

**AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA, 2022**

LIZETH PAOLA FLÓREZ CÓRDOBA

MARÍA JOSÉ RUDAS PÉREZ

MARÍA JOSÉ USTA DURANGO

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA
MONTERÍA – CÓRDOBA
2022**

**AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN MONTERÍA EN EL AÑO 2022**

LIZETH PAOLA FLÓREZ CÓRDOBA

MARÍA JOSÉ RUDAS PÉREZ

MARÍA JOSÉ USTA DURANGO

TRABAJO DE GRADO

DIRECTORA TEMÁTICA

STELLA ORTEGA OVIEDO

DIRECTOR METODOLÓGICO

ÁLVARO SÁNCHEZ CARABALLO

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ENFERMERÍA

MONTERÍA – CÓRDOBA

2022-I

NOTA DE ACEPTACIÓN



DIRECTORA DE TRABAJO DE GRADO

CC 34.983.432

JURADO

JURADO

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar hasta aquí, a mi hijo por ser mi motivación para salir adelante cada día, a Mi Madre por creer en mí siempre, a mi hermana por no dejarme sola en este camino, a todas las personas que siempre estuvieron apoyándome a lo largo de todo este tiempo. Mis amigas que iniciaron este proceso conmigo y lo culminan María Jose Usta Durango, Lizeth Paola Flórez Córdoba, Dayana Argumedo Herazo y Amelia Hernández, que siempre me han apoyado en días difíciles y muchas veces me dieron la motivación que necesité.

María José Rudas Pérez

A mis padres por ser mi más grande motivación para salir adelante y siempre creer en mí, a Dios por permitir llegar hasta aquí y guiar mis pasos, a mi hermano por ser mi ejemplo, a cada una de las personas que aportaron su granito de arena en este largo camino.

Mis amigos que iniciaron este gran sueño y hoy culminamos juntas María José Rudas Pérez, María José Usta Durango, que en muchas oportunidades me brindaron una palabra de aliento y me apoyaron en los días más difíciles.

Lizeth Paola Flórez Córdoba

A Dios por llenarme de valentía y fortaleza para enfrentar con dureza cada paso a paso en todo mi proceso y permitirme llegar hasta aquí, a Mis Padre gracias muchas gracias por ser mi soporte, por creer en mí y nunca abandonarme gracias por sus guerras y luchas sin ustedes no hubiese sido posible, A Mis Hermanos por colocar su granito de arena y ayudarme hacer mejor cada día, A Mi Novio gracias por empezar y terminar esta lucha conmigo, por nunca dejarme y siempre apoyarme, A Todos Mis Familiares por ser parte de este proceso y guiarme en todo momento, A Mis Amigas de lucha y compañeras de trabajo de grado María Jose Rudas Pérez y Lizeth Flórez Córdoba por siempre estar porque empezamos y juntas terminamos recogiendo las cosechas de nuestros sueños, y A Cada Docente gracias por ayudarme a materializar mis sueños.

María Jose Usta Durango

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por acompañarme siempre, permitirme alcanzar mis metas, por darme las fuerzas para seguir luchando día a día y ser mi fortaleza en los días difíciles.

A mi hijo Juan Esteban Espitia Rudas, por ser mi mayor motivación para seguir adelante y alcanzar mis objetivos.

A mis padres Juan Carlos Rudas Herrera (QEPD) y Cádiz Susana Pérez, por luchar siempre a mi lado y ayudarme a salir adelante cada día y alcanzar esta gran meta.

A mi hermana Aura Cristina Díaz, por ser mi apoyo incondicional, por estar acompañándome en todo el transcurrir de la carrera y ayudarme alcanzar este logro.

A mis compañeros y amigos que he conocido a lo largo de mi carrera, por aportar su granito de arena para la realización de este sueño.

A mis compañeras de trabajo de grado, por estar apoyándonos para alcanzar este triunfo.

A la IPS Medisinú donde se realizó el estudio, por dar su aval y a las personas inscritas en el programa Respira que amablemente decidieron participar de forma voluntaria.

A los docentes Álvaro Sánchez Caraballo y Stella Ortega Oviedo, por ser nuestras guías durante la realización del trabajo y por ayudarnos a alcanzar el objetivo.

Maria José Rudas Pérez

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiar mis pasos, permitir alcanzar mis metas y por darme la fuerza necesaria en los días difíciles.

A mis padres Nur Estela Córdoba Vidal y Juan Carlos Flórez Anaya por ser mi apoyo y motivarme cada día alcanzar mi meta.

A mi abuela Nur Susana Vidal De Córdoba, por brindarme su amor incondicional, a mis abuelos Andrés Manuel Córdoba Barrios (QEPD), Aristóbulo Flórez Vergara (QEPD) y Griselda Esther Anaya (QEPD), a mi tía Nazly Yulieth Córdoba Vidal (QEPD), que en vida siempre me acompañaron en este proceso, hoy este logro es para ustedes, los extraño.

A mis compañeras de trabajo de grado por acompañarme y ser parte de este proceso.

A mis amigos Anyi Carolina Atencia Soto, Oscar Darío Reyes Cogollo, Dayana Argumedo Herazo, Daniela Pérez Ortega y Ofelia Reyes Ortega (QEPD), por ser parte de este sueño y siempre brindarme su apoyo emocional durante los tiempos tormentosos.

A la IPS Medisinú por permitir realizar nuestro estudio y a las personas que participaron amablemente y de forma voluntaria.

A los docentes Stella Ortega y Álvaro Sánchez Caraballo, por ser nuestra guía y ayudarnos a cumplir con el objetivo.

Lizeth Paola Flórez Córdoba

AGRADECIMIENTOS

A Dios por nunca dejarme sola, por siempre estar a mi lado y guiar cada uno de mis pasos, pensamientos por regalarme la sabiduría necesaria en todos mis procesos por permitirme alcanzar mis sueños, metas y propósitos por regalarme la valentía y la fuerza necesaria para llegar hasta aquí.

A Mis Padres Nairon Rafael Usta González e Inelda María Durango Pacheco por siempre estar para mí por nunca abandonarme ni desfallecer ante las adversidades que muchas veces se presentaron en todo este recorrido, por su fuerza y lucha constante para que hoy en día mis sueños se puedan ver materializados, por sus desvelos y sacrificios porque nunca me faltó su bendición.

A Mis Hermanos Abraham José Usta Durango y Rafael José Usta Durango por ser mi soporte mi motivación, por nunca soltarme y ayudarme a levantar en los momentos difíciles.

A Mi Novio Cristian Camilo Argumedo Fuentes por motivarme, ayudarme a levantar en los momentos que llegue a pensar que ya no podía más, por cada sacrificio porque nunca me has abandonado y siempre has creído en mí.

A Todos Mis Familiares por siempre estar presente en cada momento de lucha y satisfacción en todo mi proceso.

A Mis Amigas, colegas y compañeras de trabajo de grado porque hemos estado apoyándonos en todo momento de principio a fin.

A Mis Abuelos Lázaro Usta Pereira Y Norverta Isabel Gonzales (QEPD) porque estoy segura de que desde el cielo me acompañaron en todo mi proceso educativo.

A la IPS Medisinú por permitir realizar nuestro estudio y a las personas que participaron amablemente y de forma voluntaria.

A los docentes Stella Ortega y Álvaro Sánchez Caraballo, por ser nuestra guía y ayudarnos a cumplir con el objetivo.

María José Usta Durango

CONTENIDO

RESUMEN	14
ABSTRACT	15
INTRODUCCIÓN	16
2. OBJETIVOS.....	20
2.1 GENERAL	20
2.2 ESPECÍFICOS	20
3. MARCO DE REFERENCIA	21
3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	21
3.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	23
3.2.1 estudios relacionados con el autocuidado en pacientes con EPOC.....	24
3.3 MARCO TEÓRICO.....	27
3.3.1 Origen de la teoría de Dorothea Orem	27
3.3.2 Teoría general de Orem	28
3.3.3 Teoría de Autocuidado de Orem	29
3.3.4 Teoría del déficit de autocuidado.	30
3.3.5 Teoría de sistemas de enfermería.....	31
3.3.6 Aplicación de la teoría en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	31
3.3.7 Historia natural de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica - EPOC.....	32

3.3.8 Tratamiento farmacológico de la EPOC	33
3.3.9 Tratamiento no farmacológico de la EPOC.	34
3.4. MARCO CONCEPTUAL.....	35
3.4.1 Enfermedad obstructiva crónica EPOC	35
3.4.2 Autocuidado	35
3.4.3 Agencia de autocuidado o Capacidad de autocuidado	35
3.5. MARCO LEGAL	36
4. DISEÑO METODOLÓGICO	39
4.1. TIPO DE ESTUDIO	39
4.2 ESCENARIO DE ESTUDIO	39
4.3 POBLACIÓN.....	40
4.4 MUESTRA.....	40
4.4.1 Cálculo de la muestra.....	40
4.4.2 Tipo de muestreo	41
4.4.3 Unidad de análisis	41
4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	41
4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	42
4.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	42
4.7.1. Instrumento para la recolección de la información	42
4.7.2 Procedimiento	43

4.8	ANÁLISIS DE LOS DATOS	44
4.9	ASPECTOS ETICOS Y LEGAL.....	44
5.	ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	46
5.1	Descripción de las características sociodemográficas de la muestra.....	46
5.2	Variables sociodemográficas y capacidad de agencia de autocuidado.....	52
	CONCLUSIONES.....	69
	RECOMENDACIONES	70
	BIBLIOGRAFÍA	71
	ANEXOS	79
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	81

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Rango de Edad de pacientes con EPOC.....	47
Gráfica 2. Género en pacientes con EPOC.....	48
Gráfica 3. Zona residencial de pacientes EPOC	49
Gráfica 4. Distribución de resultados de la disposición de autocuidado con variables sociodemográficas (Género) en pacientes con EPOC.....	53
Gráfica 5 Distribución de resultados de la disposición de autocuidado con variables sociodemográficas (Zona de residencia) en pacientes con EPOC.....	55
Gráfica 6 Distribución de resultados de la disposición de autocuidado con variables sociodemográficas (Edad) en pacientes con EPOC.....	57
Gráfica 7. Distribución de resultados en busca ayuda de familia, allegados o personal de salud con variables sociodemográficas (Género) en pacientes con EPOC.....	59
Gráfica 8 Distribución de resultados en busca ayuda de familia, allegados o personal de salud con variables sociodemográficas (Edad) en pacientes con EPOC.....	61
Gráfica 9 Distribución de resultados en busca ayuda de familia, allegados o personal de salud con variables sociodemográficas (Zona de residencia) en pacientes con EPOC.....	62
Gráfica 10. Distribución de resultados de limitaciones de autocuidado con variables sociodemográficas (Género) en pacientes con EPOC.....	63
Gráfica 11 Distribución de resultados de limitaciones de autocuidado con variables sociodemográficas (Edad) en pacientes con EPOC.....	64

Gráfica 12 Distribución de resultados de limitaciones de autocuidado con variables sociodemográficas (Zona de residencia) en pacientes con EPOC..... 65

Gráfica 13. Apreciación de capacidad o agencia de autocuidado. 67

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Muestreo probabilístico que define la muestra (n) en la I.P.S.	41
Tabla 2. Rango de edad en pacientes con EPOC.....	46
Tabla 3. Zona de residencia de los pacientes con EPOC	47
Tabla 4. Género de pacientes con EPOC	47
Tabla 5. Escala de apreciación de agencia de autocuidado A.S.A.	51
Tabla 6. Ítems de la escala de apreciación de agencia de autocuidado evaluados.	66

RESUMEN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica puede ser prevenible y tratable, en esta los bronquiolos sufren daños y se ve restringido el intercambio de gases, a medida que se agrava la EPOC es más difícil realizar las actividades cotidianas habituales, así lo menciona la Organización Mundial De La Salud (OMS).

Objetivo determinar la capacidad de autocuidado que tienen las personas con EPOC inscritos en un Programa de Salud de una IPS Privada de tercer nivel de la ciudad de Montería – Córdoba. **Metodología**, estudio descriptivo transversal con enfoque cuantitativo, en una muestra de 200 pacientes inscritos en el Programa Respira de la IPS privada, la recopilación de la información se realizó a través del instrumento “Escala de apreciación de agencia de autocuidado A.S.A.” versión validada en español, y teniendo en cuenta la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. **Resultados** en la mayoría de los ítems potencian el autocuidado, denotando que estos son capaces de cuidarse adecuadamente al demostrar disponibilidad para mantener la salud, buscar alternativas positivas para solucionar situaciones que le afectan, estar atento a los cambios en su condición, y buscar ayuda de la familia o el equipo de salud.

Palabras clave: Autocuidado, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Capacidad de Autocuidado.

ABSTRACT

Chronic obstructive pulmonary disease can be preventable and treatable, in this the bronchioles suffer damage and gas exchange is restricted, as COPD worsens it is more difficult to perform the usual daily activities, as mentioned by the World Organization of the Health (WHO). **Objective** of this research was to determine the self-care capacity of people with COPD enrolled in a Health Program of a Private IPS in the city of Montería - Córdoba. **Methodology**, cross-sectional descriptive study with a quantitative approach, in a sample of 200 patients enrolled in the Respira Program of the private IPS, the information was collected through the instrument "Assessment of self-care agency capacity assessment scale." version validated in Spanish and taking into account Dorothea Orem's Self-Care Deficit theory. **Results**, in most of the items that enhance self-care, denoting that they are capable of taking care of themselves adequately by showing availability to maintain their health, seeking positive alternatives to solve situations that affect them, being attentive to changes in their condition, and seeking help from others. the family or the health team.

Keywords: Self-care, Chronic obstructive pulmonary disease, Self-care ability.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud¹, es la tercera causa de muerte en el mundo, durante el año 2019 ocasionó 3,23 millones de muertes y más del 80% de éstas, se produjeron en países de ingresos bajos y medianos. La EPOC es una de las enfermedades abarcadas por el Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las enfermedades no transmisibles y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

Se calcula que en América según Gestarsalud², existe una cifra anual de 235.000 muertes y 13,2 millones de personas con EPOC, gran parte de las cuales sufren la enfermedad durante años. Entre tanto en Colombia la EPOC es la tercera causa de muerte, reportando 6.000 fallecimientos cada año y una prevalencia de casi 9% entre personas mayores a 40 años.

El deterioro físico posterior a la disfunción pulmonar trae consigo una serie de cambios multisistémicos que desencadenan la reducción de la capacidad funcional del ser humano, conforme lo sostiene Ahumada³, lo cual puede estar relacionado con la severidad de los síntomas y con el daño del sistema cardiovascular y musculo esquelético.

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). (sitio web) Organización Mundial de la salud, 21 de junio de 2021. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

² GESTARSALUD. En Colombia las EPOC son la tercera causa de muerte. (sitio web), Gestarsalud, 21 noviembre 2019. Disponible en: <https://gestarsalud.com/2019/11/21/en-colombia-las-epoc-son-la-tercera-causa-de-muerte/>

³ AHUMADA SÁNCHEZ, Cruz María; HERNÁNDEZ FLORES, Luisa Fernanda; RUIZ CAMPILLO, Aura Vanessa, EPOC y calidad de vida relacionada con la salud: Una revisión narrativa, 2020, p.1. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12442/6734>

Tal como se mencionó en apartes anteriores, la EPOC es una enfermedad común, que puede ser prevenible y tratable, esta afecta a personas de todo el mundo, en este mismo orden de ideas la Organización Mundial de La Salud (OMS)⁴, establece que en esta enfermedad los bronquiolos sufren daños y se ve restringido el intercambio de gases.

A medida que se agrava la EPOC es más difícil realizar las actividades cotidianas habitual así lo menciona la OMS⁵, debido a algunos síntomas que presenta como tos crónica, y cansancio, a menudo a causa de la falta de aire, una parte de los casos de EPOC ocurre en personas que nunca han fumado y entre las personas que no son fumadoras se ha vuelto un factor de riesgo el tabaquismo pasivo, el cual se ha ido involucrado dentro de la patogenia de la EPOC.

Para la guía española del EPOC⁶, el tabaquismo pasivo se define como el humo ambiental del tabaco, que es la inhalación involuntaria del humo del cigarro de otra persona que fuma; aunque se produzcan riesgos de salud inferiores en comparación con los del tabaquismo activo, es evidente que, estos no solo son evitables, sino involuntarios.

De la misma manera, la exposición ocupacional o ambiental a polvos y humos se constituyen como factores de riesgo para presentar problemas de salud, específicamente lo describe la guía española para la EPOC⁷. Los contaminantes específicos en relación con esta enfermedad son: El ozono, las partículas en suspensión (PM), el monóxido de carbono (CO), el dióxido de sulfuro (SO₂), el dióxido de nitrógeno (NO₂) y otros gases. La alta contaminación atmosférica,

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). (sitio web) Organización Mundial de la salud, 21 de junio de 2021. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

⁵ Ibid., p.1

⁶ Guía Española de la EPOC, Definición, etiología, factores de riesgo y fenotipos de la EPOC. (sitio web) Archivos de bronco neumología, junio de 2017. Disponible en: <https://acortar.link/hXYASF>

⁷ Ibid., p.6

sobre todo asociada a la Circulación de vehículos, es un factor desencadenante de exacerbaciones de la EPOC en individuos susceptibles.

Del mismo modo, el enfisema hereditario es el ejemplo primordial de un factor genético debido a la deficiencia de alfa-1-antitripsina para la guía española de la EPOC⁸. Este déficit congénito predispone a una acelerada destrucción y pérdida del parénquima pulmonar y al desarrollo del enfisema. Esta es una enfermedad autosómica recesiva que causa EPOC, cirrosis hepática y se estima que este es responsable del 1% de los casos de EPOC.

Para la institución antes mencionada en el EPOC⁹, la mayoría de los factores de riesgo que están asociados con el progreso de éste, no pueden ser modificados ya que, estos factores concomitantes son: la edad, el sexo, el envejecimiento pulmonar, las infecciones respiratorias repetidas del niño o el adulto en edades tempranas y factores socioeconómicos.

Las IPS a nivel nacional están desarrollando programas en el que se hace importante un autocuidado, en esta enfermedad hay varias medidas que las personas con EPOC pueden adoptar para mejorar su salud en general y ayudar a controlar su enfermedad; entre esas tenemos el dejar el hábito de fumar; hacer ejercicio por lo menos 30 min diarios, así lo sustenta Nerea y otros¹⁰.

El rol del profesional de enfermería es valioso, tal como se destaca en la Teoría de Sistemas Enfermeros de la teoría de Dorotea Orem, y su Sistema de Apoyo Educativo, en el cual la acción de la enfermera está dirigida a “regular el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado”¹¹, que pone de manifiesto el papel importante de la enfermera en la parte de educación a las personas en la

⁸ Ibid., p.6

⁹ Ibid., p.6

¹⁰ NEREA EGÜÉS Olazábal Et al; Manual de autocuidados. Gobierno de Navarra. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/56B42F87-6740-4815-96E9-968724E5B3C3/469451/EPOC_Manual_Cast3.pdf

¹¹ OREM, Dorothea. Teoría del déficit de autocuidado. En RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. Octava edición, Elsevier, España, 2015. P. 236.

búsqueda de conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta¹². De acuerdo con lo anterior, como servidores de salud las acciones al paciente con EPOC están encaminadas a fortalecer el autocuidado de estos pacientes, brindando y fomentando suficiente información para que ellos tengan la capacidad de tener un buen autocuidado; tal como lo expresa Ahumada y otros¹³; la educación que brinda el profesional de enfermería parece ser una alternativa que, en cierta medida, consigue reducir el impacto de la enfermedad en diversas esferas del individuo.

Enfermería se centra en la atención de los sujetos de cuidado (la persona, la familia y la comunidad) pero, también se centra en cuidados en el ambiente hospitalario, teniendo en cuenta lo que expresa Lagoueyte¹⁴, es por esto que el profesional de enfermería abarca la continuidad de los cuidados que son orientados a los pacientes con EPOC para tratar de analizar el autocuidado.

La presente investigación de tipo descriptivo estuvo encaminada a determinar la capacidad de autocuidado que tienen las personas con EPOC inscritos en un Programa de Salud de una IPS Privada de tercer nivel en la ciudad de Montería – Córdoba. Para la recolección de la información se utilizó la escala de apreciación de agencia de autocuidado A.S.A. versión validada en español, la cual consta de 24 ítems y una escala de calificación tipo Likert de cuatro categorías: nunca, casi nunca, casi siempre y siempre.

¹² Ibid., p.237

¹³ AHUMADA SÁNCHEZ, Cruz María; HERNÁNDEZ FLORES, Luisa Fernanda; RUIZ CAMPILLO, Aura Vanessa. EPOC y calidad de vida relacionada con la salud: Una revisión narrativa. (sitio web). 2020. Disponible en: <http://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/6734>

¹⁴ LAGOUEYTE María. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. (sitio web). 2015, p,209. Disponible en <https://acortar.link/6YykBJ>

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Determinar la capacidad de autocuidado que tienen las personas con EPOC inscritos en un programa de salud de una IPS privada de la ciudad de Montería – Córdoba, a la luz de la teoría de Dorothea Orem en el año 2022.

2.2 ESPECÍFICOS

2.2.1 Describir las características sociodemográficas de las personas con EPOC inscritos en un programa de salud de una IPS privada de la ciudad Montería-Córdoba

2.2.2 Analizar la capacidad o agencia de autocuidado en las personas con EPOC, inscritas en un programa de salud de una IPS privada de la ciudad de Montería – Córdoba.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los datos históricos hacen referencia a que la EPOC surgió desde el siglo XVI; así lo relaciona Cosío¹⁵, manifestando por otra parte que Hipócrates fue un médico griego que no empleaba este término para diagnosticar a los pacientes que presentaban síntomas como la tos, expectoración, disnea y sibilancias, sino que usaba el término de “asma” para todas las manifestaciones clínicas en las que el paciente mostraba falta de aire.

La presencia de esta enfermedad es bastante frecuente, relacionado a lo que menciona García¹⁶, que a través del tiempo en la humanidad sus aspectos históricos son muy poco conocidos porque las manifestaciones clínicas fueron interpretadas de diversas formas y asociadas a patologías con origen diverso.

Todo paciente que presentaba síntomas como falta de aire, tos, expectoración y otros síntomas similares se le atribuía al término de “asma”, este término era muy acogido en la medicina griega por Hipócrates, así lo menciona García¹⁷. El uso de la palabra asma empezó a diferenciarse pronto y a transformarse a partir del siglo XVI / XVII denominándolo bronquitis, utilizando el término, en este caso, hasta fines del siglo XVIII.

Durante el siglo XVII y a finales del año 1600 ya se describían casos por observación de patologías denominadas pulmones voluminosos y turgentes así hace referencia el autor antes mencionado¹⁸, en pacientes que presentaban

¹⁵ COSÍO, Ismael. Setenta y un años de historia de la EPOC en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (sitio web). 2006. P.1. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a16.pdf>

¹⁶ GARCÍA, Paula. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una muestra aleatoria poblacional de 65 años y más. (sitio web). 2017. P37 Disponible en: <https://acortar.link/MWdMDm>

¹⁷ Ibid., p.37.

¹⁸ Ibid., p.37.

dificultad para ingresar aire a los pulmones y otros síntomas como los ya mencionados en el párrafo anterior, dejando a un lado el concepto de asma que se venía utilizando anteriormente, todo esto a la observación clínica, autopsias y otros pocos elementos de diagnóstico con los que se contaba en la época.

En los últimos cincuenta años de acuerdo con lo referenciado por González¹⁹, la confusión terminológica ha favorecido poco el conocimiento de la enfermedad y el abordaje práctico de la misma; durante años han coexistido, en muchas ocasiones como sinónimos, enfisema, bronquitis crónica, bronquitis asmática, enfermedad de pequeñas vías o bronquitis crónica simple u obstructiva.

A principios de los años 80, el EPOC se ha introducido progresivamente en todos los ámbitos haciendo énfasis en la relación de la enfermedad con el tabaco (en los países occidentales), en la obstrucción poco reversible (o por lo menos no tan reversible como en el caso del asma) y en el papel básico de la espirometría según Escarrabill²⁰, para el diagnóstico de esta.

La evolución de la EPOC, según lo anotado de Cosió²¹, la cual es un concepto mayoritariamente aceptado, resulta en pacientes fumadores de un excesivo declive de la función pulmonar a lo largo de los años. Así, el nivel medio de volumen espiratorio forzado del primer segundo (FEV_i), se relaciona con su pendiente de caída en el tiempo, de modo que los sujetos con menor (FEV_i) serían aquellos cuya pendiente hubiese sido mayor.

¹⁹ GONZÁLEZ GALDOS Mariano Andrés. La calidad de vida del paciente con EPOC y la importancia del kinesiólogo. (sitio web). 2015. Disponible en: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/854/2015_K_008.pdf?sequence=1

²⁰ ESCARRABILL J. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): visión global y continuidad de cuidados. (sitio web). 2003. Disponible en: <https://acortar.link/WxlRXZ>

²¹ COSÍO M. G. (Montreal) Historia natural de la EPOC. (sitio web). Disponible en: <https://www.studocu.com/co/document/universidad-santiago-de-cali/epidemiologia-general/historia-natural-de-la-enfermedad-del-epoc/16768087>

En este mismo sentido, el autor antes mencionado²², coincide con que la aparición clínica de la enfermedad viene precedida por un período de trastornos ventilatorios ligeros, la irritación persistente producida por el tabaco y en algunos casos las deficiencias en el sistema proteasa-anti-proteasa serían los factores de riesgo de la EPOC. Sin embargo, sólo un 15 % de los fumadores presenta la enfermedad clínicamente.

La hiperreactividad bronquial y la atopia serían los factores que, explicarían la mayor susceptibilidad de algunos fumadores, en el mismo sentido el autor mencionado ²³, demostró tras seguir durante 18 años a una cohorte de población sana, que aquellos que inicialmente tenían una mayor hiperreactividad bronquial eran los que desarrollaban una mayor pendiente de caída del FE Vi con el paso del tiempo, independientemente del (FE Vi) basal e indistintamente del hábito tabáquico.

Así mismo este autor en mención²⁴, sugiere que existe una forma de EPOC en no fumadores, cuyo mecanismo y patogenia difiere del descrito clásicamente y que denomina "bronquitis asmática crónica". Esta forma se asociaría a los niveles de IgE y de eosinofilia, y su evolución dependería básicamente del curso del asma y de su tratamiento.

3.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Revisando fuentes bibliográficas de varios autores, se ha encontrado que hay diversas investigaciones que tienen relación con el tema de estudio del presente proyecto. Estos estudios permiten abarcar la temática del autocuidado en los pacientes con EPOC.

²² Ibid., p. 38.

²³ Ibid., P. 38.

²⁴ Ibid., P. 38.

3.2.1 estudios relacionados con el autocuidado en pacientes con EPOC.

SCHRIJVER J, LENFERINK A, BRUSSE-KEIZER M, ZWERINK M, VALK P, PALEN J, EFFING TW ²⁵, Autocuidado para personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Las intervenciones de autocuidado mejoraron a las personas con EPOC en comparación con la atención habitual, pero no se alcanzó una mejora clínicamente significativa. El número de participantes con al menos un ingreso hospitalario relacionado con la EPOC se redujo en los que participaron en una intervención de autocuidado. No se encontraron diferencias en la cifra de muertes entre los grupos de autocuidado y atención habitual, lo que refuerza la hipótesis de que es poco probable que las intervenciones de autocuidado para la EPOC tengan efectos perjudiciales.

GAITÁN GÓMEZ Vanessa Eugenia y ORTIZ CORTÉS Leydi²⁶, Programa de educación al paciente con enfermedad pulmonar Obstructiva crónica (EPOC), El establecimiento del programa de salud en el hospital de San José para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de EPOC, no solo se sustenta desde la evidencia científica en las estrategias utilizadas, sino que los resultados son contundentes en cuanto a las variaciones presentadas a partir de la aplicación de la escala de valoración para la calidad de vida. Aunque no es posible determinar que la mejoría en la sintomatología de los pacientes se deba a la aplicación del programa, ya que no se fue la única intervención realizada, se evidencia disminución del impacto de los síntomas más incapacitantes para los pacientes como lo son la tos, las secreciones, la opresión en el pecho y la disnea y cómo estos impactan en su participación.

AHUMADA SÁNCHEZ, Cruz María, HERNÁNDEZ FLORES, Luisa Fernanda, RUIZ CAMPILLO, Aura Vanessa²⁷, EPOC y calidad de vida relacionada con la salud: una revisión narrativa, La EPOC impacta negativamente en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes que la padecen, debido a las múltiples implicaciones físicas, funcionales y psicológicas que genera. Existe una clara relación entre la enfermedad, sus síntomas y el deterioro físico que acarrea consecuencias que dificultan a los pacientes vivir en plenitud, reduciendo la expectativa de vida de este. La medición de la CVRS es un parámetro fundamental en el diagnóstico, manejo, tratamiento y pronóstico del paciente con

²⁵ SCHRIJVER J, Et al, Autocuidado para personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 2022. (sitio web). Disponible en: <https://acortar.link/MQRpms>

²⁶ GAITÁN GÓMEZ Vanessa Eugenia y ORTIZ CORTÉS Leydi. Programa de educación al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc). 2020. (sitio web). Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/20959/GaitanGomez-VanessaEugenia-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²⁷ AHUMADA SÁNCHEZ, Cruz María; HERNÁNDEZ FLORES, Luisa Fernanda; RUIZ CAMPILLO, Aura Vanessa. Epoc y calidad de vida relacionada con la salud: una revisión narrativa. 2020. (sitio web). Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12442/6734>

EPOC, siendo indispensable su medición en los casos con síntomas más severos. Las intervenciones basadas en la motivación, educación y coaching en salud han demostrado ser efectivas en el mejoramiento de la CVRS, así como la capacitación en estrategias de autocuidado.

SCHMITT Carolina, DE SOUZA Sabrina Antonio, DA SILVA BRINQUES Camila, FRANCO DA SILVA Thaís, GONÇALVES DA SILVA Andréa Lúcia, TRIMER Renata ²⁸, Funcionalidade da família dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, El objetivo de este artículo es evaluar la funcionalidad de la familia en la vida cotidiana de los pacientes afectados por EPOC. Se trata de un estudio transversal que evaluó la funcionalidad familiar de pacientes con EPOC en diferentes etapas de la enfermedad y que realizan un Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC). Se utilizó el instrumento APGAR familiar, que es un acrónimo caracterizado por A = (Adaptation/Adaptación), P = (Partnership/Compañerismo), G = (Grow/Desarrollo), A = (Affection/Afectividad), R = (Resolve/Capacidad de resolución), compuesto por 5 preguntas evaluadas en “siempre”, “a veces” y “nunca”, que combinadas resultan en “disfunción familiar severa”, “disfunción familiar moderada” y “buena funcionalidad familiar”.

BOLÍVAR GRIMALDOS F, CANO ROSALES DJ, DURAN SANDOVAL JN, ALBARRACÍN RUIZ MJ, RINCÓN ROMERO K²⁹, Calidad de vida de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, participantes en un programa educativo integral, Describir el efecto de un programa educativo de cuidado integral en la calidad de vida de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal incluyendo pacientes con diagnóstico de EPOC en quienes se aplicó el cuestionario para medición de calidad de vida Saint George al ingreso y a los seis meses de estar vinculado al programa. Se realizaron pruebas estadísticas no paramétricas debido al comportamiento no gaussiano de las variables. Resultados: Se incluyeron un total de 31 pacientes con promedio de edad 82,7 años, 43,3% tenían antecedente de tabaquismo, de las variaciones en la encuesta Saint George se observó un cambio significativo en el dominio de actividad y en el puntaje global de la encuesta al ser aplicada a los seis meses de seguimiento.

²⁸ SCHMITT Carolina, DE SOUZA Sabrina Antonio, DA SILVA BRINQUES Camila, FRANCO DA SILVA Thaís, GONÇALVES DA SILVA Andréa Lúcia, TRIMER Renata. Funcionalidade da família dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. (2019). (sitio web). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/fp/a/cPvYp8q58gksJJ3zQwRSyDn/?lang=pt>

²⁹ BOLÍVAR GRIMALDOS F, Et al. Calidad de vida de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, participantes en un programa educativo integral. 2019. (sitio web). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7099618>

BLÁÑQUEZ MORENO Cristina, COLUNGO FRANCIA Cristina, ALVIRA BALADA María del Carmen, BELCHIN KOSTOV Luis González de Paz, SISÓ ALMIRALL Antoni³⁰, Efectividad de un programa educativo de rehabilitación respiratoria en atención primaria para mejorar la calidad de vida, la sintomatología y el riesgo clínico de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Programa educativo de rehabilitación respiratoria con conceptos básicos de fisiopatología pulmonar/respiratoria, ejercicios de fisioterapia respiratoria, taller práctico de uso de los dispositivos de inhalación más frecuentes, comprensión de la enfermedad crónica y medidas de autocuidado en caso de exacerbación. Mediciones principales Se evaluaron la calidad de vida (cuestionario de evaluación de la EPOC), la capacidad de ejercicio (prueba de la marcha de los 6 minutos), el grado de disnea (la escala modificada de Borg) y el riesgo clínico (índice de BODE) mediante cuestionarios validados en castellano.

BLANCO SÁNCHEZ, Beatriz, Plan integral de autocuidados en pacientes EPOC con soporte y apoyo sanitario desde Atención Primaria, En este estudio se valora la eficacia de llevar a cabo un plan de autocuidados con reuniones de seguimiento, tanto informativas como motivacionales, por parte de personal sanitario. A la vista de los resultados, se podría plantear la integración de un plan de intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida en estos pacientes, así como disminuir el número de ingresos o exacerbaciones de la enfermedad, bien realizando el plan del estudio al completo o bien incorporando algunas de las medidas, por ejemplo, una guía de recomendaciones básicas para el paciente o bien reuniones grupales con personal sanitario.

³⁰ BLÁÑQUEZ MORENO Cristina, Et al. Efectividad de un programa educativo de rehabilitación respiratoria en atención primaria para mejorar la calidad de vida, la sintomatología y el riesgo clínico de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 2018. (sitio web). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6625516>

3.3 MARCO TEÓRICO

El presente estudio se sustenta en la Teoría de Déficit Autocuidado de Dorothea Orem, una de las teorías de Enfermería cuyo eje principal es el autocuidado, la cual está conformada por cuatro teorías que se relacionan entre sí: teoría de autocuidado y teoría del cuidado dependiente, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería; para comprender todos sus componentes es necesario conocer cada uno de los conceptos que hacen parte de ella.

3.3.1 Origen de la teoría de Dorothea Orem

En palabras de Páez³¹, en 1971 Dorothea Orem publica su teoría general de enfermería; en 1980 la propuesta teórica de Orem aparece bajo el nombre de teoría general de Orem; una década después fue especificado el nombre por Self-Care Déficit Theory of Nursing o S-CDT, (Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado) donde inicialmente se articulan o interrelacionan tres teorías: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de los sistemas de enfermería; posteriormente en 2001 Orem³², adiciona la Teoría de Cuidado Dependiente, esta teoría se considera paralela a la del autocuidado, y busca evitar confusión del término autocuidado cuando la persona no lo puede realizar, requiriendo entonces que otro le realice los cuidados, y surge el cuidado dependiente.

La teoría general de Orem 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 o transversal que Orem³³, denominó factores condicionantes

³¹ PÁEZ SIERRA Maria Angélica. Aplicación de la teoría de Dorothea Orem en el cuidado del paciente oncológico. (sitio web). 2008. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/55094/PaezSierra%2CMariaAngelica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

³² OREM, Dorothea. Op cit. p.234

³³ Ibid., p.234

básicos, haciendo referencia a aquellos factores o variables que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y circunstancias específicas, y corresponden a: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, factores del sistema familiar, factores socioculturales, disponibilidad de recursos, y factores externos del entorno.

Después de treinta años de formalizada la teoría general de Orem, conforme a lo mencionado por López y otros³⁴, el desarrollo teórico continúa y crece, tal vez como indicador del valor de la teoría para comprender la enfermería y explicar sus componentes, la revisión de la literatura evidencia que esta teoría se aplica con mayor frecuencia en el cuidado de individuos, especialmente adultos y ancianos, que en el cuidado de las familias; hallazgos similares muestran la diversidad en la utilización de la teoría de Orem y una prevalencia de su uso con el grupo de adultos.

3.3.2 Teoría general de Orem

Abarca actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, por su parte Páez³⁵, expresa que para mantener la vida, la salud y el bienestar; es necesario dar respuesta a una serie de requisitos de autocuidado que pueden ser universales (satisfacen necesidades de agua, aire, alimentos, eliminación/excreción, actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros y promoción del funcionamiento y desarrollo humano; requisitos de

³⁴ LÓPEZ DÍAZ, Alba Lucero; GUERRERO GAMBOA, Sandra. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. (revista). 2006. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215402009.pdf>

³⁵ PÁEZ SIERRA Maria Angélica. Aplicación de la teoría de Dorothea Orem en el cuidado del paciente oncológico. (sitio web). 2008. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/55094/PaezSierra%2CMariaAngelica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

desarrollo que garantizan el crecimiento y el desarrollo normal, desde la concepción hasta la vejez y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo; y los requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud.

3.3.3 Teoría de Autocuidado de Orem

El concepto básico desarrollado por Orem³⁶, de autocuidado se define como: acciones intencionales deliberadas, comportamientos aprendidos realizados sucesivamente para satisfacer necesidades conocidas de cuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.

Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales.

Es así como, las personas aprenden prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos que contribuyen a la salud y el bienestar; todas estas actividades son medidas por la voluntad, son actos deliberados y racionales que realizamos muchas veces sin darnos cuenta, se han transformado en parte de nuestra rutina de vida. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos.

El autocuidado y el cuidado de miembros dependientes de la familia son comportamientos aprendidos que regulan intencionalmente la integridad de la estructura humana, su funcionamiento y desarrollo.

³⁶ Ibid., p. 11

3.3.4 Teoría del déficit de autocuidado.

Está sometida a limitaciones derivadas o relacionadas con la salud, que incapacitan el autocuidado continuo para la asistencia de cuidado dependiente o que terminan en cuidados ineficaces o incompletos. El propósito de esta teoría es la relación entre capacidad de cuidado y demanda que se pueden definir en términos de igual a, menos que, y más que.

Cuando las capacidades de cuidado son menos que las necesarias para satisfacer una demanda conocida de autocuidado se establece "una relación de déficits" denotándose déficit para el AC y cuando las capacidades de autocuidado son iguales o exceden las necesarias para alcanzar o suplir la demanda actual de autocuidado, se dice que la agencia o capacidad de autocuidado es buena o adecuada, esta misma relación aplica en el Cuidado Dependiente, pero haciendo referencia a quien va a realizarle el cuidado a otra persona.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno para Naranjo, Concepción y Rodríguez³⁷, puede darse una situación en que la demanda total que se hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella, en esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

³⁷ NARANJO, Ydalsys. CONCEPCIÓN, José. RODRÍGUEZ, Miriam. La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. [En línea]. (2017). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es

3.3.5 Teoría de sistemas de enfermería

Se forman sistemas de enfermería cuando las enfermeras, por el hecho de hacer acciones distintas y sistemas de acción, utilizan sus capacidades para recetar, programar y suministrar enfermería a pacientes válidos (cómo individuos o grupos).

Dorothea Orem³⁸, establece la existencia de tres tipos de sistemas de enfermería, el primero es el sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio supliendo las necesidades de la persona o paciente, como segundo se encuentra el sistema parcialmente compensador: La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción, en este sistema la enfermera y el paciente actúan para atender sus necesidades de cuidado y por ultimo y no menos importante el sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones. El papel de la enfermera consiste en ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades, en palabras de Orem la enfermera guía, orienta y educa al paciente y/o su familiar para lograr un adecuado autocuidado o cuidado dependiente cuando sea necesario.

3.3.6 Aplicación de la teoría en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

La EPOC se convierte en una de las situaciones que más inestabilidad e impacto puede producir sobre el individuo y su entorno por el cual el autocuidado se convierte en una herramienta fundamental para contribuir al mantenimiento de la salud, dado que la educación que se le brinda al paciente debe incluir: síntomas y

³⁸ Op. cit. OREM, Dorothea. Teoría del déficit de autocuidado, pág. 236

signos, posibles complicaciones, efectos secundarios del tratamiento, refuerzo del consejo antitabaco, dieta, ejercicio físico, sueño, entre otros.

El autocuidado en el paciente con EPOC es una herramienta fundamental que permite su abordaje integral en las diferentes etapas desde la prevención, identificación de los factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento (farmacológico y no farmacológico).

De acuerdo con lo mencionado hasta ahora, se puede establecer que la teoría de Orem³⁹, es un modelo aplicable clínicamente y que provee guías para el cuidado de pacientes; la base de esta teoría es la creencia de que cada persona tiene la habilidad innata de cuidarse así mismo.

Por otro lado, las personas con EPOC tienen que incorporar a su vida diaria autocuidados que le permitan prevenir complicaciones, exacerbación de la enfermedad o convivir con esta. En estos casos, el cuidado se puede realizar a través de diferentes intervenciones como son: la enseñanza de cuidados, la demostración de la práctica de ellos o el apoyo para que estas sean realizadas.

3.3.7 Historia natural de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica - EPOC

El deterioro a nivel anatómico y/o fisiológico de la enfermedad se va dando progresivamente, dependiendo de la exacerbación de los síntomas, así como lo menciona Wilse⁴⁰, los casos graves pueden complicarse por pérdida de peso, neumotórax, episodios agudos frecuentes de descompensación, insuficiencia cardíaca derecha y/o insuficiencia respiratoria aguda o crónica, uso de los músculos respiratorios accesorios y el desplazamiento hacia adentro de la caja torácica inferiores durante la inspiración (signo de Hoover).

³⁹ Ibid., p. 236

⁴⁰ WILSE, Robert. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 2020. (sitio web). Disponible en: <https://acortar.link/VV4XaH>

La EPOC dado que es una enfermedad crónica y el daño es provocado por el cigarrillo en la vía aérea, el autor Silva⁴¹, describe que su deterioro es precoz con modificaciones moleculares, bioquímicas y funcionales antes de que aparezcan síntomas que sean reconocidos por los pacientes.

Por otro lado en ese mismo orden de ideas el autor en mención⁴², ha demostrado recientemente que en los estadios tempranos de la enfermedad, precisamente en los estadios GOLD I, la alteración ventilación/perfusión es exageradamente elevada en relación a la limitación del flujo aéreo, sugiriendo que en la EPOC inicialmente se afecta la vía aérea pequeña, el parénquima y los vasos pulmonares, existiendo una pequeña alteración espirométrica, por lo que las alteraciones del intercambio gaseoso se desarrollan precozmente.

3.3.8 Tratamiento farmacológico de la EPOC

El primer paso en el tratamiento de la EPOC es conseguir que el individuo logre el abandono total del hábito tabáquico y evitar los contaminantes medioambientales; Piera⁴³, dice que con esto se logra prevenir la progresión de la enfermedad y disminuir con ello el número de exacerbaciones, aunque cabe resaltar que no se vuelve a recuperar la función pulmonar perdida.

Junto a la medida terapéutica mencionada por el autor⁴⁴, en la actualidad también se cuenta con fármacos broncodilatadores que ayudan a controlar algunos de los síntomas más comunes de la EPOC. Estos medicamentos están considerados como la piedra angular del manejo de esta enfermedad y existen varios tipos

⁴¹ SILVA, Rafael. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Mirada actual a una enfermedad emergente. 2010. (sitio web). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n12/art12.pdf>

⁴² Ibid., p. 2

⁴³ PIERA, Mercè, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 2003. (sitio web). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-13056237>

⁴⁴ Ibid., p. 3

como: Agonistas β -2 de acción rápida y prolongada, Metilxantinas, Corticosteroides, Productos combinados y los fármacos anticolinérgicos siendo estos los de primera elección.

3.3.9 Tratamiento no farmacológico de la EPOC.

A pesar de que la base del tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se fundamenta en el de tipo farmacológico, existen aspectos de igual importancia en su manejo que deben abordarse de forma integrada en cada paciente, así lo menciona Cosío y otros⁴⁵. La reciente actualización del tratamiento no farmacológico de la EPOC incluye la recomendación de contemplar, tras el diagnóstico, una serie de medidas generales que se deben tener en cuenta en todo paciente con la enfermedad y que comprende la adecuada nutrición (lácteos, carnes, huevos, verdura, frutas, cereales y legumbres) la actividad física regular adaptada a su edad y a sus condiciones físicas (caminar, subir escaleras o montar en bicicleta).

⁴⁵ COSÍO, Borja. HERNÁNDEZ, Carme. CHINER, Eusebi y otros. actualización 2021 de la guía española de la EPOC (Gesepoc). tratamiento no farmacológico. 2021. (Sitio web). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289621002283>

3.4. MARCO CONCEPTUAL

3.4.1 Enfermedad obstructiva crónica EPOC

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) tal como lo sostienen Chacón y otros⁴⁶, es una entidad caracterizada por la limitación al flujo aéreo, la cual no es totalmente reversible, la limitación al flujo aéreo es usualmente progresiva y asociada con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas nocivas y gases.

3.4.2 Autocuidado

Conforme a lo establecido por la teorista Dorothea Orem⁴⁷, se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada, continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. De igual manera, Orem conceptualiza el autocuidado como acciones intencionales, comportamientos aprendidos, realizados sucesivamente para satisfacer necesidades conocidas de cuidado.

3.4.3 Agencia de autocuidado o Capacidad de autocuidado

Acorde a lo mencionado por Rivera⁴⁸, Orem en su teoría de enfermería lo define como la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes 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 y finalmente para

⁴⁶ CHACÓN, Ronald. SIBAJA, Mario. DÁVILA, Juan. Otros. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). 2003. (sitio web). Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022003000500003

⁴⁷ HERNÁNDEZ, Ydalsys. PACHECO, José. RODRÍGUEZ, Miriam. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. (sitio web).2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

⁴⁸ RIVERA. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. (sitio web). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35969/37129>.

realizar las actividades de cuidado determinados para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

En esta investigación, se utilizará el concepto de Agencia de Autocuidado y Capacidad de Autocuidado como equivalentes, de acuerdo con lo desarrollado por la teoría de Dorothea Orem.

3.5. MARCO LEGAL

La atención a las personas con EPOC en el territorio colombiano se sustenta en las siguientes reglamentaciones:

La Constitución Política de Colombia de 1991⁴⁹, en el Capítulo II, Artículo 48 reglamenta que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

Así mismo la Constitución Política de Colombia de 1991⁵⁰, en el Artículo 49 reglamenta que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

La Ley 100 de 1993⁵¹, mediante la cual se reglamenta el sistema seguridad integral en Colombia en el Artículo 152 establece que los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los

⁴⁹ REPUBLICA DE COLOMBIA. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991. (sitio web). Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>

⁵⁰ Ibid., p.25

⁵¹ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. (sitio web). Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

niveles de atención. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones legales vigentes.

La Ley estatutaria 1751 de 2015⁵², estatutaria del derecho fundamental a la salud, en el Artículo 5, asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para ello deberá “Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.

Por su parte la Ley 1753 de 2015 en el Artículo 65 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social⁵³, definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y que en la definición de dicha política se integrarán los enfoques de Atención Primaria en Salud (APS), Salud Familiar y Comunitaria; articulación de las actividades Individuales y colectivas y el enfoque poblacional y diferencial.

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) adoptó por medio de La Resolución 429 de 2016⁵⁴, que busca orientar los objetivos del SGSSS hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población centrado en el sujeto de atención en salud.

⁵² CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. (sitio web). Disponible en: <https://acortar.link/uDj3Tz>

⁵³ Ley 1753 de 2015 – Ley del Plan Nacional Desarrollo. Política de Atención Integral en Salud. 2015 (sitio web). Disponible en: <https://acortar.link/7GtJbW>

⁵⁴ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1753 de 2015 Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. (sitio web). Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=61933>

La Resolución 3280 de 2018⁵⁵, tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud y las directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento y se presentan los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida.

En este sentido para el Ministerio de Salud⁵⁶, es importante subrayar que los patrones de desarrollo adulto no se configuran en algo novedoso, sino en la consolidación de los aprendizajes previos y un perfilamiento cada vez más claro de la individualidad. Por lo tanto, las intervenciones en este momento de vida permiten consolidar los aprendizajes y fortalecer las capacidades aprendidas para posibilitar el crecimiento y el logro de los objetivos planeados por cada individuo.

⁵⁵ COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3280 (2 agosto 2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud. 2018. (sitio web). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

⁵⁶ Ibid., p. 8

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal con enfoque cuantitativo; la recolección de los datos se realizó durante el mes de Junio de 2022, mediante entrevistas telefónicas a pacientes incluidos en la base de datos del programa de Salud de una Institución Prestadora de Salud -IPS- privada del Municipio de Montería

De acuerdo con Hernández y otros⁵⁷, los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables.

El estudio transversal descriptivo tiene como fin estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición de salud (variable dependiente) en un momento dado, además de medir otras características en los individuos de la población, como pueden ser las variables epidemiológicas relativas a las dimensiones de tiempo, lugar y persona (variables independientes).

4.2 ESCENARIO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en una institución prestadora de servicios de salud (I.P.S) de tercer nivel de atención que actualmente implementó la ruta integral de atención en salud (RÍAS) dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la Resolución 3202 de 2016 en el marco del plan nacional de desarrollo 2014-2018, (Política de atención integral en salud) el sistema de salud, la Ley estatutaria y el Modelo integral de atención en salud (MÍAS).

⁵⁷ HERNANDEZ, FERNÁNDEZ Y BATISTA. Metodología de la investigación. McGraw-Hill, 6 Ed. Bogotá. 2014, p. 92. (sitio web). Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

4.3 POBLACIÓN

La población estuvo constituida por el total N (200) de personas adultas con rangos de edad entre 45 y 90 años inscritas en un programa de salud de una IPS privada de la ciudad de Montería – Córdoba que a corte del mes de junio de 2022 correspondió a 410.

4.4 MUESTRA

4.4.1 Cálculo de la muestra

Del total de la población 410 se tomó una muestra de 200 personas adultas inscritas en el Programa Respira de la I.P.S escenario del estudio calculada con un nivel de confianza de 95%, un margen de error (intervalo de confianza) del 5% y una probabilidad de 0,5 (p=0,5 q=0,5) utilizando la fórmula matemática establecida para el cálculo de tamaño de muestra para poblaciones finitas que se muestra a continuación.

Fórmula

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

En donde

N= Tamaño de la población

Z = nivel de confianza

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada

q = probabilidad de fracaso

d = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

4.4.2 Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio teniendo en cuenta el total personas adultas inscritas en el Programa Respira que contempla la I.P.S escenario del estudio, tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1. Muestreo probabilístico que define la muestra (n) en la I.P.S.

N= 410

Z= 1.96

p= 0.50

q= 0.50

d= 0.05

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

$$n = \frac{410 * 3.8 * 0.50 * 0.50}{0.0025 * (409) + 3.8 * 0.50 * 0.50}$$

$$n = \frac{389.5}{1.9725}$$

$$n = 197$$

4.4.3 Unidad de análisis

Persona adulta con diagnóstico confirmado de EPOC que aceptó voluntariamente participar en el estudio.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres y mujeres mayores de 45 años con diagnóstico de EPOC, inscritos en un programa de salud de una IPS privada de la ciudad de Montería – Córdoba.
- Pacientes dependientes o no dependientes
- Tiempo de diagnóstico de EPOC mayor de 6 meses.

4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Participantes que para el estudio aun cumpliendo los criterios de inclusión, no aceptaron participar en el mismo, los que no demostraban comprensión de la información suministrada sobre la investigación, sus objetivos y alcances, o no estaban de acuerdo con ellos.

4.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información fue recolectada por el grupo investigador durante un periodo de un mes, por medio de entrevista telefónica con los pacientes mediante el instrumento A.S.A, ver anexo #1.

4.7.1. Instrumento para la recolección de la información

Se aplicó la Escala de apreciación de agencia de autocuidado A.S.A que se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cuatro alternativas, donde el 1 (nunca) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 4 (siempre) el más alto.

La Escala ASA fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem, este concepto agencia de autocuidado se entiende como la capacidad o el poder de la persona para realizar operaciones de autocuidado.

La escala de apreciación de agencia de autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA), fue desarrollada por Evers para valorar la agencia de autocuidado reportada por el paciente (ASA-A), y la agencia de autocuidado estimada por la enfermera (ASA-B), así lo menciona Fred y otros⁵⁸, con el fin de valorar si una persona puede conocer las necesidades generales actuales de agencia de autocuidado.

⁵⁸ MANRIQUE, Fred. FERNÁNDEZ, Alba. VELANDIA, Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. (2009). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1521/1966>

La traducción de la Escala ASA al español, originalmente desarrollada en el idioma inglés, fue traducida por profesionales en México, por estudiantes de doctorado en enfermería y traductores; el cuestionario fue revisado por un experto en lengua española a fin de corregir la estructura gramatical y la semántica de los ítems 4, 6, 13 y 16 que fueron reescritos en forma más simple, directa y gramaticalmente correcta. La versión al español de la Escala ASA es equivalente a la original en el idioma inglés, por lo que se considera que estuvo lista para su uso en la población mexicana, con una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0,77.

En Colombia, la profesora Edilma de Reales, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, elaboró una segunda versión en español en el año 2004, de la Escala ASA así lo menciona Manrique y otros⁵⁹, modificando la 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; también modificó la Escala Likert a solo 4 apreciaciones (Nunca 1, Casi Nunca 2, Casi Siempre 3 y Siempre 4).

Esta misma fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem, agencia de autocuidado, entendido este concepto como la capacidad o el poder de la persona para realizar operaciones de autocuidado.

La versión que se aplicó en este estudio fue la validada en Colombia la cual cuenta con un nivel de confiabilidad según alfa de Cronbach de 0,74.

4.7.2 Procedimiento

Se realizó entrevista telefónica a pacientes con diagnóstico de EPOC por medio de la base de datos proporcionada por la IPS, se contactaba y explicaba a la persona sobre el tema de investigación y el consentimiento informado este último

⁵⁹ Ibid., p. 2.

se les leía textualmente, y quienes manifestaron aceptar su participación en el estudio se procedía a la aplicación de la escala de apreciación de agencia de autocuidado A.S.A.

Las entrevistas telefónicas fueron realizadas durante el mes de junio en un tiempo de aproximadamente 12 minutos, algunas de ellas fueron grabadas.

4.8 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez obtenida la información, se tabuló en una base de datos de Excel 2016, se procede a la clasificación y análisis de la información para determinar la capacidad o agencia de autocuidado, de acuerdo con las respuestas y calificaciones dadas por los participantes a las preguntas de la escala de apreciación de agencia de autocuidado; el análisis estadístico se hizo mediante técnicas de estadística descriptiva, distribución de frecuencias; los resultados se presentan en tablas con su respectiva gráfica y análisis cuantitativo.

4.9 ASPECTOS ETICOS Y LEGAL

Por medio de la Resolución 8430 de 1993 se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, según el Ministerio de salud⁶⁰, por la cual en el Artículo 2, define que todas las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos deberán tener un Comité de Ética institucional donde se realiza el estudio, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

La presente investigación conforme a la normatividad existente es clasificada sin riesgo, porque no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada, ya sea de la variable biológica, fisiológica, psicológica social de los individuos que participaron en el estudio.

⁶⁰ REPÚBLICA COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 (octubre 4 de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (sitio web). Disponible en: https://www.urosario.edu.co/Escuela-Medicina/Investigacion/Documentos-de-interes/Files/resolucion_008430_1993.pdf

Por otra parte, algunas limitantes durante la investigación fueron: se tuvieron que sustituir a 30 pacientes por razones como no contestaban la llamada telefónica, terminaban la llamada en medio de la encuesta o no se localizaron en los números disponibles en la base de datos, la IPS manifestó que los pacientes estaban siendo atendidos por tele consulta desde inicio de la pandemia, lo que llevó a recoger la información por medio telefónico, y algunos pacientes por inconvenientes auditivos no proporcionaron directamente la información sino a través del familiar cuidador.

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis e interpretación de los resultados se hace mediante la técnica de estadística descriptiva, distribución de frecuencias, y contrastación con la teoría que sustenta el trabajo y estudios realizados sobre autocuidado; la presentación de los resultados inicia con una descripción de las características sociodemográficas, y de la capacidad o agencia de autocuidado identificada en la muestra.

5.1 Descripción de las características sociodemográficas de la muestra.

Las características sociodemográficas de la muestra, en cuanto a la edad indican que el mayor número de participantes 91% está en grupos etarios entre 60 y 90 años, destacándose que el 56% están en el intervalo de edad de 60 a 74 años, el mayor número de participantes es de género femenino con 132 pacientes (68%), y 171 (86%) residen en zona urbana.

Tabla 2. Rango de edad en pacientes con EPOC

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
45-59	18	9%
60-74	113	56%
75-90	69	35%
TOTAL	200	100%

Fuente: Base de datos de la IPS.

Tabla 3. Zona de residencia de los pacientes con EPOC

ZONA DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
RURAL	29	14%
URBANA	171	86%
TOTAL	200	100%

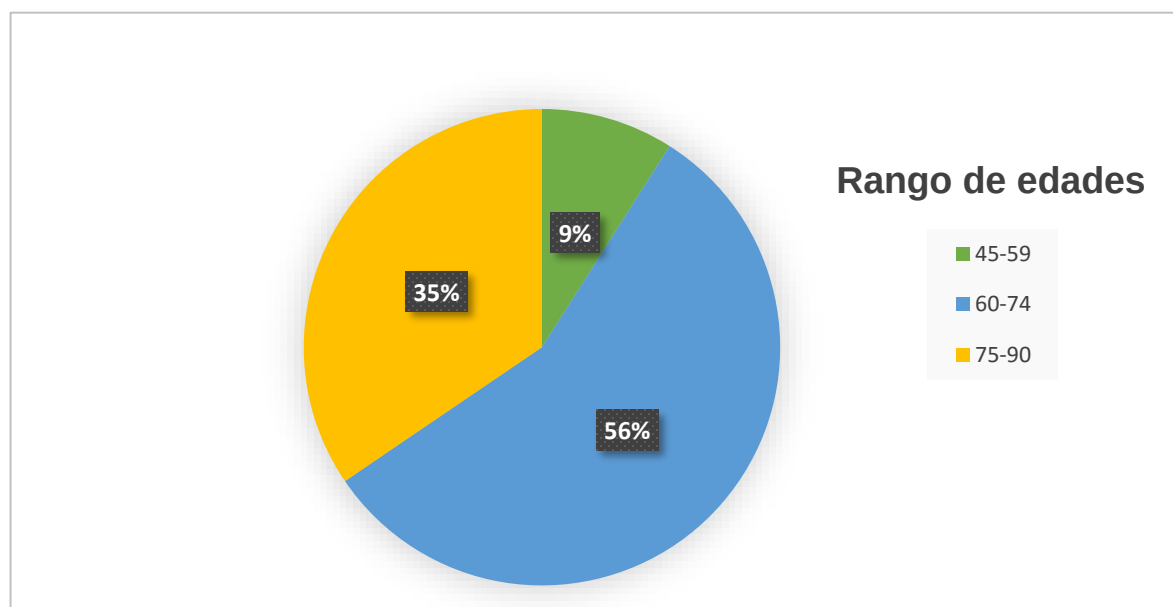
Fuente: Base de datos de la IPS.

Tabla 4. Género de pacientes con EPOC

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
FEMENINO	132	68%
MASCULINO	68	32%
TOTAL	200	100%

Fuente: Base de datos de la IPS.

Gráfica 1. Rango de Edad de pacientes con EPOC

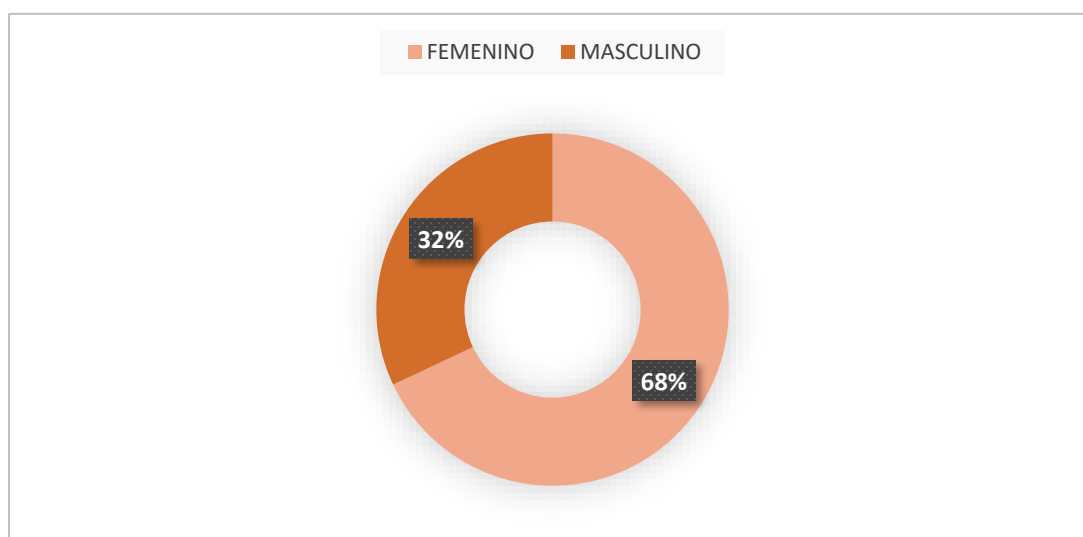


Fuente: Elaboración propia.

En este estudio se puede observar que 91% está en grupos etarios entre 60 y 90 años, destacándose que el 56% están en el intervalo de edad de 60 a 74 años, esto es de trascendencia para Enfermería y el equipo de salud, toda vez que

permite deducir que aun cuando la enfermedad afecta un sistema tan importante y vital como es el respiratorio, las personas pueden alcanzar edades avanzadas teniendo esta enfermedad, y aunque un menor porcentaje 9% de pacientes del estudio, están entre el rango de edad de 45 a 59 años, es necesario tener en cuenta que las personas se pueden afectar a edades tempranas, lo que genera un reto para enfermería en el cuidado y prevención de complicaciones en estos pacientes, implementando o potenciando programas educativos de cuidado, que les permitan adecuado autocuidado, y de esta manera una mejor calidad de vida y bienestar. De igual manera, lo manifestado por la institución Mayo Clinic⁶¹, aunque la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad progresiva que empeora con el tiempo, es tratable; con un manejo adecuado la mayoría de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica pueden lograr un buen control de los síntomas y la calidad de vida, así como reducir el riesgo de otras afecciones asociadas.

Gráfica 2. Género en pacientes con EPOC

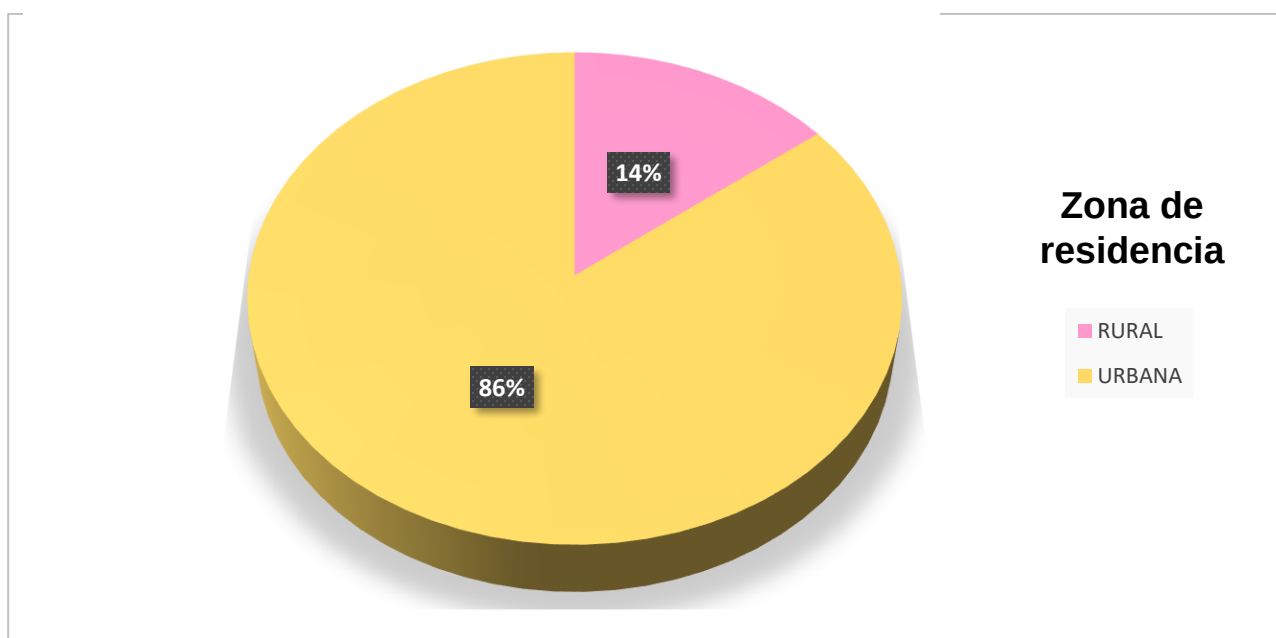


Fuente: Elaboración propia.

⁶¹ CLÍNICA MAYO. Libro de Salud familiar. 5a edición. Bogotá, Colombia. Consultado 16 de agosto 2022. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/copd/symptoms-causes/syc-20353679>

En cuanto al género se puede observar que la EPOC en las personas estudiadas hay predominio del género femenino con un 68% equivalente a 132 pacientes de 200 encuestados. Lo cual puede estar relacionado según lo expresado por Tamara y otros⁶², a que en las mujeres hay mayor susceptibilidad debido a factores anatómicos (vías aéreas de menor tamaño), genéticos y hormonales que podrían manifestarse cuando están expuestos al humo de tabaco o a la contaminación ambiental, llevando a estas a una mayor afectación de la calidad de vida relacionada con la salud y comienzan a experimentar síntomas a una edad más precoz.

Gráfica 3. Zona residencial de pacientes EPOC



Fuente: Elaboración propia.

Del mismo modo, en el presente estudio se encontró que 86% de los pacientes más afectados por la enfermedad residen en la zona urbana, lo cual puede estar

⁶² TAMARA Alonso, SOBRADILLO Alonso, DE TORRES Juan P. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres: ¿somos diferentes? Archivos de bronconeumonía. 2014. Disponible en: <https://acortar.link/Alnc5j>

relacionado con lo anotado por la OMS⁶³, la EPOC evoluciona gradualmente, a menudo debido a varios factores de riesgo asociados, entre los que están la exposición al tabaco por fumar o por exposición pasiva al humo; exposición profesional a polvos, humos o productos químicos; contaminación del aire en interiores, uso frecuente de biocombustibles (madera, estiércol, residuos de cultivos) o carbón vegetal para la cocina y la calefacción. Siendo algunos de estos factores de mayor uso y presencia en zonas urbanas se requieren acciones educativas a las personas en general y principalmente a los pacientes con EPOC en la búsqueda de disminuir la exposición a estos tipos de riesgos que contribuyan a fortalecer las medidas de autocuidado para la prevención de la enfermedad, la disminución de las complicaciones y recaídas producto de dicha exposición.

Esto concuerda con lo planteado por Jiménez⁶⁴, los pacientes con EPOC que están expuestos a altos niveles de contaminación por residir en un área urbana presentan una mayor inflamación de las vías aéreas, en comparación a los enfermos de EPOC que viven en áreas rurales con menos contaminación atmosférica, debido a que en las áreas urbanas hay una mayor cantidad de contaminantes, como partículas finas de dióxido de nitrógeno (NO₂) y benceno (C₆H₆). Por esta razón, Jiménez⁶⁵, destaca que cada vez se tiene más evidencias de que la contaminación ambiental tiene efectos perniciosos en la salud respiratoria de la población, y muy especialmente en pacientes que ya están afectados por una enfermedad respiratoria como la EPOC.

⁶³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). 20 mayo 2022. [en línea]. Consultado 17 agosto 2022. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

⁶⁴ JIMÉNEZ Carlos A. Los pacientes de EPOC tienen un esputo con más neutrófilos si residen en el medio urbano contaminado. 2020. (revista). Disponible en: https://www.consalud.es/pacientes/pacientes-epoc-esputo-neutrofilos-residen-urbano-contaminado_82778_102_amp.html

⁶⁵ Ibid., P. 2

Tabla 5. Escala de apreciación de agencia de autocuidado A.S.A.

ESCALA DE APRECIACIÓN DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO A.S.A										
N°		NUNCA	NUNCA	CASI NUNCA	ASI NUNC	CASI SIEMPRE	ASI SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	ENCUESTADOS
1	A medida que cambian las situaciones yo voy haciendo ajustes para mantener y conservar mi salud.	0	0%	0	0%	88	44%	112	56%	200
2	Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	0	0%	4	2%	56	28%	140	70%	200
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	6	3%	5	3%	76	38%	113	56%	200
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	4	2%	0	0%	46	23%	150	75%	200
5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud (no fumar, alimentación, ejercicio)	0	0%	3	1%	19	10%	178	89%	200
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo	7	3%	18	9%	40	20%	135	68%	200
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud mejor que las que tengo ahora	0	0%	0	0%	15	7%	185	93%	200
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio	7	3%	9	5%	64	32%	120	60%	200
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mi habito alimenticio (Dieta balanceada)	6	3%	0	0%	54	27%	140	70%	200
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera adecuada.	0	0%	9	4%	59	30%	132	66%	200
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego hacerlo.	12	6%	28	14%	43	21%	117	59%	200
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos y familiares	14	7%	0	0%	63	31%	123	62%	200
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	0	0%	11	5%	53	27%	136	68%	200
14	Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	8	4%	14	7%	73	36%	105	53%	200
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio y síntomas debido a la afección pulmonar que padezco	14	7%	20	10%	66	33%	100	50%	200
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía con tal de mejorar mi salud (fumar, cocinar con leña, exposición a humos,etc)	0	0%	6	3%	32	16%	162	81%	200
17	Cuando tengo que tomar una medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios de este.	6	3%	0	0%	10	5%	184	92%	200
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	0	0%	0	0%	14	7%	186	93%	200
19	Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantener mi salud.	0	0%	0	0%	179	90%	21	10%	200
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	12	6%	18	9%	100	50%	70	35%	200
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	0	0%	0	0%	37	19%	163	81%	200
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda debido a la afección pulmonar que padezco	0	0%	0	0%	13	7%	187	93%	200
23	Puedo sacar tiempo para mi	0	0%	0	0%	25	13%	175	87%	200
24	A pesar de mis limitaciones por la enfermedad soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	0	0%	0	0%	4	2%	196	98%	200

Fuente: Resultados de aplicación del Instrumento escala de apreciación de agencia de autocuidado A.S.A. IPS privada de Montería, 2022.

5.2 Variables sociodemográficas y capacidad de agencia de autocuidado.

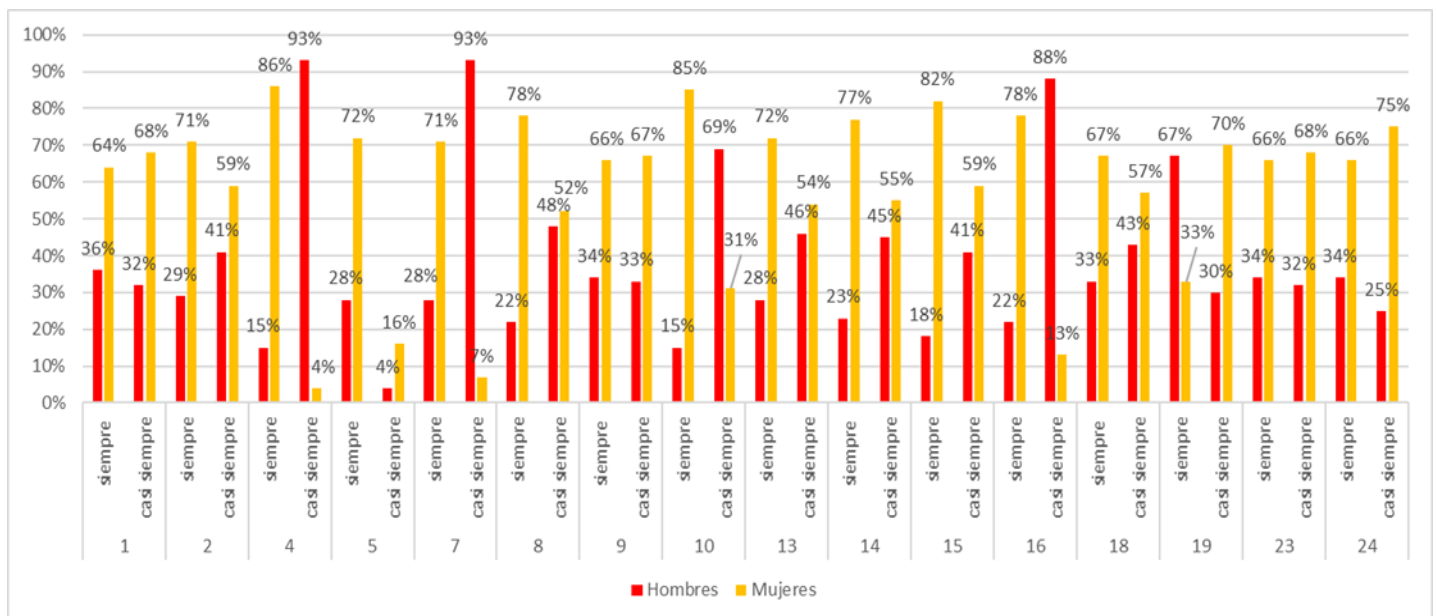
Los ítems del instrumento utilizado evalúan la capacidad o agencia de autocuidado que tienen las personas, se considera importante realizar el análisis observando el comportamiento de las variables características sociodemográficas y capacidad de autocuidado para una mejor especificidad de los resultados obtenidos en este estudio.

Se tiene en cuenta los tres ítems negativos, para su interpretación inversa, e identificar según la respuesta dada en estos, si se afecta la capacidad o agencia de autocuidado.

La agencia de autocuidado es descrita como una estructura compleja de capacidades fundamentales que agrupa las habilidades básicas del individuo (sensación, percepción, memoria y orientación), los componentes de poder (capacidades específicas relacionadas con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado) y, las capacidades para operaciones de autocuidado; de esta última capacidad Gast⁶⁶, las subdivide en tres tipos: *estimativas*, estas evalúan las condiciones y factores individuales y del medio ambiente que son importantes para su autocuidado; *transicionales* referidas a la toma de decisiones sobre lo que se debe y puede hacer para mejorarlo; y *productivas*, se realizan las medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado.

⁶⁶ Gast HL, Denyes MJ, Campbell JC, Hartweg DL, Schott-Baer D, Isenberg M. Self-care agency: conceptualizations and operationalizations. Disponible en: <https://acortar.link/wSf5KS>

**Gráfica 4. Agencia de Autocuidado según Género en pacientes con EPOC,
(ítems componentes de poder)**



Fuente: Elaboración propia.

En la anterior gráfica se puede observar que la mayoría de los ítems tienen similitud de porcentajes para los géneros tanto femenino como masculino con porcentajes de 50% en la opción de siempre denotando que a medida que cambian las situaciones estos van haciendo ajustes para mantener y conservar la salud, revisan si las actividades que practican habitualmente para mantenerse con salud son buenas, pueden hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde viven, hacen en primer lugar lo que sea necesario para mantenerse con salud (no fumar, alimentación, ejercicio), pueden buscar formas para cuidar su salud mejor que las que tienen ahora (seguir mi tratamiento farmacológico), para mantener el peso que les corresponde hacen cambios en sus hábitos alimenticios (Dieta balanceada), cuando hay situaciones que los afectan ellos los manejan de manera adecuada, pueden dormir lo suficiente para sentirse descansado, cuando obtienen información sobre su salud, piden explicaciones sobre lo que no entienden, examinan su cuerpo para ver si hay algún cambio y síntomas debido a la afección pulmonar que padecen, han sido capaces de cambiar hábitos que tenían con tal de mejorar su salud (fumar, cocinar con leña, exposición a humos,

etc.), son capaces de tomar medidas para garantizar que ellos y su familia no corran peligro, a pesar de las limitaciones por la enfermedad son capaces de cuidarse como les gusta, y pueden sacar tiempo para si.

La mayoría de los participantes en ambos géneros consideran que siempre pueden hacer lo necesario para mantener limpio su alrededor, Orem⁶⁷, en sus escritos sobre el metaparadigma ambiente hace referencia a los factores físicos, químicos y biológicos, estos últimos incluyen el control de organismos o agentes infecciosos. Este ítem hace referencia al primer componente de poder que enuncia la capacidad que tiene el individuo para prestar atención y vigilancia a las condiciones internas y externas y a factores significativos para el autocuidado.

También afirman que pueden conseguir la información necesaria, si su salud se ve amenazada; de acuerdo con Orem⁶⁸, el conocimiento es una de las capacidades fundamentales y de disposición para el autocuidado, que permite el logro de requisitos de autocuidado como tener conciencia y atender a los efectos de las condiciones patológicas, llevar a cabo efectivamente las prescripciones médicas diagnosticas, el tratamiento y las medidas de rehabilitación específicas para la enfermedad.

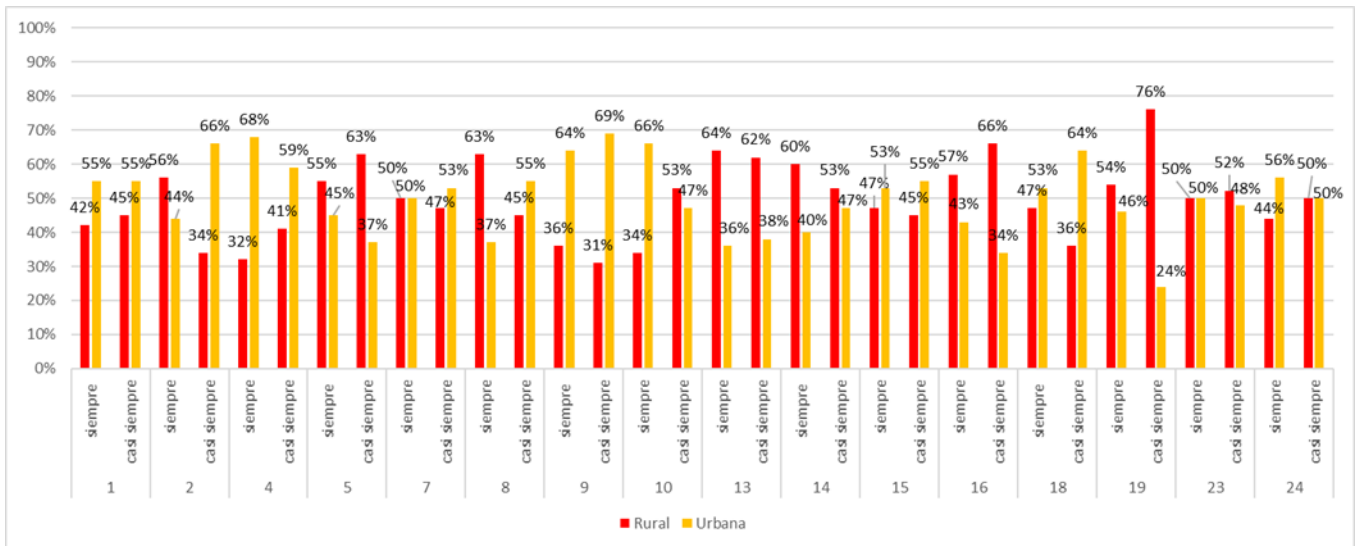
Teniendo en cuenta lo expresado por Rivera⁶⁹, relacionado con las proposiciones de Orem en los componentes de poder, de acuerdo a los ítems que muestra la gráfica donde se evalúan las capacidades específicas y operacionales del autocuidado podemos evidenciar que estos pacientes tienen las capacidades que facilitan el autocuidado, denotando compromiso, disposición, motivación, condiciones y factores personales adecuados para la toma de decisiones y realización de acciones de autocuidado requeridas en su condición.

⁶⁷ OREM, Dorothea Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. Disponible en: <https://acortar.link/GOD8z5>

⁶⁸ Ibid., p. 10

⁶⁹ RIVERA ÁLVAREZ Luz Nery. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. (sitio web). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35969/37129>

Gráfica 5 Agencia de Autocuidado según zona de residencia en pacientes con EPOC.



Fuente: Elaboración propia.

Se observa en la gráfica anterior que la mayor proporción de participantes de la zona rural valoró en la opción siempre, los ítems 2,5,8,13,14,16,19, denotando que revisan si las actividades que practican habitualmente para mantenerse con salud son buenas, hacen prioritariamente lo que sea necesario para mantenerse con salud cambian la frecuencia con que se bañan para mantenerse limpios, pueden dormir lo suficiente para sentirse descansados, cuando obtienen información sobre su salud, piden explicaciones sobre lo que no entienden, han sido capaces de cambiar hábitos que tenían con tal de mejorar su salud, y son capaces de evaluar que tanto les sirve lo que hacen para mantener su salud.

Por otro lado, se evidencia similitud en las opciones de siempre y casi siempre en ambas zonas de residencia con porcentaje mayor de 50% en los ítems 7 y 23 que muestran que pueden buscar mejores formas para cuidar su salud, y sacar tiempo para ellos.

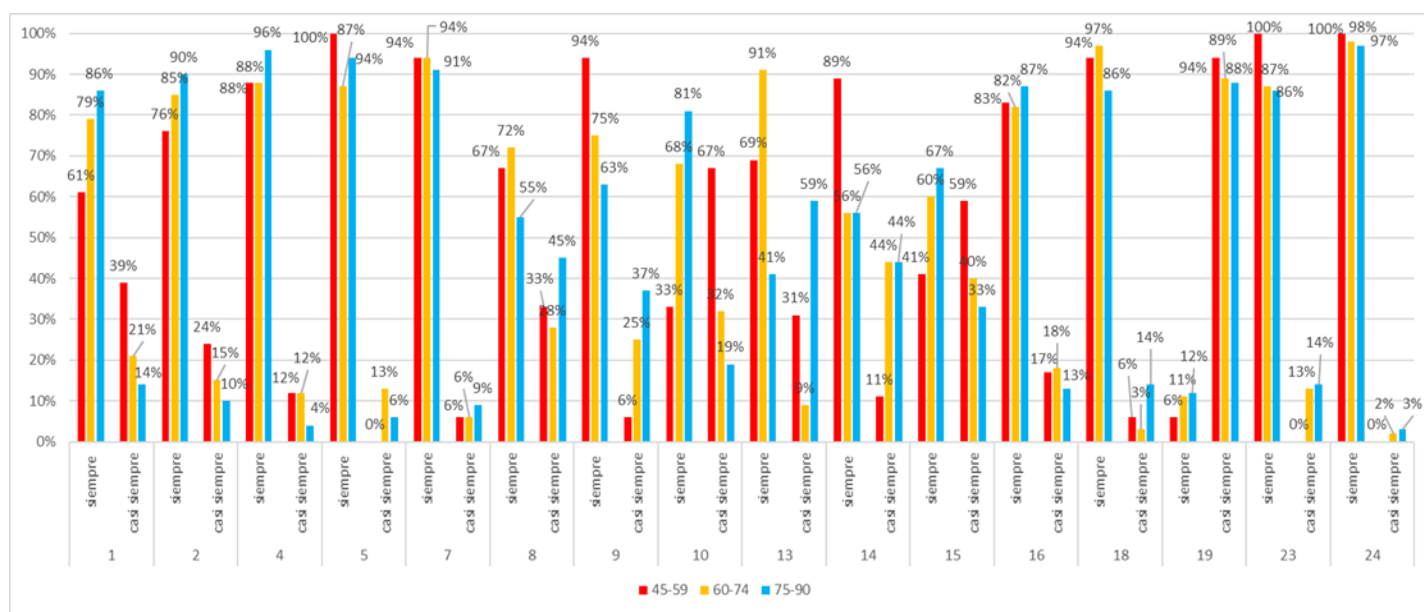
Por su parte, los participantes de zona urbana en una proporción superior a 50%, valoran con siempre los ítems 1,4,9,10,15,18 y 24, indicando que a medida que

cambian las situaciones van haciendo ajustes para mantener y conservar su salud, hacen lo necesario para mantener limpio el ambiente donde viven, y hacen los cambios necesarios para mantener el peso que corresponde, manejan de manera adecuada las situaciones que les afectan, examinan su cuerpo en busca de cambios, son capaces de tomar medidas para prevenir peligros a ellos y su familia, y a pesar de las limitaciones por la enfermedad son capaces de cuidarse como les gusta.

Teniendo en cuenta lo manifestado por Sierra⁷⁰, las personas que viven en espacios con una gran contaminación ambiental son más propensas a desarrollar la enfermedad y a tener menos opciones de evitar la exposición a partículas de polvo o humo disminuyendo con esto su capacidad de autocuidado, esto puede estar relacionado con diferentes factores como vivir en zonas con una alta contaminación atmosférica, un menor acceso a espacios verdes y zonas al aire libre , lo que impacta en la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

⁷⁰ SIERRA, Carlos. Impacto de los factores ambientales en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 2021. (sitio web). Disponible en: <https://www.univadis.es/viewarticle/impacto-de-los-factores-ambientales-en-pacientes-con-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-751567>

Gráfica 6 Agencia de autocuidado según edad en pacientes con EPOC.



Fuente: Elaboración propia.

Se evidencia que hay gran similitud de porcentajes valorados en la opción de siempre en los participantes con edades de 60 a 74 y 75 a 90 en los ítems 1,2,10,14,15,16,18,23 y 24, expresando que a medida que cambian las situaciones van haciendo ajustes para mantener y conservar su salud, revisan si las actividades que practican habitualmente para mantenerse con salud son buenas, cuando hay situaciones que les afectan las manejan de manera adecuada, cuando obtienen información sobre su salud, piden explicaciones sobre lo que no entienden, examinan su cuerpo para ver si hay algún cambio y síntomas debido a la afección pulmonar que padecen, han sido capaces de cambiar hábitos que tenían con tal de mejorar su salud (fumar, cocinar con leña, exposición a humos, etc.), son capaces de tomar medidas para garantizar que ellos y su familia no corran peligro, pueden sacar tiempo para ellos, y a pesar de las limitaciones por la enfermedad son capaces de cuidarse como les gusta.

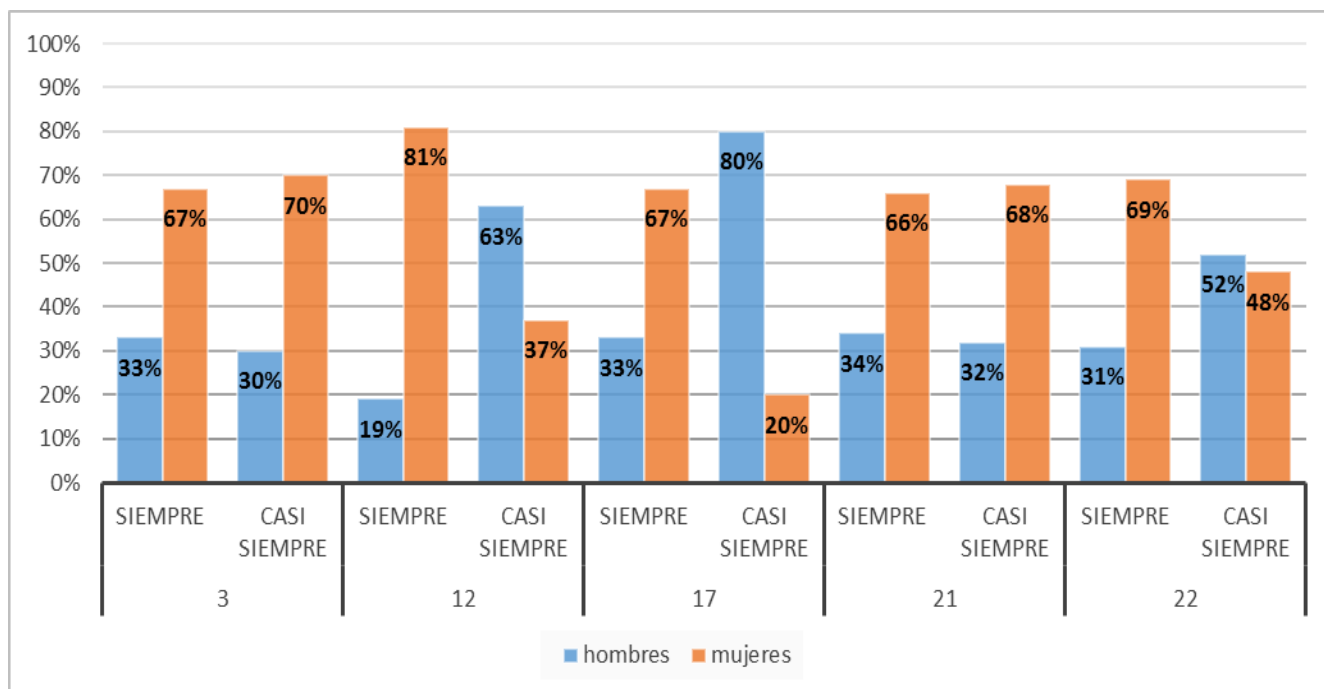
Cabe resaltar que en los ítems 4 y 7 hay similitud de porcentajes mayores de 9% en el rango de edad de 45 a 59 años, yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo y yo puedo buscar formas para cuidar mi salud mejor que las que tengo ahora (seguir mi tratamiento farmacológico).

Ahora bien, para el rango de edad de 45 a 59 años en la opción de siempre se evidencian porcentajes mayores de 80% en los ítems 5,9,14,16,18 y 23, siendo estos; hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud (no fumar, alimentación, ejercicio), para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mi hábito alimenticio (Dieta balanceada), cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo, he sido capaz de cambiar hábitos que tenía con tal de mejorar mi salud (fumar, cocinar con leña, exposición a humos, etc.), soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro y puedo sacar tiempo para mí.

Respecto a las características sociodemográficas es importante tener en cuenta cómo influyen directamente sobre las personas con EPOC, entre ellos la edad (mayores de 45 años), ya que en este rango los pacientes aún conservan condiciones y factores físicos como las ganas de realizar actividad física, tienen la energía y la capacidad de involucrar está en su estilo de vida, para contribuir de manera positiva en su autocuidado; dado así que la capacidad de agencia de autocuidado es definida por Orem⁷¹, como la habilidad para ocuparse de sí mismo que puede estar relacionada directamente con la capacidad funcional del enfermo, lo que repercute en la realización de las actividades de la vida diaria.

⁷¹ OLIVELLA FERNÁNDEZ Madeleine Cecilia, BASTIDAS SÁNCHEZ Clara Victoria, CASTIBLANCO AMAYA Myriam Angélica. La adherencia al autocuidado: abordaje desde el Modelo de Orem. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000100006

Gráfica 7. Agencia de autocuidado según género en pacientes con EPOC.
(Ítems busca ayuda de familia, allegados o personal de salud)



Fuente: Elaboración propia.

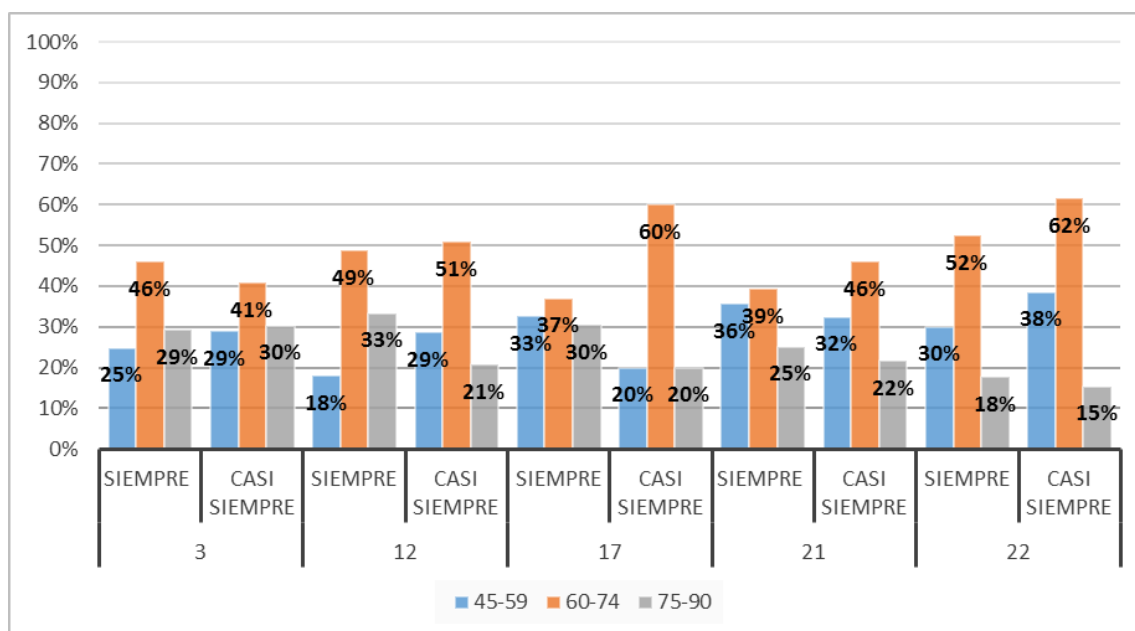
En la gráfica número 7, relacionados con los ítems 3,12,17,21 y 22, con la busca ayuda de familia, allegados o personal de salud, se evidencia que en el género femenino en la opción siempre hay porcentajes superiores a 50%, los cuales son; si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda, cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos y familiares, cuando tengo que tomar una medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios de este, si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer, si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda debido a la afección pulmonar que padezco.

Mientras tanto, el género masculino valora en la opción de casi siempre los ítems 12,17 y 22 con porcentajes de 63%, 80% y 52% respectivamente, que muestran si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda, cuando tengo que tomar una medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios de este, si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda debido a la afección pulmonar que padezco.

Con lo anterior se puede decir que en la mayoría de las ocasiones se habla del paciente que padece la enfermedad, pero pocas veces se dirige al cuidador, tal como lo menciona Cruz⁷², conociendo que su papel es crucial en la atención de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, ya que una buena parte del seguimiento del día a día de la enfermedad va a recaer ante estos, puesto que ellos son capaces de observar si se produce un incremento de los síntomas en el paciente, la figura del cuidador es muy importante para ayudar a que el paciente siga las pautas indicadas sobre este tipo de enfermedad respiratoria: “no fumar, practicar actividad física moderada, llevar una alimentación equilibrada y una buena adherencia al tratamiento que son claves para un buen control de la EPOC.

⁷² Cruz Dra. La importancia de la figura del cuidador. (sitio web). Disponible en: <https://www.boehringer-ingelheim.es/nota-prensa/el-papel-del-familiar-del-paciente-con-epoc-esencial-para-detectar-el-empeoramiento-de>

Gráfica 8 Agencia de autocuidado según rango de edad en pacientes con EPOC.(Ítems busca ayuda de familia, allegados o personal de salud)

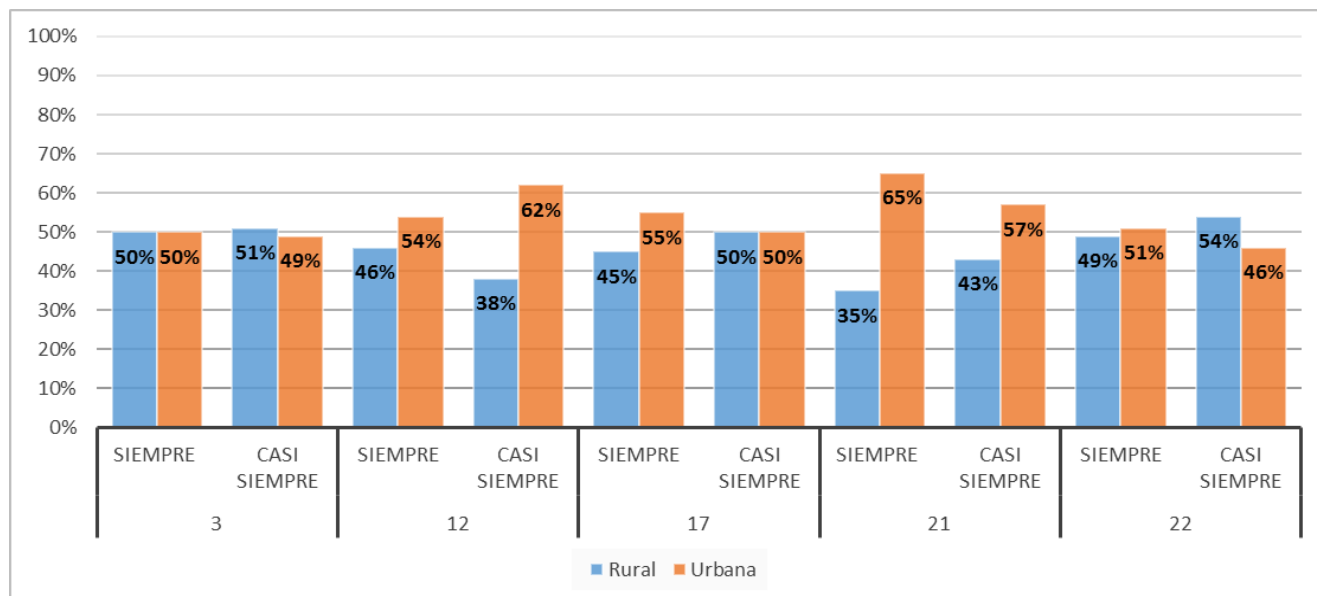


Fuente: Elaboración propia

A continuación, se evidencia que en la opción de siempre y casi siempre el rango de edad de 60 a 74 años sobresale con porcentajes superiores a 35%, en los ítems 3,12,17, 21 y 22, si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda, cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos y familiares, cuando tengo que tomar una medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios de este, si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer, si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda debido a la afección pulmonar que padezco.

El componente de poder de acuerdo a los ítems que muestra la gráfica, donde se evalúan las capacidades específicas y operacionales del autocuidado podemos evidenciar que estos pacientes tienen la habilidad de cuidado, y que sus familiares o cuidadores poseen herramientas en el desarrollo de las actividades requeridas en la atención, el cuidado y el apoyo del paciente con EPOC.

Gráfica 9 Agencia de autocuidado según zona residencial en pacientes con EPOC. (ítems busca ayuda de familia, allegados o personal de salud)



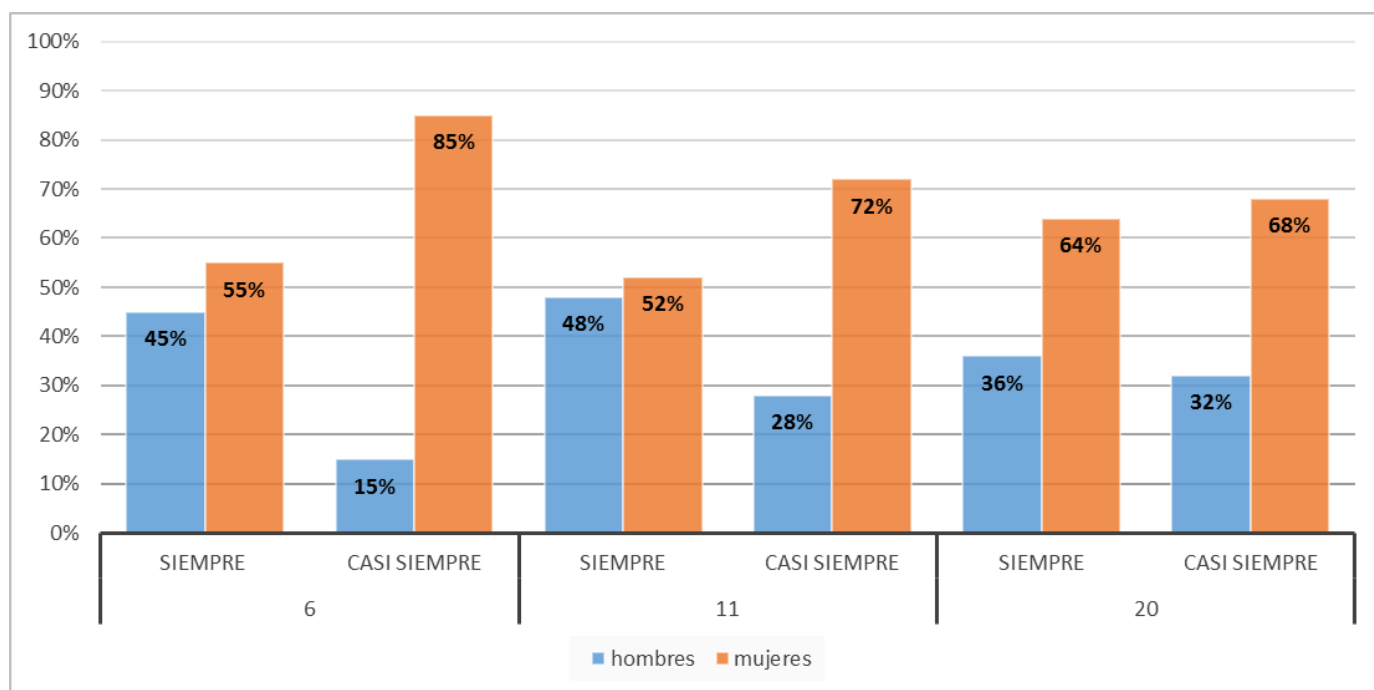
Fuente: Elaboración propia.

En las zonas de residencia se observa similitud de porcentajes en la opción de siempre y casi siempre en los ítems 3, 12, 17 y 22, si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda, cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos y familiares, cuando tengo que tomar una medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios de este, si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda debido a la afección pulmonar que padezco.

Sin embargo, en el ítem 21 en la opción de siempre y casi siempre en la zona urbana, se observa un porcentaje de 65% y 57% respectivamente; si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.

La zona urbana evidencia el componente de poder estimativa, ya que dentro del estudio se observa un mayor porcentaje en los pacientes que viven en esta, puesto que tiene mayor accesibilidad a los centros de salud, medios de comunicación y también existe más información sobre la enfermedad y los cuidados que se deben tener para lograr tener un mejor manejo de la condición clínica y todo lo referente al entorno.

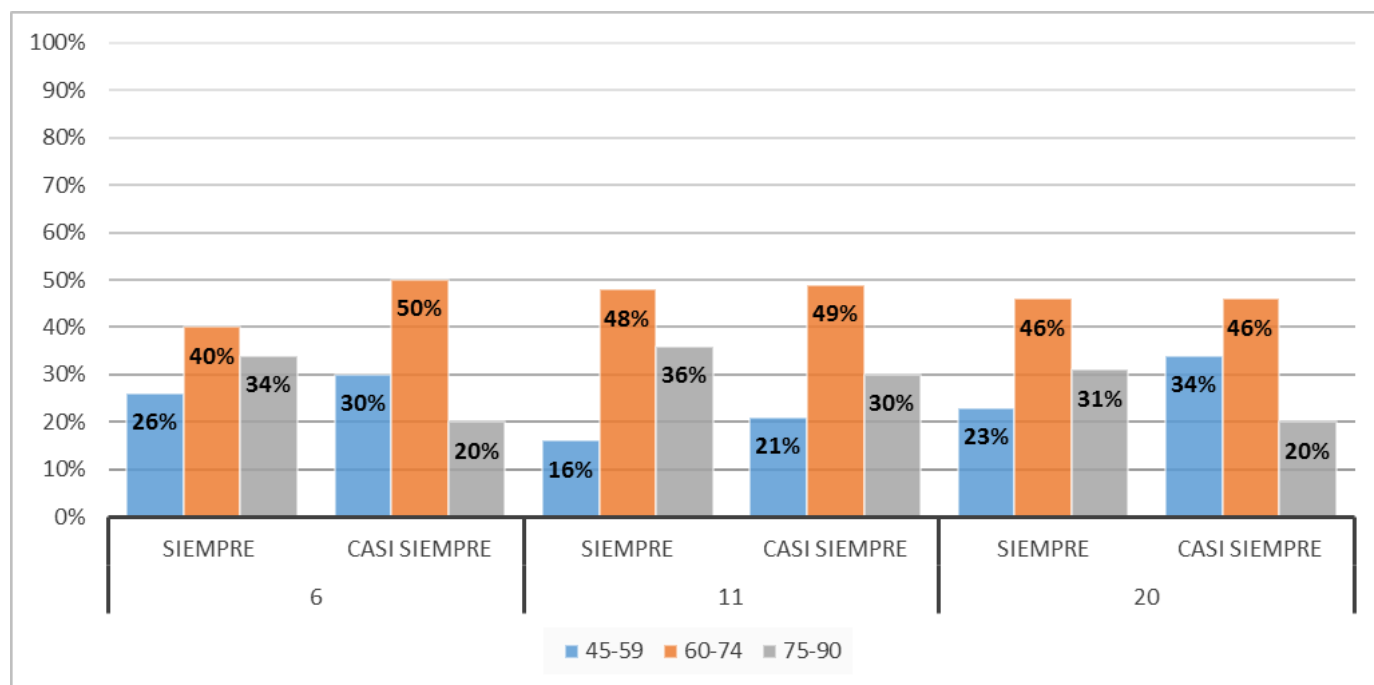
**Gráfica 10. Agencia de Autocuidado según género en pacientes con EPOC.
(Ítems limitaciones de autocuidado)**



Fuente: Elaboración propia.

Se evidencia que en el ítem 6, el 55% de las personas en la opción de siempre y 85% en la opción de casi siempre, en el ítem 11, el 52% en siempre y 72% en casi siempre y por último en el ítem 20, con 64% en siempre y 68% en casi siempre, sobresaliendo con porcentajes superiores a 50% en todo momento el género femenino, lo cual en estas opciones repercute de manera negativa en los participantes mostrando con ello las limitaciones para el autocuidado debido a el componente de poder en las capacidades específicas los ítems denotan un déficit de autocuidado debido a que los pacientes del estudio no tienen compromiso, disposición, motivación en cuanto a la respuesta de; me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo, pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo, y debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.

Gráfica 11 Agencia de Autocuidado según rango de edad en pacientes con EPOC. (Ítems limitaciones de autocuidado).

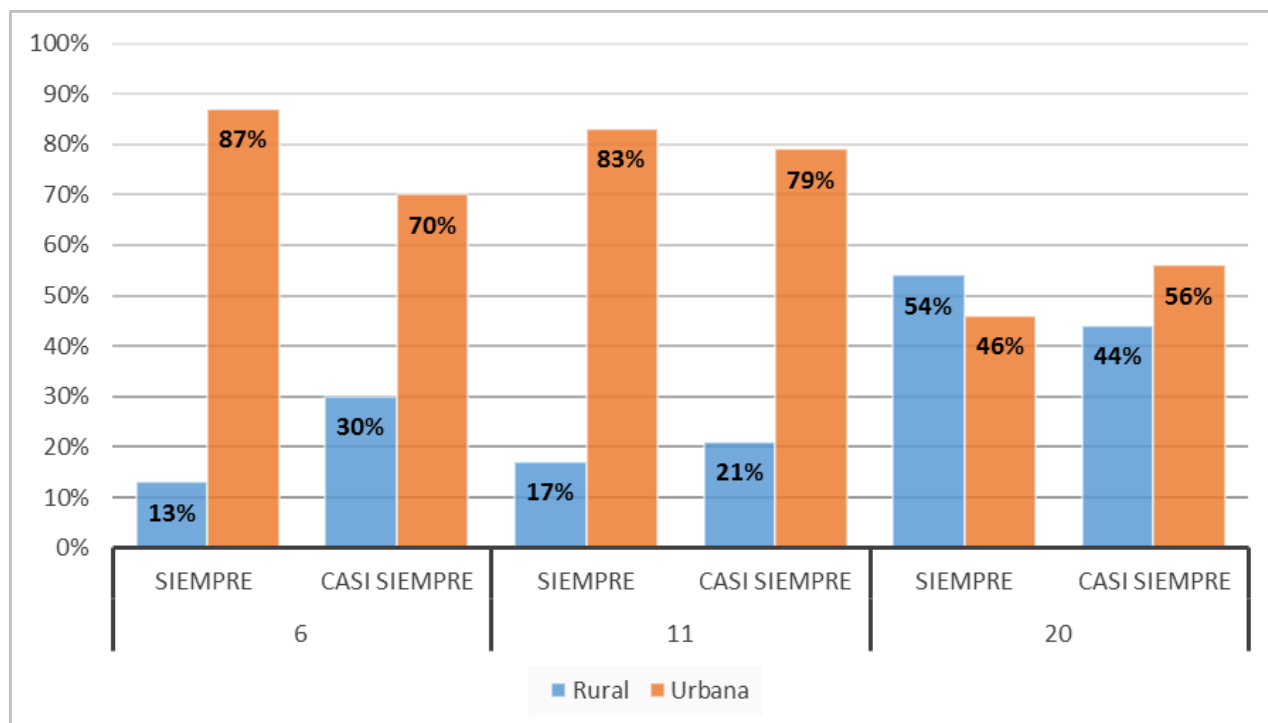


Fuente: Elaboración propia.

Dentro del estudio se puede observar que en los ítems 6,11 y 20, el porcentaje es superior al 40% en el rango de edad de 60 a 74 años, en la opción de siempre y casi siempre indicando; que me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo, pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo, y debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme, denotando así que hay un mayor déficit de autocuidado en estas personas.

En los rangos de edad de 60-74 años el componente que se ve reflejado es operacional transicional ya que los pacientes tienen la decisión de querer hacer o no las acciones necesarias para mantener un buen autocuidado, debido a que en el estudio estos tres ítems denotan déficit de autocuidado, y el no compromiso de los pacientes para realizar las actividades, dado que en este rango de edad los pacientes tienden a ser menos dependientes de sus cuidadores.

Gráfica 12. Agencia de Autocuidado según zona de residencia en pacientes con EPOC. (Ítems limitaciones de autocuidado)



Fuente: Elaboración propia.

En la zona urbana dentro de la gráfica anterior se puede observar que en la opción de siempre y casi siempre el ítem 6 y 11 demuestran porcentajes mayores a 70%, que me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo, pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.

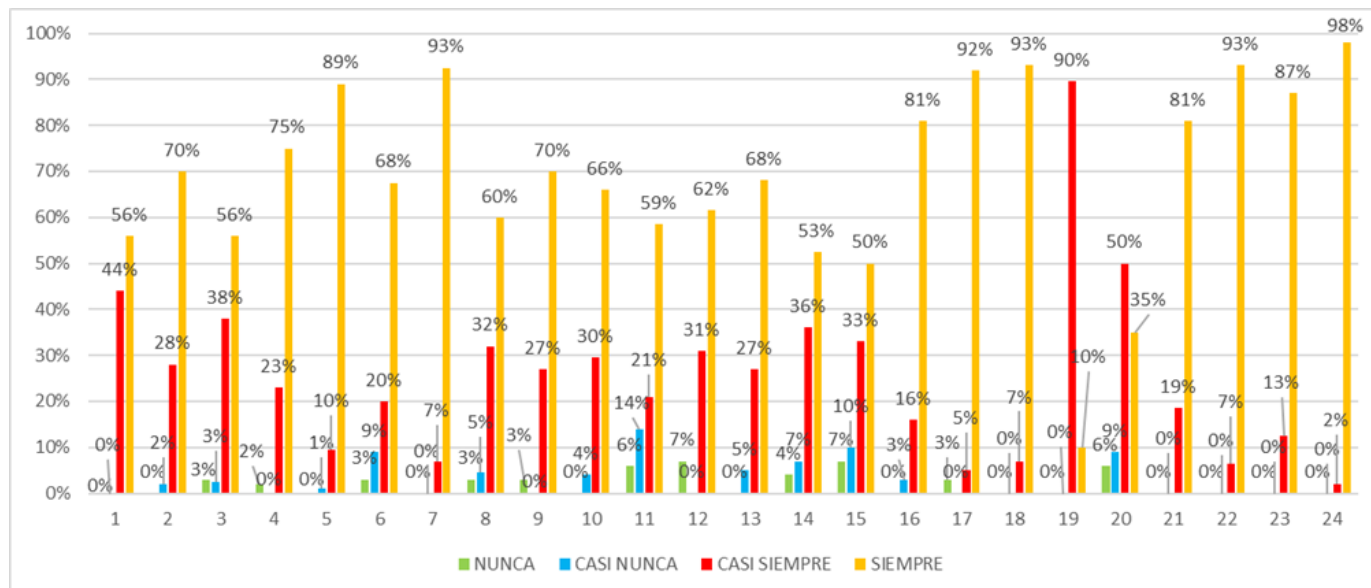
Por otro lado, en el ítem 20 se logra observar una similitud en los porcentajes tanto en la zona urbana como en la rural, en las dos opciones de siempre y casi siempre; debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.

En la zona urbana el componente que se ve reflejado es operacional transicional ya que los pacientes tienen la capacidad de decidir si realizan o no las acciones necesarias para mantener un buen autocuidado, debido a que en el estudio estos tres ítems denotan déficit de autocuidado y el no compromiso de los pacientes para priorizar sus necesidades en cuanto al buen mantenimiento de la salud.

Tabla 6. Ítems de la escala de apreciación de agencia de autocuidado evaluados.

ITEMS	
1. A medida que cambian las situaciones yo voy haciendo ajustes para mantener y conservar mi salud.	13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.
2. Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio y síntomas debido a la afección pulmonar que padezco.
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía con tal de mejorar mi salud (fumar, cocinar con leña, exposición a humos, etc.)
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud (no fumar, alimentación, ejercicio)	17. Cuando tengo que tomar una medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios de este.
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.
7. Yo puedo buscar formas para cuidar mi salud mejor que las que tengo ahora	19. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantener mi salud.
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio	20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mi hábito alimenticio (Dieta balanceada)	21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera adecuada.	22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda debido a la afección pulmonar que padezco.
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.	23. Puedo sacar tiempo para mí
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos y familiares.	24. A pesar de mis limitaciones por la enfermedad soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.

Gráfica 13. Apreciación de capacidad o agencia de autocuidado.



Fuente: Resultados de aplicación del Instrumento “escala de apreciación de agencia de autocuidado A.S.A.” IPS de tercer nivel de Montería, 2022.

En cuanto a la Capacidad de Agencia de Autocuidado, se evidencia que la mayoría de los pacientes con EPOC encuestados, valoraron con “siempre”, seguidos de la opción “casi siempre” lo cual denota que en general estos pacientes son capaces de cuidarse como les gusta y requieren, muy a pesar de las limitaciones por la enfermedad, como puede observarse en los porcentajes dados a los ítems que denotan limitaciones para el autocuidado como, para un 68% siempre les faltan las fuerzas necesarias para cuidarse como deben; 59% siempre piensan en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llegan a hacerlo, y un 35% siempre debido a sus ocupaciones diarias les resulta difícil sacar tiempo para si, lo que conlleva a no tener una suficiente capacidad de autocuidado.

En el rango de edad el mayor porcentaje se encuentra en pacientes entre los 60 y 74 años, por lo que se puede decir que esto afecta directamente al acompañamiento del entorno familiar, ya que ellos se encargan de suplir las necesidades de los pacientes, buscando la información acerca de su patología, adaptándose a las costumbres de los pacientes adultos mayores, explicando así

que se pueda cumplir con el autocuidado eficaz, de manera que con ayuda de ellos los pacientes puedan tener la capacidad de autocuidarse.

Por otro lado, se observa que muy pocos pacientes no generan su propio autocuidado, con porcentajes no superiores 0.14%, lo que implica que algunas de las personas con EPOC participantes en el estudio, actualmente no se están realizando las acciones de cuidado requeridas en su enfermedad, dentro de este grupo se identificó que la mayoría están relacionadas con el pequeño porcentaje de encuestados pertenecientes a la zona rural, contrario a los pacientes que viven en la zona urbana son los que mayormente tienen un suficiente autocuidado, tal vez por el fácil acceso a sitios de información, como servicios de internet, centros hospitalarios, servicios públicos y transporte rápido.

CONCLUSIONES

Para determinar la capacidad de agencia de autocuidado en los pacientes estudiados se utilizó la escala de apreciación de agencia de autocuidado A.S.A, con esta se identificó que los pacientes con EPOC encuestados un gran porcentaje realizaron valoraciones en las opciones de “siempre”, seguidos de “casi siempre” en la mayoría de los ítems que potencian el autocuidado, denotando que estos son capaces de cuidarse adecuadamente al demostrar disponibilidad para mantener la salud, buscar alternativas positivas para solucionar situaciones que le afectan, estar atento a los cambios en su condición, y buscar ayuda de la familia o el equipo de salud. No obstante, se encontró un porcentaje mínimo de participantes que presentan limitación para el autocuidado, por falta de las fuerzas necesarias para cuidarse como deben, querer hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llegar a hacerlo; y no poder sacar tiempo para sí, debido a sus ocupaciones diarias, lo cual de acuerdo a la teoría de Orem denota deficiente capacidad de autocuidado.

De igual manera, en este trabajo se pudo estudiar tres de los diez factores condicionantes básicos que indica Orem pueden condicionar positiva o negativamente el autocuidado, encontrando que los participantes del estudio la mayoría se encuentran en un rango de edad entre los 60-74 años, el mayor número de estos viven en zonas urbanas y el género más afectado son las mujeres, es importante tener en cuenta estas variables para buscar y aplicar estrategias que permitan lograr mejores índices en la capacidad o agencia de autocuidado en las personas con EPOC.

El autocuidado lleva implícito un conjunto de prácticas, habilidades y motivaciones que son en sí, lo que se denomina agencia de autocuidado, las personas que toman la acción para proveer su propio autocuidado, o son agentes de cuidados dependientes, tienen capacidades especializadas para la acción; en este estudio las habilidades individuales para involucrarse en el autocuidado se notaron condicionadas por la edad, género y zona de residencia de acuerdo con lo antes mencionado.

RECOMENDACIONES

A LA I.P.S ESCENARIO DEL ESTUDIO

- En el programa de la institución fortalecer la educación donde se incluya tanto la participación del paciente como de su familiar o responsable en cuanto al proceso de autocuidado, con el fin de seguir fomentando el autocuidado de la enfermedad en los pacientes y minimizando las posibles complicaciones.
- Realizar actividades encaminadas a fortalecer la educación en temas relacionados con: la realización de actividad física y ejercicios, educar en la importancia de cómo utilizar métodos para recordar los medicamentos que toman diariamente.

A LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

En la formación de los estudiantes fortalecer la teoría de autocuidado de Dorothea Orem en las enfermedades crónicas, para fomentar su aplicación en la práctica especialmente en el rol educativo del profesional de enfermería.

En las líneas de investigación: seguir fomentando la realización de estudios investigativos desde diferentes campos de acción de la profesión de enfermería, especialmente en el área de salud pública.

Continuar realizando investigaciones que evalúen la capacidad o agencia de autocuidado en adultos con EPOC con la finalidad de implementar acciones de cuidado y apoyo educativo que permitan una mayor y mejor supervivencia es este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

AARONS, Derrick. Explorando el balance riesgos/beneficios en la investigación biomédica: algunas consideraciones. 2017. (sitio web). (consultado el 26 de julio de 2022). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/zJ6V6y7B9MWPvfCb6WykstF/?format=pdf&lang=es>

AHUMADA, Cruz. HERNÁNDEZ, Luisa. RUIZ, Aura. EPOC y calidad de vida relacionada con la salud: Una revisión bibliográfica. [en línea]. 2021. [revisado el 6 de enero de 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/PBIME9>

AHUMADA SÁNCHEZ, Cruz María; HERNÁNDEZ FLORES, Luisa Fernanda; RUIZ CAMPILLO, Aura Vanessa. EPOC y calidad de vida relacionada con la salud: Una revisión narrativa. [en línea]. 2020. [revisado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/6734>

COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3280 (2 agosto 2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud. [en línea]. 2018. [revisado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [en línea]. [revisado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [en línea]. [revisado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/uDj3Tz>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1753 de 2015 Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. [en línea]. [revisado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=61933>

COSÍO M. G. (Montreal) Historia natural de la EPOC. [en línea]. [revisado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.studocu.com/co/document/universidad-santiago-de-cali/epidemiologia-general/historia-natural-de-la-enfermedad-del-epoc/16768087>

COSÍO, Ismael. Setenta y un años de historia de la EPOC en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. [en línea]. 2006. P,1. [revisado el 4 de febrero 2022.] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a16.pdf>

DURÁN, Joaquín. CANCELO, Laura. RUÍZ, Ainhoa. Epoc y apneas del sueño. Archivos de bronconeumología. 2010. [en línea]. [revisado el 09 de agosto] disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030028961070020X>

ESCARRABILL J. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): visión global y continuidad de cuidados. [en línea]. 2003. [revisado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/WxlRXZ>

FABRELLAS Núria, SÁEZ RUBIO Gema, MARTÍN PEÑA Natividad, COIDURAS CHARLES Alicia, RODRÍGUEZ PÉREZ Eva M^a, HERNÁNDEZ IBÁÑEZ Rosario. Estado nutricional en las personas con insuficiencia cardíaca crónica y/o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Impacto en la calidad de vida y en las exacerbaciones. (2019). [en línea]. [revisado el 5 de febrero de

2022]. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000100003

FRED MANRIQUE Abril, FERNÁNDEZ Alba, VELANDIA Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. (2009). [en línea]. [revisado el 6 de agosto]. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1521/1966>

GARCÍA, Paula. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una muestra aleatoria poblacional de 65 años y más. [en línea]. 2017. P37 [consulta el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/MWdMDm>

GESTAR SALUD. En Colombia las EPOC son la tercera causa de muerte. [en línea]. 2019. [revisado el 6 de enero de 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/kGN4NK>

GONZÁLEZ GALDOS Mariano Andrés. La calidad de vida del paciente con EPOC y la importancia del kinesiólogo. [en línea]. 2015 [revisado el 31 de marzo de 2022]. Disponible en: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/854/2015_K_008.pdf?sequence=1

Guía Española de la EPOC, Definición, etiología, factores de riesgo y fenotipos de la EPOC. [en línea]. 2017. [revisado el 29 de enero de 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/hXYASF>

HERNÁNDEZ, Ydalsys. PACHECO, José. RODRÍGUEZ, Miriam. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. [en línea]. 2017. [revisado el 29 de enero de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

HERRERO, Sara. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. [en línea]. 2016. [revisado el 17 de enero de 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006

JIMÉNEZ Carlos A. Los pacientes de EPOC tienen un esputo con más neutrófilos si residen en el medio urbano contaminado. 2020. [revista]. [revisado el 13 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.consalud.es/pacientes/pacientes-epoc-esputo-neutrofilos-residen-urbano-contaminado_82778_102_amp.html

LAZCANO, M. FLORES, C. RUÍZ J, ET AL. Factores condicionantes básicos y autocuidado en adultos con dm2. [en línea]. [revisado el 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/kCcoDP>

LEIVA, Viriam. CUBILLO, Kenneth. PORRAS, Yuliany. Otros. Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. (2015). [en línea]. [revisado el 1 de agosto] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19888>

Ley 1753 de 2015 – Ley del Plan Nacional Desarrollo. Política de Atención Integral en Salud. 2015 [en línea]. [revisado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/7GtJbW>

MARÍN, J. Principales parámetros de función pulmonar en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). 2003. [En línea]. [revisado el 09 de agosto]. Disponible en: <https://acortar.link/tehXM9>

MINISTERIO DE SALUD. "Nunca es demasiado tarde." Para que mejores tu salud respiratoria, en cualquier etapa, bien sea antes o después de un

diagnóstico de EPOC. [en línea]. 2019. [revisado el 7 de enero de 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/BmrNMp>

MINISTERIO DE SALUD. Departamento Administrativo de la Función Pública Ministerio de salud. [en línea]. 2009. [revisado el 19 de enero 2022]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=36878

MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 8430 de 1993. [En línea]. (consultado el 26 de julio de 2022). Disponible en: <https://acortar.link/QOT2C>

MONTALVO Amparo, CABRERA Boris, QUIÑONES Sandra. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. [en línea]. 2012. [revisado el 17 de enero 2022]. Disponible en: <https://dialnet.uniroja.es>

NARANJO, Ydalsys, CONCEPCIÓN, José. RODRÍGUEZ, Miriam. La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. [En línea]. (2017). [consultado el 10 de agosto de 2022], disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es

NAVARRO PEÑA, Y. CASTRO SALAS, M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. [en línea]. 2010. [revisado el 12 de enero de 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/Crkmqo>

NEREA EGÜÉS Olazábal Et al; Manuel de autocuidados. Gobierno de Navarra. [en línea]. [revisado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/56B42F87-6740-4815-96E9-968724E5B3C3/469451/EPOC_Manual_Cast3.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Atención primaria en salud. [en línea] Organización Mundial de la salud, 1 de abril de 2021. [revisado el 29 enero 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/E5dXK0>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). [en línea]. 21 de junio de 2021. [revisado el 29 de enero de 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/YsMABV>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). [en línea]. 2021. [revisado el 6 enero 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la Salud. Organización Mundial de la salud. [en línea]. 21 de junio de 2021. [revisado el 17 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>

OREM, Dorothea. Teoría del déficit de autocuidado. En RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. Octava edición, Elsevier, España, 2015.

PÁEZ SIERRA Maria Angélica. Aplicación de la teoría de Dorothea Orem en el cuidado del paciente oncológico. [en línea]. 2008. [revisado el 31 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/55094/PaezSierra%2CMariaAngelica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PIERA Merce, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. [en línea]. 2003. (Revisado el 23 de abril 2022). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-13056237>

PLEGUEZUELOS Eulogio; GIMENO-SANTOS Elena; HERNÁNDEZ Carmen; MATA María del Carmen. Recomendaciones sobre tratamiento no farmacológico en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la Guía

española de la EPOC. 2017 [en línea]. [revisado el 5 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6639398>

REPUBLICA DE COLOMBIA. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991. [en línea]. [revisado el 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>

REPÚBLICA COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 (octubre 4 de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [en línea]. [revisado el 18 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.urosario.edu.co/Escuela-Medicina/Investigacion/Documentos-de-interés/Files/resolucion_008430_1993.pdf

RIEGEL, Barbara. JAARSMA, Tiny. STRÖMBERG, Anna. A middle-range theory of self-care of chronic illness. [en línea]. 2012. [revisado el 12 de enero de 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/ONvy5h>

RIVERA. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. [en línea] 2006. [revisado el 24 de junio de 2022]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35969/37129>.

ROLDÁN TOVAR Laura; MARTOS CRESPO Francisco; MUÑOZ COBOS Francisca. Vivencias de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica mostradas en Internet por los pacientes. 2019. [en línea]. [revisado el 5 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7474846>

SCHMITT Carolina, DE SOUZA Sabrina Antonio, DA SILVA BRINQUES Camila, FRANCO DA SILVA Thaís, GONÇALVES DA SILVA Andréa Lúcia, TRIMER Renata. Funcionalidade da família dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. (2019). [en línea]. [revisado el 5 de febrero de 2022].

2022]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/fp/a/cPvYp8q58gksJJ3zQwRSyDn/?lang=pt>

SIERRA, Carlos. Impacto de los factores ambientales en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 2021. [en línea]. [revisado el 09 de agosto] disponible en: <https://acortar.link/es9fwo>

TALAMINOS, Alejandro. MÁRQUEZ, Eduardo. ROA Laura. ORTEGA, Francisco. Factores que afectan a la función pulmonar: una revisión bibliográfica. Archivos de bronconeumonía. 2018. [en línea]. [Revisado el 09 de agosto] Disponible en: <https://acortar.link/0TqVdY>

TAMARA Alonso, SOBRADILLO Alonso, DE TORRES Juan P. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres: ¿somos diferentes? Archivos de bronconeumonía. 2014. [en línea]. [revisado el 13 de julio 2022] Disponible en: <https://acortar.link/Alnc5j>

VARGAS, Olga. CÓRDOBA, Carolina. SANDOVAL, Lucía. CORONADO, Diana. Programa de educación intrahospitalaria en enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Una estrategia para el automanejo. [en línea]. 2021. [revisado el 8 de enero de 2022]. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/10283>

WILSE, Robert. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 2020. (sitio web). (consultado 10 de agosto 2022). DISPONIBLE EN: <https://acortar.link/VV4XaH>

ANEXOS

ESCALA DE APRECIACIÓN DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO A.S.A

AFIRMACIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. A medida que cambian las situaciones yo voy haciendo ajustes para mantener y conservar mi salud.				
2. Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.				
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.				
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud (no fumar, alimentación, ejercicio)				
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7. Yo puedo buscar formas para cuidar mi salud mejor que las que tengo ahora				
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio				
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mi hábito alimenticio (Dieta balanceada)				
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera adecuada.				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.				
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos y familiares.				

13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.				
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio y síntomas debido a la afección pulmonar que padezco				
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía con tal de mejorar mi salud (fumar, cocinar con leña, exposición a humos, etc.)				
17. Cuando tengo que tomar una medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios de este.				
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.				
19. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantener mi salud.				
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.				
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda debido a la afección pulmonar que padezco				
23. Puedo sacar tiempo para mí				
24. A pesar de mis limitaciones por la enfermedad soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ Identificado con número de cc _____ actuando de manera libre y voluntaria, Acompañante o responsable de _____ con documento de identificación CC _____, según las facultades que me confiere la ley colombiana o por delegación del usuario directamente.

Hago constar que, una vez informado sobre los propósitos, objetivos, pruebas/procedimientos que se llevarán a cabo durante la investigación denominada **AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA** y los posibles riesgos que se puedan generar de la prueba o procedimiento, autorizo mi participación o la de la persona bajo mi responsabilidad, en la misma, así como el uso de los datos obtenidos con fines estrictamente académicos e investigativos.

Declaro, adicionalmente, que se me ha informado que:

1. Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.
2. No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto/producto, ni retribución económica alguna. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan incidir positivamente en los procesos de mejoramiento de personas con condiciones similares a las mías, o a las de la persona bajo mi responsabilidad.
3. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente; en virtud de ello, esta información será archivada en papel y/o medio electrónico. Los archivos del estudio se guardarán en la Universidad de Córdoba, Sede **Montería**, bajo la custodia del grupo de investigación **Lizeth Paola Flórez Córdoba, María José Rudas Pérez y María José Usta Durango**, adscrito al programa académico **Enfermería**, perteneciente a la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la **Universidad de Córdoba** y la responsabilidad de los investigadores participantes en el proyecto/producto.

4. Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada bajo condición de anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros, medios de comunicación u otras instituciones educativas. Esto también aplica al cónyuge, miembros de la familia y médicos (o profesionales de salud tratantes) de los participantes.
5. En caso de requerir mis datos personales, las fotografías, los videos y otra información, resultantes de la aplicación de la prueba o procedimiento para presentación con fines estrictamente académicos o científicos en eventos tales como seminarios, congresos, cursos, simposios, revisiones de casos clínicos y publicaciones, entre otros tipos de espacios de divulgación científica, autorizo su uso, si así lo considero, a través de la firma de este documento.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. Por lo anterior, hago constar que he sido informado a satisfacción sobre los procesos, procedimientos o pruebas que se realizarán por parte de los profesionales participantes en el proyecto como investigadores y, por tanto, doy mi consentimiento.

Firma del investigador principal que tengan relación directa con la aplicación del procedimiento o prueba:

Investigador 1

Investigador 2

Investigador 3