

“IMPLEMENTACIÓN DE UNA INTERVENCION DE ENFERMERIA DE  
AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN LOS  
MUNICIPIOS DE FLANDES-TOLIMA, TOCAIMA-CUNDINAMARCA Y LA PLATA-  
HUILA”

MARÍA ALEJANDRA CEBALLOS RAMÓN  
CÓDIGO: 330215211  
LUZ MARILY LEÓN JARAMILLO  
CÓDIGO: 330216119  
VALENTINA LÓPEZ MORENO  
CÓDIGO: 330216120

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ENFERMERIA  
GIRARDOT  
2021

“IMPLEMENTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DE  
AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN LOS  
MUNICIPIOS DE FLANDES-TOLIMA, TOCAIMA-CUNDINAMARCA Y LA PLATA-  
HUILA”

MARÍA ALEJANDRA CEBALLOS RAMÓN

CÓDIGO: 330215211

LUZ MARILY LEÓN JARAMILLO

CÓDIGO: 330216119

VALENTINA LÓPEZ MORENO

CÓDIGO: 330216120

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ENFERMERO

DOCENTE ASESORA

GLORIA NAIDU CUEVAS RODRÍGUEZ

ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ENFERMERÍA

GIRARDOT

2021

**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

---

---

---

---

---

---

Presidente del jurado

---

Jurado

---

Jurado (En caso de ser solo uno,  
borrar este o agregar de ser  
necesario).

Ciudad y fecha, (Día, Mes y Año)

## DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo investigativo principalmente a Dios, por permitirnos haber culminado esta etapa de formación profesional. A nuestras familias por ser nuestro pilar fundamental y más importante para salir adelante ante las adversidades y valorar nuestros triunfos. A mis compañeras, porque con el equipo que formamos cumplimos con este logro tan importante para nuestras vidas.

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a Dios por habernos brindado salud y fortaleza en momentos de agotamiento durante la realización de nuestro proyecto, por permitirnos culminar y llegar hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional.

A nuestras familias por sus palabras de apoyo y su incondicional ayuda en las adversidades que se nos presentaron durante nuestra formación profesional. A nuestra docente asesora Gloria Naidu Cuevas Rodríguez por su dedicación y tiempo, quien con sus conocimientos y apoyo nos guio en cada una de las etapas de este proyecto investigativo. Finalmente, agradecemos a nuestros docentes, por su tiempo y sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de nuestra formación académica.

A todos, muchas gracias.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	16
1. PROBLEMA.....	18
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	22
2. OBJETIVOS.....	23
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	23
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	23
3. JUSTIFICACIÓN.....	24
4. MARCOS DE REFERENCIA .....	26
4.1. MARCO TEÓRICO .....	26
4.2. MARCO CONCEPTUAL.....	27
4.3. MARCO LEGAL.....	31
4.4. MARCO ETICO .....	34
5. CUADRO DE CATEGORIAS .....	36
6. DISEÑO METODOLOGICO.....	40
6.1. TIPO DE ESTUDIO.....	40
6.2. POBLACION Y MUESTRA.....	40
6.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	40
6.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	40
6.5. INSTRUMENTOS Y METODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	40
6.6. ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	42
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	44
7.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN .....	44
7.2. TRATAMIENTO “PRE” .....	52
7.3. TRATAMIENTO “POST” .....	56
7.4. TRATAMIENTO “PRE” Y “POST” .....	60
8. CONCLUSIONES .....	68
9. RECOMENDACIONES .....	70

BIBLIOGRAFÍA.....71

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Codificación de los seis grupos de preguntas aplicadas al tratamiento "pre" y "post".....	42
<b>Tabla 2.</b> Resumen descriptivo de las edades de los pacientes .....	44
<b>Tabla 3.</b> Tabla de contingencia del sexo y el diagnóstico.....	45
<b>Tabla 4.</b> Tabla de contingencia apoyos y niveles de satisfacción.....	46
<b>Tabla 5.</b> Frecuencias y porcentajes de apoyos y nivel de satisfacción.....	46
<b>Tabla 6.</b> Frecuencias y porcentajes de zona, estado civil y ocupación de los pacientes .....	48
<b>Tabla 7.</b> Frecuencias y porcentajes de niveles de bienestar .....	49
<b>Tabla 8.</b> Tabla de contingencia uso de TICs .....	50
<b>Tabla 9.</b> Frecuencias y porcentajes de uso de TICs.....	50
<b>Tabla 10.</b> Distribución de frecuencias y p valor obtenido en la prueba de McNemar en el tratamiento “pre” y “post” de la intervención de enfermería de autocuidado en personas con enfermedad crónica.....	61

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes antes de la intervención en las preguntas de conocimiento .....	52
<b>Figura 2.</b> Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes antes de la intervención en las preguntas de unicidad .....	53
<b>Figura 3.</b> Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes antes de la intervención en las preguntas de instrumental y procedimental. ....	53
<b>Figura 4.</b> Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes antes de la intervención en las preguntas denominadas disfrutar .....	54
<b>Figura 5.</b> Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes antes de la intervención en las preguntas anticipación. ....	55
<b>Figura 6.</b> Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes antes de la intervención en las preguntas sobre relación social e interacción .....	55
<b>Figura 7.</b> Gráfica de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes después de la intervención en las preguntas de conocimiento.....	56
<b>Figura 8.</b> Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes después de la intervención en las preguntas de unicidad .....	57
<b>Figura 9.</b> Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes después de la intervención en las preguntas de instrumental y procedimental .....	58

**Figura 10.** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes después de la intervención en las preguntas denominadas disfrutar .....58

**Figura 11.** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes después de la intervención en las preguntas anticipación.....59

**Figura 12.** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes después de la intervención en las preguntas sobre relación social e interacción .....60

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo A.</b> Minimental .....	76
<b>Anexo B.</b> Consentimiento informado.....	77
<b>Anexo C.</b> Autorización para tratamiento de datos personales .....	80
<b>Anexo D.</b> Ficha de caracterización de la diada cuidador – persona con enfermedad crónica gcpc-un-d1 versión 5.3 – 2018 .....	82
<b>Anexo E.</b> Instrumento competencia para el cuidado paciente (versión abreviada) .....	85
<b>Anexo F.</b> Autorización de los instrumentos 1) ficha de caracterización de la diada cuidador – persona con enfermedad crónica gcpc-un-d1 versión 5.3 – 2018, 2) competencia para el cuidado paciente (versión abreviada). .....	86

## RESUMEN

**Introducción:** las enfermedades crónicas no transmisibles como son la hipertensión arterial y diabetes mellitus constituyen una problemática en salud pública a nivel mundial, afectando principalmente a la población adulta y adulta mayor en países que se encuentran en vía de desarrollo; limitando a la persona la autonomía en la realización de las actividades cotidianas. **Objetivo:** Implementar una intervención de enfermería de autocuidado en personas con enfermedades crónicas en los municipios de Flandes -Tolima, Tocaima - Cundinamarca y La Plata - Huila a través de un recurso educativo con el fin de evaluar la competencia para el cuidado en el hogar. **Metodología:** Es un estudio con enfoque cualitativo con un alcance interpretativo-descriptivo. Se realizó la caracterización del perfil sociodemográfico, percepción carga – apoyo y el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones (TICS), mediante el instrumento: ficha de caracterización de la diada cuidador persona con enfermedad crónica GCPC- UN-D1 versión 5.3 2018; y se evaluó la competencia para el cuidado de la persona con enfermedad crónica *pre y post* intervención a través del instrumento: competencia para el cuidado paciente (versión abreviada) que consta de 20 preguntas con 6 dimensiones correspondientes a la nemotecnia CUIDAR: Conocimiento, Unicidad, Instrumental y procedimental, Disfrutar, Anticipación y Relación social e interacción, con modelo de respuesta según escala de Likert. **Resultados:** 18 personas participaron en el estudio piloto. La enfermedad crónica con mayor incidencia fue la hipertensión arterial (61,1%), el género más predominó fue el femenino (72,2%), con respecto a la edad la mayoría de los pacientes se encuentra entre los rangos 61 a 80 años. En cuanto a los resultados pre y post intervención, encontramos que las dimensiones con mayores diferencias fueron Anticipación y Relación social e interacción con un resultado pre intervención <50% y un resultado >80% en post intervención; con relación a las dimensiones Conocimiento, Unicidad y Disfrutar se evidencia un aumento mínimo entre los resultados pre y post intervención; por otra parte, en la dimensión Instrumental y procedimental mantuvo un resultado pre y post

intervención del 83,3% donde se evidencia que no hubo cambios significativos.

**Conclusión:** La aplicación de la intervención de enfermería tuvo efecto en la población adulta y adulta mayor abordada, lo que demuestra que el uso de intervenciones educativas favorece la competencia para el cuidado en el hogar en la persona con enfermedad crónica.

**PALABRAS CLAVES:** Enfermedades crónicas, autocuidado, intervención de enfermería, recurso educativo, competencia para el cuidado.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic non-communicable diseases such as hypertension and diabetes mellitus are a public health problem worldwide, mainly affecting the adult and elderly population in developing countries; limiting the person's autonomy in carrying out daily activities.

**Objective:** Implement a self-care nursing intervention in people with chronic diseases in the municipalities of Flanders -Tolima, Tocaima - Cundinamarca and La Plata - Huila through an educational resource in order to evaluate the competence for home care.

**Methodology:** It is a study with a qualitative approach with an interpretive-descriptive scope. The characterization of the sociodemographic profile, perception load – support and the use of information and communication technologies (ICTs) was carried out, using the instrument: characterization sheet of the caregiver day person with chronic disease GCPC- UN-D1 version 5.3 2018; the competence for the care of the person with chronic disease pre and post intervention was evaluated through the instrument: competence for patient care (abbreviated version) consisting of 20 questions with 6 dimensions corresponding to the mnemonics CARE: Knowledge, Uniqueness, Instrumental and procedural, Enjoy, Anticipation and Social relationship and interaction, with response model according to Likert scale.

**Results:** 18 people participated in the pilot test. The chronic disease with the highest incidence was arterial hypertension (61.1%), the most predominance gender was female (72.2%), with respect to age most patients are between the ranges 61 to 80 years. Regarding the pre- and post-intervention results, we found that the dimensions with the greatest differences were Anticipation and Social Relationship and interaction with a pre-intervention result <50% and a result >80% in post-intervention; in relation to the dimensions Knowledge, Uniqueness and Enjoyment, a minimum increase between the pre- and post-intervention results is evident; secondly, in the Instrumental and procedural dimension maintained a pre and post

intervention result of 83.3% where it is evident that there were no significant changes.

**Conclusion:** The application of nursing intervention had an effect on the adult and elderly population addressed, which shows that the use of educational interventions favors competition for home care in the person with chronic disease.

**KEY WORDS:** Chronic diseases, self-care, nursing intervention, educational resource, competence for care.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) según la organización mundial de la salud (OMS)<sup>1</sup> son enfermedades con periodos de larga duración, de progresión lenta que afectan a todos los grupos de edad principalmente a la población adulta mayor; estas enfermedades son el resultado de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales a lo largo de la vida del ser humano. Algunas de las principales manifestaciones son el sobrepeso, aumento de las cifras de la tensión arterial, glucosa y lípidos conocidos también como factores de riesgo metabólicos que dan origen a enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardiacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Según el análisis situacional de salud Colombia 2020 (ASIS)<sup>2</sup> en el año 2018 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad tanto para hombres como para mujeres. Para el año 2019, se evidenció un incremento de las tasas de morbilidad de 1,8% en relación con el año anterior, demostrando que al transcurrir los años la tasa de morbilidad por ECNT va en aumento. Además de ser la primera causa de atención en salud a nivel nacional.

Por ello, la competencia para el cuidado<sup>3</sup> en el hogar hace parte de los aspectos indispensables en la valoración y tratamiento de personas con enfermedad crónica, cuyo fin es establecer las necesidades que se deben orientar a través de los planes de transición y el seguimiento extra hospitalario; además de estas acciones es importante que los profesionales de enfermería implementen estrategias enfocadas

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades crónicas no transmisibles [en línea]. 2018.

<sup>2</sup> MINISTERIO DE SALUD. Análisis de la situación en salud Colombia 2020 [en línea]. p. 222.

<sup>3</sup> CARRILLO GONZÁLEZ, Gloria Mabel; SÁNCHEZ HERRERA, Beatriz; ELIZABETH, Vargas Rosero. Desarrollo y pruebas psicométricas del Instrumento "cuidar"-versión corta para medir la competencia de cuidado en el hogar. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 2016, vol. 48, no 2, p. 229.

en promover hábitos de vida saludable y fortalecer el cuidado en el hogar, esto con el fin de disminuir los factores de riesgo y las complicaciones que generan las enfermedades crónicas no transmisibles.

Con lo expuesto anteriormente, surge el presente trabajo realizado como una prueba piloto, con el objetivo de implementar una intervención de enfermería de autocuidado en personas con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus y de esta manera se evaluó el efecto posterior a la intervención. El abordaje se hizo utilizando un recurso que para este caso consistió en una cartilla educativa.

# 1. PROBLEMA

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte<sup>4</sup>. Sin embargo, aunque es un proceso natural conocido por el ser humano aun es difícil aceptarlo; al hacer “referencia al envejecimiento como un proceso, se parte de todos aquellos cambios biológicos, psicológicos y sociales por los que atraviesa cualquier persona después de los 25-30 años de edad y que de forma activa se vinculan hasta el final de la vida”<sup>5</sup>. Estos cambios son inherentes a todo ser humano, pero a su vez son el resultado de diferentes factores como la situación económica, los estilos de vida, las satisfacciones personales y los entornos sociales que influyen de forma directa y repercuten en un futuro en ocasiones con la aparición de enfermedades crónicas entre las cuales se encuentran la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Con relación a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el informe sobre las enfermedades crónicas 2014<sup>6</sup> reporta que en el mundo, la morbilidad por hipertensión arterial y diabetes mellitus corresponde a un 17%, se estima que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) registran más del 75% de muertes; así mismo según proyecciones de la OMS, la hipertensión arterial será la primera causa de mortalidad para el año 2030, debido a que contribuye a la generación de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, por otra parte la diabetes mellitus será la séptima causa de mortalidad para ese mismo año.

Colombia no es ajeno a este panorama mundial; de acuerdo al Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2020<sup>7</sup> las ECNT en los adultos tanto en hombres como mujeres

---

<sup>4</sup> ALVARADO GARCÍA, Alejandra María; SALAZAR MAYA, Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos, 2014, vol. 25, no 2, p. 57

<sup>5</sup> Ibid.p.59

<sup>6</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, 2014. Pág. 8-9.

<sup>7</sup> MINISTERIO DE SALUD, Análisis de Situación de Salud Colombia, 2020. Pág. 179-181.

demonstró un incremento en la tasa de morbilidad de 1,88% en el año 2019 con relación al año anterior; situación más crítica para los adultos mayores donde para los mismos años el incremento registrado fue del 2,32%, evidenciando que al trascurrir los años las tasas de morbilidad en ambos ciclos de vida van en aumento, siendo además estas enfermedades la primera causa de atención en salud.

Con respecto al departamento de Cundinamarca, según el ASIS 2019<sup>8</sup> en el ciclo de vida de adultez se registró una disminución en tasa de morbilidad del 0,39% en el año 2018 con respecto al anterior, para el adulto mayor se presentó una situación distinta porque se registró un aumento del 0,58% en el año 2018 con respecto al anterior, Lo que indica que la morbilidad en los adultos mayores por ECNT es mayor y se observa un incremento en comparación con las personas adultas.

Así mismo, el departamento del Huila, según el ASIS 2020<sup>9</sup> registro que para el ciclo vital de adultez y vejez la causa de morbilidad son las ECNT representadas en un 70,63% en la adultez y un 81,58% para la vejez, siendo un valor inquietante en la población, por otra parte, dentro de los eventos precursores la diabetes mellitus presenta una prevalencia de 2,69% y la hipertensión arterial un 5,90% para el año 2018, mostrando un aumento progresivo desde el año 2016, lo que representa la necesidad de acciones de intervención encaminadas al abordaje integral en salud de esta población.

Por otra parte, en el departamento del Tolima Según ASIS 2020<sup>10</sup>, se observa que la tasa de mortalidad de enfermedades crónicas no transmisibles está relacionada con las enfermedades del sistema circulatorio, atribuyendo un aumento de 182,7 muertes por cada 100.000 habitantes en comparación al año 2005. En cuanto a la tasa de morbilidad las enfermedades cardiovasculares aumentaron en un 1,1% para el año 2019 en comparación con el año anterior, dando como resultado un

---

<sup>8</sup> GOBERNACION DE CUNDINAMARCA. Análisis de Situación de Salud, 2019. Pág. 176-182.

<sup>9</sup> SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, Análisis de Situación de Salud Huila, 2020. Pág. 155

<sup>10</sup> SECRETARIA DE SALUD. Análisis Situacional de Salud Tolima. 2020. Pag 80 - 105

incremento anual tanto en las tasas de morbilidad como de mortalidad por enfermedades crónicas.

Abordando los municipios en estudio, se encontró que el municipio de La Plata – Huila de acuerdo al ASIS 2020<sup>11</sup>, mostró que las ECNT presentan un incremento en la tasa de morbilidad en el ciclo de adultez de 68,39% y en la persona mayor 79,46% en el año 2018 en comparación con el año 2017, poniendo en evidencia la alta incidencia de estas enfermedades en la población del municipio.

En cuanto al municipio de Tocaima - Cundinamarca según el ASIS 2019<sup>12</sup> registró que las enfermedades crónicas que más prevalecen son las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de morbilidad del 16,08% y la diabetes mellitus con un 5,03% en el año 2018, la primera causa de morbilidad está relacionada con las ECNT, en el ciclo de adultez con un incremento del 1,52% y en el adulto mayor con un aumento del 1,95% para el año 2018 en comparación con el anterior, dando como resultado un incremento anual mayor del 1% en las tasas de morbilidad.

Con respecto a el municipio de Flandes – Tolima según el ASIS 2020<sup>13</sup> la situación reportada es similar a los datos de los municipios mencionados anteriormente es así como las enfermedades crónicas que más prevalecen son las relacionadas con enfermedades cardiovasculares entre ellas las alteraciones hipertensivas con un 75,19% en el año 2019 y la Diabetes mellitus con un 16,50% en el mismo año; evidenciando que se presentan más casos relacionados con enfermedades cardiovasculares en el municipio de Flandes.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus son asociadas a factores de riesgo comunes que, en su mayoría, pueden identificarse con "malos hábitos"

---

<sup>11</sup> SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud municipio de La Plata Huila 2020 pág. 176.

<sup>12</sup> SECRETARIA DE DESARROLLO, Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud municipio de Tocaima Cundinamarca 2019 pág. 44-84.

<sup>13</sup> SECRETARIA DE DESARROLLO Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud municipio de Flandes - Tolima 2020 pág. 91-112

tales como consumo de tabaco, dieta inadecuada, poca actividad física y alto consumo de alcohol, tal como lo afirma Ramos<sup>14</sup>. Según Orem<sup>15</sup> “la presencia de estos factores de riesgo generalmente se asocia a una agencia de autocuidado inadecuada”, considerando como factor modificable el estilo de vida de la persona, donde de acuerdo a sus acciones enfocadas en hábitos saludables logra disminuir estos riesgos que conlleva a la presencia de ECNT.

De acuerdo a las cifras registradas con relación a las tasas morbilidad y mortalidad en estos municipios se evidencian que van en incremento y que actualmente no se registran estudios sobre intervenciones de enfermería que apoyen y fortalezcan el autocuidado de la persona con enfermedad crónica no transmisible desde su hogar.

---

<sup>14</sup> PÁEZ RAMOS, Sandra. Relación lógica entre el Cuidado y las Enfermedades Crónicas. *Ene*, 2019, vol. 13, no 4. p.3

<sup>15</sup> OREM, D. citado por PÁEZ RAMOS, Sandra. Relación lógica entre el Cuidado y las Enfermedades Crónicas. *Ene*, 2019, vol. 13, no 4. p.3

## 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el efecto de la implementación de una intervención de enfermería de autocuidado en personas con enfermedad crónica en los municipios de Flandes-Tolima, Tocaima-Cundinamarca y La Plata-Huila?

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar una intervención de enfermería de autocuidado en personas con enfermedades crónicas en los municipios de Flandes -Tolima, Tocaima - Cundinamarca y La Plata - Huila a través de un recurso educativo con el fin de evaluar la competencia para el cuidado en el hogar.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la competencia del cuidado en el hogar de las personas con enfermedades crónicas mediante la aplicación del instrumento "CUIDAR".
- Aplicar la intervención de enfermería de autocuidado en la población objeto a través de una cartilla educativa.
- Evaluar la competencia del cuidado en el hogar en las personas con enfermedades crónicas posterior a la intervención de enfermería.

### 3. JUSTIFICACIÒN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) “son la causa principal de enfermedad y muerte prematura y evitable en la Región de las Américas; su pesada carga social y económica, especialmente el marcado aumento de los gastos de tratamiento, menoscaba el bienestar individual y familiar y amenaza con obstaculizar el desarrollo social y económico”<sup>16</sup>. Aunque se están realizando importantes avances tanto en la prevención como en el control de las ECNT, “estas siguen planteando retos importantes, se hace necesario renovar la atención a las políticas y las acciones de los países a fin de llevar a cabo intervenciones eficaces y basadas en la evidencia ampliando el alcance de estas intervenciones con el fin de obtener nuevos conocimientos y utilizarlos”<sup>17</sup>

Dentro de las ECNT, existen dos enfermedades que “tienen especial importancia: la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial (HTA), las cuales representan una elevada morbilidad y mortalidad, que asociadas tienen un efecto negativo adicional.”<sup>18</sup> las cuales se relacionan con factores de riesgo como la obesidad, la dieta inadecuada y el tabaquismo los cuales se consideran factores modificables en el estilo de vida a través de intervenciones propias del cuidado de la persona.

Es así como se considera que la educación y el uso de los sistemas de apoyo educativo en el cuidado brindado por un profesional de enfermería dirigido a las personas con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y diabetes mellitus permite empoderarlo para que logre asumir una actitud positiva frente al proceso de cronicidad, adquiriendo conocimientos y habilidades que le permitan

---

<sup>16</sup> Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC: OPS, 2014. p. 2.

<sup>17</sup> Ibid. p.2.

<sup>18</sup> LÓPEZ BÁSTER, Jackeline, et al. Caracterización clínico epidemiológica de la hipertensión arterial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2017, vol. 33, no 1, p. 5.

generar acciones responsables de autocuidado, dando lugar a grandes cambios que fomenten la conservación de la salud y ayuden a prevenir o disminuir el desarrollo de complicaciones que afectaran su calidad de vida.

Por esta razón, es fundamental conocer la competencia para el cuidado en personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial diabetes mellitus e hipertensión arterial en el hogar; esto se pretende lograr utilizando como estrategia la implementación de una cartilla educativa, por medio de la cual se transmita información que responda a las necesidades individuales evidenciadas en el instrumento competencia para el cuidado del paciente (versión abreviada) y evaluar el efecto posterior a la intervención en la población abordada.

## 4. MARCOS DE REFERENCIA

### 4.1. MARCO TEÓRICO

Desde el objeto de estudio de esta investigación se recurre a la revisión de las diferentes perspectivas teóricas que ayuden a fundamentar y explicar la problemática planteada, tomando como base la competencia para el cuidado y el autocuidado de la persona, lo que permite interpretar y comprender la percepción de autocuidado de las personas en el hogar.

La importancia de promover la capacidad para el autocuidado como función disciplinar radica en que "cuidar de sí mismo es una construcción especialmente importante debido a que capta la esencia de nuestra filosofía y una dimensión clave de nuestra práctica"<sup>19</sup>. Desde la profesión de enfermería se puede alentar a las personas a direccionar su autocuidado y, sobre todo, a demostrar que este es posible; ya que esto repercutirá de forma positiva en el estado de salud.

En este sentido, es pertinente mencionar "el Modelo de Dorothea Orem con sus tres teorías: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado, y la teoría del sistema de enfermería"<sup>20</sup> como una estrategia para abordar aquellas personas con enfermedades crónicas no transmisibles y fomentar el autocuidado como base fundamental de la vida, aportando elementos disciplinares para intervenir y controlar un problema real que afecta a la población mundial.

Dicho lo anterior, "el apoyo educativo es relevante en el cuidado de las personas sanas o con problemas de salud"<sup>21</sup>, así como también la importancia de la disponibilidad de las personas para participar con la enfermera y lograr su independencia a través de las prácticas de autocuidado desde el hogar.

---

<sup>19</sup> FERNÁNDEZ, Madeleine Cecilia Olivella; BASTIDAS, Clara Victoria; AMAYA, Myriam Angélica Castiblanco. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. *Aquichan*, 2012, vol. 12, no 1, p. 56.

<sup>20</sup> Ibid. p. 56

<sup>21</sup> ACOSTA, Margarita Pereda. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Revista de Enfermería Neurológica*, 2011, vol. 10, no 3, p. 165.

Por otro lado, la competencia para el cuidado en el hogar se definió teóricamente “como la capacidad, habilidad y preparación que tiene la persona con enfermedad crónica y/o el cuidador familiar para ejercer la labor de cuidar en el hogar”<sup>22</sup> por ello se diseñó un instrumento denominado “CUIDAR” que comprende seis categorías (Conocimiento, unicidad, instrumental, disfrutar, anticipación y relación social e interacción) el cual permite valorar la competencia para el cuidado de la persona en estado de cronicidad desde su hogar; con el fin de identificar deficiencias de autocuidado y crear estrategias para mejorar dichas prácticas generando un aumento de la independencia en la persona con enfermedad crónica no transmisible.

Es importante recalcar el rol de enfermería en el apoyo de cuidado en el hogar del paciente con enfermedad crónica no transmisible y las actividades desarrolladas para la promoción y el mantenimiento de la salud a través de recursos educativos, entre ellos videos informativos, podcast, infografías y cartillas que según el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>23</sup> favorecen la apropiación de conocimientos y el desarrollo de capacidades, que repercuten en las habilidades, destrezas, competencias, actitudes, aptitudes y prácticas de cuidado, disminuyendo así complicaciones y los reingresos hospitalarios, permitiéndoles gozar de una mejor calidad de vida.

#### 4.2. MARCO CONCEPTUAL

Durante la investigación se tendrá en cuenta distintos conceptos sobre los aspectos más importantes del estudio, profundizando en su definición con distintas fuentes bibliográficas para generar una amplia gama de información y se pueda tratar de

---

<sup>22</sup> CARRILLO. op. Cit., p. 223.

<sup>23</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Estrategia de entorno educativo saludable Dirección de Promoción y Prevención Subdirección de Salud Ambiental. Colombia. 2018. P. 10.

una manera oportuna la problemática en la cual vamos a abarcar nuestro tema de investigación.

**Adultez:** Según el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>24</sup>, la adultez se define como aquellas personas en edades comprendidas entre 27 a 59 años.

Otro concepto de Nassar y Abarca<sup>25</sup> clasifica la adultez en dos categorías principales: los adultos y la tercera edad, las cuales se subdividen a su vez en tres etapas conocidas como adulto joven (de los 18 a los 25 años), adulto medio (de los 26 a los 45 años), y adulto tardío (de los 45 a los 64 años), siendo un proceso de adquisición de la independencia económica y de maduración psicoemocional, los cuales permiten al adulto convertirse en un ser funcional y productivo dentro de la sociedad en que vive.

**Adulto mayor:** La Organización Mundial de la Salud define al adulto mayor que comprende edades entre “60 a 74 años consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos”.<sup>26</sup>

Por otra parte, Arango y Ruiz afirman que “es un proceso biológico, social y psicológico, como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta y va delineando la última etapa de la vida: la vejez”<sup>27</sup> se relaciona con la pérdida de productividad, debido a la disminución que las personas sufren de las capacidades funcionales y cognitivas que les permiten mantenerse autónomas e independencia.

**Autocuidado:** Un concepto introducido por Dorothea E. Orem, describe el autocuidado como “una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un

---

<sup>24</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

<sup>25</sup> ABARCA, S. and NASSAR, H. psicología del adulto, Citado por, DÍAZ, Wendy Alpizar. Hacia la construcción del concepto integral de adultez. *Enfermería actual en Costa Rica*, 2006, no 10. p. 2.

<sup>26</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, citado por XIMENA ANDREA, Cerón Bastidas, et al. Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. *Revista Nacional de Odontología*, 2014, vol. 10, no 19, p. 84.

<sup>27</sup> ABAUNZA FORERO, Carol Iván, et al. *Adultos mayores privados de la libertad en Colombia*. Editorial Universidad del Rosario, 2014. Pág.64-66

objetivo, siendo una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.<sup>28</sup>

Así mismo Potes, Peláez y Escobar definen el autocuidado como “un acto de vida que permite a cada uno convertirse en sujeto de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma”.<sup>29</sup>

**Cronicidad:** Una definición según Malgarejo, Algarra y Rubio resaltan que la cronicidad es “los aspectos relacionados con la experiencia de la enfermedad crónica, sea física, clínica o psicológica.”<sup>30</sup>

La OMS considera la cronicidad como “Un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida.”<sup>31</sup>

**Enfermedad crónica:** La OMS define las enfermedades crónicas como aquellas que “tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.”<sup>32</sup> en ellas se encuentran las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, siendo principales causas de mortalidad en el mundo.

Por otra parte, según Baratarrechea las clasifica como aquéllas que comparten las siguientes características: “a) curso prolongado o larga duración (tres meses o más);

---

<sup>28</sup> OREM, D, citado por HERNÁNDEZ, Ydalsys Naranjo; PACHECO, José Alejandro Concepción; LARREYNAGA, Miriam Rodríguez. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espiritana*, 2017, vol. 19, no 3. p. 4.

<sup>29</sup> POTES, María Pilar Escobar; PELÁEZ, Zoila Rosa Franco; ESCOBAR, Jorge Alberto Duque. El autocuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior. *Hacia la Promoción de la Salud*, 2011, vol. 16, no 2, p.134.

<sup>30</sup> MELGAREJO, Lorena Mesa; ALGARRA, Ana Julia Carrillo; RUBIO, Fanny Moreno. La cronicidad y sus matices: estudio documental. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2013, vol. 15, no 2, p.100.

<sup>31</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, citado por MELGAREJO, Lorena Mesa; ALGARRA, Ana Julia Carrillo; RUBIO, Fanny Moreno. La cronicidad y sus matices: estudio documental. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2013, vol. 15, no 2, p.100.

<sup>32</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades crónicas no transmisibles, 2021.

b) lenta progresión; c) posibilidad de ausencia de síntomas en su inicio; d) ausencia de curación en algunos casos; e) posibilidad de prevenirlas y/o controlarlas.”<sup>33</sup>

**Intervención de Enfermería:** Es la etapa del proceso de enfermería donde “permiten determinar acciones específicas en el plan de cuidados. Corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familiar realizan para alcanzar los resultados, objetivos o metas, ya sea para enfermería o el paciente. Tales intervenciones se planean de acuerdo con los factores establecidos en la segunda parte del diagnóstico enfermero formulado”<sup>34</sup>

Según Bulechek, Butcher y Dochterman “todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente, incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad”<sup>35</sup>

**Competencia para cuidar:** Según Carrillo, Sánchez y Vargas, se definió “teóricamente como la capacidad, habilidad y preparación que tiene la persona con enfermedad crónica y/o el cuidador familiar para ejercer la labor del cuidado en el hogar”.<sup>36</sup>

Al mismo tiempo, según ALDANA, Erika Alexandra, et al. Describen la competencia para cuidar como “la capacidad, habilidad y preparación que tiene la persona con enfermedad crónica para ejercer la labor de cuidar en el hogar. Incluye 6 categorías:

---

<sup>33</sup> BARATARRECHEA, Andrea. Las enfermedades crónicas: primera parte. Evid. actual. práct. ambul, 2010, p.68.

<sup>34</sup>SALCEDO, Priscila González; REYES, Alida Mireya Chaves. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo, 2009, vol. 11, no 2, p. 68.

<sup>35</sup> BUTCHER, Howard; BULECHEK, Gloria y DOCHTERMAN, Joanne M. PUIG, M<sup>a</sup> Elena García; HERRERA, Javier Torrenteras. “Las intervenciones de enfermería” como patrón pedagógico de e-learning, wiki y aplicación móvil. Revista de Educación a Distancia (RED), 2013, no 39. p.21.

<sup>36</sup> CARRILLO. Op. Cit., p. 222-231.

Conocimiento, Unicidad (condiciones personales), Instrumental, Disfrutar (bienestar), Anticipación, y Relación social e interacción”<sup>37</sup>

#### 4.3. MARCO LEGAL

El marco legal en esta investigación garantiza que las recopilaciones cumplan con normas legales y tengan la validez científica necesaria, en donde los temas a tratar tengan una sustentación evidente, ya que el abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles genera gran preocupación a nivel mundial y actualmente son consideradas como un problema de salud pública.

Teniendo en cuenta la normatividad nacional, se destaca la **Constitución Política de Colombia de 1991** en el artículo 46<sup>38</sup> el cual menciona que es responsabilidad tanto del estado como de la sociedad y la familia ayudar a promover y garantizar la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad incluyendo también su integración a la vida activa y comunitaria.

Colombia, cuenta con la **Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2014-2024**<sup>39</sup> la cual tiene como objetivo garantizar el cumplimiento de los derechos de los adultos mayores, promoviendo un envejecimiento activo y una participación ante la sociedad, logrando elevar la calidad de vida de toda la población para que alcance una vejez saludable y satisfactoria, esto realizado mediante estrategias encaminadas a las diferentes necesidades del grupo poblacional.

A partir de esto, los planes de desarrollo gubernamentales adoptan estrategias para esta población y son reconocidos como "tercera edad", o "adulto mayor".

---

<sup>37</sup> ALDANA, Erika Alexandra, et al. Competencia para el cuidado (CUIDAR) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 2016, vol. 19, no 3, p. 267.

<sup>38</sup> COLOMBIA. CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA de 1991. Artículo 46.

<sup>39</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez 2014-2024.

Por otro lado, el **Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021**<sup>40</sup>, es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, este busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Uno de sus mayores desafíos es afianzar el concepto de salud integrando las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, con el fin de garantizar un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

Por su parte, al cumplirse un año de la promulgación de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social lanzó la Política Integral de Atención en Salud (PAIS)<sup>41</sup>, cuyo objetivo es centrar la acción de salud en las personas a nivel individual, familiar y colectivo promoviendo la generación de mejores condiciones de la salud integrando acciones intersectoriales que promuevan la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación garantizando el derecho fundamental de la salud.

De igual forma, se adopta el **Modelo Integral de Atención en Salud (MAITE)**<sup>42</sup> mediante la resolución 2626 de 2019, la cual reemplaza el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Este modelo pretende garantizar una atención en salud con equidad, centrada en las personas, en la familia y la comunidad, fortaleciendo los estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad a través de líneas de acción de aseguramiento, salud pública, prestación de servicios, talento humano en

---

<sup>40</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

<sup>41</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política Integral de Atención en Salud. 2016.

<sup>42</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Modelo Integral de Atención en Salud. 2019.

salud, financiamiento, articulación intersectorial, enfoque diferencial y gobernanza, todo esto buscando promover la salud, prevenir la enfermedad y orientar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la persona.

Así mismo, las **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)**<sup>43</sup> son el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas que garantizan el derecho a la salud a través de políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que vayan dirigidas a las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Estas rutas son aplicadas teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde vive, se relaciona y se desarrolla el individuo de manera continua, así como la gestión intersectorial para intervenir a través de los determinantes sociales de la salud.

Por otra parte, la **Ley Estatutaria 1581 del 2012**<sup>44</sup> por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, en su Artículo 4. menciona los principios a tener en cuenta para el tratamiento de datos personales y la aplicación de esta ley, los cuales son: principio de legalidad en materia de tratamiento de datos, principio de finalidad, de libertad, veracidad o calidad, de transparencia, principio de acceso y circulación restringida, de seguridad y de confidencialidad, con el fin que todas las personas que participen en un proyecto de investigación tengan la seguridad y confianza de que la información obtenida estará segura y cobijada por esta ley.

Además, también se reconoce según FLOREZ, Ruiz<sup>45</sup> el Habeas Data como un componente fundamental en la Protección de Datos Personales, siendo un mecanismo constitucional por medio del cual toda persona puede hacer uso, con el

---

<sup>43</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Rutas Integrales de Atención en Salud. 2016.

<sup>44</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Estatutaria 1581 de 2012.

<sup>45</sup> FLÓREZ, R. La protección de la intimidad económica con relación al dato financiero: en la jurisprudencia constitucional colombiana. *Bogotá: Ediciones. Unuala. Daniel Andrés Figueredo-De-Pérez, Jessica González-Tejeiro, 2011.*

fin de proteger la seguridad y veracidad de sus datos e información personal, resaltando que el Habeas Data brinda una garantía sobre la manipulación adecuada de la información.

De igual manera, en los sujetos del estudio se tuvo en cuenta el principio de consentimiento informado voluntario como parte esencial de la investigación y dando cumplimiento a lo plasmado en la **Ley 911 de 2004** "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"<sup>46</sup> el cual determina en su Artículo 6. la responsabilidad del profesional de enfermería de informar y solicitar el consentimiento a la persona cuando estos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería.

#### 4.4. MARCO ETICO

Teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993 dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social "por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud"<sup>47</sup>, en el Título II de la investigación en seres humanos, Capítulo 1 de los aspectos éticos, se tiene en cuenta lo plasmado en el Artículo 5. en donde prevalece el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. Así mismo, dando cumplimiento al Artículo 8. de la presente resolución esta investigación mantendrá protegida la privacidad del individuo sujeto de investigación identificándolo solo cuando los resultados lo requieran. En lo que refiere el Artículo 11. esta investigación es clasificada como investigación sin riesgo ya que no se realizan modificaciones

---

<sup>46</sup>MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

<sup>47</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430 de 1993. "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud".

intencionadas de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales del individuo sujeto de investigación.

Por otra parte, teniendo en cuenta la normatividad internacional y siguiendo los principios éticos que se establecen en el **Código de Núremberg, 1946** el cual expone que “las pruebas realizadas en seres humanos deben conservar ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales”<sup>48</sup> esto se tiene en cuenta por medio de la aplicación del consentimiento informado de manera voluntaria del sujeto siendo fundamental la aceptación por parte de él.

El consentimiento informado fue explicado de forma clara, sencilla asegurando que los participantes entendieran los riesgos y beneficios de la investigación. Una vez comprendida la información brindada se procedió a la firma de manera voluntaria del consentimiento informado y se dio continuidad a la investigación la cual fue previamente avalada por el comité de ética del programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca.

Para el uso de los instrumentos se contó con las respectivas autorizaciones por escrito de los autores de la “Ficha de caracterización de la diada cuidadora – persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D1. Versión 5.3 – 2018” (Ver Anexo D) y del instrumento “competencia para el cuidado paciente (Versión abreviada)” (Ver Anexo E).

Finalmente es importante mencionar que teniendo en cuenta la pandemia por SARS-COV -2 para el abordaje de los sujetos de investigación se dio cumplimiento a los protocolos de bioseguridad establecidos por el ministerio de salud y protección social y adoptada por la universidad de Cundinamarca. Los investigadores manifiestan no tener conflictos de intereses para el desarrollo del presente proyecto de investigación

---

<sup>48</sup> TRIBUNAL INTERNACIONAL DE NÜREMBERG. El Código de Nüremberg. 1946.

### 5. CUADRO DE CATEGORIAS

CATEGORIA	DEFINICIÓN	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	El ministerio de protección social define, la caracterización como una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas para definir las prioridades de intervención.	Sociodemográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostico medico</li> <li>• Genero</li> <li>• Edad</li> <li>• Grado máximo de escolaridad</li> <li>• Ocupación</li> </ul>
		Percepción de carga y apoyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyos y nivel de satisfacción</li> <li>• Niveles de bienestar</li> </ul>
		Medios de comunicación e información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoevaluación en el uso de las Tics</li> </ul>
COMPETENCIA PARA CUIDAR	Las capacidades y habilidades que tienen las personas con enfermedad crónica o los cuidadores para desempeñar la labor del cuidado en el hogar.	Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sé cómo hacer seguimiento de mis condiciones de salud</li> <li>• Conozco cómo realizar los</li> </ul>

			<p>procedimientos requeridos para cuidarme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conozco los signos de alarma en mi condición de salud</li> </ul>
		Unicidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tengo confianza en mi capacidad para asumir mi cuidado en casa</li> <li>• Supero fácilmente sentimientos de culpa o de rabia</li> <li>• Soy capaz de simplificar las tareas del cuidado</li> <li>• Establezco mi propio plan de vida</li> </ul>
		Instrumental y procedimental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actúo siguiendo las recomendaciones prescritas por el equipo de salud (actividad, dieta, otros)</li> <li>• Organizo el apoyo instrumental disponible para mi cuidado (transportes, equipos, insumos, otros)</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso adecuadamente los medicamentos formulados</li> </ul>
		Disfrutar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estoy satisfecho con mi condición de salud actual</li> <li>• Siento tener la energía para responder a las responsabilidades del cuidado</li> <li>• Siento que mi situación de salud me permite desarrollar mi plan de vida</li> <li>• El cuidado de mi salud no me impide desarrollar otros asuntos o actividades personales</li> </ul>
		Anticipación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preveo manejo de riesgos y de necesidades de mi cuidado</li> <li>• Organizo los recursos necesarios para mi cuidado</li> </ul>
		Relación social e interacción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logro respaldo de otras personas para apoyar mi cuidado</li> <li>• Mantengo tranquilidad emocional con las personas que apoyan mi cuidado</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Busco comunicarme efectivamente con las personas quienes apoyan mi cuidado</li><li>• Fortalezco vínculos de afecto con las personas quienes apoyan mi cuidado</li></ul>
--	--	--	---

Fuente: Instrumento competencia para el cuidado paciente (versión abreviada).

## **6. DISEÑO METODOLOGICO**

### **6.1. TIPO DE ESTUDIO**

La investigación es de alcance interpretativo-descriptivo, el paradigma utilizado es sustantivista y su enfoque es cualitativo, siendo un método de investigación social, debido a que genera un conocimiento relacionado con la realidad social y el comportamiento de las personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial abordadas en este estudio.

### **6.2. POBLACION Y MUESTRA**

Teniendo en cuenta la situación de pandemia se abordaron 18 personas con enfermedad crónica residentes en los municipios de: Flandes-Tolima, Tocaima-Cundinamarca y La Plata-Huila con HTA y DM tipo 2, para la aplicación de la intervención de enfermería se toma el 100% de la población, todos habitantes en los municipios de residencia de las autoras del proyecto.

### **6.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Personas en condición de cronicidad (HTA y DM), que acepten participar en el estudio, mayores de edad, con estado cognitivo conservado y que tengan la capacidad de leer y escribir.

### **6.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que desistan de participar en el estudio
- Perder continuidad en el seguimiento
- Alteración del estado de conciencia o déficit cognitivo que persista durante el tiempo de la investigación, valorado mediante el test Minimental

### **6.5. INSTRUMENTOS Y METODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de dos instrumentos: la Ficha de caracterización de la diada cuidador – persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D1, VERSION 5.3-2018 (Ver Anexo. D) y el Instrumento Competencia para el

Cuidado Paciente (versión abreviada) (Ver Anexo. E), los cuales se encuentran debidamente validados por el grupo de investigación Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico de la Universidad Nacional de Colombia. Para el uso de los instrumentos se obtuvo el permiso de la Universidad Nacional de Colombia (Ver Anexo. F).

Se realizó la visita en el domicilio de las personas identificadas con enfermedad crónica con previa autorización verbal, se aplicó el test Minimental (Ver Anexo. A) para determinar que el nivel cognitivo de la persona era el adecuado para participar en la investigación, posterior a esto explica el objetivo de la investigación, se firmó la autorización para tratamiento de datos personales (Ver Anexo. C) y el consentimiento informado (Ver Anexo. B). La recolección de la información se realizó en 3 momentos; el primer momento (pre) se realiza en un tiempo de 2 semanas y corresponde al diligenciamiento de la ficha de caracterización de la diada cuidador – persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D1, versión 5.3-2018 y el instrumento competencia para el cuidado paciente (versión abreviada), terminado este proceso se le indica a la persona que el próximo encuentro será en 3 semanas para la aplicación de la intervención de enfermería (cartilla de aprendizaje) la cual corresponde al segundo momento del desarrollo del proyecto, posterior a esto, se diseña y digitaliza la cartilla de autocuidado, una vez terminada y revisada, se hace la aplicación, se le indica a la persona cual es el objetivo de la cartilla, el contenido y cómo se realiza cada actividad, las personas que no cuentan con nivel de escolaridad (1 persona) o pertenecen a primaria incompleta (4 personas), se les brindo acompañamiento para el desarrollo de la cartilla. Finalizada la aplicación de la cartilla se le indica a la persona que el próximo y último encuentro es en 1 mes, donde se realizó la segunda aplicación del Instrumento Competencia para el Cuidado Paciente (versión abreviada) (post), por medio del cual se evalúa la efectividad de la intervención de enfermería. Durante el acercamiento a los participantes se cumplió con las debidas medidas de bioseguridad para la prevención de COVID 19 según normatividad vigente.

## 6.6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las variables son cualitativas, por lo que, se revisaron como frecuencias y porcentaje. Se realizaron tablas de contingencia mostrando frecuencias de algunas variables de la caracterización de la población por sexos, así mismo se revisó por medio de estadística descriptiva la variable edad. Para facilitar el manejo de las preguntas se codificaron como se muestra en la tabla 1. Se hizo la descripción de las respuestas obtenidas en una escala del 0 al 3.

Para conocer el posible cambio por el uso de las herramientas de la investigación en el tratamiento experimental “antes” y “después” se usó una tabla de contingencia por pregunta y a esta, se le aplicó la prueba McNemar con la corrección de Yates, de tal manera, se interpretó con la tabla de Ji-cuadrado con 1 grado de libertad y adoptando un nivel de significancia de  $p < 0,05$ . Las hipótesis que se pusieron a prueba para ser evaluadas con la prueba nombrada fueron: H0: La intervención de enfermería de autocuidado en personas con enfermedad crónica no induce cambios en las respuestas, por tanto, los cambios se deben al azar. H1: La intervención de enfermería de autocuidado en personas con enfermedad crónica induce cambios en las respuestas, por tanto, los cambios se deben al azar. Se realizaron los análisis en Excel®2013 y en el software R 4.0.3. usando la consola directamente.

**Tabla 1.** Codificación de los seis grupos de preguntas aplicadas al tratamiento "pre" y "post"

<b>PREGUNTAS</b>	<b>CÓDIGOS</b>
<b>Conocimiento (C)</b>	
1. ¿Sé cómo hacer seguimiento de mis condiciones de salud?	C-S
2. ¿Conozco cómo realizar los procedimientos requeridos para cuidarme?	C-P
3. ¿Conozco los signos de alarma en mi condición de salud?	C-A
<b>Unicidad (U)</b>	
1. ¿Tengo confianza en mi capacidad para asumir mi cuidado en casa?	U-C
2. ¿Supero fácilmente sentimientos de culpa o de rabia?	U-S
3. ¿Soy capaz de simplificar las tareas del cuidado?	U-T

4. ¿Establezco mi propio plan de vida?	U-V
<b>Instrumental y procedimental (I)</b>	
1. ¿Actuó siguiendo las recomendaciones prescritas por el equipo de salud (actividad, dieta, otros)?	I-R
2. ¿Organizo el apoyo instrumental disponible para mi cuidado (transporte, equipos, insumos, otros)?	I-I
3. ¿Uso adecuadamente los medicamentos formulados?	I-F
<b>DISFRUTAR (D)</b>	
1. ¿Estoy satisfecho con mi condición de salud actual?	D-S
2. ¿Siento tener la energía para responder a las responsabilidades del cuidado?	D-R
3. ¿Siento que mi situación de salud me permite desarrollar mi plan de vida?	D-P
4. ¿El cuidado de mi salud no me impide desarrollar otros asuntos o actividades personales?	D-A
<b>ANTICIPACIÓN (A)</b>	
1. ¿Preveo manejo de riesgos y de necesidades de mi cuidado?	A-M
2. ¿Organizo los recursos necesarios para mi cuidado?	A-R
<b>RELACIÓN SOCIAL E INTERACCIÓN (R)</b>	
1. ¿Logro respaldo de otras personas para apoyar mi cuidado?	R-C
2. ¿Mantengo tranquilidad emocional con las personas que apoyan mi cuidado?	R-E
3. ¿Busco comunicarme efectivamente con las personas quienes apoyan mi cuidado?	R-P
4. ¿Fortalezco vínculos de afecto con las personas quienes apoyan mi cuidado?	R-V

Fuente: Instrumento competencia para el cuidado paciente (versión abreviada).

## 7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 7.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Los participantes del estudio 18 en total son residentes de los municipios de Flandes Tolima, La Plata Huila y Tocaima Cundinamarca.

**Tabla 2.** Resumen descriptivo de las edades de los pacientes

PARÁMETRO	VALOR
Media	63
Moda	58
SD	10,02
Máximo	44
Mínimo	79
Cuartil 1	58
Cuartil 2	62,5
Cuartil 3	71,5
Cuartil 4	79

La población que participó en el estudio está ubicada en los departamentos de Cundinamarca (44,4% - 8/18), Huila (27,8% 5/18) y Tolima (27,8% 5/18). La participación de hombres y mujeres fue un poco desigual, el 72% (13/18) de los participantes del estudio fueron mujeres y el 28% (5/18) hombres. La edad de los pacientes mostró que el 25% estuvieron entre 44 y 58 años y el 50% tuvieron edades menores a 63 (62,5) años, como se ve en los cuartiles, asimismo, la moda obtenida fue 58 años, edad reportada por tres pacientes (tabla 2).

En el estudio realizado por Aldana<sup>49</sup> en cuanto a la edad de los participantes existió un promedio de 57,7 años mostrando similitud con la investigación resaltando que gran parte de los participantes se encuentran en el ciclo de vida de adultez, diferencia que se

---

<sup>49</sup> ALDANA. Op. Cit., p. 265-273.

observó en el mismo estudio en el cual prevalece el género masculino representado en un 61,8%.

En otro estudio realizado por Zavala<sup>50</sup> se encontró que el rango de edad de los participantes es de 69,71 años situándolos en el ciclo de vida de adulto mayor, resaltando así que las personas con mayor edad son más vulnerables a padecer enfermedades crónicas no transmisibles.

**Tabla 3.** Tabla de contingencia del sexo y el diagnóstico

	<b>DM</b>	<b>HTA</b>	<b>DM+HTA</b>
<b>MUJER</b>	4	9	0
<b>HOMBRE</b>	2	2	1

Los diagnósticos clínicos fueron hipertensión arterial (HTA) con el 61% (11/18), diabetes mellitus (DM) el 33% (6/18) y un (6%) paciente, hombre, con ambos diagnósticos. En las mujeres se evidenció que el diagnóstico más frecuente fue la HTA (tabla 3). Los pacientes fueron diagnosticados en diferentes momentos, el 5,6% (1/18) conoció su condición hace menos de un año, el 55,6% (10/18) entre 1 a 10 años, el 33,3% (6/18) entre 11 a 20 años y el 5,6% (1/18) hace 30 años.

Se evidenció similitud en el estudio de acuerdo al realizado por Aldana<sup>51</sup>, puesto que en los participantes tuvo mayor prevalencia la hipertensión arterial en un 52,44% y en segundo lugar se encontró la diabetes mellitus con un 35,37%, y se mostró diferencias en cuanto al tiempo que lleva con la enfermedad, puesto que en estudio la mayoría de los participantes tiene un diagnóstico hace 5 años o menos. Gallardo<sup>52</sup> resalta en su investigación que en cuanto a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad

---

<sup>50</sup> ZAVALA-GONZÁLEZ, Marco Antonio; DOMÍNGUEZ-SOSA, Guadalupe. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2011, vol. 49, no 6, p. 585-590.

<sup>51</sup> ALDANA. Op. cit., p. 267.

<sup>52</sup> GALLARDO, Karina; ACOSTA, Fanny Patricia Benavides; JIMÉNEZ, Rosario Rosales. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Ciencias de la Salud*, 2016, vol. 14, no 1, p. 103-114.

de interés público figuran con mayor porcentaje la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, notándose la alta prevalencia y complicaciones graves de salud.

Según Miguel Soca<sup>53</sup> en el envejecimiento se producen importantes cambios tanto hormonales como metabólicos desencadenando enfermedades dentro de las que se destacan la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; al mismo tiempo, menciona que tanto los factores genéticos y ambientales como aquellos que están relacionados con el estilo de vida predisponen la aparición de estas dos patologías, considerando así importante fortalecer la prevención frente a los factores de riesgo dando prioridad a este grupo poblacional.

**Tabla 4.** Tabla de contingencia apoyos y niveles de satisfacción

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>MUJER</b>	6	7
<b>HOMBRE</b>	3	2

**Tabla 5.** Frecuencias y porcentajes de apoyos y nivel de satisfacción

<b>Tipo de apoyo</b>	<b>Número de personas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Apoyo psicológico</b>		
1	6	33,3%
2	1	5,6%
3	7	38,9%
4	4	22,2%
<b>Apoyo familiar</b>		
1	1	5,6%
2	1	5,6%
3	1	5,6%
4	15	83,3%
<b>Apoyo religioso</b>		

<sup>53</sup> MIGUEL SOCA, Pedro, et al. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Revista Finlay*, 2017, vol. 7, no 3, p. 155-167.

1	0	0%
2	2	11,1%
3	8	44,4%
4	8	44,4%
<b>Apoyo económico</b>		
1	0	0%
2	3	16,7%
3	7	38,9%
4	8	44,4%
<b>Apoyo social</b>		
1	1	5,6%
2	3	16,7%
3	9	50%
4	5	27,8%

Los pacientes se encontraron inscritos a siete diferentes EPS: Convida (22,2% - 4/18), Nueva EPS, Sanidad militar y Sanitas cada una con el 16,6% (3/18), Comfamiliar y Famisanar cada uno con el 11,1% (2/18) y Salud total con el 5,6% (1/18) inscritos. El 55,6% (10/18) no ocupan un único cuidador, en el que los hombres mostraron mayor uso de un único cuidador que las mujeres, sin comparar entre sexos (tabla 4). Los tipos de apoyo se clasificaron en psicológico, familiar, religioso, económico y social, en la mayoría los pacientes calificaron los diferentes apoyos principalmente en los niveles de satisfacción más altos (tabla 5).

Se pudo evidenciar que los participantes cuentan con altos niveles de apoyo que varían entre el apoyo familiar 88,9%, religioso 88,8% y económico 83,3% siendo el social 77,8% y el psicológico 61,1% los de menor valor, resultados similares por los reportados por Sánchez<sup>54</sup> en la caracterización de pacientes realizada en el estudio “Competencia para el cuidado en el hogar diada persona con cáncer en quimioterapia. Cuidador familiar”

<sup>54</sup> SÁNCHEZ, Laura Milena; CAR, Gloria Mabel. Competencia para el cuidado en el hogar diada persona con cáncer en quimioterapia. Cuidador familiar. *Psicooncología*, 2017, vol. 14, no 1, p. 137.

donde se puede observar que los niveles de apoyo que más predominan son el familiar, el religioso y el económico representados entre un 92% y 96%.

**Tabla 6.** Frecuencias y porcentajes de zona, estado civil y ocupación de los pacientes

	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Zona</b>		
Urbano	16	88,9%
Rural	2	11,1%
<b>Estado civil</b>		
Soltero	2	11,1%
Casado	8	44,4%
Viudo	4	22,2%
Unión libre	1	5,6%
Separado	3	16,7%
<b>Ocupación</b>		
Empleado	5	27,8%
Trabajador independiente	5	27,8%
Estudiante	0	0%
Hogar	8	44,4%
Otro	0	0%

La disposición en la zona en la que viven los pacientes es principalmente urbana, tan solo dos pacientes (11,1%), un hombre y una mujer, viven en zona rural. El estrato socioeconómico no supero el 3, siendo el más frecuente el estrato 2 con el 44,4% (8/18) y el menos frecuente el estrato 3 con el 22,2% (4/18). El 44,4% (8/18) son casados mientras que el 5,6% (1/18) reportaron como estado civil unión libre, los demás no reportan pareja: solteros, viudos o separados; el 100% de los hombres se encuentran con pareja (unión libre o casados). En cuanto a la ocupación, el 44,4% (8/18) están en el hogar, de estos uno es hombre y las demás mujeres, mientras que el 27,8% (5/18) son empleados o trabajadores independientes, cada uno (tabla 6).

Esto relacionado con un estudio realizado por Quiceno<sup>55</sup> determino que el estrato socioeconómico bajo entre el nivel 1 y 2 fue de 48,4% y en el estrato medio-bajo entre el nivel 3 y 4 fue de 45,5%. Es de resaltar que, Carrillo<sup>56</sup> menciona en su estudio relacionado al soporte social de las personas con enfermedad crónica, que variables como el estrato socio-económico de las personas con enfermedades crónicas no es un limitante para hacer uso de estrategias que fomenten su cuidado, pero si implica tener en cuenta consideraciones costo-efectivas.

**Tabla 7.** Frecuencias y porcentajes de niveles de bienestar

<b>Tipos de niveles</b>	<b>Número de personas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nivel físico</b>		
1	1	5,6%
2	4	22,2%
3	11	61,1%
4	2	11,1%
<b>Nivel psicológico – emocional</b>		
1	0	0%
2	4	22,2%
3	7	38,9%
4	7	38,9%
<b>Nivel social</b>		
1	1	5,6%
2	2	11,1%
3	8	44,4%

<sup>55</sup> QUICENO, Japcy Margarita; ALPI, Stefano Vinaccia. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología desde el Caribe*, 2012, vol. 29, no 1, p. 95

<sup>56</sup> CARRILLO, Gloria Mabel, et al. El blog como herramienta de soporte social para personas con enfermedad crónica. *Ciencia y enfermería*, 2011, vol. 17, no 3, p. 137-149.

4	7	38,9%
<b>Nivel espiritual</b>		
1	0	0%
2	1	5,6%
3	7	38,9%
4	10	55,6%

Los niveles de bienestar se midieron como físico, psicológico-emocional, social y espiritual la mayoría los pacientes calificaron estos niveles de bienestar, principalmente en los niveles de satisfacción más altos, encontrando que el nivel espiritual fue el de mayor satisfacción (tabla 7). Cabe resaltar que el 100% de los pacientes declararon ser católicos en el que los niveles del compromiso religioso fueron alto 10/18 (55,6%) y medio 8/18 (44,4%). Así mismo lo demuestra Aldana<sup>57</sup> en donde el 52,7% de los participantes perciben un bienestar físico y los demás niveles de bienestar muestran resultados altos que varían entre el 65% y 85%.

**Tabla 8.** Tabla de contingencia uso de TICs

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>MUJER</b>	6	7
<b>HOMBRE</b>	3	2

**Tabla 9.** Frecuencias y porcentajes de uso de TICs

<b>Tipos de Tics</b>	<b>Número de personas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Televisor</b>		
Alto	7	38,9%
Medio	9	50%
Bajo	2	11,1%

<sup>57</sup> ALDANA. Op. cit., p. 268.

<b>Radio</b>		
Alto	1	5,6%
Medio	4	22,2%
Bajo	13	72,2%
<b>Computador</b>		
Alto	3	16,7%
Medio	1	5,6%
Bajo	14	77,8%
<b>Teléfono</b>		
Alto	5	27,8%
Medio	6	33,3%
Bajo	7	38,9%
<b>Internet</b>		
Alto	5	27,8%
Medio	2	11,1%
Bajo	11	61,1%

En el uso de las TICs se encontró que las mayorías hacen uso de estas con respecto al manejo de su diagnóstico (tabla 8), en el que el televisor es la TIC más usada, mientras que el radio, internet y el computador son los menos usados, el teléfono mostró ser la TIC que cuenta tanto con su uso como su poco uso similar por parte de los pacientes (tabla 9).

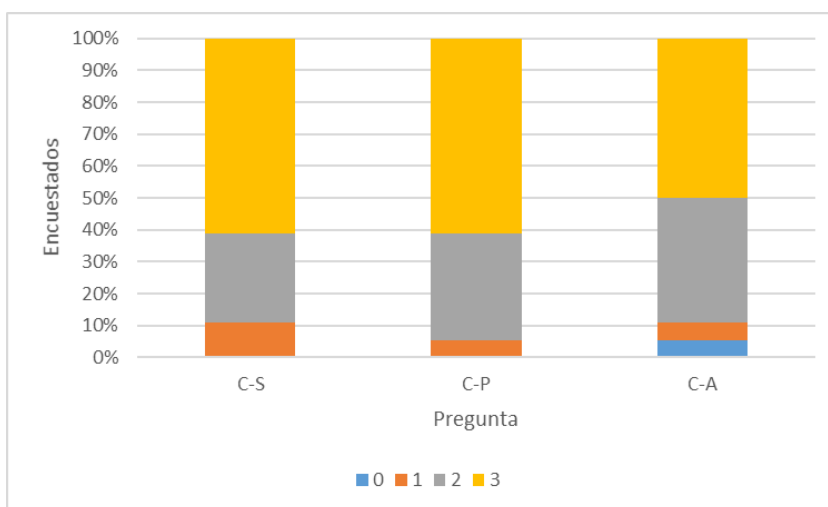
En la investigación realizada por Sánchez<sup>58</sup> esta resalta que un 78,8% de los participantes hacen uso de las tecnologías de la información y comunicación para apoyar su cuidado siendo el televisor la más utilizada, y encontrándose en el segundo lugar el teléfono, similitud que presenta con la investigación.

---

<sup>58</sup> SÁNCHEZ. Op. cit., p. 142

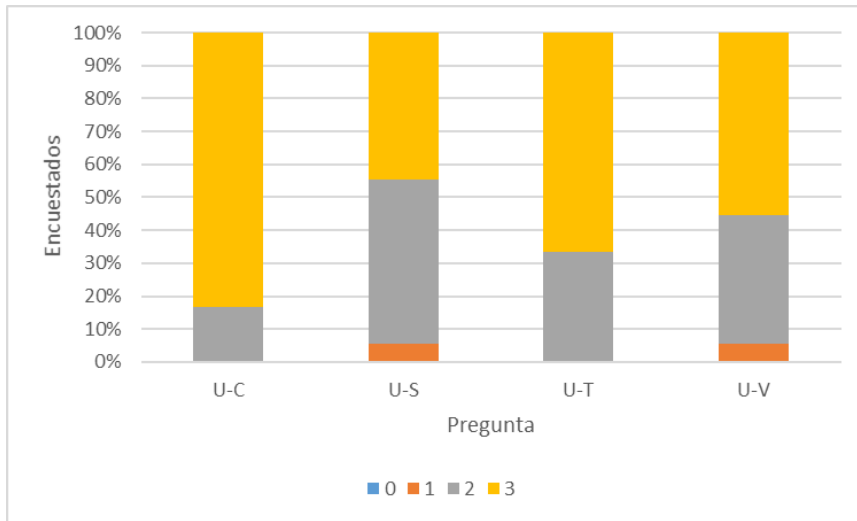
## 7.2. TRATAMIENTO “PRE”

El tratamiento que se clasifica como “pre”, corresponde al grupo de pacientes en que se midieron las variables del estudio antes de la intervención hecha. Este grupo estuvo conformado por 18 personas, todos mayores de edad y con diagnóstico médico de una enfermedad considerada crónica.



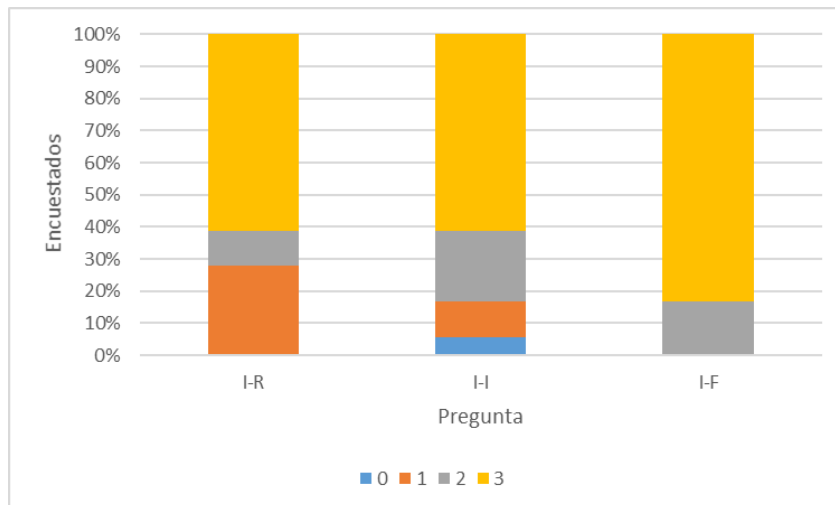
**Figura 1** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes antes de la intervención en las preguntas de conocimiento

En las preguntas referidas como conocimiento, los encuestados en el tratamiento “pre” mostraron en su mayoría, en las tres preguntas, la calificaron como casi siempre o siempre. En la pregunta sobre conocer signos de alarma de la condición que padecen, un encuestado respondió casi nunca o nunca (figura 1).



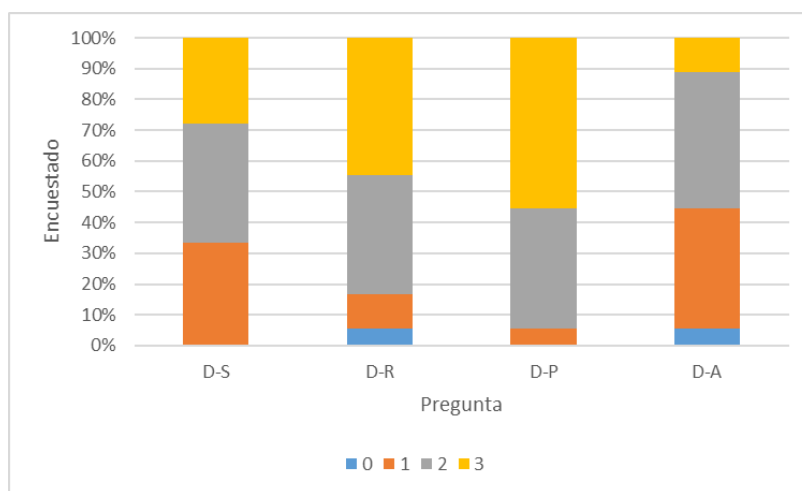
**Figura 2.** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes antes de la intervención en las preguntas de unicidad

En el grupo de preguntas de unicidad, se encontró que la mayoría de los encuestados consideran que pueden realizar el cuidado de su condición en casa, pero en la pregunta en que se esperaba conocer si superan sentimientos de culpa ligados a su condición de salud, el 50% lo calificaron como con frecuencia, existiendo una calificación mayor (siempre o casi siempre), por lo que, existe algo de dificultad (figura 2).



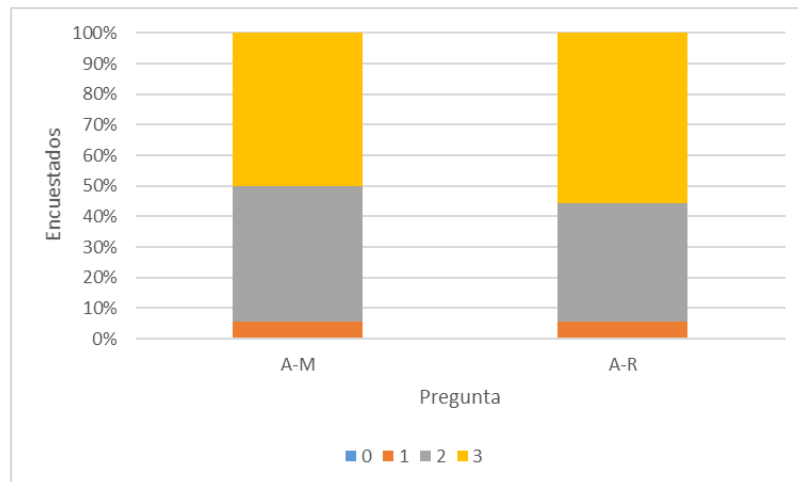
**Figura 3.** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes antes de la intervención en las preguntas de instrumental y procedimental.

En las respuestas a las preguntas denominadas instrumental y procedimental se obtuvieron la mayoría de las respuestas como casi siempre o siempre (3), sin embargo, en la pregunta sobre la organización del apoyo instrumental para su cuidado mostró algunos encuestados con respuestas de pocas veces y casi nunca (figura 3).



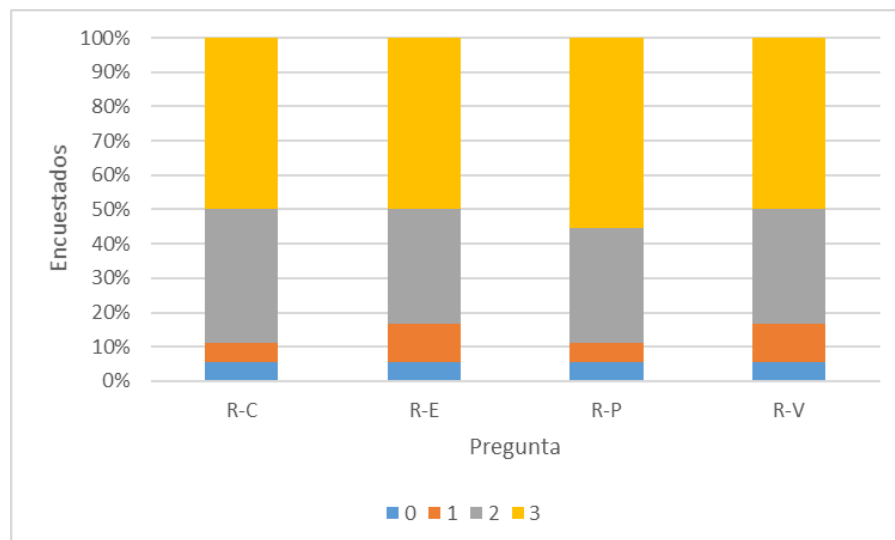
**Figura 4.** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes antes de la intervención en las preguntas denominadas disfrutar

En el grupo de preguntas denominadas disfrutar, el patrón de las respuestas cambió ampliamente al compararlo con los otros grupos de preguntas. Los encuestados consideran que de alguna manera el estado de salud en la que se encuentran afecta su desarrollo personal, como se ve en la última barra y la satisfacción del estado de su salud es muy variable en este grupo, pudiéndose observar en la primera columna (figura 4).



**Figura 5.** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes antes de la intervención en las preguntas anticipación.

Las dos preguntas que se relacionan con la condición de anticipación, más del 50% de los encuestados consideran prevé los riesgos y organiza los recursos necesarios para el cuidado propio, sin embargo, entre el 38% y el 44% consideraron un poco más baja la calificación en esta pregunta considerando como frecuente en este ítem (figura 5).

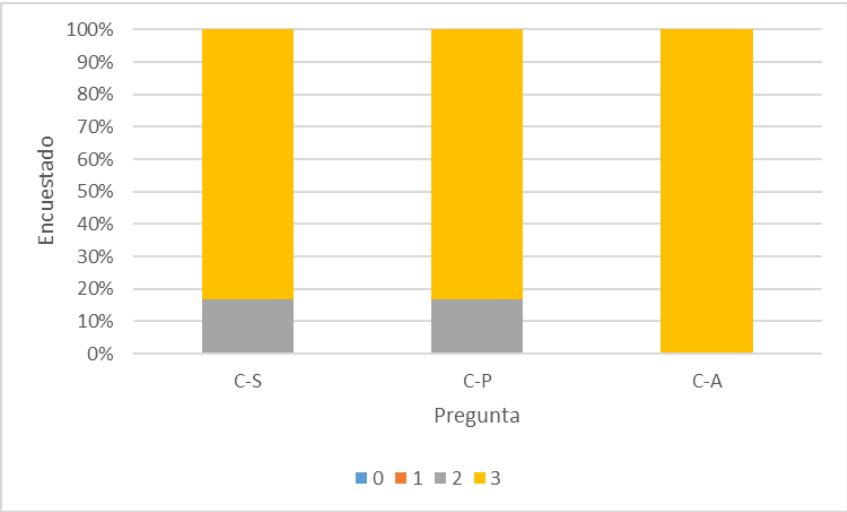


**Figura 6.** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes antes de la intervención en las preguntas sobre relación social e interacción

Dentro de las preguntas realizadas para conocer la percepción sobre la relación social e interacción de los encuestados, se pudo determinar que en todas las preguntas al menos la mitad (50%) consideran que casi siempre o siempre tienen respaldo de terceros y son capaces de mantener abiertos los canales de comunicación. Sin embargo, existen encuestados que consideran que casi nunca o nunca tienen buenas condiciones en cuanto a la relación social e interacción relacionado con su condición crónica en salud (figura 6).

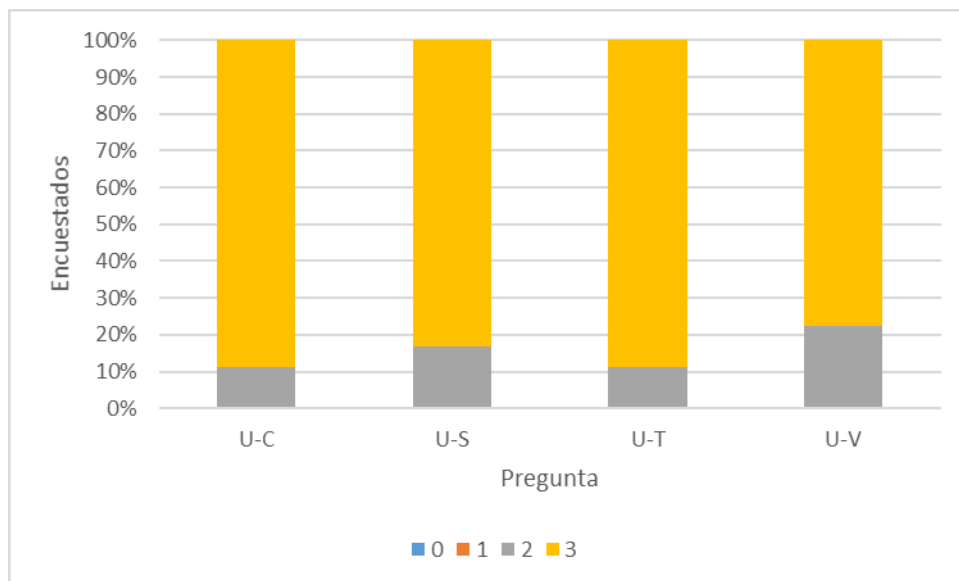
### 7.3. TRATAMIENTO “POST”

Se aplicó la encuesta en la misma población que el tratamiento “pre”, con la diferencia que los datos que se presentan a continuación se obtuvieron después de aplicar la intervención. Por lo que la caracterización es la misma. Participaron 18 personas, todos mayores de edad y con diagnóstico médico de una enfermedad considerada crónica. El 72% (13/18) de los participantes del estudio fueron mujeres y el 28% (5/18) hombres.



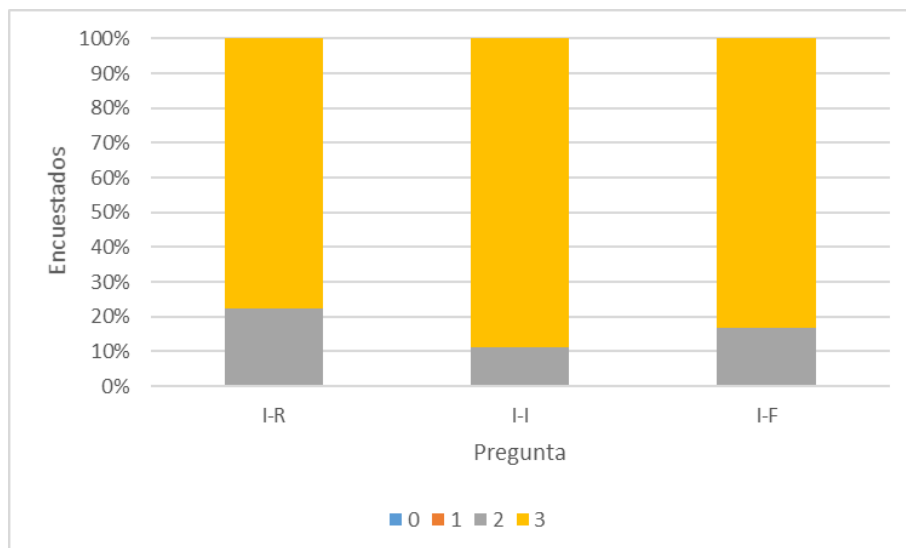
**Figura 7.** Gráfica de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes después de la intervención en las preguntas de conocimiento

Las preguntas referentes a conocimiento las respuestas se centraron en las dos de mayor puntuación. Es así como en la pregunta sobre signos de alarma en su condición de salud, el 100% de los encuestados reportó conocer dichos signos casi siempre o siempre (figura 7).



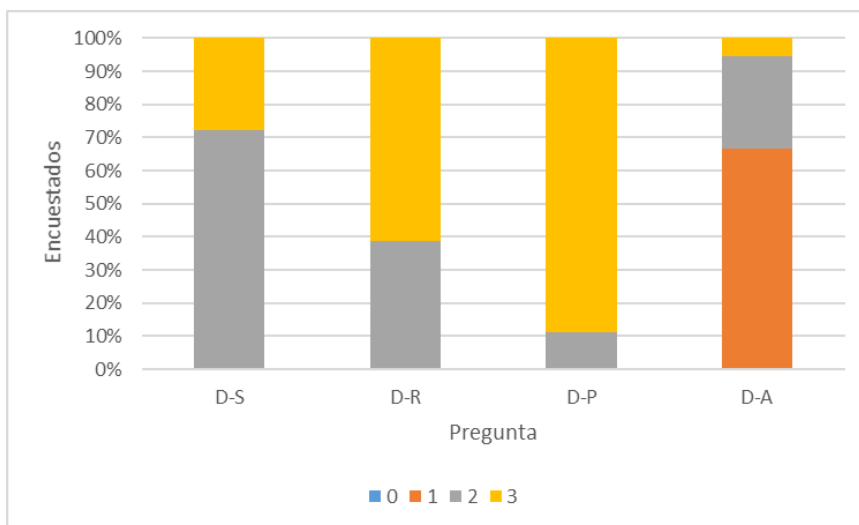
**Figura 8.** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes después de la intervención en las preguntas de unicidad

En las preguntas que se clasificaron como unicidad, similar al comportamiento de las preguntas de conocimiento, todas las respuestas se mantuvieron entre los dos más altos calificativos. Las preguntas sobre cuidado en casa y la simplificación del cuidado fueron las que obtuvieron la mayor frecuencia en respuestas de casi siempre y siempre (figura 8).



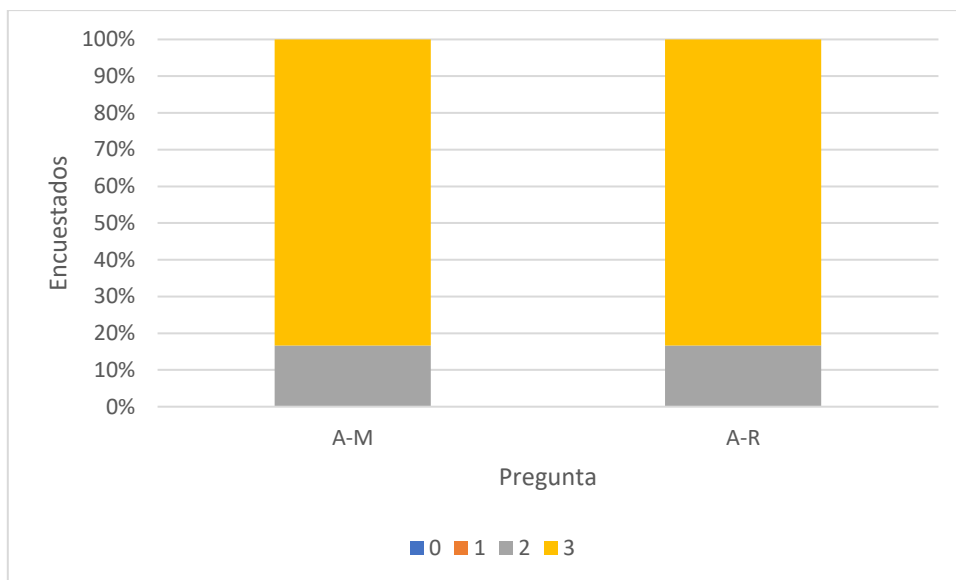
**Figura 9.** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes después de la intervención en las preguntas de instrumental y procedimental

En el ítem de instrumental y procedimental mostró que más del 70% de los encuestados respondieron casi siempre o siempre en las preguntas sobre el uso de medicamentos, seguir las recomendaciones del equipo de salud y organizar el instrumental para su atención (figura 9).



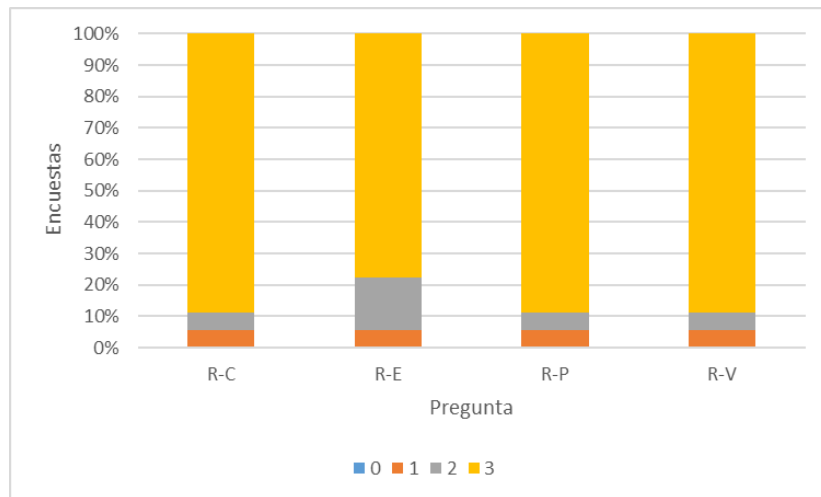
**Figura 10.** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes después de la intervención en las preguntas denominadas disfrutar

En el grupo de preguntas denominadas disfrutar, se encontró que los encuestados califican en la pregunta de satisfacción con la condición de salud, con frecuencia. Por otro lado, la mayoría de los encuestados consideran que su estado de salud afecta su desarrollo personal pocas veces (figura 10)



**Figura 11.** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes después de la intervención en las preguntas anticipación

Las dos preguntas que se relacionan con la condición de anticipación, se obtuvieron que el 75% de los encuestados contestaron que casi siempre o siempre prevén riesgos y organizan los recursos necesarios para mantener un buen status de salud (figura 11).



**Figura 12.** Gráfico de columnas apiladas mostrando los porcentajes en las respuestas de los pacientes después de la intervención en las preguntas sobre relación social e interacción

En las preguntas referentes a la relación social e interacción de los encuestados se encontró que después de la intervención las respuestas de casi siempre y siempre en la codificación R-E obtuvo el 78% y en las tres preguntas restantes se alcanzó el 88% (figura 12).

### **Impacto de la intervención de enfermería en el autocuidado**

#### **7.4. TRATAMIENTO “PRE” Y “POST”**

Con relación a las preguntas y comparando con la prueba de McNemar antes y después de la intervención se encontraron 15 preguntas con diferencias basadas en el resultado del  $p$  valor con un Alpha de 0,05. En aquellos que no se encontró evidencia de diferencias se acepta la  $H_0$ : La intervención de enfermería de autocuidado en personas con enfermedad crónica no induce cambios en las respuestas, por tanto, los cambios se deben al azar.

El grupo de preguntas con mayores diferencias fueron los grupos de anticipación y los de relación social e interacción en los que se encontró diferencia en todas las preguntas hechas, sin embargo, en todos los grupos de pregunta se encontró diferencia en alguna

de las preguntas realizadas, mostrando que la intervención mostró efectos sobre los pacientes participes de la investigación (tabla 10).

**Tabla 10.** Distribución de frecuencias y p valor obtenido en la prueba de McNemar en el tratamiento “pre” y “post” de la intervención de enfermería de autocuidado en personas con enfermedad crónica.

Código (pregunta)	Calificación	pre		post		p
		N	%	n	%	
C-S	0	0	0	0	0	NS
	1	2	11,1	0	0	
	2	5	27,8	3	16,7	
	3	11	61,1	15	83,3	
C-P	0	0	0	0	0	<0,05
	1	1	5,6	0	0	
	2	6	33,3	3	16,7	
	3	11	61,1	15	83,3	
C-A	0	1	5,6	0	0	<0,05
	1	1	5,6	0	0	
	2	7	38,8	0	0	
	3	9	50	18	100	
U-C	0	0	0	0	0	NS
	1	0	0	0	0	
	2	3	16,7	2	11,1	
	3	15	83,3	16	88,9	
U-S	0	0	0	0	0	<0,05
	1	1	5,6	0	0	
	2	9	50	3	16,7	
	3	8	44,4	15	83,3	
U-T	0	0	0	0	0	<0,05
	1	0	0	0	0	
	2	6	33,3	2	11,2	
	3	12	66,7	16	88,9	
U-V	0	0	0	0	0	<0,05
	1	1	5,6	0	0	
	2	7	38,9	4	22,2	
	3	10	55,5	14	77,8	
I-R	0	0	0	0	0	NS

	1	5	27,8	0	0	
	2	2	11,1	4	22,2	
	3	11	61,1	14	77,8	
<b>I-I</b>	0	1	5,6	0	0	<0,05
	1	2	11,1	0	0	
	2	4	22,2	2	11,2	
	3	11	61,1	16	88,9	
<b>I-F</b>	0	0	0	0	0	NS
	1	0	0	0	0	
	2	3	16,7	3	16,7	
	3	15	83,3	15	83,3	
<b>D-S</b>	0	0	0	0	0	<0,05
	1	6	33,3	0	0	
	2	7	38,9	3	16,7	
	3	5	27,8	15	83,3	
<b>D-R</b>	0	1	5,6	0	0	<0,05
	1	2	11,1	0	0	
	2	7	38,9	7	38,9	
	3	8	44,4	11	61,1	
<b>D-P</b>	0	0	0	0	0	<0,05
	1	1	5,6	0	0	
	2	7	38,9	2	11,1	
	3	10	55,5	16	88,9	
<b>D-A</b>	0	1	5,6	0	0	NS
	1	7	38,9	12	66,6	
	2	8	44,4	5	27,8	
	3	2	11,1	1	5,6	
<b>A-M</b>	0	0	0	0	0	<0,05
	1	1	5,6	0	0	
	2	8	44,4	3	16,7	
	3	9	50	15	83,3	
<b>A-R</b>	0	0	0	0	0	<0,05
	1	1	5,6	0	0	
	2	7	38,9	3	16,7	
	3	10	55,5	15	83,3	
<b>R-C</b>	0	1	5,6	0	0	<0,05
	1	1	5,6	1	5,6	
	2	7	38,8	1	5,6	
	3	9	50	16	88,8	
<b>R-E</b>	0	1	5,6	0	0	<0,05

	1	2	11,1	1	5,6	
	2	6	33,3	3	16,7	
	3	9	50	14	77,7	
R-P	0	1	5,6	0	0	<0,05
	1	2	5,6	1	5,6	
	2	6	33,3	1	5,6	
	3	10	55,5	16	88,8	
R-V	0	1	5,6	0	0	<0,05
	1	2	11,1	1	5,6	
	2	6	33,3	1	5,6	
	3	9	50	16	88,8	

NS: No significativo

En la dimensión *Conocimiento* se evidencia que en pre intervención el 61,1% de los participantes refieren que casi siempre o siempre tienen conocimiento sobre el seguimiento, los procedimientos y los signos de alarma de su enfermedad, pero solo el 11,1% refiere que casi nunca o nunca reconoce los signos de alarma en su condición de salud, en cuanto a los resultados del post intervención se evidencio que el 83,3% de los participantes refieren que casi siempre o siempre tienen conocimiento del comportamiento de su enfermedad. sin embargo, en donde el primer ítem no registró una diferencia significativa en los resultados pre y post intervención. Así mismo lo expuso Carrillo<sup>59</sup> en un estudio, donde la dimensión conocimiento en los resultado pre intervención un nivel bajo de 21,4%, a diferencia de la post intervención que muestra un cambio significativo en un nivel alto de 77,9%; con esto se deduce que por medio de intervenciones por parte del profesional de enfermería es efectiva, ya que se le brinda a los pacientes información respecto a la enfermedad, las indicaciones del tratamiento y las actividades a realizar en la vida cotidiana.

En los ítems con respecto a la dimensión *Unicidad*, en la pre intervención se encontró que el 83,3% de los participantes consideran que pueden realizar el cuidado de su condición en casa, el 50% de ellos calificaron como con frecuencia la superación de

<sup>59</sup> CARRILLO, Gloria Mabel, et al. Efecto de una intervención educativa para cuidadores familiares de personas con cáncer en cirugía. *Enfermería Global*, 2021, vol. 20, no 1, p. 401

sentimiento de culpa ligados a su condición de salud, por lo que existe algo de dificultad al momento de controlar los sentimientos; sin embargo, los resultados post intervención demuestran que el todos los ítems se mantuvieron entre los dos más altos calificativos, el 83,3% de los participantes expresaron que casi siempre o siempre superaban los sentimientos de culpa ligados a su condición de salud, lo que demuestran cambios significativos con respecto al pre y post intervención de este ítem. Resultados similares presento Carrillo<sup>60</sup> en su estudio, donde los resultados pre intervención en la dimensión unicidad en un nivel medio de 58,6%, en comparación a los resultados post intervención donde se evidencia un cambio significativo en un nivel alto de 80,7%; demostrando que por medio de la intervención se logró que los participantes pueden autoreflexionar de manera positiva sobre los sentimientos que genera su condición de salud en su vida cotidiana.

De acuerdo a la dimensión *Instrumental y Procedimental* se evidencia que en el ítem relacionado a la organización del apoyo instrumental los participantes tuvieron como resultado pre intervención un 61,1%, aumentando en la post intervención a un 88,9% evidenciando un efecto positivo de la intervención aplicada. Así mismo, se resalta el ítem correspondiente al seguimiento de las recomendaciones prescritas por el equipo de salud el cual durante la pre intervención representó un 61,1% aumentando al 77,8% una vez aplicada la intervención, lo que permite probar que la población comprendió la importancia de adoptar las recomendaciones que generen beneficios a su situación de salud. En lo que corresponde al ítem del uso adecuado de los medicamentos no se mostró significación alguna, pero se resalta el alto nivel que tienen los participantes en ejercer esta acción. Esto se podría comparar con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Mesa<sup>61</sup> se puede evidenciar que de la población abordada, presento un promedio de 8,75 antes de la intervención, en resultados post intervención obtuvo un promedio de 8,9 mostrando un mínimo aumento pero satisfactorio de la efectividad de la intervención educativa aplicada dirigida a fortalecer la competencia para el cuidado en el

---

<sup>60</sup> *Ibíd.* p. 401

<sup>61</sup> MESA, Mónica Liliana, et al. Efecto de una intervención de enfermería en mujeres con cáncer de mama en el postoperatorio. *Psicooncología*, 2019, vol. 16, no 2, p. 273.

hogar, considerándola como una variable importante para el proceso de salud que involucra aspectos procedimentales como informacionales de la patología.

En lo que corresponde a la dimensión *Disfrutar*, los resultados obtenidos para el ítem de la satisfacción de la persona sobre su condición de salud actual un 33,3% responde pocas veces y otro 66,9% afirma que con frecuencia y casi siempre o siempre, esto evidenciado en la pre intervención. Posterior a la aplicación de esta se puede observar que la intervención aplicada permitió fortalecer la satisfacción que tienen las personas sobre su situación de salud mostrando la disminución del 33,3% de los que respondieron pocas veces a un 0%, además se pudo observar que del 27,8% que respondieron casi siempre o siempre aumentó con gran significación a un 83,3% lo que permite ver que aumentó en las personas la satisfacción de su condición de salud actual. Esto se podría comparar con el estudio realizado por Aldana<sup>62</sup> el cual demuestra que tan solo un 43,9% de los participantes se sienten satisfechos con su condición de salud, poniendo en evidencia la importancia de poner en práctica intervenciones que fomenten el grado de bienestar de la persona e impacte positivamente en su calidad de vida.

Respecto al segundo ítem relacionado con la energía de la persona para responder a su propio cuidado pudimos observar que para la pre intervención el 11,1% mencionó que pocas veces, el 38,9 con frecuencia y el 44,4% restante responde casi siempre o siempre, una vez aplicada la intervención los resultados aumentaron siendo más la población, un 61,1% que respondió casi siempre o siempre, manteniéndose sin resultado significativo el 38,9% que respondieron con frecuencia y disminuyendo quienes mencionaron tener poca energía para cumplir con su propio cuidado a un 0%.

De acuerdo al desarrollo del plan de vida de la persona, en los resultados “pre” el 55,5% de los participantes respondieron que casi siempre o siempre pueden desarrollarlo sin considerar su situación salud, un 38,9% respondió con frecuencia y el 5,6% restante mencionó que pocas veces. Al ser aplicada la intervención aumento significativamente a un 100% la población que considera que su plan de vida no está siendo afectado por su

---

<sup>62</sup> ALDANA. Op. Cit., p. 265-273.

condición de salud, permitiendo demostrar que la intervención influyó positivamente en el grado de bienestar de la persona, así como su satisfacción personal relacionada con la calidad de vida percibida.

El último ítem de la dimensión hace referencia a si la persona considera que su situación de salud no le impide desarrollar actividades personales. En la pre intervención un 55,5% de los encuestados respondieron que con frecuencia y casi siempre o siempre, un 38,9% menciona que pocas veces y el 5,6% restante indicó que casi nunca o nunca. Respecto a la post intervención, disminuyó a un 33,4% quienes indicaron que casi siempre o siempre y con frecuencia, aumentando a un 66,6% la población que considera que pocas veces su condición de salud le impide realizar sus actividades.

Estos resultados coinciden con lo que menciona Carrillo<sup>63</sup> en otro estudio realizado llamado “Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia” en donde se puede evidenciar que en la dimensión de disfrutar el 87,3% de los participantes se encuentran dentro de los niveles alto y medio, reflejando en ellos actitudes de empoderamiento, confianza, y capacidad de automanejo de su enfermedad y su propio cuidado; pero así mismo es considerable el fortalecimiento de sus capacidades mediante intervenciones que promuevan una buena competencia de cuidado en el hogar.

Por otro lado, en la dimensión de *Anticipación* en los resultados del tratamiento pre, se evidencio en cuanto a las preguntas ¿preveo manejo de riesgos y de necesidades de mi cuidado? y ¿organizo los recursos necesarios para mi cuidado?, algunos encuestados respondieron pocas veces y con frecuencia, en comparación a los resultados del tratamiento post, 15 de los encuestados respondieron en ambas preguntas casi siempre o siempre equivaliendo al 83,3 % donde se evidencia un cambio significativo, así mismo, en un artículo realizado por CARRILLO, Gloria Mabel, et al.<sup>64</sup> Describe el efecto pre y post de una intervención educativa, en el ítem de anticipación registra un resultado pre

---

<sup>63</sup> CARRILLO, Gloria Mabel, et al. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 2015, vol. 63, no 4, p. 665-675.

<sup>64</sup> CARRILLO. op. cit., p. 401.

de un nivel alto del 75,2% pero después de la intervención aumenta el nivel a un 91%, dando como resultado que la intervención educativa fomenta la competencia del cuidado en el hogar.

Continuando, con la dimensión de *Relación social e interacción* en la aplicación del tratamiento pre se evidencia que 1 encuestado en las preguntas que hacen referencia si la persona logra el respaldo de otras personas para apoyar su cuidado, si mantiene tranquilidad emocional con personas que lo apoyan, si busca comunicarse efectivamente con personas que lo apoyan y si fortalece vínculos de afecto con las personas que lo apoyan a su cuidado, responden casi nunca o nunca y algunos pocas veces, en cuanto a casi siempre o siempre se evidencia que se encuentran en un rango igual o mayor al 50%, en comparación con el tratamiento post donde da como resultado después de la aplicación del recurso educativo que en todas las preguntas del ítem dan como resultado un cambio significativo >83%, del mismo modo según Bustos, *et al.*<sup>65</sup> en un estudio realizado en personas con enfermedad crónica registro que el 75,5% de los participantes reportan niveles altos a nivel de apoyo social e interacción, en cuanto a los resultados post intervención se observa un mínimo aumento del 79,6%.

---

<sup>65</sup> BUSTOS, Adriana Hernández; MARTÍNEZ, María Victoria Rojas; RODRÍGUEZ, Gloria Naidú Cuevas. La autopercepción del apoyo social del paciente con enfermedad crónica, mediado por tecnología. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2019, vol. 21, no 2. P. 5.

## 8. CONCLUSIONES

La aplicación de la intervención de enfermería de autocuidado tuvo efecto en la población adulta y adulta mayor abordada, lo que demostró que el uso de intervenciones mediante un recurso educativo favorece la competencia para el cuidado en el hogar.

Abarcando las dimensiones, En la dimensión de conocimiento se evidenció una comparación significativa en los resultados estadísticos referente a la pregunta ¿Conozco los signos de alarma en mi condición de salud? Teniendo en cuenta que en el tratamiento pre el 50% de la población manifestó conocerlos, aumentando significativamente este resultado en la post intervención evidenciando un incremento en el conocimiento del 100%.

Con relación a la dimensión de conocimiento se evidenció un aumento significativo referente a la pregunta ¿Conozco los signos de alarma en mi condición de salud? teniendo en cuenta que en el tratamiento post intervención se observó un incremento del 50% con relación a lo encontrado en el tratamiento pre intervención.

En la dimensión de unicidad se encontró en el tratamiento pre un déficit marcado en cuanto al control de sentimientos como culpa o rabia y el establecimiento del plan de vida de las personas encuestadas, mostrando cambios importantes después de la aplicación de la intervención los cuales fortalecieron los mecanismos de afrontamiento en la persona.

En la dimensión disfrutar se evidencio un cambio significativo post intervención, en cuanto a la satisfacción de la persona con su condición de salud que le permite desarrollar su plan de vida, revelando una mejor percepción de la persona sobre su calidad de vida.

En las dimensiones Anticipación y Relación social e Interacción se observa un aumento significativo con un resultado >80% en post intervención evidenciando que la intervención de autocuidado mostro efectos favorables y apporto de forma positiva al fortalecimiento de las labores de cuidado y de redes de apoyo.

En las dimensiones instrumental y procedimental no hubo cambios significativos, se mantuvo en un porcentaje de 83,3 antes y después de implementar la intervención de enfermería, considerando que esto se debe a que no existía un déficit marcado en esta dimensión.

De las 6 dimensiones contempladas en el Instrumento Competencia para el Cuidado Paciente (versión abreviada), en 4 de ellas se observó un cambio significativo favorable respecto al tratamiento antes de la intervención lo que indica que la aplicación de un recurso educativo genera un cambio significativo en la competencia del cuidado del hogar en pacientes con ECNT.

## 9. RECOMENDACIONES

Durante el desarrollo de esta investigación, cuando se aplicó el instrumento “Competencia para el Cuidado Paciente (versión abreviada)”, en el planteamiento de la pregunta “¿El cuidado de mi salud no me impide desarrollar otros asuntos o actividades personales?” que pertenece a la dimensión Unicidad, se encontró confusión en la interpretación de dicha pregunta por parte de las personas participantes del estudio por lo cual consideramos que se requiere revisar la formulación de esta pregunta para garantizar la interpretación y el análisis.

De acuerdo a los resultados de esta investigación, es de gran importancia que los estudiantes de enfermería continúen abordando investigaciones para el adulto y adulto mayor con enfermedad crónica relacionadas con la competencia del cuidado con el fin de proponer intervenciones que fomenten el autocuidado en el hogar.

Teniendo en cuenta que la cartilla educativa tuvo efecto en las intervenciones con los adultos y adultos mayores con enfermedades crónicas se recomienda que sea empleada en otras intervenciones y realizar estudios comparativos con otro tipo de recursos y de esta manera evaluar su efectividad.

De igual manera, se recomienda la realización de estudios posteriores donde se incluyan otras enfermedades crónicas no abordadas en este estudio y con poblaciones más amplias que permitan generar futuras estrategias que influyan positivamente en promover cuidado en el hogar.

Debido a la pandemia por COVID-19 se presentaron dificultades en el abordaje de mayor cantidad de población, lo que hace necesario que se recomiende realizar intervenciones post pandemia debido a que la población con enfermedades crónicas es considerada vulnerable y en alto riesgo de contagio siendo fundamental el fortalecimiento de la competencia de cuidado en el hogar.

## BIBLIOGRAFÍA

ABARCA, S. and NASSAR, H. psicología del adulto, Citado por, DÍAZ, Wendy Alpízar. Hacia la construcción del concepto integral de adultez. *Enfermería actual en Costa Rica*, 2006, no 10. p. 2.

ABAUNZA FORERO, Carol Iván, et al. *Adultos mayores privados de la libertad en Colombia*. Editorial Universidad del Rosario, 2014. Pág.64-66.

ACOSTA, Margarita Pereda. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Revista de Enfermería Neurológica*, 2011, vol. 10, no 3, p. 165.

ALDANA, Erika Alexandra, et al. Competencia para el cuidado (CUIDAR) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 2016, vol. 19, no 3, p. 267.

ALVARADO GARCÍA, Alejandra María; SALAZAR MAYA, Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 2014, vol. 25, no 2, p. 57.

BARATARRECHEA, Andrea. Las enfermedades crónicas: primera parte. *Evid. actual. práct. ambul*, 2010, p.68.

BUSTOS, Adriana Hernández; MARTÍNEZ, María Victoria Rojas; RODRÍGUEZ, Gloria Naidú Cuevas. La autopercepción del apoyo social del paciente con enfermedad crónica, mediado por tecnología. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2019, vol. 21, no 2. P. 5.

BUTCHER, Howard; BULECHEK, Gloria y DOCHTERMAN, Joanne M. PUIG, M<sup>a</sup> Elena García; HERRERA, Javier Torrenteras. "Las intervenciones de enfermería" como patrón pedagógico de e-learning, wiki y aplicación móvil. *Revista de Educación a Distancia (RED)*, 2013, no 39. p.21.

CARRILLO GONZÁLEZ, Gloria Mabel; SÁNCHEZ HERRERA, Beatriz; ELIZABETH, Vargas Rosero. Desarrollo y pruebas psicométricas del Instrumento "cuidar"-versión corta para medir la competencia de cuidado en el hogar. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 2016, vol. 48, no 2, p. 229.

CARRILLO, Gloria Mabel, et al. Efecto de una intervención educativa para cuidadores familiares de personas con cáncer en cirugía. *Enfermería Global*, 2021, vol. 20, no 1, p. 401.

CARRILLO, Gloria Mabel, et al. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 2015, vol. 63, no 4, p. 665-675.

CARRILLO, Gloria Mabel, et al. El blog como herramienta de soporte social para personas con enfermedad crónica. *Ciencia y enfermería*, 2011, vol. 17, no 3, p. 137.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Estatutaria 1581 de 2012.

COLOMBIA. CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA de 1991. Artículo 46.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Modelo Integral de Atención en Salud. 2019.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política Integral de Atención en Salud. 2016.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez 2014-2024.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Rutas Integrales de Atención en Salud. 2016.

FERNÁNDEZ, Madeleine Cecilia Olivella; BASTIDAS, Clara Victoria; AMAYA, Myriam Angélica Castiblanco. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. *Aquichan*, 2012, vol. 12, no 1, p. 56.

FLÓREZ, R. La protección de la intimidad económica con relación al dato financiero: en la jurisprudencia constitucional colombiana. *Bogotá: Ediciones. Unuala. Daniel Andrés Figueredo-De-Pérez, Jessica González-Tejeiro*, 2011.

GALLARDO, Karina; ACOSTA, Fanny Patricia Benavides; JIMÉNEZ, Rosario Rosales. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Ciencias de la Salud*, 2016, vol. 14, no 1, p. 103-114.

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA. Análisis de Situación de Salud, 2019. Pág. 176-182.

LÓPEZ BÁSTER, Jackeline, et al. Caracterización clínico epidemiológica de la hipertensión arterial en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2017, vol. 33, no 1, p. 5.

MELGAREJO, Lorena Mesa; ALGARRA, Ana Julia Carrillo; RUBIO, Fanny Moreno. La cronicidad y sus matices: estudio documental. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2013, vol. 15, no 2, p.100.

MELO MELO, Blanca, et al. Efecto del programa Plan de egreso en la díada persona con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares. *Enferm. clín.*(Ed. impr.), 2018, p. 36-45.

MESA, Mónica Liliana, et al. Efecto de una intervención de enfermería en mujeres con cáncer de mama en el postoperatorio. *Psicooncología*, 2019, vol. 16, no 2, p. 273.

MIGUEL SOCA, Pedro, et al. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Revista Finlay*, 2017, vol. 7, no 3, p. 155-167.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. “por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Estrategia de entorno educativo saludable Dirección de Promoción y Prevención Subdirección de Salud Ambiental. Colombia. 2018. P. 10.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430 de 1993. “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.

MINISTERIO DE SALUD, Análisis de Situación de Salud Colombia, 2020. Pág. 179-181.

MINISTERIO DE SALUD. Análisis de la situación en salud Colombia 2020 [en línea]. p. 222.

OREM, D, citado por HERNÁNDEZ, Ydalsys Naranjo; PACHECO, José Alejandro Concepción; LARREYNAGA, Miriam Rodríguez. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espiritana*, 2017, vol. 19, no 3. p. 4.

OREM, D. citado por PÁEZ RAMOS, Sandra. Relación lógica entre el Cuidado y las Enfermedades Crónicas. *Ene*, 2019, vol. 13, no 4. p.3

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, citado por MELGAREJO, Lorena Mesa; ALGARRA, Ana Julia Carrillo; RUBIO, Fanny Moreno. La cronicidad y sus matices: estudio documental. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2013, vol. 15, no 2, p.100.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, citador por XIMENA ANDREA, Cerón Bastidas, et al. Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. *Revista Nacional de Odontología*, 2014, vol. 10, no 19, p. 84.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, 2014. Pág. 8-9.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades crónicas no transmisibles [en línea]. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades crónicas no transmisibles, 2021.

PÁEZ RAMOS, Sandra. Relación lógica entre el Cuidado y las Enfermedades Crónicas. *Ene*, 2019, vol. 13, no 4. p.3.

Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC: OPS, 2014. p. 2.

POTES, María Pilar Escobar; PELÁEZ, Zoila Rosa Franco; ESCOBAR, Jorge Alberto Duque. El autocuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior. *Hacia la Promoción de la Salud*, 2011, vol. 16, no 2, p.134.

QUICENO, Japcy Margarita; ALPI, Stefano Vinaccia. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología desde el Caribe*, 2012, vol. 29, no 1, p. 95.

REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. SALCEDO, Priscila González; REYES, Alida Mireya Chaves. Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 2009, vol. 11, no 2, p. 68.

SÁNCHEZ, Laura Milena; CAR, Gloria Mabel. Competencia para el cuidado en el hogar diada persona con cáncer en quimioterapia. Cuidador familiar. *Psicooncología*, 2017, vol. 14, no 1, p. 137.

SECRETARIA DE DESARROLLO Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud municipio de Flandes - Tolima 2020 pág. 91-112.

SECRETARIA DE DESARROLLO, Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud municipio de Tocaima Cundinamarca 2019 pág. 44-84.

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, Análisis de Situación de Salud Huila, 2020. Pág. 155.

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud municipio de La Plata Huila 2020 pág. 176.

SECRETARIA DE SALUD. Análisis Situacional de Salud Tolima. 2020. Pag 80 – 105.

TRIBUNAL INTERNACIONAL DE NÜREMBERG. El Código de Núremberg. 1946.

ZAVALA-GONZÁLEZ, Marco Antonio; DOMÍNGUEZ-SOSA, Guadalupe. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2011, vol. 49, no 6, p. 585-590.

## ANEXOS

### Anexo A. Minimental

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

**MINIMENTAL**

PUNTAJE	ORIENTACIÓN		
/5	Diga en que:	1. Año	(1)
		2. Mes	(1)
		3. Día	(1)
		4. Día/semana	(1)
		5. Hora	(1)
/5	En que:	1. País	(1)
		2. Ciudad	(1)
		3. Departamento	(1)
		4. Hospital/ lugar	(1)
		5. Piso/ Sector	(1)

**MEMORIA**

/3	Diga tres nombres: <u>casa, mesa, árbol</u> . Un segundo para cada uno. Luego pida al paciente que los repita. Un punto por cada una. Repítalos hasta que el paciente los registre. Anota el número de ensayos requeridos	(3)
----	---	-----

**ATENCIÓN Y CALCULO**

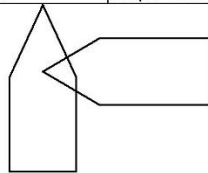
/5	Restar 100 – 7 en forma sucesiva. Pare a la quinta respuesta. Registre un punto por cada respuesta correcta (93, 86, 79, 72, 65)	(5)
	Decir los meses del año alrevez( Diciembre, Noviembre, Octubre, Septiembre, Agosto). Realizar uno u otro: (números o meses). MUNDO alrevez	

**EVOCACIÓN**

/3	De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerde.	(3)
----	---	-----

**LENGUAJE**

/2	Denominar dos objetos (reloj, lápiz)	(2)
/1	Repetir: <u>En un trigal había cinco perros.</u>	(1)
/3	Comprensión: obedecer una orden en tres etapas: "Tome la <u>hoja con su mano derecha, dóblela y póngala en el suelo</u> "	(3)
/1	Lea y obedezca las siguientes ordenes: "cierre los ojos"	(1)
/1	Escriba una frase ( sujeto – verbo)	(1)
/1	Copie el diseño	(1)



PUNTAJE \_\_\_\_\_ /30

INTERPRETACIÓN

**30 a 27 Pts = Normal**  
**24 a 26 Pts = Deterioro leve**

## Anexo B. Consentimiento informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA – PROGRAMA DE ENFERMERÍA

PROYECTO “*Implementación de una intervención de enfermería de autocuidado en personas con enfermedad crónica en los municipios de Flandes-Tolima, Tocaima-Cundinamarca y La Plata-Huila*”

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

Día/mes/año: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código del sujeto: \_\_\_\_\_

Este documento explica en qué consiste este estudio de investigación. Es importante que usted lea cuidadosamente esta información y que luego decida si desea participar o no como voluntario. El propósito es determinar “la competencia para el autocuidado en el hogar y la calidad de vida en el adulto mayor con enfermedad crónica. La duración de la investigación será el tiempo que se requiera para la recolección de datos, ejecución de la intervención y evaluación posterior.

#### PROCEDIMIENTOS:

Los procedimientos que le conciernen a usted como sujeto en este estudio incluyen la participación activa respondiendo libre y voluntariamente a los instrumentos:

- Para la caracterización del contexto y de la población objeto de estudio: “Ficha de caracterización de la persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D1 versión 5.3 del 2018” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.
- Instrumento capacidad del cuidado para el paciente (versión abreviada) versión 6. 22 de enero del 2015.
- Cuestionario corto portátil de valoración de estado mental MINIMENTAL.
- Participación en desarrollo de actividades propuestas en el recurso educativo

#### POSIBLES RIESGOS O INCOMODIDADES:

No se prevé ningún riesgo serio para los sujetos en este proyecto de investigación, pero de pronto si algunas incomodidades dadas por temor al responder algunas preguntas de índole muy personal o que involucren juicios de valor (sentirse juzgado).

Los beneficios para usted por su participación en el estudio son:

- Reconocimiento y retroalimentación de la persona con enfermedad crónica.
- Contribución para fomentar las medidas de autocuidado en casa.

**CONFIDENCIALIDAD:**

Se realizará todo esfuerzo para asegurar que los hallazgos de este estudio sean confidenciales. Copias de los documentos de este estudio serán conservados en el archivo del investigador y coinvestigador por un período mínimo de dos años. Los hallazgos de este estudio podrán ser publicados o presentados en reuniones sin revelar su nombre o identidad. Se protegerán sus derechos y privacidad; no obstante, los investigadores asociados con esta investigación tendrán acceso a los documentos e información relacionados con este estudio, (Ley 2266 de 2008. Hábeas Data). De acuerdo a la ley 1581 de 2012 se tendrá presente el procedimiento a seguir para la obtención de la información y el manejo y la confidencialidad de los datos personales de cada uno de los participantes de los datos.

**Su participación en este estudio de investigación es absolutamente voluntaria**, por lo tanto, no habrá ningún tipo de remuneración económica o compensación por su participación. Usted puede rehusarse a participar o puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee después de haber ingresado. La entrevista la realizarán los investigadores asegurando libertad y confianza para expresar inquietudes. Su firma confirma que ha leído y comprendido este documento. A usted se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y discutir con los investigadores su participación. Usted ha elegido participar en este proyecto de investigación libre y voluntariamente y en constancia firma el presente documento:

\_\_\_\_\_ Día/mes/año \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SUJETO VOLUNTARIO

\_\_\_\_\_ Día/mes/año \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_ Día/mes/año \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INVESTIGADOR

---


**DATOS DE CONTACTO DE LOS INVESTIGADORES**

*Si tiene alguna inquietud sobre el estudio, o si previa aceptación de ingreso al estudio decide retirarse puede contactarse con los investigadores:*

Asesor Investigación: Gloria Naidú Cuevas Rodríguez (gcuevas@cundinamarca.edu.co), Cel.3105692083  
Estudiantes investigadores:

María Alejandra Ceballos Ramón (mceballos@ucundinamarca.edu.co), Cel. 3176994581  
Luz Marily León Jaramillo (lmarilileon@ucundinamarca.edu.co), Cel. 3214764141  
Valentina López Moreno (vlopezm@ucundinamarca.edu.co), Cel.3228393325

## Anexo C. Autorización para tratamiento de datos personales

	<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: ASIr040</b>
	<b>PROCESO GESTIÓN SISTEMAS Y TECNOLOGÍA</b>	<b>VERSIÓN: 2</b>
	<b>AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE PARTICIPANTES EXTERNOS EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>VIGENCIA: 2020-11-17</b>
		<b>PAGINA: 80 de 88</b>

15.

### AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la Universidad de Cundinamarca, la cual en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, del Decreto 1377 de 2013 y el Decreto Único reglamentario 1074 de 2015 en los capítulos 25 y 26, informa que:

- La Universidad actuará como responsables del Tratamiento de Datos Personales de los cuales soy titular, conforme a la política de Tratamiento de Datos Personales de la Universidad disponible en el portal institucional [www.ucundinamarca.edu.co](http://www.ucundinamarca.edu.co), con las siguientes finalidades, favor indique con una X los ítems a los cuales usted otorga autorización:

a.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Participación en actividades relacionadas con el desarrollo de proyectos de investigación de la Universidad de Cundinamarca.
b.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Autoriza la captura y uso de imagen y video para publicación y divulgación del proyecto de investigación en el que participa, así como medios de comunicación impresos y digitales de la Universidad de Cundinamarca
c.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	En caso de requerirse, captura de datos biométricos para el desarrollo de proyectos de investigación de la Universidad de Cundinamarca.
d.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Comunicación vía correo electrónico o telefónico en el contexto del proyecto de investigación de la Universidad de Cundinamarca.

- Como titular de los datos tengo la facultad de contestar o no las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados que traten sobre información sensible o sobre datos de menores de edad.

Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo, la orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

- Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico [protecciondedatos@ucundinamarca.edu.co](mailto:protecciondedatos@ucundinamarca.edu.co)
- Declaro que se me ha informado de manera clara y comprensible que mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a revocarla o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos.
- Leído lo anterior y al diligenciar este formulario autorizo de manera previa, explícita e inequívoca a la Universidad de Cundinamarca, para el tratamiento de los datos personales suministrados dentro de las finalidades legales, aquí contempladas. Declaro ser el titular de la información reportada en este formulario y que la he suministrado de forma voluntaria, completa, confiable, veraz, exacta y verídica, además reconozco que los datos suministrados a la Universidad son ciertos, dejando por sentado que no se ha omitido o adulterado ninguna información.

**Nota:** Por favor diligencie y remita este documento, no se aceptan tachones o enmendaduras

INFORMACIÓN DEL TITULAR	
*Nombre(s)	*Apellido(s)
*Tipo Documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> País pasaporte	*Identificación No.
*Fecha Exp. Documento de Identidad: Año Mes Día <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	*Fecha diligenciamiento del presente documento: Año Mes Día <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
* Proyecto de Investigación en el que participará: _____	*¿Asiste de forma voluntaria? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
*¿Se encuentra en óptimas condiciones de salud? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de tener alguna alergia, afección o padecimiento favor indicarlo a continuación: _____	*Correo /Email  Teléfono fijo/celular:
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE QUE EL TITULAR SEA MENOR DE EDAD)	
*Nombre(s):	*Apellido(s):
*Tipo Documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> País pasaporte	*Identificación No.
*Fecha Exp. Documento de Identidad: Año Mes Día <input type="text"/> 11 <input type="text"/>	*Correo /Email  Teléfono fijo/celular:
Madre: <input type="checkbox"/> Padre: <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> (Asignado por ICBF o Entidad legal)  En caso de ser Representante Legal favor adjuntar copia del documento legal.	*Fecha diligenciamiento del presente documento: Año Mes Día <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
* FIRMA DE PADRE, MADRE O REPRESENTANTE LEGAL	

**Anexo D.** Ficha de caracterización de la diada cuidador – persona con enfermedad crónica gcpc-un-d1 versión 5.3 – 2018

FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE LA DIADA CUIDADOR- PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA GCPC-UN-D <sup>1</sup> , VERSION 5.3- 2018	
Institución donde se diligencia el instrumento: _____	
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b> Nombre: _____ Teléfono: _____	<b>INFORMACIÓN DEL CUIDADOR</b> Nombre: _____ Teléfono: _____
IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y SU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	1. IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DEL CUIDADOR Y SU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
<b>1.1 Diagnósticos Médicos:</b> _____	<b>1.1 Diagnósticos Médicos:</b> _____
<b>1.2. Género</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	<b>1.2 Género</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
<b>1.3. Edad</b> _____ años	<b>1.3 Edad</b> _____ años
<b>1.4 Grado Máximo de escolaridad</b> _____	<b>1.4 Grado Máximo de escolaridad</b> _____
<b>1.5 Departamento de Procedencia</b> _____	<b>1.5 Departamento de Procedencia</b> _____
<b>1.6 Lugar de Residencia:</b> Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>	<b>1.6 Lugar de Residencia:</b> Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>
<b>1.7 Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre	<b>1.7 Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre
<b>1.8 Ocupación</b> <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleado (a) <input type="checkbox"/> Trabajo Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros _____	<b>1.8 Ocupación</b> <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleado (a) <input type="checkbox"/> Trabajo Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros _____
<b>1.9 Estrato socioeconómico</b> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	<b>1.9 Estrato socioeconómico</b> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
<b>1.10. Tiempo que lleva con enfermedad crónica</b> _____	<b>1.10 ¿Cuida a la persona a su cargo desde el momento de su diagnóstico?</b> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>1.11. Religión</b> _____ Nivel de Compromiso Religioso Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>	<b>1.11 Religión</b> _____ Nivel de Compromiso Religioso Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>
<b>1.12. EPS</b> _____ ¿Otros Planes? Prepagada <input type="checkbox"/> Plan voluntario <input type="checkbox"/> Plan complementario <input type="checkbox"/> Póliza <input type="checkbox"/>	<b>1.12. EPS</b> _____ ¿Otros Planes? Prepagada <input type="checkbox"/> Plan voluntario <input type="checkbox"/> Plan complementario <input type="checkbox"/> Póliza <input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Ficha de la caracterización de la diada (Paciente-Cuidador) en situaciones de enfermedad crónica. Grupo de Cuidado de enfermería al Paciente Crónico, Universidad Nacional de Colombia, Versión 5.3., 6 de junio de 2018.

**2. PERCEPCIÓN DE CARGA Y DE APOYO**

**2.1 ¿Tiene un único cuidador?**

Sí  No   
Otro (s), ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_

**2.2 Número de horas de ayuda que requiere diariamente para su cuidado** \_\_\_\_\_

**2.3 Indique con una x los apoyos con los que cuenta y califique su nivel de satisfacción con respecto a los mismos, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo:**

Apoyo con que cuenta	Marque con x	Nivel de satisfacción			
		1	2	3	4
Psicológico					
Familiar					
Religioso					
Económico					
Social					
Otro. ¿Cuál?					

**2.4 La persona que lo cuida es:**

- Espos(a)                       Madre/padre  
 Hijo(a)                         Abuelo(a)  
 Amigo(a)                      Otro \_\_\_\_\_

**2.5 Percibe que para su familia, usted como paciente es una carga:**

Muy Alta  Alta  Moderada  Baja

**2.6 Al mirar su condición y calidad de vida actuales, cómo califica los siguientes niveles de bienestar, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo bienestar posible:**

Niveles de Bienestar	1	2	3	4
Físico				
Psicológico-Emocional				
Social				
Espiritual				

**2.1 ¿Es usted el único cuidador?**

Sí  No  otro (s), ¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_

**2.2. Tiempo que lleva como cuidador** \_\_\_\_\_

**2.2.1. Número de horas que usted cree que dedica diariamente al cuidado de su familiar** \_\_\_\_\_

**2.3 Indique con una x los apoyos con los que cuenta como cuidador y califique su nivel de satisfacción con respecto a los mismos, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo:**

Apoyo con que cuenta	Marque con x	Nivel de satisfacción			
		1	2	3	4
Psicológico					
Familiar					
Religioso					
Económico					
Social					
Otro. ¿Cuál?					

**2.4 ¿Ha tenido experiencias previas como cuidador?**

De quién(es): \_\_\_\_\_  
**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_  
**Tiempo como cuidador:** \_\_\_\_\_

**2.5 Nivel de percepción de carga según ZARIT:**

No sobrecarga   
 Sobrecarga leve   
 Sobrecarga intensa

**2.6 Al mirar su condición y calidad de vida actuales, cómo califica los siguientes niveles de bienestar. siendo 1 el mínimo y 4 el máximo bienestar posible:**

Niveles de Bienestar	1	2	3	4
Físico				
Psicológico-Emocional				
Social				
Espiritual				

**3. MEDIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**(TIC: Tecnologías de la información y la comunicación)**

**3.1. Autovaloración en el uso de las TIC's**

TIC's	Nivel de uso		
	Alto	Medio	Bajo
Televisión			
Radio			
Computador			
Teléfono			
Internet			
Otro. ¿Cuál?			

**3.2 ¿Para su autocuidado usted hace uso de las TIC's?**

Sí  No

**3.1 Autovaloración en el uso de las TIC's**

TIC's	Nivel de uso		
	Alto	Medio	Bajo
Televisión			
Radio			
Computador			
Teléfono			
Internet			
Otro. ¿Cuál?			

**3.2 ¿Para su cuidado o el de su familiar usted hace uso de las TIC's?**

Sí  No

## Anexo E. Instrumento competencia para el cuidado paciente (versión abreviada)



### INSTRUMENTO COMPETENCIA PARA EL CUIDADO PACIENTE (VERSIÓN ABREVIADA)

VERSIÓN 6. 22 DE ENERO DE 2015

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EN LA QUE SE DILIGENCIA EL INSTRUMENTO: \_\_\_\_\_

**Instructivo:** lea cada una de los siguientes enunciados y marque la opción con la cual se encuentre más cómodo. Utilizando para expresar Casi nunca o Nunca ó casi siempre o siempre en la escala de 0 a 3 al lado de cada afirmación. Señale con la X, el cuadro correspondiente a su opinión. No hay respuestas correctas o erradas. Por favor responda todas las preguntas.

	N°	No	ITEM	Casi Nunca o Nunca	Pocas Veces	Con	Casi Siempre o Siempre
			<b>CONOCIMIENTO</b>	☹ ☹	☹	😊	😊😊
<b>C</b>	1	37	Sé cómo hacer seguimiento de mis condiciones de salud	0	1	2	3
	2	40	Conozco cómo realizar los procedimientos requeridos para cuidarme	0	1	2	3
	3	41	Conozco los signos de alarma en mi condición de salud	0	1	2	3
			<b>UNICIDAD (CONDICIONES PERSONALES)</b>				
<b>U</b>	4	13	Tengo confianza en mi capacidad para asumir mi cuidado en casa	0	1	2	3
	5	15	Supero fácilmente sentimientos de culpa o de rabia	0	1	2	3
	6	17	Soy capaz de simplificar las tareas del cuidado.	0	1	2	3
	7	24	Establezco mi propio plan de vida	0	1	2	3
			<b>INSTRUMENTAL Y PROCEDIMENTAL</b>				
<b>I</b>	8	53	Actúo siguiendo las recomendaciones prescritas por el equipo de salud (actividad, dieta, otros)	0	1	2	3
	9	55	Organizo el apoyo instrumental disponible para mi cuidado (transportes, equipos, insumos, otros)	0	1	2	3
	10	59	Uso adecuadamente los medicamentos formulados	0	1	2	3
			<b>DISFRUTAR (BIENESTAR)</b>				
<b>D</b>	11	4	Estoy satisfecho con mi condición de salud actual	0	1	2	3
	12	7	Siento tener la energía para responder a las responsabilidades del cuidado	0	1	2	3
	13	10	Siento que mi situación de salud me permite desarrollar mi plan de vida	0	1	2	3
	14	11	El cuidado de mi salud no me impide desarrollar otros asuntos o actividades personales	0	1	2	3
			<b>ANTICIPACIÓN (PREDICTIVA)</b>				
<b>A</b>	15	50	Preveo manejo de riesgos y de necesidades de mi cuidado	0	1	2	3
	16	51	Organizo los recursos necesarios para mi cuidado	0	1	2	3
			<b>RELACIÓN SOCIAL EL INTERACCIÓN</b>				
<b>R</b>	17	28	Logro respaldo de otras personas para apoyar mi cuidado	0	1	2	3
	18	30	Mantengo tranquilidad emocional con las personas que apoyan mi cuidado	0	1	2	3
	19	32	Busco comunicarme efectivamente con las personas quienes apoyan mi cuidado	0	1	2	3
	20	34	Fortalezco vínculos de afecto con las personas quienes apoyan mi cuidado	0	1	2	3

PUNTAJE: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE QUIÉN DILIGENCIA EL INSTRUMENTO: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

**Anexo F.** Autorización de los instrumentos 1) ficha de caracterización de la diada cuidador – persona con enfermedad crónica gcpc-un-d1 versión 5.3 – 2018, 2) competencia para el cuidado paciente (versión abreviada).



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE COLOMBIA

Facultad de Enfermería  
Grupo de Investigación  
Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico

**AUTORIZACIÓN DE USO DE LOS INSTRUMENTOS 1) FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE LA DIADA CUIDADOR-PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA GCPC-UN-D. Versión 5.3 - 2018, 2) COMPETENCIA PARA CUIDAR EN EL HOGAR Versión cuidador y Versión corta Y 3) COMPETENCIA PARA EL CUIDADO PACIENTE Versión paciente y Versión corta.**

No. GCEPC-086-2019

Este acuerdo, se establece el 27 de Agosto de 2019 y está vigente desde ese momento, se pacta entre Gloria Mabel Carrillo González, Líder encargada del grupo de Investigación Cuidado de enfermería al Paciente crónico del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en adelante **LOS PROVEEDORES**, quienes tienen su domicilio en la Carrera 30 No. 45-03, Edificio 228, oficina 305, Bogotá D.C., Colombia, por una parte, y por la otra Gloria Naidu Cuevas Rodríguez, docente OT de la Universidad de Cundinamarca, en adelante **EL RECEPTOR**, quien tienen sus domicilios y oficinas en Condominio Pakistán Etapa I casa 38; con fines de colaboración profesional y autorización de uso de los instrumentos "1) Ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D. Versión 5.3 -2018, 2) Competencia para cuidar en el hogar Versión cuidador y Versión corta Y 3) Competencia para el cuidado paciente Versión paciente y Versión corta", en adelante El Material, instrumento conformado y validado por **LOS PROVEEDORES**.

Este acuerdo se establece como respuesta a la solicitud escrita planteada por la Universidad de Cundinamarca, mediante correo electrónico del 27 de Mayo de 2019, para que se facilite el uso y del **MATERIAL**, "1) Ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D. Versión 5.3 -2018, 2) Competencia para cuidar en el hogar Versión cuidador y Versión corta Y 3) Competencia para el cuidado paciente Versión paciente y Versión corta" **LOS PROVEEDORES** aceptan satisfacer la petición siempre que se acepten y cumplan las siguientes condiciones:

1. Se autoriza el uso **EL MATERIAL** "1) Ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D. Versión 5.3 -2018, 2) Competencia para cuidar en el hogar Versión cuidador y Versión corta Y 3) Competencia para el cuidado paciente Versión paciente y Versión corta", sólo en la cantidad de 200 ejemplares, para la aplicación en las experiencias o actividades de los proyectos de investigación "Caracterización de pacientes con enfermedad crónica no transmisible en una institución privada de salud en Girardot" y "Competencia para el cuidado en una institución privada de salud en Girardot". De ninguna manera se autoriza la reproducción y/o distribución indiscriminada de **EL MATERIAL**.
2. **EL MATERIAL** en la versión física en que se entrega, o en cualquiera otro formato en que se presente o se aplique, continúa siendo propiedad de **LOS PROVEEDORES**. **EL MATERIAL**

[Página 1 / 3]

GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÓNICO

He leído y acepto

He leído y acepto:



GLORIA MABEL CARRILLO GONZÁLEZ  
**LOS PROVEEDORES**  
Profesora  
Líder (E) Encargada del Grupo de Investigación  
Universidad Nacional de Colombia



GLORIA NAIDU CUEVAS RODRÍGUEZ  
**EL RECEPTOR**  
Docente OTC  
Universidad de Cundinamarca

He leído y acepto:

He leído y acepto:

