

**DÈFICIT DE AUTOCUIDADO EN LA POBLACIÒN ADULTA,
TIMBIO 2014 - 2015**

**ANA ERIKA BOLAÑOS MULCUE
BLANCA NIDIA MUÑOZ ZUÑIGA
FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA
WILLIAN SEVILLA ARISTIZABAL
FABIAN ANDRES VELA PANTOJA
ELIZABETH VIDAL ORDOÑEZ**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
POPAYAN, CAUCA
2016**

**DÈFICIT DE AUTOCUIDADO EN LA POBLACIÒN ADULTA,
TIMBIO 2014 - 2015**

**ANA ERIKA BOLAÑOS MULCUE
BLANCA NIDIA MUÑOZ ZUÑIGA
FRANCISCO JAVIER MUÑOZ GARCIA
WILLIAN SEVILLA ARISTIZABAL
FABIAN ANDRES VELA PANTOJA
ELIZABETH VIDAL ORDOÑEZ**

**TRABAJO PRESENTADO COMO PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE
ENFERMERO/A.**

INVESTIGADOR PRINCIPAL: ENF. MSC. GLORIA AMPARO MIRANDA

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
POPAYAN, CAUCA
2016**

CONTENIDO

	Pág.
Página de Aceptación	6
LISTA DE CUADROS	7
LISTA DE TABLAS	9
LISTA DE ANEXOS	12
RESUMEN.....	10
INTRODUCCIÓN	13
1 OBJETIVOS.....	19
1.1 GENERAL	19
1.2 ESPECÍFICOS.....	19
2 PROPÓSITO.....	20
3 MARCO TEÓRICO	21
4 METODOLOGIA	53
4.1 DISEÑO Y JUSTIFICACIÓN DEL DISEÑO.....	53
4.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	53
4.2.1 Universo.	53
4.2.2 Población.....	54
4.2.3 Muestra.	55
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	56
4.4 VARIABLES DEL ESTUDIO	56
4.4.1 Dependiente. Déficit de Autocuidado general y por requisito de autocuidado.	56

4.4.2 independiente. Factores de Condicionamiento básico por requisitos de Autocuidado (Ver anexo A).....	56
4.5 TECNICA DE ANALISIS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	57
4.5.1 Técnica.....	57
4.5.2 Instrumento.	57
4.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS	58
4.6.1 Selección de los participantes.	58
4.6.2 Prueba piloto.	59
4.6.3 Validación facial y de contenido del instrumento mediante análisis cualitativo.	59
4.7 RECOLECCIÓN DE DATOS	64
4.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	65
5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	96
6 RESULTADOS.....	98
6.1 FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES (FBC)	98
6.1.1 Factores básicos condicionantes por categorías.....	98
6.1.2 Factores básicos condicionantes como facilitadores o dificultadores de los RAU	108
6.1.3 Factores de condicionamiento básico según Requisito de Ac.....	110
6.2 CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO (AGAC) Y DÉFICIT POR REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL (RAU).....	117
6.2.1 Capacidades de la Agencia de autocuidado (AgAC).....	117
6.2.2 Déficit por Requisito de autocuidado Universal (RAU)	118

6.3. ESTABLECIMIENTO DE LA DEMANDA DE AUTOCUIDADO (DAC) Y DEL DÉFICIT POR RAU	119
6.4 ESTABLECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERIA Y DE LOS MÉTODOS DE AYUDA	139
7 DISCUSIÓN	141
8 CONCLUSIONES	145
9 RECOMENDACIONES	146
BIBLIOGRAFIA	147
ANEXOS	154

Página de Aceptación

El asesor académico y jurados del presente trabajo de grado: **'DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN LA POBLACIÓN ADULTA, TIMBIO 2014 - 2015'**, una vez revisado el escrito final y aprobado la sustentación del mismo, las autorizan para que realicen las gestiones administrativas correspondientes a su título profesional de Enfermero/a.

Firma Asesor Académico

Firma del jurado

Firma del jurado

Popayán, 03 de junio de 2016

LISTA DE CUADROS

Pág.

Cuadro 1. . Factores básicos condicionantes por Requisito de Autocuidado según instrumento.....	66
Cuadro 2. Diagnósticos NANDA y Factores Etiológicos para el Requisito de Autocuidado Universal Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire	68
Cuadro 3. Cuadro 3. Agrupación categorías de factores etiológicos para el RAU..	69
Cuadro 4. Asociación de las categorías con los FBC	70
Cuadro 5. Establecimiento de la demanda de Autocuidado (DAC).....	92
Cuadro 6. Establecimiento de condiciones que lo satisfacen o dificultan, métodos o tecnologías y acciones a seguir.	93
Cuadro 7. FBC facilitadores/obstaculizadores de los RAU en población adulta de Timbío.....	108
Cuadro 8. FBC según categorías que afectan los RAU: Aire, Agua y Alimentos.	110
Cuadro 9. FBC según categorías que afectan el RAU: Procesos de eliminación	112
Cuadro 10. FBC según categorías que afectan el RAU: Actividad y reposo	113
Cuadro 11. FBC según categorías que afectan el RAU: Soledad y Comunicación Social	114
Cuadro 12. FBC según categorías que afectan el RAU: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.	115
Cuadro 13. FBC según categorías que afectan el RAU: Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo.	116
. Cuadro 14. Establecimiento de la DAC RAU: aporte de agua	122
Cuadro 15. Establecimiento de condiciones que satisfacen o dificultan el RAU, métodos o tecnologías y acciones a seguir.	123

Cuadro 16. Establecimiento de la DAC en el RAU: aporte adecuado de alimentos	127
Cuadro 17. Establecimiento de condiciones que satisfacen o dificultan el RAU, métodos o tecnologías y acciones a seguirse.....	128
Cuadro 18. Establecimiento de la DAC en el RAU: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	129
Cuadro 19. Establecimiento de condiciones que satisfacen o dificultan el RAU, métodos o tecnologías y acciones a seguirse.....	130
Cuadro 20. Establecimiento de la DAC en el RAU: equilibrio entre la actividad y el descanso	132
Cuadro 21. Establecimiento de condiciones que satisfacen o dificultan el RAU, métodos o tecnologías y acciones a seguirse.....	133

LISTA DE TABLAS

Pág

Tabla 1. Valoración de los requisitos mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos.	72
Tabla 2. Valoración del Requisito Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.	72
Tabla 3. Valoración del Requisito Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.....	73
Tabla 4. Valoración del Requisito Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	74
Tabla 5. Valoración del Requisito Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano.	74
Tabla 6. Valoración del Requisito Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.	75
Tabla 7. Valoración Global de la presencia o ausencia de Déficit de Autocuidado según Escala ERA.....	76
Tabla 8. Interpretación de los resultados de la Escala adaptada según la Universidad Nacional de Colombia.	77
Tabla 9. Establecimiento de relación cuaternaria entre datos	78
Tabla 10. Esquema de valoración por categoría de valoración	78
Tabla 11. Afirmación 1. Según cambien las circunstancias, puedo hacer ajustes para mantenerme con salud.	79
Tabla 12. Afirmación. 2: Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.	79
Tabla 13. Afirmación 3: Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme.....	80
Tabla 14. Afirmación 4. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mí alrededor.....	80
Tabla 15. Afirmación 5. Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud.	81

Tabla 16. Afirmación 6. Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo.....	81
Tabla 17. Afirmación 7. Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud.	81
Tabla 18. Afirmación 8. Puedo cambiar la frecuencia con que me baño con tal de mantenerme limpio.	82
Tabla 19. Afirmación 9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto.	82
Tabla 20. Afirmación 10. Si es necesario puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy.....	83
Tabla 21. Afirmación 11.a veces pienso en hacer ejercicio y descansar durante el día, pero nunca lo hago.	83
Tabla 22. Afirmación 12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda.	84
Tabla 23. Afirmación 13. A veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado.....	84
Tabla 24. Afirmación 14. Cuando informan sobre mi salud raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo.....	84
Tabla 25. Afirmación 15. Algunas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio.....	85
Tabla 26. Afirmación 16. En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud.....	85
Tabla 27. Afirmación 17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento puedo obtener información sobre los efectos indeseables.	86
Tabla 28. Afirmación 18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros.....	86
Tabla 29. Afirmación 19. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.	86
Tabla 30. Afirmación 20. Con la actividad diaria raras veces puedo tomar tiempo para cuidarme.	87

Tabla 31. Afirmación 21. Puedo conseguir información necesaria si mi salud se ve amenazada.	87
Tabla 32. Afirmación 22. Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo mismo(a).	88
Tabla 33. Afirmación 23. Pocas veces puedo tomar tiempo para mí.	88
Tabla 34. Afirmación 24. Aún con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	88
Tabla 35. Frecuencia del Requisito de Autocuidado Universal: Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente.	89
Tabla 36. Frecuencia del Requisito de Autocuidado Universal: Preservación del equilibrio entre la actividad y el reposo.	90
Tabla 37. Frecuencia del Requisito de Autocuidado Universal: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	90
Tabla 38. Frecuencia del Requisito de Autocuidado Universal: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano.	91
Tabla 39. Frecuencia del Requisito de Autocuidado Universal: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.	91
Tabla 40. Tabulación de ítems escala ERA con tres opciones de respuesta.	95
Tabla 41. Tabulación de ítems escala ERA con dos opciones de respuesta.	95
Tabla 42. Factores Básicos Condicionantes descriptivos de la persona.	99
Tabla 43. Factores Básicos Condicionantes del patrón de vida.	101
Tabla 44. Factores básicos Condicionantes del Sistema de salud y del estado de Salud.	104
Tabla 45. Factores Básicos Condicionantes del estado de desarrollo.	106
Tabla 46. Capacidades de AgAC por RAU según escala ASA.	117
Tabla 47. Déficit de Ac por RAU según escala ERA.	118

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1.Escala de Requisitos de Autocuidado Universal ERA	155
Anexo 2. Operacionalización de variables	164
Anexo 3. Ficha de valoración.....	168
Anexo 4.Instructivo	176
Anexo 5.Acta de intención con líderes comunitarios.....	181
Anexo 6.Validación facial: análisis cualitativo, juicio comunidad.....	184
Anexo 7. Instrumento de validez de Contenido, Juicio de Expertos	185
Anexo 8.Tabulación de FBC identificados en ERA	186
Anexo 9.Consentimiento informado	191
Anexo 10.Factores de Condicionamiento Básico para el RAU	195
Anexo 11.Derecho de Autor escala Requisitos de Autocuidado (ERA)	198
Anexo 12.Autorización para la utilización de la escala ASA	199

TÍTULO: 'FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES Y CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN POBLACION ADULTA, TIMBIO- CAUCA'.

RESUMEN

Objetivo: Identificar Factores Básicos Condicionantes (FBC) y capacidades de la Agencia de autocuidado (AgAC) en población adulta municipio de Timbío – Cauca. **Método.** Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo de corte transversal, selección de la población por conveniencia, muestra compuesta por 324 personas. Se utilizó un instrumento en el que se Incluyeron FBC (descriptivos de la persona, patrón de vida, del sistema de salud y estado de salud) y la escala ASA para medición de la capacidad de la agencia de autocuidado. **Resultados:** 59.9 % (n=324) de la población posee buenas capacidades de autocuidado (CAC), estas capacidades se ven favorecidas por los FBC descriptivos de la persona (edad, género, situación laboral), factores del patrón de vida (medidas de autocuidado, mantenimiento de relaciones), del estado del sistema de salud (accesibilidad, horarios, agilidad tramites) y del estado del desarrollo (etapa, estado del desarrollo, capacidades de autogobierno, factores de autogobierno y potencial de desarrollo). **Conclusiones:** los resultados muestran que la identificación de los FBC y capacidades de la AgAC orientan el diseño de planes de intervención, coherentes con las expectativas y posibilidades de las personas.

Palabras clave: Capacidad, autocuidado, población, adulto.

ABSTRACT

Goal: To identify basic conditioning factors (BCF) and capacity of self-care agency (SCA) in adult population in Timbío - Cauca. **Method:** Descriptive study with a quantitative cross-sectional approach, population selection for convenience, sample of 324 people. The instrument used included BCF (description of each person, pattern of life, health system and health status) and the ASA scale to measure the capacity of self-care agency. **Results:** 59.9% (n=324) of the population has good capacity of self-care (CSC); these capabilities are favored by BCF description of each person (age, gender, employment status), factors of standard of living (self-care measures, maintenance relations), state of health system (accessibility, schedules, paperwork process) and state of development (stage, stage of development, capacities of self-government, self-governing factors and potential of development). **Conclusions:** The results show that the identification of BCF and capacity of SCA leads to the design of plans of intervention that are consistent with the expectations and possibilities of people.

Key words: Capacity, self-care, population, adult.

INTRODUCCIÓN

Las teorías reflejan las diferentes visiones de sus autoras sobre la profesión de Enfermería, a partir de cómo observan la salud, la interacción con el medio ambiente y, en últimas, su dominio social. Cada teoría o modelo conceptual representa una manera particular de referirse a la práctica de la enfermería¹. Una de estas teorías, es la propuesta por Orem (1980) conocida inicialmente bajo el nombre de Teoría General de Orem y que una década después, se denomina Self-Care Deficit Theory of Nursing ó S-CDT² (Teoría General del Déficit de Autocuidado), articula o interrelaciona tres teorías: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de los sistemas de enfermería.

Esta teoría, en términos generales está sustentada en seis ejes conceptuales (autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería) y en un concepto periférico (factores condicionantes básicos); permite identificar los factores de condicionamiento básico que afectan los requisitos de autocuidado, agentes y agencias de autocuidado, déficit de autocuidado y los sistemas y sistemas de apoyo.

La evidencia empírica a nivel mundial sobre la aplicación de la Teoría General Déficit de Autocuidado, muestra su importancia en el desarrollo del conocimiento enfermero y su gran utilidad en la investigación y práctica de la disciplina; existe un alto porcentaje de referencias que utilizan algunas de las teorías de Orem o conceptos de la Teoría tanto en el ámbito institucional como comunitario³.

Al respecto, López-Díaz et. al (2006) en su artículo “Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem Investigación” muestra que los trabajos realizados enfatizan en la relación entre conceptos (agencia de autocuidado, factores condicionantes básicos y agente de cuidado al dependiente); evaluación de la agencia de autocuidado; análisis de componentes de los sistemas de Enfermería; análisis del desarrollo teórico; probar una teoría de mediano rango basada en la Teoría General de Orem; construcción de instrumentos para evaluar agencia de autocuidado y agencia de cuidado al dependiente; establecer relación

¹ FAWCET J. The state for nursing science: hallmarks of the 20 and 21st centuries. Nurs Sci Q 1999; 12(4): 311-318.

² OREM Dorothea. Nursing: concepts of practice. 4 ed. Saint Louis: Mosby; 1991. pp. 67-73

³ LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero; Guerrero Gamboa, Sandra Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXIV, núm. 2, septiembre, 2006, pp. 90-100 Universidad de Antioquia Medellín, Colombia. {En línea}. {10 septiembre de 2014} disponible en: (<http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215402009.pdf>)

entre la percepción del agente de autocuidado y la percepción del agente de cuidado terapéutico y, aplicación de la teoría en los planes de estudio.

A nivel latinoamericano, según Pereda Acosta (2011)⁴ en su artículo “Explorando la Teoría General de Enfermería de Orem” reporta que Brasil es el país con más publicaciones sobre Orem (22), seguido de Estados Unidos con 5, Cuba con 5, Colombia con 4 y México con 4 y los conceptos más explorados fueron la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y pocas publicaciones aludieron a la teoría de sistemas de enfermería. Este escaso reporte del uso de la teoría a nivel latinoamericano, se asocia con publicaciones en revistas no indexadas o literatura gris o ausencia de trabajos de investigación sustentados en teorías enfermeras.

Los datos anteriores muestran que en la aplicación de la Teoría General de Orem no se tiene en cuenta su directriz en torno al que *el uso adecuado de los detalles de su modelo comprende el uso de las tres teorías, la de autocuidado, la teoría de déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería*⁵.

En el ámbito educativo, no solo en Colombia sino en otros países hay referencias sobre diferentes universidades que han hecho explícito el fundamento del currículo de enfermería en la Teoría de Orem, como por ejemplo en México (Universidad Veracruzana)⁶ y Colombia (Universidad del Tolima⁷, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales-UDCA⁸, Universidad del Cauca⁹), solo que las experiencias no están sistematizadas ni lo suficientemente divulgadas.

⁴ PEREDA ACOSTA, Margarita. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. En: *Enf Neurol (Mex)* Vol. 10, No. 3: 163-167, 2011. Disponible en: {En línea}. {27 Agosto de 2014} disponible en: (<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>)

⁵ MARRINER Ann, RAILE Martha. *Modelos y Teorías en Enfermería*, (5ª ed.). Barcelona: Mosby. 2003

⁶ Facultad de Enfermería. Universidad Veracruzana. Plan de estudios 2013. Documento maestro. p.60. :{En línea}. {10 septiembre de 2014} disponible en: (<http://www.uv.mx/pozarica/enfermeria/files/2014/03/PLAN-DE-ESTUDIOS-2013.pdf>)

⁷ OLIVELLA FERNÁNDEZ, Madeleine Cecilia, BASTIDAS SÁNCHEZ, Clara Victoria, CASTIBLANCO AMAYA, Miryam Angélica. Propuesta de una ruta metodológica para implementación del modelo de Orem en la práctica de enfermería. En: *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2010; 26 (2): 339-348. {En línea}. {11 diciembre de 2014} disponible en: (<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a15>)

⁸ LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero. Cuidando al Adulto y al Anciano. Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem. En: *Aquichan. año 3 - nº 3 • Bogotá, Colombia - octubre 2003.* {En línea}. {10 septiembre de 2014} disponible en: (<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v3n1/v3n1a09.pdf>)
(<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/38>)

⁹ Programa de Enfermería. Universidad del Cauca. Renovación Curricular. Documento maestro. 2014.

A pesar de lo anterior, la revisión de las experiencias mencionadas muestra que cada institución realiza sus propias interpretaciones de los elementos de la Teoría, generando instrumentos de valoración o recolección de información con criterios, constructos e indicadores diversos, que dificultan su utilización en procesos investigativos y en la unificación de una metodología y lenguaje común desde esta teoría.

La situación en el ámbito educativo a nivel local, no difiere mucho de lo que se encuentra a nivel nacional e internacional, ya desde 2003, se viene trabajando en torno a esta teorista y las barreras que se han encontrado son similares a las nacionales en lo referente a la utilización de una sola teoría, porque ésta encasilla el conocimiento de enfermería¹⁰, por ello es mejor utilizar varias; es preferible desarrollar una teoría propia; la teoría no contribuye a la práctica o no se aplica en este ámbito laboral, además de la utilización de diversos instrumentos de recolección de información en la valoración de las personas. Estas situaciones generan malestar y confusión entre estudiantes y docentes por la diversidad de criterios.

En este orden de ideas, desde 2013 al interior del Programa de Enfermería se inicia la búsqueda de material relacionado con instrumentos de valoración desde esta teoría, con la finalidad de adoptar un instrumento que permita unificar los criterios en torno al manejo del mismo y de la aplicación de la Teoría.

Por lo anterior, la presente investigación busca dar respuesta a los siguientes interrogantes:

- ¿Se pueden establecer los factores de condicionamiento básico según Requisito de Ac con el instrumento seleccionado?

- ¿El instrumento permite establecer la ausencia o presencia de déficit por Requisito de Autocuidado Universal y las capacidades de la agencia de autocuidado en población adulta?

- ¿Se identifica el déficit de autocuidado de la población encuestada mediante el instrumento elaborado?

¹⁰ OLIVELLA FERNÁNDEZ, Madeleine Cecilia, BASTIDAS SÁNCHEZ, Clara Victoria, CASTIBLANCO AMAYA, Miryam Angélica. Propuesta de una ruta metodológica para implementación del modelo de Orem en la práctica de enfermería. En: Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (2): 339-348. p. 340

– ¿Permite el instrumento establecer métodos de ayuda y sistemas de enfermería?

Por lo anterior, el diseño, construcción e implementación de la ficha de valoración en la práctica, permitirá visibilizar el cuidado, manejar un lenguaje profesional característico, concebir a quienes reciben los cuidados de enfermería como personas racionales, pensantes, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, y de guiar sus esfuerzos para hacer aquellas actividades que son beneficiosas para sí mismos, es decir, autocuidarse¹¹, de igual manera facilitará el establecimiento de las intervenciones, actividades y métodos de ayuda de Enfermería según déficit encontrado, facilitando la comprensión de proceso para el logro de lo anterior, de esta manera se puede diferenciar el cuidado enfermero del enfoque biomédico que por mucho tiempo ha primado y lo ha influenciado.¹²

¹¹ OREM Dorothea. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. by Mosby-Year Book, Inc. cuarta edición. 1991

¹² MORENO FERGUSON, María Elisa. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichán*. [en línea]. {12 julio de 2019} jan./dez. 2005, vol.5, no.1 [12 Julio 2009], p.44-55. disponible en: (<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/58/121> <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1657-5997)

1 OBJETIVOS

1.1 GENERAL

- Determinar el déficit de Autocuidado en población adulta mediante ficha de valoración desde el Modelo de Orem.

1.2 ESPECÍFICOS

- Establecer factores de condicionamiento básico según Requisito de Autocuidado Universal.
- Establecer la ausencia o presencia de déficit por Requisito de Autocuidado Universal y las capacidades de la agencia de autocuidado en población adulta.
- Identificar el déficit de autocuidado de la población encuestada.
- Establecer métodos de ayuda y sistemas de enfermería.

2 PROPÓSITO

Ofrecer al Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca un instrumento de valoración desde el modelo de Orem que permita abordar las tres teorías: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería, facilitando el Proceso Enfermero (PE) en el autocuidado (AC) de las personas, familias y comunidades.

3 MARCO TEÓRICO

Como Marco Teórico el presente trabajo se basa en la teorista enfermera Dorothea Orem, quien formuló una teoría denominada 'Teoría General del Déficit de Autocuidado'. A continuación, se detallan algunos aspectos de la misma.

– TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE OREM¹³

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros.

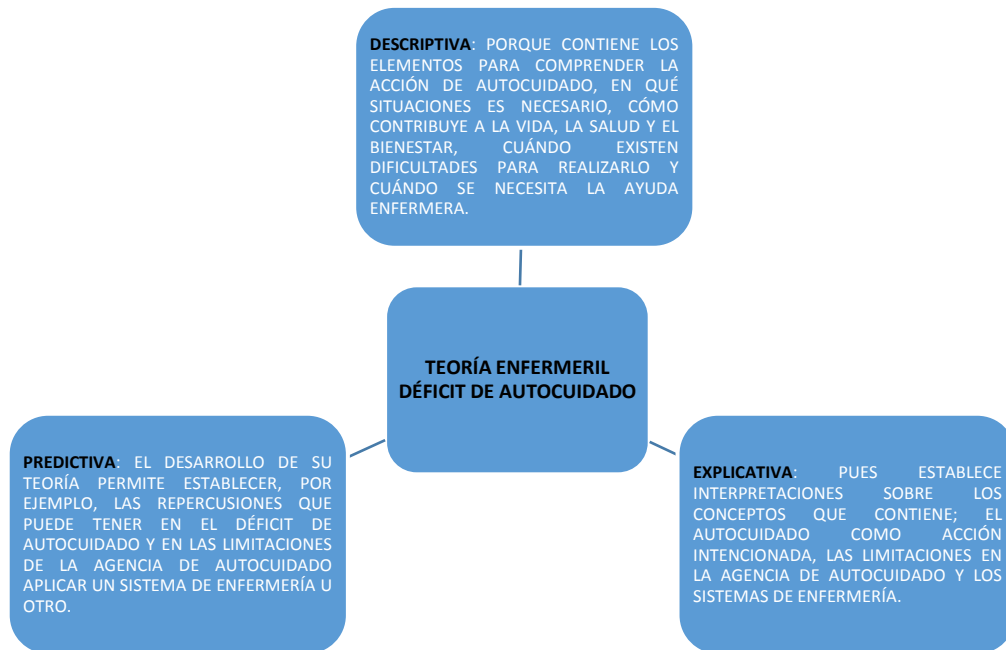
Define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona¹⁴.

¹³ Fundamentos de Enfermería. EIR. {en línea} {11 septiembre 2014} disponible en: (<http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/Fundamentos%20de%20enfermeria.pdf>)

¹⁴ OREM, Dorothea. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. by Mosby-Year Book, Inc. cuarta edición. 1991.

Por otra parte, la teoría enfermera sobre el déficit de autocuidado es:



Diseño: elaboración propia

La idea fundamental del modelo se basa en el concepto de autocuidado como requerimiento que todas las personas sienten y satisfacen para vivir saludablemente y para desarrollarse como seres humanos. Cuando estos cuidados no son cubiertos sobrevienen los problemas de salud.

- Explica la visión que las personas tienen sobre la enfermería.
- Describe la finalidad y establece los límites de ésta (en todos los campos de actuación).
- Ofrece un lenguaje propio referente a los fenómenos de interés para la disciplina conceptualizando estos fenómenos.
- Permite categorizar y hacer inferencias sobre las situaciones enfermeras además de análisis particulares desde su marco de referencia general.
- Ayuda a crear un determinado estilo enfermero de actuar.

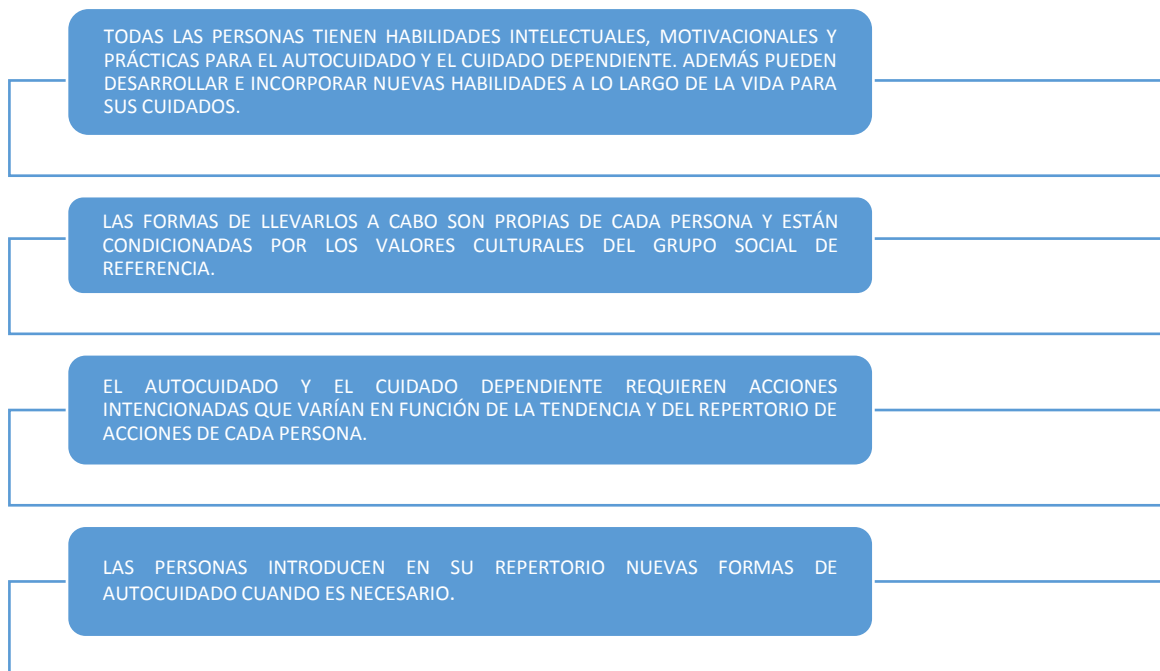
– Sirve de nexo de unión entre grupos interesados en trabajar con esta estructura teórica.

En la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado se conceptualizan los fenómenos que explican estos elementos y se detallan sus relaciones e interrelaciones. Se explican mediante tres estructuras teóricas (subteorías independientes): la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería. La interrelación existente entre ellas constituye la teoría genera.

En cada teoría del modelo se desarrollan conceptos teóricos basados en premisas y proposiciones concretas relacionadas entre sí en los diferentes postulados que constituyen cada teoría.

– TEORÍA DEL AUTOCUIDAD

Parte de una serie de premisas y proposiciones que apuntan hacia una consideración de los autocuidados como acciones deliberadas y aprendidas:



Diseño: elaboración propia

En la teoría del autocuidado, la persona y el entorno representan una unidad caracterizada por el intercambio y la influencia mutuos. La interrelación establecida y la forma en que la persona responde a los requerimientos de autocuidado influyen en su salud.

Orem parte de dos premisas sobre el autocuidado:

- La conducta para con uno mismo, aprendida a través de las relaciones con otros.
- El derecho y la responsabilidad de cada persona: derecho debido a que cuando una persona no puede cuidarse por sí misma ni puede ser ayudada por sus seres cercanos necesita de ayuda social o profesional; responsabilidad que trasciende de uno mismo, ya que a veces se hace para otros.

El autocuidado es la práctica de actividades que las personas maduras o en proceso de maduración inician y realizan, dentro de un marco temporal concreto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, su funcionamiento saludable, el continuo desarrollo personal y su bienestar. El concepto de cuidado dependiente es la práctica de actividades que personas responsable y madura o en proceso de maduración inician y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes, durante cierto tiempo o de manera continuada, para el mantenimiento de la vida o la contribución a su salud o bienestar.

Los sistemas de autocuidado o de cuidado dependiente tienen la misma finalidad que los cuidados de salud y los cuidados enfermeros. Se describen en el concepto de cuidado las siguientes finalidades:

- Apoyar los procesos vitales y el funcionamiento normal.
- Mantener el crecimiento, la maduración y el desarrollo normales.
- Prevenir o controlar los procesos de enfermedad o de lesión.
- Prevenir la incapacidad o procurar su compensación.
- Promocionar el bienestar.

Las acciones de autocuidado se entienden desde la doble perspectiva de acciones aprendidas y acciones intencionadas:

ACCIÓN APRENDIDA: REQUIERE COMPRENDER QUE LAS ACCIONES DE AUTOCUIDADO SON PRODUCTO DE LOS VALORES CULTURALES DE CADA PERSONA, EN CUANTO A LA COBERTURA DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN CONDICIONES HABITUALES, Y PRECISA CONOCIMIENTOS CONCRETOS CUANDO ESTA COBERTURA TIENE PRESCRIPCIONES ESPECÍFICAS PARA LLEVARLOS A CABO DE LA MANERA ADECUADA EN CADA SITUACIÓN. ESTO HACE QUE CADA PERSONA TENGA SUS PROPIAS FORMAS DE VALORAR LA NATURALEZA DE SUS REQUERIMIENTOS DE AUTOCUIDADO Y DE SATISFACER LAS NECESIDADES DE ÉSTOS.

ACCIÓN INTENCIONADA: ESTE CONSTRUCTO ORIENTA HACIA LA NECESIDAD DE COMPRENDER EL AUTOCUIDADO COMO ACTIVIDAD QUE PERSIGUE UNA META O UN FIN QUE HA SIDO IDENTIFICADO ANTES DE EMPRENDER LA ACCIÓN.

LAS OPERACIONES ESTIMATIVAS Y TRANSICIONALES: TIENEN COMO FINALIDAD PRODUCIR UN AUTOCUIDADO EFECTIVO. INCLUYEN LOS CONOCIMIENTOS QUE TIENE LA PERSONA SOBRE SÍ MISMA Y SU ENTORNO, SOBRE LAS CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA EL AUTOCUIDADO Y SOBRE EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES PARA LLEVAR A CABO LAS ACCIONES NECESARIAS.

LAS OPERACIONES DE PRODUCCIÓN: SE INICIAN CON LA FIJACIÓN DE OBJETIVOS Y LA ELECCIÓN DE ACCIONES PERTINENTES A LO LARGO DEL PROCESO PARA SU CONSECUCCIÓN. REQUIERE EL EMPLEO DE ESFUERZOS PARA SATISFACER LAS DEMANDAS DE AUTOCUIDADO, PARA INICIAR Y PERSEVERAR EN LAS ACCIONES HASTA QUE SE CONSIGAN LOS RESULTADOS ESPERADOS. EL ESFUERZO SE IRÁ EMPLEANDO (CAMBIANDO, REFORZANDO, ETC.) DE MANERA QUE CONDUZCA A LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CUIDADOS.

Diseño: elaboración propia

– REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Se denominan así las necesidades de cuidados; la capacidad para satisfacerlos es la agencia de autocuidado, cuando la persona cuida de sí misma, o agencia de cuidado dependiente cuando una persona ayuda a otra para que pueda satisfacer sus necesidades si ésta no tiene la capacidad para realizar las acciones necesarias por sí misma.

Los requisitos de autocuidado se dividen en tres categorías: universal, de desarrollo y de desviación de la salud.

– Requisitos de autocuidado universal

Son comunes a todas las personas y se requieren a lo largo de toda la vida y en todas las situaciones de salud. En este grupo se incluyen:

- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.
- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y evacuación.
- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

La formulación de un requisito de autocuidado señala:

- El factor (aire, agua, comida, etc.): se deben controlar o manejar para mantener uno o varios aspectos del funcionamiento y del desarrollo (la oxigenación, la hidratación, la nutrición, crear condiciones que apoyen los procesos vitales, tener conciencia de los efectos y resultados de los procesos patológicos, etc.) dentro de los límites compatibles con la vida, la salud y el bienestar de la persona.
- La naturaleza de la acción: el mantenimiento, la provisión, la prevención o la promoción del factor que hay que satisfacer para contribuir a la vida, la salud y el bienestar de la persona.

– **Requisitos del desarrollo**

Estos requerimientos sobrevienen específicamente en un periodo concreto del ciclo vital y se relacionan con las actividades para iniciar y promover el desarrollo en una edad y etapa particular o en un determinado momento del ciclo de la vida. Orem describe dos tipos:

Creación y mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los de desarrollo; esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la madurez durante las etapas siguientes de la vida:

- Los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento.
- La etapa de la vida neonatal, ya sea nacido a término o prematuramente, o nacido con bajo peso o peso normal.
- Infancia.
- Las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada en la edad adulta.
- Las etapas de desarrollo de la edad adulta.
- El embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.
- Provisión de cuidados asociados a los efectos de condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.
- Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones.
- Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones.
- **Requisitos de desviación de la salud**

Estos autocuidados se precisan cuando la persona sufre una enfermedad o lesión y requiere cuidados específicos. Las alteraciones de la salud provocan cambios en las estructuras, el funcionamiento, la conducta y los hábitos de la persona, por lo que pueden hacer a la persona dependiente de otra.

Se distinguen seis categorías de requisitos de autocuidado de desviación de la salud:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas

con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas a una patología.

2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, en los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo.

3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología o a regular el funcionamiento humano integrado, a corregir deformidades o anomalías o a compensar incapacidades.

4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que puedan producir malestar o deterioro, entre los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo.

5. Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitada de formas específicas de cuidados.

6. Aprender a vivir con los efectos de los estados patológicos y los de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con la adaptación de un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo.

□ **FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES**

Son condiciones internas y externas de la persona que afectan, por una parte, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere y, por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a su capacidad para el autocuidado. Se identifican los factores siguientes: la edad, el sexo, el estado de desarrollo, el estado de salud, la orientación sociocultural, los factores del sistema de cuidados, los factores del sistema familiar, el patrón de vida (donde se incluyen las actividades en las que se ocupa regularmente), los factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de los recursos. Orem especifica que es una propuesta abierta a nuevos factores que puedan identificarse. En el desarrollo de la teoría se propone la utilización de los factores básicos condicionantes organizados en cuatro grupos: descriptivos de la persona, patrón de vida, estado de salud y factores del sistema de salud y del estado de desarrollo.

– ***Descriptivos de la persona***

- Edad y sexo.
- La residencia y sus características ambientales.
- Factores del sistema familiar.
- Factores socioculturales.
- Factores socioeconómicos.

– ***Del patrón de vida***

Incluyen las medidas de autocuidado habituales que lleva a cabo la persona. Del estado y factores del sistema de salud Incluyen el estado de salud fisiológico y psicológico.

– ***Del estado de desarrollo***

Capacidades de autogobierno observadas por la enfermera y descritas por la persona sobre sus condiciones de vida actual, proyectadas dentro de los entornos físico y social específicos y en las condiciones impuestas del estado de salud. Afectan al grado en el que deberían satisfacerse los requisitos de autocuidado universal y del desarrollo.

– Factores necesarios para el autogobierno o aquellos que lo afectan negativamente, identificados por el paciente o la enfermera. Influye en el grado en el que tendrían que satisfacerse los requisitos de autocuidado universal y del desarrollo.

– Potencial de desarrollo personal: evidenciado por la perspectiva del paciente, los objetivos fijados y la estimación objetiva de su posible desarrollo para la satisfacción de los requisitos del desarrollo y de autocuidado universal.

El concepto de Factores Básicos Condicionantes está relacionado al concepto de Agencia de autocuidado; dado que la capacidad de las personas para realizar el autocuidado en tipo y cantidad de autocuidado que se requiere es influenciada por ciertos factores internos y externos que constituyen los factores básicos condicionantes.

La teoría sustenta que los factores identificados condicionan de diversas formas las demandas de autocuidado terapéutico, algunos como la edad, el sexo y el estado de desarrollo así como los factores del entorno físico, afectan el grado en el que se deberían satisfacer un requisito de autocuidado.

La edad, el sexo y estado de desarrollo también condicionan los medios (métodos, tecnologías, técnicas) que pueden usarse para satisfacer los requisitos de autocuidado universales y de desarrollo.

La información que describe los factores básicos condicionantes en cada caso de enfermería debe ser obtenida por la enfermera al inicio y de manera continuada, según sea necesario a lo largo del periodo de provisión de los cuidados de enfermería.

Es importante conocer que la influencia de algunos factores permanecen estables, en otros casos fluctúan o cambian debido a que la influencia de estos factores ocurre dentro de una matriz de tiempo-lugar, por eso se hace necesario investigar las situaciones prácticas de enfermería en las cuales los factores son operativos y explicar la naturaleza de la influencia en la agencia de autocuidado.

– ***Valor práctico de los factores básicos condicionantes.***

Orem observa que el valor práctico de los factores básicos condicionantes enumerados se basa en la premisa de que las personas que basan y reciben el cuidado de enfermería son individuos que al mismo tiempo, son miembros de una familia y que son además unidades de grupos socioculturales mayores que viven en algún lugar durante el periodo de existencia de cada individuo, situación que permite que los propios factores básicos condicionantes se agrupen en 3 categorías para poder ser utilizados por la enfermera¹⁵.

– Factores descriptivos como la edad, sexo y estado de desarrollo.

– Factores que se relacionan a estos individuos con su familia de origen o por matrimonio, estos se expresan ampliamente como orientaciones socioculturales, y factores el sistema familiar.

¹⁵ Ibid, p.263

– Factores que localizan estos individuos en sus mundos y las relaciones con condiciones y circunstancias de la vida e incluyen el estado de salud, factores del sistema de cuidado a la salud, patrones de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos.

Puede ser necesario informarse sobre cada una de los diez factores básicos condicionantes para considerarlos al calcular la demanda de autocuidado terapéutico del paciente. Esta información se hace necesaria, en primer lugar, para particularizar los requisitos de autocuidado universales, y en segundo lugar, para identificar los obstáculos por superar para satisfacer los requisitos de autocuidado universales.

□ **Factores socioculturales como condicionantes del autocuidado.**

Orem refiere que los factores básicos condicionantes socioculturales, patrones de vida, orientaciones y factores del entorno social afectan las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en gran parte limitando los requisitos de autocuidado y los medios para satisfacerlos, y que serán aceptados y admitidos como componentes constituyentes de las demandas de autocuidado terapéutico de la persona, por ejemplo: Siempre que los patrones de vida de las personas incluyan el consumo habitual de tabaco, el requisito de autocuidado para mantener los pulmones y el organismo libre de alquitrán es dejar de fumar; con el uso de todas las medidas de cuidado necesarias para lograr liberar a la persona del consumo de sustancias nocivas, no obstante los fumadores habituales, pueden no ser capaces de admitir los métodos y medidas de cuidados necesarios en la demanda de autocuidado terapéutico.

Orem sustenta dentro de su teoría que la disponibilidad de los recursos y la adecuación de los mismos es un factor que afecta principalmente a la selección de los medios para satisfacer los requisitos de autocuidado y las medidas de cuidados asociados. La disponibilidad de los recursos afecta la forma en que un requisito es particularizado para un individuo, y los medios disponibles para satisfacer un requisito afectan la serie de medidas requeridas de cuidado que deben realizarse con respecto al uso de los recursos

De igual manera las deficiencias educativas influyen en la habilidad de la agencia de autocuidado para adquirir conocimientos teóricos, e igualmente para retenerlo y poder operacionalizarlo.

La edad y el sexo como factor básico condicionante: Orem señaló que la edad es un inicio que permite evaluar la cantidad y tipo de ayuda necesaria por parte de las personas. Además es un factor importante en todas las situaciones de enfermería; normalmente está en estrecha relación con las características del comportamiento de la persona y tiene significado en la relación de las conductas de autocuidado del paciente y la conducta de la enfermera. La edad del paciente adulto es una señal para la enfermera pues el paciente es responsable de sí mismo y de las personas que de él dependen.

La edad del paciente le dice a la enfermera que éste es capaz de comunicarse como adulto pero hasta el nivel en que está influido por las capacidades de percepción y pensamiento; y que las necesidades de ayuda en el autocuidado surgen del estado de salud o de los requerimientos de cuidados.

La edad del adulto también puede indicar la necesidad de ayuda para aceptar y vivir en un estado de dependencia social resultante de la enfermedad o del tratamiento, y para aprender a buscar en los servicios de enfermería la guía y consulta de su cuidado. Otra consideración relacionada con la edad y de mayor importancia para la enfermería son los pacientes adultos que son conscientes de sus experiencias y de los acontecimientos que definen la situación de cuidado, ellos sirven como centros de información y comunicación en la situación de los cuidados de la salud, convirtiéndose en apoyos para la enfermería.

Las situaciones de enfermería también pueden verse afectadas por las responsabilidades sociales de un adulto que puede interferirse con la vida familiar, laboral y con otros aspectos de su vida. El adulto puede ser incapaz de formar los cuidados sanitarios o el cuidado de los niños dependientes, o de proveer para las necesidades de la familia, la motivación durante una lesión o incapacidad. Así el adulto puede estar muy influido por las responsabilidades familiares, laborales y por las condiciones de vida.

El sexo tiene influencia en el autocuidado sobre todo en lo relacionado con las técnicas o medios para la satisfacción de los requisitos ya sean universales, de desarrollo o de desviación del estado de salud.

□ **TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO**

Esta teoría es el núcleo central del modelo de cuidados de Orem. Determina cuándo es necesaria la enfermería y se relaciona con la teoría del autocuidado bajo las siguientes premisas:

- Ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente requiere diferentes habilidades para autorregularse en un entorno.
- Las actividades de autocuidado están influidas por los conocimientos, los valores culturales y el estado de desarrollo y de salud de la persona.
- La organización social dedica recursos para la ayuda a las personas dependientes en la satisfacción de sus cuidados.
- Los servicios de ayuda se organizan según los distintos tipos de dependencia social por edad y estado de salud.
- La enfermería es un servicio de salud, dentro de la organización social, para las personas que se encuentran en una situación de dependencia.

A continuación se describen los conceptos contenidos en la teoría del déficit de autocuidado: demanda de autocuidado, agencia de autocuidado o de cuidado dependiente y la relación de desequilibrio entre estos dos constructos: el déficit de autocuidado, que es lo que justifica y hace necesaria la agencia de enfermería.

– **Demanda de autocuidado terapéutico**

La demanda de autocuidado se basa en el autocuidado como función reguladora y describe la situación en la que se encuentra la persona en los aspectos estructurales, funcionales y de desarrollo. Los autocuidados son considerados como un elemento fundamental que puede mejorar o producir bienestar en una determinada situación de mal funcionamiento o enfermedad.

– **Cálculo de la demanda de autocuidado terapéutico**

- Identificar y formular un requisito de autocuidado y su relación con alguno de los aspectos del funcionamiento (oxigenación, nutrición, eliminación, etc.) y desarrollo humano, y la frecuencia con la que deberían hacerse las acciones de autocuidado.
- Identificar las condiciones humanas y ambientales que permiten satisfacer el requisito o lo dificultan.
- Determinar los métodos o tecnologías que se sabe o se supone que son válidos de acuerdo a las condiciones humanas y ambientales existentes.
- Establecer los grupos y secuencias de acciones que deberían realizarse. Las demandas de autocuidado terapéutico se determinan al priorizar.
- Aquéllas esenciales para el mantenimiento de los procesos vitales.
- Las demandas que previenen las complicaciones de la enfermedad o lesión.
- Las demandas dirigidas a mantener la salud y promover el funcionamiento humano.
- Aquéllas que tienen como finalidad el bienestar en las circunstancias en las que se encuentra la persona.

– **Diseño de demanda de autocuidado terapéutico**

Sirve para establecer relaciones entre los componentes de las acciones de autocuidado en un marco espaciotemporal: para las 24 h del día de la persona.

Consiste en relacionar las acciones dirigidas a la satisfacción de las demandas de los diferentes requisitos de autocuidado, con el fin de hacer coincidir los esfuerzos y compatibilizar las acciones con las actividades de la vida diaria.

– **Variaciones en la demanda de autocuidado terapéutico**

Se relacionan con cada uno de los requisitos desde los que se realiza el cálculo de la demanda y con los requerimientos para los cuidados de salud desarrollados en el concepto de cuidados de salud y sistemas de autocuidado. Se consideran:

- De prevención primaria: autocuidados terapéuticos que tienen como finalidad la prevención de enfermedades específicas, el mantenimiento o la promoción de la salud, la contribución al desarrollo humano y la búsqueda y la participación activa en el cuidado proporcionado por los profesionales de la salud.
- De prevención secundaria o terciaria: autocuidados terapéuticos derivados de situaciones de enfermedad problemas de desarrollo, que demandan cuidados o que afectan a las demandas de acciones de autocuidado universal.

– **Agencia de autocuidado**

Este concepto está íntimamente ligado con el de autocuidado y se describe como la habilidad adquirida por la persona madura o en proceso de maduración de conocer y satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas, con un propósito concreto, para el desarrollo de su propio funcionamiento y en su crecimiento.

La formulación del concepto de agencia de autocuidado se expresa en las proposiciones siguientes:

- Es una cualidad humana adquirida y compleja.
- Representa la capacidad de la persona para ocuparse de operaciones esenciales para su vida.
- El ejercicio de la agencia de autocuidado da como resultado un sistema de acciones dirigidas a la regulación del entorno.
- Puede conceptualizarse como el repertorio de acciones de una persona.
- Representan las habilidades y limitaciones que tiene una persona.

- Las condiciones y factores del entorno condicionan el desarrollo y ejercicio de la agencia de autocuidado.
- Las personas están sujetas a necesidades secuenciales en el tiempo para el ejercicio de la agencia de autocuidado.
- Es una capacidad estimativa y productiva para el autocuidado.

Según Gast H¹⁶. (1989) la agencia de autocuidado se refiere a la capacidad de los individuos que les permite comprometerse con el autocuidado. La agencia de autocuidado es una estructura compleja que depende de tres componentes para su ejecución y son: las capacidades fundamentales y disposición, los componentes de poder y las capacidades para operaciones de autocuidado.

Las capacidades fundamentales y disposición, son aquellas que tienen lugar cuando el individuo realiza cualquier tipo de acción deliberada y no solamente actividades de autocuidado. Estas disposiciones fundamentales y rasgos o características consisten en capacidades que tienen que ver con sensaciones, percepciones, memoria y orientación.

Los componentes de poder son descritos como aquellas capacidades que facilitan las prácticas de autocuidado en el individuo. Entre los diez componentes de poder que fueron descritos por el grupo de la Conferencia de Desarrollo de Enfermería de la Universidad Católica de Washington y que las enfermeras del Hospital General de Scarborough de Ontario Canadá, interpretaron y aplicaron en su manual 1986 se describen:

- Habilidad para mantener la atención y ejercitar adecuada vigilancia con respecto: a) hacia uno mismo como agente de autocuidado y b) hacia las condiciones internas y externas y hacia los factores importantes para el autocuidado.
- Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para la iniciación y cumplimiento de las operaciones de autocuidado

¹⁶ GAST, Hería L, DENYES, Mary et al. Agencia de Autocuidado: Conceptualización y Operacionalización. En: Advances in Nursing Science. 1989; 12 (1): 26-38. Adaptado, Traducción Edilma de Reales. pp. 1-2.

- Estar motivado. Por ejemplo, orientación de metas para el autocuidado, de acuerdo con sus características y su significado para la vida, la salud y el bienestar.
- Habilidad para razonar dentro de un marco de referencia de autocuidado.
- Habilidad para tomar decisiones acerca del cuidado de sí mismo y para operacionalizar estas decisiones.
- Habilidad para adquirir conocimiento técnicos acerca del autocuidado, de fuentes y recursos autorizados, lo mismo que para retener dicho conocimiento y operacionalizarlo.
- Habilidad para ordenar acciones de autocuidado o sistemas de acción dentro de sus relaciones, junto con acciones subsecuentes que llevan hacia la realización final de las metas reguladoras de autocuidado.
- Realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria.
- Habilidad para llevar a cabo en forma consistente las operaciones de autocuidado, integrándolas con aspectos relevantes de la persona, la familia y la vida de la comunidad.
- Regular energía física disponible para el autocuidado que sea suficiente para la iniciación y continuación de las operaciones del autocuidado.
- Un repertorio de habilidades cognoscitivas, preceptuales, manipulativas (manejables), de comunicación e interpersonales, adaptadas a la ejecución de operaciones de autocuidado¹⁷.

Por último las capacidades más fundamentales, son las que Orem llama *operaciones de autocuidado*, y estas se clasifican en tres tipos a saber:

¹⁷ SCARBOROUGH GENERAL HOSPITAL. Departamento de Enfermería. Implementación de la teoría del déficit del autocuidado de D. Orem dentro de la práctica de Enfermería. Proyecto de Manual para Enfermeras. Ontario Canadá, 1984.

Operaciones de autocuidado



Diseño: propio, con información de GAST, Op. cit. 1989.

Considerando las definiciones de autocuidado, agencia de autocuidado, requisitos de autocuidado, en estado de desviación de la salud puede verse que se trata de sujetos en una condición especial, que deben actuar como agentes de su propio cuidado, que Dorothea Orem ha previsto una serie de necesidades o requisitos que deben atenderse para que puedan garantizarse el autocuidado en estas condiciones; la agencia de autocuidado como tal muestra una serie de disposiciones para actuar en este sentido siempre y cuando esté capacitada.

– **Agencia de cuidado dependiente**

Ligado a los conceptos de cuidado dependiente y agencia de autocuidado, se describe como las capacidades desarrolladas o en proceso de desarrollo de las personas para conocer y cubrir las demandas de autocuidados terapéuticos de personas socialmente dependientes de ellas o para regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de estas personas.

Para que la agencia de cuidado dependiente desempeñe su papel de manera adecuada, es necesario que tanto ésta como la persona que recibe la ayuda acepten y asuman sus roles.

– **Capacidades de autocuidado**

Son las habilidades desarrolladas por la agencia de autocuidado para realizar de manera efectiva, dentro del marco temporal adecuado, la investigación, el juicio y la toma de decisiones, y las operaciones reguladoras o de tratamiento necesarias para mantener su propio funcionamiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar. El desempeño de las tres operaciones de autocuidado descansa en el conocimiento, las habilidades y la motivación específicos para el autocuidado, y en el conjunto de capacidades y disposiciones humanas fundamentales.

– **Limitaciones de autocuidado**

Conjunto de influencias humanas y ambientales restrictivas, dentro de los marcos temporales, para el desempeño personal de la investigación, el juicio y la toma de decisiones y la producción de operaciones de autocuidado.

Las limitaciones para el autocuidado son manifestaciones de lo que impide a la persona desarrollar la acción para proporcionarse la cantidad y calidad de autocuidados que necesita en las condiciones presentes y futuras. Se diferencian limitaciones de tres tipos: limitaciones de conocimiento, de juicios y toma de decisiones y de acciones para el logro de resultados.

Por ejemplo, para mantener un aporte de alimentos suficiente, en un estado de salud condicionado por una diabetes, la agencia de autocuidado debe tener conocimientos sobre lo que es una alimentación completa en esa situación, formular juicios y tomar las decisiones para llevar a cabo una alimentación suficiente y ocuparse en cursos de acción para el logro de los resultados. Además, tener los conocimientos requiere conocer lo que hay que saber y dónde buscarlo, enjuiciar y tomar decisiones para conocerlo y ocuparse de ello y realizar las acciones necesarias para adquirir el conocimiento sobre la alimentación que precisa. Como se puede observar, el proceso que requiere la acción intencionada es, a su vez, el mismo de cada una de las partes que componen la acción.

Concretar con exactitud la demanda de autocuidado terapéutico y las limitaciones de la agencia de autocuidado, o agencia de cuidado dependiente, es imprescindible para determinar los juicios sobre el déficit de autocuidado, para diseñar los sistemas de enfermería apropiados y para seleccionar los métodos de ayuda adecuados. En este orden de ideas, el primer objetivo será desarrollar la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente y, sólo cuando esto no sea posible, cubrir la demanda de autocuidado.

– **Necesidades de Autocuidado Terapéutico**

Orem expone que estas necesidades están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos, durante un cierto tiempo, para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

- Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).
- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

– **Déficit de autocuidado**

Es la relación que se establece entre las propiedades humanas de la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado, en la que los elementos de las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la agencia no son operativos o adecuados para conocer y satisfacer algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista.

Para identificar ese déficit se requiere un proceso diagnóstico por parte de la enfermera para determinar:

- La demanda de autocuidado terapéutico del enfermo.
- La limitación en la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente para cubrir la demanda de autocuidado terapéutico.
- La razón o naturaleza del déficit de autocuidado.
- La ayuda que requiere la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente.
- Las capacidades de la persona que deben protegerse.
- El potencial y deseos de la persona para la realización de sus autocuidados: el aumento de sus conocimientos, la enseñanza de las técnicas que requieran sus autocuidados y la incorporación de medidas esenciales en sus actividades de la vida diaria.

– **Agencia de enfermería**

Son las capacidades desarrolladas por las personas educadas como enfermeras que las facultan para representarse a sí mismas como tal y dentro del marco de una legítima relación interpersonal para actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus demandas de autocuidado. Es la característica que capacita a las personas para cubrir la posición de enfermera en los grupos sociales.

Las competencias y habilidades especializadas para satisfacer los requisitos de autocuidado constituyen la agencia de enfermería. Como concepto teórico, es el resultado de los trabajos de los miembros del Nursing Development Conference Group. El producto de la agencia de enfermería es el diseño de un sistema de enfermería con el fin de que la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente sean operativas y adecuadas a la demanda de autocuidado para satisfacer la totalidad o partes de esa demanda, o bien para que sea cubierta por la agencia de enfermería. Su conceptualización se desarrolla en la teoría del sistema de Enfermería.

– Clasificación de las situaciones enfermeriles

La agencia de enfermería es necesaria cuando existe déficit de autocuidado. Éstos pueden ser muy variados y se corresponden con los diferentes requisitos de autocuidado.

Orem propone una clasificación de situaciones de enfermería según el estado de salud de la persona. Considera en ella la presencia o ausencia de enfermedad, la lesión, la incapacidad, los cambios en la imagen, el estado general de salud y las necesidades del ciclo vital. El sistema de clasificación propuesto se desarrolla en los siete grupos siguientes

- Cambios derivados del ciclo vital.
- Recuperación de la enfermedad, superación o compensación de sus efectos.
- Enfermedad o trastorno de origen indeterminado.
- Efectos genéticos o del desarrollo o estado biológico del niño de bajo peso al nacer.
- Regulación de tratamiento de enfermedad, trastorno o lesión indeterminados.
- Restauración, estabilización o regulación del funcionamiento integrado.
- Procesos que han interrumpido el funcionamiento humano integra.

□ TEORÍA DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA

La existencia de un déficit es la razón que legitima la necesidad de cuidados enfermeros. Las personas con limitaciones o incapacidades para cubrir sus requisitos son los pacientes que corresponden a las enfermeras, ya que necesitan ayuda para cubrir las demandas de autocuidado.

– Sistema de enfermería

Los sistemas de enfermería describen lo que deben ser las acciones enfermeriles.

Se identifican tres tipos:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores.
- Sistemas parcialmente compensadores.
- Sistemas de apoyo-educación.

– **Sistemas totalmente compensadores**

Se necesitan cuando el enfermo no puede tener ningún papel activo en la realización de sus autocuidados debido a su estado de incapacidad o limitación.

En este caso, la enfermera actúa en lugar del paciente, tomando las decisiones más adecuadas para él y ejecutando el autocuidado. Se distinguen tres subsistemas:

- Personas incapacitadas para realizar cualquier acción intencionada.
- Personas conscientes y con capacidad para tomar decisiones, pero que no pueden o no deben realizar acciones que requieran movimientos y manipulaciones.
- Personas incapacitadas para tomar decisiones, pero que pueden ser capaces de realizar alguna medida de autocuidado.

– **Sistemas parcialmente compensadores**

En este caso, tanto el paciente como la enfermera participan en el autocuidado. El grado de participación de cada uno depende de la situación del paciente: de las limitaciones que tenga para llevar a cabo las acciones que requiere (tanto si las limitaciones son consecuencia de la situación de la persona como si se han prescrito), de los conocimientos y habilidades requeridas y de la disposición psicológica. Los roles del paciente y la enfermera son complementarios. La enfermera sustituye las limitaciones del enfermo y éste acepta la ayuda de la enfermera y se hace cargo de algunas acciones de autocuidados.

– Sistema de apoyo-educación

Llamado también sistema de apoyo-desarrollo, es adecuado para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar, o debería aprender a hacer, medidas de autocuidado terapéutico orientadas interna o externamente, pero no puede hacerlas sin ayuda. Este sistema es apropiado cuando el paciente puede llevar a cabo las medidas de cuidados pero necesita guía, soporte, enseñanzas o un entorno que favorezca su desarrollo.

– Métodos de ayuda

Orem los describe como métodos comunes en todas las situaciones de ayuda: actuar para otra persona o hacer algo por ella, guiarla, apoyarla, proporcionarle un entorno que fomente su desarrollo y enseñarla. Desde el punto de vista enfermero los conceptualiza como “secuencias de acciones que las enfermeras llevan a cabo para superar o compensar las limitaciones asociadas a los problemas de salud de las personas que atienden”

- Actuar por otra persona o hacer algo por ella.
- Guiar a otro.
- Apoyar a otro.
- Proporcionar un entorno de desarrollo +
- Enseñar a otro.

Cuando es la persona la que lleva a cabo las acciones de autocuidado se denomina Agente de Autocuidado y esta acción va dirigida a conseguir unos objetivos, que son los requisitos de autocuidado (universales, de desarrollo y de desviación de la salud).

El papel de enfermería es, entonces, desarrollar el conocimiento necesario para ayudar a los individuos y las familias a iniciar y mantener conductas que lleven a reducir los riesgos de enfermar o de sufrir complicaciones que tengan enormes implicaciones individuales y sociales en las personas y sus familias y que se traducen en costos imposibles de satisfacer para toda la sociedad.

Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que contribuyen en una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes o limitaciones similares que las impiden comprometerse o desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, o para familias u otros grupos multipersonales. Orem propone que la teoría de los sistemas enfermeros es la teoría que unifica e incluye todos los elementos esenciales y comprende tanto la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado.

– **Conceptualización de Escala**

Las escalas son instrumentos de medición o pruebas psicológicas que frecuentemente son utilizadas para la medición de actitudes, en estas escalas de medición de actitudes no interesa propiamente la opinión o el conjunto de palabras que expresa la persona. Lo que en realidad es importante es la actitud de quién opina. La escala de medición de actitudes analiza los pensamientos y sentimientos de la persona hacia los hechos ya especificados.

Las actitudes pueden medirse a través de diversos tipos de escalas entre las que destacan la escala de actitudes tipo Likert y el escalograma de Guttman.

En el presente trabajo se utiliza la escala de Likert que mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares, se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente, cada ítem está estructurado con cinco alternativas de respuesta: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Indiferente, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo.

La unidad de análisis que responde a la escala marcará su grado de aceptación o rechazo hacia la proposición expresada en el ítem. Los ítems por lo general tienen implícita una dirección positiva o negativa.

La calificación o puntuación se asigna de acuerdo a la dirección del ítem, si tiene una dirección positiva la puntuación es:

- | | |
|----------------------------|--------------------------------|
| (+2) Totalmente de acuerdo | (-1) En desacuerdo |
| (+1) De acuerdo | (-2) Totalmente en desacuerdo. |
| (0) Indiferente | |

En el caso de que el ítem posea una dirección negativa, la calificación se invierte. Los ítems se presentan en forma de enunciados cuyo grado de acuerdo o desacuerdo se solicita a la unidad de análisis. La cantidad de enunciados que integra una escala Likert varía de acuerdo a la naturaleza de la variable operacionalizada¹⁸.

– **Búsqueda de Escalas**

De la revisión bibliográfica¹⁹ realizada por Chicunque Muñoz, et. al., (2014), identificaron cinco documentos que contenían un instrumento de valoración desde el Modelo de Orem de un total de 22 que reportaban haber utilizado la teoría o uno de sus componentes en la presentación de los documentos, de ellos se seleccionó, instrumento denominado Escala ERA (Escala de requisitos de Autocuidado) por la sencillez de su estructuración, además se incluyó la Escala ASA para valoración de capacidades de autocuidado. A continuación se presentan aspectos referentes a la validación de estas dos escalas.

□ **VALIDACION ESCALAS SELECCIONADAS PARA LA TEORIA DE OREM**

– **Escala Era**

La validez de contenido del instrumento se realizó mediante el consenso de profesionales expertos para verificar la idoneidad de la teoría de D. E. Orem y comprobar que el instrumento englobaba todos los aspectos relacionados con los requisitos de autocuidado. Se incluyeron en el cuestionario los ítems con un índice

¹⁸ AVILA BARAY, Héctor Luis. Introducción a la metodología de la investigación; enciclopedia virtual. {En línea}. {20 septiembre de 2014} disponible en: (<http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/203/>).

¹⁹ CHICUNQUE MUÑOZ, Sandra Lorena, LOPEZ SANCHEZ, Diana Sofía, MUÑOZ, Eydher Santiago, MURILLO MUÑOZ, Ayda Yuliana, PORTILLA BENITES, Janeth Patricia, SANCHEZ ZULETA, Cristian Felipe. Propuesta de instrumento de valoración desde el modelo de Dorothea Orem. Revision Documental. Popayán 2014. Trabajo de Investigación pregrado Enfermería Universidad del Cauca.

de validez de contenido igual o superior a 0,88 y se realizó una prueba piloto a 30 sujetos para valorar la comprensión y factibilidad del instrumento. El cuestionario final está formado por 35 ítems distribuidos en seis dimensiones relacionadas directamente con los requisitos e Autocuidado²⁰. (Ver anexo A)

El análisis métrico se llevó a cabo durante el periodo 2007-2010. Se aplicó el instrumento a población mayor de 18 años y asistentes a diez Centros de Salud Mental de la provincia de Barcelona. Se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna mediante el coeficiente de Cronbach y la estabilidad temporal tes-retest administrando el cuestionario a la misma muestra de estudio en dos ocasiones diferentes en el tiempo y por distintos observadores. La validez convergente se analizó mediante el análisis de correlación de la escala ERA y la escala Life Skills Profile (LSP) adaptada al castellano, administradas al mera visita y también por observadores diferentes. La validez discriminante se analizó mediante comparación de las medias de la escala ERA entre diferentes grupos de pacientes, según el valor GAF (escala de funcionamiento de la Actividad Global). Para evaluar la validez de constructo se realizó un análisis factorial confirmatorio mediante la estimación de parámetros por el método de mínimos cuadrados generalizados. Por último para la interpretabilidad clínica de la escala se calcularon los valores poblacionales de referencia mediante baremos centiles y puntuaciones típicas T de media 50 y desviación típica 10.

El coeficiente alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0,87 y para cada dimensión se obtuvieron valores superiores a 0,70 en 3 de las 6 dimensiones de la escala. El coeficiente de correlación intraclase total fue de 0,90 y para todas las dimensiones también fue superior a 0,70. En el análisis de las diferencias individuales se obtuvo una media (de la variable diferencia) entre las dos escalas ERA de -0,067 y una desviación estándar de 11,35, ajustándose la mayoría de las diferencias a los límites de concordancia. Se obtuvo un porcentaje de acuerdo o concordancia del 93,7% para diferencias entre las dos mediciones de hasta 20 puntos y una concordancia de 85,4% para diferencias de hasta 15 puntos. El coeficiente de correlación de Spearman fue de -0,050 entre la escala ERA y el cuestionario LSP (IC del 95% de -0,59 a -0,47). La media de puntuación de la escala ERA fue superior en pacientes con un GAF inferior o igual a 50 con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0001$). El análisis factorial confirmatorio mostró la existencia de 6 factores o variables latentes y 35 indicadores o ítems, con un buen ajuste al modelo. Solo 2 ítems presentaron una baja carga factorial y estadísticamente no significativa (el ítem 8 que valora las dificultades en relación al patrón fecal y el ítem 25, que valora el consumo de bebidas excitantes). Se realizó una baremación según las variables de sexo, edad

²⁰ ROLDÁN MERINO, Juan Francisco. Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. 2011. p:2-4

y años de evolución de la enfermedad y, con los datos que se obtuvieron se desarrolló un programa informático (ERA v1.0).

En conclusión, el instrumento fue validado en población comunitaria mostrando buenos valores psicométricos:²¹

- El análisis de consistencia interna demostró una alta homogeneidad entre los datos de los ítems, con un alfa de Cronbach para el total de la escala de 0,87.
- La estabilidad temporal, evaluada mediante test-retest, demostró una elevada concordancia: el coeficiente de correlación intraclase para la escala global fue de 0,90 y para cada uno de los requisitos de autocuidado también fue superior a 0,70.
- La validez discriminante mostró que la escala ERA discrimina entre distintos niveles de severidad o GAF, y la validez convergente mostró una correlación adecuada con la escala LSP.

Esta escala ha sido utilizada en la práctica profesional de Enfermeros que laboran en Salud mental comunitaria en población con problemas de Esquizofrenia, se conoce como Escala e requisitos de Autocuidado (ERA-c) de Roldán-Merino (2011) y a su vez ha sido modificada para el ámbito hospitalario (ERA-h) por Roldán-Merino, Lluch-Canut, Menarguez-Alcaina, Foix-Sanjuan y Haro Abad (2014).

Los resultados métricos de esta nueva escala ERA-h muestran que la consistencia interna para el total de la escala fue de 0,94 y para cada uno de las dimensiones se obtuvieron puntuaciones superiores a 0,70, a excepción del factor 4: provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación en el que se obtuvo una puntuación de 0,66. El coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para la escala ERA-h total fue de 0,89 y para cada una de las dimensiones se obtuvo un valor superior a 0.70. La media de la puntuación de la escala ERA-h fue superior en los pacientes con un GAF inferior o igual a 50 con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0001$). La correlación entre la escala ERA-h y la escala LSP, según el coeficiente de Spearman, fue de -0,48 ($p<0,0001$). El análisis factorial confirmatorio mostró la existencia de 6 dimensiones o variables latentes y 33 ítems o indicadores con un adecuado ajuste del modelo.

²¹ MIGUEL RUIZ, María Dolores. Valoración de la Salud Positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia, según la teoría de Enfermería de Dorothea Orem. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. 2014. p-73-74

□ ESCALA DE APRECIACIÓN DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO ASA

Las enfermeras Isenberg y Evers, seguidoras de la teoría del Autocuidado de Orem, desarrollan La Escala de la Capacidad de Agencia de Autocuidado ASA (Appraisal of Self-Care Agency scale) para medir el poder que tiene el individuo y realizar las operaciones productivas de agencia de autocuidado. En el instrumento, las investigadoras consideraron las operaciones de autocuidado como variables de la agencia de autocuidado; en otras palabras, tomaron los componentes de poder como habilidades específicas que se mueven para ejecutar las operaciones de autocuidado.²²

La validez de constructo de la escala ASA, fue estudiada por Evers e Isenberg, demostrando el poder del instrumento para discriminar grupos con diferencias conocidas en su nivel de dependencia en una población holandesa de viejos, la agencia de autocuidado tal como se midió, estuvo inversamente relacionada con la dependencia social y en el estudio de Isenberg, realizado en pacientes en espera de bypass coronario, la agencia de autocuidado se relacionó positivamente con el estado de salud.

La validez externa se demostró con grupos muestrales de diferentes países con características similares en cuanto a sus capacidades de autocuidado, quienes obtuvieron medias semejantes al responder la escala. La confiabilidad del instrumento fue mayor de 0.70 en casi la totalidad de los estudios.²³

La escala ASA es el producto del primer trabajo colaborativo, que comenzó en 1983 cuando Isenberg fue invitada como consultora a la Facultad de Ciencia de la Salud de la Universidad Maastricht, en Holanda, para desarrollar investigaciones basadas en teoría de enfermería del Autocuidado. El equipo que participó en el desarrollo y prueba psicométrica de esta escala, incluyó a los profesores Hans Philipsen, George Evers, GerBrauns, Harriet Smeets e Isenberg.²⁴

²² GAST, Hertha L. et al. Agencia de autocuidado: conceptualización y operacionalización. En: *Advance Nursing Science*. (1989); p. 25-38

²³ GALLEGOS, Op cit., p. 261

²⁴ ISENBERG, Marjorie A. Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. Citada por: PARKER, Marilyn. En: *Nursing Theories and Nursing practice*, 2001, F.A. Davis co. Philadelphia. (Noviembre, 2001)

La escala ASA ha sido traducida en varios idiomas, en países de Europa, Asia oriental y en Latinoamérica, y validado el instrumento en cada cultura. Este proyecto colaborativo le dio al equipo la oportunidad de identificar conocimiento universal de enfermería y por medio de comparación transcultural, identificar conocimientos culturalmente específico.

La escala ASA originalmente desarrollada en idioma inglés fue traducida al español por dos estudiantes del Doctorado en Enfermería y tres traductores profesionales. Las cinco traducciones fueron analizadas y comparadas por las estudiantes de Doctorado, llegando a construir un solo cuestionario.

Como resultado de esta revisión, los ítems 4, 6, 13 y 16 fueron reescritos en forma más simple, discreta y gramaticalmente correcta. Las instrucciones también sufrieron modificaciones para hacerlas comprensibles. Esta traducción en español fue aprobada por la investigadora, se dio a tres traductores profesionales para su traducción al idioma inglés, donde se consolidó una sola, la cual fue puesta a consideración de una de las autoras de la Escala a fin de que la evaluara en función de la forma original. La conclusión de la autora fue que la Escala ASA en versión inglés, era equivalente a la escala ASA en versión español.

Para confirmar validez y confiabilidad de la escala en español la Doctora Esther Gallegos Cabriales (1998), empleó la escala “Apreciación de agencia de autocuidado” en versión español en un grupo de adultos diabéticos, y desarrolló un estudio descriptivo, correlacionar y transversal con una muestra de 192 adultos diabéticos, de los cuales 120 estaban hospitalizados y 72 recibían atención ambulatoria, confirmando la relación teórica entre los conceptos factores condicionantes básicos (estado de salud) y capacidad de agencia de autocuidado.

En este estudio, Esther Gallegos determinó la validez conceptual y confiabilidad de la Escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” ASA versión español, obteniendo un valor de alfa de Cronbach de 0,77, lo que significa que los ítems de la escala miden un mismo concepto (consistencia interna) y confirmó la validez conceptual de la escala al discriminar el grupo de pacientes con diabetes hospitalizados de los ambulatorios por una diferencia de medias a favor de los segundos; además el efecto significativo de los factores condicionantes básicos sobre las capacidades de autocuidado de los adultos con diabetes, reafirmó también la validez conceptual de la escala.

– **Experiencia del uso de la Escala ASA en Centro América y Colombia.** La docente Edilma de Reales de la Facultad de Enfermería de la Universidad

Nacional de Colombia ha empleado en diferentes investigaciones en el contexto nacional y centroamericano la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” ASA en español.

En la experiencia obtenida a través del empleo de la escala, se han realizado recomendaciones para la modificación al formato de respuestas (pasando de totalmente desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo y totalmente de acuerdo al formato de respuestas nunca, casi nunca, casi siempre y siempre). Lo anterior, debido a que los ítems de la escala son utilizados para describir a las personas en su capacidad para comprometerse con el autocuidado y no para señalar si están de acuerdo o no con los enunciados. Por otro lado, se modificó la escala Likert a 4 puntos, eliminando la opción intermedia (la tercera), ya que esto permitía que el entrevistado se ubicará en un punto medio sin detenerse a pensar en la realidad de su agencia de autocuidado.

El formato de respuestas resultante quedó con las siguientes opciones: uno (nunca) significa el valor más bajo de agencia de autocuidado, dos (casi nunca), tres (casi siempre) y cuatro (siempre) significa el valor más alto. Estos cambios se consultaron con la doctora Gallegos, quien opinó que no afectaban la escala. (Comunicación E- mail en mayo 22 de 2004).

De igual forma, con el uso de esta versión en español en diferentes grupos en Centro América y Colombia, se ha requerido ajustar el léxico de los ítems de la Escala ASA – primera versión en español, con unas variaciones al lenguaje que más comúnmente se habla y entiende en el país sin que se cambie el sentido de ninguno de los ítems.

Esta segunda versión en español fue revisada y adaptada por la profesora Edilma Reales de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia con permiso de la Doctora Gallegos en el año 2004, modificando la forma de redacción de los ítems de tal manera que fueran más claros y comprensibles para la población Colombiana, sin cambiar el sentido de cada uno de ellos. Además fue revisada en cuanto a su corrección y comprensión idiomática por 10 enfermeras y profesoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2005; versión que fue empleada para el desarrollo de la presente investigación.

Finalmente en el año 2008, en el estudio realizado por Velandia²⁵, se establece la confiabilidad del tipo consistencia interna de la Escala de “Apreciación de agencia de autocuidado” en la segunda versión en español, el cual determinó un alfa de Cronbach de 0,689 sin corrección y estandarizado de 0,744 con una diferencia de 0,026 por debajo de lo reportado en el estudio de Gallegos.

²⁵ VELANDIA, Anita. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular que Asisten a consulta externa en el Hospital Tunjuelito. Bogotá.2008.Trabajo de grado presentado para optar al título de magister en enfermería con énfasis en Cuidado cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería p.159

4 METODOLOGIA

4.1 DISEÑO Y JUSTIFICACIÓN DEL DISEÑO

El diseño determinado para esta investigación fue de tipo descriptivo con abordaje cuantitativo y de corte transversal lo que permitió detallar los factores básicos condicionantes del autocuidado, la ausencia y presencia de déficit por requisito de autocuidado. De igual manera permitió determinar cuál es la capacidad de agencia de autocuidado, el sistema o sistemas de enfermería predominantes en el déficit y los métodos de ayuda en una población adulta de Timbío. El propósito de los estudios descriptivos es proporcionar la visión de una comunidad, un fenómeno o una situación, clarificar conceptos, generar relaciones en una situación natural y ser un punto de partida para el desarrollo de la teoría²⁶.

El enfoque cuantitativo fundamentado en el método hipotético – deductivo, es el abordaje más adecuado porque permite medir con precisión la realidad objetiva de los individuos con déficit de Autocuidado respecto a su capacidad de agencia de autocuidado y los factores básicos condicionantes que influyen en el ejercicio de su autocuidado. Además, facilita el desarrollo de un plan para lograr la medición de los conceptos incluidos en las preguntas del estudio y permite el análisis estadístico, como también la generalización de resultados a las personas que presentan déficit en su Ac.

De corte transversal porque en el estudio se requiere estimar la magnitud y distribución del déficit de autocuidado en la población adulta en un momento temporal; es decir conocer todos los casos de personas con Déficit de AC para implementar las intervenciones de enfermería desde la Teoría de Sistemas de Enfermería.

4.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

4.2.1 Universo. Habitantes del municipio de Timbío, que incluye habitantes tanto de la zona rural como de la zona urbana, distribuidos en 9 distritos²⁷ que incluyen

²⁶ VILLALOBOS, Silvia Nelis; PAGANO, María de las Mercedes. Diseños de Investigación. Material preparado para la asignatura. Seminario de Investigación I. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1990

²⁷ ANAYA ANAYA, Fredy Ovidio. Municipio de Timbío. Monografía- compilación Versión 2009. {En línea}. {17 enero 2015} disponible en: (http://www.timbio-cauca.gov.co/apc-aa-files/62636335356437333763363736636366/MUNICIPIO_DE_TIMBIO_CAUCA_monografia_compilada.pdf)

veredas en el sector rural y barrios en el sector urbano; de estos distritos, dos corresponden a la zona urbana: distrito 8 y nueve y el resto a la zona rural²⁸. Los distritos son:

- Distrito No. Uno: Veredas de la Honda, Los Robles, La Martica, Antomoreno, La Cabaña, Siloé, El Guayabal y La Rivera.
- Distrito No. Dos: Veredas Las Yescas, Quilichao, El Encenillo, El Boquerón, La Banda, Buenos Aires y Camposano y Puente Real.
- Distrito No. Tres: Veredas La Laguna, Las Cruces, El Deshecho, El Naranjal, Santa María, Barro Blanco, El Uvo, Las Cruces I y II.
- Distrito No. Cuatro: Veredas San Pedro, San Pedrito, Las Huacas, Cincodías, Alto de San José, Porvenir, Bellavista, El Tablón y Pan de Azúcar.
- Distrito No. Cinco: Veredas Sachacoco, El Descanso, La Avanzada, El Retiro y La Marquesa.
- Distrito No. Seis: Veredas Urubamba, Tunurco, Quintero, La Chorrera, El Hato, Samboní, Samboní Bajo, Las Piedras, Cuchicama, Hato Nuevo.
- Distrito No. Siete: Veredas El Placer, Cristalares, Campo Alegre, El Altillo, El Altillo Alto y Hato Viejo.
- Distrito No. Ocho: Barrios: Belén, Boyacá, La Marta, San Cayetano, San Rafael, San José, Pueblo Nuevo, Susana López de Valencia y Las Palmas.
- Distrito No. Nueve: Barrios: El Arado, Centro, Panamericano, Mariano Ospina Pérez, Germán Ramírez, San Judas, Urbanización S.XXI y Urbanización Miraflores.

4.2.2 Población. Estuvo conformada por los habitantes del distrito ocho (8) del Municipio de Timbío conformado por 8 barrios: Belén, Boyacá, La Marta, San Cayetano, San Rafael, San José, Pueblo Nuevo, Susana López de Valencia y Las Palmas.

²⁸ Plan de Desarrollo Municipio de Timbío 2012-2015. {En línea} {17 Enero 2015} disponible en: (http://timbio-cauca.gov.co/apc-aa-files/63636261393539316637616265636566/PLAN_DE_DESARROLLO_TIMBIO_AHORA_SI...SOMOS_MAS_2012_2015.pdf)

4.2.3 Muestra. Para efectos de este estudio se utilizó un muestreo tipo intencionado tanto para la selección del distrito, barrios y casas en cada barrio.

La selección de los barrios se llevó a cabo por conveniencia, en este orden de ideas, del total de barrios existentes en el distrito 8 se seleccionaron cuatro (4) barrios: Belén, San Cayetano, La Marta y San Rafael.

El tamaño de muestra para este estudio piloto se calculó teniendo en cuenta la recomendación para el cálculo del tamaño de la muestra para estudios factoriales que refiere incluir 5 sujetos, como mínimo, por cada ítem que compone una escala^{29, 30}. Por tanto para el estudio se tuvo en cuenta que la ficha contempla dos escalas con un total de 59 ítems, que multiplicados por cinco da como resultado 295 sujetos de estudio.

Teniendo en cuenta la posible atrición, se llevó a cabo el cálculo de pérdida de muestra, el cual se determinó con la siguiente ecuación:

$$\text{Ajuste de tamaño muestral} = \frac{n}{1-R}$$

En donde:

- n es Número de sujetos sin pérdida
- R es la proporción esperada de pérdidas (10%).

Aplicando la formula se tiene:

$$\text{Ajuste de tamaño muestral} = \frac{295}{1-0.1} = 324$$

²⁹ STREINER, 1994 y TABACHNICK, 2007 citados por MANRIQUE ABRIL Fred, FERNÁNDEZ Alba, VELANDIA Anita., En: Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichan AÑO 9 - VOL. 9 N° 3 - CHÍA, COLOMBIA - DICIEMBRE 2009

³⁰ NUNNALLY, 1987 y BALANZA, et. al, 2008, citados por VARGAS PORRAS, Carolina; HERNÁNDEZ MOLINA Luz Mery. Validez y confiabilidad del cuestionario "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto". En: av.enferm., XXVIII (1): 96-106, 2010.

Por lo que el tamaño de la muestra ajustada para el estudio fue de 324 habitantes distribuidos entre los barrios Belén, San Cayetano, La Marta y San Rafael.

Para establecer el número de entrevistados por barrio se tomó el tamaño total de la muestra (324) dividida entre cuatro (barrios), ya que no se conocía el número de habitantes y de casas por barrio (no se encontró información al respecto), el resultado fue 81 personas por barrio.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

La población sobre la que se realizó el estudio fueron aquellas personas que cumplieron las siguientes características o criterios de inclusión del estudio:

- Hombres y mujeres entre 25 – 45 años.
- Aceptación Voluntaria.
- Con o sin presencia de patologías.

Como criterios de exclusión se propusieron: personas sin disponibilidad de tiempo y presencia de déficit cognitivo.

4.4 VARIABLES DEL ESTUDIO

4.4.1 Dependiente. Déficit de Autocuidado general y por requisito de autocuidado.

4.4.2 independiente. Factores de Condicionamiento básico por requisitos de Autocuidado (Ver anexo A).

4.5 TECNICA DE ANALISIS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

4.5.1. Técnica. Se empleó la Entrevista Estructurada: Se seleccionó esta técnica para la recolección de la información porque permite obtener información del entrevistado de forma directa con una intencionalidad, que lleva implícitos unos objetivos englobados en una Investigación. Por lo tanto el tipo de enfoque es de sujeto-objeto, ya que lo que interesa es la obtención de respuestas cuantificables sobre el tema a investigar.

La realización de la entrevista tomó entre 45 y 60 minutos. Se llevó a cabo solo una entrevista a cada sujeto participante de la investigación. Como estrategia metodológica se utilizó la visita domiciliaria.

4.5.2. Instrumento. Se aplicó la ficha de valoración desde el modelo de OREM: el instrumento incluye conceptos de las tres teorías: teoría del Autocuidado, Déficit de Autocuidado y Sistemas de Enfermería; cada una de estas teorías, a su vez, presenta unos parámetros que permiten verificarlas, de esta manera se cuenta con indicadores específicos para valorar aspectos de las teorías. El instrumento está estructurado en cinco secciones cada una de las cuales contempla diferentes aspectos, a saber:

- Sección A: **Factores básicos Condicionantes** (FBC), estos factores se agruparon en cuatro categorías: descriptivos de la persona, del patrón de vida, del sistema de salud y condiciones de salud y del estado del desarrollo.
- Sección B: **Requisitos de Autocuidado**, que incluye requisitos de Autocuidado universal y en desviación de la salud.
- Sección C: **Déficit de Autocuidado**, que incluye: capacidades de AC, desarrollo de la agencia, y establecimiento de la demanda
- Sección D: **Sistemas de Enfermería**: Clasificación de las intervenciones de Enfermería, métodos de ayuda y sistemas de Enfermería. (ver anexo B).

El instrumento tuvo cinco versiones que se fueron ajustando según recomendaciones de expertos, comunidad y del análisis de los datos recolectados, el formato final cuenta con un instructivo que detalla la manera en que debe diligenciarse cada parámetro establecido en ella. (Ver anexo C)

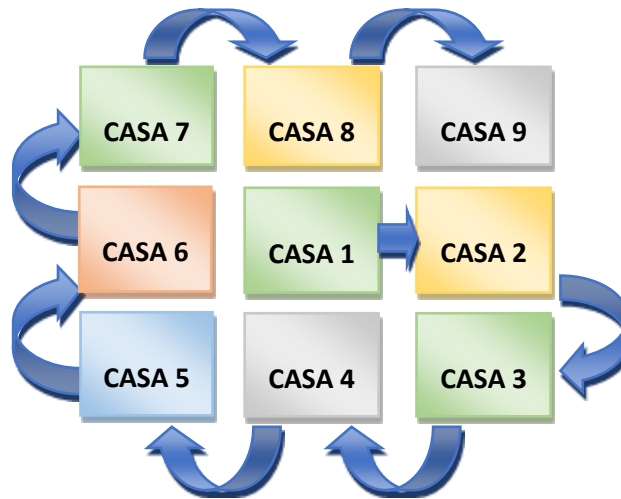
4.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS

4.6.1 Selección de los participantes. Los individuos que formaron parte en el estudio, fueron los hombres y mujeres entre 25 y 45 años de los barrios Belén, San Cayetano, La Marta y San Rafael que se encontraban en sus casas en el momento de la entrevista.

La autorización para el ingreso a los barrios se obtuvo de los líderes comunitarios de los barrios involucrados, los señores: Alejandro Narváez (Barrio la Marta), Álvaro Torres (Barrio Belén), Jonathan Cárdenas (Barrio San Cayetano), Ricardo Rivera (Barrio San Rafael); en casa de habitación de la señora Luz Cecilia Zúñiga, habitante del Barrio la Marta, el día 4 de diciembre de 2014, en horario concertado de 3:00 p.m. a 3:45 p.m. En dicha reunión se explicó el motivo de las visitas, se leyó el consentimiento informado y en el acta de intención se establecieron los siguientes acuerdos: autorización para el ingreso de los estudiantes de VII semestre de enfermería de la Universidad del Cauca (Grupo Investigador) para que realicen el trabajo de campo (aplicación del instrumento); en la medida que se apliquen los instrumentos, los estudiantes educaran a las personas de acuerdo al problema encontrado, al finalizar el trabajo de investigación, se socializara los resultados obtenidos con los líderes comunitarios. (Ver Anexo D)

Para cubrir el número asignado a cada barrio (82 personas) se estableció que la búsqueda del entrevistado se llevaría a cabo teniendo como referencia la primera vivienda visitada y se continuaría con las viviendas aledañas entre si hasta completar la submuestra establecida, como se muestra en la figura 1.

Figura 1. Esquema definido para selección de habitantes por barrio



Fuente: Elaboración Propia.

4.6.2 Prueba piloto. Ésta se llevó a cabo teniendo en cuenta la opinión de Sampieri³¹, quien aconseja que para una población de 200 o más personas, el instrumento se debe aplicar a una muestra entre 25 a 60 personas.

Por lo tanto, recordando que el total de la muestra son 327 personas, se toma para aplicar la prueba piloto el 10% de la misma, que equivale a 32 personas, cumpliendo con lo mencionado.

4.6.3 Validación facial y de contenido del instrumento mediante análisis cualitativo. La validez facial se refiere a la relevancia de los ítems del instrumento, a la evaluación de su claridad y la comprensión del lenguaje que se utiliza para redactar cada ítem, es decir evalúa uno a uno cada ítem.³²

Validez de contenido, grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide.³³

³¹ HERNÁNDEZ SAMPIERI Roberto. Metodología de la investigación.3ª. ed. 1991. Bogotá: McGraw-Hill, p.221.

³² HERRONS LL. Psicología y medición: el desarrollo de las pruebas psicométricas. Capítulo.5. México: Limusa; 1985, p.78.

³³ HERNÁNDEZ, Op. cit, p.346. (4)

Se aclara que en este estudio no se efectuó análisis psicométrico a la ficha de valoración según Orem porque desde la teoría se expone que la psicometría “tiene como objeto medir los aspectos psicológicos de una persona, como son: el conocimiento, las habilidades, las capacidades, las actitudes o la personalidad”³⁴.

Dado que la finalidad de la ficha es la indagación o descripción tanto de las características de cada requisito por factor básico condicionante del individuo y el establecimiento del déficit de Ac y sistemas de enfermería, y no la medición o cuantificación por escalas de estos aspectos, no es pertinente la aplicación de algún tipo de análisis psicométrico.

Adicionalmente, considerando que “las bases teóricas de la psicometría parten de la teoría de los test que hacen referencia a la construcción, validación y aplicación de los mismos y del escalamiento que incluye los métodos de elaboración de escalas psicofísicas y psicológicas”³⁵, no tiene sustento realizar este análisis, ya que algunos ítems de la ficha no fueron propuestos para responder a un test o escala de valoración psicofísica o psicológica de los individuos participantes del estudio. A pesar de lo anterior, si se ha tenido en cuenta la validez de contenido de las escalas que se incluyen en el instrumento, cuyos resultados se muestran en el marco teórico.

La prueba de validez facial con análisis cualitativo tuvo en cuenta criterios de claridad, precisión, formalidad y brevedad. Se aplicó a 32 habitantes de los barrios seleccionados para la investigación y 3 expertos de enfermería en la temática. En cada barrio se aplicó a 8 personas. (Ver anexo E).

A continuación se definen estos criterios:

– **Claridad**^{36, 37}: Cada ítems que se lee se entiende rápidamente, es decir que sean de fácil comprensión para el lector, sea éste el profesional de enfermería o el usuario/paciente.

³⁴ MELIA, José. L. La Construcción de la Psicometría como Ciencia Teórica y Aplicada. Valencia: Cristóbal Serrano. Universitat de Valencia. {En línea}. {20 de enero de 2015}. disponible en:(<http://www.uv.es/psicometria>. [ISBN: 84-404-7866-6; DL: V-2533-1990])

³⁵ ABAD, Francisco J. Teoría Clásica de los Tests y Teoría de la Respuesta al Ítem. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de psicología. Año 2006. p.41.

³⁶. Claridad del Texto. {En línea}. {20 Enero de 2015} disponible en:(http://www.ejemplode.com/44-redaccion/3178-ejemplo_de_claridad_en_un_texto.html)

- **Precisión**: hace referencia a que los ítems expresen de forma precisa lo que se pretende dar a entender al escribirlos, en otras palabras usar las palabras que comunican exactamente lo que quieres decir.
- **Formalidad**: emplear el idioma al nivel adecuado para este tipo de comunicación.
- **Brevedad**: significa incluir solamente la información que es pertinente al contenido del instrumento y comunicarla con el menor número posible de palabras.

El análisis se llevó a cabo a través de la síntesis de las observaciones a partir de las recomendaciones de los expertos y respuestas de los habitantes de los barrios del municipio de Timbío. A continuación se presentan los resultados por actor participante.

– **Comunidad**

Los resultados cualitativos de la validez facial del “Instrumento de Valoración desde el Enfoque de Dorothea Orem” con personas del municipio de Timbío, obtenidos de las observaciones generales y por cada ítem al aplicar el instrumento, refieren en términos generales que³⁸:

- Instrumento demasiado extenso
- Existen varios ítem que son muy parecidos o referentes al mismo tema, casi repetidos; como: 2.1 (sobre si fuma), 6.2 (consumo de tabaco), 3.6 (tratamiento farmacológico), en sección C requisitos de desviación de la salud (toma actualmente medicamentos), 2.4 (ingiere abundantes líquidos), 6.3 (ingiere la persona un aporte adecuado de líquidos).
- Es necesario sintetizar, reducir el instrumento.
- Existen ítems inespecíficos en la Escala de Apreciación de las Capacidades de Agencia de Autocuidado (ASA):46, 48, 49.

³⁷ .Características de la redacción Científica. {En línea}. {20 Enero de 2015} disponible en: (<http://edicionesdigitales.info/Manual/Manual/fundamentos.html>)

³⁸ Datos obtenidos de la ficha validación facial con análisis cualitativo de la comunidad del instrumento de investigación

- En el punto 1.19 nivel socioeconómico / situación laboral, hace falta el ítem (independiente), en la sección C Requisitos de Desviación de la Salud parte A) hace falta el ítem (ninguno)

– **Expertos**

Los resultados cualitativos de la validez facial del instrumento por expertos refieren en terminos generales que³⁹:

- Instrumento demasiado extenso
- Dentro del instrumento de valoración se encuentran preguntas o encabezamientos que no se entienden fácilmente y son de difícil comprensión.
- Existen algunos ítems referentes al mismo tema en diferentes partes del documento de evaluación, podrían unificarse.
- Teniendo en cuenta la población a la cual está dirigida la aplicación del instrumento de valoración se encuentra terminología muy técnica.

Para el desarrollo de la validez de contenido, en el análisis cualitativo se tuvo en cuenta los criterios de claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y pertinencia. (Ver anexo F).

A continuación se define cada criterio seleccionado para la validación de contenido:

- **Claridad:** Cada ítems que se lee se entiende rápidamente, es decir que sean de fácil comprensión para el lector, sea éste el profesional de enfermería o el usuario/paciente.
- **Objetividad:** formulación de los ítem en términos de conductas medibles u observables.
- **Actualidad:** los indicadores utilizados para obtener información desde las teorías de D. Orem, incluyen las últimas revisiones bibliográficas del tema en estudio.

- **Organización**: Existe una organización lógica entre las secciones del instrumento e indicadores de cada teoría a estudio.
- **Suficiencia**: El instrumento está elaborado de la mejor manera, acorde a los parámetros de la teoría de D. Orem y contiene los indicadores en suficiente cantidad que permiten obtener la información.
- **Intencionalidad**: El instrumento es adecuado para evaluar el déficit de autocuidado.
- **Consistencia**: Existe correlación entre distintos ítems de la ficha de valoración, lo que permite establecer si los distintos ítems producen resultados similares en el supuesto general.
- **Coherencia**: Los enunciados se corresponden con sus respectivos indicadores.
- **Metodología**: Utilización de diferentes tipos de preguntas para la obtención de información
- **Pertinencia**: El instrumento es útil y adecuado para la investigación en torno al modelo de D. Orem.

El análisis se llevó a cabo a través de la síntesis de las observaciones a partir de las recomendaciones de los expertos. A continuación se presentan los resultados³⁹:

- Existen ítems que no muestran conductas observables como se pregunta
- En requisitos en desviación de la salud incluir tratamiento alternativo.
- En el punto 1.20 recursos económicos cambiar las opciones por número de salarios mínimos; para este caso: menos de 1 SMLV, entre 1 y 2 SMLV, más de 3 SMLV.
- Modificar en 9.3 el termino descompensación, en 10.1, primera opción el termino autónomo.

³⁹ Datos obtenidos de la ficha de validación de contenido con análisis cualitativo por expertos del instrumento de investigación

- En agencia de autocuidado, parámetro en vías de desarrollo, aclarar término volitivas.
- En 2.1. incluir consumo de sustancia psicoactiva.

La recolección de esta información tuvo una duración de dos semanas, se organizó la información de validez facial como de contenido según criterios establecidos, aceptándose las sugerencias a cada criterio por parte de los habitantes de los barrios seleccionados como de los expertos elegidos.

La utilización de esta clase de evaluación dotó de validez de contenido al instrumento, ya que a partir de la recomendación de los participantes (30 habitantes de barrios seleccionados y 3 expertos) se pudo adecuar la ficha en ítems que requirieron modificación por falta de claridad, supresión por repetencia o por falta de pertinencia.

4.7 RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez obtenida la autorización a nivel de juntas de acción comunal, los investigadores procedieron a visitar a las personas en sus viviendas teniendo como referente el criterio establecido con anterioridad.

A cada participante se informó el propósito de la investigación y se preguntó la intencionalidad voluntaria para participar de la misma, la cual quedó manifestada a través de la firma del consentimiento informado.

Posteriormente los investigadores realizaron la aplicación de la Ficha de valoración según Orem. La duración de la entrevista fue de 45 minutos.

Se realizó una intervención educativa corta cuando se identificó una alteración o déficit en el entrevistado y se remitió a la EPS a la que pertenecía o al Centro de salud para su respectiva atención y seguimiento. No se realizó seguimiento para verificar cumplimiento de lo sugerido, ya que esta intervención no forma parte del estudio a realizar. El tiempo de duración de esta actividad fue de 25 minutos aproximadamente.

4.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se organizaron con el fin de dar coherencia a su procesamiento y posterior análisis, de manera tal que se respondiera a lo esperado por los objetivos específicos.

En primer lugar, se utilizó la estadística descriptiva para que a través de frecuencias y porcentajes se realizara una interpretación y análisis de la información referente a los factores básicos condicionantes por RAC, ausencia o presencia de déficit según ERA y capacidad de agencia de autocuidado frente al marco de referencia y al marco teórico planteado. Así, pues esta información se presenta en tablas o gráficas.

Para este análisis, se diseñó una hoja en el programa Microsoft Office Excel profesional plus 2013 para introducir la información codificada de la ficha de Valoración según OREM, que permitió presentar con claridad los datos obtenidos utilizando medidas de tendencia central y porcentajes que determinaron las características de cada variable del estudio.

Para dar respuesta tanto a los interrogantes como a los objetivos se siguieron los siguientes pasos:

- 1- Identificación de los FBC por requisito de Autocuidado.
- 2- Presencia o ausencia de déficit por requisito de Ac.
- 3- Déficit de autocuidado en la población a estudio.
- 4- Sistemas de Enfermería y métodos de ayuda.
- 5- Sistema de tabulación FBC por RAU

Establecimiento de Factores Básicos Condicionantes (FBC) por Requisito de Autocuidado (RAC)

Para el establecimiento de los FCB por RAC se procedió a identificar los FBC. Para cada RAC de los listados en el instrumento se presenta un ejemplo de esto:

Cuadro 1. Factores básicos condicionantes por Requisito de Autocuidado según instrumento.

NÚMERO	REQUISITO	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES
		EXPOSICIÓN HUMO-COCINA
		FUMADOR PASIVO
1	AIRE	CONSUMO DE TABACO
		CONSUME SUSTANCIAS TÓXICAS (ASPIRACIÓN)
		GRADO CONOCIMIENTO ENFERMEDADES
		PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS (CONDICIÓN DE SALUD-ANTECEDENTES PERSONALES)
		DIETA INADECUADA

Fuente: Elaboración propia

Identificados los FBC por RAC, se procedió a validar esta información, recurriendo a los diagnósticos NANDA relacionados con Requisitos de Autocuidado Universal (RAU): aire⁴⁰, agua⁴¹, alimentos⁴², eliminación urinaria e intestinal⁴³, actividad y reposo⁴⁴, soledad e interacción social⁴⁵, prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano⁴⁶, promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales⁴⁷ y, los requisitos en desviación de la Salud⁴⁸, relacionados con buscar ayuda médica, prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos, modificar el autoconcepto y la autoimagen y aprender a vivir con los efectos de los estados patológicos y los de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

⁴⁰ FUDEN. Revisión de los diagnósticos de cuidados asociados al proceso respiratorio En: El Lenguaje del Cuidado.Vol.1 num.4.2009.pág. 13-23

⁴¹Ídem. Revisión de los diagnósticos de cuidados asociados al proceso respiratorio En: El Lenguaje del Cuidado.Vol.1 num.3.2009.pág.20-24

⁴² FUDEN. Requisito de Autocuidado Universal: Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente. En: El Lenguaje del Cuidado.Vol.2 num.5.2010.pág. 16-40

⁴³ Loc. cit.

⁴⁴ FUDEN. Requisito de Autocuidado Universal: mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. En: El Lenguaje del Cuidado.Vol.2 num.6.2010.pág. 17-44.

⁴⁵ Loc. cit.

⁴⁶ FUDEN. Requisito de Autocuidado Universal: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. En: El Lenguaje del Cuidado.Vol.2 num.8.2010.pág. 15-33

⁴⁷ Loc. cit.

⁴⁸ Taxonomía II de la NANDA 2009-2011.

A partir de los RAC, se identifican tanto los diagnósticos NANDA que los incluyen y los factores etiológicos para los mismos, además de lo anterior, se contraste esta información con la generada por la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN) a través del Observatorio Metodología Enfermera de dicha institución y se agrupan por categorías de FBC.

A continuación se presentan los diagnósticos para cada RAU:

– **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire**, se identificaron los siguientes diagnósticos NANDA: Perfusión tisular periférica inefectiva, Deterioro del intercambio gaseoso, Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Deterioro de la respiración espontánea, Patrón respiratorio ineficaz y Respuesta disfuncional del destete del ventilador.

– **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua**, se identificaron los siguientes diagnósticos: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, Exceso de volumen de Líquidos, Déficit de volumen de Líquidos, Riesgo de déficit de volumen de Líquidos, Diarrea

– **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos**, se identificaron los siguientes diagnósticos NANDA: Desequilibrio Nutricional por exceso, Desequilibrio Nutricional por defecto, Riesgo de desequilibrio Nutricional por exceso, Deterioro de la Deglución, Lactancia materna ineficaz, Náuseas.

– **Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal**, este requisito se divide en dos: procesos de eliminación intestinal y urinaria. Para el primero se identificaron los siguientes diagnósticos: Estreñimiento, Estreñimiento subjetivo, Diarrea, Incontinencia fecal, Riesgo de estreñimiento y para el segundo: Deterioro de la eliminación urinaria, Retención urinaria y Disposición para mejorar la eliminación urinaria.

– **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo**, se encontraron los siguientes diagnósticos: fatiga, sedentarismo, Riesgo de intolerancia a la actividad, déficit de actividades recreativas y riesgo del síndrome de desuso.

– **Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social**, se identificaron los siguientes diagnósticos NANDA: Procesos familiares

disfuncionales (Alcoholismo), Comunicación verbal, Disposición para mejorar la comunicación, Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad, síndrome de deterioro en la interpretación del entorno.

– **Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano** se encontraron los siguientes diagnósticos: Deterioro de la movilidad física, Deterioro de la deambulacion, Intolerancia a la Actividad, Desatención unilateral, Trastorno de la Percepción Sensorial, Conocimientos deficientes, Deterioro de la memoria.

– **Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales.** Se identificaron los siguientes diagnósticos: Afrontamiento inefectivo de la comunidad, Comunicación verbal, Baja Autoestima, Aislamiento Social, Riesgo de soledad. A continuación se presenta el procedimiento seguido en el establecimiento de FBC por RAC:

1- Diagnostico NANDA y factores Etiológicos.

Cuadro 2. Diagnósticos NANDA y Factores Etiológicos para el Requisito de Autocuidado Universal Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire

DX NANDA	FACTORES ETIOLOGICOS
PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFECTIVA	PERFIL SANGUÍNEO ALTERADO: CONSECUENCIAS HIPOVOLEMIA: CONSECUENCIAS HIPERVOLEMIA: CONSECUENCIAS INMOVILIDAD: CONSECUENCIAS HIPOVENTILACIÓN ALTERACIÓN DE LA AFINIDAD DE LA HEMÓGLOBINA POR EL OXÍGENO: CONSECUENCIAS DESEQUILIBRIO VENTILACIÓN/PERFUSIÓN: CONSECUENCIAS TABAQUISMO PROBLEMAS DE INTERCAMBIO GASEOSO: CONSECUENCIAS INTERRUPCIÓN DEL FLUJO VENOSO O ARTERIAL: CONSECUENCIAS REDUCCIÓN MECÁNICA DEL FLUJO VENOSO O ARTERIAL: CONSECUENCIAS
DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO.	DESEQUILIBRIO VENTILACIÓN/PERFUSIÓN: CONSECUENCIAS PROBLEMAS DE INTERCAMBIO GASEOSO: CONSECUENCIAS
LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS.	TUBO ENDOTRAQUEAL: EFECTOS NO DESEADOS ESPASMO DE LAS VÍAS AÉREAS: CONSECUENCIAS VÍA AÉREA ARTIFICIAL: MEDIDAS INEFICACES/INSUFICIENTES CUERPOS EXTRAÑOS EN LAS VÍAS AÉREAS: CONSECUENCIAS RETENCIÓN DE LAS SECRECIONES BRONQUIALES: CONSECUENCIAS MUCOSIDAD EXCESIVA EN VÍAS AÉREAS EXUDADOS BRONQUIALES: CONSECUENCIAS DISFUNCIÓN NEUROMUSCULAR RESPIRATORIA: CONSECUENCIAS ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA:
LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS.	ASMA: CONSECUENCIAS VÍAS AÉREAS ALÉRGICAS: CONSECUENCIAS INFECCIÓN RESPIRATORIA: CONSECUENCIAS IRRITACIÓN VÍAS AÉREAS POR INHALACIÓN DE GASES, HUMO U OTRAS SUSTANCIAS: CONSECUENCIAS TABAQUISMO FUMADOR PASIVO

PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ	POSICIÓN CORPORAL INADECUADA OBESIDAD FATIGA, DISMINUCIÓN DE LA ENERGÍA FÍSICA DETERIORO MUSCULO ESQUELÉTICO: CONSECUENCIAS HIPERVENTILACIÓN HIPOVENTILACIÓN DISFUNCIÓN NEUROMUSCULAR RESPIRATORIA: CONSECUENCIAS FATIGA DE LOS MÚSCULOS RESPIRATORIOS DEFORMIDAD DE LA PARED TORÁCICA: CONSECUENCIAS AFECTACIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL: CONSECUENCIAS INMADUREZ DEL SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSECUENCIAS DETERIORO O RETRASO COGNITIVO: CONSECUENCIAS
RESPUESTA DISFUNCIONAL DEL DESTETE DEL VENTILADOR	DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS: PROBLEMAS DE SALUD NUTRICIÓN INADECUADA ALTERACIÓN DEL SUEÑO DOLOR SENTIMIENTO DE IMPOTENCIA DESESPERANZA FALTA DE MOTIVACIÓN BAJA AUTOESTIMA ANSIEDAD TEMOR ENTORNO FÍSICO INADECUADO SOPORTE SOCIAL INADECUADO
DETERIORO DE LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA	FATIGA DE LOS MÚSCULOS RESPIRATORIOS

Fuente: "FUDEN".

2- Agrupación de los factores etiológicos por categorías

Cuadro 3. Cuadro 4. Agrupación en categorías de los factores etiológicos para el RAU

CATEGORÍAS	FACTORES ETIOLÓGICOS	NUEVA CATEGORÍA
CONDICIONES HEMATOLOGICAS- FLUJO VENOSO Y ARTERIAL	PERFIL SANGUÍNEO ALTERADO: CONSECUENCIAS ALTERACIÓN DE LA AFINIDAD DE LA HEMOGLOBINA POR EL OXÍGENO: CONSECUENCIAS REDUCCIÓN MECÁNICA DEL FLUJO VENOSO O ARTERIAL: CONSECUENCIAS INTERRUPTIÓN DEL FLUJO VENOSO O ARTERIAL: CONSECUENCIAS	CONDICIONES PATOLOGICAS
ESTADO DE LOS LIQUIDOS	HIPOVOLEMIA: CONSECUENCIAS HIPERVOLEMIA: CONSECUENCIAS	CONDICIONES PATOLOGICAS
HABITOS NOCIVOS	TABAQUISMO FUMADOR PASIVO IRRITACIÓN VÍAS AÉREAS POR INHALACIÓN DE GASES, HUMO U OTRAS SUSTANCIAS: CONSECUENCIAS	HABITOS NOCIVOS
POSICION	POSICIÓN CORPORAL INADECUADA INMOVILIDAD: CONSECUENCIAS	POSICION
ALTERACIONES NEUROLOGICAS	AFECTACIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL: CONSECUENCIAS INMADUREZ DEL SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSECUENCIAS DETERIORO O RETRASO COGNITIVO: CONSECUENCIAS DÉFICIT SENSORIAL: CONSECUENCIAS DISFUNCIÓN NEUROMUSCULAR RESPIRATORIA: CONSECUENCIAS	CONDICIONES PATOLOGICAS
ALTERACION PATRONES	NUTRICIÓN INADECUADA ALTERACIÓN DEL SUEÑO OBESIDAD	ALTERACION PATRONES
SOPORTES MECANICOS	TUBO ENDOTRAQUEAL: EFECTOS NO DESEADOS VÍA AÉREA ARTIFICIAL: MEDIDAS INEFICACES/INSUFICIENTES	SOPORTES MECANICOS

Continuación Cuadro 3. Agrupación en categorías de los factores etiológicos para el RAU Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire.

OTRAS CONDICIONES	DOLOR ANSIEDAD DESESPERANZA TEMOR FATIGA, DISMINUCIÓN DE LA ENERGÍA FÍSICA BAJA AUTOESTIMA	OTRAS CONDICIONES
CONDICIONES SITUACIONALES	DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS: PROBLEMAS DE SALUD SENTIMIENTO DE IMPOTENCIA FALTA DE MOTIVACIÓN ENTORNO FÍSICO INADECUADO	CONDICIONES SITUACIONALES
CONDICIONES PATOLÓGICAS RAU AIRE	DESEQUILIBRIO VENTILACIÓN/PERFUSIÓN: CONSECUENCIAS PROBLEMAS DE INTERCAMBIO GASEOSO: CONSECUENCIAS ESPASMO DE LAS VÍAS AÉREAS: CONSECUENCIAS CUERPOS EXTRAÑOS EN LAS VÍAS AÉREAS: CONSECUENCIAS RETENCIÓN DE LAS SECRECIONES BRONQUIALES: CONSECUENCIAS MUCOSIDAD EXCESIVA EN VÍAS AÉREAS EXUDADOS BRONQUIALES: CONSECUENCIAS ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: CONSECUENCIAS ASMA: CONSECUENCIAS VÍAS AÉREAS ALÉRGICAS: CONSECUENCIAS INFECCIÓN RESPIRATORIA: CONSECUENCIAS	CONDICIONES PATOLÓGICAS

Fuente: Elaboración propia

3- Agrupación de las categorías identificadas por factores básicos condicionantes.

Cuadro 5. Asociación de las categorías con los FBC

CATEGORÍA	FACTORES ETIOLÓGICOS	NUEVA CATEGORÍA	FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES
CONDICION HEMATOLOGICA-FLUJO VENOSO Y ARTERIAL	PERFIL SANGUÍNEO ALTERADO: CONSECUENCIAS AFINIDAD DE LA HEMOGLOBINA POR EL OXÍGENO: CONSECUENCIAS REDUCCIÓN MECÁNICA DEL FLUJO VENOSO O ARTERIAL: CONSECUENCIAS INTERRUPCIÓN DEL FLUJO VENOSO O ARTERIAL: CONSECUENCIAS	CONDICION PATOLOGICA	FACTOR 3: ESTADO DE SALUD: ANTECEDENTES PERSONALES
ESTADO DE LOS LIQUIDOS	HIPOVOLEMIA: CONSECUENCIAS HIPERVOLEMIA: CONSECUENCIAS		
HABITOS NOCIVOS	TABAQUISMO FUMADOR PASIVO IRRITACIÓN VÍAS AÉREAS POR INHALACIÓN DE GASES, HUMO U OTRAS SUSTANCIAS: CONSECUENCIAS	HABITOS NOCIVOS	FACTOR 2: PATRONES DE VIDA
POSICION	POSICIÓN CORPORAL INADECUADA INMOVILIDAD: CONSECUENCIAS	POSICION	
ALTERACION PATRONES	NUTRICIÓN INADECUADA ALTERACIÓN DEL SUEÑO OBESIDAD	ALTERACION PATRONES	FACTOR 2: PATRONES DE VIDA

ALTERACIONES NEUROLOGICAS	AFECCIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL: CONSECUENCIAS INMADUREZ DEL SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSECUENCIAS DETERIORO O RETRASO COGNITIVO: CONSECUENCIAS DÉFICIT SENSORIAL: CONSECUENCIAS DISFUNCIÓN NEUROMUSCULAR RESPIRATORIA: CONSECUENCIAS	CONDICIONES PATOLOGICAS	FACTOR 3: ESTADO DE SALUD: ANTECEDENTES PERSONALES
SOPORTES MECANICOS	TUBO ENDOTRAQUEAL: EFECTOS NO DESEADOS VÍA AÉREA ARTIFICIAL: MEDIDAS INEFICACES/INSUFICIENTES	SOPORTES MECANICOS	FACTOR 3: ESTADO DE SALUD: ANTECEDENTES PERSONALES

Fuente: Elaboración propia

– Presencia o ausencia de Déficit por Requisito de Ac

Para establecer la presencia o ausencia de déficit, se tuvo en cuenta la clase de requisito de autocuidado analizado: universal o en desviación de la salud. El uso de la escala ERA para este estudio se basó en la nota de derechos de autor de la Tesis⁴⁹. (Ver Anexo G) Esta escala establece el Déficit por Requisito de Autocuidado Universal (RAU). Cada requisito consta de una serie de preguntas, cada pregunta tiene cinco posibilidades de respuesta, siendo 1 ausencia de déficit en el autocuidado y 5 Déficit total. Las puntuaciones de cada requisito se obtuvieron de la suma de las puntuaciones de cada ítem de la siguiente manera:

– Mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos: suma de los ítems de las preguntas 1,2,3,4,5,y 6, donde 6 es la puntuación mínima y 30 la puntuación máxima.

⁴⁹ ROLDAN MERINO, Juan Francisco. Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de Orem para pacientes diagnosticados de Esquizofrenia. Universidad de Barcelona. España. Tesis Doctoral 2011. {En línea} {17 septiembre de 2014} disponible en: (http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/38012/JFRM_TESIS.pdf?sequence=1)

Tabla 1. Valoración de los requisitos mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos.

NÚMERO ÍTEM	6	12	18	24	30	TOTAL	PROMEDIO
	MUY ADECUADA (1)	ADECUADA (2)	REGULAR (3)	INADECUADA (4)	MUY INADECUADA (5)		FRECUENCIA
1	163	116	40	5	-	324	
2	296	10	14	3	1	324	
3	79	86	146	12	1	324	
4	84	119	75	45	1	324	
5	123	101	82	17	1	324	11.04
6	141	142	39	2	-	324	
	886	574	396	84	4	1944	
	5316	6888	7128	2016	120	21468	

Fuente. Elaboración propia basada en los datos del estudio

El promedio de respuestas es de 11, que significa “adecuada”, lo que se traduce en “un adecuado autocuidado” de la población estudiada, en torno a los requisitos de Mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos, lo que significa ausencia de déficit.

– Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación: suma de los ítems de las preguntas 7 y 8, donde 2 es la puntuación mínima y 10 la puntuación máxima.

Tabla 2. Valoración del Requisito Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.

NÚMERO ÍTEM	2	4	6	8	10	TOTAL	PROMEDIO
	MUY ADECUADA (1)	ADECUADA (2)	REGULAR (3)	INADECUADA (4)	MUY INADECUADA (5)		FRECUENCIA
7	319	5	-	-	-	324	
8	258	36	28	2	-	324	
	577	41	28	2	-	648	2,31
	1154	164	168	16	-	1502	

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

El promedio de respuestas es de 2 que significa “adecuada”, lo que se traduce en “un adecuado autocuidado” de la población estudiada, en torno a los procesos de eliminación urinaria y fecal, lo que significa ausencia de déficit.

– Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso: suma de los ítems de las preguntas 9, 10, 11, 12, 13 y 14, donde 6 es la puntuación mínima y 30 la puntuación máxima.

Tabla 3. Valoración del Requisito Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.

No ítem	6	12	18	24	30	Total	Promedio
	Muy adecuada (1)	Adecuada (2)	Regular (3)	Inadecuada (4)	Muy inadecuada (5)		Frecuencia
9	248	58	17	1	-	324	8,11
10	237	35	44	1	7	324	
11	228	80	11	5	-	324	
12	248	59	11	6	-	324	
13	268	46	8	-	2	324	
14	200	85	30	8	1	324	
	1429	363	121	21	10	1944	
	8574	4356	2178	504	300	15912	

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

El promedio de respuestas es de 8 que significa “muy adecuada”, lo que se traduce en “un autocuidado muy adecuado” de la población estudiada, es decir que en este requisito hay ausencia de déficit.

– Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social: suma de los ítems de las preguntas 15, 16 y 17, donde 3 es la puntuación mínima y 15 la puntuación máxima.

Tabla 4. Valoración del Requisito Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

No ítem	3	6	9	12	15	Total	Promedio
	Muy adecuada (1)	Adecuada (2)	Regular (3)	Inadecuada (4)	Muy inadecuada (5)		Frecuencia
15	225	72	26	1	0	324	4,0
16	227	84	9	4	0	324	
17	237	83	2	2	0	324	
	689	239	37	7	0	972	
	2067	1434	333	84	0	3918	

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

El promedio de respuestas es de 4 que significa “muy adecuada”, lo que se traduce en “un autocuidado muy adecuado” de la población estudiada, es decir que en este requisito hay ausencia de déficit.

– Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano: suma de los ítems de las preguntas 18,19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29, donde 12 es la puntuación mínima y 60 la puntuación máxima.

Tabla 5. Valoración del Requisito Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano.

No ítem	12	24	36	48	60	Total	Promedio
	Muy adecuada (1)	Adecuada (2)	Regular (3)	Inadecuada (4)	Muy inadecuada (5)		Frecuencia
18	311	13	0	0	0	324	19.3
19	299	25	0	0	0	324	
20	168	96	53	3	4	324	
21	187	93	43	1	0	324	
22	189	107	26	2	0	324	
23	307	17	0	0	0	324	
24	159	125	33	7	0	324	
25	134	134	47	9	0	324	
26	124	88	83	18	0	324	
27	68	92	56	38	70	324	

Continuación Tabla 9. Valoración del Requisito Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano.

28	162	114	46	1	1	324
29	191	106	24	3	0	324
	2299	1010	411	82	75	3877
	27588	24240	14796	3936	4500	75060

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

El promedio de respuestas es de 19 que significa “adecuada”, lo que se traduce en “un autocuidado adecuado” de la población estudiada, es decir que en este requisito hay ausencia de déficit.

– Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano: suma de los ítems de las preguntas 30, 31, 32, 33, 34 y 35, donde 6 es la puntuación mínima y 30 la puntuación máxima.

Tabla 6. Valoración del Requisito Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

No ítem	6	12	18	24	30	Total	Promedio
	Muy adecuada (1)	Adecuada (2)	Regular (3)	Inadecuada (4)	Muy inadecuada (5)		Frecuencia
30	224	85	12	3	0	324	8.7
31	196	106	22	0	0	324	
32	209	105	9	1	0	324	
33	170	127	26	1	0	324	
34	216	93	14	0	1	324	
35	158	149	17	0	0	324	
	1173	665	100	5	1	1944	
	7038	7980	1800	120	30	16968	

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

El promedio de respuestas es de 9 que significa “adecuada”, lo que se traduce en “un adecuado autocuidado” de la población estudiada, en torno a los requisitos de Mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos, significando ausencia de déficit.

Con base en lo anterior, una puntuación alta en cada dimensión o en el total de la escala, indica un déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado por parte del individuo, lo que justifica la necesidad de una intervención enfermera específica. Por el contrario, una puntuación baja indica un adecuado cumplimiento de los requisitos.

– Valoración del Déficit Global de la Población

Luego de establecerse la presencia o ausencia de déficit por requisito Universal según escala ERA, se estableció el déficit global de la población, para ello se tuvo en cuenta que el puntaje mínimo a obtener es 35 y el máximo es 175, igual que en el anterior parámetro analizado, una puntuación alta en cada dimensión o en el total de la escala, indica un déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado por parte del individuo, lo que justifica la necesidad de una intervención enfermera específica. Por el contrario, una puntuación baja indica un adecuado cumplimiento de los requisitos. En el anexo I se puede observar la escala con las especificaciones para poder interpretar los resultados y orientar las preguntas.

Tabla 7. Valoración Global de la presencia o ausencia de Déficit de Autocuidado según Escala ERA

35	70	105	140	175		Promedio
Muy adecuada (1)	Adecuada (2)	Regular (3)	Inadecuada (4)	Muy inadecuada (5)	Total	Frecuencia
7053	2892	1093	201	90	11329	53.6
246855	202440	114765	28140	15750	607950	

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

El promedio de respuestas es de 54 en promedio, lo que significa “adecuado”, lo que se traduce en “un adecuado autocuidado” de la población estudiada, en torno a todos los requisitos de autocuidado evaluados, indicando ausencia de déficit

– Déficit de Autocuidado en la población a estudio

En el establecimiento del déficit, se utilizó la escala ASA (Ver anexo H) y se tuvo en cuenta los siguientes aspectos

- 1- Identificación de capacidades de la Agencia de Autocuidado
- 2- Establecimiento de la demanda de Ac

– **Identificación de las Capacidades de la Agencia de Autocuidado**

Con respecto a las Capacidades de la Agencia de Autocuidado, la evaluación de las mismas se realiza mediante escala ASA, sobre el puntaje posible obtenido, de 24 a 96 puntos en total. Estos valores se transforman a una escala que va en proporción de 0 a 100%, donde los porcentajes más altos corresponden a mayor nivel de capacidades de agencia de autocuidado⁵⁰; la tabla de resultados se interpreta de la siguiente manera:

Tabla 8. Tabla 12. Interpretación de los resultados de la Escala adaptada según la Universidad Nacional de Colombia.

Calificación	Puntuación Escala	Significado	Porcentaje	Capacidades de Agencia de autocuidado
1	1 - 24	Totalmente en desacuerdo	0 - 25%	Muy Bajas
2	25 - 48	En desacuerdo	26 – 50%	Bajas
3	49 - 72	De Acuerdo	51 – 75%	Buenas
4	73 - 96	Totalmente de Acuerdo	76 – 100%	Muy buenas

Fuente: modificación de la escala de valoración de las capacidades de agencia de autocuidado, realizado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y autorizada por la doctora Esther Gallegos en 2004. Citado por PEÑALOZA GARCIA, Mónica. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Médico Preventiva, San José de Cúcuta, 2004

Teniendo en cuenta lo anterior, la valoración global de la escala se obtiene de la sumatoria de las respuestas de todos los instrumentos; el resultado se divide por el número total de instrumentos aplicados, obteniéndose de esta manera el puntaje total de la escala. Sin embargo, se debe transformar este puntaje a porcentaje para que se pueda interpretar el nivel de capacidad de agencia de autocuidado en la población estudiada.

El porcentaje se identifica estableciendo una relación cuaternaria entre los datos del problema o regla de tres, para lo cual se toma la puntuación total de la escala que es de 96, como referente y como porcentaje equivale de dicha puntuación

⁵⁰ PEÑALOZA GARCIA, Mónica. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Médico Preventiva, San José de Cúcuta, 2004. {En línea}. {25 marzo de 2015} disponible en: (<http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35966>).

100% y se busca el % para la puntuación global obtenida por la población en estudio, como se visualiza en el ejemplo de la siguiente tabla:

Tabla 9. Establecimiento de relación cuaternaria entre datos

Puntuación escala	Porcentaje
96	100
<i>n</i>	X

Fuente: Elaboración propia

Con base en el resultado obtenido de la relación cuaternaria se establece la calificación para dicho puntaje, en un esquema como el presentado en la tabla 3, se registran las frecuencias obtenidas según categorías de valoración de la escala y se multiplica dicha frecuencia por el valor asignado a cada categoría, posteriormente se realiza la sumatoria y se establece la calificación promedio dividiendo el total de puntaje entre número de encuestas según se muestra en la siguiente tabla (los datos enunciados en las tablas corresponden a la información obtenida con el instrumento del trabajo de investigación). En la tabla 14 se presenta el ejemplo con la valoración global de las capacidades de la Agencia de Autocuidado, que para este caso en particular es la población estudiada.

Tabla 10. Esquema de valoración por categoría de valoración

1	2	3	4	Total	Promedio
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo		
194	1473	4283	1826	7776	Frecuencia
194	2944	13059	7312	2356	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem.

Los pasos enunciados anteriormente se llevan a cabo para cada afirmación, de esta forma se puede establecer las capacidades de cada persona por afirmación por requisito de autocuidado universal contemplado en la escala y de manera global por la población en general.

A continuación se presenta la información relacionada con:

- Valoración de cada afirmación escala ASA
- Valoración por RAU según escala ASA
- Valoración Global de la escala

– **Valoración de cada afirmación de la escala ASA**

Afirmación 1: el promedio de respuestas es de 4, que significa “total acuerdo”, lo que se traduce en “muy buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, con relación a personas sí pueden hacer ajustes para mantenerse con salud, lo cual resulta beneficioso si se llegara a realizar un programa para estimular e inducir el auto cuidado.

Tabla 11. Afirmación 1. Según cambien las circunstancias, puedo hacer ajustes para mantenerme con salud.

1	2	3	4	Total	Promedio
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo		Frecuencia
3	12	123	186	324	
3	24	369	744	1140	4

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación 2: el promedio de respuestas es de 3, que significa “acuerdo”, lo que se traduce en “Buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población “estudiada, con relación a que algunas veces verifican si son buenas las formas habituales de mantenerse con salud. Son personas que confían en que su estilo de vida les proporciona salud, sin detenerse a preguntar qué tan cierto es.

Tabla 12. Afirmación. 2: Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.

1	2	3	4	Total	Promedio
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo		Frecuencia
14	121	138	51	324	
14	242	414	204	874	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación 3: se observa que el promedio de respuestas es de 3, que significa “de acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiantil, con relación a los cambios que pueden hacer si tienen problemas para moverse. Es población creativa que por lo general cuenta con apoyo familiar y de pareja.

Tabla 13. Afirmación 3: Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
	10	224	90	324	Frecuencia
	20	672	360	1052	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación: 4: el promedio de respuesta es de 3 que significa, “Acuerdo, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, que tiene buenos hábitos de higiene y que manifiesta que puede hacer lo que necesite para mantener limpio su alrededor.

Tabla 14. Afirmación 4. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
1	25	197	101	324	Frecuencia
1	50	591	404	1046	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación 5: el promedio de respuestas es de 3, que significa “Acuerdo”, lo que se traduce en “Buenas capacidades de agencia de auto cuidado de la población estudiada, ya que son personas que se preocupan por su condición de salud, mantienen una buena comunicación con el personal de la IPS que los atiende para acceder a los servicios; además algunas realizan actividades recreativas para mantenerse con salud.

Tabla 15. Afirmación 5. Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
	18	175	131	324	Frecuencia
	36	525	524	1085	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación 6: el promedio es de 2, que significa “Desacuerdo”, pero frente a una afirmación negativa, por lo tanto se traduce en “bajas capacidades de agencia de auto cuidado de la población estudiada, con relación a que se observan personas con buena energía y disposición para emprender actividades que deriven en cuidado personal.

Tabla 16. Afirmación 6. Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
41	161	86	36	324	Frecuencia
41	322	258	144	765	2

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación: 7: el promedio es de 3, que significa “Acuerdo”, lo que se traduce en “Buenas capacidades de la agencia de auto cuidado” de la población estudiada, con relación a que pueden buscar mejores formas de cuidar su salud, acorde a las condiciones económicas que poseen.

Tabla 17. Afirmación 7. Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
0	17	205	102	324	Frecuencia
0	34	615	408	1057	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación: 8: el promedio de respuesta es de 3, que significa “Acuerdo”, lo que se traduce en “ Buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, con relación a que es muy importante para la persona tener buenos hábitos de higiene corporal diaria, por eso puede cambiar la frecuencia con que se baña, con tal de mantenerse limpio, en especial en un clima cálido como el del municipio de residencia, donde es necesario refrescarse y asearse con mayor frecuencia en el día.

Tabla 18. Afirmación 8. Puedo cambiar la frecuencia con que me baño con tal de mantenerme limpio.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
5	35	230	54	324	Frecuencia
5	70	690	216	981	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación 9: el promedio de respuestas es de 3, que significa, “Acuerdo” lo que se traduce en “Buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, con relación a que pueden alimentarse adecuadamente porque tienen los recursos para hacerlo, incluso realizan dieta de manera que su peso se mantenga en lo correcto, sobre todo después del diagnóstico de la patología crónica.

Tabla 19. Afirmación 9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
1	30	223	70	324	Frecuencia
1	60	669	280	1010	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación: 10: el promedio de respuestas es de 3, que significa “Acuerdo” esto traduce que hay “Buenas capacidades de agencia de auto cuidado”, de la población estudiada, nos da a entender que son ellos mismos los que en la mayor parte del tiempo o en cualquier situación con relación a la institución que les presta

el servicio de salud, logran mantener su nivel de exigencia para mantenerse tal como es.

Tabla 20. Afirmación 10. Si es necesario puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
1	40	214	69	324	Frecuencia
1	80	642	276	999	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación: 11. El promedio es de 3, que significa “Acuerdo “pero es una afirmación negativa por lo tanto se traduce en “Bajas capacidades de agencia de auto cuidado” con relación a que a veces piensan en hacer ejercicio y descansar durante el día, pero sus ocupaciones (algunos tienen varios trabajos durante el día) les quita tiempo y nunca lo hacen.

Tabla 21. Afirmación 11.a veces pienso en hacer ejercicio y descansar durante el día, pero nunca lo hago.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
32	129	120	43	324	Frecuencia
32	258	360	172	822	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación: 12: el promedio de respuestas es de 3, que significa “acuerdo” que se traduce en “Buenas capacidades de agencia de auto cuidado “, con relación a que las personas entrevistadas tienen amigos y compañeros de trabajo a quienes buscan cuando necesitan ayuda; conformado por personas allegadas y de confianza que los atiende y los ayuda a cubrir algunas de sus necesidades.

Tabla 22. Afirmación 12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
9	77	157	81	324	Frecuencia
9	154	471	324	958	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación 13: el promedio de respuestas es de 3, que significa “Acuerdo”, pero frente a una afirmación negativa, por lo tanto se traduce en “buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, con relación a que tienen el tiempo y las condiciones para poder dormir suficientemente y sentirse descansados.

Tabla 23. Afirmación 13. A veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
11	70	209	34	324	Frecuencia
11	140	627	136	914	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación 14: el promedio de respuestas es 3, que significa “Acuerdo”, pero frente a una afirmación negativa, por lo tanto se traduce en “Buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada; es una población usuaria que pregunta todo acerca de su salud, sus tratamientos y los mecanismos para ponerse bien.

Tabla 24. Afirmación 14. Cuando informan sobre mi salud raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
12	116	136	60	324	Frecuencia
12	348	408	240	1008	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem.

Afirmación 15: el promedio de respuestas es de 3, que significa “Acuerdo”, frente a una afirmación negativa, por lo tanto se traducen en “buenas capacidades de agencia e auto cuidado”, de la población estudiada, con relación a que revisan su cuerpo para saber si hay algún cambio, no esperan asistir a la consulta cuando ya se sienten mal y no esperan a que alguien los alerta del potencial problema de salud que se derivaría de algún cambio que otras personas notan.

Tabla 25. Afirmación 15. Algunas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
7	121	129	67	324	Frecuencia
7	242	387	268	904	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación16: El promedio de respuestas de 3, que significa “Acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, con relación a que han podido cambiar hábitos arraigados en muchas oportunidades y actualmente estarían decididos a hacerlo si con ello mejora su salud, ya que tienen voluntad y cuentan con el apoyo de sus familiares.

Tabla 26. Afirmación 16. En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
6	45	197	76	324	Frecuencia
6	90	591	304	991	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem.

Afirmación 17: el promedio de respuestas es de 3, que significa “Acuerdo”, lo que se traduce en “Buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, con relación a que siempre preguntan al personal de salud sobre los efectos indeseables de los medicamentos, si es necesario para que se los cambien en caso de sentir algún signo o síntoma no.

Tabla 27. Afirmación 17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento puedo obtener información sobre los efectos indeseables.

1	2	3	4	Total	Promedio
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo		
1	31	216	76	324	Frecuencia
1	62	648	304	1015	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem.

Afirmación 18: El promedio de respuestas es de 3, que significa “Acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de auto cuidado” con relación a que siempre están pendientes de su familia y sus necesidades.

Tabla 28. Afirmación 18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros.

1	2	3	4	Total	Promedio
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo		
0	25	195	104	324	Frecuencia
0	50	585	416	1051	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación 19: El promedio de respuestas es de 3, que significa, “Acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, con relación a que los pacientes evalúan la efectividad de las actividades que realizan ellos mismos con ayuda los profesionales de la salud y los servicios que reciben en la IPS cuando solicitan atención con total honestidad, para mantenerse con salud.

Tabla 29. Afirmación 19. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.

1	2	3	4	Total	Promedio
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo		
2	55	204	63	324	Frecuencia
2	110	612	252	976	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación 20: el promedio de respuestas es de 3, que significa “Acuerdo”, pero frente a una afirmación negativa, por lo tanto se traduce a “buenas capacidades de agencia de auto cuidado”. De la población estudiada, con relación a que en medio de la actividad realizada a diario no pueden sacar el tiempo para hacer actividades de auto cuidado, cómo alimentación, recreación, higiene y demás, porque pasan el día pendiente de su trabajo.

Tabla 30. Afirmación 20. Con la actividad diaria raras veces puedo tomar tiempo para cuidarme.

1	2	3	4	Total	Promedio
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo		
25	104	143	52	324	Frecuencia
25	208	429	208	870	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación: 21: el promedio de respuestas es de 3, que significa “Acuerdo”, lo que se traducen “buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, con relación a que pueden conseguir información necesaria y poseen la actitud de preguntar a los profesionales de la IPS que los atiende si su salud se ve amenazada.

Tabla 31. Afirmación 21. Puedo conseguir información necesaria si mi salud se ve amenazada.

1	2	3	4	Total	Promedio
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo		
4	28	201	91	324	Frecuencia
4	56	603	364	1027	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación 22: el promedio de respuestas es de 3, que significa “Acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, con relación a que son personas que viven acompañadas de familia y allegados, además cuentan con compañeros y amigos a quienes solicitan ayuda si no pueden cuidarse

Tabla 32. Afirmación 22. Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo mismo(a).

1	2	3	4		Promedio
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	
3	54	223	44	324	Frecuencia
3	108	669	176	956	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

Afirmación 23: el promedio de respuestas es de 3, que significa “Acuerdo”, pero es una afirmación negativa, por lo tanto se traduce en “buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, con relación a que algunas veces pueden tomar tiempo para sí mismos, para otras actividades que aparentemente les permiten tener sus espacios.

Tabla 33. Afirmación 23. Pocas veces puedo tomar tiempo para mí.

1	2	3	4		Promedio
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	
15	124	129	56	324	Frecuencia
15	248	387	224	874	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem.

Afirmación: 24: el promedio de respuestas es de 3, que significa “Acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, con relación a que aun con limitaciones para moverse tienen la voluntad y el ánimo para realizar actividades de cuidado tal cual les gusta.

Tabla 34. Afirmación 24. Aún con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.

1	2	3	4		Promedio
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	
1	25	209	89	324	Frecuencia
1	50	627	356	103	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

– **Valoración de afirmaciones por Requisito de Autocuidado Universal.** Esta escala solo permite evaluar cinco (5) de ocho (8) requisitos de autocuidado universal: mantenimiento de un consumo de alimento suficiente, preservación del equilibrio entre la actividad y el reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano y promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Para establecer las capacidades por requisito se suman las frecuencias obtenidas en cada afirmación que conforman el requisito y se divide entre el total de afirmaciones, el resultado así obtenido si da en decimales se aproxima al siguiente número si el decimal es mayor de 5. A continuación se detalla el ítem o ítems que permite la valoración del requisito.

- **Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente:** Este requisito solo se evalúa con la afirmación 9 y el promedio de respuestas es de 3, que significa, “Acuerdo” lo que se traduce en “Buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 35.Frecuencia del Requisito de Autocuidado Universal: Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente.

1	2	3	4		
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo	Total	Promedio
1	30	223	70	324	Frecuencia
1	60	669	280	1010	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

- **Preservación del equilibrio entre la actividad y el reposo:** este requisito se evalúa con las siguientes afirmaciones 3, 4,6, 8, 11,13, 20 y 24. Como se observa en la tabla, la frecuencia es de 3, que significa, “Acuerdo” lo que se traduce en “Buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada. (Ver anexo J)

Tabla 36. Frecuencia del Requisito de Autocuidado Universal: Preservación del equilibrio entre la actividad y el reposo

ÍTEM	CRITERIO	FR	Ā
3	Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme.	3	
4	Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mí alrededor.	3	
6	Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo	2	2,88
8	Puedo cambiar la frecuencia con que me baño con tal de mantenerme limpio.	3	
11	a veces pienso en hacer ejercicio y descansar durante el día, pero nunca lo hago	3	<u>3</u>
13	A veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado	3	
20	Con la actividad diaria raras veces puedo tomar tiempo para cuidarme.	3	
24	Aun con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta	3	

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

- **Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social:** Este requisito solo se evalúa con la afirmación 23 y el promedio de respuestas obtenido es de 3, que significa “Acuerdo”, pero es una afirmación negativa, por lo tanto se traduce en “buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada, con relación a que algunas veces pueden tomar tiempo para sí mismos y para otras actividades que aparentemente les permiten tener sus espacios.

Tabla 37. Frecuencia del Requisito de Autocuidado Universal: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

1	2	3	4	Total	Promedio
Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo		
15	124	129	56	324	Frecuencia
15	248	387	224	874	3

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

- **Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano:** este requisito se evalúa con las afirmaciones 1, 2, 5, 7, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 22, y el promedio de respuestas obtenido es de 3, que significa “Acuerdo”, que se traduce en “buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada. (Ver anexo K).

Tabla 38. Frecuencia del Requisito de Autocuidado Universal: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano.

ÍTEM	CRITERIO	FR	Ā
1	Según cambien las circunstancias, puedo hacer ajustes para mantenerme con salud.	4	
2	Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.	3	
5	Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud.	3	
7	Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud.	3	3,1
14	Cuando informan sobre mi salud raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo	3	3
15	Algunas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio.	3	
16	En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud	3	
19	Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.	3	
21	Puedo conseguir información necesaria si mi salud se ve amenazada.	3	
22	Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo mismo (a).	3	

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

- **Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales:** este requisito se evalúa con las afirmaciones 10, 12 y 18 y el promedio de respuestas obtenido es de 3, que significa “Acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de auto cuidado” de la población estudiada. (Ver anexo L)

Tabla 39. Frecuencia del Requisito de Autocuidado Universal: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

ÍTEM	CRITERIO	FR	Ā
10	Si es necesario puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy.	3	
11	A veces pienso en hacer ejercicio y descansar durante el día, pero nunca lo hago	3	3
18	Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros	3	

Fuente: Instrumento de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem

– **Valoración Global de la Escala ASA.** En la tabla 14, se presenta el resultado global de la escala para la población participante del trabajo y la forma en que se obtiene el puntaje. La frecuencia obtenida es de 3, que se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado” para dicha población.

– **Establecimiento de la Demanda Terapéutica.** Cuando se identifica un déficit en un requisito, se procede al establecimiento de la demanda terapéutica, en este caso se recurre al análisis del instrumento y de la información que el suministra para:

- a) Identificación y formulación de un requisito de autocuidado y su relación con alguno de los aspectos del funcionamiento (oxigenación, nutrición, eliminación, etc.) y desarrollo humano, y la frecuencia con la que deberían hacerse las acciones de autocuidado.
- b) Identificación de las condiciones humanas y ambientales que permiten satisfacer el requisito o lo dificultan.
- c) Determinación de los métodos o tecnologías que se sabe o se supone que son válidos de acuerdo a las condiciones humanas y ambientales existentes.
- d) Establecimiento de los grupos y secuencias de acciones

A continuación se presenta un ejemplo para establecer la demanda y posteriormente seguir los pasos anteriormente mencionados.

Aporte de aire adecuado

- Disnea de medianos esfuerzos
- Fumador pasivo
- Cocina con leña
- Asma, HTA, fatiga, ansiedad, cardiopatías, ulcera varicosa, Ca gástrico
- Tratamiento farmacológico: broncodilatadores y corticoides
- Nivel educativo (primaria, sin educación, bachiller)

Cuadro 6. Establecimiento de la demanda de Autocuidado (DAC)

DEMANDA	AGENCIA
Mantener una adecuada respiración	<p>La AgAC desconoce los riesgos de ser fumador pasivo y del humo. Informa que no ha tratado el tema del consumo de cigarrillo con el esposo.</p> <p>Refiere escasa participación en la toma de decisiones en el hogar. Asiste a los controles médicos tratamiento farmacológico:</p> <p>Cocina con leña.</p>
No se satisface la DAC de este requisito	

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

Una vez identificada la demanda, se establece las condiciones que satisfacen el requisito y los que lo dificultan, así como los métodos y las acciones a seguir, con la finalidad de establecer el sistema de Enfermería y los métodos de ayuda y proponer un plan de acción a seguir.

Cuadro 7. Establecimiento de condiciones que lo satisfacen o dificultan, métodos o tecnologías y acciones a seguir.

REQUISITO DE AC	FUNCIONAMIENTO ALTERADO	CONDICIONES QUE SATISFACEN	CONDICIONES QUE DIFICULTAN	MÉTODOS O TECNOLOGÍAS	ACCIONES A SEGUIR
AIRE	Respiración	Motivación por aprender. Cumplimiento en Control Médico. Adherencia a tratamiento farmacológico. Vivienda con buena ventilación. Busca información si lo requiere. EPS-S CAPRECOM	Fumador pasivo/esposo fumador Cocina con leña Desconocimiento de riesgos del humo Patologías (asma, fatiga, HTA, ansiedad) Escasa toma de decisiones	Estrategias conductuales esposo (para reducción del cigarrillo) Intervención psicosocial Educación sobre tabaquismo: riesgos y como dejar de fumar	Valoración estado de salud Abordaje con el fumador pasivo Modificar las influencias del entorno Intervención en el fumador (estrategia de las cinco A y de reducción Seguimiento

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Analizando los datos de la tabla anterior se identifica que tanto las condiciones que satisfacen o dificultan el requisito forman parte del grupo de factores básicos condicionantes descriptivos de la persona: características ambientales residencia, grado de conocimiento (escaso, no conoce riesgos del humo); del patrón de vida: formas de cuidarse: no percibe los riesgos de ser fumador pasivo y cocinar con leña, sin embargo mantiene en control sus patologías (Asma, HTA, cardiopatía, etc). En los relacionados con el sistema de salud y estado de salud, se establece que la patología está en control, tiene seguridad social y hay adherencia al tratamiento farmacológico). Por último los factores relacionados con el estado del desarrollo, se observa que tiene poca injerencia en la toma de decisiones, pudiera ser en lo referente al consumo de tabaco por parte del esposo.

Por otra parte, si se analizan los limitantes o condiciones que dificultan el requisito, se establece que estos se relacionan con limitaciones del conocimiento, de juicios y toma de decisiones y de acciones para el logro de resultados.

– **Establecimiento del Sistema de Enfermería.** Para el establecimiento del sistema de Enfermería a intervenir en el déficit identificado, primero es necesario establecer la clase de situación enfermera en la que se va a actuar, se recuerda que éstas son 7, a saber:

1. Cambios derivados del ciclo vital
2. Recuperación de la enfermedad, superación o compensación de sus efectos.
3. Enfermedad o trastorno de origen indeterminado
4. Efectos genéticos o del desarrollo o estado biológico del niño de bajo peso al nacer.
5. Regulación de tratamiento de enfermedad, trastorno o lesión indeterminados.
6. Restauración, estabilización o regulación del funcionamiento integrado
7. Procesos que han interrumpido el funcionamiento humano integra

En la situación analizada en la tabla 44, se identifica que la situación enfermera en la que se intervendrá es Restauración, estabilización o regulación del funcionamiento integrado. Posteriormente, se establecen los métodos de ayuda para la situación encontrada, en el caso mencionado con anterioridad, estos se relacionan con:

- Enseñar a otro
- Apoyar a otro

Estos métodos, permitirán a la persona en la situación mencionada desarrollar el conocimiento necesario para ayudarse e iniciar y mantener conductas que le lleven a reducir los riesgos de sufrir mayores complicaciones con enormes implicaciones individuales y sociales que se pueden traducir en altos costos tanto a nivel familiar como de las entidades de salud.

Con la información anterior, se establece el sistema de Enfermería que intervendrá en la situación en mención: Sistema de Apoyo-Educación.

La secuencia de estos pasos permite tener una visión amplia de la teoría y de la forma de aplicarla

– **Tabulación de Factores Básicos Condicionantes identificados en Escala ERA.** Teniendo en cuenta que los parámetros que maneja la escala para evaluar cada uno de los 35 ítems que conforman la escala ERA, incluye una valoración numérica y su respectiva interpretación, se decidió tabular la información relacionada con los Requisitos teniendo en cuenta las siguientes directrices (Ver Anexo I)

a) Tabular como bueno (B), regular (R) y malo (M), los ítems que indicaran grados o niveles.

Tabla 40. Tabulación de ítems escala ERA con tres opciones de respuesta

ITEM	CRITERIO EVALUACION	TABULACION
Grado de cumplimiento, manejo del tratamiento farmacológico	1 Muy adecuado	B
	2 Adecuado	
	3 Regular	R
	4 Inadecuado	M
	5 Muy inadecuado	

Fuente: elaboración propia basada en datos del estudio

b) El resto de ítems que no se incluían en la anterior categoría se calificarían teniendo en cuenta la presencia o ausencia del mismo en la población con dos opciones de respuesta: SI o NO

Tabla 41. Tabulación de ítems escala ERA con dos opciones de respuesta

7	CRITERIO EVALUACION	TABULACION
Consumo de tabaco	1 Muy adecuado	NO
	2 Adecuado	SI
	3 Regular	
	4 Inadecuado	
	5 Muy inadecuado	

Fuente: elaboración propia basada en datos del estudio

5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tomaron en consideración las disposiciones normativas contempladas en resolución 8430 de 1993⁵¹, la cual tiene por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud. Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación se enmarca en el tipo de investigación sin riesgo, sin embargo, por ser realizada en humanos, buscó prevalecer en el respeto a la dignidad y bienestar de los pacientes (Artículo 5), para lo cual se abordó a cada persona en una interacción particular e individualizada y fue considerado como ser biopsicosocial y no como un participante más. Adicionalmente, se realizó una intervención educativa corta cuando se identificó una alteración o déficit y se remitió a la EPS a la que pertenecía o al Centro de salud para su atención.

El desarrollo de la investigación estuvo enmarcada en los 4 principios bioéticos fundamentales de:

- **Autonomía:** En la medida en que los sujetos contaron con la libre decisión de participar o no en el estudio, de abandonar en cualquier momento su participación en la ejecución de la recolección de datos, y finalmente sólo se recolectó la información cuando se había realizado una explicación clara del estudio y la obtención de la firma del consentimiento informado.

- **Privacidad:** Se garantizó que ningún tipo de identificación se pusiera en el desarrollo del instrumento, de igual forma se aseguró que los resultados individuales se mantendrían en estricta confidencialidad y solo se utilizarían por la investigadora.

- **No Maleficencia:** Se explicó a los informantes que la participación o no en la investigación, no afectaría de ninguna manera la calidad del cuidado y servicios que se les brindan en la institución.

- **Veracidad:** Como investigadores, se garantizó el compromiso de transcribir expresa y tácitamente la información manifestada por cada participante en el

⁵¹COLOMBIA.MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 8430 de 1993 "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. {En línea}. {13 Septiembre de 2014} disponible en: (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/>)

instrumento aplicado durante la recolección de los datos. A su vez, durante el análisis y manejo de la información, ésta fue procesada en total confidencialidad y sólo con el propósito de los fines establecidos para la investigación.

Durante el desarrollo de la investigación, se buscó cumplir los criterios expuestos en el artículo 6, el cual establece como criterios prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos) que podrían presentarse durante la aplicación del instrumento. De igual manera, se diseñó un consentimiento informado para constatar por escrito la decisión de participación del sujeto en la investigación (Ver Anexo J). Así mismo al ser ejecutada por los investigadores, se garantizó que el desarrollo fuera realizado por personal con conocimiento para cuidar la integridad del ser humano.

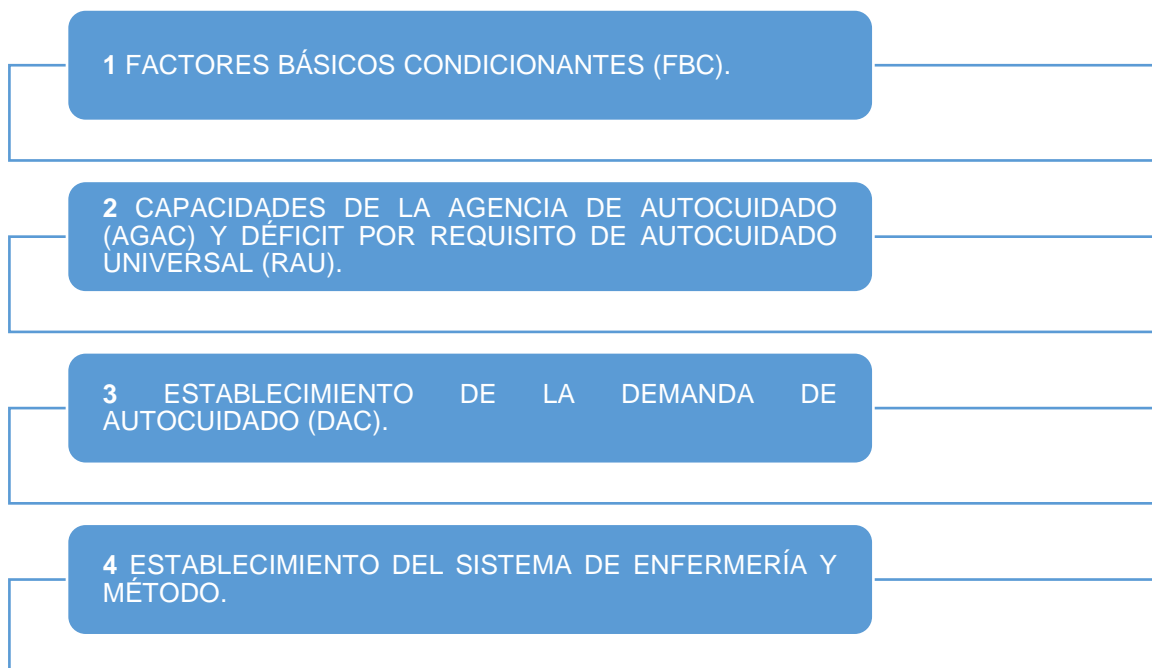
Finalmente cumple con el criterio de ser llevada a cabo cuando se obtuviese la autorización del representante de la junta de acción comunal (Acta Reunión No.001 firmada 04 de diciembre de 2014).

En cuanto a la probabilidad de que el sujeto sufriera algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio (Artículo 9), se determinó que el tipo de riesgo pertenecía a la Investigación sin riesgo o mínimo y así se informó a cada participante, pues de acuerdo con las categorías establecidas en el Artículo 11, las técnicas y métodos de investigación no modificaron intencionalmente las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En la formulación de los anteriores aspectos se tuvo en cuenta también los principios bioéticos establecidos en la Declaración de Helsinki y en la Ley 911 de 2004 en Colombia, código deontológico de enfermería.

6 RESULTADOS

La presentación de los resultados sigue la siguiente secuencia



6.1 FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES (FBC)

6.1.1 Factores básicos condicionantes por categorías. Teniendo en cuenta que los FBC, son condiciones internas y externas de la persona que afectan la capacidad del autocuidado, para el análisis de la información estos se agruparon en cuatro grupos para un mejor análisis de la información: descriptivos de la persona, patrón de vida, estado de salud y factores del sistema de salud y, del estado de desarrollo. A continuación se presentan los resultados de los factores descriptivos de la persona.

Tabla 42. Factores Básicos Condicionantes descriptivos de la persona

		n=324	PORCENTAJE
Sexo			
	Masculino	134	41
	Femenino	190	59
Edad			
	DS 7,3		
	M=34,5		
	25 años	41	12.6
	26 a 30	90	27.8
	31 a 35	45	13.9
	36 a 40	50	15.4
	41 a 45	98	30.3
Nivel educativo			
	Sin escolaridad	38	11.7
	Primaria	85	26.2
	Secundaria	158	48.8
	Superior	43	13.3
Estrato social			
	Estrato 1	214	66
	Estrato 2	106	32.7
	Estrato 3	4	1.3
Grupo poblacional			
	Desplazado	15	4.6
	Otros grupos poblacionales	307	94.7
	Gestantes	2	0.7
Pertenencia étnica			
	Indígenas	7	2.2
	Otros	317	97.8
Situación laboral			
	Empleado	153	47
	Desempleado	171	53
Creencias religiosas			
	Católica Romana	260	80.2
	Cristiana	43	13.3
	Otra	6	1.9
	Ninguna	15	4.6

Persona con la que vive		
Cónyuge	20	6.2
Cónyuge e hijos	142	43.8
Otros	162	50
Condiciones de la vivienda		
Presencia de animales	203	62.6
Humo en la vivienda	23	7.1

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

La tabla anterior, reporta que la población se encuentra en el rango de edad entre 25 y 45 años, la edad media de las personas entrevistadas es de 34,5 (DS 7,33); predomina el sexo femenino en un 59%; el nivel educativo del 37,9% de la población es sin escolaridad y primaria, el 48,8% refiere haber cursado bachillerato y el porcentaje restante estudios universitarios; pertenecen al estrato social 1 el 66% de la población adulta, el resto de la población se distribuye entre los estratos 2 y 3 (32,7% y 1.3% respectivamente); con respecto al grupo poblacional el 4,6% es desplazado, el 0.7% es gestante y el porcentaje restante (94.7%) pertenece a otros grupos poblacionales; en cuanto a la etnia solo el 2,2% es indígena; de la población entrevistada el 53% es desempleado, hay predominio de la religión católica romana (80,2%), seguida de la religión cristiana con un 43,8%; el 43,8% de la población convive con su núcleo familiar primario (esposo/a e hijos) es decir que es una familia nuclear, el 50% de la población convive con otros miembros de la familia (abuelos, hermanos, sobrinos); en cuanto a las condiciones de la vivienda, en el 62,6% de ellas existen animales y en el 7.1% hay presencia de humo (cocinan con leña).

Tabla 43. Factores Básicos Condicionantes del patrón de vida

	n	PORCENTAJE
Medidas de autocuidado(n=324)		
	SI	
- Ejercicio	152	46,9
- Sueño reparador	285	87,96
- Uso métodos prevención ETS	160	49,38
Alimentación		
- Cantidad adecuada	306	94,44
- Horarios adecuados	138	42,59
- Consumo de líquidos	165	50,92
- Consumo de fibra	154	47,53
Tamizajes		
- Mama (n=190)	87	46
- Citología (n=190)	160	84
- Testículos (n=134)	22	16
Patrón de vida		
- Hábitos nocivos	SI	
- Tóxicos		
• Alcohol	70	21,6
• Tabaco	42	13
• Bebidas excitantes	190	58,64
• Sustancias tóxicas	37	11,41
• Fumador pasivo	22	6,79
- De Riesgo		
• No realizar ejercicio	172	53,08
• No dormir bien	39	12,03
• No usar métodos prevención ETS	164	50,61
Alimentación		
	X=41,15	
- Cantidad inadecuada	18	5,55

Continuación Tabla 43. Factores Básicos Condicionantes del patrón de vida

- Horarios inadecuados	186	57,40
- Consumo de líquidos inadecuado	159	49,07
- Consumo de fibra inadecuado	170	52,46
Responsabilidades		
-		
- Rol que desempeña		
- Jefe de hogar	174	54
- Estudiante	40	12
- Ama de casa	79	24
- Otros	31	10
Relaciones		
-		
- Pertenencia a grupos		
Si	107	33
No	217	67
- Mantenimiento de relaciones		
Si	322	99

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

Como se observa en la tabla anterior, este factor se ha analizado desde cuatro aspectos: medidas de autocuidado, patrón de vida, responsabilidades y relaciones.

En cuanto a las medidas de autocuidado que las personas realizan para mantenerse sanas, se encuentran: ejercicio, realizado por el 46,9% de la población, lo que permite inferir que el resto de la población es sedentaria; el 87,97% de la población refiere tener un sueño reparador; 49,38% de la población manifiesta que utiliza métodos para la prevención de ITS, sin embargo un porcentaje mayor 50,62% no percibe el riesgo que implica el no uso de los mismos; con respecto a la alimentación, este parámetro se analizó teniendo en cuenta: consumo de una cantidad adecuada de alimentos, con un 94,44% de respuestas afirmativas, horarios adecuados para el 42,59% de la población, consumo de líquidos adecuado en el 50,92% de los participantes del estudio y consumo adecuado de fibra en un 47,53% de la población adulta. Al promediar estos porcentajes, se tienen que el 59,96% de la población aplica medidas de autocuidado.

Con respecto a la realización de pruebas de tamizaje en población femenina (n=190) se identifica que el 46% de la población se ha practicado el autoexamen de mamas y un 84% una citología, de lo que se infiere que en promedio el 65% de la población femenina se ha practica estos exámenes; sin embargo, en el predominio de este porcentaje no debe olvidarse que el porcentaje de práctica es mayor para la toma de citología. Con respecto a la población masculina (n=134) solo el 16% de este género se ha realizado el autoexamen de testículos, tal vez por desconocimiento acerca de la patología y de factores desencadenantes entre ellos la criptorquidia (testículo no descendido).⁵²

En el parámetro patrón de vida, se encuentra la presencia de hábitos nocivos, considerados como aquellas conductas o agentes externos, cuya práctica o acción repetida provoca daño a corto o largo plazo y sitúa a las personas en un mayor riesgo de contraer enfermedades graves⁵³. Como se observa en la tabla 47, estos hábitos se han clasificado como tóxicos y de riesgo, los primeros hacen referencia al daño producido por agentes tóxicos tales como el alcohol, bebidas excitantes, tabaco y drogas y los segundos se asocian a la práctica de una conducta contraria a la salud sin que intervengan agentes tóxicos que incrementa el riesgo de contraer una enfermedad. En este contexto, se encuentra que la población estudiada, presenta a la vez hábitos tóxicos y de riesgo. Respecto a los primeros se identifica que el 58,64% de la población consume bebidas excitantes, como café, té, cola, bebidas energéticas, sustancias que contienen alto contenido de cafeína, que es un alcaloide del grupo de las xantinas, que actúa como una droga psicoactiva, levemente disociativa y estimulante por su acción antagonista no selectiva de los receptores de adenosina^{54,55}; por su parte el 21,6% refieren consumir alcohol; el 21,6% cigarrillo; el 11,41% sustancias tóxicas y el 6,79% refiere la condición de fumador pasivo.

En cuanto a las prácticas consideradas de riesgo, se encuentra que el 53,08% no realiza actividad física, el 12,03% no duerme adecuadamente, el 50,61% no usa métodos para la prevención de ETS; en promedio el 41,15% de la población presenta hábitos inadecuados respecto al consumo de cantidad adecuada de alimentos según la edad, horarios de comida, ingesta de líquidos y de fibra.

⁵² American Cancer Society. Cáncer de testículo. {En línea}. {30 abril de 2015} disponible en: (<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdetesticulo/guiadetallada/cancer-de-testiculo>)

⁵³ LATORRE SALIDO, José Luis. Hábitos Nocivos para la Salud. Diapositivas No. 17. 2011. {En línea}. {30 abril 2015} disponible en: (<http://es.slideshare.net/jolulato/hbitos-nocivos-para-la-salud>)

⁵⁴ Los peligros de las bebidas energéticas para la salud. {En línea}. {15 junio 2015} disponible en: (<http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2014/10/24/220804.php#sthash.41alH2MR.dpuf>)

⁵⁵ Wikipedia. Cafeína. {En línea}. {15 junio de 2015} disponible en: (<https://es.wikipedia.org/wiki/Cafe%C3%ADna>)

De lo anterior se puede establecer que la población a estudio está expuesta a múltiples condiciones de riesgo que pueden incidir a corto o largo plazo en su estado de salud.

En torno a las responsabilidades que posee la población se identifica, que el 54% de la población es cabeza de familia, 12% se encuentran estudiando, 24% son amas de casa y un 10 % otros, como suministrador de recursos, Al analizar quienes son cabeza de familia se encuentra que 69 mujeres asumen este rol. La pertenencia a grupos, muestra que solo el 33% de la población participa en ellos (Junta de acción comunal, grupo de baile, de recreación, grupos de oración) y mantienen relaciones adecuadas con sus amistades el 99% de la población, lo que favorece el apoyo en caso de presentar dificultades relacionadas con la salud.

Tabla 44. Factores básicos Condicionantes del Sistema de salud y del estado de Salud.

	n	PORCENTAJE
Sistema de salud		
- Si	315	97.2
- No	9	2.8
Horarios adecuados		
- Si	204	63
- No	120	37
Agilidad trámites		
- Si	164	50.6
- No	160	49.4
Estado de salud		
Presencia Patologías		
- Si	65	20,06
- No	259	79,94
Clase patología (n=65)		
- HTA	9	13
- DM	2	2,8
- Gastritis	11	15,9
- Gastritis + migraña	1	1,5
- Gastritis + HTA	1	1,5
- Asma	3	4,4
- Ansiedad	2	2,8

Continuación Tabla 50. Factores básicos Condicionantes del Sistema de salud y del estado de Salud

- Cáncer gástrico	2	2,8
- Colon irritable	4	5,8
- Cardiopatía	2	2,8
- Hiperlipidemias	3	4,4
- Úlcera varicosa	4	5,8
- Otras patologías	21	32,30
Tratamiento patología		
- Si	49	75,38
- No	16	24,61
Sistema de salud		
- EPS		
- CAPRECOM	101	31.2
- AIC	56	17.3
- ASMET	47	14.5
- Otro	120	37

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

Los factores del sistema de salud, muestran que la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado; en cuanto a las características del servicio prestado por estas entidades, el 97,2% refiere que los servicios son accesibles, el 63% que los horarios son adecuados y un 50,6% que existe agilidad en los trámites. La comorbilidad presente en la población es del 20,06%, asociándose a gastritis (15,9%), HTA (13%) y otras patologías como DM, cáncer gástrico, colon irritable, cardiopatías, entre otros.

Tabla 45. Factores Básicos Condicionantes del estado de desarrollo.

Estado del desarrollo	n	PORCENTAJE
Etapa		
- Joven	2	0,61
- Adulterez	322	99.3
-		
Estado del desarrollo		
- Dependiente	60	18.5
- Independiente	264	81.5
Capacidad de autogobierno		
- Higiene adecuada	324	100
- Vestimenta limpia y adecuada	324	100
- Realización de tareas domesticas	237	73.1
- Toma de propias decisiones	297	92
- Manejo recursos económicos	309	95.3
- Aceptación roles	314	97
- Afrontamiento nuevas situaciones	309	95.3
Factores de autogobierno		
Conocimiento X =78,7		
- Mantenimiento hogar saludable	323	99.7
- Realizar dieta equilibrada	202	62.3
- Preparación comida	283	87.4
- Riesgos y métodos para prevenir las ETS	212	65.4
Grado de motivación		
Tareas hogar		
- B	308	95
- R	11	3.4
- M	5	1.6
Grado de interacción social		
- B	297	92
- R	26	8
Grado de satisfacción relaciones sociales		
- B	311	96
- R	9	4

	n	PORCENTAJE
Grado de cumplimiento		
Tratamiento (n=69)		
- B	61	88.4
- R	7	10.2
- M	1	1.4
Controles (n=69)		
- B	60	87
- R	8	11.6
- M	1	1.4
Factores de autogobierno		
Actividades fuera del hogar		
- B	307	94.7
- R	11	3.4
- M	6	1.9
Potencial de desarrollo	X=89,3	
- Interés/motivación por aprender	307	95
- Satisfacción desempeño roles	302	93.2
- Reconocimiento riesgos de las sustancias toxicas	284	87.6
- Reconocimiento síntomas de descompensación	264	81.4

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

Los factores relacionados con el estado de desarrollo muestran que: el 99,3% se halla en la etapa adulta y el 81.5% de la población es independiente; en cuanto a las capacidades de autogobierno el total de la población presenta buena higiene y vestimenta adecuada a la época según estación; el 73,1% lleva a cabo tareas domésticas, el 92% de la población refiere que toma sus propias decisiones, el 97% acepta los roles desempeñados, el 95,3 maneja sus recursos económicos y un porcentaje similar sabe cómo enfrentar situaciones nuevas; en cuanto a los factores de autogobierno, en lo relacionado con el conocimiento, en promedio el 78,7% de la población posee conocimientos sobre preparación alimentos, mantenimiento hogar, métodos de prevención ITS, etc; el grado de motivación para la realización de tareas en el hogar bueno en un 95%; el grado de interacción de la población es bueno en un 92% y el de satisfacción en las relaciones sociales es bueno en un 96%. En cuanto al potencial de desarrollo, el 89,3% en promedio de la población está interesada o motivada para aprender, satisfecha con los roles que desempeña, y sabe reconocer los riesgos de las sustancias tóxicas y los síntomas de descompensación en su estado de salud.

En la población con presencia de patología (69 personas), el grado de cumplimiento en el tratamiento es bueno en el 88,4%, regular en el 10,2% y malo en el 1,4, porque no acatan las ordenes médicas. En cuanto a los controles o seguimiento de la patología, el grado de cumplimiento es bueno en el 87% de la población y regular en el 11,6%.

6.1.2 Factores básicos condicionantes como facilitadores o dificultadores de los RAU. El análisis de los FBC, también aporta información relacionada con su condición de facilitador u obstaculizador por superar para la satisfacción de los Requisitos de Autocuidado Universales (RAU) dependiendo de la condición de salud de la persona o colectivo a estudiar.

Cuadro 8. FBC facilitadores/obstaculizadores de los RAU en población adulta de Timbío.

FBC FACILITADORES	FBC OBSTACULIZADORES
Descriptivos de la persona	Descriptivos de la persona
- Edad	- Grupo poblacional
- Genero	- Pertenencia étnica
- Seguridad Social	- Escolaridad (sin escolaridad/primaria)
- Escolaridad (bachillerato/universidad)	- Situación laboral (desempleada)
- Situación laboral (empleada)	- Condiciones de la vivienda
- Creencias religiosas	
Del patrón de vida	Del patrón de vida
- Medidas de autocuidado	- Hábitos nocivos (tóxicos y de riesgo)
- Personas con las que vive	- Pertenencia a grupo
- Mantenimiento de relaciones	- Rol que desempeña
Del sistema y estado de salud	Del sistema y estado de salud
- Régimen de aseguramiento	- Características servicio EPS (inadecuadas)
- Características servicio EPS	- Presencia de patología
- Sin patología	- No tener Tratamiento
- Estar con Tratamiento	

Del estado del desarrollo (facilitadores)	
- Etapa	- Factores de autogobierno
- Condición de desarrollo	- Potencial de desarrollo
- Capacidades de autogobierno	

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

En la tabla anterior se identifica que en la población en estudio, existen unos FBC que facilitan la satisfacción de los RAU y otros que los dificultan; entre los primeros se hallan descriptivos de la persona como: edad, género, escolaridad (bachiller y universitario) situación laboral (empleado), creencias religiosas; en cuanto al patrón de vida se encuentra las medidas de autocuidado, las personas con las que se convive y el mantenimiento de relaciones; del sistema de salud y estado de salud se destaca el aseguramiento en salud, características positivas del servicio, ausencia de patología y los que presentan problemas de salud encontrarse en tratamiento por último entre los FBC del estado de desarrollo se considera que la etapa de desarrollo, la condición del desarrollo, la presencia de capacidades de autogobierno, de factores de autogobierno y de potencial para el desarrollo, son condiciones que también satisfacen los requisitos de autocuidado.

Por su parte, entre los FBC que dificultan la satisfacción de los RAU se encuentran los descriptivos de las personas relacionados con grupo poblacional (desplazado), pertenencia étnica (barreras en la comunicación, creencias), escolaridad (sin escolaridad/primaria), situación laboral (desempleada) y condiciones de la vivienda (presencia de animales y de humo). En el patrón de vida, se identifica la presencia de hábitos nocivos: tóxicos y de riesgo, no pertenencia a grupos y rol que desempeña (ama de casa, cabeza de familia, cuidadora). Del sistema y estado de salud, características inadecuadas del servicios (algunos entrevistados confirman esto), presencia de patologías en un segmento de la población y ausencia de tratamiento en algunos de los enfermos identificados.

En este orden de ideas, se identifica que mientras un segmento de la población requiere información/educación sobre los siguientes aspectos: patología y su manejo, efectos y formas de control y prevención de hábitos nocivos y de riesgo e importancia de las redes de apoyo, en el otro segmento es necesario realizar acciones tendientes a apoyar las medidas de autocuidado que realizan para mantenerse sanos.

La información suministrada por la tabla, muestra que un mismo FBC, en la población a estudio puede ser a la vez, facilitador como dificultador en la

satisfacción de la demanda de autocuidado hacia los RAU, todo depende de las necesidades de la población. Por lo anterior, el análisis de de la presencia de los FBC en la población a estudio, debe realizarse a la luz de las necesidades de la población, con la finalidad de establecer el tipo de papel que éstos juegan en la satisfacción de las demandas de los RAU: facilitador o dificultador.

La clasificación anterior de los FBC a partir de los resultados obtenidos en el estudio, facilitó el establecimiento de la demanda de autocuidado, aspecto que se analizara más adelante; determinar los medios (métodos, tecnologías, técnicas) que pueden usarse para satisfacer los requisitos de autocuidado universal (RAU), así como la las formas de intervención del sistema de Enfermería y la particularización de los RAU, la cual se analizará más adelante.

Identificados los FBC y mencionada la información que estos reportan en la población estudiada, se procede a dar respuesta a la primera pregunta planteada en el estudio: ¿Se pueden establecer los factores de condicionamiento básico según Requisito de Ac con el instrumento seleccionado?

La respuesta al interrogante planteado es afirmativa, a continuación se presenta la información que avala la respuesta.

6.1.3 Factores de condicionamiento básico según Requisito de Ac. Una vez identificados los FBC por requisito de autocuidado (ver anexo K), se procedió a agruparlos en las cuatro categorías establecidas por Orem para su aplicación en la práctica y en cada categoría a identificarlo según el subgrupo a que pertenecía.

Cuadro 9. FBC según categorías que afectan los RAU: Aire, Agua y Alimentos

Factores Básicos Condicionantes según categoría por Requisito de Autocuidado Universal	
aire/ alimentos/ líquidos	
FBC Descriptivos de la persona	FBC del estado del desarrollo
Condiciones de la vivienda.	Factores de autogobierno.
- Humo en la vivienda	- Conocimiento

FBC del patrón de vida	- Mantenimiento hogar saludable
Hábitos nocivos	- Realizar dieta equilibrada
- Tabaquismo	- Preparación comida
- Fumador Pasivo	- sobre sustancias tóxicas
- Consumo bebidas energéticas	- Consumo de bebidas energéticas
De Riesgo	FBC del sistema y estado de salud
Alimentación	Estado de salud
- Cantidad inadecuada	Presencia Patologías
Horarios inadecuados	
- Consumo de líquidos inadecuado	- Asma, fatiga, Ansiedad
- Consumo de fibra inadecuado	- Ca gástrico, Gastritis, Colon irritable
- No realizar ejercicio	- HTA, cardiopatías, ulcera varicosa
	- DM, Hiperlipidemias

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

Como se observa en la tabla, se han agrupado los tres primeros requisitos de autocuidado universal: aire, líquidos y alimento, ya que el estudio de los factores básicos condicionantes, muestra que a este grupo de requisitos los afecta por igual los mismos factores, entre ellos: las condiciones de la vivienda (presencia de humo-consecuencias), tabaquismo, ser fumador pasivo, consumo de bebidas energéticas (contenido de cafeína), hábitos de alimentación inadecuados (cantidad, horarios, escaso líquido y fibra), no realizar ejercicio, falta de conocimiento respecto al mantenimiento de un hogar saludable, dieta equilibrada, preparación de comida, efectos sustancias tóxicas y de bebidas energéticas y la presencia de patologías como: asma, fatiga, ansiedad, Ca gástrico, gastritis, colon irritable, HTA, cardiopatías, ulcera varicosa, DM e hiperlipidemias.

Cuadro 10. FBC según categorías que afectan el RAU: Procesos de eliminación

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES SEGÚN CATEGORÍA POR REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	
PROCESOS DE ELIMINACIÓN	
URINARIO	
FBC DEL SISTEMA Y ESTADO DE SALUD: ESTADO DE SALUD	
PRESENCIA PATOLOGÍAS: ANSIEDAD	
INTESTINAL	
FBC Descriptivos de la persona	De Riesgo
- Grupo poblacional	- Dieta inadecuada
- Gestante	- Ingesta inadecuada de líquidos
- Condiciones de la Vivienda	- Aporte insuficiente de fibra
- Presencia de humo	- No realizar ejercicio
-	-
- FBC del patrón de vida	- FBC del sistema y estado de salud
- Patrón de vida	- Estado de salud
- Hábitos nocivos	- Tratamiento
-	-
- Tóxicos	- Consumo medicamentos: diuréticos
-	-
- Consumo excesivo de alcohol	- Patología
- Consumo bebidas energéticas	- Ansiedad

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

En la tabla se observa, que el proceso de eliminación urinaria en la población a estudio solo es afectado por la presencia de patología (ansiedad), a diferencia del proceso intestinal que está condicionado por ser gestante, presencia de humo (consecuencias), consumo excesivo de alcohol y bebidas energéticas, dieta inadecuada lo mismo que líquido, escaso aporte de fibra, el sedentarismo, el consumo de medicamentos y ansiedad como patología.

En la tabla 59, se identifica que los factores básicos condicionantes en el requisito de autocuidado actividad y reposo, son la situación laboral, el grupo poblacional, la no pertenencia a grupos, la presencia de patologías, la situación laboral (desempleado), sueño no reparador, tratamiento (diuréticos)

Cuadro 11. FBC según categorías que afectan el RAU: Actividad y reposo

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES SEGÚN CATEGORÍA POR REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	
ACTIVIDAD Y REPOSO	
ACTIVIDAD	DESCANSO Y SUEÑO
FBC DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA	FBC DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA
Socioeconómicos	Socioeconómicos
- Situación laboral	- Situación laboral
- Grupo poblacional	- Grupo poblacional
FBC del patrón de vida	FBC del patrón de vida
Relaciones	Relaciones
Pertenencia a grupos	Pertenencia a grupos
- No	- No
FBC del sistema y estado de salud	FBC del sistema y estado de salud
Estado de salud	Estado de salud
Presencia Patologías*	Presencia Patologías
- Asma, fatiga, Ansiedad - Ca gástrico, Gastritis, Colon irritable	-ansiedad, sueño no reparador, otras patologías*
- HTA, cardiopatías, ulcera varicosa	-Tratamiento
- DM, Hiperlipidemias	- Anti - diuréticos. efectos
- Sueño no reparador	

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

Este requisito según información plasmada en la anterior tabla es afectado por la situación laboral de las personas, grupo poblacional al que pertenece, la no pertenencia a grupo y presencia de patologías como: asma, fatiga, ansiedad, Ca gástrico, colon irritable, HTA, cardiopatía, ulcera varicosa, DM e hiperlipidemias y sueño no reparador, además la actividad de descanso y sueño, se ve afectada por los efectos del tratamiento antidiurético.

En la tabla 56, se observan que el requisito de soledad y comunicación social, al respecto es afectado por el nivel educativo, la situación laboral, la convivencia (persona con la que vive), el grupo poblacional, los hábitos tóxicos como consumo de alcohol y sustancias tóxicas, el rol que desempeña la persona en el hogar, la

pertenencia a grupos y el mantenimiento de relaciones, así como la presencia de patologías como Ca gástrico, ansiedad, sueño no reparador, HTA, cardiopatías y ulcera varicosa y factores del estado del desarrollo como grado de interacción social y de satisfacción en las relaciones sociales y la realización de actividades fuera del hogar, son los FBC de este requisito.

Cuadro 12. FBC según categorías que afectan el RAU: Soledad y Comunicación Social

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES SEGÚN CATEGORÍA POR REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	
SOLEDAD Y COMUNICACION SOCIAL	
FBC DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA	FBC DEL PATRÓN DE VIDA
- Socioeconómicos	- Relaciones
- Nivel educativo	- Pertenencia a grupos
- Situación laboral	- No
- Persona con la que vive	- Mantenimiento de relaciones
- Socioculturales	- FBC del estado de Salud
- Grupo poblacional	- Presencia de patología
- FBC del patrón de vida	- Ca gástrico
- Hábitos nocivos	- Ansiedad, sueño no reparador
- Tóxicos	- Cardiopatías, HTA, ulcera varicosa
- alcohol	- FBC del estado de desarrollo
- Sustancias Tóxicas	- Grado de interacción social
- Responsabilidades	- Grado de satisfacción relaciones sociales
- Rol que desempeña	- Factores de autogobierno
	- Actividades fuera del hogar

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

Cuadro 13. FBC según categorías que afectan el RAU: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES SEGÚN CATEGORÍA POR REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	
PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO	
FBC DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA	ESTADO DE SALUD
- Sociocultural	- Presencia Patologías: si
- Grupo poblacional	- Tratamiento patología
- Pertenencia étnica	- FBC del patrón de vida
- Nivel educativo	- Medidas de autocuidado
- Socioeconómicos	- Hábitos nocivos: Tóxicos y de riesgo
- Situación laboral	- Relaciones
- Condiciones de la vivienda	- Pertenencia a grupos
- FBC del sistema y estado de salud	- Mantenimiento de relaciones
- Accesibilidad sistema de salud	- Responsabilidades: Rol que desempeña
FBC del estado del desarrollo Estado del desarrollo Capacidad de autogobierno <ul style="list-style-type: none"> - Higiene adecuada - Vestimenta limpia y adecuada - Toma de propias decisiones - Manejo recursos económicos - Aceptación roles - Afrontamiento nuevas situaciones Factores de autogobierno	Factores de autogobierno <ul style="list-style-type: none"> - satisfacción relaciones sociales Grado de cumplimiento <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento - Seguimiento/controles Potencial de desarrollo <ul style="list-style-type: none"> - Interés/motivación por aprender - Satisfacción desempeño roles - Reconocimiento de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Síntomas descompensación ✓ Riesgos de sustancias toxicas
Conocimientos	
Grado de <ul style="list-style-type: none"> - motivación - interacción social 	

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

En la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano de la población a estudio, es necesario tener en cuenta las características de la población en torno a aspectos socioculturales, socioeconómicos, accesibilidad al sistema de salud, presencia de patología y si esta se halla en tratamiento; medidas de autocuidado que asume la persona., así como la presencia de hábitos nocivos tanto tóxicos como de riesgo, el establecimiento de relaciones

(pertenencia a grupos y mantenimiento de relaciones), responsabilidades que asume la persona, estado del desarrollo (dependiente o independiente), capacidades de autogobierno, factores de autogobierno y potencial del desarrollo.

En la tabla 58 se puede observar que el requisito de autocuidado Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo, se satisface por la edad, el nivel educativo (bachiller y universitario), las medidas de autocuidado llevadas a cabo por las personas, la pertenencia a grupos y el mantenimiento de las relaciones, tener aseguramiento en salud y las características adecuadas del servicio, así como la asistencia a tratamiento en caso de patología; también satisface este requisito la etapa del ciclo vital en el que se halla la población (adultez temprana y media) el estado de desarrollo (dependiente), las capacidades y factores de autogobierno y el potencial para el desarrollo que posee la población.

Cuadro 14. FBC según categorías que afectan el RAU: Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo.

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES SEGÚN CATEGORÍA POR REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	
PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO Y EL DESARROLLO	
FBC Descriptivos de la persona	FBC del sistema de salud y estado de salud
Edad	Accesibilidad servicio
Socioeconómicos	Tratamiento patología
Nivel educativo (bachiller y universitario)	
FBC del patrón de vida Medidas de autocuidado Relaciones - pertenencia grupos - mantenimiento relaciones FBC del sistema de salud y estado de salud EPS	FBC del estado del desarrollo Etapa Estado del desarrollo Capacidades de autogobierno Factores de autogobierno Potencial de desarrollo

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

6.2 CAPACIDADES DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO (AGAC) Y DÉFICIT POR REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL (RAU).

6.2.1. Capacidades de la Agencia de autocuidado (AgAC)

Tabla 46. Capacidades de AgAC por RAU según escala ASA

NÚMERO	REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	FRECUENCIA
1	Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente	3
2	Preservación del equilibrio entre la actividad y el reposo	3
3	Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	3
4	Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano	3
5	Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales	3

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

Como se observa en la tabla anterior, la escala ASA solo valora cinco (5) requisitos de autocuidado universal de los ocho (8) establecidos por Orem, se excluyen de esta escala los RAU: aire, agua y procesos de eliminación. En todos los requisitos de autocuidado la frecuencia de las respuestas de la población estudiada es 3, lo que significa “de Acuerdo” y se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado”, esta frecuencia y significado es el mismo que presenta la valoración global de la escala, según datos de la tabla 14.

Lo anterior muestra que la población tienen una actitud positiva frente al mantenimiento de un aporte adecuado de alimento y significa que pueden cuidarse en la alimentación tomando en cuenta las recomendaciones nutricionales de suficiencia, balance y equilibrio en el tipo, calidad y cantidad de comida que se consume, independientemente del lugar, hora o circunstancia en la que se encuentren.

Con respecto al equilibrio entre la actividad y el reposo, dentro del grupo de población que está pendiente de su estado de salud, se infiere que son activos y hacen cambios en su estilo de vida, llevan a cabo actividades para mantener el hogar en condiciones de salud, llevan a cabo actividades de autocuidado personal (vestimenta e higiene), se alimentan adecuadamente y se mantienen activos a pesar de su actividad laboral y roles que desempeñan.

En cuanto al equilibrio entre la soledad y la interacción social, los resultados muestran que las personas mantienen relaciones adecuadas con su familia y con las personas con las que tienen que mantener comunicación en su trabajo, sin embargo solo el 33% de la población pertenece a grupos, como una estrategia de compartir otros espacios y de distracción, que favorece el sano esparcimiento y puede equilibrar las situaciones estresante en el trabajo y casa.

La información del RAU anterior, permite establecer una actitud negativa de la mayoría de la población hacia la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales, debido tal vez, a la situación laboral (desempleados), grupo poblacional (desplazados), motivación, que son factores que condicionan en ocasiones que no se cuente con un apoyo para continuar con el tratamiento, ni con la realización de acciones de autocuidado para mejorar la condición de salud que se posee. Esto no implica que este requisito sea evaluado como de actitud negativa, ya que los datos obtenidos de manera global informan que para el RAU de “Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales” la AgAC pose buenas capacidades.

La información que la escala ASA suministra se complementa con los datos aportados por las preguntas que contempla la escala ERA y que permiten el análisis anterior.

6.2.2 Déficit por Requisito de autocuidado Universal (RAU)

Tabla 47. Déficit de Ac por RAU según escala ERA

REQUISITO DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	FRECUENCIA	TRADUCCION
- Mantenimiento de un aporte de Aire, Agua y Alimentos	11.04	Adecuada
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación	2,31	Muy adecuada
- Preservación del equilibrio entre la actividad y el reposo	8,11	Muy adecuada
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	4,0	Muy adecuada
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y el bienestar humano	19.3	Adecuada
- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales	8.7	Adecuada

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

La información suministrada por la escala ERA muestra que en los ocho requisitos de autocuidado analizados en la población a estudio no se detecta Déficit de autocuidado, lo que sugiere que existen buenas prácticas de autocuidado en esta población. Este resultado es similar al de la valoración global de la escala que muestra una frecuencia de 53.6 con un significado de adecuada, lo que se traduce en un adecuado autocuidado, significando ausencia de déficit. (Ver tabla 11)

De los datos anteriores se establece que la agencia de autocuidado (población estudiada) posee buenas capacidades de autocuidado que se traducen en un adecuado autocuidado y por ende en ausencia de déficit, en los RAU analizados.

De esta manera se da respuesta al segundo interrogante planteado en el trabajo desarrollado:

¿El instrumento permite establecer la ausencia o presencia de déficit por Requisito de Autocuidado Universal y las capacidades de la agencia de autocuidado en población adulta?

6.3. ESTABLECIMIENTO DE LA DEMANDA DE AUTOCUIDADO (DAC) Y DEL DÉFICIT POR RAU. Para el establecimiento de la demanda se tuvo en cuenta el número de respuestas inadecuadas y muy inadecuadas en los diferentes RAU mediante la aplicación de la escala ERA, identificándose que los RAU con mayor número de respuesta son: prevención de peligros para la vida (157), aporte adecuado de aire, agua y alimentos (84) y actividad y descanso (31). A partir de estos datos se procedió a establecer la demanda de autocuidado como se muestra a continuación.

El RAU: aporte adecuado de aire, fue analizado anteriormente, ver tablas 44 y 45.

Aparte de lo establecido en dichas tablas, es necesario ampliar la información relacionada con los métodos y técnicas para dejar de fumar. Al respecto se identifica que entre las técnicas conductuales, que puede ser manejada por el profesional de Enfermería se halla una técnica operante denominada contratos de conducta, que aumenta 7.5 la probabilidad de dejar de fumar⁵⁶, además de favorecer la motivación y el compromiso. En este contrato tanto el individuo como

⁵⁶ Kottke T. JAMA. 1988. 259:2883-89.

el profesional de Enfermería se comprometen el uno a dejar de fumar y el otro a ayudar a la persona en una fecha específica.

Existen otras formas de ayudas para dejar de fumar, como⁵⁷:

1- Planear cómo llevar un registro y reducir el consumo de cigarrillos, por lo cual es necesario llevar a cabo los siguientes pasos:

- a) Llevar un registro del consumo de cigarrillos
- b) Decidir cuál será la cantidad diaria necesaria
- c) Establecer un horario para fumar
- d) Establecer las consecuencias del consumo
- e) Establecer recompensas
- f) Seguir llevando el registro del hábito de fumar

2- Limitar el consumo de cigarrillo, para llevar a cabo esta estrategia es necesario:

- a) Cambiar de ambiente: limitar el tiempo que pasas en grupos sociales que giran en torno al consumo de tabaco. En vez de eso, busca nuevos lugares y actividades que disfrutes⁵⁸
- b) Cambiar de cigarrillos: cambiar de marcas puede ayudarte a reducir el consumo de nicotina. Busca cigarrillos según su contenido de nicotina, los cuales normalmente son:⁵⁹
 - nicotina baja: cigarrillos con filtro con las palabras "ultra ligero";
 - nicotina media: cigarrillos con filtro con las palabras "ligero" o "suave";
 - nicotina alta: cigarrillos con o sin filtro que *no* dicen "ligero" o "ultra ligero".
- c) No fumes todo el cigarrillo.
- d) Fija un cronómetro para medir tiempo de consumo
- e) Satisface la fijación oral. A veces es necesario satisfacer la estimulación oral, además del antojo de nicotina. Lleva contigo cosas como mentas para

⁵⁷ <http://es.wikihow.com/limitar-el-consumo-de-cigarrillos>

⁵⁸ <http://www.cancer.org/healthy/stayawayfromtobacco/quitting-smoking-help-for-cravings-and-tough-situations>

⁵⁹ <http://www.determinedtoquit.com/howtoquit/methodsofquitting/othermethods/>

el aliento, chicle, espray bucal, caramelos duros pequeños, semillas de girasol u otros bocadillos pequeños (de preferencia, saludables) para cada vez que sientas la necesidad de fumar⁶⁰.

3- Aumentar las probabilidades de reducir o dejar el consumo de cigarrillos:

- a) Buscar apoyo
- b) Trabajar con un terapeuta
- c) Controlar el estrés
- d) Perseverar
- e) Considerar la posibilidad de dejar de fumar

Con respecto al no fumador, se recomiendan las siguientes alternativas⁶¹:

a) Dejarle saber a la gente como te sientes. La mayor parte de la gente estará más que dispuesta a dejar su cigarrillo si es que éste te está haciendo sentir alguna clase de incomodidad.

b) Sentarse en dirección contraria al viento.

c) Ingerir mucha vitamina C y toma mucha agua. El ser fumador pasivo puede bajar las defensas de tu cuerpo, la vitamina C ayuda a contrarrestar este efecto y el agua evita que tu garganta se seque.

d) Mantener una provisión de mentas en el bolsillo. La única cosa más molesta que el humo es el aliento de un fumador. Muchos fumadores están conscientes de esto y siempre llevan una menta, pero no todos están tan al tanto. Comprar esas mentas pequeñas, sin azúcar y fuertes.

e) Algunos cigarrillos tienen mejor aroma que otros, hay algunos con aroma a vainilla y a canela que pueden ser comprados sin ningún problema. Si realmente se necesita una noche libre de esos olores desagradables, compre algunos cigarrillos con aroma y hacerlos sentir culpables para que los utilicen.

f) Establecer claramente su filosofía. Si se va a pedirles a los amigos o conocidos que dejen de fumar para sentirse bien, hay que establecer con claridad las razones por las cuales el humo del cigarrillo es molesto y no hacer nada

⁶⁰ Das, S., Purohit, M. N., Patel, M., & Shivakumar, H. G. Nicotine Addiction–Quitting for Good.

⁶¹ <http://es.wikihow.com/lidiar-con-los-fumadores-si-uno-no-fuma>

inconsistente con esa lógica. Infringir esta regla les daría razones para ignorar la petición.

Aporte de agua adecuado

- Nivel educativo (primaria sin escolaridad/ bachiller, universidad)
- Presencia de patologías (Colon irritable, Cardiopatía, HTA, DM)
- Desplazado, gestante
- No mantener un aporte adecuado de líquidos
- Tratamiento farmacológico: diuréticos
- Pertenencia étnica
- Consumo de bebidas energéticas
- Cantidad inadecuada de alimentos
- No posee conocimiento para realizar dieta equilibrada
- Interés/motivación por aprender

. Cuadro 15. Establecimiento de la DAC RAU: aporte de agua

DEMANDA	AGENCIA
Mantener un aporte adecuado de líquidos.	<p>Desconocimiento de los riesgos de un aporte adecuado de líquidos y de como realizar una dieta equilibrada.</p> <p>No reconoce que la sensación de sed y el edema, son signos de desequilibrio. Manifiesta que prefiere tomar otras bebidas (gaseosas y bebidas energéticas) en lugar de agua.</p> <p>Consume inadecuado de alimentos.</p> <p>Asistencia a los controles médicos</p> <p>tratamiento farmacológico: diuréticos</p> <p>presencia de patologías (DM, HTA; cardiopatías, colón irritable)</p> <p>Muestra interés por aprender</p>
No se satisface la DAC de este requisito	

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

Cuadro 16. Establecimiento de condiciones que satisfacen o dificultan el RAU, métodos o tecnologías y acciones a seguir.

Requisito de AC	Funcionamiento Alterado	Condiciones que satisfacen	Condiciones que dificultan	métodos o tecnologías	acciones a seguir
AGUA	Hidratación	Motivación por aprender Nivel educativo (bachiller, universidad) Asistencia a controles médicos	Desconocimiento sobre: - importancia de ingerir un aporte adecuado de líquidos. - dieta adecuada - Signos de alarma (sed y edema) desequilibrio - signos de deshidratación. Preferir tomar otras bebidas (gaseosas, energéticas) en lugar de agua. Consumo de dieta inadecuada Tratamiento con diuréticos Nivel educativo (primaria, sin educación)	Motivación con juegos de beber agua Formas de hacer más conveniente el agua - Sustituir bebidas azucaradas y alcohol por agua Beber agua antes, durante y después de las comidas Tomar bebidas a base de agua sin azúcar.	Control médico para establecer cantidad de agua a consumir día/ o condición de salud Aplicar los métodos para aumentar ingesta de agua mediante esquemas de control. Seguimiento para verificar si hay aporte adecuado de líquidos.

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

En este requisito la alteración funcional según NANDA es la hidratación, la cual se ve afectada por el desconocimiento sobre: la importancia de ingerir un aporte adecuado de de líquidos, de una dieta adecuada, el no reconocimiento de los signos de alarma (sed y edema) desequilibrio y los signos de deshidratación, además del consumo bebidas azucaradas como gaseosas y bebidas energéticas, en lugar de agua. Otras condiciones que afectan el requisito son el consumo de dieta inadecuada, el tratamiento con diuréticos y el bajo nivel educativo de un sector de la población (analfabetismo y primaria). Condiciones que se enmarcan en los cuatro grupos de los FBC.

En esta medida los factores que satisfacen el requisito son la motivación por aprender, el nivel educativo del otro sector de la población (bachiller, universidad) ya que pueden comprender las orientaciones para el autocuidado y la asistencia a controles médicos en la población enferma.

En cuanto a los métodos o técnicas a utilizar para aumentar el consumo de líquidos, la revisión bibliográfica a permitido identificar cinco métodos⁶² a saber.

1- Motivación con juegos de beber agua: entre los juegos se encuentran:

Juega al Pong de agua. Los juegos de beber agua pueden ayudar a beber más agua. Sólo es necesario recordar no beber demasiada agua, ya que puede ser fatal. Si se compromete a jugar una vez a la semana, conseguirá aumentar su consumo de agua considerablemente a fin de mes. Si quiere un incentivo más para ganar en este juego, elija un premio antes de empezar a jugar. Necesitará una gran mesa estable con una superficie duradera (y resistente al agua), 20 tazas, y 2 pelotas de ping pong. Así es como se juega:

- Quite todo de la mesa.
- Llene cada taza con 4 oz de agua. Asegúrese de que todas las tazas estén llenas por igual.
- Organice 10 tazas en cada extremo de la mesa. Debe colocar los dos grupos de tazas lo más lejos posible una de la otra, así que si su mesa es rectangular, póngalos en los extremos largos de la mesa.
 - o Alinee 4 tazas en una fila en el borde de la parte corta de la mesa.
 - o Alinee 3 tazas más en una fila delante de la línea de 4.
 - o Coloque 2 tazas más en una fila justo adelante de la fila de 3 tazas.
 - o Coloque una taza final delante de la fila de 2 tazas. Te darás cuenta de que acabas de formar una pirámide plana de 10 tazas.
 - o Coloque las restantes 10 tazas en el extremo opuesto de la mesa en el mismo patrón. Ambos picos de las pirámides deben estar orientados con la punta hacia el centro de la mesa.

⁶² Como beber más agua cada día. Disponible en: <http://es.wikihow.com/beber-m%C3%A1s-agua-cada-d%C3%ADa>

- Tome turnos, tratando de tirar la pelota en una de las tazas en el extremo opuesto de la mesa. Cuando cae una pelota en una taza, debe beber el agua de esa taza. La persona que termina todas sus tazas de agua primero, ¡gana!

Juega Banco de Agua. Este es un juego ideal para que toda la familia juegue, pero también se puede jugar con los compañeros, si vive con otras personas. No sólo puede motivarse a beber más agua con este juego, ¡pero el ganador también recibe un premio en efectivo al final! Necesitará una alcancía, una jarra o un recipiente decorativo para guardar el dinero recogido, y un bloc de notas o un teléfono móvil para iniciar su consumo de agua cada día. Así es se juega:

- Determine cuánto tiempo va a jugar. Un sencillo calendario para recordar el primer y el último día del mes.
- Decida cuánto vale cada vaso de agua. Puesto que estará contribuyendo con esa cantidad de dinero para el puerquito (o frasco o recipiente del dinero), asegúrese de que sea una cantidad que las personas que están jugando puedan pagar.
- Cada vez que toma un vaso de agua completo de 8 oz, tome nota de ello. Puede llevar un recuento sencillo en un bloc de notas que lleve consigo, realice un seguimiento con su teléfono móvil, o crea un registro en su computadora. ¡Asegúrese de que juega con gente de confianza que no engañan!
- Al final de cada día o semana, deposite el valor del agua que bebió en su banco comunal.
- Cuando el juego termina, cuente quien aportó la mayor cantidad de dinero al banco. Esa persona no sólo ganará todo el dinero, ¡sino que también bebió más agua ese mes! Si hay un empate, divide el botín.

2- Formas de hacer más conveniente el tomar agua, estas formas se relacionan con:

- Entender cantidad de agua que hay que ingerir
- Llevar agua consigo
- Crear recordatorios
- Instalar refrigerador de agua en casa o sitio de trabajo
- Preparar agua con sabor

3- Sustituir bebidas azucaradas y alcohol por agua, para el logro de esto se sugiere las siguientes metas:

- Es importante comprender que las bebidas azucaradas o alcohol pueden ser sustituidas por agua
- Sustituya por lo menos una bebida al día por agua.
- Convierta el agua en tu bebida preferida.
- Sacie su sed con agua.

4- Beber agua antes, durante y después de las comidas

- Haga un hábito tomar un vaso rápido a la hora de comer.
- Beba agua con cada comida.
- Finalice cada comida con un vaso de agua.

5- Tome bebidas a base de agua sin azúcar

- Beba té sin azúcar. Los tés de hierbas o frutas son esencialmente agua, con sabores artificiales sin calorías.
- Añada lima, limón u otros condimentos naturales para el agua.
- Pruebe agua carbonatada o mineral.

Una vez identificados los métodos para asegurar el consumo de líquidos, se establece el plan de acción teniendo en cuenta la secuencia de las acciones a llevar a cabo, como se observa a continuación:

- ✓ Control médico para establecer cantidad de agua a consumir día/ o condición de salud.
- ✓ Aplicar los métodos para aumentar ingesta de agua mediante esquemas de control.
- ✓ Seguimiento para verificar si hay aporte adecuado de líquido

Aporte de alimentos adecuado

- Situación Laboral
- Grupo poblacional (desplazado, gestante)
- Pertenencia étnica (indígena)
- Nivel educativo (primaria sin escolaridad/ bachiller, universidad)

- Patologías existentes (asma, ansiedad, Ca gástrico, hiperlipidemias, HTA, DM, colitis, gastritis)

- Alimentación
 - ✓ Cantidad inadecuada
 - ✓ Horarios inadecuados
 - ✓ Consumo de líquidos inadecuado
 - ✓ Consumo inadecuado de fibra

- No posee conocimiento para:
 - ✓ realizar dieta equilibrada
 - ✓ preparar la comida
 - ✓ Interés/motivación por aprender

Cuadro 17. Establecimiento de la DAC en el RAU: aporte adecuado de alimentos

DEMANDA	AGENCIA
Mantener un aporte suficiente de alimentos.	<p>La AgAC desconoce los riesgos de un aporte suficiente de alimentos.</p> <p>No tiene conocimientos ni habilidades suficientes para la preparación de alimentos.</p> <p>Pertenece a población indígena, es desplazada y/o gestante</p> <p>Presenta patologías que afectan o alteran la nutrición</p> <p>Manifiesta interés por aprender</p>
No se satisface la DAC de este requisito	

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

Cuadro 18. Establecimiento de condiciones que satisfacen o dificultan el RAU, métodos o tecnologías y acciones a seguirse.

Requisito de AC	Funcionamiento Alterado	Condiciones que satisfacen	Condiciones que dificultan	métodos o tecnologías	acciones a seguir
ALIMENTOS	Nutrición	Deseos y motivación para aprender a mejorar la nutrición Busca información si lo requiere Situación laboral estable. Alto Nivel educativo	Grupo poblacional (desplazado, gestante) Pertenencia étnica (indígena) Patologías existentes (asma, ansiedad, Ca gástrico, hiperlipidemias, HTA, DM, colitis, gastritis) Cantidad inadecuada de alimentos Horarios inadecuados Consumo de líquidos inadecuado Consumo inadecuado de fibra	Manejo de la nutrición: Ajustar dieta según estilo persona Inclusión dieta de liquido y fibra Determinar preferencias con la comida Asesoramiento dietista Selección de dietas Asesoramiento nutricional Enseñanza: dieta prescrita Control de peso	Valoración del estado nutricional Identificación de preferencias alimenticias Educación sobre alimentación, nutrición y dietas Elaboración dietas según necesidades Supervisión y control

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

Los métodos o técnicas en este RAU se han seleccionado de las intervenciones NIC. Al respecto, en el control de peso se requiere:

- Supervisar el peso corporal
- Mantener una ingesta calórica diaria óptima
- Equilibrar el ejercicio e ingesta calórica,

Con respecto al asesoramiento nutricional, es necesario tener en cuenta:

- Comentar los gustos y aversiones alimentarias de las personas
- Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario de la persona.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Discutir el significado de la comida para las personas.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.

En cuanto a la enseñanza de la dieta prescrita, se requiere:

- Ayudar a la persona a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.
- Ayudar a sustituir ingredientes que se acomoden a las recetas favoritas en la dieta prescrita.
- Conocer los sentimientos / actitud de la persona acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.
- Informar de las posibles interacciones de fármacos /comidas, si procede.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

- Incumplimiento en el manejo del tratamiento farmacológico
- Escaso reconocimiento de síntomas de alteraciones en condición de salud.
- Incumplimiento en los controles de seguimiento
- Consumo de sustancias tóxicas
- No reconocen los riesgos de sustancias tóxicas ni de las enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Consumo de bebidas excitantes
- Desconocimiento de los métodos para prevenir las ETS
- Escaso uso de los métodos para prevenir las ETS
- ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana y cuando se encuentra en contacto con otras personas
- Nivel educativo bajo/alto

Cuadro 19. Establecimiento de la DAC en el RAU: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

DEMANDA	AGENCIA
Prevenir peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	<ul style="list-style-type: none"> - La AgAC desconoce los riesgos de sustancias tóxicas y del no uso de métodos para prevenir ETS. - Escaso reconocimiento de los síntomas de alteraciones en su condición de salud - Consumo de sustancias tóxicas y bebidas excitantes - Incumplimiento de controles y de tratamiento - Desconocimiento de los métodos para prevenir las ETS - Escaso uso de los métodos para prevenir las ETS - ansiedad - Nivel educativo bajo/alto - Interés/motivación para aprender
No se satisface la DAC de este requisito	

Cuadro 20. Establecimiento de condiciones que satisfacen o dificultan el RAU, métodos o tecnologías y acciones a seguirse.

RAU	FUNCIONAMIENTO ALTERADO		CONDICIONES QUE SATISFACEN	CONDICIONES QUE DIFICULTAN	MÉTODOS O TECNOLOGÍAS	ACCIONES A SEGUIR
Prevenir peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	Toma de conciencia de la salud		Interés/motivación por aprender Nivel educativo alto	Desconocimiento de los riesgos de sustancias tóxicas y del no uso de métodos para prevenir ETS.	Conocimiento: fomento de la salud Facilitar el aprendizaje Ofrecer programas para el uso de condón y lubricantes Control de la ansiedad Técnicas no farmacológicas para el control del estrés	Identificar conocimientos sobre sustancias tóxicas, bebidas energéticas, ETS y métodos para prevenir ETs y riesgos del no tratamiento Estrategias de comunicación y educación en salud Seguimiento a controles médicos y tratamiento Consejería y asesoramiento Remisión psicología control ansiedad Plan para superación de problemas
	Autocontrol y adaptación psicosocial			Escaso reconocimiento de los síntomas de alteraciones en su condición de salud Consumo de sustancias tóxicas y bebidas excitantes Incumplimiento de controles y de tratamiento Desconocimiento de los métodos para prevenir las ETS Escaso uso de los métodos para prevenir las ETS Ansiedad y no superación de problemas		

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

En este RAU, los métodos y tecnologías a desarrollar se relacionan con:

- Conocimiento: fomento de la salud
- Facilitar el aprendizaje
- Control de la ansiedad
- Superación de problemas

A continuación se detallan las actividades a realizar por cada intervención establecida.

a) Conocimiento para el fomento de la salud

- Descripción de los efectos adversos del uso de sustancias tóxicas y bebidas energéticas.
- Descripción de las consecuencias del no uso de métodos para prevenir ETS

b) Facilitar el aprendizaje

- Adaptar la información para que se cumpla con el estilo de vida / rutina de las personas.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión de las personas.
- Asegurar que el material de enseñanza esté actualizado.
- Repetir la información importante.

c) Control de la ansiedad

- Ofrecer información para reducir la ansiedad
- Utilizar técnicas de relajación para reducir la ansiedad
- Mantener la concentración
- Técnicas para un sueño reparador

d) Superación de problemas

- Relación de ayuda para lograr verbalizar la sensación de control y aceptación de la situación
- Manejo del estrés con técnicas de relajación
- Seguimiento de a la adaptación a los cambios

e) Ofertar programas para el uso de condón y lubricantes⁶³

- Realizar encuestas para entender las preferencias de las personas entorno al uso de condón, incluyendo tamaño, colores, sabores entre otros.
- Desestigmatizar el uso de los condones entre la población en general, especialmente a través de entrevistas y programas de radio, o con humor gráfico en los periódicos más leídos.

⁶³ _____. Capítulo 4. Programa para el uso de condones y lubricantes.pg. 76-95

- En colaboración con la comunidad, elaborar intervenciones adaptadas de cambio de hábitos para el uso correcto y sistemático de los condones y lubricantes.
- Mapear los puntos potenciales de distribución de condones y lubricantes en la comunidad
- Dar seguimiento periódico de los abastecimientos de condones y lubricantes para asegurar los pedidos oportunos y evitar los desabastecimientos.
- Capacitar a los profesionales y asesores de salud sobre la realización de demostraciones del uso del condón y para ampliar sus conocimientos.
- Realizar seguimiento del impacto de las intervenciones establecidas.

Equilibrio entre la actividad y descanso

- Nivel educativo bajo/alto
- Realización de actividades en el hogar y fuera de él
- Cumplimiento de actividades programadas en casa.
- Alteraciones en el hábito de sueño-reposos
- Sedentarismo/ejercicio
- Presencia de patologías (DM, HTA, ulcera varicosa, cardiopatías, ansiedad, Ca gástrico)
- Pertenencia étnica: indígena
- Grupo poblacional desplazado, gestante
- Interés y motivación por aprender
- Presencia de fatiga

Cuadro 21. Establecimiento de la DAC en el RAU: equilibrio entre la actividad y el descanso

DEMANDA	AGENCIA
Mantener el equilibrio entre la actividad y el descanso	<p>La AgAC realiza actividades en el hogar y fuera de él, cumple con las actividades asignadas.</p> <p>Cumple con cuidados personales: actividades de la vida diaria</p> <p>Manifestaciones de alteraciones en el hábito de sueño-reposos</p> <p>Escasa actividad física</p> <p>Presencia de patologías (DM, HTA, ulcera varicosa, cardiopatías, ansiedad, Ca gástrico)</p> <p>Un porcentaje de la población es indígena, desplazada, y gestante</p> <p>Nivel educativo bajo/alto</p> <p>Cumplimiento de diversos roles (cabeza de familia, ama de casa)</p> <p>Escasos recursos económicos, desempleados.</p> <p>Interés y motivación por aprender</p> <p>Presencia de fatiga, intolerancia a la actividad</p>
No se satisface la DAC de este requisito	
Fuente: elaboración propia con datos del estudio	

Cuadro 22. Establecimiento de condiciones que satisfacen o dificultan el RAU, métodos o tecnologías y acciones a seguirse.

RAU	FUNCIONAMIENTO O ALTERADO	CONDICIONES QUE SATISFACEN	CONDICIONES QUE DIFICULTAN	MÉTODOS O TECNOLOGÍAS	ACCIONES A SEGUIR
Mantener el equilibrio entre la actividad y el descanso	Conservación energía Movilidad actividad Reposo	Interés/motivación por aprender Nivel educativo alto Realización de actividades en el hogar y fuera de él Cumplimiento de actividades programadas en casa Cumple con cuidados personales: actividades de la vida diaria	Manifestaciones de alteraciones en el hábito de sueño-reposo Escasa actividad física Presencia de patologías (DM, HTA, ulcera varicosa, cardiopatías, ansiedad, Ca gástrico) Escasos recursos económicos, desempleados Fatiga e intolerancia a la actividad	Fomento del ejercicio Terapia de actividad Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito Manejo de la energía Control del humor Potenciación de la autoestima Manejo de la nutrición Monitorización de los signos vitales técnicas no invasivas para el manejo del sueño	Valoración de las condiciones del paciente Información al paciente de la situación encontrada Elaboración conjunta de plan a seguir Establecer compromisos de las partes involucradas seguimiento ya ajustado al plan establecido

Fuente: elaboración propia con datos del estudio

Teniendo en cuenta que este RAU, presenta alteraciones en el funcionamiento adecuado de la conservación de la energía, la movilidad/actividad y en el reposo, se detalla a continuación los métodos o tecnologías a utilizar en cada uno de estos parámetros para fomentar el Ac en la población con estos déficit.

Movilidad/Actividad: este parámetro incluye tres intervenciones con sus respectivas actividades

- a) Fomento del ejercicio: En este punto se requiere ayudar a las personas a:
- Identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios.
 - Desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
 - Establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.

- Integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
- Preparar y registrar en un gráfico / hoja, los progresos para motivar la adhesión al programa de ejercicios.
- Controlar la respuesta del paciente al programa de ejercicios
- Incluir a la familia / cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

b) Terapia de actividad: Ayudar a las personas a:

- Elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.
- Explorar el significado personal de la actividad corriente (p. ej. Trabajo) y/o actividades de pasatiempo favoritas.
- Identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada.

c) Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito: Se ayuda a las personas a:

- Ayudar al paciente a alternar correctamente los períodos de descanso y de actividad.
- Incluir a la familia / ser querido, si resulta apropiado.
- Proporcionar información acerca de los dispositivos de ayuda disponibles que puedan utilizarse para facilitar la práctica de la técnica requerida, si procede.
- Proporcionar información acerca de los recursos / grupos de apoyo comunitarios para aumentar el cumplimiento del paciente con la actividad / ejercicio, si procede.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.

Conservación de la energía: Comprende 6 aspectos

a) Manejo de la energía: ayudar a las personas a :

- Identificar las preferencias de actividades.
 - Establecer metas realistas de actividades.
 - Elegir actividades que reconstruyan la resistencia de forma gradual.
 - Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente / ser querido.
 - Determinar las causas de la fatiga (tratamientos, dolor, medicamentos)
 - Determinar las limitaciones físicas del paciente.
- b) Fomento del ejercicio: ayudar a.
- Identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios.
 - Desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
 - Establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
 - Integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
- c) Terapia de actividad
- Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.
 - Remitir a centros comunitarios o programas de actividad.
- d) Control del humor:
- Administrar cuestionarios de autoinformación (Beck Depresión Inventory, escalas de estado funcional), si procede.
 - Animar a las personas a que tome decisiones cada vez más complejas, según sea capaz.
 - Animar a la persona, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.

- Ayudar a la persona a anticiparse y a enfrentarse a los cambios de la vida (relacionados con el trabajo, los amigos, etc.).
 - Ayudar al paciente a controlar conscientemente el humor (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar diario).
 - Ayudar a identificar los aspectos de los factores precipitadores que puede / no puede cambiar.
 - Ayudar a identificar los factores desencadenantes del humor disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales y problemas físicos).
- e) Potenciación de la autoestima
- Abstenerse de burlarse y/o realizar críticas negativas y quejarse.
 - Animar a la persona a evaluar su propia conducta e identificar sus virtudes.
 - Animar a la persona a que acepte nuevos desafíos y establezca objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
 - Ayudar a identificar las respuestas positivas de los demás.
 - Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismos.
 - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- f) Enseñanza: Actividad / ejercicio prescrito
- Advertir acerca de los peligros de sobrestimar sus posibilidades.
 - Ayudar a alternar correctamente los períodos de descanso y de actividad.
 - Enseñar llevar un diario de ejercicios, si resulta posible.
 - Enseñar a realizar la actividad / ejercicio prescrito.
 - Enseñar a realizar un precalentamiento y enfriamiento antes y después de la actividad / ejercicio y la importancia de tal acción, si procede.

Respuestas cardiovasculares y pulmonares: En este punto se establecen 4 intervenciones con sus respectivas actividades

a) Manejo de la energía

- Ayudar a identificar las preferencias de actividades.
- Ayudar a programar periodos de descanso.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Determinar las limitaciones físicas de la persona.
- Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales (evitar la actividad inmediatamente después de las comidas).

b) Fomento del ejercicio

- Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios

c) Manejo de la nutrición

- Determinar las preferencias de comidas de la persona.
- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.

d) Monitorización de los signos vitales

- Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos y comparar, si procede.
- Controlar la presión sanguínea mientras el paciente esté acostado, sentado y de pie, si procede.

Descanso: se incluyen en este apartado tres intervenciones

a) Fomentar el sueño

- Comprobar el esquema de sueño de las personas y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor / molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo/ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Enseñar a controlar las pautas de sueño.
- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar el cansancio en exceso.

- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Animar a la persona a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño.
- Ayudar a eliminar situaciones estresantes antes de irse a la cama. Ayudar a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.

b) Manejo del sueño

- Ayudar a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede.
- Enseñar a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción al sueño. Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño / vigilia de las personas.
- Instruir a la persona paciente y familia acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilos de vida, cambios frecuentes de turno de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema de sueño.
- Comentar con las personas y familia técnicas para favorecer el sueño. Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.
 - ✓ Hipnosis
 - ✓ Musicoterapia
 - ✓ Masaje

c) Manejo ambiental: Confort

- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible.
- Determinar las fuentes de incomodidad, como ropa de cama arrugada, aditamentos por lesiones en piel u otra condición de salud y factores ambientales irritantes.

Como se puede observar en las diferentes tablas que identificación de condiciones que satisfacen o dificultan el RAU, métodos o tecnologías y acciones a seguir, la identificación de los FBC, permite establecer adecuadamente la demanda de autocuidado (DAC) en cada requisito y tener los insumos para identificar la necesidad de la agencia de Enfermería desde el sistema de clasificación de Orem de las situaciones enfermeras, el sistema de Enfermería a desarrollar y los métodos a utilizar.

Con la información obtenida, además se puede confirmar que el instrumento elaborado si permite establecer el déficit de autocuidado en la población estudiada, dando respuesta a la tercera pregunta formulada en este estudio.

6.4 ESTABLECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERIA Y DE LOS MÉTODOS DE AYUDA

En el establecimiento del sistema o sistemas de Enfermería que entraría a actuar en esta población, es necesario en primera instancia establecer cual es la situación enfermera en la cual intervendría la agencia de enfermería según la condición de salud de las personas o poblaciones a intervenir. Orem, para esta clasificación considera la presencia o ausencia de enfermedad, la lesión, la incapacidad, los cambios en la imagen, el estado general de salud y las necesidades del ciclo vital, por lo que propone el siguiente sistema de clasificación:

- Cambios derivados del ciclo vital.
- Recuperación de la enfermedad, superación o compensación de sus efectos.
- Enfermedad o trastorno de origen indeterminado.
- Efectos genéticos o del desarrollo o estado biológico del niño de bajo peso al nacer.
- Regulación de tratamiento de enfermedad, trastorno o lesión indeterminados.
- Restauración, estabilización o regulación del funcionamiento integrado.
- Procesos que han interrumpido el funcionamiento humano integral.

Teniendo en cuenta las condiciones de salud de la población estudiada se establece que la agencia de Enfermería entraría a actuar en:

- Regulación de tratamiento de enfermedad, trastorno o lesión indeterminados.
- Restauración, estabilización o regulación del funcionamiento integrado

Con base en esta información y en la identificada en la DAC, se concluye que el sistema de Enfermería que requiere la población según las acciones a realizar es:

Sistema de apoyo-educación o sistema de apoyo-desarrollo, ya que las personas son capaces de realizar, o pueden aprender a hacer, medidas de autocuidado terapéutico orientadas interna o externamente, pero no puede hacerlas sin ayuda. Es decir, que las personas pueden llevar a cabo las medidas de cuidados pero necesita guía, soporte, enseñanzas o un entorno que favorezca su desarrollo.

En este orden de ideas, los métodos de ayuda a desarrollar con esta población según el establecimiento de las demandas de autocuidado se relacionan con guiar, apoyar y enseñar a otro, así como proporcionar un entorno de desarrollo. Es decir, que se establece una secuencia de acciones para superar o compensar las limitaciones asociadas a los problemas de salud de las personas que atienden, acciones que son realizadas por el profesional de enfermería, según refiere Orem.

Los métodos anteriores, favorecen en la población el desarrollo de conocimiento necesario para ayudar a los individuos y las familias a iniciar y mantener conductas que lleven a reducir los riesgos de enfermar o de sufrir complicaciones que tengan enormes implicaciones individuales y sociales en las personas y sus familias y que se traducen en costos imposibles de satisfacer para toda la sociedad.

Con la información anterior se afirma que el instrumento permite establecer métodos de ayuda y sistemas de enfermería.

7 DISCUSIÓN

Los resultados del estudio a partir del análisis de los FBC, permiten establecer que para este estudio, la información que aporta la edad según Orem, se relaciona con la satisfacción de los RAC, la calidad del autocuidado, la cantidad y tipo de ayuda necesaria que requieren las personas, las conductas de autocuidado de las personas y la conducta de la enfermera(o), la necesidad de ayuda para aceptar y vivir en un estado de dependencia social resultante de la enfermedad o del tratamiento y para aprender a buscar en los servicios de enfermería la guía y consulta de su cuidado. Al respecto, el rango de edad de la población adulta de Timbío (25-45 años) indica que tiene capacidades físicas y mentales para tomar decisiones⁶⁴ entorno a salud, aumentando así las probabilidades de adquirir o mejorar sus CAC y por consiguiente la AgAC; también indica que son personas responsables de sí mismo y de las personas que dependen de ellas y que pueden, según su situación de salud solicitar ayuda.

El género, por su parte influye en el autocuidado, sobre todo en lo relacionado con las técnicas o medios para la satisfacción de los requisitos ya sean universales, de desarrollo o de desviación del estado de salud; en este punto, que el 59% de la población entrevistada pertenezca al género femenino, favorece la aplicación de las técnicas o medios para satisfacer los RAC, ya que tradicionalmente y vinculado directamente con valores y asignación de roles familiares, a la mujer se le ha asignado y responsabilizado del cuidado a la salud en el hogar⁶⁵. Sin embargo, la condición de ser cabeza de familia del 36,84%, podría interferir con la satisfacción de los requisitos, al asumir más responsabilidades familiares a la tensión de ser cuidadoras en el hogar y de tener un trabajo remunerado.

Por otra parte, contar con un régimen de seguridad social y el uso adecuado del mismo, facilita la selección de los medios adecuados para satisfacer los RAC y las medidas de cuidados asociados. Los datos, muestran que la población adulta de Timbío cuenta con este recurso, sin embargo un gran porcentaje de la misma se encuentra desempleada y un porcentaje mínimo es desplazado, situaciones que pueden afectar la demanda de autocuidado terapéutico, porque limitan los medios para satisfacer los RAC. Por otra parte, un 20,06% de las personas presentan alguna comorbilidad y de ellas el 75,38% se encuentra en tratamiento, lo que

⁶⁴ VALDÉS ROQUE Ana Iris, MARTÍNEZ CANALEJO Humberto. Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos. En: Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 6(6), 1999. Pag-400. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n6/0966.pdf>

⁶⁵ SALAZAR Edy. Mujer y salud: significado y responsabilidad. En: Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo-Vol. 5 Nos 1 y 2 (41-51).2003.

sugiere que saben cuidar de si y buscar ayuda, aplicando los métodos adecuados para satisfacer las demandas de autocuidado en los RAC afectados.

El bajo nivel educativo (sin estudios y primaria) de un segmento de la población en comparación con los niveles del resto de la población: medio (estudios secundarios) y alto (formación profesional de grado superior) y el estrato social 1 y 2, pueden limitar la identificación de los FBC que afectan los RAC, la calidad de las medidas de cuidado asociados a la satisfacción de estos y la aceptación de los métodos y medidas de cuidado necesarios en la demanda de autocuidado terapéutico; al respecto, existe consenso, que entre mayores son los conocimientos de las personas en torno a problemáticas de salud, relacionados posiblemente con un mejor nivel educacional y socioeconómico, mayores son las posibilidades de que los problemas en salud sean prevenidos e identificados correctamente y oportunamente en el seno familiar y que se instauren medidas preventivas o curativas adecuadas⁶⁶. De igual manera las deficiencias educativas influyen en la habilidad de la AgAC para adquirir conocimientos teóricos, retenerlo y poder operacionalizarlo, lo que en la población adulta entrevistada se evidencia en los FBC del estado del desarrollo, en cuanto al escaso conocimientos en dieta equilibrada, reconocimiento de síntomas de alteración en la condición de salud, de los riesgos del consumo de sustancias tóxicas, de bebidas excitantes y de los riesgos y métodos para prevenir ITS.

Con respecto a los factores relacionados con el patrón de vida, se identifica que en un segmento de la población existen condiciones perjudiciales para la salud que limitan los requisitos de autocuidado relacionados con el aire, agua, alimentos, eliminación, actividad-descanso y peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humanos, promoción del funcionamiento, éstas condiciones se relacionan con fumar, consumir alcohol, ser fumador pasivo, consumir sustancias tóxicas, consumir bebidas excitantes como café, Coca-Cola, té, red-Bull, entre otros, no usar métodos para prevención de ITS, no realizar ejercicio, no llevar a cabo tamizajes (examen de testículos, mama y citología). Sin embargo, en el resto de la población, la presencia de éstos en términos positivos (no fumar, usar condón, realizar ejercicio, dormir bien, etc.) satisface dichos requisitos.

Según Orem, todos los FBC afectan las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en gran parte limitando los requisitos de autocuidado y los medios para satisfacerlos. Desde el punto de vista de la particularización de los RAC, el

⁶⁶ VALDÉS ROQUE Ana Iris, MARTÍNEZ CANALEJO Humberto. Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos. En: Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 6(6), 1999. Pag-400. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n6/0966.pdf>

análisis de estos factores permite establecer a) requisito de autocuidado para mantener el requisito libre del efecto del FBC del patrón de vida; b) alteración funcional en el RAU; c) manifestaciones de la alteración funcional; d) clase de FBC: satisface o dificulta el RAU y e) métodos y técnicas para satisfacer la demanda de AC. Por lo que se puede inferir, que en la mayoría de la población adulta de Timbío, los FBC, son condicionantes que satisfacen los RAC, porque las personas poseen capacidades de CAC, que les lleva a realizar AAC, mostrando de esta manera que la AgAC está desarrollada, como se evidencia en los resultados presentados.

En este contexto, desde la perspectiva de Orem, la AgAC se concibe como

Compleja capacidad desarrollada que permite, a los adolescentes y adultos en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidados, tecnologías y medidas de autocuidado) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo de la vida⁶⁷

Teniendo en cuenta lo anterior, la agencia de autocuidado, tiene habilidades para elegir/excluir cosas que ofrece para cuidar de otros y a sí mismo, para asumir nuevos patrones de vida que repercuten en modificaciones al estilo de vida y en la toma de decisiones respecto a lo que debe hacerse y llevarlo a la práctica para satisfacer los requisitos de autocuidado. Desde este punto de vista, la agencia se ejerce desde el cuidado de uno y de los otros, al identificar y crear los estímulos necesarios para sí y los otros. Por ello, la persona que toma acciones para llevar a cabo su autocuidado, posee habilidades especializadas para la acción, las cuales pueden estar condicionadas por los FBC.

Por otra parte, la identificación de una actitud positiva o negativa a partir de las capacidades de la Agencia de autocuidado analiza a través de la escala utilizada para dicha valoración y los resultados de la identificación del déficit por RAU mediante escala ERA, permiten al profesional de enfermería proporcionar una atención de enfermería efectiva, con un enfoque particular hacia la práctica comunitaria poniendo énfasis en la capacidad de autocuidado del usuario para lograr y mantener su salud, reconociendo qué individuos están en mejores

⁶⁷ Orem citado por: RIVERA ALVAREZ Luz Nelly. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. En AVANCES EN ENFERMERIA. Vol. XXIV. No.2. Julio-diciembre 2006. Pg.91-98.

condiciones de aprovechar el proceso o bien cuál es el mejor momento de iniciarlo. De igual manera, permite el establecimiento de métodos o tecnologías apropiados a las características de las poblaciones y el establecimiento de parámetros de evaluación que permiten evidenciar el cuidado enfermero.

8 CONCLUSIONES

Los resultados del estudio permiten establecer que:

- El instrumento utilizado en el presente estudio permite identificar tanto los FBC por RAU, el déficit de AC, el establecimiento de la demanda de AC y los sistemas de Enfermería y sus respectivos métodos.

- Los conceptos de la teoría pueden ser utilizados en cualquier tipo de persona y en cualquier condición (sana o enferma), de igual manera, se infiere que las personas tienen potencial para ocuparse y cuidar de sí mismo, es decir, que tienen autoconocimiento de sus necesidades y por ello se ocupan de satisfacerlas, lo que les lleva a empoderarse de su estado de salud y cuidado de sí mismo.

- Se contribuye a la apropiación de la teoría de Orem y profundización de la misma como referencial tanto para la práctica como para la enseñanza; así como, a particularizar el cuidado desde los RAC a partir de las características y condiciones de las personas y de su entorno, reconociendo el valor que posee la persona en la provisión de cuidados, al participar en la revisión y evaluación de las DAC y diseño de planes de intervención coherentes con sus expectativas y posibilidades.

- Se obtiene un fundamento científico para aplicar el proceso de atención de enfermería en cualquier población, de acuerdo a nuestra realidad y continuar investigando sobre el tema, para demostrar que las poblaciones requieren de una atención específica de enfermería

9 RECOMENDACIONES

El análisis de la información sugiere que es necesario incluir en la información recolectada aspectos relacionados con la salud familiar, ya que es necesario caracterizar mejor esta red de apoyo para el establecimiento de métodos para apoyar el autocuidado en las personas.

Para futuros estudios se sugiere incluir otros tipos de población con diferentes condiciones socioculturales, a fin de realizar comparaciones/asociaciones entre FBC y la capacidad de la agencia de autocuidado, lo cual permitiría tener más claridad sobre las acciones a seguir frente a las demandas de autocuidado identificadas.

BIBLIOGRAFIA

ABAD. Francisco J. Teoría Clásica de los Tests y Teoría de la Respuesta al Ítem. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de psicología. Año 2006. p.41.

ACHURY. DM, SEPÚLVEDA GJ, RODRIGUEZ SM; Instrumento para evaluar la agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, 2009, 11 (2): 9-25, julio-diciembre de 2009 {En línea}. {19 septiembre de 2014} disponible en: (<http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/113.pdf>).

ANAYA ANAYA. Fredy Ovidio. MUNICIPIO DE TIMBIO. Monografía- compilación Versión 2009. {En línea}. {17 enero 2015} disponible en: (http://www.timbio-cauca.gov.co/apc-aa-files/62636335356437333763363736636366/MUNICIPIO_DE_TIMBIO_CAUCA_monografia_compilada.pdf).

ARRIBAS CACHA, Antonio. Lenguaje Especialista del Cuidado Vol. 0, Nº.0, Julio de 2008. {En línea}. {30 marzo de 2015} disponible en: (http://www.ome.es/01_01.cfm?id=320).

ARRIBAS CACHA. Antonio, Lenguaje Especialista del Cuidado Vol. 1, Nº.3, Año 1 Julio de 2009 ISN1989-0745. {En línea}. {30 marzo de 2015} disponible en: (http://www.ome.es/01_01.cfm?id=320).

ARRIBAS CACHA. Antonio, Lenguaje Especialista del Cuidado Vol. 1, Nº.4, Octubre de 2009 ISN1989-0745. {En línea}. {30 marzo de 2015} disponible en: (http://www.ome.es/01_01.cfm?id=320).

ARRIBAS CACHA. Antonio, Lenguaje Especialista del Cuidado Vol. 2, Nº.5, Enero de 2010 ISN 1989-0745. {En línea}. {30 marzo de 2015} disponible en: (http://www.ome.es/01_01.cfm?id=320).

ARRIBAS CACHA. Antonio, Lenguaje Especialista del Cuidado Vol. 2, Nº.6, 2 Abril de 2010 ISN 1989-0745. {En línea}. {30 marzo de 2015} disponible en: (http://www.ome.es/01_01.cfm?id=320).

ARRIBAS CACHA. Antonio, Lenguaje Especialista del Cuidado Vol. 2, Nº.7, 2 Julio de 2010 1989-0745. {En línea} {30 marzo de 2015} disponible en: (http://www.ome.es/01_01.cfm?id=320).

ARRIBAS CACHA. Antonio, Lenguaje Especialista del Cuidado vol. 2, Nº.8, Año 2. Octubre de 2010 ISN1989-0745. {En línea}. {30 marzo de 2015} disponible en: (http://www.ome.es/01_01.cfm?id=320).

AVILA BARAY, Héctor Luis. Introducción a la metodología de la investigación; enciclopedia virtual. {En línea}. {20 septiembre de 2014} disponible en: (<http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/203/>).

Claridad del Texto. {En línea}. {20 enero de 2015} Disponible en:(http://www.ejemplode.com/44-redaccion/3178-ejemplo_de_claridad_en_un_texto.html).

Características de la redacción Científica. {En línea}. {20 enero de 2015} Disponible en: (<http://edicionesdigitales.info/Manual/Manual/fundamentos.html>).

CHICUNQUE MUÑOZ, Sandra Lorena, LOPEZ SANCHEZ, Diana Sofía, MUÑOZ, Eydher Santiago, MURILLO MUÑOZ, Ayda Yuliana, PORTILLA BENITES, Janeth Patricia, SANCHEZ ZULETA, Cristian Felipe. Propuesta de instrumento de valoración desde el modelo de Dorothea Orem. Revisión Documental. Popayán 2014. Trabajo de Investigación pregrado Enfermería Universidad del Cauca.

COLOMBIA.MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 8430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. {En línea}. {13 septiembre de 2014} disponible en: (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/>).

El cuidado Blog, sábado 9 de junio de 2012{En línea}. {17 septiembre de 2014} disponible en: (<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>).

El Modelo de Dorothea Orem. Fundamentos de Enfermería EIR. {En línea}. {10 septiembre de 2014} disponible en: (http://www.aulaeir.com/eir_temas/01_fundamentos_1_7.pdf).

Facultad de Enfermería. Universidad Veracruzana. Plan de estudios 2013. Documento maestro. p.60.{En línea}. {10 setiembre de 2014} disponible en: (<http://www.uv.mx/pozarica/enfermeria/files/2014/03/PLAN-DE-ESTUDIOS-2013.pdf>).

FAWCET J. The state for nursing science: hallmarks of the 20 and 21st centurias. Nurs Sci Q 1999; 12(4): 311-318.

FUDEN. Revisión de los diagnósticos de cuidados asociados al proceso respiratorio En: El Lenguaje del Cuidado.Vol.1 num.4.2009.pág. 13-23.

FUDEN. Revisión de los diagnósticos de cuidados asociados al proceso respiratorio En: El Lenguaje del Cuidado.Vol.1 num.3.2009.pág.20-24.

FUDEN. Requisito de Autocuidado Universal: Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente. En: El Lenguaje del Cuidado.Vol.2 num.5.2010.pág. 16-40.

FUDEN. Requisito de Autocuidado Universal: Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos. En: El Lenguaje del Cuidado.Vol.2 num.5.2010.pág. 16-40.

FUDEN. Requisito de Autocuidado Universal: mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. En: El Lenguaje del Cuidado.Vol.2 num.6.2010.pág. 17-44.

FUDEN. Requisito de Autocuidado Universal: mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. En: El Lenguaje del Cuidado.Vol.2 num.6.2010.pág. 17-44.

FUDEN. Requisito de Autocuidado Universal: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. En: El Lenguaje del Cuidado.Vol.2 num.8.2010.pág. 15-33.

FUDEN. Requisito de Autocuidado Universal: Promoción del desarrollo humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales. En: El Lenguaje del Cuidado.Vol.2 num.8.2010.pág. 45-73.

GAST, Hería L, DENYES, Mary et al. Agencia de Autocuidado: Conceptualización y Operacionalización. En: Advances in Nursing Science. 1989; 12 (1): 26-38. Adaptado, Traducción Edilma de Reales. pp. 1-2.

GAST, Hertha L. et al. Agencia de autocuidado: conceptualización y operacionalización. En: Advance Nursing Science. (1989); p. 25-38.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. Metodología de la investigación.3^a. ed. 1991. Bogotá: McGraw-Hill, p.221.

HERRONS LL. Psicología y medición: el desarrollo de las pruebas psicométricas.Capitulo.5. México: Limusa; 1985, p.78.

ISENBERG, Marjorie A. Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. Citada por: PARKER, Marilyn. En: Nursing Theories and Nursing practice, 2001, F.A. Davis co. Philadelphia.(Noviembre, 2001).

Ley 23 de 1982. {En línea}. {1 octubre de 2014} disponible en: (<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3431>).

LEIVA, Viriam; ACOSTA ROJAS Pilar; BERROCAL,Yara; CARRILLO SANCHO, Erica.; CASTRO MARIN, Maryorie.;WATSON,Yaira.(2012).Capacidad de Agencia

de Autocuidado en personas adultas. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. . {En línea}. {11 septiembre de 2014} disponible: (WorldWideWeb:<<http://www.revenf.ucr.ac.cr/artritis.pdf>>ISSN1409---4568).

LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero. Cuidando al Adulto y al Anciano. Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem. En: Aquichan. Año 3 - nº 3 • Bogotá, Colombia - octubre 2003. {En línea}. {10 septiembre 2014} disponible en: (<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v3n1/v3n1a09.pdf>) o (<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/38>).

LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero; GUERRERO GAMBOA, Sandra, Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXIV, núm. 2 (sept. 2006), p. 90-100 Universidad de Antioquia Medellín, Colombia. {En línea}{10 septiembre 2014} disponible en: (<http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215402009.pdf>).

Los peligros de las bebidas energéticas para la salud. {En línea}. {15 junio de 2015} disponible en:(http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2014/10/24/220804.php#sth_ash.4lalh2MR.dpuf).

LUDOYEDUCA. {En línea}. {24 octubre de 2014} disponible en (<http://ludoyeduca.com/2011/09/30/>)

MANRRIQUE ABRIL. Fred, FERNANDEZ. Alba, VELANDIA. Anita, Análisis factorial de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. {En línea}. {17 septiembre de 2014} disponible en: (<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74112147003>)

MARRINER A, RAILE M. Modelos y Teorías en Enfermería, (5ª ed.). Barcelona: Mosby. 2003.

MELIA, Josè.L. (1990) La Construcción de la Psicometría como Ciencia Teórica y Aplicada. Valencia: Cristóbal Serrano. Universitat de Valencia. {En línea}. {20 enero de 2015} disponible en :(<http://www.uv.es/psicometria>. [ISBN: 84-404-7866-6; DL: V-2533-1990).

Metodología de la investigación {En línea}. {17 septiembre 2014} disponible en: (http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/aponte_a_y/capitulo3.pdf).

MIGUEL RUIZ, María Dolores. Valoración de la Salud Positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de esquizofrenia, según la teoría de Enfermería de Dorothea Orem. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. 2014. p-73-74.

MORENO FERGUSON, María Elisa. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *Aquichán*. jan./dez. 2005, vol.5, no.1 {En línea}. {12 Julio de 2009}, p.44-55. Disponible en: (<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/58/121><http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1657-5997)

NUNNALLY, 1987 y BALANZA, et. al, 2008, citados por VARGAS PORRAS C, HERNÁNDEZ MOLINA L M. Validez y confiabilidad del cuestionario “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas las mujeres en el posparto”. En: *av.enferm.*, XXVIII (1): 96-106, 2010.

OLIVELLA FERNÁNDEZ, Madeleine Cecilia, BASTIDAS SÁNCHEZ, Clara Victoria, CASTIBLANCO AMAYA, Miryam Angélica. Propuesta de una ruta metodológica para implementación del modelo de Orem en la práctica de enfermería. En: *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (2): 339-348. {En línea}. {11 diciembre de 2014} disponible en: (<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a15>).

OLIVELLA FERNÁNDEZ, Madeleine Cecilia, BASTIDAS SÁNCHEZ, Clara Victoria, CASTIBLANCO AMAYA, Miryam Angélica. Propuesta de una ruta metodológica para implementación del modelo de Orem en la práctica de enfermería. En: *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2010; 26 (2): 339-348. p. 340

OREM Dorothea. *Nursing: concepts of practice*. 4 ed. Saint Louis: Mosby; 1991. pp. 67-73

OREM Dorothea. *Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica*. by Mosby-Year Book, Inc. cuarta edición. 1991.

Plan de Desarrollo Municipio de Timbio 2012-2015. {En línea} {17 enero de 2015} disponible en: (http://timbio-cauca.gov.co/apc-aa-files/63636261393539316637616265636566/PLAN_DE_DESARROLLO_TIMBIO_AHORA_SI...SOMOS_MAS_2012_2015.pdf)

PEÑALOZA GARCIA. Mónica, Capacidad de Agencia de Autocuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Medico Preventiva, San José de Cúcuta 2004. {En línea}. {4 abril de 2015} disponible en: (<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35966>).

PEREDA ACOSTA, Margarita. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. En: *Enf Neurol (Mex)* Vol. 10, No. 3: 163-167, 2011. {En línea}. {27 agosto

de 2014} disponible en:(<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>).

Programa de Enfermería. Universidad del Cauca. Renovación Curricular. Documento maestro.2014.

REBOLLEDO OYARZO, Daniela. Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bio Bio: un análisis según el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem. {En línea}. {23 agosto de 2014} disponible en: (<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmr292a/doc/fmr292a.pdf>).

ROLDAN MERINO. Juan Francisco. Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de Orem para pacientes diagnosticados de Esquizofrenia. Universidad de Barcelona. España. Tesis Doctoral 2011. {En línea} {17 septiembre de 2014} disponible en: (http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/38012/JFRM_TESIS.pdf?sequence=1).

ROLDÁN-MERINO, Juan Francisco. Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. 2011. p:2-4

ROJAS GALLO, Annia; PEREZ PIMENTELN Sandra; LLUNCH BONET, Adalberto; CABRERA ADAN, Maritza; Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Revista Cubana de Enfermería. 2009; 25(3-4) {En línea}. {10 septiembre de 2014} disponible en: (<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n3-4/enf02309.pdf>).

SCARBOROUGH GENERAL HOSPITAL. Departamento de Enfermería. Implementación de la teoría del déficit del autocuidado de D. Orem dentro de la práctica de Enfermería. Proyecto de Manual para Enfermeras. Ontario Canadá, 1984.

Sociología Necesaria Blog. {En línea}. {17 septiembre de 2014} disponible en: (<http://sociologianecesaria.blogspot.com/2013/03/prueba-piloto-pretest-cuestionario.html>).

SOLERA, Deisy; Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial. Montería, 2010. {En línea} {17 septiembre de 2014}; Disponible en: (<http://www.bdigital.unal.edu.co/3922/1/deisyrosasolerarestrepo.2011.pdf>).

STREINER. 1994 y TABACHNICK, 2007 citados por MANRIQUE ABRIL, Fred, FERNÁNDEZ, Alba Lucero, VELANDIA ARIAS, Anita. En: Análisis factorial de la

Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichan AÑO 9 - VOL. 9 N° 3 - CHÍA, COLOMBIA - DICIEMBRE 2009.

Taxonomía II de la NANDA 2009-2011. {En línea}. {12 junio de 2015} disponible en: (http://www.taxonomiaenfermera.com/pag/diagnosticos_necesidades.html).

Tu nutrición saludable, {En línea}. {24 octubre de 2014} disponible en: (<http://tunutricionsaludable.blogspot.com/2008/07/>).

VELANDIA ARIAS, Anita. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA) segunda versión en español adaptada para la población colombiana. {En línea}. {19 septiembre de 2014} disponible en: (<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12953/13548>).

VELANDIA ARIAS, Anita. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular que Asisten a consulta externa en el Hospital Tunjuelito. Bogotá. 2008. Trabajo de grado presentado para optar al título de magíster en enfermería con énfasis en Cuidado cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería p.159

VILLALOBOS DE, María Mercedes. Diseños de Investigación. Material preparado para la asignatura. Seminario de Investigación I. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1990.

Wikipedia. Cafeína. {En línea} {15 junio de 2015} disponible en: (<https://es.wikipedia.org/wiki/Cafe%C3%ADna>).

ANEXOS

Anexo 1.Escala de Requisitos de Autocuidado Universal ERA

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO I,II, III: MANTENIMIENTO DE UN APOORTE DE AIRE,AGUA Y ALIMENTOS

1.La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria

1	Muy adecuado	Es capaz de realizar gran actividad física de esfuerzo o subir dos o más pisos sin mostrar signos de fatiga respiratoria.
2	Adecuado	Es capaz de realizar gran actividad física de esfuerzo o subir dos o más pisos presentando ligera fatiga física.
3	Regular	Es capaz de realizar gran actividad física moderada (subir un piso) presentando ligera fatiga respiratoria.
4	Inadecuado	Presenta signos de fatiga respiratoria simplemente cuando realiza varias actividades de la vida diaria (vestirse, ducharse, hacerse la cama).
5	Muy inadecuado	Es incapaz (no puede) de realizar actividades de la vida diaria.

2. Consumo de Tabaco

1	Muy adecuado	No consume
2	Adecuado	Consume esporádicamente (en ocasiones puntuales reuniones familiares, bodas).
3	Regular	Consume menos de cinco cigarrillos/ día.
4	Inadecuado	Consume de cinco a veinte cigarrillos día.
5	Muy inadecuado	Consume más de veinte cigarrillos /día.

3. ¿Ingiere la persona un aporte adecuado de líquidos? Se considera un aporte diario adecuado de líquidos cuando la persona bebe entre 1 y 2 litros de líquido (agua, cualquier líquido).

1	Muy adecuado	Siempre bebe entre uno y dos litros de líquidos al día.
2	Adecuado	Casi siempre bebe entre uno y dos litros de líquidos al día.
3	Regular	Entre 0,5 – 1 litro o > 2,5-3 litros.
4	Inadecuado	Casi diariamente bebe más de tres litros.
5	Muy inadecuado	Bebe diariamente más de 3 litros.

4. ¿Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada? (Conoce diferentes grupos de alimentos y las cantidades adecuadas) Como se valora conocimientos se debe tener en cuenta si la persona sabe en qué consiste una dieta equilibrada, porque tiene que comer de todos los alimentos, cuales son aquellos que no debería consumir (grasas). Es necesario, realizar una serie de preguntas con la finalidad de averiguar el nivel de conocimiento que tiene en relación a una dieta equilibrada.

1	Conocimientos excelentes	Describe diferentes grupos de alimentos y cantidades recomendadas.
2	Conocimientos suficientes	Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y conoce aproximadamente las cantidades recomendadas (clasifica los alimentos a partir de ejemplos).
3	Moderadamente suficientes	Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.
4	Conocimientos insuficientes	Tiene dificultades para clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.
5	Desconocimiento	Es incapaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO I,II, III: MANTENIMIENTO DE UN APOORTE DE AIRE,AGUA Y ALIMENTOS

5. ¿La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria? Se valora si su peso corresponde con su altura, edad, sexo y actividad física. También se tendrá en cuenta si los platos son abundantes, si repite, si come o pica fuera de las comidas, si suele dejar comida en el plato, si se salta comidas, si introduce todos los grupos en su dieta.

1	Muy adecuada	Siempre es muy adecuada.
2	Adecuada	Casi siempre la cantidad de alimentos ingerida es adecuada “solo un día a la semana realiza una ingesta inadecuada”
3	Regular	La cantidad de alimentos ingerida regularmente es adecuada “entre dos y tres días a la semana realiza ingestas inadecuadas”
4	Inadecuada	La cantidad de alimentos ingerida es inadecuada “cuatro o más días a la semana realiza ingestas inadecuadas ”
5	Muy inadecuada	La cantidad de alimentos ingerida es muy inadecuada “cada día realiza ingestas inadecuadas”

6. ¿Tiene la persona los conocimientos y habilidades suficientes para PREPARARSE la comida cuando precisa?

1	Conocimientos y habilidades excelentes	(Ej. Dispone de todos los conocimientos para elaborar la comida y normalmente se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa “vive solo”).
2	Conocimientos suficientes	(Ej. Solo tiene conocimientos para preparar un menú repetitivo y limitado aunque normalmente se prepara el desayuno, comida y cena).
3	Moderadamente suficientes	(Ej. Dispone parcialmente de conocimientos para elaborar las comidas y es capaz de preparar comidas sencillas, como por ejemplo, ensaladas, comidas pre-cocinadas...)
4	Conocimientos y	(Ej. Dispone parcialmente de conocimientos para elaborar

	habilidades insuficientes	las comidas aunque normalmente no se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa).
5	Desconocimiento y discapacidad total	(Ej. No dispone de conocimientos para elaborar la comida y no se prepara ninguna comida).

REQUISITO DE AUTOCUIDADO IV. PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN

7. ¿Tiene problemas la persona para el control del esfínter urinario?

1	Muy adecuada	Tiene control total de los esfínteres
2	Adecuada	Esporádicamente en las dos últimas semanas ha tenido la noche/día algún episodio de incontinencia.
3	Regular	Ocasionalmente ha tenido periodos de incontinencia relacionada sobre todo con cambios en el tratamiento o alguna situación estresante....
4	Inadecuada	Casi diariamente (más de dos episodios semanalmente).
5	Muy inadecuada	Diariamente presenta micciones involuntarias durante la noche/día.

REQUISITO DE AUTOCUIDADO V: MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL DESCANSO

9. La persona tiene conocimientos para mantener un hogar saludable (limpieza, cuidado de la ropa del hogar, barrer, fregar, limpiar el polvo”, “usar lavadora/lavar, planchar”).

1	Muy adecuada	Sabe cómo realizar todas las tareas domesticas
2	Adecuada	Sabe realizar casi todas.
3	Regular	Sabe realizar alguna de ellas.
4	Inadecuada	No sabe realizar casi ninguna.
5	Muy inadecuada	No sabe cómo realizar ninguna.

10. La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener un lugar saludable.

1	Muy adecuada	Diariamente.
2	Adecuada	Casi diariamente.
3	Regular	Ocasionalmente.
4	Inadecuada	Casi nunca.
5	Muy inadecuada	Nunca.

11. Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas.

1	Muy adecuada	Realiza fácilmente las tareas domésticas por iniciativa propia (sin necesidad de que se tenga que recordar).
2	Adecuada	Alguna vez se le tiene que recordar y realiza todas las actividades.
3	Regular	A menudo se le debe recordar y realiza todas las actividades.
4	Inadecuada	Siempre se le debe recordar que ha de realizar las

5	Muy inadecuada	actividades, y solo realiza algunas. No las realiza incluso recomendándose.
---	-----------------------	--

12. Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar (trabajo, pre-laboral, centro de día, actividades deportivas, paseos, actividades comunitarias o formativas).

1	Muy adecuada	Siempre las cumple.
2	Adecuada	Casi siempre.
3	Regular	Ocasionalmente.
4	Inadecuada	Casi nunca.
5	Muy inadecuada	No las cumple.

13. Grado de motivación de las actividades fuera del hogar (trabajo, pre-laboral, centro de día, actividades deportivas, paseos, actividades comunitarias o formativas).

1	Muy adecuada	Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia.
2	Adecuada	Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia (en algunas ocasiones se le tiene que recordar).
3	Regular	Cumple sus actividades programadas bajo supervisión.
4	Inadecuada	No cumple sus actividades programadas (incluso bajo supervisión).
5	Muy inadecuada	No realiza ninguna actividad y no tiene motivación para iniciar alguna.

14. Habito de sueño – reposo ¿Tiene la persona dificultades para conciliar, mantener y/o tener un sueño reparador?

1	Muy adecuada	No tiene dificultades para conciliar el sueño (antes de treinta minutos) y siempre duerme de seis – nueve horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien).
2	Adecuada	Casi nunca tiene dificultad para conciliar el sueño, y habitualmente duerme de seis– nueve horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien).
3	Regular	En ocasiones tiene dificultades para conciliar y/ o mantener el sueño durante la noche y habitualmente tiene la sensación subjetiva de haber descansado bien.
4	Inadecuada	Casi siempre tiene dificultad para conciliar y mantener el sueño durante la noche y no tiene la sensación subjetiva de haber descansado bien y compensa con sueños a lo largo del día
5	Muy inadecuada	Siempre tiene dificultad para conciliar el sueño y para mantenerlo o presenta alteraciones importantes en el ritmo circadiano (↓↑). Duerme un exceso de horas (14 o más horas).

REQUISITO DE AUTOCUIDADO VI: MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL

15. Grado de la interacción social (valora las dificultades en la interacción tiene contactos con familiares y / o amigos y otras persona de su entorno, amistades (aquí se debe incluir también si el usuario se relaciona con las posibles personas con las que conviva, como por ejemplo si come con ellos, conversaciones espontaneas).

1	Muy adecuada	Mantiene contactos sin ninguna dificultad con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos).
2	Adecuada	Mantiene con cierta dificultad contacto con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos)
3	Regular	Mantiene contactos con alguna dificultad, las mantiene únicamente con personas muy significativas (familia personas con las que convive)
4	Inadecuada	Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas.
5	Muy inadecuada	No mantiene contactos incluso con personas significativas.

16. Grado de satisfacción de las relaciones sociales (satisfacción la persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares otras personas del entorno).

1	Muy satisfecho	La persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares otras personas del entorno.
2	Bastante Satisfecho	La persona se siente comprendida, valorada y apoyada por algunos familiares, amigos y otras personas del entorno.
3	Algunas veces satisfecho	La persona en lagunas ocasiones se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos u otras personas del entorno.
4	Insatisfecho	La persona se siente incomprendida, infravalorada y poco apoyada por la mayoría de sus familiares, amigos u otras personas del entorno.
5	Indiferente	No sabe evaluar las relaciones sociales.

17. Tiene la persona Tiene la persona dificultad para mantener relaciones de amistad o de pareja.

1	Muy adecuada	Mantiene sin ninguna dificultad las relaciones. (Contactos periódicos con varias personas. Ej. Llamadas telefónicas y encuentros).
2	Adecuada	Mantiene con cierta dificultad las relaciones. (Contactos periódicos con varias personas. Ej. Llamadas telefónicas y encuentros).
3	Regular	Mantiene con muchas dificultades las relaciones. (Contactos esporádicos con una sola persona).
4	Poco adecuada	Le cuesta mantener las relaciones (no tiene capacidad de mantener relaciones).
5	Inadecuada	Evita y no tiene capacidad de mantener (no mantiene relaciones y evita tenerlas).

REQUISITO DE AUTOCUIDADO VII: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

18. La persona realiza una higiene adecuada (incluye la higiene dental, sudoración

excesiva, olor corporal, cambio de ropa, desodorante).

1	Muy adecuada	Se asea diariamente de manera de adecuada, de forma autónoma.
2	Adecuada	Casi diariamente de manera de adecuada, de forma autónoma.
3	Regular	Alguna dificultad en el aseo tanto en la frecuencia, como en la calidad, en ocasiones precisa supervisión
4	Poco adecuada	Muchas dificultades en el aseo personal tanto en la frecuencia, en la calidad, en ocasiones precisa supervisión.
5	Muy inadecuada	Dificultad muy importante en el aseo personal, dependencia total para mantener hábitos de higiene adecuados.

19. Usa la persona una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar

1	Muy adecuada	Siempre vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.
2	Adecuada	Casi siempre limpia y adecuada al tiempo y lugar
3	Regular	Vestimenta limpia pero poco adecuada al tiempo y lugar y / o extravagante.
4	Poco adecuada	Vestimenta sucia y poco adecuada al tiempo y lugar y / o extravagante.
5	Muy inadecuada	Vestimenta sucia y muy inadecuada al tiempo y lugar y / o extravagante.

20. ¿Reconoce la persona los síntomas de alteraciones en su condición de salud y tiene la capacidad para solicitar la ayuda correspondiente?

1	Muy adecuada	Sabe reconocer los síntomas de alteración y es capaz de solicitar ayuda.
2	Adecuada	Tiene alguna dificultad para identificar los síntomas de alteración correctamente y es capaz de solicitar ayuda a pesar de tener dudas.
3	Regular	Tiene alguna dificultad para identificar los síntomas de alteración correctamente y no siempre solicita ayuda.
4	Poco adecuada	Tiene dificultad para identificar los síntomas de alteración y es incapaz de solicitar ayuda.
5	Inadecuada	No sabe reconocer síntomas de alteración y es incapaz de solicitar ayuda.

21. Grado de cumplimiento, manejo del tratamiento farmacológico En este apartado se puede valorar el interés y la intención en cumplir un tratamiento.

1	Muy adecuado	Siempre lo cumple de forma autónoma: dosis, horario de las tomas.
2	Adecuado	Casi m lo cumple, pero en ocasiones precisa supervisión.
3	Regular	Acepta pasivamente la pauta prescrita.
4	Inadecuado	Muestra resistencia para aceptar el tratamiento.
5	Muy inadecuado	Nunca cumple. Abandono del tratamiento.

REQUISITO DE AUTOCUIDADO VII: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

22. Grado de cumplimiento, controles de seguimiento.

1	Muy adecuado	Acude de forma autónoma a los controles de seguimiento.
2	Adecuado	Casi siempre acude, pero en ocasiones precisa supervisión.
3	Regular	Acude con dificultad a los controles de seguimiento, precisa supervisión.
4	Inadecuado	Casi nunca acude a los controles de seguimiento, estrecha supervisión.
5	Muy inadecuado	Nunca acude a los controles programados, desvinculación.

23. ¿Consume la persona sustancias tóxicas? (se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervioso central por consumo de sustancias).

1	Muy adecuado	No consume ninguna sustancia.
2	Adecuado	No consume pero con anterioridad ha consumido puntualmente.
3	Regular	Consume puntualmente.
4	Inadecuado	Consume casi diariamente.
5	Muy inadecuado	Consume diariamente.

24. ¿Reconoce la persona los riesgos de sustancias tóxicas? (se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervioso central por consumo de sustancias).

1	Muy adecuado	La persona reconoce todos los riesgos.
2	Adecuado	La persona reconoce casi todos los riesgos.
3	Regular	La persona no reconoce casi ninguno.
4	Inadecuado	La persona no reconoce ninguno.
5	Muy inadecuado	Considera positivo el consumo de tóxicos.

25. ¿Consume la persona bebidas excitantes (café, Coca-Cola, té, red-Bull...)

1	Muy adecuado	La persona no consume bebidas excitantes.
2	Adecuado	Consumo leve (entre una y dos bebidas).
3	Regular	Consumo moderado (entre tres y cuatro bebidas).
4	Inadecuado	Consumo excesivo (entre cinco y ocho bebidas).
5	Muy inadecuado	Consumo muy excesivo (más de 8 bebidas excitantes).

26. El paciente conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

1	Muy adecuado	Tiene los conocimientos.
2	Adecuado	Tiene casi todos los conocimientos.
3	Regular	Tiene algunos conocimientos.
4	Inadecuado	No tiene casi ninguno.
5	Muy inadecuado	No los tiene.

REQUISITO DE AUTOCUIDADO VII: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

27. Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

1	Muy adecuado	Siempre los utiliza o los utilizará.
2	Adecuado	Casi siempre los utiliza.
3	Regular	En algunas ocasiones no los utiliza.
4	Inadecuado	Casi nunca los utiliza.
5	Muy inadecuado	No los utiliza nunca.

28. ¿siente la persona ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana?

1	Muy adecuado	La ansiedad no interfiere en las actividades de la vida diaria.
2	Adecuado	Casi nunca interfiere.
3	Regular	En algunas ocasiones interfiere.
4	Inadecuado	Casi nunca interfiere.
5	Muy inadecuado	Ansiedad es paralizante.

29. ¿siente la persona ansiedad cuando se encuentra en contacto con otras personas?

1	Muy adecuado	Nunca.
2	Adecuado	Casi nunca.
3	Regular	En algunas ocasiones.
4	Inadecuado	Casi siempre.
5	Muy inadecuado	Siempre.

REQUISITO DE AUTOCUIDADO VIII: PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DEL DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES

30. ¿Tiene la persona las habilidades para manejar adecuadamente los recursos económicos?

1	Muy adecuado	Los maneja adecuadamente de forma autónoma.
2	Adecuado	No tiene dificultades puntualmente necesita ayuda.
3	Regular	Tiene alguna dificultad, generalmente necesita supervisión.
4	Inadecuado	Incapaz de manejarlos, precisa de supervisión continua.
5	Muy inadecuado	Incapaz, precisa de supervisión legal (incapacitación).

31. En general ¿manifiesta la persona sentirse satisfecha con el desarrollo de sus roles?

1	Muy adecuado	Manifiesta sentirse siempre satisfecho.
2	Adecuado	Manifiesta sentirse casi siempre satisfecho.
3	Regular	Manifiesta sentirse a menudo satisfecho.
4	Inadecuado	Manifiesta sentirse en pocas ocasiones.
5	Muy inadecuado	Manifiesta sentirse nunca o casi nunca satisfecho.

REQUISITO DE AUTOCUIDADO VIII: PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DEL DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES

32. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para asumir roles? (dificultades con día a día).

1	Muy adecuado	Manifiesta no tener dificultades.
2	Adecuado	Manifiesta tener pocas dificultades.
3	Regular	Manifiesta tener bastantes dificultades.
4	Inadecuado	Manifiesta tener muchas dificultades.
5	Muy inadecuado	Manifiesta ser incapaz de asumir su rol social

33. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana?

1	Muy adecuado	Nunca tiene dificultades.
2	Adecuado	Casi nunca tiene dificultades.
3	Regular	Algunas veces tiene dificultades.
4	Inadecuado	Casi nunca tiene dificultades.
5	Muy inadecuado	Siempre tiene dificultades.

34. ¿Tiene la capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas? (celebraciones familiares, viajes, reuniones, fiestas de la comunidad...)

1	Muy adecuado	Las afronta sin ninguna dificultad.
2	Adecuado	Las afronta casi siempre sin ninguna dificultad.
3	Regular	Las afronta con bastantes dificultades.
4	Inadecuado	Las afronta con muchas dificultades evitando alguna situación.
5	Muy inadecuado	Evita siempre las situaciones.

35. ¿Está la persona interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria nuevas conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida? (si lo tuviera recoger ejemplos)

1	Muy adecuado	Está muy interesada o motivada.
2	Adecuado	Está interesada o motivada.
3	Regular	Está poco interesada o motivada.
4	Inadecuado	No verbaliza ningún interés o motivación.
5	Muy inadecuado	Se niega a realizar cualquier cambio en sus conductas.

Anexo 2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CODIFICACIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE						
FBC	Son condiciones internas y externas de la persona que afectan la capacidad del autocuidado	Cuantitativa	Nominal. Ordinal.	Descriptivo de la persona	Entrevista.	<p>Edad.</p> <p>Género:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Masculino. > Femenino. <p>Socioeconómico</p> <p>Nivel educativo.</p> <p>Estrato social.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Estrato 1 > Estrato 2 > Estrato 3 <p>Grupo poblacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Desplazado > Otros grupos poblacionales > Gestantes. <p>Situación laboral.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Empleado > Desempleado <p>Sociocultural</p> <p>Pertenencia étnica Creencias religiosas.</p> <p>Familiares</p> <p>Persona con la que vive. Tipo de familia</p> <p>Condiciones de la vivienda</p> <p>Presencia de humo Presencia de animales Condiciones de la vivienda</p>
FBC	Son condiciones internas y externas de la persona que afectan la capacidad del autocuidado	Cuantitativa	Nominal.	Del patrón de vida	Entrevista.	<p>Medidas de autocuidado</p> <p>Uso métodos prevención ETS</p> <p>Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> > Cantidad adecuada > Horarios adecuados > Consumo de líquidos > Consumo de fibra <p>Tamizajes</p> <ul style="list-style-type: none"> > Mama > Citología > Testículos <p>Hábitos Nocivos</p> <p>A. Tóxicos</p> <ul style="list-style-type: none"> > Alcohol > Tabaco > Bebidas excitantes > Sustancias tóxicas > Fumador pasivo <p>B. de Riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> > No realizar ejercicio > No dormir bien > No usar métodos prevención ETS <p>Responsabilidades</p> <p>Rol que desempeña</p> <p>Relaciones</p> <p>Pertenencia a grupos Mantenimiento de relaciones</p>


Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador	Fuente de Verificación	Codificación
VARIABLE INDEPENDIENTE						
FBC	Son condiciones internas y externas de la persona que afectan la capacidad del autocuidado	Cuantitativa	Nominal.	del Sistema de salud y del estado de Salud	Entrevista.	Sistema de salud Entidad de salud Características del servicio <ul style="list-style-type: none"> ➤ Accesibilidad. ➤ Horarios adecuados. ➤ Agilidad trámites. De estado de salud <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estado de salud. ➤ Presencia Patologías. ➤ Clase patología. ➤ Tratamiento patología.
		Cualitativa	Nominal.	Del estado de desarrollo.		Estado del desarrollo <ul style="list-style-type: none"> ➤ Etapa ciclo individual ➤ Estado del desarrollo Capacidad de autogobierno <ul style="list-style-type: none"> ➤ Higiene adecuada ➤ Vestimenta limpia y adecuada ➤ Realización de tareas domésticas ➤ Toma de propias decisiones ➤ Manejo recursos económicos ➤ Afrontamiento nuevas situaciones. Factores de autogobierno <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocimiento ➤ Motivación
		Cuantitativa	Nominal.	Del estado de desarrollo		Factores de autogobierno <ul style="list-style-type: none"> ➤ Interacción social ➤ Satisfacción en relaciones sociales ➤ Cumplimiento <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratamiento ✓ Controles ➤ Actividades fuera de casa hogar Potencial de desarrollo Satisfacción desempeño de roles Interés/motivación por aprender Reconocimiento riesgos sustancias tóxicas Reconocimiento síntomas de descompensación
FBC POR RAU	Son condiciones internas y externas de la persona que afectan la capacidad del autocuidado por RAU Aire, Agua y alimentos	Cualitativa	Nominal	RAU: Aire, Agua, Alimentos.	Entrevista	Condiciones de la vivienda <ul style="list-style-type: none"> ➤ Humo en la vivienda Hábitos nocivos <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tabaquismo ➤ Fumador Pasivo ➤ Consumo bebidas energéticas De Riesgo Alimentación <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cantidad inadecuada ➤ Horarios inadecuados ➤ Consumo de líquidos inadecuado ➤ Consumo de fibra inadecuado ➤ No realizar ejercicio
		Cualitativa	Nominal	RAU: Aire, Agua, Alimentos.		Factores de autogobierno <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantenimiento hogar saludable ➤ Realizar dieta equilibrada ➤ Preparación comida sobre sustancias tóxicas Estado de salud Presencia Patologías <ul style="list-style-type: none"> ➤ Asma, fatiga, Ansiedad ➤ Ca gástrico, Gastritis, Colon irritable ➤ HTA, cardiopatías, ulcera varicosa ➤ DM, Hiperlipidemias
		Cualitativa	Nominal	RAU: eliminación Urinaria e Intestinal.		Grupo poblacional <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestante Condiciones de la Vivienda <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presencia de humo Patrón de vida Hábitos nocivos <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tóxicos ➤ Consumo excesivo de alcohol ➤ Consumo bebidas energéticas. ➤ Dieta inadecuada ➤ Ingesta inadecuada de líquidos

Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador	Fuente de Verificación	Codificación
VARIABLE INDEPENDIENTE						
FBC por RAU	Son condiciones internas y externas de la persona que afectan la capacidad del autocuidado de los RAU	Cualitativa	Nominal	RAU: eliminación Urinaria e Intestinal.	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aporte insuficiente de fibra ➤ No realizar ejercicio Estado de salud Consumo medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ diuréticos Patología Ansiedad
		Cualitativa	Nominal	RAU: Actividad y reposo.		Situación laboral Grupo poblacional Pertenencia a grupos Estado de salud Presencia Patologías <ul style="list-style-type: none"> ➤ Asma, fatiga, Ansiedad ➤ Ca gástrico, Gastritis, Colon irritable ➤ HTA, cardiopatías, ulcera varicosa ➤ ansiedad, sueño no reparador Tratamiento con Antidiuréticos
		Cualitativa	Nominal	RAU: Soledad y la Comunicación social		Nivel educativo. Situación laboral. Persona con la que convive Relaciones sociales Pertenencia a grupos Mantenimiento de relaciones Grado de interacción social Grado de satisfacción relaciones sociales Actividades fuera del hogar


Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador	Fuente de Verificación	Codificación
VARIABLE INDEPENDIENTE						
FBC por RAU	Son condiciones internas y externas de la persona que afectan la capacidad del autocuidado de los RAU	Cualitativa	Nominal	RAU: prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano	Entrevista	Condiciones de la vivienda Medidas de autocuidado <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tamizajes: mama, testículos y citología Factores de riesgo. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alimentación inadecuada ➤ No usar métodos de prevención ETS ➤ Consumo Excesivo de Alcohol Estado de salud. Presencia Patologías. Preparación comida.
		Cualitativa	Nominal	RAU: promoción del funcionamiento humano y el desarrollo		Nivel educativo Factores de autogobierno <ul style="list-style-type: none"> ➤ Toma de propias decisiones ➤ Manejo recursos económicos ➤ Afrontamiento de nuevas situaciones Satisfacción desempeño roles Interés/motivación por aprender.

Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador	Fuente de Verificación	Codificación
VARIABLES DEPENDIENTES						
Déficit de autocuidado	Se refiere a la condición de los sujetos en la que son incapaces de asumir su autocuidado en forma eficaz.	Cualitativa	Nominal	Deficit Global	Escala ERA	Muy adecuada (1) Adecuada (2) Regular (3) Inadecuada (4) Muy inadecuada (5)
		Cualitativa	Nominal	Deficit por RAU		
		Cualitativa	Nominal	Capacidades de autocuidado global	Escala ASA	Muy bajas (1) Bajas (2) Buenas (3) Muy buenas (4)
		Cualitativa	Nominal	Capacidades de autocuidado por RAU		
Sistemas de Enfermería	Serie continua de acciones mediante la cual se regula las capacidades del paciente para comprometerlo en su autocuidado.	Cualitativa	Nominal	Actuación de Enfermería	Formato	Sistema totalmente compensatorio.
		Cualitativa	Nominal	Tipo de sistema		Sistema parcialmente compensatorio.
		Cualitativa	Nominal	Método de ayuda		Sistema de Apoyo – Educativo.


Anexo 6. Ficha de valoración

 INSTRUMENTO DE VALORACION DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM UNIVERSIDAD DEL CAUCA			
SECCIÓN A			
FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO			
1. DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA			
1.1 Nombres y apellidos del paciente:			1.2 Teléfono:
1.3 Edad:	1.4 Unidad de medida de la edad: <input type="radio"/> 1 - Años <input type="radio"/> 2 - Meses <input type="radio"/> 3 - Días		1.5 Sexo: <input type="radio"/> F. Femenino <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> No informado
1.6 Departamento y municipio de procedencia		1.7 Departamento y municipio de residencia	
1.9 Dirección/Barrio de residencia			1.8 Idioma <input type="radio"/> Guayano <input type="radio"/> Nupak <input type="radio"/> Otro: _____
1.10 Estrato Social:			
1.11 Grupo poblacional			
<input type="radio"/> 1. Discapacitados <input type="radio"/> 2. Mujeres <input type="radio"/> 3. Sectaristas <input type="radio"/> 4. Población infantil a cargo del ICBF <input type="radio"/> 5. Desmovilizados <input type="radio"/> 6. Víctima de violencia armada <input type="radio"/> 7. Desplazado <input type="radio"/> 8. Carcaranico <input type="radio"/> 9. Indígenas <input type="radio"/> 10. Madres comunitarias <input type="radio"/> 11. Centros prepaquitos <input type="radio"/> 12. Otros grupos poblacionales			
1.12 Pertenencia étnica <input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 2. ROM, Gitano <input type="radio"/> 3. Nalca <input type="radio"/> 4. Negro, marino, afro colombiano <input type="radio"/> 5. Palenquero <input type="radio"/> 6. Otro			
1.13 Creencia religiosa		1.14 Escolaridad	
<input type="radio"/> 1. Católica romana <input type="radio"/> 3. Protestante <input type="radio"/> 5. Otro <input type="radio"/> 2. Cristiana <input type="radio"/> 4. Ninguna		<input type="radio"/> 1. Ninguna <input type="radio"/> 4. Superior <input type="radio"/> 2. Primaria <input type="radio"/> 5. Sin información <input type="radio"/> 3. Secundaria	
1.15 Sistema familiar			
1. Rol que desempeña en la familia		2. Personas Significativas	3. Personas con quien vive
1.16 Etapas del desarrollo <input type="radio"/> 1. Prenatal <input type="radio"/> 2. Infancia <input type="radio"/> 3. Niñez <input type="radio"/> 4. Adolescencia <input type="radio"/> 5. Juventud <input type="radio"/> 6. Adultez <input type="radio"/> 7. Ancianidad			
1.17 Sistema de apoyo (Eco-mapa) <input type="radio"/> 1. Familiar <input type="radio"/> 2. Personas cercanas <input type="radio"/> 3. Vecinarios <input type="radio"/> 4. Otros			
1.18 Características de la vivienda:			
Techo <input type="radio"/> 1. Znc <input type="radio"/> 1. Balsa <input type="radio"/> 1. Ladrillo <input type="radio"/> 1. Gas <input type="radio"/> 1. Adoquada <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. Derril <input type="radio"/> 2. Cemento <input type="radio"/> 2. Sábano <input type="radio"/> 2. Energía <input type="radio"/> 2. Inadecuada <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Otros <input type="radio"/> 3. Otros <input type="radio"/> 3. Otros <input type="radio"/> 3. Otros		Hacinamiento <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	
Piso <input type="radio"/> 1. Balsa <input type="radio"/> 1. Ladrillo <input type="radio"/> 1. Gas <input type="radio"/> 1. Adoquada <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. Derril <input type="radio"/> 2. Cemento <input type="radio"/> 2. Sábano <input type="radio"/> 2. Energía <input type="radio"/> 2. Inadecuada <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Otros <input type="radio"/> 3. Otros <input type="radio"/> 3. Otros <input type="radio"/> 3. Otros		Servicios básicos <input type="radio"/> 1. Acueducto <input type="radio"/> 2. Alcantarillado <input type="radio"/> 3. Energía <input type="radio"/> 4. Recolección basuras <input type="radio"/> 5. Transportación	
Paredes <input type="radio"/> 1. Ladrillo <input type="radio"/> 1. Gas <input type="radio"/> 1. Adoquada <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. Sábano <input type="radio"/> 2. Energía <input type="radio"/> 2. Inadecuada <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. Otros <input type="radio"/> 3. Otros <input type="radio"/> 3. Otros <input type="radio"/> 3. Otros		¿Hay animales en la casa? <input type="radio"/> 1. Perro <input type="radio"/> 5. Perros <input type="radio"/> 2. Gato <input type="radio"/> 6. Ninguno <input type="radio"/> 3. Bovino <input type="radio"/> 7. Otros <input type="radio"/> 4. Equino	
Cocina con Ventilación <input type="radio"/> 1. Adoquada <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. Inadecuada <input type="radio"/> 2. No		1.19 Nivel económico Situación laboral <input type="radio"/> 1. Empleado <input type="radio"/> 2. Desempleado	
Recursos económicos <input type="radio"/> 1. Escaso <input type="radio"/> 2. Suficiente <input type="radio"/> 3. Abundante		Ingresos familiares <input type="radio"/> 1. Único <input type="radio"/> 2. Múltiple	
1.20 Recursos sociales disponibles Pertenece a algún grupo: <input type="radio"/> 1. Junta de acción comunal <input type="radio"/> 2. Grupo de la edad <input type="radio"/> 3. Grupo de baile <input type="radio"/> 4. Grupo de recreación <input type="radio"/> 5. Otro		Su relación con ellos es <input type="radio"/> 1. Buena <input type="radio"/> 1. Mala <input type="radio"/> 2. Regular	
2. FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO DEL PATRÓN DE VIDA			
2.1 Estilo de vida		2.2 Exámenes e higienizajes	
Fuma <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No de cigarrillos/via		Autosexamen de mama <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	
Consumo de alcohol <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No		Citología vaginal <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 1. Hace 1 año <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 2. Más de 1 año	
Fumador pasivo <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No		Citología resultado: Autosexamen de testículo <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	
Ejercicio físico <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No		Frecuencia <input type="radio"/> 1. Diario <input type="radio"/> 2. Semanal <input type="radio"/> 3. Mensual <input type="radio"/> 4. Ocasional <input type="radio"/> 4. Otro	
2.3 Hábitos de higiene			
8.1 Se cepilla los dientes v/día		8.2 Usa seda dental	8.3 Visita al dentólogo
<input type="radio"/> 1. vez <input type="radio"/> 3. veces <input type="radio"/> 2. veces <input type="radio"/> 4. Ninguna		<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
2.4 Hábitos de alimentación			
Horario de comidas		Ingiere abundantes líquidos	Ingiere abundante fibra
<input type="radio"/> 1. Desayuno 7-9h <input type="radio"/> 3. Almuerzo 11-1h <input type="radio"/> 5. Comida 5-7h <input type="radio"/> 2. Otro _____ <input type="radio"/> 4. Otro _____ <input type="radio"/> 6. Otro _____		<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No


Anexo 3. Continuación...

 INSTRUMENTO DE VALORACION DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM UNIVERSIDAD DEL CAUCA		
2.5 Descripción de un día cotidiano		
2.6 Responsabilidad que cumple dentro de su hogar <input type="radio"/> 1. Cabeza de familia <input type="radio"/> 4. Part de cuidado <input type="radio"/> 2. Suministrador de recursos <input type="radio"/> 5. Otro <input type="radio"/> 3. Estudiante	2.7 Me acepto como soy <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	2.8 Debilidades _____ 2.9 Fortalezas _____
3. FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO DEL PATRON DEL ESTADO DE SALUD		
3.1 Condiciones de salud <input type="radio"/> 1. Buena <input type="radio"/> 2. Enferma	3.2 Motivo consulta _____ 3.4 Enfermedad Actual _____	3.3 Antecedentes Familiares _____ 3.5 Antecedentes personales _____
3.6 Se encuentra en tratamiento <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	3.7 Tratamiento farmacológico exclusivo _____ 3.10 Tratamiento terapéutico _____	3.8 Polifarmacia _____ 3.11 Alergias conocidas: _____
3.9 Abandono de tratamiento <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	3.12 Problemas de salud <input type="radio"/> 1. Crónica <input type="radio"/> 2. Aguda <input type="radio"/> 3. Sin terminal	3.13 Grado de conocimiento de la enfermedad <input type="radio"/> 1. Completo <input type="radio"/> 3. Escaso <input type="radio"/> 2. Medio <input type="radio"/> 4. Ninguna
3.14 Afrontamiento de su problema de salud <input type="radio"/> 1. Aceptación <input type="radio"/> 2. Negación 3.15 Percepción sobre su problema de salud _____	3.16 Capacidad para AC <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	3.17 Actitud ante la intervención de enfermería <input type="radio"/> 1. Buena <input type="radio"/> 2. Aceptable <input type="radio"/> 3. Mala <input type="radio"/> 4. Pésima
4. CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SALUD		
4.1 Nombre de la administradora de servicios de salud _____	4.2 Tipo de régimen en salud <input type="radio"/> P. Exclusión <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> R. No asegurado <input type="radio"/> E. Especial <input type="radio"/> S. Subsidado	Accesibilidad 4.3 Geográfica 4.4 Telefónica <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No 4.5 Tiempo de espera en las citas médicas es adecuado <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
4.6 Agilidad en diligenciamiento de trámites <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	4.7 Horarios establecidos adecuados <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	4.8 A dejado de asistir alguna vez a un control médico <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No Por que _____
4.9 El personal de salud está disponible cuando usted lo necesita <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	4.10 El personal de salud soluciona los problemas de salud cuando los plantea <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	4.11 El personal de salud es amable y me trata con cortesía <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
4.12 El personal de salud me atiende de manera reservada/serena <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	4.13 Entiendo cuando me explican las cosas <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	4.14 El personal de salud me atiende en un sitio adecuado, limpio, ordenado <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
4.15 La información suministrada sobre la enfermedad es <input type="radio"/> 1. Verbal <input type="radio"/> 2. Escrita <input type="radio"/> 3. No responde	5. CARACTERISTICAS DEL ESTADO DEL DESARROLLO	
5.1 Dependiente <input type="radio"/> 5.2 Independiente	5.3 Capacidad cognitiva <input type="radio"/> Adecuada <input type="radio"/> Inadecuada	5.4 Manejo adecuado de emociones <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
5.5 Alteraciones de la movilidad <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	5.6 Alteraciones de la movilidad <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	5.7 Aislamiento <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No 5.8 Interacción con los demás <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No
5.9 Participa en la toma de decisiones <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No		


Anexo 3. Continuación...

 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DESDE EL ENFOQUE DE DORÓTHEA OREM UNIVERSIDAD DEL CAUCA	
SECCION B ESCALA DE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (ERA)	
6. REQUISITO DE AUTOCUIDADO I H Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos.	
6.1. La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria. <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1. Es capaz de realizar gran actividad física de esfuerzo o salir dos o más veces en mostrar signos de fatiga respiratoria. <input type="radio"/> 2. Es capaz de realizar gran actividad física de esfuerzo o salir dos o más veces presentando ligera fatiga respiratoria. <input type="radio"/> 3. Es capaz de realizar gran actividad física moderada (salir un poco) presentando ligera fatiga respiratoria. <input type="radio"/> 4. Presenta signos de fatiga respiratoria simplemente cuando realiza estas actividades de la vida diaria (vestirse, ducharse, hacer la cama). <input type="radio"/> 5. Es incapaz (en parte) de realizar la actividades de la vida diaria. 	6.2 Consumo de tabaco <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1. No consume <input type="radio"/> 2. Consumo esporádicamente (en ocasiones partiendo, reuniones familiares, fiestas) <input type="radio"/> 3. Consumo menor de cinco cigarrillos día <input type="radio"/> 4. Consumo de cinco a veinte cigarrillos día <input type="radio"/> 5. Consumo más de veinte cigarrillos día
6.4. ¿Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada? (conoce diferentes grupos de alimentos y las cantidades adecuadas) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1. Describe diferentes grupos de alimentos y cantidades recomendadas <input type="radio"/> 2. Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y conocer aproximadamente las cantidades recomendadas (clasifica los alimentos a partir de ejemplos) <input type="radio"/> 3. Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y en conocer las cantidades recomendadas <input type="radio"/> 4. Tiene dificultades para clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas <input type="radio"/> 5. Es incapaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas 	6.3. ¿Regiere la persona un aporte adecuado de líquidos? (Se considera un aporte diario adecuado de líquidos, cuando la persona bebe entre uno y dos litros de líquidos.) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1. Siempre bebe entre uno y dos litros de líquidos al día <input type="radio"/> 2. Casi siempre bebe entre uno y dos litros de líquidos al día <input type="radio"/> 3. Entre 0.5 – 1 litro o > 2.5-3 litros <input type="radio"/> 4. Casi diariamente bebe más de tres litros <input type="radio"/> 5. Bebe diariamente más de 3 litros
6.6. ¿Tiene la persona los conocimientos y habilidades suficientes para PREPARARSE la comida cuando precisa? <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1. (S) Dispone de todos los conocimientos para elaborar la comida y normalmente se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa "viviendo" <input type="radio"/> 2. (S) Solo tiene conocimientos para preparar un menú repetitivo y limitado aunque normalmente se prepara el desayuno, comida y cena <input type="radio"/> 3. (S) Dispone parcialmente de conocimientos para elaborar las comidas y es capaz de preparar comidas sencillas, como por ejemplo, ensaladas, comidas pre-elaboradas... <input type="radio"/> 4. (S) Dispone parcialmente de conocimientos para elaborar las comidas aunque normalmente no se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa <input type="radio"/> 5. (S) No dispone de conocimientos para elaborar la comida y no se prepara ninguna comida 	6.5. ¿La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria? Se valora si su peso corresponde con su altura, edad, sexo y actividad física. También se tendrá en cuenta si los platos son abundantes, si repite, si come o pica fuera de las comidas, si suele dejar comida en el plato, si se salta comidas, si introduce todos los grupos en su dieta. <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1. Siempre es muy adecuada <input type="radio"/> 2. Casi siempre la cantidad de alimentos ingerida es adecuada "solo un día a la semana realiza una ingesta moderada" <input type="radio"/> 3. La cantidad de alimentos ingerida regularmente es adecuada "entre dos y tres días a la semana realiza ingestas moderadas" <input type="radio"/> 4. La cantidad de alimentos ingerida es "insuficiente" "entre un día o más días a la semana realiza ingestas insuficientes" <input type="radio"/> 5. La cantidad de alimentos ingerida es muy moderada "casi día realiza ingestas moderadas"
7. REQUISITO DE AUTOCUIDADO IV: Prevención de afecciones asociadas con los procesos de eliminación	
7.1 La persona tiene problemas para el control de su esfínter urinario <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1. Tiene control de los esfínteres <input type="radio"/> 2. Esporadicamente en los dos últimos meses ha tenido incontinencia durante la noche <input type="radio"/> 3. Ocasionalmente ha tenido incontinencia relacionada a tratamientos o estrés <input type="radio"/> 4. Casi diariamente <input type="radio"/> 5. Claramente tiene incontinencia involuntaria 	7.2 La persona tiene problemas con su eliminación fecal <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1. Manifiesta que durante los últimos meses apenas puede personal en la proctodea durante, en los últimos meses durante la defecación el tiempo realiza una sola especial <input type="radio"/> 2. Durante los dos últimos meses ha tenido algún episodio anormal y presenta menos de dos episodios de constipación o alguna molestia durante la defecación <input type="radio"/> 3. Durante los dos últimos meses tiene algunas dificultades para defecar, no precisa de laxantes, aunque si precisa hacer dieta rica en fibra y o practicar ejercicios regularmente <input type="radio"/> 4. Durante los dos últimos meses tiene ciertas dificultades para defecar, precisa utilizar regularmente laxantes, o manifiesta dolor o distensión abdominal continua o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides <input type="radio"/> 5. Durante los dos últimos meses tiene muchas dificultades para defecar (incluso con ayuda de laxantes o manifiesta dolor o distensión abdominal continua o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides)


Anexo 3. Continuación...

 INSTRUMENTO DE VALORACION DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM UNIVERSIDAD DEL CAUCA	
8. REQUISITO DE AUTOCUIDADO V: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	
8.1 La persona tiene conocimientos para mantener un hogar saludable (limpieza del hogar "hacer el suelo, fregar, limpiar el polvo", o en comprar, cocinar, cuidado de la ropa "poner lavadoras, planchar")	8.2 La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener un hogar saludable
<input type="radio"/> 1. Sabe cómo realizar todas las tareas domésticas <input type="radio"/> 2. Sabe realizar casi todas <input type="radio"/> 3. Sabe realizar algunas de ellas <input type="radio"/> 4. No sabe realizar casi ninguna <input type="radio"/> 5. No sabe cómo realizar ninguna	<input type="radio"/> 1. Diariamente <input type="radio"/> 2. Casi diariamente <input type="radio"/> 3. Ocasionalmente <input type="radio"/> 4. Casi nunca <input type="radio"/> 5. No las realiza
8.3 Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas	8.4 Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar (trabajo, pre-labores, centro de día, actividades deportivas, pasatiempos, actividades comunitarias o formativas)
<input type="radio"/> 1. Realiza fácilmente las tareas domésticas por iniciativa propia (sin necesidad de que se tenga que recordar) <input type="radio"/> 2. Algunas vez en la semana que recordar y realiza todas las actividades <input type="radio"/> 3. A menudo se le debe recordar y realiza todas las actividades <input type="radio"/> 4. Siempre se le debe recordar que ha de realizar las actividades, y solo realiza algunas	<input type="radio"/> 1. Siempre las cumple <input type="radio"/> 2. Casi siempre <input type="radio"/> 3. Ocasionalmente <input type="radio"/> 4. Casi nunca <input type="radio"/> 5. No las cumple
8.5 Grado de motivación de las actividades fuera del hogar (trabajo, pre-labores, centro de día, actividades deportivas, pasatiempos, actividades comunitarias o formativas)	8.6 Hábito de sueño – reposo (¿tiene la persona dificultades para conciliar, mantener y/o tener un sueño reparador?)
<input type="radio"/> 1. Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia <input type="radio"/> 2. Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia (en algunas ocasiones se le tiene que recordar) <input type="radio"/> 3. Cumple sus actividades programadas bajo supervisión <input type="radio"/> 4. No cumple sus actividades programadas (incluso bajo supervisión) <input type="radio"/> 5. No realiza ninguna actividad y no tiene motivación para iniciar alguna	<input type="radio"/> 1. No tiene dificultades para conciliar el sueño (antes de irse a dormir) y despertar durante la noche – todas las noches duermen con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien) <input type="radio"/> 2. Casi nunca tiene dificultad para conciliar el sueño, y habitualmente despierta de vez en cuando durante la noche con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien) <input type="radio"/> 3. En ocasiones tiene dificultades para conciliar y/o mantener el sueño durante la noche y habitualmente tiene la sensación subjetiva de haber descansado bien <input type="radio"/> 4. Casi siempre tiene dificultad para conciliar y mantener el sueño durante la noche y no tiene la sensación subjetiva de haber descansado bien y compensa con siestas a lo largo del día <input type="radio"/> 5. Siempre tiene dificultad para conciliar el sueño y para mantenerlo o presenta alteraciones importantes en el ritmo circadiano. Sueño en exceso de horas (14 o más horas)
9. REQUISITO DE AUTOCUIDADO VI: Mantenimiento del equilibrio entre la salud y la interacción social	
9.1 Grado de la interacción social: ¿tiene las dificultades en la interacción tiene contactos con familiares y / o amigos y otras personas de su entorno, amistades (aquí se debe incluir también si el usuario se relaciona con las posibles personas con las que convive, como por ejemplo si come con ellas, conversaciones espontáneas)	
<input type="radio"/> 1. Mantiene contacto sin ninguna dificultad con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos) <input type="radio"/> 2. Mantiene con cierta dificultad contacto con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos) <input type="radio"/> 3. Mantiene contacto con alguna dificultad, los mantiene únicamente con personas muy significativas (familia personas con las que convive) <input type="radio"/> 4. Mantiene con muchas dificultades contacto incluso con personas significativas <input type="radio"/> 5. No mantiene contactos incluso con personas significativas	
9.2 Grado de satisfacción de las relaciones sociales (¿satisfecho la persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares otras personas del entorno)	
<input type="radio"/> 1. La persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares otras personas del entorno <input type="radio"/> 2. La persona se siente comprendida, valorada y apoyada por algunos familiares, amigos y otras personas del entorno <input type="radio"/> 3. La persona en algunas ocasiones se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos u otras personas del entorno <input type="radio"/> 4. La persona se siente no comprendida, ignorada y poco apoyada por la mayoría de sus familiares, amigos u otras personas del entorno <input type="radio"/> 5. No sabe realizar las relaciones sociales	

Anexo 3. Continuación...

 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM UNIVERSIDAD DEL CAUCA	
8.3 Tiene la persona dificultad para mantener relaciones de amistad o de pareja	
<input type="radio"/> 1. Mantiene sin ninguna dificultad las relaciones. (Contactos periódicos con varias personas. E) Llamadas telefónicas y encuentros) <input type="radio"/> 2. Mantiene con cierta dificultad las relaciones. (Contactos periódicos con varias personas. E) Llamadas telefónicas y encuentros) <input type="radio"/> 3. Mantiene con muchas dificultades las relaciones. (Contactos esporádicos con una sola persona) <input type="radio"/> 4. Le cuesta mantener las relaciones (no tiene capacidad de mantener relaciones) <input type="radio"/> 5. Está y no tiene capacidad de mantener (se mantiene relaciones y esta temerosa)	
10. REQUISITO DE AUTOCUIDADO VII. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	
10.1 La persona realiza una higiene adecuada (incluye la higiene dental, sudoración excesiva, olor corporal, cambio de ropa, obstrucción)	
<input type="radio"/> 1. De una (totalmente) de manera adecuada, de forma autónoma <input type="radio"/> 2. Casi totalmente de manera adecuada, de forma autónoma <input type="radio"/> 3. Alguna dificultad en el área hecha en la frecuencia, en la calidad, en ocasiones precisa supervisión <input type="radio"/> 4. Muchas dificultades en el área personal hecha en la frecuencia, en la calidad, en ocasiones precisa supervisión <input type="radio"/> 5. Dificultad muy importante en el área personal, dependencia total para mantener hábitos de higiene adecuada	
10.2 Usa la persona una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar	10.3 ¿Reconoce la persona los síntomas de descompensación y tiene la capacidad para solicitar la ayuda correspondiente?
<input type="radio"/> 1. Siempre vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar <input type="radio"/> 2. Casi siempre limpia y adecuada al tiempo y lugar <input type="radio"/> 3. Vestimenta limpia pero poco adecuada al tiempo y lugar y / o sobrecargada <input type="radio"/> 4. Vestimenta sucia y poco adecuada al tiempo y lugar y / o sobrecargada <input type="radio"/> 5. Vestimenta sucia y muy inadecuada al tiempo y lugar y / o sobrecargada	<input type="radio"/> 1. Sabe reconocer los síntomas de descompensación y es capaz de solicitar ayuda <input type="radio"/> 2. Tiene alguna dificultad para identificar los síntomas de descompensación correctamente y es capaz de solicitar ayuda a pesar de tener dudas <input type="radio"/> 3. Tiene alguna dificultad para identificar los síntomas de descompensación correctamente y no siempre solicita ayuda <input type="radio"/> 4. Tiene dificultad para identificar los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda <input type="radio"/> 5. No sabe reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda
10.4 Grado de cumplimiento, manejo del tratamiento farmacológico	10.5 Grado de cumplimiento, visitas de seguimiento
<input type="radio"/> 1. Siempre lo cumple de forma autónoma (dieta, horario de las tomas) <input type="radio"/> 2. Casi en lo cumple, pero en ocasiones precisa supervisión <input type="radio"/> 3. Acumula parcialmente la pauta prescrita <input type="radio"/> 4. Muestra resistencia para aceptar el tratamiento <input type="radio"/> 5. Nunca cumple. Abandona del tratamiento	<input type="radio"/> 1. Acude de forma autónoma a las visitas de seguimiento <input type="radio"/> 2. Casi siempre acude, pero en ocasiones precisa supervisión <input type="radio"/> 3. Acude con dificultad a las visitas de seguimiento, precisa supervisión <input type="radio"/> 4. Casi nunca acude a la visitas de seguimiento, necesita supervisión <input type="radio"/> 5. Nunca acude a las visitas programadas, desobediencia
10.6 ¿Consume la persona sustancias tóxicas? (se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervioso central por consumo de sustancias)	10.7 ¿Reconoce la persona los riesgos de sustancias tóxicas? (se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervioso central por consumo de sustancias)
<input type="radio"/> 1. No consume ninguna sustancia <input type="radio"/> 2. No consume pero con anterioridad ha consumido puntualmente <input type="radio"/> 3. Consumo puntualmente <input type="radio"/> 4. Consumo casi diariamente <input type="radio"/> 5. Consumo diariamente	<input type="radio"/> 1. La persona reconoce todos los riesgos <input type="radio"/> 2. La persona reconoce casi todos los riesgos <input type="radio"/> 3. La persona no reconoce casi ninguno <input type="radio"/> 4. La persona no reconoce ninguno <input type="radio"/> 5. Considera positivo el consumo de tóxicos
10.8 ¿Consume la persona bebidas excitantes (café, coca-cola, té, red-bull...)	10.9 El paciente conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual
<input type="radio"/> 1. La persona no consume bebidas excitantes <input type="radio"/> 2. Consumo leve (entre una y dos bebidas) <input type="radio"/> 3. Consumo moderado (entre tres y cuatro bebidas) <input type="radio"/> 4. Consumo excesivo (entre cinco y ocho bebidas) <input type="radio"/> 5. Consumo muy excesivo (más de 8 bebidas excitantes)	<input type="radio"/> 1. Tiene conocimientos <input type="radio"/> 2. Tiene casi todos los conocimientos <input type="radio"/> 3. Tiene algunos conocimientos <input type="radio"/> 4. No tiene casi ninguno <input type="radio"/> 5. No los tiene
10.10 Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual	10.11 ¿Cómo la persona evalúa su capacidad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana?
<input type="radio"/> 1. Siempre los utiliza o utiliza <input type="radio"/> 2. Casi siempre los utiliza <input type="radio"/> 3. En algunas ocasiones no los utiliza <input type="radio"/> 4. Casi nunca los utiliza <input type="radio"/> 5. No los utiliza nunca	<input type="radio"/> 1. La actividad no interfiere en las actividades de la vida diaria. (cantidad de 0 a 2) <input type="radio"/> 2. Casi nunca interfiere (cantidad de 3 a 4) <input type="radio"/> 3. En algunas ocasiones interfiere (cantidad de 5 a 6) <input type="radio"/> 4. Casi siempre (cantidad de 7 a 8) <input type="radio"/> 5. Actividad es paralizante (cantidad de 9 a 10)

Anexo 3. Continuación...

 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA DREM UNIVERSIDAD DEL CAUCA	
10.12 ¿ siente la persona ansiedad cuando se encuentra en contacto con otras personas?	
<input type="radio"/> 1. Nunca (cantidad de 0 a 2) <input type="radio"/> 2. Casi nunca (cantidad de 3 a 4) <input type="radio"/> 3. En algunas ocasiones (cantidad de 5 a 6) <input type="radio"/> 4. Casi siempre (cantidad de 7 a 8) <input type="radio"/> 5. Siempre (cantidad de 9 a 10)	
11. REQUISITO DE AUTOCUIDADO VII Promoción del funcionamiento y del desarrollo humano dentro de los grupos sociales	
11.1 ¿Tiene la persona las habilidades para manejar adecuadamente los recursos económicos?	11.2 Es general ¿manifiesta la persona sentirse satisfecha con el desarrollo de sus roles?
<input type="radio"/> 1. Los maneja adecuadamente de forma autónoma <input type="radio"/> 2. No tiene dificultades para manejar recursos propios <input type="radio"/> 3. Tiene alguna dificultad, generalmente necesita supervisión <input type="radio"/> 4. Incapaz de manejarlos, precisa de supervisión continua <input type="radio"/> 5. Incapaz, precisa de supervisión legal (incapacitación)	<input type="radio"/> 1. Manifiesta sentirse siempre satisfecha <input type="radio"/> 2. Manifiesta sentirse casi siempre satisfecha <input type="radio"/> 3. Manifiesta sentirse a menudo satisfecha <input type="radio"/> 4. Manifiesta sentirse en pocas ocasiones <input type="radio"/> 5. Manifiesta sentirse nunca o casi nunca satisfecha
11.3 ¿manifiesta la persona tener dificultades para asumir sus roles? (dificultades con su día a día)	11.4 ¿Manifiesta la persona tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana?
<input type="radio"/> 1. Manifiesta no tener dificultades <input type="radio"/> 2. Manifiesta tener pocas dificultades <input type="radio"/> 3. Manifiesta tener bastantes dificultades <input type="radio"/> 4. Manifiesta tener muchas dificultades <input type="radio"/> 5. Manifiesta ser incapaz de asumir su rol social	<input type="radio"/> 1. Nunca tiene dificultades <input type="radio"/> 2. Casi nunca tiene dificultades <input type="radio"/> 3. Algunas veces tiene dificultades <input type="radio"/> 4. Casi siempre tiene dificultades <input type="radio"/> 5. Siempre tiene dificultades
11.5 ¿Tiene la capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas? (celebraciones familiares, viajes, reuniones, fiestas de la comunidad...)	11.6 ¿Está la persona interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria nuevas conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida? (si la tuviera recoger ejemplos)
<input type="radio"/> 1. Las afronta sin ninguna dificultad <input type="radio"/> 2. Las afronta casi siempre sin ninguna dificultad <input type="radio"/> 3. Las afronta con bastantes dificultades <input type="radio"/> 4. Las afronta con muchas dificultades, evitando alguna situación <input type="radio"/> 5. Evita siempre las situaciones	<input type="radio"/> 1. Está muy interesada o motivada <input type="radio"/> 2. Está interesada o motivada <input type="radio"/> 3. Está poco interesada o motivada <input type="radio"/> 4. No verbaliza según interés o motivación <input type="radio"/> 5. Se niega a realizar cualquier cambio en sus conductas
PUNTAJE TOTAL: _____	

Anexo 3. Continuación...

SECCIÓN C		REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD								
A) Condiciones que afectan su salud <input type="radio"/> 1. Defectos corporales <input type="radio"/> 2. Defectos genéticos <input type="radio"/> 3. Hospitalizaciones <input type="radio"/> 4. Complicaciones <input type="radio"/> 5. Otra	<input checked="" type="radio"/> Asiste a controles médicos establecidos <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> Usita remedios caseros <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No Busca ayuda médica alternativa <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> Se auto-medica <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No									
	<input type="radio"/> Usa a otros médicos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No									
	<input type="radio"/> Toma actualments medicamento <input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No									
	<input type="radio"/> Como percibe usted actualmente su calidad de vida <input type="radio"/> 1. Buena <input type="radio"/> 2. Aceptable <input type="radio"/> 3. Mala <input type="radio"/> 4. Pésima	Como percibe actualmente su imagen corporal								
<input type="radio"/> No ha podido adaptarse a su problema actual de salud <input type="radio"/> 1. Aceptación <input type="radio"/> 2. Negación										
SECCIÓN D		ESCALA DE APRECIACIÓN DE LAS CAPACIDADES DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA)								
		TD	D	A	TA		TD	D	A	TA
1. Según cambien las circunstancias, puede hacer ajustes para mantenerse con salud						2. Para ser confiable en las formas habituales de mantenerse con salud con buena				
3. Puede hacer cambios o ajustes si surge problemas para momentos						4. Puede hacer lo necesario para mantener tiempo en actividad				
5. Si es necesario puede poner en primer lugar lo que necesita hacer para mantenerse con salud						6. Con frecuencia no tiene la energía para cuidarse como desea				
7. Puede buscar mejores formas de cuidar su salud						8. Puede controlar la frecuencia con que se baña con tal de mantenerse limpio				
9. Puede alimentarse de manera que su peso se mantenga en lo correcto						10. Si es necesario, puede manejar la situación para mantenerse tal como soy				
11. A veces gimo en hacer ejercicio y descansar durante el día para nunca lo hago						12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recibir cuando necesito ayuda				
13. A veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado						14. Cuando información sobre mi salud, otras veces pido explicación sobre lo que no entiendo				
15. Algunas veces puedo ir revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio						16. En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con eso mejoraba mi salud				
17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento puedo obtener información sobre los efectos notables						18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estamos seguros				
19. Soy capaz de saber que los efectos en lo que hago para mantenerme con salud						20. Con la actividad diaria como antes puedo tomar tiempo para cuidarme				
21. Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada						22. Puedo hacer ajustes si no puedo cuidarme por mí mismo (a)				
23. Recae a veces puedo tomar tiempo para mí.						24. Ayú con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta				
PUNTAJE TOTAL:										
Mayor buena capacidades ● Buena capacidades ● Bajas capacidades ● Mayor bajas capacidades ●										
CONVENCIÓN: TD Total desacuerdo; D Desacuerdo; A Acuerdo; TA Total Acuerdo										
SECCIÓN E		AGENCIA DE AUTOCUIDADO								
DEMANDA DE AUTOCUIDADO CONTINUA										
SIN DESARROLLAR <input type="radio"/> 1. Déficit cognitivo <input type="radio"/> 2. Déficit psicoemocional										
DEMANDA DE AUTOCUIDADO VARIABLE										
EN VÍAS DE DESARROLLO		DESARROLLADA PERO NO ESTABILIZADA		DESARROLLADA Y ESTABILIZADA						
<input type="radio"/> 1. Déficit habilidades <input type="radio"/> 2. Déficit motivos <input type="radio"/> 3. Déficit volitivas		Déficit de conocimiento flexibles medidas de auto-cuidado:		Realización adecuada de auto-cuidado:						
DESARROLLADA PERO EN DECAENCIA										
<input type="radio"/> 1. Pérdida de habilidad intelectual <input type="radio"/> 2. Pérdida de habilidad motora <input type="radio"/> 3. Pérdida de habilidad volitiva										

Anexo 3. Continuación...

 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM UNIVERSIDAD DEL CAUCA						
SECCIÓN F		ESTABLECIMIENTO DE LA DEMANDA DE AUTOCUIDADO				
REQUISITO UNIVERSAL ALTERADO	FBC QUE DIFICULTAN	FBC QUE SATISFACEN	MÉTODOS VÁLIDOS PARA LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES	ACCIONES A REALIZAR	ACCIONES DE ENFERMERÍA	ACCIONES DEL PROFESIONAL DEL PACIENTE
CLASIFICACIÓN DE LAS SITUACIONES ENFERMERAS						
<input type="radio"/> 1. Cambios Derivados Del Ciclo Vital <input type="radio"/> 2. Recuperación de la enfermedad, supresión o compensación de sus efectos <input type="radio"/> 3. Enfermedad o trastorno de origen indeterminado <input type="radio"/> 4. Efectos genéticos y del desarrollo o estado biológico del niño de bajo peso al nacer <input type="radio"/> 5. regulación del tratamiento de enfermedad, trastorno o lesiones indeterminadas <input type="radio"/> 6. Restauración, estabilización o regulación del Funcionamiento Integrado <input type="radio"/> 7. Procesos que han interrumpido el funcionamiento humano integrado						
SECCIÓN G		SISTEMAS DE ENFERMERÍA				
SISTEMAS		TOMADO DE MÉTODOS DE AYUDA				
SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO SISTEMA DE APOYO – EDUCATIVO		<input type="radio"/> 1. Actuar por el otro <input type="radio"/> 2. Guiar a otro <input type="radio"/> 3. Apoyar a otro <input type="radio"/> 4. Proporcionar entornos que fomenten el desarrollo <input type="radio"/> 5. Crear a otro				

MODIFICADO: Susana Muñoz, Fabian Vila, Erica Botales, William Sevilla, Francisco Muñoz, Elizabeth Vidal

TOMADO DE: Rolman Vireon, JF. Estudio metódico de la escala de requisitos de Autocuidado (EBA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

PROYECTADO: Arda Juliana Muñoz, Yareli Patricia Parilla, Felipa Zúñiga, Sandra Linares Chiriquipa, Santiago, Tefía Lopez

ASESORADO: Cnd. Gloria Miranda

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN: Andrea Rivera (Dirección)

Anexo 7.Instructivo

VALORACION DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM

A continuación se presentara un instructivo de diligenciamiento de la información del formato de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem.

I. DATOS GENERALES

Fecha: 22 de diciembre 2014 a 21 de febrero de 2015.

Se inicia: de 8 am a 4 pm el

Código de los encuestadores:

- 1 Ana Erika Bolaños Mulcué
- 2 Blanca Nidia Muñoz Zúñiga
- 3 Francisco Javier Muñoz García
- 4 Willian Sevilla Aristizabal
- 5 Fabián Andrés Vela Pantoja
- 6 Elizabeth Vidal Ordoñez

FACTORES BASICOS CONDICIONANTES

1. DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA

1.1 Nombres y apellidos del paciente: en este campo se debe escribir de forma clara los nombres y apellidos.

1.2 Teléfono: en este campo se debe escribir de forma clara el número de teléfono ya sea fijo o celular.

1.3 Edad: en este campo se debe diligenciar la edad de la persona en años cumplidos.

1.4 Unidad de medida: en este campo se marca con X años.

1.5 Sexo: en este campo se debe marcar con una X el sexo de la persona que es entrevistada.

1.6 Departamento de procedencia: en este campo se debe escribir de forma clara el departamento de procedencia se refiere al lugar de nacimiento se refiere al municipio donde habita actualmente.

1.7 Departamento de residencia: en este campo se debe escribir de forma clara el departamento de residencia.

1.8 Idioma: en este campo se marca con una X el idioma del encuestado.

1.9 Dirección de residencia: en este campo se debe diligenciar la dirección completa de la residencia de la persona entrevistada.

1.10 estrato socioeconómico: en este campo se debe marcar con una X, el nivel de estrato al cual pertenece, ya sea 1, 2, 3,4 ,5 o 6.

1.11 Grupo poblacional: en este campo se marca con una X al grupo poblacional que pertenezca la persona entrevistada.

1.12 Pertenencia étnica: en este campo se marca con una X la pertenencia étnica a la que pertenezca la persona entrevistada.

1.13 Creencia religiosa: en este campo se marca con una X la religión que profesa la persona entrevistada.

1.14 Escolaridad: en este campo se marca con una X primaria hasta 9° grado secundaria terminado el 11°.

1.15 Rol que desempeña en la familia en este campo se escribe claramente el rol que desempeña; jefe de la familia, hijo, esposa, las personas significativas, las personas con quien vive.

1.16 Etapas del desarrollo marque con una x según la edad en que se encuentre en nuestro caso la opción 6 adultez.

Infancia: nacimiento 6 años

Niñez: 6- 12 años

Adolescencia: 12-20 años

Juventud: 20-25 años

Adulto: 25 – 60.

1.17 Sistema de apoyo: en este campo se marca con una X la opción que se relacione con el entrevistado.

1.18 Características de la vivienda: en este campo se marca con una X la opción Techo, piso, paredes, cocina con, ventilación, los servicios básicos que posee, animales y cuáles. Estas respuestas se observan.

1.19 Nivel económico: en este campo se marca con una X la opción que corresponda; situación laboral, recursos económicos, ingresos familiares.

1.20 Recursos sociales disponibles: en este campo se marca con una X la pertenencia a grupos y su relación con ellos.

2. FACTORES BASICOS CONDICIONANTES PATRON DE VIDA

2.1 Estilo de vida: en este campo se marca con una X si fuma, consume alcohol, fumador pasivo, ejercicio físico y frecuencia.

2.1 Exámenes o tamizajes: en este campo se marca con una X si se realiza tamizaje de autoexamen de mama (mujer), autoexamen de testículo, en caso de reportar citología positiva escribir resultado.

2.3 Hábitos de higiene: en este campo se marca con una X si cepilla o no sus dientes, el uso de la seda dental y la frecuencia.

2.4 Hábitos alimenticios: en este campo se marca con una X el horario correspondiente en el cual desayuna, almuerza y cena.

2.5 Descripción de un día cotidiano: en este campo se escribe la descripción de un día cotidiano.

2.6 Responsabilidad: que cumple en este campo se marca con una X según la responsabilidad que cumple el entrevistado.

2.7 Se acepta como es: en este campo se marca con una X sí o no.

2.8 Debilidades: en este campo se escribe por lo menos 2 debilidades.

2.9 Fortalezas: en este campo se escribe por lo menos 2 fortalezas.

3 FACTORES CONDICIONANTES DEL PATRON DEL ESTADO DE SALUD.

3.1 Condición de salud: en este campo se marca con una X la opción sano o enfermo. Según se considere el entrevistado.

3.2 Motivo de consulta: en este campo se escribe el motivo de la enfermedad del momento.

3.3 Antecedentes familiares: en este campo se escribe los más importantes. Por ejemplo renal, cardiaco, hepático, pulmonar.

3.4 Enfermedad actual: en este campo se escribe la enfermedad actual diagnosticada por médico.

3.5 Antecedentes personales: en este campo se escribe los más importantes.

3.6 Se encuentra en tratamiento: en este campo se marca con una X la opción sí o no.

3.7 tratamiento farmacológico: exclusivo escriba el o los que actualmente usa.

3.8 polifarmacia: considerada como más de tres medicamentos escriba sí o no.

3.9 Abandono de tratamiento: en este campo marque con una X la opción sí o no.

3.10 Tratamiento terapéutico: en este campo escriba cual ejemplo: acupuntura, dieta, fisioterapia, fitoterapia, hidroterapia, psicoterapia, reposo domiciliario y otros que usted conozca.

3.11 Alergias conocidas: en este campo escriba el tipo de alergia y que la causa.

3.12 problemas de salud: en este campo marque X en la correspondiente teniendo en cuenta que crónica es mayor de seis (6) meses.

3.13 Grado de conocimiento de la enfermedad: con sus conocimientos es capaz de identificar el grado de conocimiento que posee en este campo marque con una X según la agencia detecte.

3.14 Afrontamiento de su problema: de salud en este campo marque con una X la opción, recuerde no se hace la pregunta al paciente usted la deduce de sus respuestas.

3.15 Percepción sobre su problema de salud: en este campo escriba lo que el entrevistado siente en ese momento angustia, tristeza, alegría, minusvalía y otros que manifieste.

3.16 Capacidad para AC: en este campo marque X según sí o no de acuerdo a lo que usted observa.

3.17 Actitud ante la intervención de enfermería: en este campo marque X según usted lo determine.

4. CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SALUD

4.1 Nombre de la administradora de servicios: en este campo escriba por ejemplo Asmet, AIC, Emssanar, SOS y otras según responda.

4.2 Tipo de régimen en salud: en este campo marque x en la opción correspondiente.

4.3 Accesibilidad geográfica: en este campo marque con una X sí o no refiriéndose a la proximidad a ella.

4.4 Accesibilidad telefónica: en este campo marque con una X sí o no refiriéndose a la atención por teléfono en su administradora.

4.5 El tiempo de espera en las citas médicas es adecuado: en este campo marque con una X sí o no refiriéndose a la demora al dar las citas médicas.

4.6 Agilidad en diligenciamiento de trámites: en este campo marque con una X sí o no refiriéndose a los inconvenientes encontrados en cuanto a carnet, orden de apoyo.

4.7 Horarios establecidos adecuados: en este campo marque con una X sí o no. En estos campos responda sí o no según responda el entrevistado.

5 FACTORES BASICOS CONDICIONANTES DE LAS CARACTERISTICAS DEL ESTADO DEL DESARROLLO.

5.1 -5.6 En este campo marque X según responda el entrevistado.

ESCALA DE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (ERA)

6 AIRE AGUA ALIMENTOS.

6.1 – 6.5 Aire, agua, alimentos en este campo se marca X según responda el entrevistado tenga en cuenta que por cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta. (5 preguntas)

7 PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACION.

7.1 – 7.2 En este campo se marca X según responda el entrevistado tenga en cuenta que por cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta. (2 preguntas).

8 MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.

8.1- 8.6 En este campo se marca X según responda el entrevistado tenga en cuenta que por cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta. (6 preguntas).

9 MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL.

9.1 – 9.3 En este campo se marca X según responda el entrevistado tenga en cuenta que por cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta. (3 preguntas).

10 PREVENCION DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.

10.1 – 10.12 En este campo se marca X según responda el entrevistado tenga en cuenta que por cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta. (12 preguntas).

11 PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DEL DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS RUPOS SOCIALES.

11.1 – 11.6 En este campo se marca X según responda el entrevistado tenga en cuenta que por cada pregunta tiene 5 opciones de respuesta. (6 preguntas).

PUNTAJE TOTAL

BUENO 1- 70
REGULAR 105
MALO 106-175

12 REQUISITOS DE LA DESVIACION DE LA SALUD

A – F En este campo se marca X según responda el entrevistado tenga en cuenta que por cada pregunta tiene 2 opciones de respuesta. Excepto la pregunta A tiene 5 opciones de respuesta.
(6 preguntas).

13 ESCALA DE APRECIACION DE LAS CAPACIDADES DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA).

1 – 24 En este campo se marca X según responda el entrevistado tenga en cuenta que por cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta.
1 Punto: totalmente en desacuerdo, 2: desacuerdo, 3 Puntos: acuerdo, 4 puntos: totalmente de acuerdo.

PUNTAJE DE ASA

MUY BUENAS CAPACIDADES: 1 - 24

BUENAS CAPACIDADES: 25 - 48

BAJAS CAPACIDADES: 49 - 72

MUY BAJAS CAPACIDADES.:73 – 96

14 DEMANDA DE AUTOCUIDADO

1 – 5 En este campo se marca X según responda el entrevistado.

15 ESTABLECIMIENTO DE LA DEMANDA DE AUTOCUIDADO

En este campo escribe lo concerniente a RAU, FCB que lo dificultan y satisfacen, métodos válidos para la satisfacción de necesidades, acciones a realizar acciones de enfermería y acciones del profesional y paciente.

15 CLASIFICACION DE LAS SITUACIONES ENFERMERAS

1 – 24 En este campo se marca X según responda el entrevistado se admite una sola respuesta.

15 SISTEMAS DE ENFERMERIA.

1 – 3 En este campo se marca X según sea detectado por la agencia. se admite una sola respuesta.

METODOS DE AYUDA

1 – 5 En este campo se marca X según sea detectado por la agencia. se admite una sola respuesta.

Anexo 8. Acta de intención con líderes comunitarios



CITACION A REUNIÓN GRUPO DE INVESTIGACION Y LÍDERES COMUNITARIOS BARRIOS "SAN RAFAEL, LA MARTA, SAN CAYETANO, BELEN"

Los Estudiantes de VII Semestre del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, citan a los líderes comunitarios de los barrios San Rafael, La Marta, San Cayetano y Belén a una reunión de carácter informativo, que se llevará a cabo el día Viernes 04 de Diciembre de 2014 a las 3:00 pm, en la casa de habitación de la Sra. Luz Cecilia Zúñiga, Carrera 16 # 16 - 80 Barrio La Marta, con el propósito de dar a conocer objetivos, alcance, metodología, beneficios, responsables y tiempo en el que se desarrollará el proyecto investigativo "DEFICIT DE AUTOCUIDADO EN LA POBLACION ADULTA, TIMBIO 2014 - 2015". Con el siguiente orden del día:

ORDEN DEL DÍA

No	Tema
1	VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA
2	PROPÓSITO DE LA REUNIÓN
3	DAR A CONOCER EL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
4	FIRMA DE CARTAS DE ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRABAJAR EN LA COMUNIDAD
5	MARCHA FINAL

Recibí:

No	NOMBRES Y APELLIDOS	Tipo de Vinculación	FIRMA
1	Jonathan Cárdenas	Líder comunitario Barrio San Cayetano	<i>Jonathan Cárdenas</i>
2	Alejandro Narváez	Líder comunitario Barrio La Marta	<i>Alejandro Narváez</i>
3	Ricardo Rivera	Líder comunitario Barrio San Rafael	<i>Ricardo Rivera</i>
4	Álvaro Torres	Líder comunitario Barrio Belén	<i>Álvaro Torres</i>
5	Luz Cecilia Zúñiga	Líder comunitario	<i>Luz Cecilia Zúñiga</i>



Ciudad	Timblo		Dependencia(s) responsable (s) de la reunión			DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	
	Día	Mes	Año	Hora Inicio	Hora Finalización	Lugar de desarrollo	ACTA No
	04	12	2014	3:00 pm	3:45 pm	Casa de habitación de la Sra. Luz Cecilia Zúñiga	001

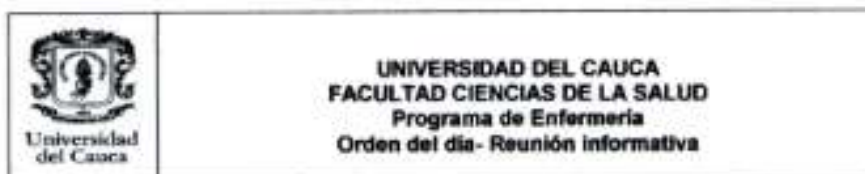
"Enfermería en acción.....para el logro, de la Renovación de la Acreditación"

ORDEN DEL DÍA

No	Tema
1	VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA
2	PROPÓSITO DE LA REUNIÓN
3	DAR A CONOCER EL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
4	FIRMA DE CARTAS DE ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRABAJAR EN LA COMUNIDAD
5	MARCHA FINAL

Compromiso(s)	Responsable(s)	Fecha De Compromiso	Fecha De Realización
- Autorización para el ingreso del grupo investigador a los barrios, para la aplicación del instrumento	Líderes comunitarios	04 / 12 / 2014	Desde 22 / 12 / 2014 a 21 / 02 / 15
- Educación a las personas de acuerdo al problema encontrado	Grupo investigador	04 / 12 / 2014	Desde 22 / 12 / 2014 a 21 / 02 / 15
- Socialización de los resultados con líderes comunitarios	Grupo investigador	04 / 12 / 2014	21 / 11 / 2015


 PRESIDENTE DE LA REUNION



REUNIÓN GRUPO DE INVESTIGACION Y LIDERES COMUNITARIOS
BARRIOS "SAN RAFAEL, LA MARTA, SAN CAYETANO, BELEN"
LISTA DE ASISTENCIA
REUNIÓN FECHA: 04 / 12 / 2014

No	NOMBRES Y APELLIDOS	Tipo de Vinculación	FIRMA
1	Jonathan Cárdenas	Lider comunitario Barrio San Cayetano	Jonathan Cardenas
2	Alejandro Narváez	Lider comunitario Barrio La Marta	Alejandro Narvaez
3	Ricardo Rivera	Lider comunitario Barrio San Rafael	Ricardo Rivera
4	Álvaro Torres	Lider comunitario Barrio Belén	Alvaro Torres
5	Luz Cecilia Zúñiga	Lider comunitario	Luz Cecilia Muñoz
6	Blanca Nidia Muñoz	Investigador	
7	Ana Erika Bolaños	Investigador	ANA ERIKA BOLANOS
8	Elizabeth Vidal Ordoñez	Investigador	Elizabeth Vidal O
9	Willian Sevilla Aristizábal	Investigador	Willian Sevilla
10	Francisco Javier Muñoz	Investigador	Francisco J. Muñoz

Anexo 9. Validación facial: análisis cualitativo, juicio comunidad



DATOS GENERALES:

1. Apellidos y Nombres del Informante: _____
2. Título de la investigación: **DEFICIT DE AUTOCUIDADO EN LA POBLACION ADULTA, ESTUDIO PILOTO, TIMBIO - 2015**
3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: **INTRUMENTO DE VALORACION DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM – UNIVERSIDAD DEL CAUCA**
2. **Responsables:** Estudiantes Investigadores VIII Semestre Enfermería Universidad del Cauca, 2015.
3. **Instrucción:** Luego de aplicar el instrumento de valoración anexo, le solicitamos que en base a su criterio, realice las respectivas observaciones o sugerencias que considere necesarias.

Indicadores	Criterios	Observaciones / Sugerencias
1. Claridad	Cada ítem leído se entiende fácil y rápidamente	
2. Precisión	Cada ítem expresa de forma precisa lo que se quiere decir o evaluar	
3. Formalidad	El idioma empleado es adecuado para el instrumento y fácil de entender	
4. Brevedad	La información en cada ítem es pertinente al contenido del instrumento y es comunicada con el menor número de palabras	

Apellidos y Nombre

Anexo 10. Instrumento de validez de Contenido, Juicio de Expertos

VALIDACION DE CONTENIDO JUICIO DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

DATOS GENERALES:

1. Apellidos y Nombres del Informante: _____
2. Institución donde labora: _____
3. Título de la investigación: **DEFICIT DE AUTOCUIDADO EN LA POBLACION ADULTA, ESTUDIO PILOTO, TIMBIO - 2015**
4. Nombre del instrumento motivo de evaluación: **INTRUMENTO DE VALORACION DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM – UNIVERSIDAD DEL CAUCA**
5. **Responsables:** Estudiantes Investigadores VIII Semestre Enfermería Universidad del Cauca, 2015.
6. **Instrucción:** Luego de analizar y cotejar el instrumento de valoración anexo, le solicitamos que en base a su criterio y experiencia profesional, realice las respectivas observaciones o sugerencias que considere necesarias.

Indicadores	Criterios	Observaciones / Sugerencias
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado	
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica	
4. Organización	Existe una organización lógica	
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en calidad y cantidad	
6. Intencionalidad	Adecuado para evaluar el déficit de autocuidado	
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos y científicos	
8. Coherencia	Entre los índices – indicadores	
9. Metodología	Utilización de diferentes formas para la utilización de la información: pregunta abierta, selección múltiple, calificación de escala	
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación	

FIRMA DEL EXPERTO: _____

Anexo 11.Tabulación de FBC identificados en ERA

No.	ÍTEMS	CRITERIO DE EVALUACIÓN ERA	TABULACIÓN
1	Consumo de tabaco	1 Muy adecuado	SI
		2 Adecuado	
		3 Regular	NO
		4 Inadecuado	
		5 Muy inadecuado	
2	Consumo de liquido	1 Muy adecuado	SI
		2 Adecuado	
		3 Regular	
		4 Inadecuado	NO
		5 Muy inadecuado	
3	Conocimientos dieta equilibrada	1 Conocimientos excelentes	SI
		2 Conocimientos suficientes	
		3 Moderadamente suficientes	
		4 Conocimientos insuficientes	NO
		5 Desconocimiento	
4	Cantidad alimento	1 Muy adecuada	SI
		2 Adecuada	
		3 Regular	
		4 Inadecuada	NO
		5 Muy inadecuada	
5	Control del esfínter urinario	1 Muy adecuada	SI
		2 Adecuada	
		3 Regular	
		4 Inadecuada	NO
		5 Muy inadecuada	
6	Conocimientos y habilidades suficientes para PREPARARSE la comida	1 Conocimientos y habilidades excelentes	SI
		2 Conocimientos suficientes	
		3 Moderadamente suficientes	
		4 Conocimientos y habilidades insuficientes	NO
		5 Desconocimiento y discapacidad total	
7	Conocimientos para mantener un hogar saludable	1 Muy adecuada	SI
		2 Adecuada	
		3 Regular	
		4 Inadecuada	
		5 Muy inadecuada	NO

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

No	ÍTEMS	CRITERIO DE EVALUACIÓN ERA	TABULACION	
8	Realiza las tareas domésticas que precisa para mantener un lugar saludable.	1	Muy adecuada	SI
		2	Adecuada	
		3	Regular	NO
		4	Inadecuada	
		5	Muy inadecuada	
9	Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas	1	Muy adecuada	B
		2	Adecuada	
		3	Regular	R
		4	Inadecuada	M
		5	Muy inadecuada	
10	Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar	1	Muy adecuada	
		2	Adecuada	B
		3	Regular	R
		4	Inadecuada	M
		5	Muy inadecuada	
11	Grado de motivación de las actividades fuera del hogar	1	Muy adecuada	B
		2	Adecuada	
		3	Regular	R
		4	Inadecuada	M
		5	Muy inadecuada	
12	Habitudo de sueño – reposo	1	Muy adecuada	SI
		2	Adecuada	
		3	Regular	NO
		4	Inadecuada	
		5	Muy inadecuada	
13	Grado de la interacción social	1	Muy adecuada	B
		2	Adecuada	
		3	Regular	R
		4	Inadecuada	M
		5	Muy inadecuada	
14	Grado de satisfacción de las relaciones sociales	1	Muy satisfecho	B
		2	Bastante Satisfecho	
		3	Algunas veces satisfecho	R
		4	Insatisfecho	M
		5	Indiferente	
15	Dificultad para mantener relaciones de amistad o de pareja.	1	Muy adecuada	NO
		2	Adecuada	
		3	Regular	
		4	Poco adecuada	SI
		5	Inadecuada	

No.	ÍTEMS	CRITERIO DE EVALUACIÓN ERA		TABULACIÓN
16	higiene adecuada	1	Muy adecuada	SI
		2	Adecuada	
		3	Regular	NO
		4	Poco adecuada	
		5	Muy inadecuada	
17	Vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar	1	Muy adecuada	SI
		2	Adecuada	
		3	Regular	NO
		4	Poco adecuada	
		5	Muy inadecuada	
18	Reconoce los síntomas de alteraciones en su condición de salud y tiene la capacidad para solicitar la ayuda correspondiente	1	Muy adecuada	SI
		2	Adecuada	
		3	Regular	NO
		4	Poco adecuada	
		5	Inadecuada	
19	Grado de cumplimiento, manejo del tratamiento farmacológico	1	Muy adecuado	B
		2	Adecuado	
		3	Regular	R
		4	Inadecuado	M
		5	Muy inadecuado	
20	Grado de cumplimiento, controles de seguimiento	1	Muy adecuada	B
		2	Adecuada	
		3	Regular	R
		4	Inadecuada	M
		5	Muy inadecuada	
21	Consume la persona sustancias tóxicas	1	Muy adecuado	NO
		2	Adecuado	
		3	Regular	SI
		4	Inadecuado	
		5	Muy inadecuado	
22	Reconoce la persona los riesgos de sustancias tóxicas	1	Muy adecuado	SI
		2	Adecuado	
		3	Regular	NO
		4	Inadecuado	
		5	Muy inadecuado	

No.	ÍTEMS		CRITERIO DE EVALUACIÓN ERA	TABULACIÓN
23	Consume la persona bebidas excitantes	1	Muy adecuado	NO
		2	Adecuado	
		3	Regular	SI
		4	Inadecuado	
		5	Muy inadecuado	
24	Conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual	1	Muy adecuado	SI
		2	Adecuado	
		3	Regular	NO
		4	Inadecuado	
		5	Muy inadecuado	
25	Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual	1	Muy adecuado	SI
		2	Adecuado	
		3	Regular	NO
		4	Inadecuado	
		5	Muy inadecuado	
26	Ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana	1	Muy adecuado	NO
		2	Adecuado	
		3	Regular	SI
		4	Inadecuado	
		5	Muy inadecuado	
27	Ansiedad cuando se encuentra en contacto con otras personas	1	Muy adecuado	NO
		2	Adecuado	
		3	Regular	SI
		4	Inadecuado	
		5	Muy inadecuado	
28	Habilidades para manejar adecuadamente los recursos económicos	1	Muy adecuado	SI
		2	Adecuado	
		3	Regular	NO
		4	Inadecuado	
		5	Muy inadecuado	
29	Satisfacción con el desarrollo de sus roles	1	Muy adecuado	SI
		2	Adecuado	
		3	Regular	NO
		4	Inadecuado	
		5	Muy inadecuado	

No.	ÍTEMS	CRITERIO DE EVALUACIÓN ERA	TABULACIÓN
30	Dificultades para sumir roles	1 Muy adecuado	NO
		2 Adecuado	
		3 Regular	SI
		4 Inadecuado	
		5 Muy inadecuado	
31	Dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana	1 Muy adecuado	NO
		2 Adecuado	
		3 Regular	SI
		4 Inadecuado	
		5 Muy inadecuado	
32	Capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas	1 Muy adecuado	SI
		2 Adecuado	
		3 Regular	NO
		4 Inadecuado	
		5 Muy inadecuado	
33	Interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria nuevas conductas saludables	1 Muy adecuado	SI
		2 Adecuado	
		3 Regular	NO
		4 Inadecuado	
		5 Muy inadecuado	
34	Problemas con la eliminación fecal	1 Muy adecuada	NO
		2 Adecuada	
		3 Regular	SI
		4 Inadecuada	
		5 Muy inadecuada	

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

**“DEFICIT DE AUTOCUIDADO EN LA POBLACION ADULTA,
TIMBIO 2014 – 2015 ESTUDIO PILOTO”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROPOSITO

Conocer en la población adulta del municipio de Timbío Cauca el estado de su salud y su relación con los factores básicos condicionantes, requisitos de autocuidado y agencia de autocuidado, los resultados podrán servir para para que las personas pueda tomar decisiones respecto a su proceso de vida, promover y conservar estilos y hábitos saludables, garantizando el derecho de las personas a su autonomía y a su libertad en la toma de decisiones.

JUSTIFICACION

Determinar el déficit de Autocuidado de la población Adulta del municipio de Timbío mediante una ficha de valoración desde el enfoque de Dorothea Orem, con el fin de dar a conocer que factores de condicionamiento básico impactan de una forma positiva o negativa en la comunidad y así poder establecer la demanda de autocuidado y la presencia de déficit para identificar los métodos y sistemas de Enfermería que entrarían a funcionar de acuerdo al déficit identificado. Lo anterior permitirá llevar a cabo acciones enfermeras que permitan a las personas llevar a cabo acciones de autocuidado.

METODOLOGÍA

Si acepta hacer parte del estudio de forma voluntaria, será incluido en el, este se llevarán a cabo en el municipio de Timbío y se iniciara con una entrevista estructurada sobre factores de condicionamiento básico (descriptivos de la persona, estilos de vida, condiciones de salud, características del sistema de salud, estado del desarrollo, requisitos de autocuidado y capacidades de autocuidado). La cual se realizará en la casa habitación de cada una de las personas que acepten ser parte del estudio la cual será ejecutada por los

estudiantes responsables del proyecto, La entrevista durara aproximadamente entre 45 a 60 minutos.

Los responsables de la investigación son la Enfermera Mg. Gloria Amparo Miranda. Con la participación de estudiantes de VII semestre enfermería de la Universidad del Cauca.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Con la realización de este estudio, se beneficiará a la población adulta del municipio de Timbío que participará en la investigación, ya que se dará un diagnóstico objetivo del déficit de autocuidado, además los resultados, también aportarán datos estadísticos que permitirán, conocer la relación entre los factores básicos condicionantes con los requisitos de autocuidado, la capacidad de agencia de autocuidado y los sistemas de enfermería.

Se aclara que usted no recibirá ninguna compensación económica por participar en esta investigación.

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

El estudio por tratarse de un procedimiento no invasivo, no tiene riesgos biológicos para la salud e integridad de la persona, considerando como único riesgo el manejo de la confidencialidad. Además, según la resolución 8430 del MPS, esta investigación se considera de riesgo mínimo.

Los resultados del estudio estarán respaldados bajo el principio de confidencialidad sobre la información obtenida de cada participante, pero estos serán sistematizados y se nombrará un miembro del grupo de investigación para la custodia de dicha información, quien se responsabilizará de la organización de la base de datos y del proceso de análisis de la misma; los datos de los sujetos de estudio estarán codificados en un número o similar de manera que no se revele su identidad. La revelación de la información estará sujeta a las consecuencias jurídicas a que dieren lugar.

No se permitirá la discriminación étnica, social, económica, laboral, cultural ni de ninguna otra índole al sujeto de estudio y para ello, se salvaguardará de manera confidencial la información pertinente. Como parte de la confidencialidad, estos resultados no se podrán utilizar para otro tipo de estudios diferentes al propuesto, se guardaran de dos a tres años después serán incinerados.

Investigador encargado de la custodia de resultados: Blanca Nidia Muñoz Zúñiga, estudiante del Programa de Enfermería. Tel: 311 284 26 92.

VOLUNTARIEDAD

Usted está siendo invitado a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado, siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- La participación es libre y voluntaria; si decide participar en el estudio, puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que se anexa a este documento.

PERSONAS A CONTACTAR

Contacto 2: Francisco Javier Muñoz García. Tel. 321 960 75 43

CARTA DE CONSENTIMIENTO DIFERIDO

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido resueltas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

FIRMA _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procederá a firmar el presente documento.

Testigo

Fecha

Firma del Investigador

Fecha

Anexo 13. Factores de Condicionamiento Básico para el RAU

REQUISITO	FACTORES CONDICIONANTES
<p>AIRE ALIMENTOS/ LIQUIDOS</p>	<p>Tabaquismo Fumador Pasivo Humo U Otras Sustancias: Consecuencias Problemas de Salud: Asma, cáncer gástrico, cardiopatías Conocimientos sobre sustancias toxicas Cantidad adecuada de alimentos Horarios adecuados Consumo de líquidos Consumo de fibra Problemas de Salud: DM, HTA, Gastritis Cáncer gástrico Colon irritable Cardiopatía Hiperlipidemias. Conocimientos sobre realización dieta equilibrada y preparación comida</p>
<p>PROCESOS DE ELIMINACIÓN</p>	<p>URINARIOS Etapas del Desarrollo Problemas de Salud: DM, HTA, ASMA (tratamiento), cardiopatía INTESTINAL Embarazo Ingesta de Líquido Consumo Excesivo de Alcohol Ingesta de abundante Fibra Ejercicio</p>
<p>PROCESOS DE ELIMINACIÓN</p>	<p>URINARIOS Etapas del Desarrollo Problemas de Salud: DM, HTA, ASMA (tratamiento), cardiopatía INTESTINAL Embarazo Ingesta de Líquido Consumo Excesivo de Alcohol Ingesta de abundante Fibra Ejercicio</p>

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

REQUISITO	FACTORES CONDICIONANTES
ACTIVIDAD Y REPOSO	<p>ACTIVIDAD Actividad física Alteración de la movilidad Estado de dependencia Sistema de apoyo Pertenencia a grupos Situación laboral Ingresos económicos Problemas de salud: Asma, HTA, DM, cardiopatía, hiperlipidemias, cáncer gástrico</p> <p>DESCANSO Y SUEÑO Problemas de salud: ansiedad, sueño no reparador Situación laboral: desempleado desplazado Sistema de apoyo: perdida Estado de dependencia</p>
SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL	<p>Edad Genero Grupo poblacional Pertenencia étnica Creencia religiosa Escolaridad Rol que desempeña en la familia Estado del desarrollo Nivel económico (situación laboral y recursos económicos) Recursos sociales disponibles (pertenencia y su relación con ellos) Hábitos de higiene Auto percepción (me acepto como soy) Condiciones de salud y tratamiento Problemas de salud (crónico agudo terminal)</p> <p>Afrontamiento de su problema de salud Capacidad de autocuidado Características del estado del desarrollo (dependencia, manejo de emociones, capacidad cognitiva, alteraciones de la movilidad)</p>

REQUISITO	FACTORES CONDICIONANTES
<p>PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO</p>	<p>Edad Genero Grupo poblacional Escolaridad Etapa del desarrollo Característica de la vivienda (estado de la vivienda, servicios básicos, exposición a humo) Estilo de vida (tabaquismo, fumador pasivo, alcoholismo Exámenes o tamizajes (auto examen de mama y testículo, citología) Hábitos de higiene Hábitos alimenticios Condiciones de salud Afrontamiento de su problema de salud Características del sistema de salud Características del estado del desarrollo</p>
<p>FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES</p>	<p>Edad Genero Grupo poblacional Rol que desempeña Nivel económico Recursos sociales disponibles Auto percepción (me acepto como soy) Debilidades y fortalezas Condición de salud y tratamiento Problema de salud Afrontamiento de su problema de salud Capacidad de autocuidado Características del estado de desarrollo</p>

Anexo 14.Derecho de Autor escala Requisitos de Autocuidado (ERA)

Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia

Juan Francisco Roldán Merino

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

Anexo 15. Autorización para la utilización de la escala ASA

3/03/2014 **alba rosa fernandez** afernandezx@hotmail.com.

Apreciadas estudiantes, representadas en este correo por Sandra,

En respuesta a la solicitud hecha por uds para usar como referencia mi trabajo de doctora, me permito informarles que por mi parte no tengo ningún inconveniente, siempre y cuando, como dicen en su solicitud, se respeten los derechos de autor. La tesis en cuestión la consiguen en la biblioteca de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

Es necesario aclarar que no elaboré la escala ASA, como han revisado en lo que han encontrado al respecto, se habrán dado cuenta que ya existía, que fue traducida al español en México y en Colombia (este aspecto lo explico muy bien en mi trabajo). Lo que hice fue aplicarle pruebas psicométricas (análisis factorial y consistencia interna) a la versión traducida de Colombia, mediante una prueba piloto, para verificar la confiabilidad de la escala ASA, antes de aplicarla en mi investigación; este aspecto también está muy detallado en mi trabajo.

Para objeto de los interesados en la escala ASA, el proceso realizado en mi proyecto, permite considerar que la escala ASA analizada es la primera versión en Colombia con pruebas psicométricas

Igualmente, se trabajó en la revisión de las categorías de la escala ASA (debido a que no estaban claras) y se establecieron para mi investigación.

Les envío algunos títulos de artículos que he escrito sobre esta escala que pueden servirle de ayuda y de referencias, pueden bajarlos por internet:

*Fred Manrique, Alba Fernández y Anita Velandia. (2009). Análisis factorial de la escala valoración de agencia de autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichán*. vol. 9, No. 3, pp. 222-235. (Revista de la Universidad de la Sabana, Chía-Colombia).

*Alba Fernández y Fred Gustavo Manrique. (2009). Agencia de autocuidado. *Revista Salud Historia y Sanidad SHS* (on line). vol. 4, No. 1, pp. 1-9.

(Revista de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja-Boyacá).

*Alba Fernández y Fred Gustavo Manrique. (2010). Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. *Revista Ciencia y Enfermería* (on line). vol. 16, No. 2. pp. 83-97.(Revista de la Universidad de Concepción, Chile).

*Alba Fernández y Fred Gustavo Manrique. (2011). Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores con hipertensión arterial de Tunja, Colombia. *Revista Avances en Enfermería*. vol. XXIX, No. 1, pp. 30-41. Revista de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá).

*Alba Fernández y Fred Gustavo Manrique. (2012). Modificación de la agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial en Tunja-Boyacá-Colombia. *Revista Salud Historia y Sanidad SHS* (on line). vol. 7, No. 1, pp. 3-16. (Revista de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja-Boyacá).

Deséándoles muchos éxitos en su proyecto de investigación,

Cordialmente,

Alba Rosa Fernández