

# UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APLICADA Y / O DE DESARROLLO  
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA  
CON MENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**TEMA:**

**DETERMINACION DE NIVEL DE AUTOCAIDADO, FUNDAMENTADO EN LA  
TEORIA DE OREM EN PACIENTES DIABETICOS PARA LA PREVENCION DEL  
PIE DIABETICO EN EL CENTRO MEDICO FAMILIAR INTEGRAL Y  
ESPECIALIDADES DIALISIS “LA MARISCAL” 2024**

**Autor:**

LCDA. KARLA ISABEL PAREDES MARTINEZ

**Tutor:**

PhD., BETTY JUDITH PAZMIÑO GOMEZ

*Milagro, 2024*

## Derechos de autor

Sr. Dr.

**Fabricio Guevara Viejó**

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Karla Isabel Paredes Martínez** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública con mención en Atención Primaria**, como aporte a la Línea de Investigación **Atención Primaria de la Salud en el contexto Familiar y Comunitario**, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 8 de noviembre de 2024



Firmado electrónicamente por:  
**KARLA ISABEL  
PAREDES MARTINEZ**

**Karla Isabel Paredes Martínez**

**C.I. 094115278-7**

## Aprobación del Director del Trabajo de Titulación

Yo, **PhD. Betty Judith Pazmiño Gómez** en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Karla Isabel Paredes Martínez**, cuyo tema es “**Determinación del nivel de autocuidado, fundamentado en la teoría de Orem en pacientes diabéticos para la prevención de pie diabético en el Centro Médico Familiar Integral y Especialidades Diálisis La Mariscal 2024**”, que aporta a la Línea de Investigación **Atención Primaria de la Salud en el contexto Familiar y Comunitario**, previo a la obtención del Grado **Magíster en Salud Pública con mención en Atención Primaria**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 8 de noviembre de 2024



firmado electrónicamente por:  
**BETTY JUDITH  
PAZMINO GOMEZ**

**PhD. Betty Judith Pazmiño Gómez**

**C.I. 0909383739**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**  
**FACULTAD DE POSGRADO**  
**CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA**

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, presentado por **LCDA. COLOMA LLANGO ADRIANA GISSELA**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "ASOCIACIÓN ENTRE EDAD - NIVEL EDUCATIVO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL CENTRO DE SALUD N°3 DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	58.83
DEFENSA ORAL	38.33
<b>PROMEDIO</b>	<b>97.17</b>
<b>EQUIVALENTE</b>	<b>Excelente</b>



Mgs. FERNANDEZ VELEZ YUMY ESTELA  
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Mgs TABARES CRUZ YAIMA BEATRIZ  
VOCAL



Lic. GONZALEZ CANO JONATHAN ALEXANDER  
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

## DEDICATORIA

*Dedico este logro a Dios, por permitirme tener salud y conseguir mi objetivo de un cuarto nivel, una meta planteada años atrás, pospuesta por diferentes motivos, pero al fin he alcanzado mi logro.*

*A mis padres y hermanos por ser un motor de fuerza y apoyo incondicional, y quienes me recordaban siempre el potencial que tengo para alcanzar mis metas, con mucho esfuerzo y sacrificio. Esas palabras de aliento, me permiten estar donde estoy ahora. Por ello son parte este reconocimiento y logro porque lo merecen.*

*A seres excepcionales en mi vida, quiénes me muestran siempre su apoyo, resiliencia y compañía, en este peldaño que escalo.*

*A mi tutora por interesarse en el tema que escogí, y orientarme de la mejor manera para alcanzar lo planteado en el proyecto. A mis docentes de todas las asignaturas, y coordinadores de aula quienes me acompañaron a través de estos meses brindando sus conocimientos y guía.*

**Karla Isabel Paredes Martínez**

## AGRADECIMIENTOS

*Agradezco a Dios, por las oportunidades de crecer profesionalmente, reforzar mi perfil académico, cumpliendo mis metas.*

*Al tutor de investigación Mgs. Betty Pazmiño, por la dedicación y todas sus observaciones para guiarme, por su tiempo brindado para culminar con éxitos esta investigación.*

*Agradezco a la Universidad Estatal de Milagro, y a su Departamento de Investigación y Posgrado, por ser mi lugar de formación y permitirme mejorar mi perfil profesional garantizando la calidad y calidez de servicio donde sea que labore, por lo que afirmaré que soy 200% Unemi.*

*A las autoridades del Centro Médico Familiar Integral y Especialidades Diálisis “La Mariscal” al brindarme la apertura para realizar mi trabajo investigativo, para motivar a realizar más trabajos de investigación en esta unidad.*

**Karla Isabel Paredes Martínez**

## Resumen

El autocuidado, por esencia es la capacidad que tienen las personas para realizar acciones de promoción de la salud que permitan optar por comportamientos al condicionar a la población a tener salud y mejorar su vida, entre cosas tan simples, como conciliar el sueño adecuadamente, una actividad física frecuente, o comer sano, como resultado estimula la sensación de bienestar y plenitud, significativamente el impacto para concientizar sobre algo que ya hacíamos solo es cuestión de adaptabilidad, mientras alcanzamos un mejor estilo de vida, El **objetivo** general de este estudio es determinar el nivel de autocuidado, fundamentado en la Teoría de Orem en pacientes diabéticos para la prevención de pie diabético en el Centro Médico Familiar Integral Especialidades Diálisis La Mariscal. Dentro de la **metodología** es no diseño experimental, tipo de investigación descriptiva, transversal no interviniente, con enfoque cuantitativo, aplicativo, realizado en una muestra no probabilística cerrada por interés o conveniencia de 100 pacientes diabéticos. El enfoque cuantitativo, permite recolectar información estadística para los análisis basados en la Escala psicométrica de Agencia de Autocuidado (ASA). Creada por Evers, en Holanda, validada y traducida en Chile y Brasil por Escola Anna Nery. **Resultados:** el nivel de autocuidado de los pacientes diabéticos del centro médico, se identifica en una puntuación de 70 a 75 puntos, que por categoría determina un nivel medio, en la agencia de autocuidado, de modo que, otro hallazgo es la predominación del sexo masculino sobre el femenino, el nivel de instrucción secundaria, esta población se identificó la Diabetes de tipo II como el diagnóstico más frecuente, en pacientes de un rango de edad predominante de 27-59 años, siendo una población joven con riesgo potencial de desarrollar una úlcera de pie diabético. **Conclusión:** Se concluye que la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA), con características psicométricas, determina el nivel de la capacidad que posee una persona para cuidarse, las acciones que se redactan en cada ítem, permitieron identificarse a cada paciente con su realidad.

**Palabras Claves:** Nivel de Autocuidado, Diabetes Mellitus, Prevención, Pie diabético

## Abstract

Self-care, by essence, is the ability that people have to carry out health promotion actions that allow them to choose behaviors by conditioning the population to be healthy and improve their lives, among things as simple as getting enough sleep, frequent physical activity, or eating healthy, as a result it stimulates the feeling of well-being and fullness, significantly the impact to raise awareness about something we already did is only a matter of adaptability, while we achieve a better lifestyle, The general **objective** of this study is to determine the level of self-care, based on Orem's Theory in diabetic patients for the prevention of diabetic foot at the Comprehensive Family Medical Center Dialysis Specialties La Mariscal. Within the **methodology** is no experimental design, descriptive type of research, non-interventional, with a quantitative, applicative approach, carried out on a non-probabilistic sample closed by interest or convenience of 100 diabetic patients. The quantitative approach allows collecting statistical information for analysis based on the Psychometric Scale of Self-Care Agency (ASA). Created by Evers, in Holland, validated and translated in Chile and Brazil by Escola Anna Nery. **Results:** the level of self-care of diabetic patients at the medical center is identified in a score of 70 to 75 points, which by category determines an average level, in the self-care agency, so that, another finding is the predominance of the male sex over the female, the level of secondary education, this population was identified with Type II Diabetes as the most frequent diagnosis, in patients with a predominant age range of 27-59 years, being a young population with potential risk of developing a diabetic foot ulcer. **Conclusion:** It is concluded that the Self-Care Agency Scale (ASA), with psychometric characteristics, determines the level of the capacity that a person has to take care of themselves, the actions that are written in each item, allowed each patient to identify with their reality

**Keywords:** Self-care level, Diabetes Mellitus, Prevention, Diabetic foot

## Lista de Figuras

Figura 3 Escala de Agencia de Autocuidado en tratamiento de Hemodiálisis .....	69
Figura 4 Escala de Agencia de Autocuidado en Crónicos Metabólicos.....	69
Figura 2 Escala de Agencia de Autocuidado en Consulta Externa .....	69
Figura 1 Escala de Agencia de Autocuidado en Hemodiálisis .....	69
Figura 5 Respuesta de Quipux de solicitud aprobada.....	71

## Lista de Tablas

TABLA 1 Resumen de procesamiento de casos .....	49
TABLA 2 Agencia de Autocuidado (ASA) .....	49
TABLA 3 Análisis Descriptivo Asa Agencia de Autocuidado y predominio de Diabetes .....	51
Gráfico 1. Representación de Asa Agencia de Autocuidado .....	53
TABLA 4 Representación de datos de ASA Agencia de Autocuidado y la Edad.....	54
TABLA 5 Representación de datos de Nivel de Instrucción, Edad Codificada, ASA Agencia de Autocuidado, Diagnóstico de Diabetes .....	55
TABLA 6 Percentiles sobre ASA Agencia de Autocuidado .....	56
Gráfico 2. Caja de Bigotes relación entre Diabetes y ASA Agencia de Autocuidado .....	57

## Índice / Sumario

Introducción .....	12
Capítulo I: El problema de la investigación .....	15
1.1 Planteamiento del problema .....	15
1.2 Delimitación del problema .....	18
1.3 Formulación del problema.....	19
1.4 Preguntas de investigación .....	19
1.5 Objetivos .....	19
1.5.1 Objetivo general .....	19
1.5.2 Objetivos específicos.....	19
1.6 Hipótesis .....	20
1.7 Justificación.....	21
1.8 Declaración de las variables (operacionalización) .....	23
CAPÍTULO II: Marco teórico referencial.....	26
Antecedentes .....	26
2.1.1 Antecedentes históricos .....	26
2.1.2 Antecedentes referenciales.....	28
2.2 Contenido teórico que fundamenta la investigación .....	31
2.2.1 Diabetes Mellitus, Historia Natural de la Enfermedad .....	31
2.2.1 Pie diabético .....	32
2.2.1.1 Fisiopatología del pie diabético.....	33
2.2.1.2 Epidemiología del pie diabético .....	33
2.2.1.3 Historia natural de la enfermedad .....	34
2.2.2 Factores relacionados al Pie diabético .....	34
2.2.2.1 Factores de riesgo.....	35
2.2.2.2 Factores de Ulceración.....	35
2.2.2.3 Factores de Complicación .....	35

2.2.2.4 Factores protectores .....	35
2.2.3 Complicaciones del pie diabético.....	35
2.2.3.1 Neuropatía .....	35
2.2.3.2 Úlcera de Pie diabético.....	36
2.2.3.3 Amputaciones de miembros inferiores relacionadas al pie diabético .....	36
2.2.4 Prevención de pie diabético .....	36
2.2.4.1 Cuidados para el Pie Diabético.....	36
2.2.5 Fundamentos de la teoría de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem .....	37
2.2.5.1 Teoría de Autocuidado .....	38
✓ Requisitos Universales.....	38
✓ Requisitos de desarrollo.....	39
✓ Requisitos de Desviación de la Salud.....	39
2.2.5.2 Teoría de déficit de Autocuidado.....	39
2.2.5.3 Teoría de los sistemas de enfermería.....	39
• Totalmente compensadores: la enfermera supe las necesidades del individuo, él no tiene ningún papel activo en las actividades .....	40
• Parcialmente compensadores: el individuo participa de sus actividades .....	40
• De apoyo educativo: se encarga de ayudar en la orientación de los cuidados .....	40
2.2.5.4 Escala de agencia de autocuidado ASA.....	40
CAPÍTULO III: Diseño metodológico.....	42
3.1 Tipo y diseño de investigación .....	42
3.2 Población y la muestra .....	42
Características de la población .....	42
Característica de la muestra .....	42
Métodos .....	43
Técnicas.....	44
CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultados.....	49
4.1 Análisis de la situación actual .....	49

Gráfico 1. Representación de Asa Agencia de Autocuidado .....	53
4.2 Análisis Comparativo.....	55
4.3 Verificación de las Hipótesis .....	56
Gráfico 2. Caja de Bigotes relación entre Diabetes y ASA Agencia de Autocuidado .....	57
CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones.....	58
5.1 Conclusiones .....	58
5.2 Recomendaciones.....	59
Referencias .....	63
Anexos .....	67

## Introducción

Para el (Ministerio de Salud Pública, Guía Práctica Clínica Quito Diabetes Mellitus tipo 2, 2017) argumenta que la incidencia de la enfermedad metabólica denominada Diabetes Mellitus (DM), en la población ecuatoriana registra estadísticas que preocupan al sistema nacional de salud, y al personal que labora en áreas donde a diario se diagnostican nuevos pacientes con esta patología, para el paciente con diagnóstico de DM desarrollar riesgo de complicaciones es más predominante por las actividades, habilidades y el estilo de vida que ha adquirido a través del tiempo.

De los países pertenecientes a la región SACA de la (International Diabetes Federation, 2021), en sus estadísticas estiman 537 millones de personas con Diabetes en el mundo y más de 33 millones en la Región SACA; para 2045 ésta cifra aumentará a 49 millones. Menciona que existe el 4,7% de prevalencia de diabetes en adultos, en un total de 526.700 casos de diabetes en adultos.

Según la (Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología , 2021) la prevalencia del pie diabético a nivel mundial es del 8% al 13% entre los pacientes con diabetes mellitus, afectando principalmente a pacientes con edades entre 45 y 65 años. Claramente la neuropatía y la enfermedad vascular periférica, son las principales causas para desencadenar una úlcera de pie diabético, se entienden como complicaciones crónicas que conllevan a las amputaciones no traumáticas en los pacientes. Donde la mayoría de lesiones por úlceras de pie diabético deberían ser prevenibles a través del autocuidado y de los sistemas de enfermería. Reduciendo la frecuencia de las amputaciones de miembros inferiores en los pacientes.

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP 2022), por medio de una estrategia de salud colectiva, implanta en 10 unidades de servicio de atención integral para el pie diabético, brindando atención y tratamiento de las úlceras de Pie Diabético, evitando amputaciones. La importancia de diagnosticar oportunamente permite minimizar secuelas, daños o amputaciones, estas unidades de atención inicialmente interviene el médico general, quien valora de manera integral, posterior se realizan interconsultas, referencias o contra referencias, donde existe resultados positivos por el trabajo multidisciplinario: médicos familiares, nutricionistas, psicólogos, y

enfermeras, ellas son quienes que se encargan de realizar el abordaje de las curaciones avanzadas en este servicio.

El autocuidado debe aprenderse, y aplicarse de forma deliberada, continua y en función a las necesidades de cada individuo. En una revisión bibliográfica los autores (Naranjo Y., Pacheco J., Rodríguez M., 2017) argumentan que Dorothea E. Orem desarrolla su teoría en función al déficit de autocuidado, la autora sostiene que cada paciente es capaz de generar cuidados viables a su capacidad y responsabilidad de cuidarse a sí mismo. Este modelo o teoría nace del paradigma de integración entre (1950-1975), es decir que utiliza varios elementos para analizarlos; menciona a la persona, el entorno, su salud y los sistemas de enfermería en relación a las tendencias de suplencia o ayuda, es humanista y sociológica. Originario de la escuela de necesidades donde enfermería ayuda al individuo a llevar a cabo mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias con herramientas de aprendizaje, que involucre al individuo y despierte el interés en mejorar sus estilos de vida. En síntesis, el autocuidado es una actividad de aprendizaje para los individuos, orientándose a obtener una conducta y comportamiento que promuevan la salud, prevengan enfermedades, y disminuyan el riesgo de desarrollar complicaciones de la misma; además de no incrementar discapacidades en la población.

El modelo de Orem, proporciona una base sólida para evaluar la capacidad de autocuidado, los requisitos de autocuidado, el déficit de autocuidado de los participantes y los sistemas de enfermería, por escalas con instrumentos validados como la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) o por sus siglas en inglés Appraisal of Self-care Agency Scale. En el estudio abordado por los autores (Espinoza M., Huaiquian J., Sanhueza O., Luengo L., Valderrama M., Ortiz N., 2020) donde detallan el análisis de confiabilidad de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado en adolescentes chilenos.

La importancia de este proyecto es determinar el nivel de autocuidado, fundamentado en la teoría de Orem, en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, para la prevención de pie diabético, por medio de la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA), se pretende identificar el nivel de autocuidado, ya que la escala

tiene propiedades psicométricas válidas. Dentro de la relevancia metodológica de este proyecto es de diseño no experimental, descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo, tipo aplicativo, realizado en una muestra no probabilística cerrada de 100 personas por interés.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo, Determinar el Nivel de Autocuidado, fundamentado en la Teoría de Orem, en pacientes diabéticos para la prevención de pie diabético en el Centro Médico Familiar Integral y Especialidades Diálisis “La Mariscal”.

Este documento está estructurado por cinco capítulos, que se distribuye de la siguiente manera: Capítulo I, enuncia el planteamiento del problema, delimitación del problema, formulación del problema, preguntas de investigación, determinación del tema, objetivo general, y específicos, hipótesis de la investigación, justificación, declaración de las variables (Operacionalización).

Capítulo II, denota la sustentación bibliográfica a partir de un marco teórico referencial compuesto de antecedentes referenciales, marco conceptual, marco teórico.

Capítulo III, detalla el diseño metodológico, tipo y diseño de investigación, la población y la muestra, los métodos y las técnicas, procesamientos estadísticos de la información.

Capítulo IV, análisis e interpretación de resultados, donde se podrá evidenciar los hallazgos científicos, en un análisis actual de las variables que se estudiaron.

Finalmente, el Capítulo V, constaran las conclusiones, discusión y recomendaciones, referencias bibliográficas, y anexos.

## Capítulo I: El problema de la investigación

### 1.1 Planteamiento del problema

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) menciona que la diabetes mal controlada aumenta las posibilidades de complicaciones y mortalidad prematura, es causante de ceguera, insuficiencia renal, ataques cardíacos, derrames cerebrales y amputación de miembros inferiores. La prevalencia de esta enfermedad es una amenaza constante para el sistema de salud y de su población, porque no distingue rangos, estratificación socioeconómica, o niveles de educación, como resultado incrementan las tasas de morbilidad y mortalidad.

Los problemas destacados en esta población en estudio se enuncian por las características propias derivadas de la desorientación de actividades de prevención, enfocándose a evitar o minimizar los factores de riesgo que pueden llevar a esta complicación frecuente en los pacientes diabéticos, utilizando herramientas educativas que detecten de manera temprana úlceras y heridas. Para lograr un tratamiento oportuno, y así evitar amputaciones de miembros inferiores que solo ocasionan discapacidad física.

Para (Atlas de la Diabetes , 2019) estima que 62 millones de personas en las Américas viven con Diabetes Mellitus y que alcanzará la marca de 109 millones para el 2040. El pie diabético afecta alrededor de 40 a 60 millones de personas con diagnóstico de diabetes en todo el mundo.

El monitoreo y control de azúcar en sangre, esencial para mantener niveles de glucosa en rangos recomendados, por consiguiente, un peso saludable, y esto depende de la calidad de cuidados que el paciente genere, dieta con régimen alimentario, basado en las recomendaciones brindadas y por las que de manera autodidacta se cree, no es difícil comprender que mientras más interés exista por mejorar la calidad de vida, el paciente se va a informar, aprenderá sobre la enfermedad y como prevenir sus complicaciones.

Menciona la (Organización Mundial de la Salud., 2016) que todos los tipos de diabetes pueden provocar complicaciones en muchas partes del organismo e incrementar el riesgo general de muerte prematura. Entre las posibles complicaciones se incluyen; ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos.

Según datos de (INEC, 2016) esta enfermedad es la segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas en el Ecuador, menciona que 2.628 mujeres y 2.278 hombres han fallecido por esta enfermedad en este año, afirma que los factores que incrementan el riesgo de padecer diabetes, es no realizar deportes y la mala alimentación; destaca tres alimentos en los que más gastan los hogares ecuatorianos: arroz blanco \$19,88; pan corriente/trigo \$12,67; colas y/o gaseosas \$8,82. Infografía de INEC en Anexos.

De modo que, en nuestro país una cultura preventiva es debilitada cuando los hábitos no saludables predominan como el tabaquismo, alcoholismo, que son considerados y permitidos, pese a sus consecuencias que incluso se las expone en etiquetas de los productos, para ello la relación a la problemática de pie diabético, es que los escasos cuidados sumados a estos hábitos no saludables aumentan el riesgo de desarrollar úlceras en un paciente diabético.

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2022) de enero a agosto de ese año, se ha registrado alrededor de 12.166 atenciones en el servicio de pie diabético. La relación que existe entre diabetes mellitus y el pie diabético depende del riesgo de desarrollar complicaciones propias de la enfermedad, las causas pueden ser múltiples, pero nos enfocaremos en la carencia de acciones para conservar o mejorar la calidad de vida.

Inicia como una lesión nerviosa o vascular, principalmente altera la función sensitiva simétrica afectando los nervios distales en los pacientes con diagnóstico de diabetes, estos se exponen a riesgos de llegar a complicaciones graves, entre ellas las macrovasculares que da como resultado úlceras y posterior un pie diabético, y sin cuidados específicos aumenta significativamente las posibilidades

de amputación de un miembro inferior. Es preciso que los pacientes adquieran acciones en su propio beneficio, orientación suficiente e información apropiada sobre su enfermedad además de conocer sobre las posibles afecciones a desarrollarse por déficit de autocuidado. Las actividades se diversifican en inspecciones diarias, el uso adecuado del calzado, el control de glicemias, consultas médicas, atención a lesiones para prevenir complicaciones graves como úlceras e infecciones.

En este contexto la Organización Mundial de la Salud, dice que 460 000 personas fallecen a causa de la nefropatía diabética, y la hiperglucemia ocasiona alrededor del 20% de las defunciones por causa cardiovascular. (OMS., 2023)

La identificación de heridas o úlceras, es indispensable a través de un autoexamen si ya el paciente está orientado, o partir de la anamnesis y el examen físico en consulta, antes o después de este momento lo adecuado es priorizar los cuidados en los pies, en específico la educación sobre los cuidados de los pies, en otras palabras aprender a cuidarse los pies, con actividades simples y que se cumplan a diario como inspeccionar los pies (hinchazón, cambios en la coloración, sensibilidad, lavar, secar, hidratar, cortar uñas, usar zapatos cómodos y amplios entre otros).

En este contexto, la teoría de autocuidado y su concepto de la capacidad que tiene cada individuo para cuidarse a sí mismo, tiene estrecha relación con la problemática en desarrollo sobre los cuidados en la prevención del pie diabético, a partir del conocimiento, motivación, habilidad, acción y la evaluación, es decir, permite conocer la capacidad del paciente para cuidarse, y al profesional identificar áreas donde se necesita intervención educativa para mantener o mejorar la salud. Actualmente existe escasa evidencia científica de esta teoría en nuestro país por no decir casi nula, es necesario implementar el autocuidado en todos los niveles de atención de salud ya que, minimizaría el desarrollo de enfermedades y sus posibles complicaciones, a través de hábitos saludables y un estilo de vida acorde a las recomendaciones internacionales.

Enfermería, desde sus inicios se ha encargado de responder a la necesidad para ayudar a los pacientes que han perdido su autonomía, por enfermedad o que por desconocimiento desarrollan patologías que con llevan a lesiones o alteraciones de su salud. D. E. Orem plantea en 1970 (Orem D., 2001) las cinco premisas subyacentes de manera general, y su modelo direccionado al proceso de atención de enfermería se divide en Teoría. del Autocuidado (R. de autocuidado universal, R. de autocuidado del desarrollo, R. de autocuidado de desviación de la salud). Teoría. del déficit de autocuidado, y Teoría de los sistemas de enfermería, (Totalmente compensadores, Parcialmente compensadores y de apoyo educación).

La necesidad de determinar el nivel de autocuidado, en el paciente con diabetes es de vital importancia para unificar los cuidados específicos en la prevención de pie diabético, en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, sería de gran utilidad para favorecer la orientación y entrenamiento del paciente, que se facilite la comprensión y comunicación sobre las actividades que debe realizar, sucede que, en ocasiones, la sobresaturación de información y diversidad de criterios confunden al individuo, y es cuando aumenta la susceptibilidad por desorientación. El lenguaje que exprese el personal de salud debe ser con terminología lo más sencilla posible, que logre una clara comunicación, lenguaje conciso, incluso usar ejemplificación de cosas cotidianas para el paciente. En este sentido los factores claves relacionados detectados; influyen entre sí, es decir que el Nivel de Autocuidado se relaciona directamente con el déficit de autocuidado, y que el pie diabético se desarrolla a partir de los escasos cuidados por no decir nulos en la enfermedad metabólica Diabetes Mellitus.

## **1.2 Delimitación del problema**

**Línea:** Atención Primaria de la Salud en el contexto Familiar y Comunitario, Salud Pública, Prevención de Pie Diabético, Complicaciones de Enfermedades Crónicas

**Sublínea:** Atención Primaria de Salud en el Contexto Familiar y Comunitario Enfermedades Metabólicas, Pie Diabético, Complicaciones Microvasculares

**Campo de Acción:** Centro Médico Familiar Integral y Especialidades Diálisis “La Mariscal” en 2024.

**Ubicación Geoespacial:** Quito, calles Av. Colón y Urbina

**Ubicación Temporal:** Agosto-Noviembre 2024

### **1.3 Formulación del problema**

De modo que, planteo para este estudio las siguientes preguntas:

¿Cuál es el nivel de autocuidado en pacientes diabéticos, fundamentado en la Teoría de Orem para la prevención de pie diabético en el CMFIEDM 2024?

### **1.4 Preguntas de investigación**

¿Qué nivel de autocuidado, fundamentado en la Teoría de Orem desencadena Pie Diabético en pacientes diabéticos en el CMFIEDM 2024?

¿Cómo influye el nivel de autocuidado, fundamentado en la Teoría de Orem en pacientes diabéticos, para la prevención de pie diabético en relación a los sistemas de enfermería en el CMFIEDM 2024?

¿Por qué el nivel de autocuidado, fundamentado en la Teoría de Orem en pacientes diabéticos, influye en la prevención de pie diabético?

## **Determinación del tema**

### **1.5 Objetivos**

#### **1.5.1 Objetivo general**

Determinar el Nivel de Autocuidado, fundamentado en la Teoría de Orem en pacientes Diabéticos para la prevención de pie diabético en el CMFIEDM 2024

#### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Identificar el Nivel de Autocuidado, fundamentado en la Teoría de Orem en pacientes Diabéticos para la prevención de pie diabético en el CMFIEDM
- Conocer la escala de agencia de autocuidado, fundamentada en la Teoría de Orem para pacientes Diabéticos.
- Aplicar la escala de agencia de autocuidado, fundamentado en la Teoría de Orem para pacientes Diabéticos en el CMFIEDM.

## 1.6 Hipótesis

### **Hipótesis General**

- El Nivel de Autocuidado, fundamentado en la Teoría de Orem determina la prevención de pie diabético en pacientes Diabéticos en el CMFIEDM 2024.

### **Hipótesis particulares**

- El Nivel de Autocuidado, fundamentado en la Teoría de Orem identifica la prevención de pie diabético pacientes Diabéticos en el CMFIEDM
- La Escala de Agencia de Autocuidado, fundamentada en la Teoría de Orem, emplean relación entre los sistemas de enfermería y los pacientes diabéticos para la prevención de pie diabético en el CMFIEDM

## 1.7 Justificación

Para los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus, al emplearse actividades educativas, guiadas hacia la orientación en los cuidados específicos, logra prevenir desde; la alteración anatómica o funcional, las alteraciones vasculares periféricas en un paciente diabético, evitando susceptibilidades a isquemias, infecciones, úlceras y alteración de los tejidos desde los superficiales a los profundos o subyacentes.

Para reducir el impacto de la diabetes y su complicación más frecuente, el pie diabético existe en los pacientes la concientización y el empoderamiento de sus estilos de vida, ya que el autocuidado como tema en desarrollo, es posible gracias a la constante actividad de educación y accionar, logrando una conciencia en como el paciente aborda su enfermedad, y como el mismo previene complicaciones. Conocemos que es una alarmante problemática para el sistema nacional de salud, generando aumento de las demandas a la cartera de servicios del estado, y por ello alto costo económico-social incluso hasta para el paciente y los familiares.

De modo que la edad y género inciden en la prevalencia de la enfermedad. Según el Censo en Ecuador la provincia de Pichincha con una población aproximada de 3.089.473 habitantes, donde la edad mediana de la población es de 31 años, y en relación al sexo existen 93 hombres por cada 100 mujeres. (Censo Ecuador, INEC, 2024). Estas estadísticas están consideradas con proyecciones desde el 2001-2022. Menciona (Primicias, 2024) sobre las cifras alarmantes según una encuesta Ensaut, la prevalencia de diabetes en la población ecuatoriana de 10 a 59 años, ha alcanzado el 1.7%. A medida que las personas envejecen, esta proporción aumenta significativamente, llegando al punto en que uno de cada diez ecuatorianos padece diabetes al alcanzar los 50 años. Se registran alrededor de 37,000 nuevos casos de diabetes en Ecuador cada año, cifras que denota el Ministerio de Salud Pública.

Con estos antecedentes estadísticos, es importante desatacar los resultados obtenidos a partir del desarrollo de planes intervinientes personalizados, consiguiendo la reducción de estadísticas de complicaciones y amputaciones en los pacientes, convirtiéndose en objetivo potencial más positivo para el paciente, personal

de salud y el sistema de salud nacional. En esta misma línea destaco la importancia del aporte a la innovación en temas como el autocuidado y su relación con el pie diabético; en nuestro constructo social; fundamentales en la salud pública, y sus implicaciones prácticas, es decir que se desarrolle con naturaleza en toda la red pública de salud, incluyendo todos los niveles de atención, así llegar a mejores proyecciones y alcances.

Por lo que, enfatizo el aporte científico en la revisión bibliográfica, al aplicar una escala con propiedades psicométricas para identificar el nivel de autocuidado, fundamentado en la Teoría de Orem, en esta población considerada como vulnerable por sus condiciones de salud. En la misma línea destaco los aportes académicos de mi interés sustentados en bibliografía actualizada, estos estudios de relevancia y que beneficiarán a la comunidad científica, la población en estudio, y según sea el resultado proponer y promover por necesidad actividades de prevención, a través de la educación para el autocuidado de los pies en los pacientes, motivándolos a identificar los primeros signos, complementándose en un manejo integral con equipo multidisciplinario, reduciendo las atenciones de clínicas de heridas por pie diabético, las cifras de intervenciones quirúrgicas por amputaciones no traumáticas relacionadas a un pie diabético y sus complicaciones. El aporte social estará direccionado a los pacientes diabéticos, beneficiarios directos de este estudio en curso, una revisión continua por los mismos pacientes, lograría la importancia de estructurar una cultura preventiva relacionada al autocuidado del pie diabético, se hará conocer a la comunidad científica de la institución educativa los resultados, para que sirvan como sustento y apoyo en otras investigaciones.

## **Alcance y limitaciones**

### **Alcances**

El presente proyecto de investigación aplicada y/o desarrollo, pretende determinar el nivel de autocuidado, fundamentado en la teoría de Orem, a partir de la Escala de Agencia de Autocuidado, en pacientes diabéticos para la prevención de pie diabético.

Esta investigación entiende de manera implícita a pacientes con Diabetes Mellitus, mayores de 18 años con ese diagnóstico, que se predisponen a un riesgo potencial de desarrollar pie diabético, por estilos de vida y desorientación de cuidados específicos.

### Limitaciones

Carecer de un sistema de bioestadística interna físico, en el Centro Médico Familiar Integral y Especialidades Diálisis La Mariscal.

Escasas investigaciones nacionales que denoten información sobre el nivel de autocuidado en relación a la prevención de pie diabético.

Falta de actividades de apoyo educativo, sobre la problemática abordada, con visión preventiva, por ser de corte transversal no interviniente.

## 1.8 Declaración de las variables (operacionalización)

**Variable Independiente:** NIVEL DE AUTOCUIDADO, FUNDAMENTADO EN LA TEORIA DE ORE.M

**Variable Dependiente:** PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO

**Variable Interviniente:** EDAD, NIVEL DE INSTRUCCIÓN

VARIABLES	INDICADOR	ESCALA
NIVEL DE AUTOCUIDADO, FUNDAMENTADO EN LA TEORIA DE OREM	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud</li> <li>2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantener con salud son buenas</li> <li>3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda</li> <li>4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo</li> <li>5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantener con salud</li> <li>6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo</li> <li>7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora</li> </ol>	NUNCA (1)

	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio</li> <li>9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios</li> <li>10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser</li> <li>11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego hacerlo</li> <li>12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre</li> <li>13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado</li> <li>14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo</li> <li>15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio</li> <li>16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud</li> <li>17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios</li> <li>18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro</li> <li>19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud</li> <li>20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme</li> <li>21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer</li> <li>22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda</li> <li>23. Puedo sacar tiempo para mí</li> <li>24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta</li> </ol>	<p>CASI NUNCA (2)</p> <p>CASI SIEMPRE (3)</p> <p>SIEMPRE (4)</p> <p><i>Autor: Evers, validado y traducida al español</i></p>
<b>PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Conoce sobre el pie diabético?</li> <li>- ¿Cree que su diabetes afecta sus pies?</li> <li>- ¿Realiza inspecciones diarias de sus pies, seca e hidrata sus pies?</li> <li>-¿Tiene dificultad para sentir la temperatura o el tacto en los pies?</li> <li>-¿Tiene deformidades en los pies (juanetes, dedos en garra)?</li> </ul>	<p>Si</p> <p>No</p>
<b>EDAD</b>	Rango	<p>18-26</p> <p>27-59</p> <p>60 en adelante</p>
<b>SEXO</b>	Género	<p>Femenino</p> <p>Masculino</p>
<b>PESO/TALLA</b>		_____kg

		_____ cm
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	Instrucción	Primaria Secundaria Tercer Nivel Cuarto Nivel
<b>DIAGNOSTICO DE DIABETES</b>	Tipo de Diabetes	Tipo 1 Tipo 2 Desconoce su diagnóstico

Escala de Agencia de Autocuidado, Elaborada por Evers fundamentado en la Teoría de Orem  
**Fuente: Karla Isabel Paredes Martínez**

## CAPÍTULO II: Marco teórico referencial

### Antecedentes

#### 2.1.1 Antecedentes históricos

Según la (Organización Mundial de la Salud, 2023) la diabetes sacarina o diabetes mellitus, es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. Entre el 2000 y 2019, las tasas de mortalidad por diabetes normalizadas por edades aumentaron en un 3 %. Es una causa importante de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de miembros inferiores.

Para la (OPS, 2019) En las Américas, en 2019, la diabetes fue la sexta causa principal de muerte, con un estimado de 244,084 muertes causadas directamente por la diabetes. Es la segunda causa principal de años de vida ajustados por la discapacidad (AVAD), lo que refleja las complicaciones limitantes que sufren las personas con diabetes a lo largo de su vida. En el paciente diabético el desarrollo de la neuropatía diabética y la aparición de lesiones, por muy mínimas que sean, favorecen a un pie diabético, es importante destacar que, sin orientación y cuidados específicos por medio de la prevención es seguro llegar a una amputación no traumática, relacionadas al pie diabético, discapacitando físicamente al paciente, o en casos extremos la muerte.

La patología del pie constituye uno de los elementos principales del cuidado de los pacientes diabéticos. Las lesiones más habituales a este respecto son las úlceras, con o sin infección, y la gangrena. La tasa de amputaciones en pacientes diabéticos es más de 15 veces superior a la de la población general. Los factores responsables de la lesión, en la mayoría de los casos, pueden ser evitados con un correcto adiestramiento del paciente, un diagnóstico precoz y el correcto tratamiento de la lesión pueden mantener la integridad del pie, evitando gran número de amputaciones. (Garrido C., Blasco P., Pinós P.J., 2003)

En relación a la otra variable en estudio es importante mencionar los antecedentes históricos sobre Teoría de Autocuidado de Orem, en este estudio de tema Historia de Dorothea Orem y sus aportes a las teorías de la enfermería, tiene como Objetivo: Describir la vida y obra de la ilustre enfermera Dorothea Elizabeth Orem y sus aportes a las teorías de la enfermería. Se utilizó un Método retrospectivo de corte histórico donde se utilizaron métodos teóricos como el análisis documental y el histórico-lógico. Desarrollo, La teoría de Orem ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto para personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, en sus Conclusiones; A partir de la Teorías de enfermería, se han brindado enfoques teóricos y metodológicos en los que se sustentan la práctica y la investigación en el campo del cuidado de enfermería. El modelo de Dorothea Orem, es considerado entre las teorías científicas de la Enfermería más completas. (Machado F., Casanova M., Gonzalez W., Casanova D., Ramírez M., 2023)

Respecto a Dorothea en la revisión bibliográfica, destaca su Teoría General de Autocuidado, con tres teorías relacionadas, Teoría del Autocuidado: menciona que el autocuidado es una responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, cuestionándose cómo y porqué las personas cuidan de sí mismas, la Teoría del Déficit de autocuidado: Según (Naranjo Y., Concepción J., Rodriguez M., 2017), es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto. Mientras que los sistemas de enfermería articulan las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. Los sistemas que se proponen son: S. totalmente compensatorio, S. parcialmente compensatorio, y el S. de apoyo educativo. Por ello estoy convencida que es una de las teorías más complejas, que aporta enfoque teórico y metodológico en la formación, la investigación y en la práctica profesional.

### 2.1.2 Antecedentes referenciales

En un comunicado del (Ministerio de Salud Pública., 2022) en la ciudad de Guayaquil, se registran 12.166 atenciones en el servicio de pie diabético, en el período de enero-agosto, una beneficiaria María G., expresa *“Por un momento pensé que perdería mi pie. He tenido que ser muy disciplinada con mis citas para las curaciones y con los cuidados que la licenciada me ha pedido que tenga para poder verlo restablecido”*, el MSP en su responsabilidad de organismo rector de Salud Pública detalla que: El tratamiento es personalizado y conlleva que el paciente sea responsable al momento de tomar los medicamentos prescritos, de alimentarse y tener los cuidados correspondientes para su recuperación.

En España en la Universidad Oviedo, en un estudio realizado por (Nerea, 2021), dice que Una de las complicaciones más importantes de la diabetes y a su vez, de la enfermedad arterial periférica y la neuropatía que esta produce, es el pie diabético. El pie diabético consiste en la ulceración, infección o gangrena en el pie. El primer paso en el tratamiento del pie diabético es tratar la causa por la que este se produce, como es el caso de la revascularización cuando es producido por la enfermedad arterial periférica. Aunque en un principio esta lesión es tratada en atención primaria puede llegarse a necesitar su derivación a otros servicios más especializados y terminar con graves consecuencias como puede ser la pérdida de la extremidad. Las consecuencias del desarrollo del pie diabético pueden llegar a ser devastadoras, por este motivo, es importante realizar una buena prevención. Es vital realizar una buena educación sanitaria tanto de la enfermedad de la diabetes como del autocuidado de los pies en estos pacientes.

En la revisión de investigaciones sobre el Pie diabético. Factores de riesgo y Prevención en consulta de enfermería (Calavia R., Navarro S., Escura B., Ventura B., Santos C., Argullo C.,, 2023) argumenta que La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades más frecuentes. Se estima que su prevalencia en nuestro país oscila entre el 4 y el 6% de la población. Un 15% de los pacientes diabéticos desarrollará a lo largo de su vida problemas en sus pies, que afectan con mayor frecuencia a la población de 45-65 años. Los signos y síntomas clínicos que configuran el pie diabético (PD) tienen una prevalencia del 8 y el 13%. Los problemas

comunes incluyen la infección, la ulceración o la gangrena, llegando en casos severos a la amputación de un dedo, un pie o una pierna. El 80% se puede prevenir. La clave para ello incluye un examen periódico del pie a todo diabético al menos 1 vez al año, educación del paciente en autocuidado, para que logre identificar precozmente la aparición de lesiones evitando mayores complicaciones, un zapato adecuado y un buen control metabólico.

En otro abordaje de investigación realizado en el Hospital de Barbastro, Centro de Salud Graus, en Huesca España, sus autores (Figueres S., García G., Laguna P., Mazón A., Sallán B., Deyanova Nyulyufer, 2021) mencionan que El origen de esta dificultad puede ser neuropático o angiopático. En cualquier caso, para prevenir complicaciones se deben abordar los factores desencadenantes y de riesgo que pueden provocar lesiones en el pie, así como incidir en una buena Educación Sanitaria y atención al pie diabético por parte de un equipo multidisciplinar, y más concretamente por parte del personal de enfermería, ya que el riesgo de desarrollar complicaciones aumenta en caso de no fomentar la prevención y el autocuidado de los pies desde Atención Primaria (AP).

Es imprescindible en un paciente con diabetes mellitus, la detección de los primeros signos, y las acciones que realice el paciente en conjunto con su equipo multidisciplinario, determinarán si existe o no riesgo de pie diabético, su aparición intencionada. Posterior al diagnóstico las continuas revisiones de los pies mediante la observación permitirán identificar fácilmente el desarrollo de esta complicación.

De modo que, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en la ciudad de Santander, Cantabria (Rocío, 2016) argumenta: En nuestro país la diabetes mellitus y sus complicaciones, especialmente el pie diabético, es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria. El éxito de las intervenciones con estos pacientes radica en la realización por parte de profesionales de enfermería de sesiones educativas estructuradas y organizadas. Objetivos: Evaluar el efecto de una educación grupal frente a una individual en la mejora de habilidades y prevención de complicaciones del pie diabético. Conocer aspectos personales y sociodemográficos de los pacientes. Obtener un cuestionario validado en español que mida estilo/calidad de vida en diabéticos tipo 2. Metodología: Ensayo clínico

controlado aleatorizado. Muestra aleatorizada en: grupo intervención que recibirá educación grupal y, grupo control que recibirá educación individual. Variables dependientes estudiadas: habilidades adquiridas y complicaciones del pie diabético (úlceras, deformidades, neuropatía sensorial, enfermedad arterial periférica); variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, tiempo de evolución de la diabetes mellitus); variables relacionadas (peso, talla, tensión arterial, hemoglobina glicosilada, colesterol, triglicéridos). Medición de variables pre-post intervención y cada seis meses hasta la finalización del estudio.

Por lo expuesto anteriormente es acertado mencionar sobre la investigación de esta autora (Acevedo A., 2021), quién afirma que “Una parte fundamental del tratamiento es la Educación para la Salud, mediante la cual el paciente recibe unos conocimientos sobre autocuidados para conseguir un óptimo control de su patología. *Diversos estudios han investigado la relación entre Educación para la Salud y aparición de úlceras de pie diabético, pero no reflejan el nivel de conocimientos de autocuidados de los pacientes, a pesar de ser el objetivo final de la Educación para la Salud*”, presentó como Objetivo: Analizar la evidencia científica disponible sobre relación entre el nivel de conocimiento de autocuidados en DM2 y la aparición de úlceras de pie diabético, en sus Conclusiones: Se encontraron un total de 758 artículos y seleccionaron 119. Se concluye que diversos estudios recomiendan la educación diabetológica sobre el cuidado de los pies, para mejorar el conocimiento, fomentar el autocuidado y disminuir el riesgo de complicaciones como las úlceras de pie diabético, pero dichos estudios presentan una calidad metodológica deficiente. Se necesitan investigaciones con rigor metodológico, para conocer el papel que juegan los conocimientos de autocuidados en la prevención de las úlceras de pie diabético.

En relación al nivel de autocuidado, esta investigación desarrollada en la Universidad Mariana en Pasto-Nariño-Colombia, aborda como tema Conocimientos y prácticas de autocuidado en la prevención del pie diabético; su Objetivo: Evaluar los conocimientos y prácticas de autocuidado para prevenir pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Metodología: estudio observacional, descriptivo, transversal, mediante el cual se obtuvo información por encuesta acerca de conocimientos y prácticas para prevenir pie diabético, en una muestra de 70 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y sin diagnóstico de la complicación. Resultados: El 68,6 % de los participantes tiene

un alto nivel de conocimientos con respecto a su enfermedad y la prevención del pie diabético; la minoría de las personas se ubica en un nivel de conocimiento bajo, equivalente al 4,3 %. Con relación a las prácticas para prevención del pie diabético, se evidenció que el 63,2 % realiza adecuadas prácticas de autocuidado; no obstante, existe falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Conclusiones: Existe alto nivel de conocimiento, prácticas adecuadas en la prevención del pie diabético y falta de adherencia terapéutica; se hace necesario continuar creando estrategias que permitan mayor conocimiento y motivación en el ejercicio de las prácticas adecuadas, incluida la adherencia, argumentan (Narvaez C., Burbano W., Moncayo C., Paz C., Hidalgo M., Meza G., Riascos E., 2019)

## **2.2 Contenido teórico que fundamenta la investigación**

### **2.2.1 Diabetes Mellitus, Historia Natural de la Enfermedad**

Según la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Mellitus edición del (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017), define a la diabetes mellitus como un trastorno metabólico de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas caracterizados por la hiperglucemia crónica, resulta de la coexistencia de defectos multiorgánicos que influyen insulinoresistencia en el músculo y tejido adiposo, sumando a un progresivo deterioro de la función y la masa de células beta pancreáticas, secreción inadecuada de glucagón y el aumento de la producción hepática de glucosa.

Es decir que se presenta cuando el cuerpo no produce o no utiliza adecuadamente la insulina, llevando a niveles altos de azúcar en sangre o glucosa sérica. La causa es la disfunción pancreática, y se crea la resistencia a la insulina, por lo tanto, afecta la homeostasis glucémica, que provoca un desequilibrio en la regulación del metabolismo causando complicaciones micro y macrovasculares, en este contexto podría enunciar la relación que existe con el Requisito de desviación de la salud, donde rápidamente puede accionar el Sistema de apoyo de enfermería, temas que abordaré a continuación.

Sobre la historia natural de la enfermedad, menciona la Guía de Práctica Clínica, establece varias etapas, La *primera etapa* en que probablemente comienza diez a veinte años antes de su aparición clínica. En los primeros años predomina la resistencia a la insulina de largo periodo preclínico en el cual el páncreas para compensar esta alteración aumenta progresivamente la secreción de insulina produciendo una hiperinsulinemia, que mantiene las glucemias normales en ayunas y posprandiales, asociado además a lipotoxicidad en el paciente con obesidad e insulinoresistencia. Para la *segunda etapa*, existe una respuesta aguda en la que se mantiene la respuesta resistencia a la insulina, pero la capacidad secretora de las células beta comienza a disminuir, incrementando las glucemias y manifestaciones con el hallazgo en el laboratorio de la glucemia alterada en ayunas y las cifras de la intolerancia a la glucosa. Se traduce al término de Glucotoxicidad, que juega un papel importante para el daño insular, mantenimiento de la resistencia a la insulina y aumentando los niveles de glucemia en forma progresiva provocando finalmente la manifestación clínica de la enfermedad. Finalmente, en la *tercera etapa*, el estado de resistencia a la insulina se mantiene; sin embargo, la capacidad secretora de insulina va declinando paulatinamente por lo que se hace necesario instaurarla como terapia.

### **2.2.1 Pie diabético**

El síndrome de pie diabético es definido por la OMS un padecimiento donde la enfermedad inicia con la aparición de ulcera y luego una infección y/o necrosis del pie relacionados a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica. Los investigadores independientes mencionan la definición de (OMS) Organización Mundial de la Salud (Luna S., Valverde M., Romero T., Estrella S.,, 2022)

Según (Yapú J., 2022) El pie diabético es definido como una infección, ulceración y destrucción de tejidos profundos de las extremidades inferiores, considerada también como la razón principal de hospitalización y amputación en individuos.

La prevalencia de pie diabético (PD) como patología, encuentra un precedente desde los estilos de vida del individuo, mientras menos saludables sean predominará los

factores que a futuro desarrollaran pie diabético. Por lo que se depende de las estrategias en Atención Primaria de Salud, y en cualquier nivel de la Salud Pública.

### **2.2.1.1 Fisiopatología del pie diabético**

En un estudio realizado en Ecuador en determinadas unidades de salud, presentan el tema Pie diabético. Actualización en diagnóstico y tratamiento. Revisión Bibliográfica. Desarrollada por (Arias F., Jimenez M., Murillo G., Toapanta D., Rubio K., Barreno Y., Moposita M., Trejo M., 2023), mencionan una triada, traumatismo con infección secundaria y enfermedad oclusiva arterial explica la fisiopatología de la úlcera del pie diabético. Resalta la falta de atención al cuidado de la piel, así como la falta de uso de cremas humectantes o el reconocimiento rápido de un traumatismo dérmico: Enrojecimiento, Formación de ampollas, pueden provocar ulceración y el desarrollo de una infección invasiva de los tejidos blandos.

Cuando ya existe una leve discontinuidad de la dermis, es secuencial la destrucción de los tejidos blandos, dependerán del traumatismo dérmico, y los factores que favorecerán a la destrucción de estos tejidos, facilitando la infección que penetrarán la fascia profunda, logrando extenderse incluso a los músculos de la parte media del pie, las articulaciones y los tendones.

### **2.2.1.2 Epidemiología del pie diabético**

La incidencia informada de UPD varía ampliamente según el diseño del estudio, la población y la época. En series desde 2010, la incidencia anual generalmente oscila entre el 0,2 % y el 11 % en entornos clínicos específicos de diabetes o entre menos del 0,1 % y el 8 % en cohortes basadas en la comunidad. Los datos recientes sobre la incidencia relativa en la diabetes de tipo 1 frente a la diabetes de tipo 2 son contradictorios y las diferencias en el riesgo de UPD entre las poblaciones de diabetes de tipo 1 y de tipo 2 estarán fuertemente determinadas por las diferencias en la edad y en la duración de la diabetes. La Fundación Internacional de Diabetes estima que entre 40 y 60 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por la UPD, un marcado aumento con respecto a las estimaciones de 2015, que oscilaron entre 9

y 26 millones. Al igual que la incidencia, las estimaciones de prevalencia varían ampliamente y están influenciadas por las diferencias en las definiciones de DFU, el enfoque de la vigilancia, la integridad del seguimiento y la definición y el enfoque de diabetes. Los patrones de prevalencia de UPD se han mantenido estables a pesar de las fluctuaciones en la incidencia. La persistencia de tiempos prolongados de curación y las tasas de recurrencia de un año por encima del 20 % no han mejorado en los últimos 15-20 años a pesar de los avances en el cuidado de las heridas y en las técnicas de revascularización. El riesgo de por vida de UPD se ha informado con frecuencia en el rango del 12 % al 25 %, aunque un informe reciente de Armstrong y cols. sugieren que el riesgo de por vida es mayor (entre 19 % y 34 %) como resultado de aumentos en la expectativa estimada de vida. Según expresiones de (Arias F., Jimenez M., Murillo G., Toapanta D., Rubio K., Barreno Y., Moposita M., Trejo M., 2023).

### **2.2.1.3 Historia natural de la enfermedad**

Las complicaciones en los pies son comunes en pacientes con diabetes, puede ocurrir en tiempo indeterminado, es decir con el tiempo. Cuando la glucemia sérica prevalece por encima de sus niveles estandarizados, dañan los nervios y los vasos sanguíneos de los pies. El daño a los nervios o neuropatía diabética, provoca entumecimiento, hormigueo, dolor o pérdida de sensibilidad en los pies. La pérdida de sensibilidad está asociada a la mayoría de heridas o cortes por mínimos que sean, se infectan y con una infección latente sumado a que los vasos sanguíneos no aportan suficiente flujo sanguíneo a los pies, da como resultado las UDP o úlceras de pie diabético. Por lo que tener una infección y flujo sanguíneo reducido, causa gangrena donde el músculo y la piel y demás tejidos mueren. Si no se controla con curaciones avanzadas de UPD y cuidados específicos es posible que se sugiera amputación de partes del pie, el pie o el miembro inferior afectado dependiendo del grado de infección y gangrena.

### **2.2.2 Factores relacionados al Pie diabético**

Los factores relacionados al pie diabético se refieren a condiciones, características y comportamientos que elevan el riesgo de desarrollar complicaciones en los pies debido a la Diabetes Mellitus, lo describen (Trilla M., Espluga A., Mengual N., Bundó M., Juanola J., Auba J., Moreno MI., 1997) y clasifican en el siguiente orden:

### **2.2.2.1 Factores de riesgo**

- Neuropatía diabética (daño nervioso)
- Alteraciones circulatorias (mala circulación)
- Historial de lesiones o heridas en los pies
- Edad avanzada
- Duración de la diabetes
- Mal control de la glucemia
- Obesidad
- Fumar

### **2.2.2.2 Factores de Ulceración**

- Presión sobre las áreas sensibles
- Uso de calzado inadecuado
- Caminar descalzo
- Lesiones o cortes en los pies
- Infecciones

### **2.2.2.3 Factores de Complicación**

- Infección crónica
- Mala Circulación
- Neuropatía diabética avanzada
- Falta de cumplimiento del tratamiento
- Uso de medicamentos que interfieren con la curación

### **2.2.2.4 Factores protectores**

- Control adecuado de la glucemia
- Cuidado regular de los pies
- Uso de calzado adecuado
- Educación sobre prevención de pie diabético
- Monitoreo regular de los pies

## **2.2.3 Complicaciones del pie diabético**

### **2.2.3.1 Neuropatía**

La neuropatía diabética constituye el principal factor de riesgo en la aparición y desarrollo del síndrome del pie diabético, sobre todo cuando se asocia a artropatía (defectos podálicos), enfermedad vascular periférica y/o sepsis.

Según (Atlas de la Diabetes , 2019) existe: Neuropatía diabética, un tipo de daño nervioso que puede ocurrir si una persona tiene diabetes; según los nervios

afectados, los síntomas de la neuropatía diabética pueden variar, desde dolor y entumecimiento en las piernas y los pies, hasta problemas con el sistema digestivo, el tracto urinario, los vasos sanguíneos y el corazón. Neuropatía periférica, Afecciones que resultan cuando los nervios que llevan mensajes hacia y desde el cerebro y la médula espinal desde y hacia el resto del cuerpo están dañados o enfermos. Los nervios periféricos forman una red intrincada que conecta el cerebro y la médula espinal con los músculos, la piel y los órganos internos.

### **2.2.3.2 Úlcera de Pie diabético**

Las úlceras de los pies son causadas en parte por demasiada presión en una parte del pie. Algunas veces, poner presión en la herida que está sanando por incluso unos minutos puede revertir el proceso de sanación que sucedió todo el resto del día.

### **2.2.3.3 Amputaciones de miembros inferiores relacionadas al pie diabético**

Para (Hernandez J., 2023) la importancia de conocer acerca del Síndrome de Pie Diabético, SPD radica en que este padecimiento es la causa del 70-90 % de las amputaciones en personas con DM. En tal sentido, la DM es la causa más frecuente de amputación no traumática de miembros inferiores a nivel mundial, estimándose que el 40-60 % de todas las amputaciones están relacionadas con esta condición

## **2.2.4 Prevención de pie diabético**

### **2.2.4.1 Cuidados para el Pie Diabético**

Según la publicación de (MedlinePlus, 2024) afirma que las úlceras de pie diabético sin tratamiento son la causa más común de amputaciones de dedos, pies y piernas en personas con diabetes; por lo que sugiere instrucciones de cómo cuidar sus pies:

- ✓ Revísese los pies todos los días; inspeccione arriba, a los lados, las plantas de los pies, los talones y entre los dedos. Busque
  - Piel seca y rajada
  - Ampollas o úlceras
  - Hematomas o cortaduras

- Enrojecimiento, calor o sensibilidad (ausente con frecuencia debido al daño de los nervios)
- Puntos firmes o duros

Si no puede ver bien, solicite a alguien que le revise los pies.

- ✓ Lávese los pies todos los días con agua tibia y jabón suave. Los jabones fuertes pueden dañar la piel
  - Verifique primero la temperatura del agua con las manos o el codo
  - Séquese suavemente los pies, sobre todo entre los dedos
  - Use loción, vaselina, lanolina o aceite sobre la piel seca alrededor de la piel de los pies. No se coloque ningún producto entre los dedos de los pies, a menos que se lo indique el personal de salud
- ✓ Apóyese en un especialista para aprender como recortar las uñas de los pies
  - Remójese los pies en agua tibia para ablandar la uña antes de recortarla.
  - Corte la uña en forma recta, debido a que las uñas curvas tienen mayor probabilidad de resultar encarnadas.
  - Verifique que el borde de cada uña no ejerza presión dentro de la piel del siguiente dedo.

No intente cortarse solo las uñas gruesas de los pies. El podólogo (podiatra) puede recortar la uña si usted no es capaz. Si tiene las uñas de los pies gruesas y descoloridas (posiblemente debido a una infección por hongos) no se corte las uñas usted mismo. Si no tiene una buena visión o tiene poca sensación en los pies, debe buscar la atención de un podiatra para que le corte las uñas y así evitar una posible lesión.

### **2.2.5 Fundamentos de la teoría de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem**

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción. Según (Naranjo Y., Concepción J., Rodríguez M.,, 2017)

La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano. La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero. Dorothea Orem expone una teoría general, con tres teorías relacionadas:

### **2.2.5.1 Teoría de Autocuidado**

Se refiere a la responsabilidad que tiene cada individuo para fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Es considerado como acciones que se puede aprender, el autocuidado está direccionado hacia uno mismo, otra persona o el entorno. En síntesis, son acciones, objetivos o resultados que el individuo debería alcanzar o realizar para procurar autocuidado. Compuesto por:

#### ✓ Requisitos Universales

Son comunes en todos los individuos, son universales todos los individuos lo tienen que realizar sin excepción, forman parte de la condición vital del ser humano asociándose a su integridad y bienestar general. Se derivan en necesidades fundamentales:

- Mantenimiento de aporte de aire, agua y alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal
- Equilibrio entre la actividad y el descanso
- Equilibrio entre la soledad y la interacción social
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano
- Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos

✓ Requisitos de desarrollo

Consiste en promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo del desarrollo del ser humano (niñez, adolescencia, adultez, vejez). Específicamente relacionado a los ciclos de vida y las etapas del ser humano.

✓ Requisitos de Desviación de la Salud

Se vinculan a los estados de la salud, son más específicos para cada persona porque dependen del problema o la enfermedad que padezca.

Demanda terapéutica de autocuidado: Actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado.

### **2.2.5.2 Teoría de déficit de Autocuidado**

Es cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida. Entonces se establece dependencia o independencia, es decir;

Si la demanda de autocuidado está en equilibrio con la capacidad de proporcionarse autocuidado, el individuo sigue en independencia.

Si aumenta la demanda o disminuye la capacidad, pero la agencia de autocuidados es capaz de equilibrar o resolver la situación, el individuo sigue en independencia.

Si aumenta la demanda o disminuye la capacidad y la agencia de cuidados no es capaz de asumirlo, el individuo cambia a dependencia.

### **2.2.5.3 Teoría de los sistemas de enfermería**

Esta teoría articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuye al déficit y que el individuo recupere el autocuidado. Existen tres tipos:

- Totalmente compensadores: la enfermera suplente las necesidades del individuo, él no tiene ningún papel activo en las actividades
- Parcialmente compensadores: el individuo participa de sus actividades
- De apoyo educativo: se encarga de ayudar en la orientación de los cuidados

#### **2.2.5.4 Escala de agencia de autocuidado ASA**

La agencia de autocuidado es la capacidad que posee una persona para evaluar continuamente sus necesidades de salud y realizar actividades de autocuidado destinadas a la promoción y mantención de su salud. Las acciones de agencia de autocuidado o de comportamientos de promoción de la salud se desarrollan durante toda la vida y no solo ocurren cuando se presentan problemas de salud. (Orem D., 2001). Uno de los instrumentos que recoge elementos centrales la teoría de autocuidado de Orem, es la Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA), que fue desarrollada por Evers, en Holanda. Esta escala permite medir el concepto unidimensional, proporcionando una evaluación general y no específica de la agencia autocuidado. La traducción desde el inglés al español, se realizó en México y se adaptó en Colombia. Estudios con alfa de Cronbach de la escala de 0,74 y de 0,95 respectivamente. La validez de constructo evidenció propiedades psicométricas válidas y adecuadas para adultos. Esta escala ha sido utilizada, en diferentes culturas e idiomas, así como etapas del ciclo vital y condiciones de salud. A pesar de su uso generalizado, algunos autores, han demostrado que la versión original, tiene una estructura factorial compleja que puede comprometer la validez de constructo del instrumento original.

Esta escala consta de 24 ítems, con respuesta tipo escala de Likert. La puntuación 1 corresponde a nunca, 2 a casi nunca, 3 a casi siempre y 4 a siempre, por tanto, un puntaje global (suma de todos los ítems) de 96 corresponde a una capacidad máxima de autocuidado y un puntaje de 24 corresponde a una capacidad mínima de autocuidado. La escala establece, además, rangos de categorías de: alto con puntajes mayores a 76; medio con puntajes iguales o mayores a 70 y menores a 75 y bajo con puntajes menores a 69. La escala presenta tres ítems invertidos, que deben corregirse para la puntuación global, correspondiente a: ítem 6 “Me faltan las fuerzas

necesarias para cuidarme como debo”; ítem 11 “Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llegó a hacerlo” e ítem 20 “Por realizar mis ocupaciones diarias me resulta difícil que tenga tiempo para cuidarme”, de manera tal que la puntuación 4 corresponde a siempre y 1 a nunca.

Fue necesario transcribir la Escala usando exactamente la misma formulación de cada ítem, instrumento que ya ha sido validado, que tiene propiedades psicométricas.

ESCALA DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA)					
No.	ITEMS	NUNCA (1)	CASI NUNCA (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud				
2	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantener 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 mantener con salud				
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo				
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora				
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio				
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios				
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser				
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego hacerlo				
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre				
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				
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud				
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios				
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro				
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud				
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme				
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer				
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda				
23	Puedo sacar tiempo para mí				
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta				
<b>SUMA DE TODOS LOS ITEMS DE 96 CORRESPONDE A UNA CAPACIDAD MAXIMA DE AUTOCUIDADO Y UN PUNTAJE DE 24 CORRESPONDE A UNA CAPACIDAD MINIMA DE AUTOCUIDADO</b>					

## **CAPÍTULO III: Diseño metodológico**

### **3.1 Tipo y diseño de investigación**

La presente investigación tiene la característica ser un proceso descriptivo y transversal, con la finalidad obtener el nivel de autocuidado, fundamentado en la Teoría de D.E. Orem, en la población en estudio. Por lo descrito anteriormente, este proyecto es de estudio metodológico no experimental, descriptivo, transversal no interviniendo, con diseño cuantitativo, aplicativo, realizado en una muestra no probabilística cerrada por interés o conveniencia. El enfoque cuantitativo, permite recolectar información estadística para los análisis basados en la Escala psicométrica de Agencia de Autocuidado (ASA).

#### **Diseño**

El diseño de este proyecto es cuantitativo por recolectar y analizar datos numéricos, que es ideal para identificar tendencias y los promedios, comprobando relaciones, y en la obtención de los comportamientos de las variables. Según (Stephen Polgar, 2021) los diseños de una investigación son enunciados claros del modo en que se recopilarán los datos en el estudio. Cuando son apropiados, estos diseños permiten obtener los datos adecuados para responder a la pregunta de investigación. Además, este estudio es de diseño no experimental, correlacional, realizado en una muestra no probabilística cerrada por interés o conveniencia.

### **3.2 Población y la muestra**

#### **Características de la población**

Para desarrollar el presente trabajo se contará con la población: pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que sean mayores de edad, es decir, las personas que acuden por atención médica al Centro Médico Familiar Integral y Especialidad Diálisis La Mariscal.

#### **Característica de la muestra**

La población es finita y estará representada por 100 pacientes con diabetes mellitus, para este proyecto en curso, considera a los pacientes que reciben atención en áreas del Centro Médico Familiar Integral y Especialidades “La Mariscal”, (Crónicos Metabólicos, y de la especialidad de Hemodiálisis)

En un estudio de (Medigraphic, 2012) que aborda Resiliencia familiar, depresión y ansiedad en adolescentes en situación de pobreza, Metodología: se realizó un estudio transversal descriptivo, en una muestra no probabilística de 100 adolescentes de ambos sexos, originarios del municipio de Chilmahuacán, Estado de México. Se aplicó un cuestionario de datos generales, el Inventario de Detección de Recursos Familiares, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Hamilton. Obtenidos los cuestionarios se realizó la captura de los datos en el programa SPSS versión 19. Para determinar la correlación se calculó el coeficiente de correlación lineal  $r$  de Pearson.

### **Criterios de inclusión**

Pacientes con diagnóstico clínico, (diabetes mellitus)

Pacientes de ambos sexos

Ser mayor de edad (18 años)

Riesgo potencial de desarrollar Pie Diabético, que acuden al Centro Médico Familiar Integral y Especialidades “La Mariscal”, (Crónicos Metabólicos, y de la especialidad de Hemodiálisis)

### **Criterios de exclusión**

Pacientes con Discapacidades Intelectuales

Pacientes que no sepan leer

Pacientes menores de 18 años

Pacientes que no ha firmado el consentimiento informado

### **Métodos**

El método del presente trabajo de investigación se compone de un conjunto de procedimientos ordenados que denotará utilidad de técnica elegida para ser combinados con la finalidad de conocer el Nivel de Autocuidado de esta población frente a la prevención de pie diabético. Se aplicará el método descriptivo porque permite la realización de especificaciones particulares. Asimismo, es de método documental, es utilizado de manera amplia para el examen de documentos escritos, esto permite la extracción de información importante para el investigador.

## Técnicas

La técnica de investigación cuantitativa consiste en recolectar los datos, que se usará a través del instrumento de Escala de Agencia de Autocuidado, la que medirá el Nivel de Autocuidado en pacientes diabéticos, que son atendidos en el Centro Médico Familiar Integral y Especialidades Diálisis La Mariscal en el 2024.

En un abordaje de (Escola Anna,2020) sobre la Validación de Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en adolescentes chilenos, El instrumento utilizado en este estudio fue la versión validada en población. Este consta de 24 ítems, con respuesta tipo escala de Likert. Fue realizado en una muestra 199 adolescentes. La validación de contenido se hizo por revisión de expertos. Se exploró la confiabilidad y la validez de constructo por medio de análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC). Algunos términos de la escala se adaptaron culturalmente. La confiabilidad alfa de Cronbach de la escala de 24 ítems fue de 0,88. Los ítems 6, 11, 20 presentaron baja confiabilidad y correlación con la escala ( $<0,4$ ). El AFE, sugirió solución factorial de cinco factores y un factor por gráfico de sedimentación. Las ecuaciones estructurales de los posibles modelos resultaron con valores de índices de ajuste, cercano a lo satisfactorio.

De modo que para la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, (2023) en la Validación de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado Revisada en una muestra colombiana, donde la Introducción: la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado Revisada es un instrumento diseñado para valorar el autocuidado de la salud en población clínica; sin embargo, se desconocen estudios sobre sus propiedades psicométricas en población general no-clínica colombiana. Objetivo: validar la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado Revisada en una muestra de 306 participantes voluntarios en Colombia. Método: estudio de diseño metodológico psicométrico realizado entre octubre y diciembre de 2021. Para el análisis de la validez de estructura se aplicaron técnicas de análisis factorial, exploratorio y confirmatorio. De manera complementaria, se evaluó la validez de contenido a través de un panel de expertos. Finalmente, como evidencia de la confiabilidad del instrumento se analizó su consistencia interna mediante el coeficiente Omega de McDonald. Resultados: los hallazgos muestran que el ASA-R muestra una estructura unidimensional que explica el 61,99 % de la varianza total. La

valoración de la relevancia, claridad, precisión y comprensión de los ítems tuvo resultados cuyo promedio osciló entre una V de Aiken de 0,79 y 0,99. La consistencia interna mostró un índice satisfactorio para la escala total ( $\omega=0,93$ ). Conclusiones: la versión del ASA-R presentada en este artículo posee propiedades métricas adecuadas y se recomienda su uso para medir agencia de autocuidado de la salud en población sana colombiana.

Por lo tanto, la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado ASA, está diseñada para evaluar las capacidades que tiene el individuo para realizar actividades de autocuidado requeridas, transicionales y productivas de acuerdo con la teoría de Orem; para su comprensión. Es una escala ampliamente utilizada en el campo de la salud mundial para conocer las habilidades del individuo en las prácticas de autocuidado. Sin embargo en nuestro país aún no se registran análisis factoriales o validación de la escala, en este enunciado quiero destacar el aporte del país vecino Colombia, ya que en una publicación del 2023, de Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo, realiza la Validación de la escala en una muestra de 306 participantes voluntarios de Colombia, en los que se evalúan las propiedades psicométricas en términos de validez de constructo y consistencia interna, en este sentido espero que ésta escala contribuya al análisis exhaustivo de las conductas de autocuidado percibidas en los pacientes diabéticos que asisten al Centro Médico La Mariscal; apoyando así a la práctica de una cultura preventiva en contexto clínico e investigativo basados en la evidencia.

**INSTRUMENTO:  
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Tema: DETERMINACION DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO, FUNDAMENTADO EN LA TEORIA DE OREM, EN PACIENTES DIABETICOS PARA LA PREVENCION DE PIE DIABETICO EN EL CENTRO MEDICO FAMILIAR INTEGRAL Y ESPECIALIDADES DIALISIS "LA MARISCAL" 2024**

**A. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE NIVEL DE AUTOCUIDADO, EN PACIENTES DIABETICOS PARA LA PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO EN EL CENTRO MEDICO FAMILIAR INTEGRAL Y ESPECIALIDADES DIALISIS "LA MARISCAL" 2024**

**B. Yo, \_\_\_\_\_, con número de cédula, \_\_\_\_\_ declaro haber recibido información precisa y detallada sobre la Escala de Agencia de Autocuidado, que tiene por objetivo de Determinar el Nivel de Autocuidado en pacientes diabéticos, en la prevención de pie diabético. Comprendo la confidencialidad del documento y además sobre los datos que estoy proporcionando, por lo que de manera autónoma ACEPTO PARTICIPAR en este estudio. Dado en CENTRO MEDICO FAMILIAR INTEGRAL Y ESPECIALIDADES DIALISIS "LA MARISCAL".**

**C. \_\_\_\_\_ Nombre y apellidos del paciente      \_\_\_\_\_ Cédula de ciudadanía      \_\_\_\_\_ Firma del paciente  
o huella, según el caso**

**Datos:**

**Llene los casilleros con una X donde Ud. Considere apropiados a su realidad**

<b>-SEXO:</b>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
<b>-RANGO DE EDAD:</b>	18-26 <input type="checkbox"/> 27-59 <input type="checkbox"/> 60 en adelante <input type="checkbox"/>
<b>-PESO:</b>	_____ kg
<b>-TALLA:</b>	_____ cm
<b>-NIVEL DE INSTRUCCIÓN:</b>	Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tercer Nivel <input type="checkbox"/> Cuarto Nivel <input type="checkbox"/>
<b>DIAGNÓSTICO DE DIABETES:</b>	Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Desconoce su diagnóstico <input type="checkbox"/>

ESCALA DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA)					
No.	ITEMS	NUNCA (1)	CASI NUNCA (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud				
2	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantener 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 mantener con salud				
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo				
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora				
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio				
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios				
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser				
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego hacerlo				
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre				
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				
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud				
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios				
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro				
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud				
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme				
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer				
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda				
23	Puedo sacar tiempo para mí				
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta				
<b>SUMA DE TODOS LOS ITEMS DE 96 CORRESPONDE A UNA CAPACIDAD MAXIMA DE AUTOCUIDADO Y UN PUNTAJE DE 24 CORRESPONDE A UNA CAPACIDAD MINIMA DE AUTOCUIDADO</b>					

### **Procesamiento estadístico de la información**

El procesamiento de la información se realizará por medio del programa informático SPSS, datos estadísticos que servirán de soporte, evaluación y análisis de los resultados para la obtención de conclusiones y recomendaciones. Cuando se haya obtenido la información de las Escala empleada, donde constan los datos relevantes de las acciones pertinentes al autocuidado. Estos datos cuantitativos serán representados en tablas de medias, y los datos cualitativos en frecuencias, y gráficos. Esto permitirá establecer en el lugar de los hechos aspectos claves como el nivel de autocuidado a partir de los cuidados para prevención del pie diabético.

## CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultados

### 4.1 Análisis de la situación actual

Para el análisis interpretaré los datos mediante tablas y gráficos, en los que podremos apreciar en primeras instancias las variables en estudio interactuar, es decir, sobre el nivel de autocuidado, valorado a través de la escala psicométrica de Agencia de Autocuidado, en la que se determina una puntuación que identifica el nivel de autocuidado en los pacientes de este estudio, proporcionando estadísticas en tablas de frecuencia y tablas descriptivas, visualizando los valores media, error estándar de la media, mediana, desviación estándar, varianza, rango, máximo y mínimo en las variables categóricas, y las discretas. De modo que, basado en los resultados expuestos, presento los siguientes gráficos y tablas:

TABLA 1 Resumen de procesamiento de casos

Resumen de procesamiento de casos								
			Casos					
			Válido		Perdidos		Total	
			N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
ASA	Agencia	de	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%
Autocuidado								

Fuente: Karla Paredes Martínez

**Análisis:** El resultado de la primera tabla, define la obtención y utilización de los datos al 100%, es decir que se utilizó todos los datos y valores, observamos los puntajes de la escala en general en muestra válida y datos perdidos 0.

TABLA 2 Agencia de Autocuidado (ASA)

ASA Agencia de Autocuidado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	45	1	1,0	1,0	1,0
	48	1	1,0	1,0	2,0
	51	1	1,0	1,0	3,0
	52	1	1,0	1,0	4,0
	53	1	1,0	1,0	5,0

55	1	1,0	1,0	6,0
56	2	2,0	2,0	8,0
58	2	2,0	2,0	10,0
59	1	1,0	1,0	11,0
60	3	3,0	3,0	14,0
61	2	2,0	2,0	16,0
62	3	3,0	3,0	19,0
63	5	5,0	5,0	24,0
64	2	2,0	2,0	26,0
65	2	2,0	2,0	28,0
66	4	4,0	4,0	32,0
67	3	3,0	3,0	35,0
68	5	5,0	5,0	40,0
69	5	5,0	5,0	45,0
70	2	2,0	2,0	47,0
71	1	1,0	1,0	48,0
72	3	3,0	3,0	51,0
73	6	6,0	6,0	57,0
74	2	2,0	2,0	59,0
75	4	4,0	4,0	63,0
76	2	2,0	2,0	65,0
77	5	5,0	5,0	70,0
78	6	6,0	6,0	76,0
79	3	3,0	3,0	79,0
80	1	1,0	1,0	80,0
81	2	2,0	2,0	82,0
82	2	2,0	2,0	84,0
83	3	3,0	3,0	87,0
84	4	4,0	4,0	91,0
86	1	1,0	1,0	92,0
87	4	4,0	4,0	96,0
90	3	3,0	3,0	99,0
92	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Karla Paredes Martínez

**Análisis:** En la segunda tabla se expone que, del total de la muestra de 100 personas, denota los puntajes a frecuencia de cada puntaje; también se menciona el porcentaje acumulado que es la suma entre el porcentaje válido y el acumulado, entonces 45 puntos se describen cómo el puntaje más bajo, y el 92 como el puntaje más alto, pero

en igual frecuencia y porcentaje, es decir que solo 1 persona obtuvo el menor puntaje y otra persona obtuvo el mayor. Por lo que en relación a los objetivos nos permite conocer el rango del nivel de autocuidado basándonos en la escala, de 45 puntos a 92, en donde se encasilla la población en estudio. A su vez aporta significado a la hipótesis, es decir que identifica y determina el nivel de autocuidado enmarcándolos en este rango de menor a mayor.

TABLA 3 Análisis Descriptivo Asa Agencia de Autocuidado y predominio de Diabetes

## Descriptivos

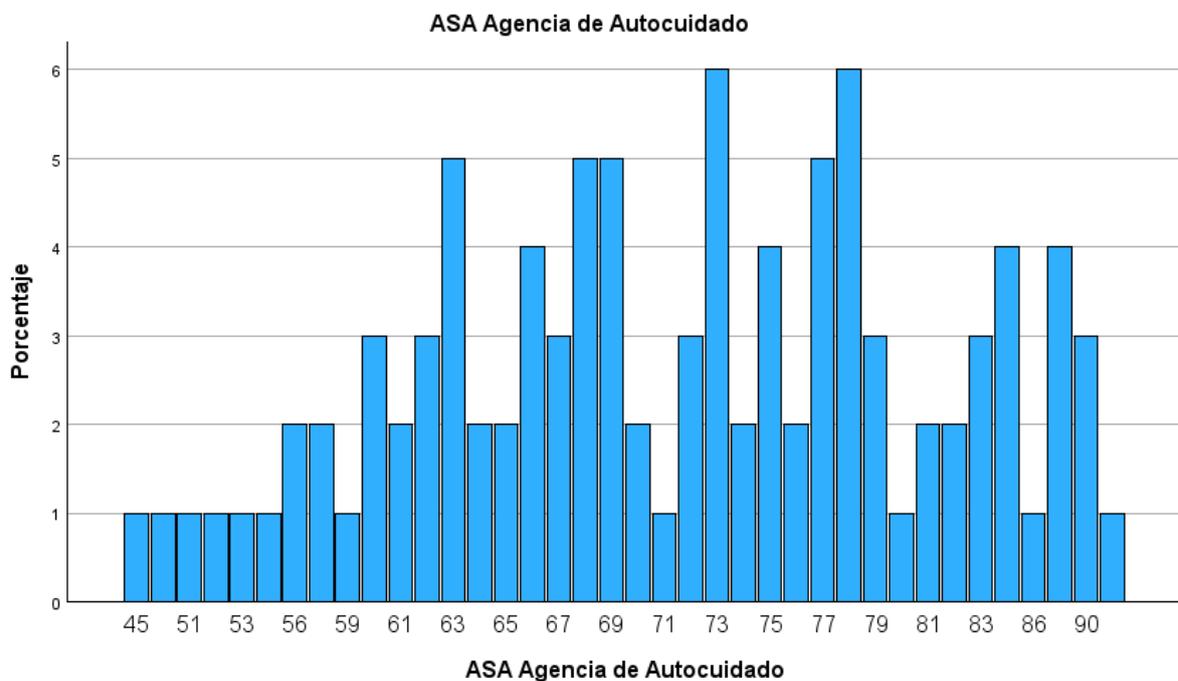
	Dx. De Diabetes		Estadístico	Error estándar	
ASA Agencia de Autocuidado	Tipo 1	Media	69,40	3,544	
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	59,56	
			Límite superior	79,24	
		Media recortada al 5%	69,56		
		Mediana	72,00		
		Varianza	62,800		
		Desv. Estándar	7,925		
		Mínimo	58		
		Máximo	78		
		Rango	20		
		Rango intercuartil	15		
		Asimetría	-,683	,913	
		Curtosis	-,638	2,000	
		Tipo 2	Media	74,94	1,350
	95% de intervalo de confianza para la media		Límite inferior	72,22	
			Límite superior	77,65	
	Media recortada al 5%		75,20		
	Mediana		77,00		
	Varianza		89,309		
	Desv. estándar		9,450		
	Mínimo		51		
	Máximo		92		
	Rango		41		
	Rango Inter cuartil		15		
	Asimetría		-,322	,340	
	Curtosis		-,396	,668	
	Desconoce su diagnóstico		Media	67,93	1,470
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	64,97	
			Límite superior	70,90	
		Media recortada al 5%	67,98		
		Mediana	68,00		
		Varianza	99,440		
		Desv. estándar	9,972		
Mínimo		45			
Máximo		90			
Rango		45			

		Rango intercuartil	14	
		Asimetría	-,059	,350

Fuente: Karla Paredes Martínez

**Análisis:** En este análisis descriptivo, podemos identificar como por tipo de diabetes diagnosticada, frente la escala de ASA, se manifiesta en el Diabetes tipo 1; la media, mediana, desviación estándar, por lo que; la media es de 69,40; mediana 72.000, desviación estándar 7,925, una varianza de 62,800; entre el mínimo 58 y el máximo 78, por lo que el rango es de 20. En el caso de la Diabetes tipo 2 la media es de 74,94; mediana 77,00, desviación estándar 9,450, una varianza de 89,309; entre el mínimo 51 y el máximo 92, por lo que el rango automáticamente es de 41. Por lo descrito anteriormente, se afirma que la diabetes tipo 2 predomina sobre la de tipo 1, incluso sobre el desconocimiento del diagnóstico. Resultados con mayor valor numéricos de acuerdo a los resultados contrastados por las variables.

Gráfico 1. Representación de Asa Agencia de Autocuidado



Fuente: Karla Paredes Martínez

**Análisis:** En este gráfico de barras se observa del comportamiento de la variable de la escala de ASA, donde se evidencia la variación de las puntuaciones en dicha escala, y la frecuencia en que ocurre, entonces 73 y 78 se grafican como los puntajes superiores de la población, y un 45 como el inferior.

TABLA 4 Representación de datos de ASA Agencia de Autocuidado y la Edad

<b>Estadísticos</b>			
		ASA Agencia de Autocuidado	Edad
N	Válido	100	100
	Perdidos	0	0
Media		71,44	66,60
Error estándar de la media		1,015	,884
Mediana		72,00	66,50
Desv. Estándar		10,150	8,835
Varianza		103,017	78,061
Rango		47	54
Mínimo		45	34
Máximo		92	88

Fuente: Karla Paredes Martínez

**Análisis:** Para describir la representación de estas variables, es importante destacar la conexión que existe entre la escala y la edad, de modo que, a más años de vida, la persona depende de terceros para realizar actividades de autocuidado, por lo que he obtenido que la media de la escala está representada por 71,44, una mediana de 72,00 convirtiéndose en el puntaje promedio de la población de estudio y la edad fluctúa en 66,60 años es decir que en su mayoría son adultos mayores.

## 4.2 Análisis Comparativo

TABLA 5 Representación de datos de Nivel de Instrucción, Edad Codificada, ASA Agencia de Autocuidado, Diagnóstico de Diabetes

Estadísticos					
		Nivel de Instrucción	Edad Codificada	ASA Agencia de Autocuidado	Dx. De Diabetes
N	Válido	100	100	100	100
	Perdidos	0	0	0	0
Media		2,24	2,87	71,44	2,41
Error estándar de la media		,075	,034	1,015	,059
Mediana		2,00	3,00	72,00	2,00
Desv. estándar		,754	,338	10,150	,588
Varianza		,568	,114	103,017	,345
Rango		3	1	47	2
Mínimo		1	2	45	1
Máximo		4	3	92	3

Fuente: Karla Paredes Martínez

**Análisis:** A continuación, menciono la tabla donde existe interacción de estas variables representadas, mediante la Media del nivel de instrucción siendo 2,24 correspondiente a secundaria, media de edad codificada en el rango de 27 a 59 que se detalla por el 2,87, la media del puntaje de la población en estudio es de 71,44 y la media de Diagnóstico de Diabetes representada por 2,41. Datos que consideramos como tendencia sobre la población en general.

### 4.3 Verificación de las Hipótesis

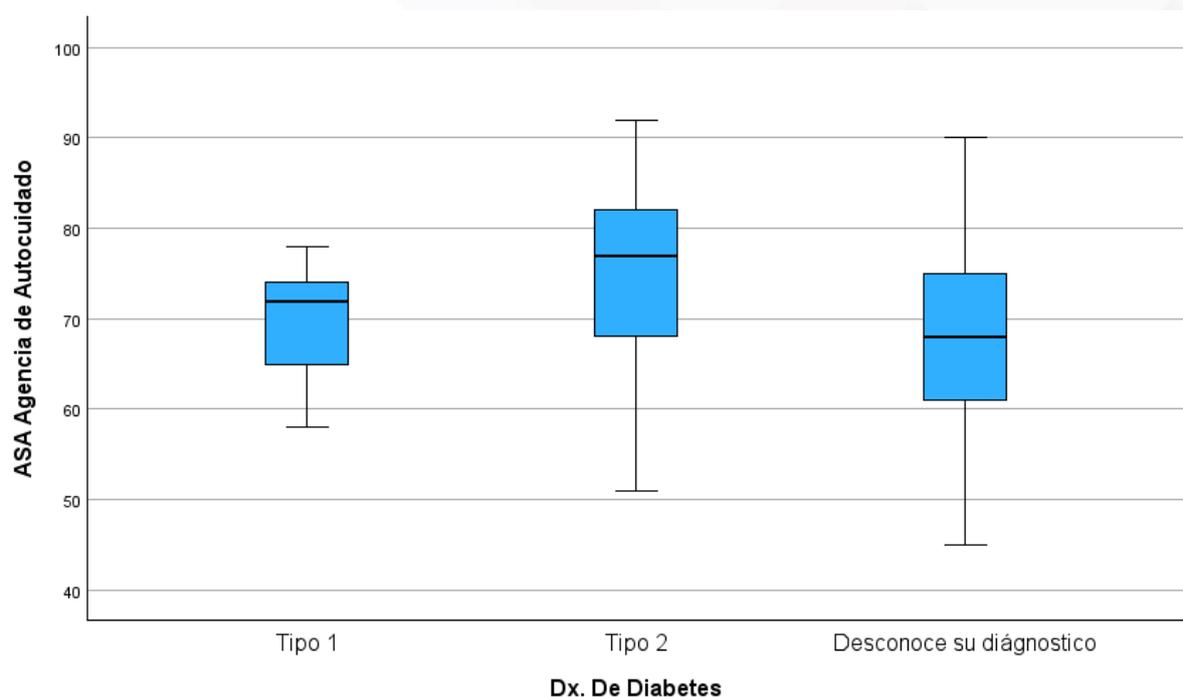
TABLA 6 Percentiles sobre ASA Agencia de Autocuidado

		Percentiles						
		Percentiles						
		5	10	25	50	75	90	95
Promedio ponderado (Definición 1)	ASA Agencia de Autocuidado	53,10	58,10	64,00	72,00	78,00	84,00	87,00
Bisagras de Tukey	ASA Agencia de Autocuidado			64,00	72,00	78,00		

Fuente: Karla Paredes Martínez

**Análisis:** En este caso, podemos explicar sobre la puntuación valorada por medio de la escala en nuestra población, es decir a través de los percentiles, detectamos que el primer cuartil tiene 64,00 puntos, segundo cuartil permite afirmar un 72,00 en puntuación, y el tercer cuartil nos arroja 78,00 puntos, lo que en relación a las variables destacadas y en su medida, puedo afirmar que el nivel de autocuidado de esta población es medio, ya que por la descripción de valores el puntaje 96,00 define a la capacidad máxima de autocuidado y el puntaje 24,00 se orienta a la capacidad mínima de autocuidado. La teoría de D. E. Orem, que detalla el autocuidado como acciones intencionadas por una persona, se logra medir a partir de esta escala.

Gráfico 2. Caja de Bigotes relación entre Diabetes y ASA Agencia de Autocuidado



Fuente: Karla Paredes Martínez

**Análisis:** En esta variación podemos apreciar que, en el Diagnóstico de Diabetes tipo I, la población estudiada representada en el primer cuartil, de la caja de bigotes, es decir que su puntaje obtenido de la escala es menor a 76 puntos, para la segunda caja de bigotes, que representa Diabetes tipo II; se observa el segundo cuartil, desplazado hacia la parte superior de la caja, y en la última caja de bigotes, se visualiza la representación más homogénea, pero no supera los 80 puntos.

## CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

El autocuidado debe considerarse como un pilar dentro de las políticas de salud pública, y las acciones que efectúan los sistemas de enfermería, de modo que se concluye que la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA), con características psicométricas, determina el nivel de la capacidad que posee una persona para cuidarse, las acciones que se redactan en cada ítem, permitieron identificarse a cada paciente con su realidad.

Al aplicarse la Escala de Agencia de Autocuidado, permitió conocer a los pacientes en ítems, actividades que siguen siendo acciones intencionadas, es decir que no se realizan en su totalidad. De modo que los sujetos por lo general presentan necesidad en el Requisito de desviación de la Salud, y en relación a la demanda terapéutica de autocuidado, para ello el sistema de enfermería debe inferir con apoyo educativo para abordar esta problemática. En este contexto un hallazgo se manifiesta es que en el caso de la Diabetes tipo 2: la media es de 74,94; mediana 77,00, desviación estándar 9,450, una varianza de 89,309; entre el mínimo 51 y el máximo 92, por lo que el rango automáticamente es de 41. Por lo descrito anteriormente, se afirma que la diabetes tipo 2 predomina sobre la de tipo 1, incluso sobre el desconocimiento del diagnóstico, generando un riesgo exponencial en esta población a desarrollar PD.

En este sentido puedo afirmar que esta población de estudio obtuvo una puntuación en un rango de 70 a 75 puntos, que por categoría se identifica como un nivel medio, en la Escala de Agencia de Autocuidado, por ende, la escala como instrumento de estudio permitió recolectar la información de acuerdo a las necesidades que aborda la problemática. En pocas palabras, la aplicación de la escala, además de determinar el nivel de autocuidado, denota la predominación del sexo masculino sobre el femenino, el nivel de instrucción secundaria, en esta población se detalla que la Diabetes Mellitus de tipo II es el diagnóstico más frecuente, en pacientes de un rango de edad predominante entre 27-59 años, siendo una población joven con riesgo potencial de desarrollar una úlcera de pie diabético.

## 5.2 Recomendaciones

La prevención de la complicación de úlceras de PD, para pacientes diabéticos se condiciona a la predisposición de cada uno ellos, por ello identificar el riesgo potencial de manera individual sería lo ideal, ya que cada paciente es un mundo diferente y merece un tratamiento personalizado, conciliando esta idea a una rutina de acciones que infieran en las conductas, se logrará resultados favorables.

Se recomienda crear un plan estratégico de intervención para esta población previniendo la complicación de úlcera de pie diabético, aportando en equilibrar las asistencias en el servicio de clínicas de heridas por úlceras de pie diabético, por lo que destaco el enfoque del trabajo multidisciplinario que opte por nuevas actividades direccionadas a la promoción y modificación de conductas de salud en esta población.

## Discusión

Parte del análisis de la investigación para este estudio, es poder identificar el nivel, y luego determinarlo, es decir que, por los resultados alcanzados, el nivel de agencia de autocuidado de la población en puntuación oscila en un rango de 70 a 75 puntos, que se traduce en la categoría como nivel medio, de esta manera determinar que las necesidades de salud están relacionadas al autocuidado y que la promoción de autocuidado solo será intervenida en este centro médico por medio de un plan estratégico que permita generar servicios de salud más preventivos y sustentables.

Con relación a la enfermedad metabólica DM, según (Sanchez Y., 2016) menciona que la promoción de la salud en la educación diabetológica es importante la consideración del autocuidado, ya que se relaciona con las acciones que toman las personas en beneficio de su propia salud e incluye la práctica de ejercicio físico, nutrición adecuada y el autocontrol. Este estudio tuvo por Objetivo: describir el nivel de conocimientos sobre diabetes y el autocuidado que presentan los pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes al Policlínico Ángel Ortiz Vázquez del municipio Manzanillo. Métodos: se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. El universo de estudio quedó constituido por 87 pacientes diabéticos tipo

2 diagnosticados, se estudiaron las variables nivel de conocimiento sobre la enfermedad, autocuidado y vías de información sobre la diabetes mellitus. Se empleó como técnica de recogida de información, la encuesta a pacientes diabéticos elaborada por los autores de la investigación. Resultados: se evidenció que el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus que predomina es bajo para un 45, 45 %; el 90, 91 % presenta ausencia de autocuidado y las vías de obtención de la información que predominaron son los medios de difusión masiva con un 81, 81 % y seguido de este, el personal de salud con un 77, 26 %. Conclusiones: de manera general los pacientes diabéticos tipo 2 presentaron ausencia de autocuidado y bajo nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus, por lo que se recomienda el diseño e implementación de programas educativos.

Para argumentar sobre la importancia de la problemática presente en la población, expongo un estudio publicado por la revista Scielo, denominado Clasificaciones de lesiones en pie diabético. Un problema no resuelto, donde interpreta a la diabetes como un precursor común para la amputación, que genera un problema de salud pública lo que conlleva a un enorme coste económico a los sistemas sanitarios, además de causar negativas repercusiones sociales y emocionales en las personas que las sufren. Mencionan que ninguno de los sistemas propuestos ha logrado imponerse como sistema definitivo. (González H., Fernández A., Quintana L., Perdomo E., Del Pino Quintana., et al.)

Destacar que la problemática se desarrolla por el déficit de autocuidado, lo que condiciona a sumar más problemas de salud, tomé como referencia un estudio publicado por (Caetano P., 2023) sobre los Principales déficits de autocuidado detectados en personas mayores con úlcera del pie diabético: una revisión integradora, menciona el Método: estudio de revisión integradora de resultados y déficits de autocuidado según la teoría de Orem. Resultados: las condiciones socioeconómicas, las características de la piel, las actividades, el ocio y el descanso, la alimentación, las condiciones neurológicas y la falta de conocimiento sobre la necesidad de apoyo y tratamiento terapéutico fueron los principales. (Bittencourt, 2023), Conclusiones: la evidencia científica generada proporciona una base para la

realización de nuevos estudios para adoptar medidas que ayuden al autocuidado de este grupo poblacional.

Las investigaciones realizadas sobre la Validación de la Escala de Valoración Agencia de Autocuidado ASA, en adolescentes chilenos, permitió realizar la validación y análisis de confiabilidad de la Escala, en una muestra de 199 adolescentes. La validación de contenido se hizo por revisión de expertos. Se exploró la confiabilidad y la validez de constructo por medio de análisis factorial exploratorio y confirmatorio, entre sus resultados. Investigaciones que evalúen intervenciones tendientes a mejorar la capacidad de autocuidado en adolescentes podrían utilizar la nueva versión de la escala ASA con mejores propiedades psicométricas. (Espinoza M., Huaiquian J., Sanhueza O., Luengo L., Valderrama M., Ortiz N.,, 2020)

En otro abordaje científico, que habla sobre el instrumento aplicativo validado ASA, es decir el Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) publicado en (Manrique F., Fernandez A., Velandia A.,, 2009) donde tiene como Objetivo. Validar la confiabilidad y el contenido por análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en una institución hospitalaria. Métodos: Estudio metodológico con datos secundarios en una muestra de 201 pacientes adultos, del programa de crónicos del Hospital de Tunjuelito, de Bogotá, Colombia. La consistencia interna (alfa de Cronbach) y la estructura factorial fueron procesadas en SPSS11.5®. Resultados. El análisis de los componentes principales indica una estructura conformada por nueve factores que explican el 65,87% de la varianza total. El instrumento mostró un alfa de Cronbach de 0,68 y 0,74 corregido. Conclusión. La versión en español del ASA evaluada demuestra que tiene las propiedades psicométricas válidas y adecuadas para su aplicación en los diferentes ámbitos de la práctica de enfermería en Colombia.

La prevención es crucial para garantizar un bienestar y calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, evitando la complicación grave y potencialmente mortal, la prevención comienza con la educación y el autocuidado, mencionado en los apartados anteriores. Los profesionales deben trabajar en estrecha colaboración con los pacientes para: identificar los factores de riesgo y desarrollar planes de prevención personalizados, realizando autoexámenes regulares de los pies, proporcionar educación y apoyo para el autocuidado, sobre todo tratar rápidamente cualquier lesión o infección eficazmente. Por ende, la prevención se convierte en una prioridad absoluta para garantizar una sociedad con baja tasa de discapacidad física relacionada al desarrollo de pie diabético, con aportes en reducción de costos económicos y sociales, significativos para pacientes, personal de salud y el sistema nacional de salud en Ecuador.

## Referencias bibliográficas

### Referencias

- Acevedo A. (2021). Importancia de los conocimientos de autocuidados para la prevención de úlcera de pie diabético. *Dialnet, The importance os self-care knowledge in prevention of diabetic foot ulcer.*, 11.17.
- Arias F., Jimenez M., Murillo G., Toapanta D., Rubio K., Barreno Y., Moposita M., Trejo M., (27 de Noviembre de 2023). *Scielo, Diabetic foot. Update in diagnosis and treatment. Literature review.* Obtenido de *Angiología* vol.75 no. 4 Madrid : [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&%20pid=S0003-31702023000400006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&%20pid=S0003-31702023000400006)
- Atlas de la Diabetes . (2019). *International Diabetes Federation.* Obtenido de International Diabetes Federation: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133352\\_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf)
- Caetano P., e. a. (2023). Principales déficits de autocuidado encontrados en ancianos con úlcera de pie diabético: una revisión integradora. *Aquichan*, vol.23, n.3, e2336 Epub July 2024.
- Calavia R., Navarro S., Escura B., Ventura B., Santos C., Argullo C., (2023). *Dialnet, El pie diabético. Factores de riesgo y prevención en consulta de enfermería.* Obtenido de *Revista de Investigación*, ISSN-e2660-7085: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9233625>
- Censo Ecuador, INEC. (Infografía INEC de 2024). *Resultados Principales de Pichincha.* Obtenido de Info Pichincha: [https://www.censoecuador.gob.ec/wp-content/uploads/2024/01/Info\\_Pichincha.pdf?page=1](https://www.censoecuador.gob.ec/wp-content/uploads/2024/01/Info_Pichincha.pdf?page=1)
- Espinoza M., Huaiquian J., Sanhueza O., Luengo L., Valderrama M., Ortiz N., (2020). *Validación de escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en adolescentes chilenos.* Obtenido de *Escola Anna Nery*: <https://www.scielo.br/j/ean/a/dHnYJwJrw9xFynLC6Q5fKcb/?format=html&lang=es>
- Figueres S., García G., Laguna P., Mazón A., Sallán B., Deyanova Nyulyufer. (2021). Factores de riesgo y autocuidado del pie diabético. *Dialnet*, Vol 2 N° 11.
- Garrido C., Blasco P., Pinós PJ., (enero de 2003). *Elsevier.* Obtenido de *Medicina Integral*: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-pie-diabetico-13044043>

- Hernandez J. (21 de agosto de 2023). *Revista Cubana de Medicina General Integral, publicado en Scielo*. Obtenido de Papel de la neuropatía diabética en la aparición y desarrollo del síndrome del pie diabético: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252023000200013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252023000200013&script=sci_arttext)
- INEC. (13 de Noviembre de 2016). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de Diabetes, segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas del corazón: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/diabetes-segunda-causa-de-muerte-despues-de-las-enfermedades-isquemicas-del-corazon/#>
- International Diabetes Federation, F. (2021). *International Diabetes Federation*. Obtenido de International Diabetes Federation: <https://idf.org/our-network/regions-and-members/south-and-central-america/members/ecuador/>
- Luna S., Valverde M., Romero T., Estrella S., (abril-junio de 2022). *Importancia del manejo y tratamiento del paciente con úlcera en pie diabético*. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8548178>
- Machado F., Casanova M., Gonzalez W., Casanova D., Ramírez M., (2023). *I Jornada de Secciones Provincial Capitulo Ciego de Avila*. Obtenido de IJSSOCUENF2023: <https://promociondeeventos.sld.cu/jornadaseccionesenfermeriasocuenfciego2023/files/2023/03/Historia-de-Dorothea-Orem-y-sus-aportes-a-las-teorias-de-la-enfermeria.pdf>
- Manrique F., Fernandez A., Velandia A., (12 de 2009). *Scielo*. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972009000300003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300003)
- MedlinePlus. (5 de mayo de 2024). *Cuidado de los pies en caso de diabetes*. Obtenido de Información de Salud para usted: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000081.htm>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, M. (2017). *Guía de Práctica Clínica Diabetes Mellitus*. En M. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, *Guía de Práctica Clínica Diabetes Mellitus* (pág. 15). Quito: Dirección Nacional de Normatización- MSP Printed in Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública, M. (2017). *Diabetes Mellitus tipo 2 Guía de Práctica Clínica (GPC)*. Quito: Edición General: Dirección Nacional de Normatización- MSP Impreso en Ecuador-Printed in Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública, M. (2017). *Guía Práctica Clínica Quito Diabetes Mellitus tipo 2*. Obtenido de Guía Práctica Clínica Quito Diabetes Mellitus tipo 2: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajhttps://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus\_GPC.pdf

Ministerio de Salud Pública., M. (Guayaquil de octubre de 2022). *MSP brinda atención para personas con pie diabético*. Obtenido de MSP brinda atención para personas con pie diabético: <https://www.salud.gob.ec/msp-brinda-atencion-para-personas-con-pie-diabetico/>

MSP, M. d. (2022). *MSP implementa unidades de atención de atención integral para el pie diabético*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/msp-brinda-atencion-para-personas-con-pie-diabetico/>

Naranjo Y., Concepción J., Rodriguez M.,. (setpiembre-diciembre de 2017). *La teoría de Deficit de Autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*. Obtenido de The self-care deficit nursing theory: Dorothea Elizabeth Orem: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)

Naranjo Y., Pacheco J., Rodirguez M.,. (dic de 2017). *Scielo*. Obtenido de Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)

Narvaez C., Burbano W., Moncayo C., Paz C., Hidalgo M., Meza G., Riascos E.,. (2019). *Conocimientos y prácticas de autocuidado en la prevención del pie diabético*. Pasto, Nariño, Colombia: Revista Criterios ISSN-e 2256-1161, ISSN 0121-8670, Vol. 26, N°. 1, 2019. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8736360>

Nerea, A. M. (2021). Diabetes y pie diabético, Universidad de Oviedo. *Dialnet*, 53-74.

OMS. (5 de abril de 2023). *Diabetes*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/diabetes>

OPS. (2019). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Diabetes: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=La%20diabetes%20es%20una%20enfermedad,los%20ri%C3%B1ones%20y%20los%20nervios>.

OPS, O. P. (s.f.). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: [https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=cuidado%20de%20los%20pies%20\(autocuidado,los%20profesionales%20de%20la%20salud\)](https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=cuidado%20de%20los%20pies%20(autocuidado,los%20profesionales%20de%20la%20salud)).

Orem D., N. (2001). *Mosby. Incorporated*. Obtenido de <https://books.google.com/books/about/Nursing>

- Organización Mundial de la Salud, O. (5 de abril de 2023). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud., O. (2016). *Resumen de Orientación*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204877/WHO\_NMH\_NVI\_16.3\_spa.pdf?sequence=1
- Primicias. (09 de 2024). *Diabetes, la segunda enfermedad más frecuente en Ecuador*. Obtenido de El periodismo Comprometido: [https://www.primicias.ec/nota\\_comercial/hablemos-de/salud/habitos-saludables/diabetes-la-segunda-enfermedad-mas-frecuente-en-ecuador/](https://www.primicias.ec/nota_comercial/hablemos-de/salud/habitos-saludables/diabetes-la-segunda-enfermedad-mas-frecuente-en-ecuador/)
- Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología . (2021). Recomendaciones de manejo del paciente con pie diabético. *Elsevier*, 303-329.
- Rocío, C. (2016). Eficacia de una educación grupal sobre las habilidades de autocuidado y complicaciones del pie diabético. *Dialnet*, 71-79.
- Sanchez Y., P. E. (2016). Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Universidad de Ciencias Medicas de Granma. Granma Cuba*, 244-251. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v20n3/amc040306.pdf
- Stephen Polgar, S. T. (2021). *Introducción a la investigación en Ciencias de la Salud*. Barcelona, España: ELSEVIER.
- Trilla M., Espluga A., Mengual N., Bundó M., Juanola J., Auba J., Moreno MI., (Septiembre de 1997). *Autocuidado y factores de riesgo de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo II*. Obtenido de Elsevier, Centro de Asistencia Primaria Ronda Prim Mataró, Mataró. Barcelona, Atención Primaria: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-autocuidado-factores-riesgo-pie-diabetico-14614>
- Yapú J., T. J. (2022). Pie Diabetico: prevención y cuidados. *Revista Ecuatoriana de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud Pública*, 1-10. Obtenido de file:///C:/Users/Isabel%20Martinez/Downloads/Pie+diab%C3%A9tico+prevenci%C3%B3n+y+cuidados%20(3).pdf

## Anexos

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tema: DETERMINACION DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO, FUNDAMENTADO EN LA TEORIA DE OREM, EN PACIENTES DIABETICOS PARA LA PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO EN EL CENTRO MEDICO FAMILIAR INTEGRAL Y ESPECIALIDADES DIALISIS “LA MARISCAL” 2024

A. **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE NIVEL DE AUTOCUIDADO, EN PACIENTES DIABETICOS PARA LA PREVENCIÓN DE PIE DIABÉTICO EN EL CENTRO MEDICO FAMILIAR INTEGRAL Y ESPECIALIDADES DIALISIS “LA MARISCAL” 2024**

B. Yo, \_\_\_\_\_, con número de cédula, \_\_\_\_\_ declaro haber recibido información precisa y detallada sobre la Escala de Agencia de Autocuidado, que tiene por objetivo de Determinar el Nivel de Autocuidado en pacientes diabéticos, en la prevención de pie diabético. Comprendo la confidencialidad del documento y además sobre los datos que estoy proporcionando, por lo que de manera autónoma **ACEPTO PARTICIPAR** en este estudio. Dado en **CENTRO MEDICO FAMILIAR INTEGRAL Y ESPECIALIDADES DIALISIS “LA MARISCAL”**.

C. \_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos del paciente      Cédula de ciudadanía      Firma del paciente  
o huella, según el caso

#### Datos:

Llene los casilleros con una X donde Ud. Considere apropiados a su realidad

<b>-SEXO:</b>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
<b>-RANGO DE EDAD:</b>	18-26 <input type="checkbox"/> 27-59 <input type="checkbox"/> 60 en adelante <input type="checkbox"/>
<b>-PESO:</b> <b>-TALLA:</b>	_____ kg _____ cm
<b>-NIVEL DE INSTRUCCIÓN:</b>	Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tercer Nivel <input type="checkbox"/> Cuarto Nivel <input type="checkbox"/>
<b>DIAGNÓSTICO DE DIABETES:</b>	Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Desconoce su diagnóstico <input type="checkbox"/>

ESCALA DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA)					
No.	ITEMS	NUNCA (1)	CASI NUNCA (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud				
2	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantener 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 mantener con salud				
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo				
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora				
8	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio				
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios				
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser				
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego hacerlo				
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre				
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				
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud				
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios				
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro				
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud				
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme				
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer				
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda				
23	Puedo sacar tiempo para mí				
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta				
<b>SUMA DE TODOS LOS ITEMS DE 96 CORRESPONDE A UNA CAPACIDAD MAXIMA DE AUTOCUIDADO Y UN PUNTAJE DE 24 CORRESPONDE A UNA CAPACIDAD MINIMA DE AUTOCUIDADO</b>					

Preguntas específicas para la variable de Prevención de Pie Diabético,

PREGUNTAS	Si	No
¿Conoce o a escuchado sobre el pie diabético?		
¿Cree que su diabetes afecta sus pies?		
¿Realiza inspecciones diarias de sus pies, seca e hidrata sus pies?		
¿Tiene dificultad para sentir la temperatura o el tacto en los pies?		
¿Tiene deformidades en los pies (juanetes, dedos en garra)?		

## Registro fotográfico



Figura 1 Escala de Agencia de Autocuidado en Hemodiálisis



Figura 2 Escala de Agencia de Autocuidado en Consulta Externa

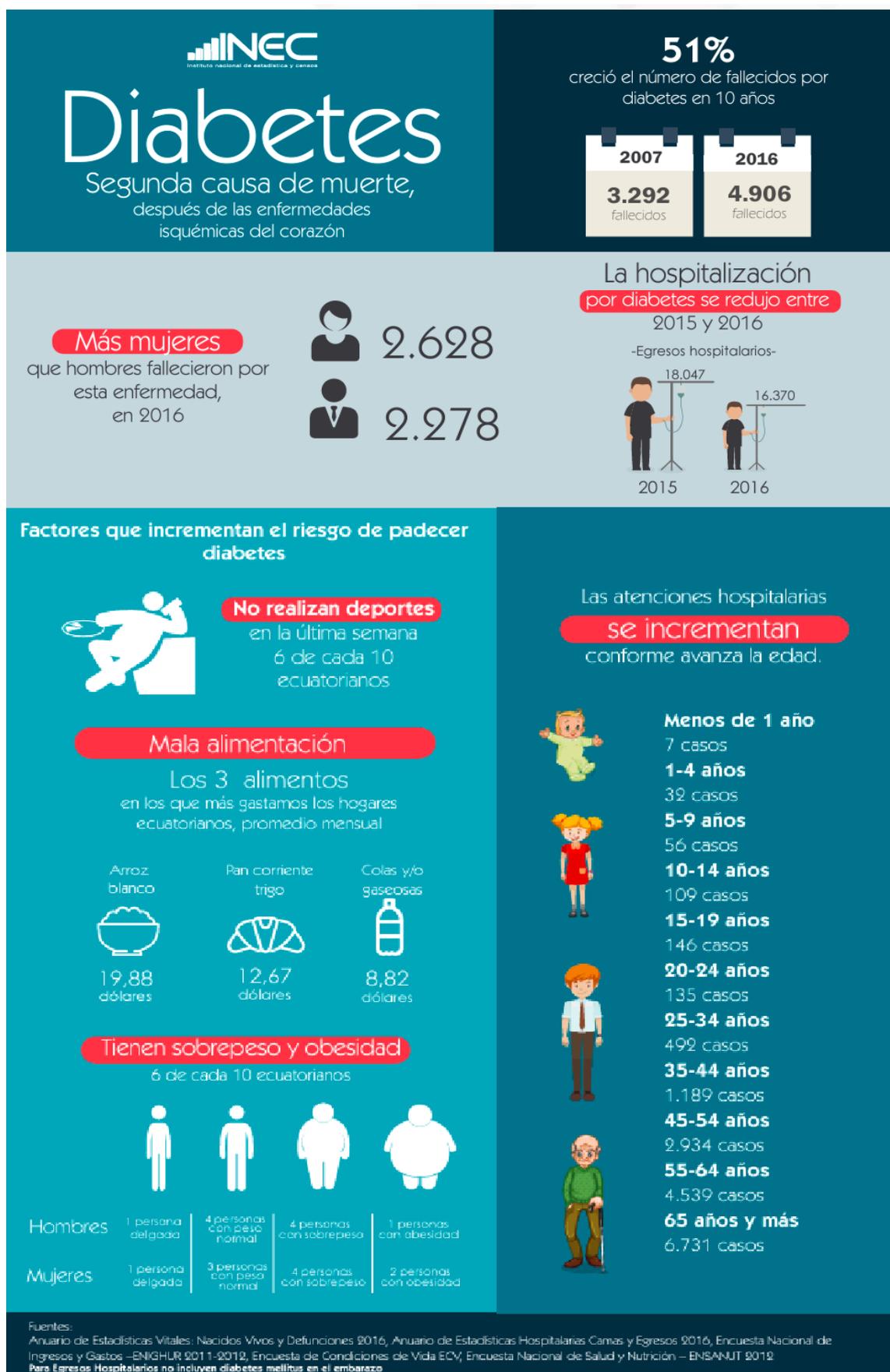


Figura 3 Escala de Agencia de Autocuidado en tratamiento de Hemodiálisis



Figura 4 Escala de Agencia de Autocuidado en Crónicos Metabólicos

Figura 7 Infografía de INEC sobre Diabetes Mellitus



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Figura 5 Respuesta de Quipux de solicitud aprobada



**Memorando Nro. IESS-CMFIEDM-DM-2024-5988-M**

**Quito, D.M., 30 de agosto de 2024**

**PARA:** Srta. Lcda. Karla Isabel Paredes Martínez  
**Enfermera 3**

**ASUNTO:** CARTA DE INTERES INSTITUCIONAL PARA REALIZACION DE  
PROYECTO DE INVESTIGACION Karla Isabel Paredes Martinez

De mi consideración:

En respuesta al Oficio Nro. IESS-CMFIEDM-DM-2024-0860-O, el servicio de Docencia e Investigación del Centro Médico Familiar Integral y Especialidades, Diálisis "La Mariscal" IESS (CMFIEDM), posterior a la revisión del proyecto de investigación titulado **"DETERMINACION DEL NIVEL DE AUTOCUIDADO, FUNDAMENTADO EN LA TEORIA DE OREM EN PACIENTES DIABETICOS PARA LA PREVENCION DE PIE DIABETICO EN EL CENTRO MEDICO FAMILIAR INTEGRAL Y ESPECIALIDADES DIALISIS LA MARISCAL"** el cual que será realizado por la estudiantes **KARLA ISABEL PAREDES MARTÍNEZ** con CI 094115278-7, estudiante de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro previo a la obtención del título de Magister en Salud Pública con mención en Atención Primaria de Salud.

Manifiesta que dicho proyecto de investigación es de **INTERÉS INSTITUCIONAL**, en atención al perfil epidemiológico de los pacientes que se atienden en esta unidad asistencial.

Informo que este documento no es la autorización, ni la aprobación del estudio con uso de muestras biológicas y/o en el que se involucre a población vulnerable o ensayo clínico.

Además, manifestamos que el CENTRO MEDICO FAMILIAR INTEGRAL Y ESPECIALIDADES, DIÁLISIS "LA MARISCAL", una vez aprobado el protocolo por el CEISH debidamente avalado por el MSP, se encuentra en capacidad de entregar al investigador principal información pseudoanonimizada, dando cumplimiento conforme a la Ley orgánica de Protección de Datos Personales y al Acuerdo Ministerial MSP 00015-2021\*.

Es importante indicar que no se podrá realizar ningún cambio en el proyecto de investigación, sin informar y previo consentimiento del servicio de Docencia e Investigación del CMFIEDM.

Se solicita, además:

- Comunicar vía correo electrónico el inicio del proyecto al correo: [docencia.lamariscal@iess.gob.ec](mailto:docencia.lamariscal@iess.gob.ec) con copia a [jovita.torres@iess.gob.ec](mailto:jovita.torres@iess.gob.ec)
- Informar urgentemente cualquier situación o circunstancia grave no prevista a la

[www.iess.gob.ec](http://www.iess.gob.ec)

Síguenos en:

\*Documento firmado electrónicamente por Quipux

1/2

**Memorando Nro. IESS-CMFIEDM-DM-2024-5988-M**

**Quito, D.M., 30 de agosto de 2024**

Dra. Jovita Pamela Torres Macías, Líder Docencia e Investigación del CMFIEDM.

- Una vez culminado el proyecto de investigación, la estudiante realizará una exposición sobre los resultados obtenidos, conclusiones y recomendaciones dirigido a los profesionales de salud de la institución.

Con lo expuesto anteriormente, el Centro Médico Familiar Integral y Especialidades, Diálisis "La Mariscal" IESS, está presto a proporcionar la información para la realización del proyecto de investigación, siempre y cuando se garantice el cumplimiento de las normas establecidas.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

*Documento firmado electrónicamente*

Espc. Juan Carlos Molina Calderon  
**DIRECTOR MÉDICO DEL CENTRO MÉDICO INTEGRAL FAMILIAR Y ESPECIALIDADES, DIÁLISIS LA MARISCAL, ENCARGADO**

Referencias:  
- IESS-CMFIEDM-DM-2024-0860-O

Anexos:  
- oficioproyecto\_maestrante\_karla\_paredes-signed0076249001724864699.pdf

Copia:  
Sra. Espc. Jovita Pamela Torres Macías  
Médico/a Especialista en Medicina Familiar I

J



[www.iesg.gob.ec](http://www.iesg.gob.ec)

Síguenos en:

\* Documento firmado electrónicamente por Copia

2/2

# UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

*¡Evolución académica!*

@UNEMIEcuador

