

	<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAr113</b>
	<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
	<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
		<b>PAGINA: 1 de 8</b>

16.

<b>FECHA</b>	viernes, 4 de septiembre de 2020
--------------	----------------------------------

Señores  
**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA**  
 BIBLIOTECA  
 Ciudad

<b>UNIDAD REGIONAL</b>	Seccional Girardot
------------------------	--------------------

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	Trabajo De Grado
--------------------------	------------------

<b>FACULTAD</b>	Ciencias De la Salud
-----------------	----------------------

<b>NIVEL ACADÉMICO DE FORMACIÓN O PROCESO</b>	Pregrado
---	----------

<b>PROGRAMA ACADÉMICO</b>	Enfermería
---------------------------	------------

El Autor(Es):

<b>APELLIDOS COMPLETOS</b>	<b>NOMBRES COMPLETOS</b>	<b>No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b>
AUSIQUE SOGAMOSO	MARIA CAMILA	1069758021
FORERO SALAZAR	EVELYN DAYHANA	1070621020
ZAMBRANO MORENO	YURY MARCELA	1069174766

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca  
 Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000  
 www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co  
 NIT: 890.680.062-2

*Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad  
 Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional*

	<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAr113</b>
	<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
	<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
		<b>PAGINA: 2 de 8</b>

Director(Es) y/o Asesor(Es) del documento:

<b>APELLIDOS COMPLETOS</b>	<b>NOMBRES COMPLETOS</b>
CUEVAS RODRIGUEZ	GLORIA NAIDÚ

<b>TÍTULO DEL DOCUMENTO</b>
CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GIRARDOT – PRUEBA PILOTO.

<b>SUBTÍTULO</b> (Aplica solo para Tesis, Artículos Científicos, Disertaciones, Objetos Virtuales de Aprendizaje)

<b>TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:</b> Aplica para Tesis/Trabajo de Grado/Pasantía
ENFERMERO.

<b>AÑO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO</b>	<b>NÚMERO DE PÁGINAS</b>
04/09/2020	72

<b>DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS</b> (Usar 6 descriptores o palabras claves)				
<b>ESPAÑOL</b>			<b>INGLÉS</b>	
1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	CRÓNICAS	NO	CHRONIC DISEASES	NON-COMMUNICABLE
2. CARACTERIZACIÓN			CHARACTERIZATION	
3. AUTOCUIDADO			SELF-CARE	
4.				
5.				
6.				

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca  
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000  
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co  
NIT: 890.680.062-2

Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad  
Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional



<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAr113</b>
<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
	<b>PAGINA: 3 de 8</b>

## RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS

(Máximo 250 palabras – 1530 caracteres, aplica para resumen en español):

### RESUMEN

**Introducción:** Las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus constituyen un problema de salud pública, afectando principalmente a los adultos mayores. **Objetivo:** Caracterizar los pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles, en una institución privada de salud del municipio de Girardot. **Método:** Es un estudio cuantitativo. Se realizó la caracterización del perfil sociodemográfico, percepción carga – apoyo, el uso de tecnologías de la información y la comunicación de pacientes con hipertensión y diabetes mellitus tipo 2, mediante la ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GCPC- UN-D1 versión 5.3 2018. **Resultados:** 7 personas participaron en la prueba piloto. La enfermedad crónica con mayor prevalencia fue la hipertensión arterial (57,1%), el más predominante fue el género femenino con un 57,1%, la edad de la mayoría de los pacientes esta entre 61 a 80 años. El tipo de apoyo con mayor nivel de satisfacción fue el familiar, es importante resaltar que más de la mitad de los pacientes refiere tener más de un cuidador. Las tecnologías de información y comunicación más usadas fueron la televisión seguido de la radio y el 71.4% no utiliza las TICS para su autocuidado. **Conclusiones:** Se evidenció que la mayoría de adultos mayores eran mujeres y presentaban hipertensión arterial. Además el uso del internet y el computador es el más bajo considerando importante utilizar otras TICS cuando se realicen programas educativos dirigidos a esta población e incentivar el uso de las tecnologías para su autocuidado.

### ABSTRACT

**Introduction:** Chronic non-communicable diseases such as hypertension and diabetes mellitus are a public health problem, affecting mainly older adults. **Objective:** To characterize patients with chronic, non-transmissible diseases in a private health institution in the municipality of Girardot. **Method:** It is a quantitative study. We performed the characterization of the sociodemographic profile, perception burden - support, the use of information technologies and the communication of patients with hypertension and type 2 diabetes mellitus, using the characterization card of the caregiver-diada person with chronic disease GCPC- UN-D1 version 5.3 2018. **Results:** 7 people participated in the pilot test. The chronic disease with the highest prevalence was hypertension (57.1%), the most predominant was the female gender with 57.1%, the age of the majority of patients is between 61 and 80 years. The type of support with the highest level of satisfaction was the family, it is important to note



<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAr113</b>
<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
	<b>PAGINA: 4 de 8</b>

that more than half of the patients reported having more than one caregiver. The most used information and communication technologies were television followed by radio and 71.4% did not use ICT for self-care. **Conclusions:** It was evident that the majority of older adults were women and had high blood pressure. In addition, the use of the Internet and the computer is the lowest, considering it important to use other ICTs when conducting educational programs aimed at this population and encouraging the use of technologies for self-care.

### AUTORIZACION DE PUBLICACIÓN

Por medio del presente escrito autorizo (Autorizamos) a la Universidad de Cundinamarca para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mí (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que, en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autoriza a la Universidad de Cundinamarca, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad; así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado una alianza, son:

Marque con una "X":

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca  
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000  
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co  
NIT: 890.680.062-2



<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAR113</b>
<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
	<b>PAGINA: 5 de 8</b>

<b>AUTORIZO (AUTORIZAMOS)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer.	X	
2. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet.	X	
3. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previa alianza perfeccionada con la Universidad de Cundinamarca para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones.	X	
4. La inclusión en el Repositorio Institucional.	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

Para el caso de las Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, de manera complementaria, garantizo(garantizamos) en mi(nuestra) calidad de estudiante(s) y por ende autor(es) exclusivo(s), que la Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi(nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí (nuestra) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que, de acuerdo con la

	<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAR113</b>
	<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
	<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
	<b>REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>PAGINA: 6 de 8</b>

legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “*Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores*”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Universidad de Cundinamarca está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

**NOTA:** (Para Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía):

**Información Confidencial:**

Esta Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de la investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado. **SI \_\_\_ NO \_X\_\_.**

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

**LICENCIA DE PUBLICACIÓN**

Como titular(es) del derecho de autor, confiero(erimos) a la Universidad de Cundinamarca una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, por un plazo de 5 años, que serán prorrogables indefinidamente por el tiempo que dure el derecho patrimonial del autor. El autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito. (Para el caso de los Recursos Educativos Digitales, la Licencia de Publicación será permanente).

b) Autoriza a la Universidad de Cundinamarca a publicar la obra en formato y/o soporte digital, conociendo que, dado que se publica en Internet, por este hecho circula con un alcance mundial.

c) Los titulares aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca  
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000  
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co  
NIT: 890.680.062-2



<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAr113</b>
<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
	<b>PAGINA: 7 de 8</b>

d) El(Los) Autor(es), garantizo(amos) que el documento en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro(aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

e) En todo caso la Universidad de Cundinamarca se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.

f) Los titulares autorizan a la Universidad para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

g) Los titulares aceptan que la Universidad de Cundinamarca pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

h) Los titulares autorizan que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en el “Manual del Repositorio Institucional AAAM003”

i) Para el caso de los Recursos Educativos Digitales producidos por la Oficina de Educación Virtual, sus contenidos de publicación se rigen bajo la Licencia Creative Commons: Atribución- No comercial- Compartir Igual.



j) Para el caso de los Artículos Científicos y Revistas, sus contenidos se rigen bajo la Licencia Creative Commons Atribución- No comercial- Sin derivar.



**Nota:**

Si el documento se basa en un trabajo que ha sido patrocinado o apoyado por una entidad, con excepción de Universidad de Cundinamarca, los autores garantizan



<b>MACROPROCESO DE APOYO</b>	<b>CÓDIGO: AAAr113</b>
<b>PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO</b>	<b>VERSIÓN: 3</b>
<b>DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b>	<b>VIGENCIA: 2017-11-16</b>
	<b>PAGINA: 8 de 8</b>

que se ha cumplido con los derechos y obligaciones requeridos por el respectivo contrato o acuerdo.

La obra que se integrará en el Repositorio Institucional, está en el(los) siguiente(s) archivo(s).

<b>Nombre completo del Archivo Incluida su Extensión (Ej. PerezJuan2017.pdf)</b>	<b>Tipo de documento (ej. Texto, imagen, video, etc.)</b>
1. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE GIRARDOT – PRUEBA PILOTO.	TEXTO, TABLA Y FIGURAS.
2.	
3.	
4.	

En constancia de lo anterior, Firmo (amos) el presente documento:

<b>APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS</b>	<b>FIRMA (autógrafo)</b>
AUSIQUE SOGAMOSO MARIA CAMILA	
FORERO SALAZAR EVELYN DAYHANA	
ZAMBRANO MORENO YURY MARCELA	

21.1-51.20.

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO  
TRANSMISIBLE EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE  
GIRARDOT – PRUEBA PILOTO**

EVELYN DAYHANA FORERO SALAZAR  
CÓDIGO: 330215216  
MARIA CAMILA AUSIQUE SOGAMOSO  
CÓDIGO: 330215204  
YURY MARCELA ZAMBRANO MORENO  
CÓDIGO: 330215241

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ENFERMERO

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
GIRARDOT – CUNDINAMARCA  
SEGUNDO PERIODO 2020

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO  
TRANSMISIBLE EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE  
GIRARDOT- PRUEBA PILOTO**

EVELYN DAYHANA FORERO SALAZAR  
CÓDIGO: 330215216  
MARIA CAMILA AUSIQUE SOGAMOSO  
CÓDIGO: 330215204  
YURY MARCELA ZAMBRANO MORENO  
CÓDIGO: 330215241

DOCENTE EXPERTA  
GLORIA NAIDU CUEVAS RODRÍGUEZ  
TÍTULO ACADÉMICO  
ENFERMERA ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA  
DOCENTE METODOLÓGICO  
FRANCISCO LAGUNA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ENFERMERO.

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
GIRARDOT – CUNDINAMARCA  
SEGUNDO PERIODO 2020

Nota de Aceptación

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Ciudad y Fecha (día, mes, año) (Fecha de entrega)

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente trabajo investigativo lo dedicamos en primer lugar a Dios, por brindarnos la salud y fortaleza que necesitamos en aquellas situaciones de debilidad al realizar este proyecto, también por permitir que llegáramos hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional.

Agradecemos a nuestras familias por ser el pilar fundamental en nuestra vida, al ofrecernos todo su afecto y apoyo incondicional en todos los aspectos posibles pese a las adversidades que se presentaron a lo largo de nuestra formación académica. Finalmente agradecemos a todos los docentes que contribuyeron a nuestro proceso de aprendizaje como profesionales de enfermería con ética, gracias por todo su tiempo, paciencia, apoyo y dedicación, en especial a nuestros docentes de investigación Claudia Contreras, Francisco Laguna y nuestra Docente asesora Gloria Naidu Cuevas Rodríguez por guiarnos desde el inicio hasta la culminación de este proyecto investigativo.

A todos muchas gracias.

## CONTENIDO

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>13</b>
<b>1. PROBLEMA .....</b>	<b>15</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	18
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>19</b>
2.1 OBJETIVO GENERAL .....	19
2.2 OBJETIVO ESPECIFICO .....	19
<b>3. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>20</b>
<b>4. MARCO DE REFERENCIA .....</b>	<b>22</b>
4.1 MARCO TEORICO .....	22
4.2 MARCO LEGAL.....	29
4.3 MARCO CONCEPTUAL .....	32
4.4 MARCO INSTITUCIONAL.....	34
4.5 MARCO ETICO.....	35
<b>5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>36</b>
<b>6.DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>40</b>
6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	40
6.2 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA.....	40
6.3 TIPO DE MUESTREO .....	40
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	40
6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	41
6.6 CONTEXTO.....	41

<b>7. METODO RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTO.....</b>	<b>41</b>
7.1 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	42
<b>8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>43</b>
9.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA .....	43
9.2 PERCEPCIÓN CARGA Y APOYO .....	49
9.3 TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TICS) .....	52
<b>9. CONCLUSIONES .....</b>	<b>56</b>
<b>10. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>57</b>
<b>11. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>58</b>

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Características generales de la población estudio. ....	45

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1.</b> Enfermedad ajustada por género. ....	47
<b>Figura 2.</b> Distribución porcentual de la muestra según el número de cuidadores .	50
<b>Figura 3.</b> Nivel de satisfacción según los tipos de apoyo .....	51
<b>Figura 4.</b> Distribución de la muestra según los niveles de bienestar.....	52
<b>Figura 5.</b> Autovaloración en el uso de las TICS.....	54
<b>Figura 6.</b> Distribución porcentual del uso de las TICS para autocuidado .....	55

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>ANEXO A.</b> Consentimiento informado. ....	64
<b>ANEXO B.</b> Ficha de caracterización de la diada cuidadora – persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D1 VERSIÓN 5.3 2018.....	67
<b>ANEXO C.</b> Test SPMSQ DE PFEIFFER. ....	69
<b>ANEXO D.</b> Autorización del uso de instrumentos.....	70

## RESUMEN

**Introducción:** Las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus constituyen un problema de salud pública, afectando principalmente a los adultos mayores que se encuentran en países en vía de desarrollo. **Objetivo:** Caracterizar los pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles, en una institución privada de salud del municipio de Girardot. **Método:** Es un estudio cuantitativo. Se realizó la caracterización del perfil sociodemográfico, percepción carga – apoyo, el uso de tecnologías de la información y la comunicación de pacientes con hipertensión y diabetes mellitus tipo 2, mediante el instrumento: <sup>1</sup>ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GPC- UN-D1 versión 5.3 2018. **Resultados:** 7 personas participaron en la prueba piloto. La enfermedad crónica con mayor prevalencia fue la hipertensión arterial (57,1%), el más predominante fue el género femenino con un 57,1%, la edad de la mayoría de los pacientes se encuentra en los rangos entre 61 a 80 años, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 5 a 10 años con un 57,1%. En cuanto a la percepción de carga y apoyo, el tipo de apoyo con mayor nivel de satisfacción fue el familiar y el más bajo el económico, es importante resaltar que más de la mitad de los pacientes refiere tener más de un cuidador. En lo que respecta a las tecnologías de información y comunicación el uso de televisión fue considerado alto en 3 personas, 2 personas con nivel medio y bajo respectivamente, para la radio 4 personas refieren un uso medio, sin embargo, se encontró que el total de la muestra tiene un uso bajo para el computador e internet; adicionalmente, el 71.4% no utiliza las TICS para su autocuidado. **Conclusiones:** Se evidenció que la mayoría de adultos mayores eran mujeres y tenían un diagnóstico médico de hipertensión arterial. Entre las tecnologías de la información y comunicación el uso del internet y el computador es el más bajo en las 7 personas del estudio

---

<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.

considerando importante utilizar otras TICS cuando se realicen programas educativos dirigidos a esta población e incentivar el uso de las tecnologías para su autocuidado.

**PALABRAS CLAVES:** ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, CARACTERIZACIÓN, AUTOCUIDADO.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic non-communicable diseases such as hypertension and diabetes mellitus are a public health problem, affecting mainly older adults in developing countries. **Objective:** To characterize patients with chronic, non-transmissible diseases in a private health institution in the municipality of Girardot. **Method:** It is a quantitative study. We performed the characterization of the sociodemographic profile, burden and support perception and the use of information and communication technologies, of patients with hypertension and type 2 diabetes mellitus, using the instrument: characterization file of the caregiver's diada- person with chronic disease GCPC- UN-D1 version 5.3 2018. **Results:** 7 people participated in the pilot test. The chronic disease with the highest prevalence was hypertension (57.1%), the most predominant was the female gender with 57.1%, the age of the majority of patients is in the ranges between 61 to 80 years, with a disease progression time of 5 to 10 years with 57.1%. Regarding the perception of burden and support, the type of support with the highest level of satisfaction was the family and the lowest economicThe predominant level of well-being is spiritual and the lowest is physical, it is important to note that more than half of patients refer to having more than one caregiver. With regard to information and communication technologies, the use of television was considered high in 3 persons, 2 persons with medium and low level respectively, for radio 4 persons refer to medium use, However, it was found that the total sample has low use for the computer and internet; additionally, 71.4% do not use TICS for self-care. **Conclusions:** It was evident that the majority of older adults were women and had a medical diagnosis of hypertension. Among the the information and communication technologies, the use of the Internet and the computer is the lowest among the 7 people in the study, considering it important to use other ICT when conducting educational programs aimed at this population and to encourage the use of technologies to for your self-care.

**KEYWORDS:** CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES, CHARACTERIZATION, SELF-CARE.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son definidas por la organización mundial de la salud (OMS)<sup>2</sup> como enfermedades con periodos de larga duración con una progresión generalmente lenta que afectan a todos los grupos de edad principalmente a la población adulta mayor, son el resultado de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. 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; el cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Según la organización panamericana de la salud (OPS), en Colombia fallecen más de 110 mil personas al año como resultado de las enfermedades crónicas y sus complicaciones. De igual manera, el departamento de Cundinamarca por medio del análisis de la situación de salud (ASIS) en el año 2018, expuso que había un total 3.776.893 personas captadas con hipertensión arterial en las instituciones de salud. En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, esta pasó al sexto lugar como una de las causas de mortalidad más frecuentes en la población, después de haber ocupado la séptima posición con una tasa de mortalidad de 28,98 por cada 100.000 habitantes.<sup>3</sup>

Teniendo en cuenta las cifras de mortalidad mencionadas, es indispensable que los profesionales de enfermería con base en la teoría de Dorothea Orem promuevan estrategias enfocadas hacia los hábitos de vida saludable y

---

<sup>2</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades crónicas no transmisibles [en línea]. 2018. [Consultado el 05 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

<sup>3</sup> MINISTERIO DE SALUD. Análisis de la situación en salud pdf. [en línea]. [Consultado el 06 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>

fortalezcan el autocuidado con el fin de disminuir los factores de riesgo y las complicaciones derivadas de estas enfermedades.

Con lo expuesto anteriormente, surge el presente trabajo que tiene como finalidad determinar las características sociales y demográficas, la percepción carga y apoyo y las TICS más utilizados por los individuos con ECNT en el municipio de Girardot Cundinamarca, por consiguiente, se realizó una prueba piloto con pacientes adultos mayores que se encontraban hospitalizados, la cual nos permitió evaluar los tiempos para la aplicación de los instrumentos y la viabilidad del estudio en los pacientes que presentaban hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

# 1. PROBLEMA

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son en la actualidad una problemática de salud pública dado que se consideran como la principal causa de muerte a nivel mundial, presentándose con gran incidencia en los países con desarrollo intermedio haciendo énfasis en la población adulta mayor. Según la organización mundial de la salud (OMS) estas enfermedades producen la muerte a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo.<sup>4</sup>

Estas son el resultado de la combinación de múltiples factores genéticos; fisiológicos, ambientales y conductuales que producen una alteración orgánica funcional en el individuo, las cuales, aunque no son curables pueden ser prevenibles mediante la modificación en el estilo de vida del sujeto quien las presenta.

Por tal motivo, se reconoce que requieren de largos períodos de cuidado y control debido a que pueden generar diversas complicaciones, la aparición de otras patologías asociadas, discapacidad o restringir la realización de las actividades diarias e incluso provocar la muerte en los casos extremos en que estas no han sido controladas o tratadas a tiempo. Las ECNT pueden llegar a ocasionar no solo una serie de cambios físicos o funcionales, sino que también afectan psicológica y emocionalmente al individuo al punto de limitar la interacción social con su entorno, deteriorando así su calidad de vida.

---

<sup>4</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. enfermedades crónicas. 2018 [en línea]. [Consultado el 12 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

En la investigación denominada la cronicidad y sus matices publicado por la Pontificia Universidad Javeriana<sup>5</sup>, menciona que en América Latina entre los años 1974 y 1990, las enfermedades infecciosas eran una de las principales causantes de altos índices de mortalidad. Sin embargo, con el pasar de los años y con la transición cultural, social y económica de estos países, las infecciones se convirtieron en la segunda causa de muerte en la población siendo reemplazados por las enfermedades crónicas no transmisibles que comenzaron a generar una de cada tres muertes en los países latinoamericanos.

Actualmente en Colombia estas enfermedades ocupan los primeros lugares de mortalidad en la población adulta y adulta mayor, siendo la enfermedad cardiovascular; las respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes mellitus tipo 2 las más prevalentes.<sup>6</sup>

Esta situación se debe a que los factores de riesgo que se relacionan con la aparición de estas enfermedades son multicausales, según BEJARANO Jhon<sup>7</sup> son el resultado de un inadecuado estilo de vida en el cual se encuentra como primera instancia una alimentación inadecuada asociada a las limitaciones socioeconómicas, razones por las cuales se prefiere el consumo desproporcionado y desbalanceado de alimentos que pueden ser procesados o aquellos que contengan un alto contenido de bebidas azucaradas y grasas saturadas debido a su fácil acceso económico. Otros de los factores causantes

---

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. 95-114.

6 BARRERA ORTIZ, Lucy; VARGAS ROSERO, Elizabeth; CENDALES, Paola Andrea. Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 2015, vol. 17, no 1.

7 BEJARANO-RONCANCIO, Jhon; GAMBOA-DELGADO, Edna Magaly; AYA-BAQUERO, Dora Hilda y PARRA, Diana C. Los alimentos y bebidas ultra-procesados que ingresan a Colombia por el tratado de libre comercio: ¿influirán en el peso de los colombianos? Rev. chil. nutr. [online]. 2015, vol.42, n.4 [citado 2020-08-29], pp.409-413. Disponible en: <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182015000400014&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182015000400014&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-7518. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000400014>.

son la obesidad; la insuficiente actividad física, el tabaquismo y el excesivo consumo de alcohol por parte de la población.

En Cundinamarca según el análisis de la situación de salud (ASIS) en el año 2018 la morbilidad en la población adulta mayor está relacionada con las ECNT, siendo las enfermedades cardiovasculares las de mayor incidencia con un 24,32% de los casos, seguida de las enfermedades musculo esqueléticas con 12,47% y las enfermedades de los órganos de los sentidos con 13,58%.<sup>8</sup>

En Girardot, según estadísticas vitales del 2019, presentadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) dentro de los 892 casos de mortalidad, se identificó que 481 pertenecen al género masculino y 411 al femenino, de las cuales 60 casos de fallecimientos se relacionaron con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, correspondiendo a 12 mujeres y 3 hombres<sup>9</sup>. Dentro de los factores que acentúa esta problemática en el municipio, se encuentra la falta de caracterización sociodemográfica enfocada en este tipo de población con enfermedad crónica que permita la creación de estrategias de prevención y control de la enfermedad que a largo plazo logre impactar en la reducción de los casos.

Ante la magnitud de lo expuesto anteriormente, se logra comprender porque los organismos internacionales como la organización mundial de la salud (OMS) y la organización panamericana de salud (OPS) se han enfocado en estos últimos años en realizar investigaciones para informar acerca del impacto que han generado las enfermedades crónicas no transmisibles sobre la calidad de vida, el estado de salud y bienestar de los individuos en las últimas décadas. Esta prueba piloto facilita que estudios posteriores adopten los instrumentos para la caracterización de la población adulta mayor con HTA

---

<sup>8</sup> SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA. Análisis de situación en salud 2018.

<sup>9</sup> DANE. Defunciones no fetales 2019 preliminar. En [dane.gov.co](https://www.dane.gov.co) [página web]. [Citado el 29/08/2020]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2019>

y DM2 para que en el futuro se pueda alertar a la población en general la adopción de medidas de autocuidado, también de advertir a otros organismos de control, instituciones de salud junto a sus equipos interdisciplinarios y en especial al personal de enfermería, buscando que asuma un papel protagónico en la implementación de programas asistenciales y/o educativos.

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las características sociodemográficas, la percepción de carga y apoyo y las tecnologías de la información y la comunicación más utilizados por las personas en condición de cronicidad, en una institución privada de salud del municipio de Girardot?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, en una institución privada de salud del municipio de Girardot.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.
- Establecer la percepción de carga y apoyo de cuidado de los pacientes incluidos en el estudio.
- Identificar las tecnologías de la información y la comunicación (TICS) más utilizados por los pacientes.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son patologías de larga duración de origen multicausal, esto se debe a que presentan diversos factores desencadenantes como el bajo nivel académico y socioeconómico; inadecuados estilos de vida, la escasa inversión de valor en el autocuidado, la poca adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos<sup>10</sup>.

La presencia de uno o varios de estos factores de riesgo asociados a la existencia de barreras en la atención por parte de las instituciones de salud, en ocasiones por falta de cobertura o por los altos costos económicos que se generan al proveer los cuidados de estos pacientes y sus posibles reingresos, hacen que sean consideradas como una problemática de salud que requiere la atención de todas las instancias gubernamentales.

Otros factores a tener en cuenta son los determinantes sociales de la salud intermedios tales como: (condiciones materiales, factores psicosociales, conductas, hábitos y/o estilos de vida, factores biológicos y los servicios de salud) incluyendo las influencias ya sean positivas o negativas estrechamente relacionadas que pueden incidir directamente sobre el manejo de las enfermedades crónicas no trasmisibles<sup>11</sup>, si bien estas enfermedades no son curables se logran disminuir las complicaciones cuando el cuidado se enfoca como primera medida en la modificación de los factores de riesgo a los que están expuestas las personas a través de la vida.

La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), que reúne a la mayoría de las EPS, calcula que por cuenta de estas enfermedades el sistema gasta entre 15 y 20 billones de pesos al año <sup>3</sup>. En este contexto se

---

<sup>10</sup> OPS. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. 2015. [en línea]. [Consultado el 10 de febrero de 2020]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28227/9789275318669\\_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

<sup>11</sup>EN LAS AMÉRICAS, Mi Salud. Condiciones crónicas y enfermedades debidas a causas externas.

entiende que, si no se realizan acciones efectivas encaminadas a la promoción de la salud, prevención y detección de la enfermedad, cada año el estado deberá aportar mayores recursos financieros para garantizar la atención a la población creciente de personas con ECNT, lo cual provocará que, a largo plazo, estas se conviertan en un factor que puedan alterar en gran medida el desarrollo económico del país.

En base a lo anterior, es de gran importancia realizar una caracterización de este grupo poblacional, debido a que actualmente existen tres estudios acerca de las características de pacientes y cuidadores en la ciudad de Girardot. Sin embargo, no se encuentran investigaciones que aborden una caracterización únicamente de la población con enfermedades crónicas que determine los factores condicionantes de este grupo poblacional tales como: edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo y estado civil, entre otros; como también la percepción de carga y apoyo y las tecnologías de la información y comunicación usados por esta población para el fomento de su autocuidado. Además, no se han realizado evaluaciones de otros factores relacionados con desenlaces adversos de las ECNT, lo que podría aumentar más la problemática de estas patologías en el municipio.

Esta prueba piloto permite determinar la viabilidad de los instrumentos que serán utilizados en una clínica privada del municipio para la caracterización de pacientes con ECNT como la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2.

## 4. MARCOS DE REFERENCIA

### 4.1 MARCO TEORICO

#### TEORIA DOROTHEA OREM

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, definiéndolo como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es 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>12</sup>

Dorothea Orem hace referencia acerca de la teoría del autocuidado en donde explica este concepto como una contribución constante de la persona hacia su propia existencia; haciendo alusión a tres requisitos de autocuidado que se deben de tomar en cuenta para un buen goce de la salud en el individuo.

El primer requisito de autocuidado encontrado es el universal, aquí se observa patrones como lo son la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. El segundo hace referencia al autocuidado del desarrollo, donde promueve las condiciones necesarias para la vida y la maduración, previene la aparición de condiciones adversas o mejora los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez y por último está requisito de autocuidado de desviación de la salud que surgen o están vinculados a los estados de salud.

---

<sup>12</sup>NARANJO HERNÁNDEZ, Ydalsys; CONCEPCIÓN PACHECO, José Alejandro; RODRÍGUEZ LARREYNAGA, Miriam. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta médica espirituana, 2017, 19.3.

La teoría de sistemas de Dorothea Orem da la relación enfermera-paciente para satisfacer los requerimientos de autocuidado, describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la relación enfermera-paciente; Aquí describe 3 sistemas; el primero es sobre los sistemas de enfermería totalmente compensadores donde la enfermera sule al individuo y su función es cumplir con el autocuidado terapéutico del paciente; compensar la incapacidad del paciente; dar apoyo y protección al paciente.

El segundo es sobre los sistemas de enfermería parcialmente compensadores, aquí el personal de enfermería proporciona algunos cuidados ya que el paciente aún tiene la capacidad de tomar decisiones y puede realizar ciertas actividades que favorecen su mejoría, donde el apoyo de la enfermera compensa las limitaciones de la persona.

Por último, se habla sobre los sistemas de enfermería de apoyo y educación, aquí la enfermera actúa ayudando a los individuos teniendo en cuenta los factores condicionantes básicos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado que no pueden realizar sin ayuda. En esta se observa que la acción de la enfermera es regular el ejercicio y el desarrollo de la actividad por medio de la educación a los pacientes con el fin de proporcionar el conocimiento y habilidades necesarias, por lo tanto se hace indispensable identificar las características sociodemográficas, la percepción carga y apoyo y el uso de las tecnologías de la información aplicadas en el autocuidado de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles donde posteriormente se diseñen metodologías didácticas que permitan brindar información acerca de las buenas prácticas individuales para el mantenimiento de su salud.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Explorando la teoría general de enfermería de Orem. 2011 [En línea]. [consultado el 05 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>

## CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Las enfermedades crónicas han generado un impacto sobre la calidad de vida, especialmente en los adultos mayores como consecuencia de factores de riesgo modificables. Según PEREZ José, et al. 2002.<sup>14</sup> En su investigación de tipo descriptiva transversal, realizada en Cuba, estudiaron las características sociodemográficas de la diabetes mellitus tipo 2 a 52 pacientes en los consultorios del médico de familia por medio de una encuesta cerrada que confeccionaron los autores de la investigación; en la cual recogían las siguientes variables (prevalencia, grupos de edades, tipos de diabetes mellitus, antecedentes patológicos familiares y riesgo pre mórbido). Se concluyó que el grupo de edad con mayor afectación es el de 60 años, predominando el género femenino con el 76.9% y siendo los factores de riesgo más comunes la obesidad y el antecedente de madre diabética.

En otro estudio realizado por HERNÁNDEZ Yudit, et al.<sup>15</sup> También se describen variables clínico- epidemiológicas de la diabetes mellitus en adultos mayores, ubicados en el municipio Boyeros, Ciudad de la Habana, donde se determinó que el mayor número de pacientes diagnosticados con esta patología estaba entre el rango de edad de 60 a 69 años; es decir, 46 pacientes representado el 43.0%, en donde predomino el sexo femenino; además, los factores de riesgo más relevantes fueron el tabaquismo, con 43.3%; la obesidad, con 42.4% y el sedentarismo con 41.0%. Por otro lado, el 50.1% de los adultos mayores en este estudio tienen asociada la Hipertensión Arterial como ECNT, destacando que esta patología es otra de las más comunes en personas en condición de cronicidad, especialmente en el género femenino, así como se evidencia en la investigación

---

<sup>14</sup> PÉREZ RIVERO, Jorge Luis; REGUEIRA NARANJO, Jesús Lázaro; HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, Roberto. Caracterización de la diabetes mellitus en un área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2002, vol. 18, no 4, p. 251-253.

<sup>15</sup> HERNÁNDEZ, Y., VALDÉS, M., Rowley, J, "Caracterización clínica- epidemiológica de la diabetes mellitus en el adulto mayor" Publicación Periódica de Gerontología y Geriátría.Vol.10. No.1. 2015

de GARCIA Zunieska, et al. 2013<sup>16</sup> en donde se realizó la caracterización epidemiológica de la Hipertensión arterial, constituyendo la primera causa de atención en urgencias y hospitales generales en Cuba. Para la recolección de la información se aplicó un cuestionario y se realizaron entrevistas, utilizando una metodología descriptiva de corte transversal, los resultados muestran que el sexo más predominante fue el femenino con un 55,32% y se encontraban en el intervalo de 55-59 años. El 71.28% de los pacientes fumaban; también el 15.95% padecía de cardiopatía isquémica. En cuanto al tiempo de evolución el más predominante fue de menos de 5 años con un 30.85% y el total de los pacientes hipertensos llevan tratamiento farmacológico; Por lo tanto, resulta importante diseñar estrategias educativas enfocadas en este grupo poblacional donde tiene mayor predominio la hipertensión arterial.

## **PERCEPCIÓN DE CARGA Y DE APOYO**

En la actualidad la población adulta mayor cuenta con más esperanza de vida por la transición demográfica<sup>17</sup> que se da en el país, con esta también se ha demostrado que aumentan las enfermedades crónicas no transmisibles; por lo tanto, las personas de edad avanzada se convierten en una población vulnerable al presentar complicaciones y/o deterioro en su estado de salud, generando la necesidad de contar con diversos apoyos para su autocuidado que son brindados principalmente por los familiares cercanos. Conllevando a que los adultos mayores se sientan una carga para sus cuidadores; más aún, si su funcionalidad y/o autonomía se ven limitadas.

En revisiones científicas se ha evidenciado que los pacientes con enfermedad crónica tienen más de un cuidador familiar y necesitan al menos 6 horas para el

---

16 LEAL, Zunieska García, et al. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en el Consultorio Médico 24. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 2013, vol. 17, no 4, p. 84-93.

17 MIRÓ, G.; CARMEN, A. Transición demográfica y envejecimiento demográfico. Papeles de población, 2003, vol. 9, no 35, p. 9-28.

cuidado de su salud. En la investigación de BALLESTEROS Jesús et al. 2015<sup>18</sup> se caracterizó a un grupo de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica (ECNT) que asistieron al Hospital San Vicente de Arauca. Se identificó en la percepción de carga y cuidado; que el 83% de los cuidadores familiares, considera que no tienen sobrecarga; el 7% una sobrecarga leve y el 10% una sobrecarga intensa. En cuanto a los pacientes el 32% eran hombres. El 91% de ellos tenía más de 36 años, con un 40% de 36 a 59 años y el 33% entre los 60-75 años y el 18% más de 75 años. De ellos el 94% pertenece a la religión católica, donde el 36% expresa tener un alto nivel de compromiso religioso; entre ellos el 80% tiene un bajo nivel de dependencia; el 11% un nivel de dependencia moderada y el 9% restante un alto nivel de dependencia. El 48% de ellos lleva más de 37 meses con la enfermedad. El 38% de los pacientes considera que requiere menos de 6 horas diarias de ayuda de su cuidador, el 24% de 7 a 12 horas y el 31% requiere 24 horas diarias de soporte. El 76% considera a su familia como su principal apoyo; aunque, el 10% afirma no tener ningún tipo de respaldo. Adicionalmente, el 50% de los pacientes piensan que la carga de su cuidador es baja; el 24% cree que es media; el 17% afirma que es alta y el 9% muy alta. Por lo tanto, se evidencia en este artículo que la mayoría de pacientes cuentan con un nivel alto de apoyo familiar; sin embargo, solo requieren 6 horas de cuidado por ende la mitad de los pacientes perciben en su cuidador una carga baja.

En otro artículo de investigación realizado por ROSERO Elizabeth, *et al.* 2017<sup>19</sup> se expone que, garantizar una atención segura en salud se ha reconocido como algo indispensable para generar el bienestar y la calidad de vida en los pacientes crónicos, también para la viabilidad de los sistemas de salud. Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo-comparativo y de relación, el cual estuvo conformado por 484 ECNT vinculados a instituciones de salud en Colombia. Los instrumentos

---

<sup>18</sup> BALLESTEROS, Jesús E., et al. Caracterización y percepción de carga de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Arauca. *Orinoquia*, 2015, 19.1: 100-105.

<sup>19</sup> VARGAS ROSERO, Elizabeth, et al. Percepción de las condiciones de seguridad de pacientes con enfermedad crónica sobre el entorno hospitalario en Colombia. *Aquichan*, 2017, vol. 17, no 1, p. 53-69.

empleados para la recolección de la información fueron: la encuesta de Caracterización para el Cuidado de la Persona con enfermedad crónica y la encuesta percepción de condiciones de seguridad del entorno hospitalario (paciente). Con respecto a los resultados que se obtuvieron en esta investigación cabe resaltar que el apoyo familiar es el más alto con el 84% seguido del religioso, debido a que los participantes señalaron estar satisfechos o muy satisfechos con estos apoyos.

## **TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

Haciendo referencia al uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICS), han demostrado ser herramientas efectivas para la promoción del autocuidado. Por tal motivo, son consideradas como un medio eficaz para aumentar el nivel de conocimientos y/o habilidades en los pacientes crónicos para el control y tratamiento de su patología; Sin embargo, algunas personas debido a factores socioeconómicos y educativos, no pueden acceder a estos medios tecnológicos.

Por consiguiente, el estudio realizado por SAENZ Leidy, et al. 2016<sup>20</sup> donde se busca identificar el nivel de uso con mayor frecuencia de las tecnologías y su empleo en el autocuidado, demostró que el medio de mayor uso es la televisión con un nivel medio con un 44.04%, seguido de la radio con 33.94%. Con respecto al uso de tecnologías más avanzadas como el internet, computador y teléfono, se encontró que son las que tienen menor utilización. Esta información fue recolectada mediante la aplicación de la ficha de caracterización del paciente con ECNT la GCPC-UN-P y la encuesta de necesidades educativa a una muestra de 80 personas con diabetes e hipertensión arterial; por ende cabe resaltar la importancia de educar acerca del uso e implementación de los medios

---

<sup>20</sup> SÁENZ ALBARRACÍN, Leidy Johana; MORA MUÑOZ, Hernán Darío. La radio y la televisión como medio educativo en el auto-cuidado del paciente con enfermedad crónica no transmisible. 2016. PhD Tesis.

tecnológicos como lo menciona la investigación de SALAZAR molina, et al.2016<sup>21</sup> que evalúa el impacto de las tecnologías de la información y la comunicación como herramienta educativa para promover estilos de vida saludables y adherencia a la medicación. Este estudio incluyó a 90 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial o diabetes mellitus, afiliados a una institución prestadora de salud de Manizales atendidos en el servicio de consulta externa, que contaran con teléfono celular propio o de un cuidador cercano que aceptaran recibir los mensajes de texto en su teléfono móvil, los cuales contenían información sobre estilos de vida saludable. Al final de la intervención los usuarios obtuvieron beneficios con respecto a su autocuidado como en recomendaciones alimentarias y adherencia a medicación; además, se obtuvo una percepción de mejoría en la calidad de vida de los participantes. No obstante, es un reto importante lograr el acercamiento y aceptación por parte de la población geriátrica a la incorporación de la tecnología como herramienta educativa para el manejo de sus enfermedades crónicas.

Para concluir, se evidenció que estas enfermedades representan un problema de salud pública; por tal motivo, es necesario realizar investigaciones que permitan caracterizar las condiciones sociales y demográficas de esta población con el propósito de generar un impacto que logre intervenir en el control y disminución de estas patologías, soportándose en estrategias educativas que sean costo efectivas orientadas al desarrollo de estilos de vida saludables como prevención de la enfermedad, manejo terapéutico, rehabilitación o posibles complicaciones en la población adulta mayor.

---

<sup>21</sup> MOLINA-DE SALAZAR, Dora I., et al. Tecnologías de la información y la comunicación como herramienta educativa en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en una IPS de la ciudad de Manizales. *Medicas UIS*, 2016, vol. 29, no 2, p. 59-70.

## 4.2 MARCO LEGAL

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema actual de salud pública que van en incremento, como consecuencia de diversos factores que en su gran mayoría pueden ser prevenibles. Por lo tanto, se debe tener en cuenta la normatividad nacional con el fin de garantizar que la información obtenida en la prueba piloto sea verídica y cumpla con las normas legales. Entre las cuales se destaca la **Constitución Política de Colombia de 1991** en su artículo 46<sup>22</sup>, menciona que el estado, la sociedad y la familia deben ayudar a proteger los derechos de las personas de la tercera edad, así mismo promover su integración a una vida comunitaria que le permita disfrutar plenamente de un envejecimiento activo.

Atendiendo el cuidado de la salud por parte de los profesionales de enfermería, en Colombia la **ley 266 de 1996**<sup>23</sup> decreta los principios que se deben tener en la práctica profesional con fundamentos éticos, morales y la protección de los derechos humanos para brindar un cuidado integral con calidad contribuyendo al mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y/o complicaciones derivadas de las condiciones individuales y colectivas.

De acuerdo con la **ley 911 de 2004** que corresponde a las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; hace énfasis en que los profesionales de enfermería que desempeñan procesos de investigación deben respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Así mismo, mantener su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica,

---

22 COLOMBIA. CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA (20 de julio de 1991). Artículo 46. [En línea]. [consultado: 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-46>

23 COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 266 (25 de enero de 1996). [consultado: 20 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>

garantizando sus derechos y atendiendo las necesidades de acuerdo a la situación de salud enmarcado en el contexto del cuidado.

Por su parte, el **Plan Decenal de Salud Pública** PDSP, 2012-2021<sup>24</sup> es un pacto social y mandato ciudadano que busca la reducción de la inequidad en salud, sus objetivos son: 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.

Este se desarrolla a través de 8 dimensiones prioritarias y 2 dimensiones transversales, entre las cuales se destacan vida saludable, condiciones no transmisibles y la gestión diferencial de las poblaciones vulnerables. Cada dimensión incorpora un conjunto de acciones e intervenciones enfocados en los determinantes sociales.

En Colombia la **Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez** 2015-2024<sup>25</sup> expone que es responsabilidad del estado garantizar los derechos de las personas adultas mayores atendiendo conjuntamente las necesidades, demandas y capacidades, contribuyendo a un envejecimiento activo con el fin de que puedan participar e interactuar activamente en la Sociedad. Para intervenir en este proceso se requiere conocer las características clínicas, sociales, demográficas y condiciones propias del grupo poblacional.

Para el año 2019, el gobierno nacional mediante la resolución 2626 modifica la política integral de atención en salud (PAIS) y adopta el **Modelo Acción Integral Territorial** (MAITE) con el fin de obtener mejores resultados en salud, así mismo dar respuestas concretas y oportunas a las necesidades identificadas en la

---

<sup>24</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan decenal de salud pública 2012 – 2021 [En línea]. [consultado: 20 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

<sup>25</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024. [consultado: 18 de febrero de 2020]. [En línea] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

población, se fundamenta en la atención primaria en salud permitiendo la coordinación intersectorial y una atención integral, buscando la promoción de la salud; la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento o la rehabilitación de la persona por medio de acciones tanto individuales como colectivas con enfoque en salud familiar y comunitaria. Este modelo tiene 8 líneas de acción las cuales son: aseguramiento; salud pública, prestación de servicios, talento Humano en Salud, financiamiento, enfoque diferencial, articulación intersectorial y Gobernanza.

De igual forma se cuenta con la **Política Integral De Atención En Salud (PAIS)**<sup>26</sup> la cual busca mejorar las condiciones de salud, a través de la regulación del acceso a la salud que sea eficaz, oportuna y de calidad para así poder preservar, mejorar y promover la salud tanto a nivel individual, familiar y/o colectivo, con el propósito de garantizar el derecho fundamental de la salud de acuerdo con lo establecido en la ley estatutaria 1751 de 2015.

Por último, se encuentran las **Rutas Integrales de Atención En Salud (RIAS)**<sup>27</sup> que son un conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas, las cuales buscan garantizar el derecho a la salud, teniendo en cuenta las acciones individuales y colectivas, las características del entorno y territorio donde viven, se relacionan, se desarrollan y/o desenvuelven. Existen diferentes tipos de rutas entre las cuales se destacan: la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida, esta brinda acciones para generar una cultura del cuidado; la ruta integral de atención en salud para los grupos de riesgo, la cual brinda intervenciones encaminadas al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, el cuidado y la educación en la salud, identificando

---

26 COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.PAIS. [en línea]. Bogotá, D.C. Fecha de actualización: 16 de febrero de 2016 [consultado: 20 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-lanzo-la-nueva-Politica-Integral-de-Atencion-en-Salud-para-beneficio-de-los-colombianos.aspx>

27COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Rutas integrales de atención en salud (RIAS). 2016. [en línea]. [consultado: 20 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>

oportunamente los factores de riesgo para establecer su intervención de acuerdo a las necesidades en salud detectadas.

### 4.3 MARCO CONCEPTUAL

En la investigación se tendrán en cuenta diferentes conceptos que permitirán profundizar en la problemática actual referente a la caracterización del paciente crónico, lo que permite abordar con mayor claridad los aspectos relacionados especialmente con enfermedades como la HTA y la DM2 en una población vulnerable como son los adultos mayores hacia quienes se enfoca la temática de este estudio.

**ADULTO MAYOR:** La organización mundial de la salud (OMS) considera como adultos mayores a aquellas personas que tienen una edad mayor o igual de 60 años.<sup>28</sup> También conocido como personas de la tercera edad, las cuales se caracterizan porque han alcanzado ciertos rasgos que se adquieren desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias afrontadas durante el desarrollo de su vida). Por este motivo, se les considera como sujetos con derechos que son socialmente activos, merecedores de tratos dignos y capaces de mantener responsabilidades de sí mismos, su familia o con la sociedad.

**AUTOCAUIDADO:** Según Dorothea Orem es 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

---

<sup>28</sup> VARELA PINEDO, Luis F. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. [En línea]. Lima. 2016, vol.33 no.2. pp.199-201 [consultado el 28 de abril del 2020]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000200001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001)

desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.<sup>29</sup> Por tanto, es prácticamente un sistema de acción enfocado en la salud pública.

**CARACTERIZACIÓN:** Según las afirmaciones de Sánchez<sup>30</sup> es una fase descriptiva con fines de análisis e identificación de circunstancias individuales y/o colectivas que puede recurrir a datos cuantitativos para profundizar el conocimiento sobre algo. Requiere de la obtención de la información, posterior análisis y organización para que se pueda describir (caracterizar) y establecer el significado de cada aspecto que la compone. Por tanto, es un proceso secuencial de la recolección de los datos acerca de un grupo de individuos que comparten ciertas características, que posteriormente se analizarán para determinar los datos cuantitativos y cualitativos de la población en estudio.

**CALIDAD DE VIDA:** según la OMS “es la percepción que una persona tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, es un concepto multidimensional, pues influyen diversos factores en el individuo que permiten tener una buena calidad de vida, como lo son el estado salud tanto a nivel físico, psicológico y social, el nivel de independencia, entre otros”.<sup>31</sup>

**DIABETES MELLITUS:** es una enfermedad crónica e irreversible que se produce cuando el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo porque las células no responden a su estímulo, produciendo un exceso de glucosa a nivel sanguíneo que si no se trata

---

<sup>29</sup>NARANJO HERNÁNDEZ, Ydalsys; CONCEPCIÓN PACHECO, José Alejandro; RODRÍGUEZ LARREYNAGA, Miriam. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta médica espiritana, 2017, 19.3.

<sup>30</sup> SANCHEZ UPEGUI, Alexander. Manual de redacción académica e investigativa: cómo escribir, evaluar y publicar artículos. [En línea] Medellín: católica del norte Fundación Universitaria, 2011. [consultado el 28 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ucn.edu.co/institucion/sala-prensa/documents/manual-de-redaccion-mayo-05-2011.pdf>

<sup>31</sup> TRANSMISIBLES, Grupo Orgánico de Enfermedades No, et al. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol, 2002, vol. 37, no S2, p. 74-105.

adecuadamente puede ocasionar daños a cualquier órgano vital del cuerpo humano, deteriorando sus estructuras y funcionalidades, siendo una patología que se puede prevenir con cambios en el estilo de vida de la persona.<sup>32</sup>

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL:** Es una elevación continua de la presión arterial (PA) por encima de unos límites establecidos. Se han identificado desde un punto de vista epidemiológico como un importante factor de riesgo cardiovascular para la población general. Se ha demostrado que la morbilidad y mortalidad cardiovascular tiene una relación continua con las cifras de PA sistólica y diastólica.<sup>33</sup>

**TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TICS):** Nadia afirma que “son el conjunto de herramientas relacionadas con la transmisión, procesamiento y almacenamiento digitalizado de la información”.<sup>34</sup>

#### 4.4 MARCO INSTITUCIONAL

La prueba piloto se realiza en una institución de salud de carácter privado, que presta servicio a la población de acuerdo al régimen contributivo y subsidiado; esta entidad cuenta y cumple con los requisitos de habilitación de acuerdo a la normatividad vigente y en la actualidad se encuentra debidamente certificada por la secretaría de salud de Cundinamarca.

---

<sup>32</sup> ROJAS DE P, Elizabeth; MOLINA, Rustir; RODRÍGUEZ, Cruz. Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Rev. venez. endocrinol. metab*, 2012, p. 7-12.

<sup>33</sup> CORCUERA, Julen Ocharan; FURLONG, M. Carmen N. Espinosa. Hipertensión arterial. Definición, clínica y seguimiento. *Gaceta médica de Bilbao: revista oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao*, 2016, vol. 113, no 4, p. 3.

<sup>34</sup> LUNA, Nadia. Entreprenar. [online]. Que son las Tics. 2018. [citado 28 abril 2020]. Disponible en: <https://www.entrepreneur.com/topic/que-son-las-tics>

#### **4.5 MARCO ETICO**

Teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social el cual establece las normas técnicas, académicas y administrativas para la investigación en salud, en el Título II Capítulo I artículo 11 sobre los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, esta investigación es considerada como un estudio de bajo riesgo ya que no compromete la autonomía, la dignidad humana ni la salud de los pacientes, garantiza la privacidad, la confidencialidad de la información y las condiciones adecuadas para la aplicación de los instrumentos.

A cada uno de los participantes se les explica de manera amplia, clara y comprensible los objetivos del estudio, importancia, y procedimiento a seguir para la obtención de la información y el manejo de los datos según la ley 1581 del 2012; así mismo, la confidencialidad de la información recolectada como también los beneficios para el futuro profesional de enfermería. Teniendo en cuenta lo anterior y una vez se haya asegurado la comprensión de la información brindada se procede a la firma de manera voluntaria del consentimiento informado de acuerdo a lo estipulado en la ley 911 de 2004 el artículo 2 y 6 (ver Anexo A).

## 5. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	VALOR
<b>CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES</b>	<b>CARACTERIZACIÓN</b> 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.	<b>ENFERMEDADES CRONICAS:</b> La organización mundial de la salud (OMS) define a las enfermedades crónicas como aquellas enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.	<b>CONDICION DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS</b>	DIAGNOSTICOS MEDICOS	CUALITATIVA	Continua	HIPERTENSIÓN DIABETES MELLITUS TIPO 2
				GENERO	CUALITATIVA	Nominal	MASCULINO FEMENINO
				EDAD	CUANTITATIVA	Discreta	AÑOS CUMPLIDOS
				GRADO DE ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	Ordinal	PRIMARIA COMPLETA PRIMARIA INCOMPLETA SECUNDARIA COMPLETA SECUNDARIA INCOMPLETA TECNICO TECNOLOGO UNIVERSIDAD POSGRADO ¿OTRO?
				PROCEDENCIA	CUALITATIVA	Nominal	LUGAR NATIVO
				RESIDENCIA	CUALITATIVA	Nominal	RURAL URBANO
				ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	Nominal	SOLTERO (A) CASADO (A) SEPARADO (A)

							VIUDO (A) UNION LIBRE
				OCUPACION	CUALITATIVA	Nominal	HOGAR EMPLEADO (A) TRABAJO INDEPENDIENTE ESTUDIANTE OTROS
				ESTRATO SOCIOECONOMICO	CUANTITATIVA	Ordinal	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
				TIEMPO CON LA ENFERMEDAD	CUALITATIVA	Nominal	MESES AÑOS
				RELIGIÓN	CUALITATIVA	Ordinal	CATOLICO CRISTIANO ATEO OTRO
				RELIGIÓN - NIVEL DE COMPROMISO	CUALITATIVA	Ordinal	ALTO - MEDIO - BAJO - NINGUNO
				EPS	CUALITATIVA	Nominal	FAMISANAR SALUD TOTAL SANITAS OTROS
				¿OTROS PLANES?	CUALITATIVA	Nominal	PREPAGADA PLAN VOLUNTARIO PLAN COMPLEMENTARIO POLIZA.
			<b>PERCEPCION DE CARGA Y</b>	¿UNICO CUIDADOR?	CUALITATIVA	Nominal	SI NO OTROS ¿CUALES?

			<b>APOYO</b>	N°. HORAS DE AYUDA	CUANTITATIVA	Discreta	1 – 24 Horas
			<b>NIVEL DE SATISFACIÓN DE LOS APOYOS CON QUE CUENTA</b>	APOYO PSICOLOGICO	CUALITATIVA	Ordinal	1 - 2 - 3 - 4
				APOYO FAMILIAR	CUALITATIVA	Ordinal	1 - 2 - 3 - 4
				APOYO RELIGIOSO	CUALITATIVA	Ordinal	1 - 2 - 3 - 4
				APOYO ECONOMICO	CUALITATIVA	Ordinal	1 - 2 - 3 - 4
				APOYO SOCIAL	CUALITATIVA	Ordinal	1 - 2 - 3 - 4
				OTRO. ¿CUAL?	CUALITATIVA	Ordinal	1 - 2 - 3 - 4
				¿LA PERSONA QUE LO CUIDA ES?	CUALITATIVA	Nominal	ESPOSO (A) MADRE/PADRE HIJO (A) ABUELO (A) AMIGO (A) OTRO
				¿PERCIBE QUE, PARA SU FAMILIA, ¿USTED COMO PACIENTE ES UNA CARGA?	CUALITATIVA	Ordinal	MUY ALTA - ALTA-MODERADA - BAJA
			<b>NIVEL DE BIENESTAR</b>	BIENESTAR FISICO	CUALITATIVA	Ordinal	0 - 1 - 2 - 3 - 4
				BIENESTAR PSICOLOGICO-EMOCIONAL	CUALITATIVA	Ordinal	0 - 1 - 2 - 3 - 4
				BINESTAR SOCIAL	CUALITATIVA	Ordinal	0 - 1 - 2 - 3 - 4
				BIENESTAR ESPIRITUAL	CUALITATIVA	Ordinal	0 - 1 - 2 - 3 - 4

			<b>TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN</b>	NIVEL DE USO	CUALITATIVA	Nominal	ALTO – MEDIO-
				TELEVISION	CUALITATIVA	Ordinal	ALTO - MEDIO - BAJO
				RADIO	CUALITATIVA	Ordinal	ALTO - MEDIO - BAJO
				COMPUTADOR	CUALITATIVA	Ordinal	ALTO - MEDIO - BAJO
				TELEFONO	CUALITATIVA	Ordinal	ALTO - MEDIO - BAJO
				INTERNET	CUALITATIVA	Ordinal	ALTO - MEDIO - BAJO
				OTRO. ¿CUAL?	CUALITATIVA	Ordinal	ALTO - MEDIO - BAJO
				EL CUIDADO LO APOYA EN LAS TICS	CUALITATIVA	Nominal	SI NO
				NIVEL DE APOYO PERCIBIDO	CUALITATIVA	Ordinal	ALTO - MEDIO - BAJO
				ORDENE POR PRIORIDAD LAS TICS USADAS	CUALITATIVA	Ordinal	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

## **6. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **6.1 TIPO DE ESTUDIO**

Estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, el cual permite determinar las diversas variables sociodemográficas, la percepción carga y apoyo y las tecnologías de la información y comunicación (TICS) en la persona con HTA y DM2, que nos permita analizar la interrelación que tienen estas variables.

### **6.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA**

El universo está conformado por pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles residentes en la ciudad de Girardot, Cundinamarca. La población son los usuarios hospitalizados en una institución de salud de carácter privado en el municipio y la muestra para la prueba piloto fue de 7 pacientes adultos mayores con HTA y DM2 que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **6.3 TIPO DE MUESTREO**

No probabilístico intencional

### **6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Personas en condición de cronicidad que presenten HTA y/o DM2, que acepten participar en el estudio, mayores de edad, se tendrán en cuenta los pacientes que tengan en el Cuestionario corto portátil de valoración de estado mental SPMSQ – PFEIFFER, una puntuación  $< 2$  errores con un criterio normal, teniendo en cuenta que se permite un error si no ha recibido educación primaria y se permite un error de menos si ha recibido estudios superiores y que se encuentren en los servicios de hospitalización de la institución de salud.

## **6.5 CRITERIOS DE EXCLUSION**

Personas con alteraciones en el estado de conciencia y/o deficit cognitivo que persiste durante el tiempo de recoleccion de la informacion pertinente para el estudio, desistir de continuar en el estudio en cualquier momento durante la aplicación de los instrumentos.

## **6.6 CONTEXTO**

El municipio de Girardot donde se realizará la investigacion se encuentra ubicado al sur occidente de Cundinamarca en el región del alto magdalena y posee una extensión territorial de 40,569 km<sup>2</sup>; para el año 2018 cuenta 106.818 habitantes según las proyecciones del departamento administrativo de estadísticas (DANE) y para el año 2020 se estima la poblacion total ascienda a 107.796 habitantes de los cuales la población adulta mayor (60 años y más) sea de 17.422. La institucion prestadora de servicios de salud donde se aplicaron los instrumentos para la prueba piloto es de carácter privado.

## **7. MÉTODO RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN E INSTRUMENTO**

Se utiliza como método para la recolección de la información el uso del instrumento tipo encuesta: “Ficha de caracterización de la diada cuidadora – persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D1 VERSIÓN 5.3 2018” (ver Anexo B); esta ficha fue propuesta por el Grupo de Cuidado al Paciente crónico y su familia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Ha sido utilizada en investigaciones en relacionadas con los fenómenos de habilidad de cuidado y calidad de vida; se aplica a los pacientes en condición de cronicidad con diagnósticos de DM2 e HTA que cumplen con los criterios de inclusión del estudio; el instrumento incluye tres dimensiones: 1. Identificación de condiciones del paciente y perfil socio demográfico. 2. Percepción de

carga y apoyo y 3. Tecnologías de la información y la comunicación, la ficha tiene un total de 22 ítems.<sup>35</sup>

Para su aplicación, esta ficha debe contar con la evaluación del estado mental del paciente el cual se hará mediante el “Cuestionario corto portátil de valoración de estado mental SPMSQ – PFEIFFER” (ver Anexo C) con el fin de determinar el ingreso del sujeto al estudio. El cual, por su naturaleza de valoración clínica, debe ser diligenciado por el investigador.<sup>36</sup>

Es importante mencionar que este instrumento solo será aplicado a la persona con enfermedad crónica más no al cuidador, para el uso de los instrumentos se obtuvo el permiso de la Universidad Nacional de Colombia (ver Anexo D) y cada uno de los instrumentos nombrados cuentan con la respectiva validación. Para el abordaje de los pacientes se solicitó de manera verbal el permiso a la institución privada con el fin de realizar la aplicación de los instrumentos.

## 7.1 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis e interpretación de la información recolectada se utilizará una estadística descriptiva por lo tanto, se realizará una base de datos de los instrumentos aplicados, en el programa Microsoft Excel y GraphPad Prism versión 7 con el fin de realizar las tablas y gráficas correspondientes.

---

<sup>35</sup> Chaparro-Díaz L, Sánchez B, Carrillo-González GM. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar - persona con enfermedad crónica. Rev. cienc. cuidad. [en línea]. 27 de septiembre de 2015 [citado 13 de agosto de 2020];11(2):31-5. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/196>

<sup>36</sup> DE LA IGLESIAA, Jorge Martínez, et al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años. *Medicina clínica*, 2001, vol. 117, no 4, p. 129-134.

## 8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 8.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

La prueba piloto estuvo conformada por 7 personas, el 86% de los pacientes son procedentes del departamento de Cundinamarca; el 71% está ubicado en la zona urbana y el 29% reside en el área rural. El estado civil más frecuente es el casado con un 43% y viudo con un 29%, las personas restantes están conformadas por solteros y separados con el 14% respectivamente. En el nivel de escolaridad se identificó que el 71% de la población tiene primaria incompleta y el 29% restante primaria completa, es decir, que del total de la muestra ninguna tiene un nivel de escolaridad superior a la primaria; con relación a la ocupación el 71% se dedica a labores del hogar, el 14% a trabajo independiente y otras ocupaciones respectivamente.

En cuanto a la edad el 71,4% se encuentra en el rango entre 61 y 80 años, con una media de 73,2.

Por consiguiente, en el artículo de LIBRE, *et al.* 2008, realizado en un policlínico<sup>37</sup>, se encontraron resultados similares, donde la edad media de la población estudiada fue de 74 años. De igual manera, en el estudio de ZAVALA Marco, *et al.*<sup>38</sup> Se evidencio que la edad media fue de 69,71 años. Es importante resaltar que las personas a mayor edad son más vulnerables a padecer enfermedades crónicas no transmisibles como en el estudio realizado por MENENDEZ Jesús *et al.* 2005<sup>39</sup>, donde hace referencia que, a mayor edad, más aumento del número de enfermedades, concordando así con los

---

<sup>37</sup> LLIBRE GUERRA, Juan Carlos; GUERRA HERNÁNDEZ, Milagros A.; PERERA MINIET, Elianne. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista cubana de medicina general integral*, 2008, vol. 24, no 4, p. 0-0.

<sup>38</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>39</sup> MENÉNDEZ, Jesús, et al. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2005, vol. 17, p. 353-361.

datos expuestos ya que las enfermedades crónicas fueron más predominantes en pacientes con edad avanzada.

El 86% de la población estudio se encuentra afiliada al régimen subsidiado y el 14% restante son del régimen contributivo. (Ver Tabla 1)

En un estudio realizado por BERNAL Lorena en el hospital San Francisco de Villa de Leyva del 2020<sup>40</sup>, se identificó que el 77,5% cuenta con aseguramiento subsidiado al Sistema de salud colombiano y el 8,7% restante al régimen contributivo. El otro estudio fue realizado por TAMAYO Diana, *et al*<sup>41</sup>. 2015, donde se contrasta la información que se obtuvo, ya que el régimen contributivo fue el más prevalente con un 70 % y el 17% pertenecían al subsidiado en la ciudad de Bogotá.

En relación con lo anterior, se encontró un artículo realizado por GALLARDO Karina, *et al*. 2016,<sup>42</sup> donde se menciona que las estadísticas de las secretarías de salud en Colombia demuestran indicadores con aumento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas y la baja cobertura en la prestación de los servicios. Estos factores pueden agravar la situación del paciente desencadenando posibles complicaciones. (Ver tabla 1)

---

<sup>40</sup> BERNAL BARÓN, Lorena Alejandra. Competencia para el cuidado y barreras en el acceso a la salud en la diada persona con enfermedad crónica y su cuidador familiar de zona rural.

<sup>41</sup> TAMAYO, Diana Carolina; CAMACHO, Sandra Marcela; LÓPEZ, Pilar Andrea. Caracterización de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos por médicos residentes de medicina familiar en Bogotá, Colombia. *Revista Desafíos*, 2015, vol. 9, no 2, p. 17-24.

<sup>42</sup> GALLARDO SOLARTE, Karina; BENAVIDES ACOSTA, Fanny Patricia; ROSALES JIMÉNEZ, Rosario. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Revista ciencias de la Salud*, 2016, vol. 14, no 1, p. 103-114.

**TABLA 1.** Características generales de la población estudio n= (7)

	<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Diagnosticos medicos</b>	Hipertensión Arterial	4	57,1%
	Diabetes mellitus 2	2	28,6%
	Hipertensión y Diabetes	1	14,3%
<b>Género</b>	Femenino	4	57,1%
	Masculino	3	42,9%
<b>Edad</b>	51 - 60	1	14,3%
	61 - 70	2	28,6%
	71 - 80	3	42,9%
	>80	1	14,3%
<b>Escolaridad</b>	Primaria incompleta	5	71,4%
	Primaria completa	2	28,6%
<b>Procedencia</b>	Cundinamarca	6	85,7%
	Otros	1	14,3%
<b>Residencia</b>	Urbano	5	71,4%
	Rural	2	28,6%
<b>Estado civil</b>	Soltero/a	1	14,3%
	Casado/a	3	42,9%
	Separado/a	1	14,3%
	Viudo/a	2	28,6%
<b>Ocupación</b>	Hogar	5	71,4%
	Trabajo independiente	1	14,3%
	Otros	1	14,3%
<b>Estrato Socioeconomico</b>	Bajo	6	85,7%
	Medio	1	14,3%
<b>Tiempo de la enfermedad</b>	1 - 2 años	1	14,3%
	5- 10 años	4	57,1%
	>10 años	2	28,6%
<b>Religión</b>	Católico	3	42,9%
	Cristiano	4	57,1%
<b>Nivel de compromiso religioso</b>	Medio	5	71,4%
	Alto	2	28,6%
<b>EPS</b>	Subsidiado	6	85,7%
	Contributivo	1	14,3%

En esta prueba piloto se identificó que la enfermedad crónica no transmisible más prevalente es la hipertensión arterial predominando el género femenino con un 57% representado por 4 pacientes de las cuales 2 tienen hipertensión arterial, una diabetes mellitus y 1 las dos patologías, frente a la población masculina que corresponde al 42 % de la muestra con 3 pacientes, dos con hipertensión arterial y un paciente con diabetes mellitus tipo 2. (Ver figura 1)

Una investigación realizada por MIGUEL Soca, *et al.* 2017<sup>43</sup>, hace referencia a que la población de hipertensos representa el 63,9% de la muestra abordada en el estudio, además en un artículo más reciente del año 2019 realizado por HERNÁNDEZ Bustos, *et al*<sup>44</sup>. Se reafirman los resultados obtenidos en esta investigación ya que el 74,1% de la muestra analizada estaba conformada por pacientes hipertensos.

Resultados similares se encontraron en el estudio de CASTAÑEDA Porras, *et al.* 2018, en Trinidad Casanare<sup>45</sup>, donde el porcentaje del género femenino fue del 54,8%. Otro estudio que respalda dichos resultados fue el de URINA Triana, *et al*<sup>46</sup>. 2020, en el cual se evidencio que el 61.28%, hace referencia a la población femenina.

El artículo de RODRÍGUEZ Regino, *et al*<sup>47</sup>, describe una fuerte relación entre la hipertensión arterial y el género femenino debido a los cambios endocrinos propios de la menopausia en conjunto con los estilos de vida, lo cual coincide con los resultados obtenidos en este estudio. por esta razón se debe fortalecer la prevención, los factores de riesgo priorizando las condiciones individuales de este grupo poblacional.

---

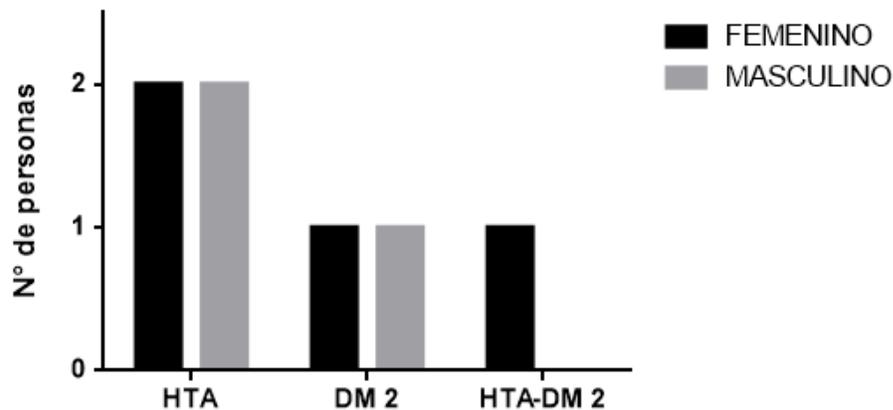
43 MIGUEL SOCA, Pedro, *et al.* Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. Revista Finlay, 2017, vol. 7, no 3, p. 155-167.

44 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.

45 PORRAS, Oneida Castañeda; SEGURA, Omar; RODRÍGUEZ, Aida Yadira Parra. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, Trinidad-Casanare, 2012-2014. Revista Médica de Risaralda, 2018, vol. 24, no 1, p. 33-38.

46 TRIANA Miguel, QUINTERO Adalberto, VALBUENA Ana María, BRYON Alejandro, SOLER Luis y MERCHÁN Lizbeth. El control de los factores de riesgo en pacientes con hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 en la región central de Colombia. Marzo 2020. Pg. 2

47 RODRIGUEZ ACOSTA, Regino; GUTIERREZ BAEZ, Yipsi; RIVERO FERNANDEZ, Tomás y RODRIGUEZ HERNANDEZ, Juan Carlos. Hipertensión arterial en mujeres. AMC [online]. 2000, vol.4, n.1 [citado 2020-08-08]. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-0255200000100004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-0255200000100004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1025-0255



**FIGURA 1.** Enfermedad ajustada por género

En el siguiente análisis se identificó que 4 personas las cuales representan el 57.1% de la muestra, tienen con el diagnóstico de la enfermedad de 5 a 10 años, 2 personas (28.6%) llevan más de una década con el diagnóstico y la persona restante entre 1 a 2 años (14.3%). (Ver Tabla 1)

En los estudios revisados se encontraron diferencias con los obtenidos en el presente estudio. Según el artículo de BERNAL Lorena<sup>48</sup>, el tiempo de la enfermedad más prevalente fue de 5 a 10 años con un 28% de la muestra. Adicionalmente, en un estudio que realizó PILOTO Gonzales *et al.* 2015<sup>49</sup>, se encontró que 92.3% de los pacientes llevan más de 10 años con la enfermedad.

Con respecto al estrato socioeconómico, se encontró que 6 personas (86%) pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 y 2, una persona (14%) es de estrato 3, no se encontraron en el estudio personas de los demás estratos. (Ver Tabla 1)

<sup>48</sup> BERNAL BARÓN, Lorena Alejandra. Competencia para el cuidado y barreras en el acceso a la salud en la diada persona con enfermedad crónica y su cuidador familiar de zona rural.

<sup>49</sup> PILOTO GONZÁLEZ, Raquel, et al. Caracterización clínica-epidemiológica de la enfermedad cerebrovascular en el adulto mayor. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 2015, vol. 19, no 6, p. 0-0.

Asimismo, en otro estudio realizado en la Ciudad de Bucaramanga por ÁLVAREZ Leonardo, *et al.* 2010,<sup>50</sup> se encontró que el 96% pertenecen al estrato socioeconómico uno y el 4% al estrato dos. En otro estudio realizado por Margarita Quiceno en el hospital general de Medellín en el año 2012<sup>51</sup>, se determinó que el estrato socioeconómico fue bajo con un 48,8% haciendo referencia al nivel 1 y 2, seguido por un 45,5% correspondiendo al nivel medio (3 y 4). La anterior literatura revisada concuerda con el presente estudio ya que más de la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles pertenecen a un estrato socioeconómico bajo.

En la investigación de GALLARDO Karina, *et al.* 2016,<sup>52</sup> se evidencio que los costos generados por la atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles generan un impacto en las poblaciones con debilidad económica y social.

De la población estudio, todas las personas tienen una inclinación religiosa, siendo cristianas 4 personas (57.1%) y 3 personas católicas (42.9%) al analizar la religión con el compromiso religioso, cinco personas (71%) considera que su nivel de compromiso religioso es medio y el grupo restante refiere tener un compromiso alto (Ver Tabla 1).

En la investigación sobre adultos mayores hospitalizados en una unidad geriátrica realizada por AYELE Hana, *et al.* 2015<sup>53</sup>, se identificó que el 86% de la muestra utiliza la religión como un recurso para hacer frente a una enfermedad médica y se asocia positivamente a una adecuada satisfacción de vida. De igual manera, otro estudio con resultados similares fue elaborado por SILVA Fátima, *et al.* Brasil año 2016<sup>54</sup>, en el que se indica que el 80% de las personas afirman haber tenido una experiencia

---

<sup>50</sup> ALVAREZ, Leonardo, *et al.* Promoción de actitudes y estrategias para el afrontamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en un grupo de enfermos crónicos de la ciudad de Bucaramanga. *Psicoperspectivas*, 2010, vol. 9, no 2, p. 279-290

<sup>51</sup> QUICENO, Japcy Margarita; ALPI, Stefano Vinaccia. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología desde el Caribe*, 2012, vol. 29, no 1, p. 87-104.

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

<sup>53</sup> Ayele, H., Mulligan, T., Gheorghiu, S. y Reyes - Ortiz, C. (1999), La actividad religiosa mejora la satisfacción con la vida de algunos médicos y pacientes mayores. *Revista de la Sociedad Americana de Geriátrica*, 47: 453-455. doi: 10.1111 / j.1532-5415.1999.tb07238.x

<sup>54</sup> SILVA, Cristiane de Fátima, *et al.* Espiritualidad y religiosidad en pacientes con hipertensión arterial sistémica. *Revista Bioética*, 2016, vol. 24, no 2, p. 332-343.

religiosa/espiritual que cambió sus vidas y el 100% reportó haber sido recompensado por su fe.

Soportando los resultados de este estudio, ALFONSO Carlos expone que quienes poseen creencias religiosas tienden a mejorar su proceso de afrontamiento a la enfermedad, debido a que presentan mayor motivación y esperanza de su situación de salud incrementando así su deseo de aprender habilidades y/o conocimientos para su autocuidado generando un impacto positivo sobre su calidad de vida.

## 8.2 PERCEPCIÓN CARGA Y APOYO

De la muestra analizada con respecto al número de cuidadores, el 71.4% refiere tener más de un cuidador mientras que el 28.5% cuentan con un solo cuidador. (Ver figura 2). Estos datos pueden ser comparados con el estudio realizado en el Hospital San Francisco de Villa de Leyva, Boyacá, Colombia, 2019 por BERNAL Alejandra <sup>55</sup> donde se evidencia que el 66,1% contaba con más de un cuidador. Sin embargo, otra investigación elaborada en el hospital de Engativá por GUARÍN, *et al.* 2012<sup>56</sup>, contrasta los resultados anteriores, pues el 57% de los pacientes tiene un único cuidador mientras que el 43% tiene más de un cuidador.

Por lo tanto, el estudio de BARRERA Lucy, *et al.* 2014<sup>57</sup>, hace referencia a que tener un cuidador modifica la experiencia de vivir con una enfermedad crónica no transmisible, permitiendo en algunos casos, generar un vínculo especial e insoluble que transforma el sentido de la vida.

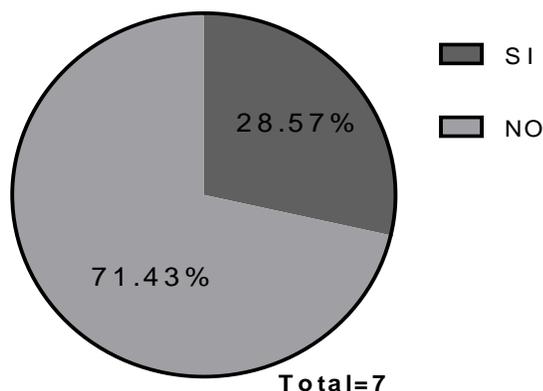
---

<sup>55</sup> BERNAL BARÓN, Lorena Alejandra. Competencia para el cuidado y barreras en el acceso a la salud en la diada persona con enfermedad crónica y su cuidador familiar de zona rural.

<sup>56</sup> GUARÍN SUÁREZ, Eliana Lisbeth; ROJAS BARBOSA, Jenny Carolina; QUEMBA MESA, Mónica Paola. Diagnóstico situacional de los cuidadores familiares y las personas con enfermedad crónica pertenecientes al programa de salud a su hogar del Hospital de Engativá, UPA Garcés Navas. *Carrera de Enfermería*

<sup>57</sup> ORTIZ, Lucy Barrera; ROSERO, Elizabeth Vargas; CENDALES, Paola Andrea. Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2015, vol. 17, no1

En el presente estudio se destaca que la mayoría de los pacientes tienen más de un cuidador, lo que puede generar una fuerte relación afectiva entre el paciente y sus cuidadores.



**FIGURA 2.** Distribución porcentual de la muestra según el número de cuidadores

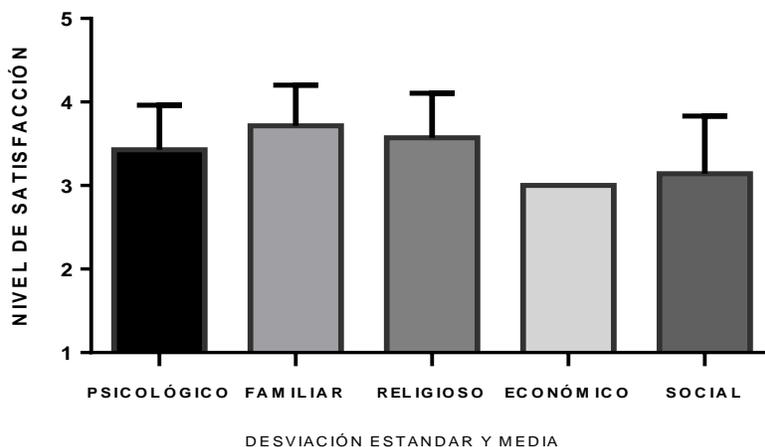
En los tipos de apoyo se evidencia que el más significativo es el familiar representado con la media de 3.7, seguido del religioso con 3.57 y en contraste con estos resultados, el apoyo percibido como el más bajo fue el económico con una media de 3,0. (Ver figura 3).

En el artículo de MARTOS maría, *et al.* 2011<sup>58</sup>, realizado a usuarios del servicio de salud Andaluz en España, se encontraron resultados similares a esta prueba piloto, debido a que el apoyo familiar es considerablemente el más elevado con una media de 3.99. En otro estudio realizado por BALLESTEROS, Jesús et al, 2015 del Hospital San Vicente de Arauca<sup>59</sup> se identificó que el 76% de los pacientes considera a su familia como su principal apoyo.

<sup>58</sup> MÉNDEZ, María José Martos; MUÑOZ, Carmen Pozo. Apoyo funcional vs. disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 2011, vol. 27, no 1, p. 47-57.

<sup>59</sup> BALLESTEROS, Jesús E., et al. Caracterización y percepción de carga de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Arauca. *Orinoquia*, 2015, 19.1: 100-105.

Con base en los resultados anteriores se evidenció que los pacientes adultos mayores presentaron una adecuada red de apoyo familiar, lo cual podría ocasionar un alto nivel de bienestar psicológico y emocional, impactando positivamente sobre el control de su enfermedad, mejorando así su calidad de vida.



**FIGURA 3.** Nivel de satisfacción según los tipos de apoyo.

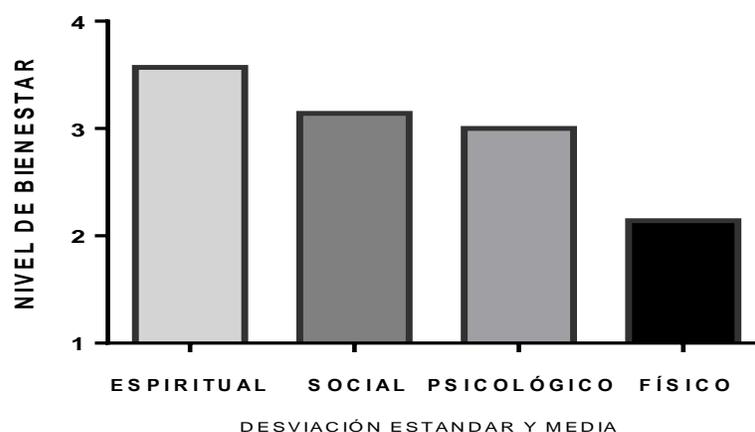
En los pacientes adultos mayores se encontró que el nivel de bienestar más predominante es el espiritual con una media de 3,5, seguido del social con 3,1, siendo los más bajos el bienestar psicológico con una media de 3 y el bienestar físico con 2,1. (Ver figura 4).

En los artículos se identificó diferencias en cuanto a los porcentajes, sin embargo, el bienestar espiritual fue el que más predominó en las investigaciones, la primera fue realizada en Santa Martha por RIVAS Aneth, *et al.* 2013,<sup>60</sup> establece que en relación con la variable factor fe y creencias, la creencia en un poder superior y la oración hacen parte importante en la vida de estas personas, hallándose un 63,3% fuertemente de acuerdo con la creencia en un ser superior. En otro estudio realizado por BASTOS

<sup>60</sup> RIVAS CASTRO, Aneth, et al. Bienestar espiritual de adultos mayores con enfermedades crónicas de la ciudad de Santa Marta, Colombia. 2013.

Angie en el 2017<sup>61</sup> el nivel de bienestar social y espiritual fue de 58,5% y 50,9% respectivamente siendo los más altos.

De esta manera encontramos que un alto nivel espiritual en los pacientes posiblemente lograra fortalecer la esperanza de vida, la trascendencia interior, el confort y su adaptabilidad con el entorno, estos factores influyen en su bienestar físico, psicológico, emocional y religioso logrando sobrellevar el proceso de su enfermedad.



**FIGURA 4.** Distribución de la muestra según los niveles de bienestar.

### 8.3 TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICS)

Se evidencio que el medio de información y comunicación más utilizado es la televisión con un nivel de uso alto que corresponde a 3 personas (42%), 2 personas (29%) con nivel medio y bajo respectivamente. En segundo lugar, se encuentra la radio, 4 personas (57%) refieren un nivel de uso medio y los 3 restantes (43%) manifiestan un nivel de uso bajo. Con respecto al uso del teléfono es bajo con 5 personas (71.4%) y 2

---

<sup>61</sup> BASTO BARAJAS, Angie S.; OLIVEROS GALVIS, Denis F.; RIBERO GARCÍA, Lisseth J. Percepción de la diada paciente-cuidador familiar en el uso de las tecnologías de información y comunicación en el cuidado de su enfermedad. 2017

personas (28.6%) tienen un uso medio. Es importante resaltar que el uso del internet y el computador es bajo en las 7 personas del estudio con el 100%. (Ver figura 5).

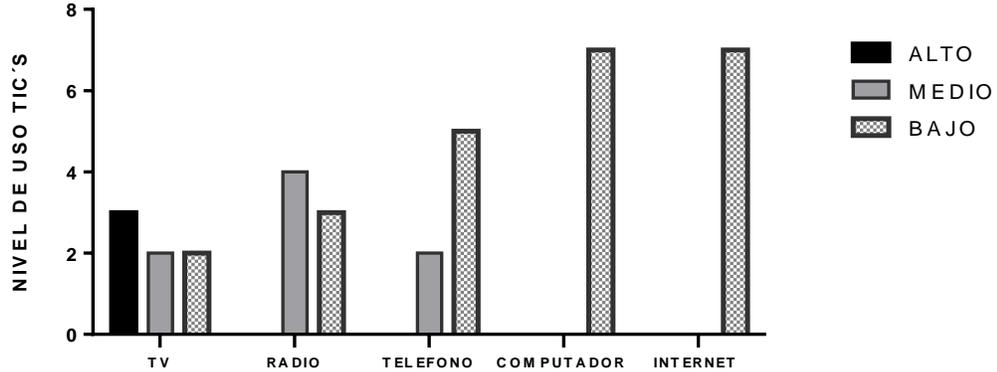
En la investigación realizada por BUSTOS Adriana, et al. 2019<sup>62</sup> a un grupo de enfermos crónicos usuarios de consulta externa, los resultados muestran que los pacientes tienen niveles de conocimiento principalmente alto y medio para el uso de la televisión, el radio y el teléfono; por el contrario, más del 90% de la muestra manifiesta tener un nivel bajo de conocimiento en el uso del computador e internet. Asimismo, en otro artículo realizado por SÁENZ Leidy, et al. 2016<sup>63</sup> el 35% y el 30% de los participantes tienen un nivel alto de uso al televisor y la radio, por el contrario, con el teléfono, el computador y el internet tienen un nivel bajo de uso. Lo mencionado anteriormente corresponde a los resultados encontrados en el presente estudio.

Se puede evidenciar que las TICS más utilizadas son la televisión y la radio, debido a su facilidad en el acceso y manejo. Por el contrario, cuando se hace referencia a las tecnologías más avanzadas (uso de teléfono, computador e internet) son las que presentan menor utilidad por parte de esta población adulta mayor ya que pueden estar relacionados con factores como: bajo estrato socioeconómico, nivel de conocimiento, escolaridad y los cambios fisiológicos relacionados con el proceso normal del envejecimiento como lo son: la disminución de la agudeza visual, auditiva, el deterioro cognitivo y motriz que dificultan el manejo de estos medios tecnológicos.

---

<sup>62</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.

<sup>63</sup> SÁENZ ALBARRACÍN, Leidy Johana; MORA MUÑOZ, Hernán Darío. La radio y la televisión como medio educativo en el auto-cuidado del paciente con enfermedad crónica no transmisible. 2016. Tesis Doctoral.



**FIGURA 5.** Autovaloración en el uso de las TICs

De la población estudio se identificó que, solo un 28.5% hace uso de las tecnologías de la comunicación e información para el autocuidado mientras que el 71.4%, no utiliza las TICs con este propósito. (Ver figura 6).

Resultados similares se encontraron en un estudio investigativo realizado por BARRERA Lucy, *et al.* 2016<sup>64</sup>, en donde el 39,6% de las personas con enfermedad crónica usa las TIC'S para apoyar su autocuidado y el 64,1% percibe bajo apoyo para su cuidado. En contraste de los resultados obtenidos en esta prueba piloto, se encontró un estudio por BASTOS Angie, en 2017<sup>65</sup>, en el cual se identificó que el apoyo percibido por la población estudio realizado en Bucaramanga el 60,4% usa las TIC'S para su autocuidado y el 39.6% no hace uso de ellas.

El poco uso de estas TIC'S se relaciona con lo mencionado por MORALES Almeida, 2013<sup>66</sup> donde hace referencia que para elaborar conocimiento y utilizar el tic, se debe tener en cuenta los conocimientos previos de las personas, el lugar donde viven, si

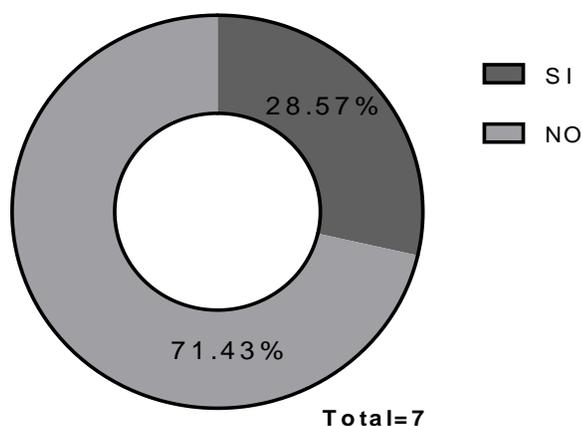
64 BARRERA-ORTIZ, Lucy, *et al.* Soporte social percibido por las personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares en cinco macro regiones geográficas de Colombia. *Univ. salud*, 2016, p. 102-112.

65 BASTO BARAJAS, Angie S.; OLIVEROS GALVIS, Denis F.; RIBERO GARCÍA, Lisseth J. Percepción de la diada paciente-cuidador familiar en el uso de las tecnologías de información y comunicación en el cuidado de su enfermedad. 2017

66 MORALES ALMEIDA, Paula. El uso de las TIC y la formación permanente del adulto: una mejora de la calidad de vida. 2013.

poseen los recursos para acceder a dicha tecnología, que es lo que se conoce como brecha digital.

Con base en lo anterior es necesario revisar responsablemente la brecha digital, con el fin de crear habilidades en los adultos mayores con enfermedad crónica no transmisible que les permita acceder a estas tecnologías y así brindarles información sobre los cuidados de su enfermedad.



**FIGURA 6.** Distribución porcentual del uso de las TICS para autocuidado

## 9. CONCLUSIONES

En la prueba piloto se logró identificar que más de la mitad de los pacientes corresponden al género femenino con edades comprendidas entre los 61 y 80 años lo que implica un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas en esta población.

De acuerdo a los resultados del estudio la enfermedad más frecuente es la hipertensión arterial lo que indica la necesidad de implementar estrategias que promuevan las conductas de autocuidado enfocadas a la disminución de factores de riesgo y las complicaciones derivadas de esta enfermedad.

En cuanto a la percepción de carga y apoyo, el tipo de apoyo con mayor nivel de satisfacción fue el familiar resaltando que más de la mitad de los pacientes refieren tener más de un cuidador lo que favorece el acompañamiento y el cuidado continuo al adulto mayor con enfermedad crónica no transmisible.

En lo relacionado con el manejo de las tecnologías de la información y comunicación (TICS), se evidencia que la mayoría de los pacientes hacen un uso frecuente de la televisión y la radio, sin embargo, los medios tecnológicos más avanzados como el internet, computador y teléfono tuvieron el más bajo uso, por tal motivo se considera importante incentivar el desarrollo de programas educativos para el autocuidado por medio de las TICS más utilizadas.

## 10. RECOMENDACIONES

Durante la ejecución de este estudio, cuando se aplicó el instrumento “ficha de caracterización de la diada cuidador- persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D1 versión 5.3 2018”, el cual está validado y fue realizado por la Universidad Nacional de Colombia, se encontraron recomendaciones en relación a la construcción de algunos ítems como el 1.8 que hace referencia a la ocupación, ya que si el paciente se encuentra desempleado o en caso de tener dos ocupaciones no tendría la opción para marcar su respuesta; y el ítem 2.1 que corresponde a la pregunta: ¿tiene un único cuidador?, puesto que si el paciente no tiene cuidador no habría la opción de marcar su respuesta, se encontró que la tendencia de los pacientes es marcar NO cuando no tiene cuidador lo cual se presta para más de una interpretación conllevando a posibles sesgos en el estudio.

Incentivar la realización de investigaciones enfocadas en la caracterización de personas con enfermedades crónicas no transmisibles del municipio de Girardot que permita fortalecer los planes de desarrollo municipal encaminados a prevenir y disminuir los riesgos que conllevan a la hipertensión y diabetes mellitus tipo 2

Dar continuidad al proyecto, dado que ya se encuentra autorizado el permiso en la Clínica Junical Medical S.A.S para la ejecución de una estrategia educativa que están realizando otros estudiantes del programa de enfermería de la universidad de Cundinamarca.

## 11. BIBLIOGRAFIA

ÁLVAREZ, Juan Carlos Díaz. Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al Hospital San Rafael de Girardot. *Avances en enfermería*, 2007, vol. 25, no 1, p. 69-82.

BALLESTEROS, Jesús E., et al. Caracterización y percepción de carga de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Arauca. *Orinoquia*, 2015, vol. 19, no 1, p. 100-105.

BARRERA ORTIZ, Lucy; VARGAS ROSERO, Elizabeth; CENDALES, Paola Andrea. Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2015, vol. 17, no 1.

BLANCO, Luisa; SIMÓN, Ana; SANCHEZ, Aracelys "Caracterización biopsicosocial de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónica o terminal", *Majagua/Venezuela*, en el año 2013.

BOLETÍN DEL OBSERVATORIO EN SALUD, Disponible:  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/view/17968/18857>

CHAPARRO, Lorena; SÁNCHEZ, Beatriz; CARRILLO, Gloria Mabel. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar-persona con enfermedad crónica. *Revista Ciencia y Cuidado*, 2014, vol. 11, no 2, p. 31-45.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024. [consultado el 28 de abril del 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 266 (25 de enero de 1996). Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá, D.C. Diario Oficial No. 42.710. [consultado: 20 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA (20 de julio de 1991). Artículo 46. [consultado: 18 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-46>

DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD. Disponible: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

DOCUMENTO CONPES DNP-2793-Vicepresidencia de la República-UDS Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes\\_dnp\\_2793\\_1995.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/conpes_dnp_2793_1995.htm)

EL TIEMPO Disponible: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16248195>

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL CORAZÓN. Madrid, España. Hipertensión. [consultado el 28 de abril del 2020]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html>

GAVIDIA CATALÁN Valentín y TALAVERA, Marta. La construcción del concepto de salud. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales. España. Universidad de Valencia. 2012, Número 26. 161-175 [consultado el 28 de abril del 2020]. Disponible en: <https://ojs.uv.es/index.php/dces/article/view/1935/1449>

HERNÁNDEZ, Y., VALDÉS, M., Rowley, J, “Caracterización clínica- epidemiológica de la diabetes mellitus en el adulto mayor” Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria.Vol.10. No.1. 2015

LEAL, Zunieska García, et al. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en el Consultorio Médico 24. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 2013, vol. 17, no 4, p. 84-93.

LUNA, Nadia. Entreprenar. Que son las Tics. 2018. [consultado el 28 de abril del 2020]. Disponible en: <https://www.entrepreneur.com/topic/que-son-las-tics>

MELO, Blanca. capacidad y competencia para el cuidado en la diada paciente con enfermedad crónica - cuidador familiar y su relación con características sociodemográficas, nivel de riesgo y carga percibida con el fin de diseñar la estrategia educativa para fortalecer la habilidad de cuidado en el hogar. Enfermería UDEC 2015.

MESA MELGAREJO, Lorena; CARRILLO ALGARRA, Ana Julia; MORENO RUBIO, Fanny. La cronicidad y sus matices: estudio documental. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 2013, vol. 15, no 2.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Bogotá. MSPS. Envejecimiento y vejez. [consultado: 28 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan decenal de salud pública 2012 – 202. Fecha última actualización: 12 de diciembre de 2018 [consultado: 20 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

MIRÓ, G.; CARMEN, A. Transición demográfica y envejecimiento demográfico. Papeles de población, 2003, vol. 9, no 35, p. 9-28.

MOLINA-DE SALAZAR, Dora I., et al. Tecnologías de la información y la comunicación como herramienta educativa en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en una IPS de la ciudad de Manizales. Medicas UIS, 2016, vol. 29, no 2, p. 59-70.

MUNDIAL, Asociación Médica. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5964/9753>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Disponible:  
<https://www.efe.com/efe/america/entrevistas/latinoamerica-consume-comida-basura-para-parecerse-al-mundo-mas-desarrollado/50000489-2635849#>

ORTIZ, Lucy Barrera, et al. Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: Mirada internacional. Aquichan, 2006, no 6, p. 2.

PÉREZ RIVERO, Jorge Luis; REGUEIRA NARANJO, Jesús Lázaro; HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, Roberto. Caracterización de la diabetes mellitus en un área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2002, vol. 18, no 4, p. 251-253.

PÉREZ RIVERO, Jorge Luis; REGUEIRA NARANJO, Jesús Lázaro; HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, Roberto. Caracterización de la diabetes mellitus en un área de salud. Revista Cubana de Medicina

ROJAS, Mauricio Arias, et al. Cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en las regiones de frontera colombiana: perfil y carga percibida de cuidado. Revista de la Facultad de Medicina, 2014, vol. 62, no 3, p. 387-397

SÁENZ ALBARRACÍN, Leidy Johana; MORA MUÑOZ, Hernán Darío. La radio y la televisión como medio educativo en el auto-cuidado del paciente con enfermedad crónica no transmitible. 2016. PhD Thesis.

SÁNCHEZ HERRERA, Beatriz; CARRILO GONZÁLEZ, Gloria Mabel; CORREDOR, Lina Roció. Caracterización y carga del cuidado en hombres cuidadores familiares de

personas con enfermedad crónica en Colombia. Archivos de Medicina (Col), 2014, vol. 14, no 2.

TORRES X, CARREÑO S, CHAPARRO L.” Factores que influncian la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico”. Revista de la Universidad Industrial de Santander, Salud Vol.49 No.2 abril - junio de 2017.

URIBE, Bertha Lucía Correa; GUEVARA, Sandra Lucrecia Romero; RAMÍREZ, Martha Isabel Camargo. Características y percepciones de las cuidadoras de familiares con enfermedad crónica. Revista UIS Humanidades, 2011, vol. 39, no 1.

VEGA Angarita Olga. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. Año 2011. Vol. 11 N.º 3.

## ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio:

PROYECTO 1. “*CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD EN GIRARDOT*”

PROYECTO 2. “*IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE SALUD EN GIRARDOT*”

Asesor investigación: Gloria Naidú Cuevas Rodríguez

Estudiantes Investigadores: Proyecto 1. María Camila Ausique Sogamoso

Yury Marcela Zambrano Moreno

Evelyn Dayhana Forero Salazar

Proyecto 2. María Alejandra Ceballos Ramón

Luz Marily León Jaramillo

Valentina López Moreno

### 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.

#### PROPÓSITO:

El propósito de esta investigación es determinar “La competencia para el cuidado en el hogar y calidad de vida en el adulto mayor con enfermedad crónica”

#### DURACIÓN:

El tiempo disponible para la recolección de los datos.

#### 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 SPMQ-PFEIFFER.

#### 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).

**BENEFICIOS:**

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

- Reconocimiento y retroalimentación de la persona con enfermedad crónica
- Contribución para el cuidado a la persona con enfermedad crónica en el programa de la institución

**CONFIDENCIALIDAD:**

Se realizará todo esfuerzo para asegurar que los hallazgos de este estudio sean confidenciales.

**PARTICIPACION VOLUNTARIA:**

*Su participación en este estudio de investigación es absolutamente voluntaria*, la entrevista la realizará un profesional idóneo adecuadamente asesorado quien le brindará a usted libertad y confianza para expresar sentimientos e inquietudes.

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 TESTIGO

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

Usted ha elegido *NO* participar en este proyecto de investigación y en constancia firma:

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

---

## **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 Camila Ausique Sogamoso (mcamilaausique@ucundinamarca.edu.co), Cel.3007327103

Yury Marcela Zambrano Moreno (ymarcelazambrano@ucundinamarca.edu.co), Cel. 3209403515

Evelyn Dayhana Forero Salazar (edforero@ucundinamarca.edu.co), Cel. 3116860693

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 B: 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: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y SU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	1. IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DEL CUIDADOR Y SU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b> Nombre: _____ Teléfono: _____	<b>INFORMACIÓN DEL CUIDADOR</b> Nombre: _____ Teléfono: _____
<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:

Esposo (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 C: CUESTIONARIO CORTO PORTATIL DE VALORACION DE ESTADO MENTAL SPMSQ – PFEIFFER**

Preguntas	Respuestas	Errores
¿Qué día es hoy? (día, mes, año)		
¿Qué día de la semana es hoy?		
¿Dónde estamos ahora?		
¿Cuál es su número de teléfono?		
¿Cuál es su dirección? (sólo si no tiene teléfono)		
¿Cuántos años tiene?		
¿Cuál es su fecha de nacimiento? (día, mes, año)		
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?		
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?		
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?		
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0		
Puntuación total		

Adaptada por Martínez de la Iglesia a población española

## ANEXO D: AUTORIZACION DEL PROYECTO



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 Naidú 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**

debe ser usado bajo el control inmediato y directo de **EL RECEPTOR**, únicamente por los involucrados en los proyectos de investigación "Caracterización de pacientes con enfermedad crónica no trasmisible en una institución privada de salud en Girardot" y "Competencia para el cuidado en una institución privada de salud en Girardot" **EL MATERIAL** en la versión en que se entrega, o en cualquiera otro formato en que se presente o se aplique, no deberá ser: a) ofrecido en venta como instrumento o como parte de una obra; b) dispuesto o desplegado en un servicio documental en línea de manera que pueda ser descargado o copiado; c) utilizado para ofrecer algún servicio que permita brindar un diagnóstico o producto que se comercialice. Ningún otro derecho, licencia, registro o cualquiera otro beneficio, se otorga a **EL RECEPTOR** por el uso de **EL MATERIAL** como resultado de esta autorización.

3. **EL MATERIAL** no debe ser vendido, distribuido o de cualquiera otra forma puesto a disposición de cualquier tercero para ningún propósito.
4. **EL MATERIAL** se entrega como fue considerado, diseñado, construido y validado por **LOS PROVEEDORES** y su uso se certifica en las publicaciones científicas y/o Ficha que hacen parte integral de este acuerdo. **EL MATERIAL** se transfiere sin garantías de aplicabilidad o ajuste a algún propósito particular o cualquiera otra garantía, expresa o implícita. **LOS PROVEEDORES** no garantizan ni reivindican que **EL MATERIAL** no infrinja Derechos de Autor, patentes, marcas o cualquiera otro derecho de propiedad intelectual. A menos que exista un requerimiento judicial, **EL RECEPTOR** acepta mantener indemne a **LOS PROVEEDORES**, a la Universidad Nacional de Colombia, a sus directivas y profesores de cualquier responsabilidad en relación con el uso de **EL MATERIAL** por **EL RECEPTOR**. A menos que exista un requerimiento judicial, **EL RECEPTOR** acepta defender e indemnizar a **LOS PROVEEDORES**, a la Universidad Nacional de Colombia, a sus directivas y profesores ante uno o todos los reclamos y daños que en cualquiera forma resultan de la transferencia, uso o aplicación de **EL MATERIAL** por **EL RECEPTOR**.
5. **EL MATERIAL** será utilizado atendiendo todas las normas y reglamentaciones aplicables, incluyendo las normas de la ética y los consentimientos informados que correspondan.
6. La vigencia de este acuerdo es de 2 años a partir del inicio del proyecto, a menos que quiera ser terminado anticipadamente o extendido mediante acuerdo firmado por las partes. Cada parte puede terminar este acuerdo antes de su fecha de expiración mediante nota escrita a la contraparte enviada sesenta días antes del término señalado. Las obligaciones establecidas para **EL RECEPTOR** relacionadas con la protección del derecho de autor que sobre **EL MATERIAL** recae, seguirán vigentes aun finalizado el tiempo del presente acuerdo. Una vez concluido el acuerdo, **EL MATERIAL** deberá ser retornado a **LOS PROVEEDORES** o destruido.
7. Una vez firmado este Acuerdo, **EL RECEPTOR** estará autorizada para recibir **EL MATERIAL** de **LOS PROVEEDORES**, La Universidad Nacional de Colombia y la Universidad de Cundinamarca son garantes de la ejecución y cumplimiento del mismo y en consecuencia lo rubrican.

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

ACEPTO

ACEPTO

ACEPTO

ACEPTO

ACEPTO