSN 2661-6904, 4(2), 15-24. <http://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/142>.
- Diabetes tipo 2 | NIDDK. (s. f.). National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Recuperado 13 de abril de 2022, de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/que-es/diabetes-tipo-2>.
- Diabetes. (n.d.). OPS/OMS | Organización Panamericana De La Salud. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Durán, A. I. G., Rodríguez, Y. S., & Cárdenas, A. A. C. (2019). Cuidado de enfermería en el paciente con pie diabético a la luz de la teoría de Dorothea Orem. *CINA RESEARCH*, 3(2), 37-45. <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/cinaresearch/article/view/18>.



Escobar, L. M. V. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual. *Revista Colombiana de Enfermería*, 11, 34-44. <https://doi.org/10.18270/rce.v11i10.737>.

Federación Internacional de Diabetes (2019). Versión Online del Atlas de la Diabetes de la FID. Novena edición 2019. pág. 4 [https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133352\\_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf](https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf).

Fernández Rodríguez, Carlos Jesús (2016). El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación (4ª edición). Manuel García Ferrando, Francisco Alvira, Luis Enrique Alonso y Modesto Escobar (comps.). (Madrid, Alianza Editorial, 2015). *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (154), 165-169. [fecha de Consulta 15 de Abril de 2022]. ISSN: 0210-5233. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99746727010>.

Gallegos, E. (1998). Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: valoración de las capacidades de autocuidado. *Desarro Cient Enferm*, 6(9), 260-66.

García, C. T., Muñiz, G. M., & Alejandre, F. I. P. (2019). Agencia de autocuidado en la vida diaria del adulto mayor que vive con DMT2 antes y después del apoyo educativo de enfermería. *XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan*, 7(14), 19-22. <https://doi.org/10.29057/xikua.v7i14.4308>.

González, L. L., Leyva, L. L., & Amador, C. A. S. (2019). Nivel de conocimientos sobre autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2. *Consultorio M 16*. Diciembre 2018–Febrero 2019. Policlínico Leonilda Tamayo Matos. *Revista de Medicina Isla de la Juventud*, 20(2), 11.

Guirao-Goris JA. (2003). La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. *Educare21*. Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare02/aprendiendo/aprendiendo2.ht>.

Henríquez Castillo, J. D. (2013). Rol de enfermería basado en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, para prevenir complicaciones de los usuarios diabéticos que son atendidos en la consulta externa del Hospital Dr. Vicente Pino Morán de marzo a junio 2013. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/842>.

Inche, Jorge, & Huamanchumo, Henry, & Flores, Gladys, & López, María, & Andía, Yolanda, & Vizcarra, Jaime (2003). Paradigma cuantitativo: un enfoque empírico y analítico. *Industrial Data*, 6(1),23-37.[fecha de Consulta 15 de Abril de 2022]. ISSN: 1560-9146. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81606104>

Krippendorff. K. (1980), *Content analysis. An introduction to its methodology*. Beverly Hills, Sage. USA.

Lozano, J. A. (2006). Diabetes mellitus. *Offarm*, 25(10), 66-78. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-diabetes-mellitus-13095504>.

Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2018). *Modelos y teoría en enfermería (7ª. Ed. ed.)*. Barcelona, España: Elsevier,. Obtenido de <https://bit.ly/3gFWvQx>

MinSalud. (2019, 26 octubre). Día Mundial de la Diabetes Mellitus 2019 Ficha Técnica para Referentes Territoriales [Comunicado de prensa]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/dia-mundial-diabetes-2017.pdf>

Mohandas, A., Bhasin, S. K., Upadhyay, M., & Madhu, S. V. (2018). Diabetes self care activities among adults 20 years and above residing in a resettlement colony in East Delhi. *Indian Journal of Public Health*, 62(2), 104. [https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH\\_249\\_17](https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_249_17).

- Naranjo, Y., Concepción, J., & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 1. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009).
- Niguse, H., Belay, G., Fisseha, G., Desale, T., & Gebremedhn, G. (2019). Self-care related knowledge, attitude, practice and associated factors among patients with diabetes in Ayder Comprehensive Specialized Hospital, North Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4072-z>.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Edic. Científicas y Técnicas.
- Organización Mundial de la Salud. Diabetes. (s. f.). Recuperado 13 de abril de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
- Ortegate, M. A., Sangiovanni, S., Díaz, M. C., Aguilar, J., García, J. I., & Asencio, H. (2018). Epidemiología de DMT2 en la población. Revisión de la literatura. *Salutem Scientia Spiritus*, 4(1), 49-56.
- Oviedo, S. O., Narváez, N. B., Torres, K. A., & Torres, K. P. (2019). Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con DMT2\*. *Revista avances en salud*, 3(2), 18-26. <https://doi.org/10.21897/25394622.1848>.
- Resources, diabetes, L. with, Acknowledgement, FAQs, Contact, & Policy, P. (s. f.). *Idf diabetes atlas | tenth edition*. Recuperado 13 de abril de 2022, de <https://diabetesatlas.org/>.
- Rodríguez Gutiérrez, V. J. (2020). Factores personales y de estilo de vida relacionados con el riesgo de padecer DMT2 en población de contexto urbano y rural-indígena en la Costa Norte colombiana. Año 2018-2019.

- Romo-Romo, A., Gómez-Velasco, D. V., Galán-Ramírez, G. A., Janka-Zires, M., Brito-Córdova, G. X., Gómez-Munguía, L., ... & Almeda-Valdes, P. (2021). Diabetes education and self-care behaviors in patients with diabetes in Mexico Educación en diabetes y comportamientos del autocuidado en pacientes con diabetes en México. *Rev Mex Endocrinol Metab Nutr*, 8, 183-91.
- Solórzano, F. A. V., García, J. H. F., Morillo, A. V. S., & Párraga, J. A. S. (2020). Práctica de autocuidado en paciente con DMT2. *Sinapsis: La revista científica del ITSUP*, 1(Extra-16), 21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7471225>.
- Tamayo, M. T. y. (2004). *El proceso de la investigación científica*. Editorial Limusa.
- Tesch, R. (1992). *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York. The Falm Press. USA
- World Health Organization: WHO. (2023). Enfermedades no transmisibles. [www.who.int](http://www.who.int). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*, 36(6), 835-845.
- Vilchez-Cornejo, J., Romani, L., Reategui, S., Gomez-Rojas, E., & Silva, C. (2020). Factores asociados a la realización de actividades de autocuidado en pacientes diabéticos en tres hospitales de Ucayali. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 254-260.
- Manzaneda, A. J., Lazo-Porras, M., & Málaga, G. (2015). Actividad física en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus 2 de un Hospital Nacional del Perú. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 32, 311-315.

- Jacho, K. E. E., & Paez, M. D. P. S. (2022). Apoyo social percibido en pacientes con diabetes mellitus. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 2, 84-84.
- Cunha, M. C. B. D., Zanetti, M. L., & Hass, V. J. (2008). Calidad del sueño en diabéticos tipo 2. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 850-855.
- Ramírez-Ordoñez, M. M., Ascanio-Carvajalino, M., del Pilar Coronado-Cote, M., Gómez-Mora, C. A., Mayorga-Ayala, L. D., & Medina-Ospino, R. (2011). Estilo de vida actual de los pacientes con DMT2. *Revista ciencia y cuidado*, 8(1), 21-28.
- Hernández, Y. N., Pacheco, J. A. C., & Larreynaga, M. R. (2018). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espirituana*, 19(3).
- Payares, N. V., Vivas, M. C., & Tascón, A. J. (2023). Caracterización epidemiológica de pacientes con DMT2 que consultaron en un Hospital de la ciudad de Cali, Colombia. *Revista Médica de Rosario*, 89(3), 133-142.
- Ruiza, L. X. A., Merchán, M. A., & Vargas, L. O. (2023). DMT2: Latinoamérica y Colombia, análisis del último quinquenio. *Revista Med de la Facultad de Medicina*, 31(2), 35-46.

**Anexos**

**Anexo A.** Operacionalización de variables

**Tabla 1**

Objetivo: Caracterizar socio-demográficamente a la población de estudio.				
Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categoría
Edad.	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.  (Diccionario médico de la clínica universidad de navarra.2024).	Cuantitativa.	Razón.	A. 29 a 40 años. B. 41 a 60 años. C. 61 a 80 años.
Género.	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista biológico.  (Real Academia Española.2024).	Cualitativa.	Nominal.	A. Masculino. B. Femenino.

Estado civil.	Situación jurídica de una persona tanto en la familia como en la sociedad. (conceptos jurídicos.2024).	Cualitativa.	Nominal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Soltero(a).</li> <li>B. Casado(a).</li> <li>C. Unión libre.</li> <li>D. Viudo(a).</li> <li>E. Divorciado(a).</li> </ul>
Estrato social.	Patrones en la estructura social. (Marinho. M y Quiroz. V.2018).	Cualitativa.	Nominal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Estrato 1.</li> <li>B. Estrato 2.</li> <li>C. Estrato 3.</li> <li>D. Estrato 4.</li> <li>E. Estrato 5.</li> </ul>
Nivel educativo.	Nivel de formación alcanzado. (Ministerio de Educación Nacional. 2024).	Cualitativa.	Nominal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Ninguna.</li> <li>B. Primaria.</li> <li>C. Bachillerato.</li> <li>D. Pregrado.</li> <li>E. Técnico.</li> <li>F. Otro__ Cuál?</li> </ul>

Objetivo 2: Identificar la agencia de autocuidado de los pacientes con DMT2 en la población objeto de estudio.

Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categoría
1. Mantener la salud.	Tomar medidas para cuidar y mantener mejor la salud. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi Nunca. Casi Siempre. Siempre.
2. Revisión de estilo de vida.	Reviso si las forma que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
3. Necesidad de movimiento y apoyo.	Si tengo problemas para moverme o desplazarme pido ayuda. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
4. Limpieza del entorno de su vivienda.	Realizar actividades de limpieza de un entorno en el que vive. (Fred	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre.



	Manrique Abril etl al. 2009).			Siempre.
5. Evaluación de la salud.	Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
6. Mantenimiento de la salud.	Tengo la capacidad suficiente de tomar las medidas necesarias para el mantenimiento de mi salud. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
7. Búsqueda de formas para cuidar mejor la salud.	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud de las que tengo ahora. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
8. Frecuencia de baño.	Cambio la frecuencia con la que me baño para mantenerme limpio. (Fred	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre.

		Manrique Abril etl al. 2009).			Siempre.
9.	Hábitos alimenticios adecuados.	Hago cambios alimenticios para mantener el peso que me corresponde. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
10.	Actitud.	Cuando hay situaciones que me afectan yo el manejo de la manera que pueda mantener mi forma de ser. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
11.	Actividad física.	Pienso en hacer en ejercicio y descansar un poco al día, pero no llego hacerlo. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.

12. Confianza en la amistad.	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
13. Descanso y sueño.	Puedo o logro dormir lo suficiente como para sentir descansada. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
14. Información sobre mi salud.	Cuando obtengo información de mi salud pido explicación sobre lo que no entiendo. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
15. Cambios físicos.	Examino mi cuerpo para detectar cualquier cambio y así poder buscar ayuda. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.

16. Cambio de hábitos.	Puedo cambiar costumbres o hábitos con el fin de mejorar mi salud. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
17. Toma de medicamentos.	Cuando tengo que tomar un nuevo medicamento cuento con una persona que me brinde información sobre los efectos secundario. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
18. Evitar peligros.	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.

19. Mantenimiento de las medidas de salud.	Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
20. Tiempo para el cuidado de la salud.	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
21. Acceso a la información en la salud.	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer. (Fred Manrique Abril etl al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
22. Ayuda según necesidad.	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda. (Fred Manrique Abril et al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.

---

23. Tiempo propio.	Puedo sacar tiempo para mí. (Fred Manrique Abril et al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.
24. Capacidad de autocuidado.	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta. (Fred Manrique Abril et al. 2009).	Cualitativa.	Ordinal.	Nunca. Casi nunca. Casi siempre. Siempre.

---

**Anexo B. Consentimiento Informado**

**UNIVERSIDAD MARIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA  
INVESTIGACIÓN**

**AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO  
II PERTENECIENTES A LA EPS EMSSANAR DEL PROGRAMA DE CRÓNICOS EN  
LA E.S.E LUIS ACOSTA DEL MUNICIPIO DE LA UNIÓN NARIÑO.**

Yo \_\_\_\_\_ identificada con la C.C. \_\_\_\_\_ de Pasto Nariño manifiesto que he sido invitada a participar dentro de la investigación arriba mencionada y que se me ha dado la siguiente información:

Este documento se le entrega para que conozca las características de la investigación, y usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no, si tiene alguna duda, solicite a los investigadores que se la aclaren, ellos le proporcionarán toda la información que necesite, antes de aceptar su participación.

**Objetivo y descripción de la investigación:** Determinar la Agencia de autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de crónicos en la E.S.E Luis Acosta del Municipio de la Unión Nariño en el periodo 2023-2024.

**Responsables de la investigación:** el estudio es dirigido por la asesora Mg. Rosa Magaly Morales Chinchá y desarrollado por Fiorela Acosta Moriano, Karen Mayerly Alvear Delgado,

Daniel Fernando Díaz Ortega, Yeraldin Paola Mogollón Delgado y Jackeline Vanessa Oviedo Castillo. (Teléfono:3153508216)

**Riesgos y Beneficios:** las técnicas que se utilizarán no implican ningún riesgo para usted, por lo tanto, los resultados de la investigación contribuirán en el proceso investigativo de los educandos de la Universidad Mariana y del programa de Enfermería.

**Confidencialidad:** su identidad estará protegida, pues durante todo el estudio solo se utilizará un código numérico que lo diferenciará de los otros participantes en la investigación. La información obtenida será almacenada EN LA UNIVERSIDAD MARIANA BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL COORDINADOR(A) DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN en una base de datos que se mantendrá por cinco años más después de terminada la investigación. Los datos individuales sólo serán conocidos por los investigadores y los auxiliares de la investigación mientras dura el estudio, quienes, en todo caso, se comprometen a no divulgarlos. Los resultados que se publicarán corresponden a la información general de todos los participantes.

**Derechos y deberes:** Usted tiene derecho a obtener una copia del presente documento y a retirarse posteriormente de esta investigación, si así lo desea en cualquier momento y no tendrá que firmar ningún documento para hacerlo, ni informar las razones de su decisión, si no desea hacerlo. Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante la participación en la investigación y en el momento que lo considere podrá solicitar información sobre sus resultados a los responsables de la investigación.

Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entendí su contenido e igualmente, que pude formular las preguntas que consideré necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto, decido participar DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA EN esta investigación<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Aprobado por Comité de Bioética de la Universidad Mariana, Acuerdo No.040 del 21 de noviembre de 2.012



Por lo anterior autorizo a (Nombre del evaluador) \_\_\_\_\_, estudiante de la Universidad Mariana del Programa de enfermería para realizar los anteriores procedimientos.

Nombre y firma del Participante  
C.C No.  
Fecha:



Nombre y firma del Testigo  
C.C No.  
Fecha:

Huella

**Anexo B. Presupuesto**

Presupuesto			
Detalle	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
Conexión a internet móvil y planes de datos.	5	30.000	150.000
Lapiceros.	5	1.000	5.000
Transporte.	20	22.000	480.000
Alimentación.	5	7.000	35.000
Fotocopias.	200	200	40.000
Cartulinas.	5	1.200	6.000
Resma de papel tamaño carta.	1	15.000	15.000
Estadístico.	1	150.000	150.000
Marcadores.	5	2.000	10.000
Impresiones.	100	300	30.000
Imprevistos.	10	20.000	200.000
Subtotal.		241.700	721.000
Total gastos:			1.186.000

**Anexo C. Cronograma**

Actividades	Tiempo																								
	2022				2023												2024								
	Ju l	Ago	Sep	Oct	No v	Di c	En e	Feb	Ma r	Abr	May	Ju n	Ju l	Ago	Se p	Oc t	Nov	Di c	En e	Feb	Mar	Abr	May	Jun	
Planteamiento de la propuesta de investigación.		X																							
Elaboración del problema de la propuesta.				X																					
Planteamiento de objetivos.				X																					
Elaboración de marco referencial.															X										
Metodología																									
.																									



jurados para revisión de correcciones.				
Realización del instrumento.		X	X	
	x	x		
Recolección de datos.			X	X
		x	x	
Procesamiento organización y análisis de los resultados.				X
Presentación de resultados.				X
			x	x
Informe final.				X
				x

**Anexo E. Instrumento**

**UNIVERSIDAD MARIANA  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**CUESTIONARIO DE ESTUDIO PARA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

El presente cuestionario va dirigido a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II pertenecientes a la EPS Emssanar del programa de crónicos de la E.S.E LUIS ACOSTA del municipio de la Unión Nariño los cuales desean participar del presente estudio.

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO:**

A continuación, encontrará dos momentos I y II donde usted podrá responder de acuerdo a su criterio.

- I. Las siguientes preguntas permitirán identificar aspectos sociodemográficos, las cuales presentan preguntas de selección múltiple única respuesta, donde usted podrá responder según considere conveniente

Encierre con un círculo la respuesta que usted considera idónea.

1. ¿En qué rango de edad se encuentra?
  - A. 29 a 40 años.
  - B. 41 a 60 años.
  - C. 61 a 80 años.
  
2. ¿A qué género pertenece?
  - A. Masculino.
  - B. Femenino.

3. **¿Cuál es su estado civil actualmente?**

- A. Soltero(a).
- B. Casado(a).
- C. Unión libre.
- D. Viudo(a).
- E. Divorciado(a).

4. **¿A qué estrato social pertenece?**

- A. Estrato 1.
- B. Estrato 2.
- C. Estrato 3.
- D. Estrato 4.
- E. Estrato 5.

5. **¿Cuál es su nivel de escolaridad?**

- A. Ninguna.
- B. Primaria.
- C. Bachillerato.
- D. Pregrado.
- E. Técnico.
- F. Otro \_\_Cuál?

II. A continuación se presenta instrumento que consta de 24 ítems, con un formato de respuesta de cuatro alternativas tipo Likert, con cuatro apreciaciones (nunca 1, casi nunca 2, casi siempre 3 y siempre 4). Marque con una X la respuesta que usted considera idónea.

**ESCALA DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO**

**Appraisal of Self-Care Agency Scale**

Versión Fernández-Manrique 2009<sup>192</sup>

No	Item	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2	Reviso si las formas que practico para mantenerme con salud son habitualmente buenas.				
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.				
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.				
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.				
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.				
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.				
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.				
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.				
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansada.				
14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				



- 
- 17 Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.
- 
- 18 Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.
- 
- 19 Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.
- 
- 20 Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.
- 
- 21 Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.
- 
- 22 Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.
- 
- 23 Puedo sacar tiempo para mí.
- 
- 24 A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.
- 

Manrique-Abril FG, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichan. 2009;9(3):222-35.)

## Anexo D. Validación y modificación Instrumento

---

Cordial saludo.

Buenos días Profesor Fred Manrique, Me dirijo a usted muy respetuosamente a través del presente correo con el fin de solicitar el permiso correspondiente para la modificación del instrumento ASA (Appraisal of self-care Agency Scale, Versión Fernández-Manrique 2009) ,debido a que el AVAL para la aplicación del instrumento ya fue otorgado. Este será modificado según necesidades del trabajo de investigación denominado *AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN BASE A ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA E.S.E LUIS ACOSTA DEL MUNICIPIO DE LA UNIÓN NARIÑO.*

Quedo atenta a su respuesta. Muchas gracias.

Atentamente:

**Yeraldin Paola Mogollon Delgado**  
**Estudiante de Enfermería**  
**Universidad Mariana**  
**Pasto (Nariño)**



Libre de virus. [www.avast.com](http://www.avast.com)



Fred Gustavo Manrique Abril 22 de feb

para yo ▾



Geraldine buen día con gusto pueden hacer las modificaciones y me gustaría saber cómo queda el instrumento y cuáles serían los cambios que le realizan para así de esta manera poder enviar un concepto favorable acorde a las calidades del instrumento.

Envío aval del profesor Fred quien validó la escala en Colombia y ha concedido el uso de la misma en idioma español, la escala ASA. El solicita más adelante conocer los resultados por lo que sugiero, una vez se tenga el informe final... ponernos en contacto con él para que él sea conocedor del mismo; pensando en qué puedan generar publicación de los resultados recomendaría que puedan tomar una población importante de pacientes.

----- Mensaje reenviado -----

De: **Fred Gustavo Manrique Abril** <[fgmanriquea@unal.edu.co](mailto:fgmanriquea@unal.edu.co)>

Fecha: jueves, 13 de abril de 2023

Asunto: Asa

Para: [ngallego@umariana.edu.co](mailto:ngallego@umariana.edu.co)

Hola Natalia buena tarde,

Además de validar la escala de agencia autocuidado y tener los derechos sobre la versión en castellano y colombiana te remitimos la versión para ser usada acompañada del libro con algunas instrucciones.

Espero que puedan desarrollar el trabajo de investigación hacer la citación y referenciación respectiva y ojalá compartimos sus resultados más adelante.

Cordial saludo

Fred Manrique Abril. PhD

Profesor Titular

Universidad Nacional de Colombia

<https://orcid.org/0000-0002-0723-3240>