



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADEMICO DE ENFERMERÍA

TESIS

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y AUTOCUIDADO EN
ADULTOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN TRATAMIENTO
AMBULATORIO. IPRESS I-3. 6 DE OCTUBRE. BELÉN. 2025.**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA

AUTORES:

BACH. ENF. CAROL JIMENA PRADA HIDALGO.

BACH. ENF. NATALY LOZANO ACHANG

ASESORES:

DR. JESÚS JACINTO MAGALLANES CASTILLA

DRA. MARITZA E. VILLANUEVA BENITES

SAN JUAN BAUTISTA. LORETO

2026



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 759-2025-UCP-FCS, del 21 de mayo del 2025, se designa jurado.

Con Resolución Decanal N° 571-2026-UCP-FCS, 30 de junio del 2026, se autorizó la sustentación.

Siendo las 01:30 p.m. horas, del día martes 07 de julio del 2026, se constituyó de modo presencial el jurado para escuchar la presentación y defensa de la tesis: **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN TRATAMIENTO AMBULATORIO. IPRESS I-3. 6 DE OCTUBRE. BELÉN. 2025.**

Presentado por:

CAROL JIMENA PRADA HIDALGO
NATALY LOZANO ACHANG

Para optar el título profesional de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

Como asesor Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr. y coasesora Lic. Enf. Maritza Evangelina Villanueva Benites, Dra.

Luego de escuchar la sustentación y defensa ante las preguntas, el jurado pasó a la deliberación de forma reservada, llegando a la siguiente conclusión:

La sustentación es: *Aprobado por Unanimidad*

A las *2:45* horas culminó el acto público.

En fe de lo cual los miembros del jurado firman el acta y comunican en acto público.

Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera
Presidente

Lic. Enf. Ana Isabel Soplin García
Miembro

Lic. Enf. Susana Hueraqui Zumba
Miembro



"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

**CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP**

El presidente del Comité de Ética e Integridad Científica

Hace constar que:

La Tesis titulada:

**"DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y AUTOCUIDADO EN
ADULTOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN TRATAMIENTO
AMBULATORIO. IPRESS I-3. 6 DE OCTUBRE. BELÉN. 2025"**

De las alumnas: **CAROL JIMENA PRADA HIDALGO Y NATALY LOZANO ACHANG**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **17% de similitud**. Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 11 de junio del 2026.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jorge L. Tapullima Flores', is written over a horizontal line.

**Presidente del Comité de Ética e
Integridad Científica
Mgr. Arq. Jorge L. Tapullima Flores**

UCP_Enfermeria_2026_Tesis_Carol_Prada_Nathaly_Lozano_VI
ID : 19e4390aSab293030fb86d7683c3c4de61905595

 **17%**
Textos sospechosos

Nombre del fichero :
UCP_Enfermeria_2026_Tesis_Carol_Prada_Nathaly_Lozano_VI.txt
Tamaño del archivo original : 1,25 MB
Número de palabras : 9253
Número de caracteres : 63976

Depositante : Chris Angela Ramirez Flores
Fecha de depósito : 10 de junio de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 10 de junio de 2026

Resumen (sección 1/3)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Similitudes 2%

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA 6%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.

Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos 9%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.

Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.



No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Textos entre comillas 6%

Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN TRATAMIENTO AMBULATORIO. IPRESS I-3. 6 DE OCTUBRE. BELÉN. 2025.

FECHA DE SUSTENTACION: 07 DE JULIO DEL 2026.



Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera
Presidente



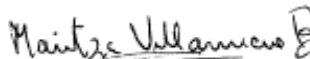
Lic. Enf. Ana Isabel Soplin García
Miembro



Lic. Enf. Susana Villanueva Zumba
Miembro



Méd. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr.
Asesor



Lic. Enf. Maritza Evangelina Villanueva Benites, Dra.
Asesora

DEDICATORIA

A Dios, por ser la guía de vida y hacer de mí la persona que soy hoy en día. A mis padres Lina Hidalgo y José Prada, por estar siempre a mi lado y apoyarme en todo en cada una de las etapas de mi vida, por ser mi pilar y ejemplo de perseverancia; por enseñarme el valor del esfuerzo y la responsabilidad, su fuerza y apoyo incondicional, son las razones, por las que ahora estoy donde estoy. Este logro es reflejo del compromiso y del respaldo de quienes siempre creyeron en mí.

Prada Hidalgo Carol Jimena

DEDICATORIA

A Dios a mis padres Luppe Lozano y Felix Achang, quienes siempre estuvieron para mí en cada etapa de mis estudios, cada consejo que me dieron lo llevo presente en mi vida. A mi novio Pool, con quien compartí metas y me ayudó a lograr mis objetivos. Finalmente, a mi hija Julietta quien me dio la fortaleza para seguir adelante y poder concluir este trabajo.

Lozano Achang Nataly

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro reconocimiento a la Universidad Científica del Perú por brindarnos la oportunidad y el espacio necesarios para nuestro crecimiento académico y profesional; de igual manera, a la plana docente, por su orientación, formación y por compartir sus valiosos conocimientos y experiencias, contribuyendo a nuestra preparación como profesionales dignos de esta prestigiosa institución.

De manera especial, nuestro agradecimiento a nuestros asesores, el Dr. Jesús J. Magallanes Castilla y la Dra. Maritza E. Villanueva Benites, por su constante apoyo, orientación y dedicación para el adecuado desarrollo del presente trabajo de investigación.

Asimismo, agradecemos profundamente al personal de enfermería de la Ipress I-3 “6 de Octubre”, por permitirnos el acceso a sus instalaciones y facilitar el desarrollo de esta investigación y acercamiento necesario a los adultos con enfermedad crónica.

Finalmente, extendemos nuestro agradecimiento a nuestros padres y familiares en general, quienes nos acompañaron y apoyaron incondicionalmente durante toda nuestra etapa universitaria.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Caratula	i
Acta de Sustentación de Tesis	ii
Constancia de Originalidad de Acta de Sustentación	iii
Hoja de Aprobación	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Resumen	x
Abstract	x
Capítulo I: Marco Teórico	
1.1. Antecedentes del estudio	11
1.2. Bases teóricas	14
1.3. Definición de términos básicos	22
Capítulo II: Planteamiento del Problema	
2.1. Descripción del Problema	23
2.2. Formulación del Problema	24
2.2.1. Problema General	24
2.2.2. Problemas Específicos	24
2.3. Objetivos	25
2.3.1. Objetivos Generales	25
2.3.2. Objetivos Específicos	25
2.4. Hipótesis	26
2.5. Variables	26
Capítulo III: Metodología	
3.1. Tipo y diseño de investigación	38
3.2. Población y muestra	38
3.3. Técnicas e instrumentos y procedimientos de recolección de datos	39
3.4. Procesamiento y análisis de datos	42
3.5. Protección de derechos humanos	43
Capítulo IV: Resultados	44
Capítulo V: Discusión, conclusiones y recomendaciones	54
Referencias bibliográficas	60
Anexos (instrumento y matriz de consistencia)	68

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de establecer la relación existente entre los diagnósticos de enfermería y el autocuidado en adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio de un establecimiento de atención primaria del distrito de Belén. A 205 adultos de 20 años o más se les administró la “Escala de Valoración de la Agencia de Autocuidado” y la lista de cotejo “Mapeo de diagnósticos de enfermería en adultos con enfermedad crónica”. Los hallazgos revelaron que la edad media fue 54,9 años, mayormente de sexo femenino, con algún grado de instrucción secundaria. Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad. Los diagnósticos de enfermería reales más frecuentes fueron “Dolor crónico” (47,8%), “Deterioro de la eliminación urinaria” (46,8%), “Patrón del sueño ineficaz” (30,7%), “Patrón respiratorio ineficaz” (26,8%), “Ingesta nutricional inadecuada” (26,3%). El 76,6% de adultos informó “autocuidado bueno y 22,9% autocuidado regular. Todos los diagnósticos de enfermería reales detectados mostraron relación estadística significativa con el nivel de autocuidado ($p < 0,05$), excepto el diagnóstico “Ingesta nutricional inadecuada”. Los diagnósticos de enfermería de riesgo más usuales fueron “Riesgo de infección” (37,1%), “Riesgo de caídas” (12,2%), “Riesgo de ingesta nutricional inadecuada” (11,2%), y “Riesgo de úlcera por presión” (5,9%), los que tuvieron relación estadística significativa con el autocuidado ($p < 0,05$).

Palabras clave: diagnósticos de enfermería- autocuidado- adulto- diabetes mellitus- hipertensión arterial

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study was carried out to establish the relationship between nursing diagnoses and self-care in adults with chronic disease in outpatient treatment in a primary care facility in the district of Belen. A total of 205 adults aged 20 years and older were administered the "Self-Care Agency Rating Scale" and the "Mapping of Nursing Diagnoses in Adults with Chronic Illness" checklist. The findings revealed that the mean age was 54.9 years, mostly female, with some high school education. The most frequent chronic diseases were diabetes mellitus, arterial hypertension, and obesity. The most frequent actual nursing diagnoses were "Chronic pain" (47.8%), "Impaired urinary elimination" (46.8%), "Ineffective sleep pattern" (30.7%), "Ineffective respiratory pattern" (26.8%), and "Inadequate nutritional intake" (26.3%). 76.6% of adults reported "good self-care" and 22.9% reported fair self-care. All the actual nursing diagnoses detected showed a statistically significant relationship with the level of self-care ($p < 0.05$), except for the diagnosis "Inadequate nutritional intake". The most usual risk nursing diagnoses were "Risk of infection" (37.1%), "Risk of falls" (12.2%), "Risk of inadequate nutritional intake" (11.2%), and "Risk of pressure ulcer" (5.9%), which had a significant statistical relationship with self-care ($p < 0.05$).

Key words: nursing diagnoses - self-care - adult – diabetes mellitus- arterial hypertension.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del estudio

En las últimas décadas En las últimas décadas, el interés por el estudio de la toma de decisiones y lenguaje estandarizado de la enfermería profesional ha cobrado especial relevancia, dado el incremento de las enfermedades crónicas, especialmente en la población adulta. En este contexto, los siguientes estudios previos sustentan a la presente investigación.

Ámbito Internacional

Lee, Freedland, Jaarsma, Strömberg, Vellone, Page et al. (USA, 2024) analizaron los factores asociados al autocuidado en adultos con enfermedades crónicas que viven en la comunidad. A 430 adultos administraron un inventario de medición de autocuidado de 27 ítems. La edad promedio fue de 54.9 ± 16.2 años, el 70.2% eran mujeres, el número promedio de enfermedades crónicas fue de 3.6 ± 2.8 . Los hallazgos señalaron que la urgencia, incertidumbre, aspectos cognitivos, estado afectivo; además, la edad, escolaridad, seguridad financiera y algunos síntomas fueron significativamente diferentes entre tres patrones identificados¹.

Fernández-Gutiérrez, Brito-Brito, Darías-Curvo, Cabrera-de-León, Martínez-Alberto, Aguirre-Jaime (España, 2023) analizaron la asociación entre poblaciones vulnerables y necesidades de cuidados de enfermería, mediante diagnósticos NANDA-I; a través de un mapeo cruzado de registros médicos con la NANDA-I para identificar diagnósticos enfermeros en una cohorte de 7190 personas. Los diagnósticos de enfermería más prevalentes fueron el sedentarismo (60,5%), autogestión ineficaz de la salud (33,8%) y las conductas de riesgo para la salud (28,7%). Se encontraron diferencias significativas por sexo, grupo de edad y clase social².

Riegel, Westland, Lovino, Barelds, Bruins, Stawnychy (USA, 2022)

efectuaron un estudio con el propósito de identificar las conductas de autocuidado en las intervenciones de autocuidado, mediante una revisión sistemática. Seleccionaron 233 ensayos controlados aleatorizados con intervenciones de autocuidado en caso de enfermedad crónica. La mayoría abordaron la diabetes mellitus (36%), hipertensión (14%) o la insuficiencia cardíaca (12%). El 97% se concentró en hábitos saludables como la actividad física (70%), dieta (59%) y el manejo de la medicación (52%). Pocos estudios se enfocaron en ayudar a los pacientes a manejar sus signos y síntomas³.

Marqués, Charlo, Pires, Radovanovic, Carreira, y Salci (Brasil, 2022) identificaron diagnósticos de enfermería y los factores condicionantes del autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus. Participaron 12 personas mayores con diabetes. Los datos se sometieron a análisis temático y de contenido, según la taxonomía II de NANDA International. Se identificaron veinte diagnósticos de enfermería relacionados con las necesidades universales de autocuidado. Todos los diagnósticos se basaron en el sistema de enfermería de apoyo y educación⁴.

Mendez, Lundeen, Saunders, Williams, Saaddine, Albright (USA, 2022) evaluaron la educación sobre diabetes autoinformada en adultos con diabetes y las prácticas de autocuidado en 61424 adultos mayores de 18 años. Las prácticas de autocuidado fueron las pruebas diarias de glucosa, control de pies, abstinencia de fumar y actividad física en el tiempo libre, vacunación neumocócica, hemoglobina glicosilada semestral, fondo de ojo anual, vacunación contra la influenza, visita de atención médica para diabetes. Solo la mitad de los adultos reportó recibir educación diabética.

Los resultados demostraron que quienes recibieron educación diabética tuvieron mayor probabilidad de ejecutar cuatro prácticas de autocuidado (abstención de fumar, control diario de glucosa, control diario de los pies y actividad física)⁵.

Ámbito Nacional

En el ámbito nacional, solamente se ha encontrado el estudio realizado por Valderrama, Ramirez, Merino, Porras, Nuñez y Cuba (2022), quienes informaron un estudio de caso, en una familia vulnerable de una zona rural de la costa norte de Lima. La información fue recogida a través de la entrevista, análisis documental y un formato de valoración de Patrones Funcionales de Gordon, mediante visitas domiciliarias. Se brindó cuidado enfermero aplicando las etapas del proceso de atención de enfermería, utilizando las taxonomías Nanda. Los diagnósticos priorizados fueron: Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con recursos insuficientes, obesidad y estreñimiento relacionado con cambios en el patrón intestinal. Se ejecutaron intervenciones, pasando de una puntuación diana de dos a cuatro, que evidencian la efectividad en el logro de los resultados esperados⁶.

Ámbito local

No existen estudios similares que aborden la temática propuesta en la presente investigación, de ahí la importancia de indagar científicamente en la región Loreto.

1.2. Bases teóricas

Conceptualización de la enfermedad crónica

El concepto de enfermedad crónica emergió en el año 1970 cuando se introdujo el abordaje psicosocial de la enfermedad. Posteriormente entre 1980 y 1990 se investigó sobre cómo vivir con la enfermedad crónica desde la perspectiva del paciente⁷.

A partir de esto, se incorporaron los estudios cualitativos explorando las experiencias y percepciones de las personas afectadas por enfermedad crónica; así como el proceso de adaptación a la misma^{8,9}.

La enfermedad crónica es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como afecciones de duración prolongada y que precisan de tratamiento a largo plazo; pueden limitar las actividades de la vida diaria¹⁰.

Se reconoce como enfermedades crónicas a enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer y diabetes); enfermedades transmisibles (VIH/SIDA); algunos trastornos mentales (depresión y esquizofrenia) y deterioro en la estructura (amputaciones, ceguera y trastornos articulares)¹¹.

Según Bury, la enfermedad crónica es un evento individual disruptivo que incide en los recursos cognitivos y materiales en las personas, las formas de explicar el dolor y el sufrimiento, las continuidades y discontinuidades entre el pensamiento profesional y el profano, y variación en la experiencia del paciente⁷.

El autocuidado es un concepto universalmente aceptado, definido como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para fomentar y mantener la salud y para prevenir enfermedades o enfrentarlas con o sin el apoyo de un trabajador de la salud. En el caso de enfermedades crónicas involucra a las prácticas, hábitos y

decisiones en los estilos de vida (OMS)¹².

Orem en su Teoría del Autocuidado describe que el término autocuidado posee doble significado “cuidados para uno mismo” y “cuidados efectuados por uno mismo”. Entonces, “El autocuidado es la práctica de comportamientos o conductas intencionadas, que las personas inician y ejecutan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar”. Esto supone que, la persona necesita de reflexión personal, análisis o juicio de la situación personal y toma de decisiones¹³.

De acuerdo con Orem¹⁴, existen tres tipos de requisitos o necesidades de autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: los cuales son comunes a todas las personas en todas las etapas de la vida y se relacionan con las necesidades de mantenimiento de la vida, el bienestar (alimentación, respiración, actividad, prevención de los peligros, descanso, interacción social).
- Requisitos de autocuidado del desarrollo. Referidos a los requisitos de autocuidado universal específicos y diferentes de acuerdo al ciclo vital (ejemplo adulto joven, adulto intermedio y adulto mayor).
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud; estos requisitos surgen cuando las personas tienen problemas de salud, discapacidad o lesión. Se refiere a los comportamientos de autocuidado que emanan de esa situación, con el propósito de controlar y/o mitigar los efectos de la enfermedad. También surgen de los diagnósticos, formas de tratamiento y cuidados indicados.

Para Riegel¹⁵ (2012), el autocuidado en el caso de enfermedad crónica, implica tres conceptos clave:

- Mantenimiento del autocuidado para proteger la estabilidad

física y emocional: se refiere a conductas que se relacionan con los estilos de vida (alimentación saludable, control de estrés, dejar de fumar, régimen terapéutico, etc.).

- Monitoreo del autocuidado para observar el comportamiento o conducta y la modificación de signos y síntomas del paciente:

Consiste en la vigilancia cotidiana, que implica autoconciencia y escucha corporal. El monitoreo de la salud (por ejemplo, peso corporal) es una conducta humana normal; pero en el contexto de la enfermedad crónica, son otras las actividades de monitoreo, como por ejemplo, el control diario de la glicemia capilar en caso de diabetes, el peso rutinario en caso de falla hepática entre otros.

- Manejo del autocuidado para tomar las medidas apropiadas cuando aparecen o agudizan los signos y síntomas: incluye el reconocimiento de signos y síntomas, con la capacidad de detectar, interpretar, integrar y regular los mensajes corporales internos que dan información sobre lo que está sucediendo (ejemplo, hambre, sed, entre otros).

Para Riegel (2026)¹⁶ este es el más complejo y minucioso de los 3 comportamientos, involucra la respuesta del paciente frente a los signos y síntomas cuando estos se presentan. En esta fase se necesita buscar asesoramiento y modificaciones del estilo de vida.

Por ejemplo, en una intervención de autocuidado de pacientes con enfermedad crónica, que contenga alfabetización sanitaria podría incluirse: régimen de tratamiento, incorporación de contenidos sobre la observación temprana de los efectos secundarios; además

la inclusión de la familia y cuidadores informales que aporten en el cuidado¹⁷.

En este contexto, el autocuidado en la experiencia de una enfermedad crónica, es la capacidad del paciente de tener conocimiento sobre su enfermedad en sí, cumplir el plan de tratamiento y participar en la toma de decisiones de su enfermedad (Cudney et al)¹⁸.

Es decir que, se requiere que las personas se conviertan en sus principales cuidadores, con el apoyo de profesionales de la salud; con acciones con el propósito de establecer metas factibles, modificar dietas y programas de ejercicio; aprender a conocer y escuchar a su propio cuerpo, buscar alfabetización sanitaria y ayuda para mantenerse psicológicamente saludable, reducir el estrés y por lo tanto, priorizar su propia vida, reconociendo las limitaciones de la enfermedad crónica¹⁹.

De acuerdo con la Teoría de Rango Medio del Autocuidado de enfermedades crónicas, el autocuidado se conceptualiza como un conjunto de comportamientos centrados en la promoción de la buena salud, la adherencia al tratamiento, la atención al cuerpo, el reconocimiento de síntomas y la respuesta a los signos y síntomas cuando estos se producen (Riegel, 2019)²⁰. A pesar de la jerarquía del autocuidado en la vida de los pacientes con enfermedades crónicas, se enfrentan a desafíos al fomentar prácticas de autocuidado (Riegel, 2021)²¹.

Agencia de autocuidado:

El término “agencia de autocuidado” ha sido conceptualizado como “la potestad de la persona para responsabilizarse sobre su autocuidado, durante la vida diaria a través del proceso espontáneo del aprendizaje (conductas aprendidas)”²².

Como señala Orem, la agencia de autocuidado se refiere a que la persona es agente de su propio cuidado; esto significa que la persona tiene “la capacidad adquirida y compleja para desempeñar con los

requisitos para cuidar de sí misma; además, regular los procesos de la vida, mantener la integridad y funcionamiento, así como el desarrollo y la promoción del bienestar”; por lo que la medición de la agencia de autocuidado, es un predictor del manejo del autocuidado entre las personas con enfermedad crónica, incluso con excelentes resultados clínicos, visitas y hospitalizaciones de emergencia disminuidas²³.

Facturas condicionantes del autocuidado

Entre los factores influyentes, se han citado a: a) factores de micronivel (edad, sexo, factores psicológicos como el autoestima y autoconcepto; b) factores relacionados con la condición del paciente (fase de la enfermedad, síntomas, comorbilidad, régimen de tratamiento y el sistema de cuidados; c) factores del sistema social, como creencias culturales, las relaciones familiares, cuidadores, proveedores de salud; los factores ambientales; entorno geográfico, sistema de salud y la disponibilidad y adecuación de recursos (Riegel, 2026)¹⁶.

Dada que esta investigación exploró la relación entre uno de los factores relacionados con la condición del paciente, a continuación se describen los diagnósticos de enfermería en el caso particular de los adultos con enfermedad crónica.

Los diagnósticos de enfermería en adultos con enfermedades crónicas

El paciente con enfermedad crónica demanda esfuerzo del equipo de enfermería de atención primaria porque debe educar, guiar y apoyar; tratando de contribuir con el empoderamiento de los pacientes para que puedan tomar decisiones adecuadas respecto a su salud. Esto podría reducir costos en el sistema de salud, reducir la carga asistencial y mejorar la atención de procesos complejos de la enfermedad crónica²⁴.

El monitoreo del autocuidado significa la vigilancia del comportamiento y observarse a uno mismo para detectar cambios en los signos y síntomas. Cuando aparecen signos y síntomas, las personas adoptan

una variedad de comportamientos para abordarlos, esto se conoce como manejo del autocuidado²⁵.

El autocuidado del paciente con enfermedad crónica involucra la adherencia al tratamiento, alimentación saludable, actividad física regular, cuidado adecuado de los pies, capacidad para resolver conflictos y enfrentar en forma adecuada la enfermedad²⁶. Por lo que, enfermería precisa valorar la capacidad de autocuidado en forma individualizada y así desarrollar el proceso de enfermería en cinco fases o pasos: 1) recogida, y análisis de datos; 2) identificación de las necesidades de las personas; 3) planificación; 4) ejecución; y 5) evaluación de los cuidados. En este contexto, la segunda etapa debe apoyarse en documentos de clasificación taxonómica, como la clasificación de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA I.

Actualmente, se comprende el proceso de enfermería como una aproximación a la identificación de problemas y resolución de estos en el cuidado del cliente, es el medio en el que se establece una relación de ayuda, caracterizada por el conocimiento, la razón y el cuidado. El diagnóstico de enfermería, se refiere a la fase de análisis e interpretación de forma crítica de los datos reunidos durante la evaluación del paciente. Se elaboran conclusiones relacionadas con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente²⁷.

La NANDA, define el diagnóstico de enfermería como “juicio sobre la respuesta del individuo, familia, comunidad o problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales”. Es decir que no es una observación sino una interpretación, análisis y juicio de una serie de observaciones del paciente. Se estructura a partir de tres dimensiones: problema de salud, factores etiológicos o relacionados, características definitorias o signos y síntomas.

También ha sido conceptualizado como el eje central del proceso de enfermería, debido a que los problemas establecidos son la base del

plan de cuidados de enfermería; y además, los recursos que permite detectar son explícitos para definir las intervenciones de enfermería efectivas²⁸.

En un estudio realizado en nuestro país, en pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se priorizaron cuatro diagnósticos de enfermería con sus respectivos resultados e intervenciones en planes individualizados: patrón respiratorio ineficaz, disminución de la tolerancia a la actividad, autogestión ineficaz de la salud, aflicción crónica, riesgo de traumatismo vascular y riesgo de caída en el adulto²⁹. En otro estudio efectuado en Iquitos, durante el año 2024, se reportó que en 200 adultos mayores que residían en la comunidad y que fueron evaluados por enfermería, los diagnósticos de enfermería reales más frecuentes fueron “Memoria deteriorada”, “Integridad cutánea deteriorada”, “Dentición deteriorada”, “Movilidad física deteriorada” y “Percepción sensorial auditiva deteriorada”. Los diagnósticos de enfermería de riesgo predominantes fueron “Riesgo de caídas”, “Riesgo de glicemia inestable”, “Riesgo de presión arterial inestable” y “Riesgo de soledad”. Cabe mencionar que, el 36.5% tenía hipertensión arterial y 18% declaró diabetes mellitus³⁰. A pesar que se trata de literatura gris, estos hallazgos, pueden dar una aproximación de la problemática del cuidado de enfermería en caso de enfermos crónicos en la región.

Medición de los diagnósticos de enfermería

Según Lawless, Tieu, Chan, et al. (2023) existen muchos instrumentos que miden el autocuidado de enfermedades crónicas por adultos mayores; a través de un estudio, en el que se usaron seis bases de datos electrónicas, recopilaron 107 artículos que contenían 40 instrumentos de medición. De ésta, el 57,5% fueron específicas de la enfermedad, el 42,5% no eran específicas de la enfermedad, es decir que, se habían elaborado para ser aplicables independientemente de la enfermedad; además el 27,5% se utilizaron para medir el autocuidado en personas con multimorbilidad³¹.

De acuerdo a lo anteriormente citado, a continuación, se describen a algunos instrumentos de medición:

- **Documentación electrónica del Proceso de enfermería:** fue diseñado y evaluado psicométricamente por la Universidad de São Paulo (Brasil), está sustentado en la NANDA – Internacional; contribuye a la toma de decisiones de enfermería a través del establecimiento de diagnósticos. Aplica la jerarquía de dominios y clases, así como fomenta la planeación informatizada de la prescripción de enfermería, y la evolución de enfermería mediante el uso de indicadores de resultados³².
- **CuidarTech Semio – Examen Clínico de Enfermería:** es una de las primeras aplicaciones móviles desarrolladas en Brasil aplicando el enfoque de las necesidades humanas básicas sustentadas por Wanda Horta. Consta de 17 secciones: Instrucciones generales; Identificación del paciente; 12 secciones de las necesidades humanas básicas y examen físico relacionado con las etiquetas diagnósticas de NANDA-1; Pruebas de pares craneales, Escalas de evaluación clínica; y Pruebas adicionales. Permite la compilación de datos en las 24 horas del día³³.
- **El Inventario de Enfermedades Crónicas de Autocuidado:** es un instrumento elaborado por Riegel en formato autoinforme de 20 items establecidos desde la Teoría de Autocuidado de la Enfermedad Crónica, con tres dimensiones o componentes que miden: el mantenimiento del autocuidado, el monitoreo del autocuidado y la gestión del autocuidado. Las puntuaciones varían entre 0 y 100, las puntuaciones más altas indican un mejor autocuidado. El coeficiente de confiabilidad es de 0.71³⁴.

2.3. Definición de términos básicos

- **Autocuidado:** es una acción humana ejecutada intencionalmente por las mismas personas o por alguien que las realiza por ellas, con el propósito de mantener la vida, la salud y, el bienestar³⁵.
- **Diagnóstico de enfermería:** Es un juicio clínico sobre las respuestas humanas a problemas de salud, procesos vitales o vulnerabilidades, que una enfermera identifica y trata de manera independiente. El diagnóstico guía la planificación de intervenciones y resultados esperados en el plan de cuidados³⁶.
- **Enfermedad crónica:** es una condición de salud que persiste durante un período prolongado, a menudo de por vida. Puede que no tenga cura, pero se puede manejar para proporcionar una vida de calidad. Estas condiciones requieren atención médica continua y pueden impactar el bienestar físico, mental y emocional³⁷.

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del problema

Más del 70% de la mortalidad mundial, es atribuida a la enfermedad crónica, planteando desafíos transcendentales para la salud pública. Las enfermedades crónicas incluyen un conjunto de afecciones, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes³⁸.

La población adulta mayor no está exenta de este problema, se prevé que, en el año 2030, se incrementará a 1.400 millones, y en 2050, a 2.100 millones. El rápido envejecimiento poblacional proyecta problemas de salud pública por el aumento de enfermedades crónicas y comorbilidad en este grupo poblacional (55% y 98% respectivamente), además, el 72% de los que tienen fragilidad también tienen comorbilidad³⁹; por lo tanto, esta situación es preocupante y compleja debido a la transposición de condiciones de salud física y mental, polifarmacia y fragilidad, necesidad de apoyo familiar y otros servicios adicionales⁴⁰.

De otra parte, las enfermedades crónicas incrementan el riesgo de deterioro funcional o pérdida de la autonomía, con limitaciones en la ejecución de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, con restricción en la participación y disminución de la calidad de vida⁴¹.

Se ha descrito que, promover el autocuidado en las personas con enfermedad crónica, contribuye al reconocimiento de síntomas, manejo y modificación de factores de riesgo, ayudando a mejorar su nivel de calidad de vida; sin embargo, se ha reportado que, el nivel de autocuidado en la población adulta mayor es generalmente bajo⁴².

El reto para la enfermería familiar y comunitaria en personas con enfermedades crónicas consiste en adoptar procesos de gestión del cuidado en la práctica desde una perspectiva amplia y contextual; considerando que la finalidad básica del autocuidado es que las

personas afectadas realicen acciones de autocuidado para menguar los efectos de la enfermedad y manejar mejor sus síntomas⁴³.

En el abordaje de la gestión del cuidado en el campo de la enfermería comunitaria, son de suma importancia la identificación de los diagnósticos de enfermería, debido a que instauran un marco útil que ayuda a definir y describir las situaciones de salud que identifican y cuidan las enfermeras en la práctica domiciliaria con respecto al autocuidado del adulto mayor con enfermedad crónica, facilita el establecimiento de prioridades en el paciente, al ayudar a reconocer y monitorear sus límites, movilizar sus recursos, gestionar el cambio en la identidad propia, y por último a equilibrar, regular, planificar y priorizar⁴⁴.

En este contexto, en el ámbito nacional y regional, se han encontrado algunos vacíos en la sistematización de la gestión de la práctica del cuidado ambulatorio, por lo que estudio pretende dar respuesta al problema que a continuación se describe.

2.2. Formulación del problema

2.2.1. Problema General:

¿Existe relación entre los diagnósticos de enfermería y el nivel de autocuidado de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio? IPRESS I-3. 6 de octubre. Belén. 2025?

2.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del adulto con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio en términos de: edad, sexo, estado civil, escolaridad?
- ¿Cuáles son las características clínicas de la enfermedad crónica del adulto participante: tiempo de enfermedad, tipo de enfermedad, ¿molestias actuales?
- ¿Cuáles son los diagnósticos de enfermería reales y potenciales

- de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio?
- ¿Cuál es el nivel de autocuidado de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio?
 - ¿Cuál es la relación existente entre el nivel de autocuidado y los diagnósticos de enfermería reales y potenciales del adulto con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

Establecer la relación existente entre los diagnósticos de enfermería y el nivel de autocuidado en adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio. Ipress I-3. 6 de Octubre. Belén. 2025.

2.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente al adulto con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio en términos de: edad, sexo, estado civil, escolaridad
- Identificar las características clínicas de la enfermedad crónica del adulto participante: tiempo de enfermedad, tipo de enfermedad, molestias actuales.
- Identificar los diagnósticos de enfermería reales y de riesgo del adulto con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio, considerando las características definitorias y factores de riesgo presentes.
- Valorar el nivel de autocuidado de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio
- Relacionar los diagnósticos de enfermería reales y de riesgo con el nivel de autocuidado de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio.

2.4. Hipótesis

Hipótesis alterna: H₁

Existe relación estadística significativa entre los diagnósticos de enfermería reales y potenciales con el nivel de autocuidado y de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio.

Hipótesis nula H₀

No existe relación estadística significativa entre los diagnósticos de enfermería reales y potenciales con el nivel de autocuidado y de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio.

2.5. Variables

Identificación de variables

- Variable independiente: diagnósticos de enfermería reales y de riesgo de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio.
- Variable dependiente: nivel de autocuidado de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio.

Definición conceptual y operacional de las variables

Variable Independiente: Diagnósticos de enfermería

Definición conceptual:

Juicio clínico sobre una respuesta humana a condiciones de salud/procesos de vida, o la vulnerabilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad” (Herdman y Kamitsuru, 2018)

Definición Operacional:

Comprende la presencia o ausencia de los siguientes indicadores: Deterioro de eliminación urinaria, Deterioro de la movilidad física, Patrón del sueño ineficaz, estreñimiento

funcional crónico, incontinencia urinaria de esfuerzo, patrón respiratorio ineficaz, Volumen de líquidos inadecuado, Dolor crónico, Ingesta nutricional inadecuada, Deterioro de la comunicación verbal, Deterioro de la integridad cutánea, Autogestión de la salud ineficaz, Afrontamiento familiar desadaptativo, Deterioro de la memoria, Soledad excesiva, Disminución capacidad de alimentación, Disminución capacidad para bañarse, Percepción sensorial visual alterada, Percepción sensorial auditiva alterada. Riesgo de infección, Riesgo de caídas, Riesgo de ingesta nutricional inadecuada, riesgo de úlcera por presión, riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz, riesgo de presión arterial desequilibrada, Riesgo de autogestión ineficaz del patrón de glucemia, Riesgo de soledad, Riesgo de confusión aguda.

Variable dependiente: Nivel de autocuidado de adultos con enfermedad crónica.

Definición Conceptual:

Conceptualizado como la capacidad de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir la enfermedad, mantener y enfrentar la enfermedad o discapacidad, con o sin apoyo del profesional de salud (OMS, 2020).

Definición operacional: consta de los siguientes indicadores

- Autocuidado deficiente: 24 a 48 puntos en la escala ASA
- Autocuidado regular: 49 a 72 puntos en la escala ASA
- Autocuidado bueno: 73 a 96 puntos en la escala ASA

(Ver matriz de operacionalización de variables)

Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala	Item/ instrumento
Autocuidado	Variable dependiente del estudio. Es la capacidad de las personas,	Autocuidado deficiente	Puntuación 24 a 48 puntos en la escala ASA	Ordinal	Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)
	familias y comunidades para promover la salud, prevenir la enfermedad,	Autocuidado regular	Puntuación entre 49 a 72 en la escala Asa		
	mantener la salud y enfrentar la enfermedad y discapacidad con o sin el apoyo de profesionales sanitarios (OMS, 2020)	Autocuidado bueno	Puntuación 73 a 96 puntos en la escala Asa		

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala	Item/ instrumento
Diagnóstico de enfermería	Variable independiente. Es el juicio clínico sobre una respuesta humana a condiciones de salud/procesos de vida, o la vulnerabilidad a esa respuesta, por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad” (Herdman & Kamitsuru, 2018)	00016- Deterioro de eliminación urinaria: Sí- No	Coexistencia de alguna de: oliguria, poliuria, anuria, retención urinaria	Nominal	Lista de Cotejo: Mapeo de Diagnósticos de enfermería
		00421- Volumen de líquidos inadecuado: Si- No	Coexistencia de alguna de las características definitorias: piel y mucosas resacas, disminución de presión arterial, alteracion del sensorio	Nominal	
		00085- Deterioro de la movilidad física: Si- No	Coexistencia de alguna de las características definitorias: capacidad limitada para desempeñar habilidades motoras gruesas o finas, movimientos no coordinados, cambios en la marcha, velocidad de la marcha disminuida, pasos pequeños, pies arrastrándose, oscilación de la postura lateral incrementada. intolerancia a la actividad, fuerza y resistencia disminuida.	Nominal	

1
2
3
4

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala	Item/ instrumento
		00407- Patrón del sueño ineficaz: Si- No	Coexistencia de queja verbal de dificultad para dormir, queja verbal de no sentirse descansado, insatisfacción del sueño. Sueño nocturno interrumpido	nominal	Lista de Cotejo: Valoración Diagnósticos de enfermería
		00235- Estreñimiento funcional crónico: Si- No	Coexistencia de: ausencia de eliminación intestinal mayor a 24 horas, escasez de fibra en alimentos, constipación efecto de fármacos, escasez de líquidos, sedentarismo, lesión médula	Nominal	
		00017- Incontinencia urinaria de esfuerzo: Si- No	Coexistencia de: diabetes mellitus, sobre peso u obesidad, calculo urinaria, infección urinaria, tos crónica de larga duración, apnea del sueño	nominal	
		00032-Patron respiratorio ineficaz: Si- No	Coexistencia de alguna de las características definitorias: disnea, ventilación irregular, saturación disminuida, fatiga, cianosis, ortopnea, frecuencia cardiaca aumentada,	nominal	

5

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala	Item/ instrumento
		00370- Volumen excesivo de líquidos: Si- No	Presencia de nauseas, confusión, aumento de peso repentino, edemas, aumento de perímetro abdominal, distensión abdominal	nominal	Lista de Cotejo: Valoración Diagnósticos de enfermería
		00133- Dolor crónico: Si- No	Coexistencia de: fatiga, capacidad alterada de continuar actividades, alteración patrón de sueño, interacción con las personas reducida, facies de dolor, conducta de protección, temor, fatiga, atrofia de grupos musculares implicados, insomnio, malestar emocional.	nominal	
		00034- Ingesta Nutricional inadecuada: Si- No	Coexistencia de alguna de las características definitorias: informe de ingesta alimentaria inferior al aporte diario, referencia de alteración del gusto, falta de interés por la comida, problemas en la masticación, dolor abdominal, inapetencia, hiporexia, caída del cabello excesiva, pérdida de peso, disminución de turgencia cutánea, diarrea.	nominal	
		00085- Deterioro de la movilidad física: Si- No	Paciente refiere fatiga o falta de energía, disminución del tiempo de reacción a estímulos externos, alteración en deambulación, inestabilidad postural limitación de habilidades motoras, dificultad para girarse en la cama.	nominal	

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala	Item/ instrumento
		00051- Deterioro de la comunicación verbal: Si- No	Presencia de: disartria, negativa voluntaria e involuntaria a hablar, verbalización inapropiada, dislalia, afonía, tartamudeo, alteración del sensorio, incapacidad para usar expresiones faciales	nominal	Lista de Cotejo: Mapeo de Diagnósticos de enfermería
		00046. Deterioro de la integridad cutánea: Si- No	Coexistencia de: piel y mucosas reseca, piel enrojecida en prominencias óseas, pérdida de continuidad de la piel, eritema, edema, dolor, exudado, Necrosis,	nominal	
		00078- Manejo inefectivo del régimen terapéutico: Si- No	Coexistencia de: verbaliza deseo de controlar el tratamiento de la enfermedad y prevención de secuelas, verbaliza dificultad con la regulación de regímenes prescritos, verbaliza no seguir los regímenes terapéuticos en las rutinas diarias. (Nanda, 2021-2023)	nominal	

		00456- Afrontamiento familiar desadaptativo: Si- No	Familia poco colaboradora. Depresión, distorsión de la realidad con respecto al problema de salud del paciente (negación de su existencia o gravedad), familiares desatienden al usuario en cuidados habituales y tratamiento, deterioro de comunicación entre miembros de la familia, toma decisiones familiares inadecuadas o no se toma en cuenta necesidades del paciente del paciente. Adulto manifiesta sentimientos de desesperanza, actitud pasiva y dependiente	nominal	
		00074- Afrontamiento del cuidador familiar comprometido (cuidador); Si- No	Cuidador intenta brindar ayuda con resultados poco efectivos, se encierra en sí mismo, establece comunicación limitada con el paciente, o su conducta resulta exagerada o insuficiente en relación con las capacidades o necesidad de autonomía del paciente. Adulto informa preocupación por respuesta del cuidador a su problema de salud; el cuidador manifiesta conocimiento inadecuado que dificulta la adopción de conductas efectivas de ayuda y soporte. (Nanda, 2021-2023)	nominal	Lista de Cotejo: Valoración Diagnósticos de enfermería

		00131- Deterioro de la memoria: Sí- No	Presencia de alguna de las características definitorias: fallos de memoria, experiencias de olvidos, incapacidad para recordar conducta ejecutada, incapacidad para desarrollar habilidad previamente aprendida, incapacidad para recordar información sobre hechos pasados o recientes.	nominal	
		475- Soledad excesiva	Coexistencia de informe de sentimientos de tristeza recurrentes, informe de sentimientos negativos como miedo, desesperanza, pérdida recurrente, alteración del apetito, disminución de la interacción social.	nominal	
		00122- Percepción sensorial visual alterada: Sí- No	Coexistencia de alguna de las características definitorias: cambios en la respuesta habitual a los estímulos visuales, cambios en la resolución de problemas, cambios en la agudeza visual. (Nanda, 2021-2023)	nominal	

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala	Item/ instrumento
		00122- Percepción sensorial auditiva alterada: Si- No	Coexistencia de: cambios en la respuesta habitual a los estímulos auditivos, cambios en la resolución de problemas, cambios en la agudeza auditiva. (Nanda, 2021-2023)	nominal	Lista de Cotejo: Mapeo de Diagnósticos de enfermería
		00328- Disminución capacidad de alimentación: Si- No	Coexistencia de incapacidad para deglutir alimentos, manejar utensilios, masticar la comida, mover los alimentos en la boca, ingerir alimentos de forma socialmente aceptable	nominal	
		00326- Disminución capacidad para bañarse: Si- No	Coexistencia de incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo, incapacidad para regular la temperatura y el flujo del agua, incapacidad para secarse el cuerpo, dificultades para entrar y salir del baño.	nominal	
		00329- Disminución capacidad para ir al inodoro: Si- No	Coexistencia de incapacidad para llegar hasta el inodoro o urinario, incapacidad para sentarse o levantarse del retrete o del orinal, incapacidad para usar el orinal, incapacidad para manipular la ropa para la evacuación, incapacidad para vaciar el retrete, incapacidad para el aseo después del uso del retrete.	nominal	

		00339- Alfabetización sanitaria inadecuada: Sí- No	Coexistencia de referencias verbales del problema de salud, solicitud de información frecuente, seguimiento inadecuado de las instrucciones sobre medicación y realización inadecuada de procedimientos	nominal	
--	--	---	---	---------	--

Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala	Item/ instrumento
		00004- Riesgo de infección: Si- No	Coexistencia de procedimientos invasivos, exposición a agentes patogénicos, retención de líquidos corporales, alteración del peristaltismo, anemia, inmunosupresión, enfermedad crónica, malnutrición.	nominal	Lista de Cotejo: Mapeo de Diagnósticos de enfermería
		00140- Riesgo de violencia autoinfligida: Si- No	Coexistencia de: ideación suicida, viudez, relaciones interpersonales conflictivas, enfermedad crónica o terminal, depresión, desesperanza, aislamiento social	nominal	
		00303- Riesgo de caídas: Si- No	Coexistencia de: necesidad de auxilio para deambulación, trastornos de la marcha, uso de silla de ruedas, prótesis en miembros inferiores, vivir solo, mareos, edad mayor de 65 años	nominal	
		00374- Riesgo de sangrado excesivo: Si- No	Coexistencia de aneurisma, deterioro de la función hepática, coagulopatía esencial, trauma, efectos secundarios de fármacos, trastornos gastrointestinales	nominal	
		00312- Riesgo de ulcera por presión: Si- No	Coexistencia de inmovilización física, edad extrema, alteración del estado nutrición, alteraciones sensoriales, prominencias óseas, cambios de elasticidad de la piel, alteración de la circulación	nominal	
		00228- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz: Si- No	Coexistencia de edemas, pulsos débiles o ausentes, cambios en el color y temperatura de la piel, variaciones en la presión arterial de las extremidades, uñas de crecimiento lento, gruesas y frágiles, alteración de la sensibilidad cutánea, ulceraciones, palidez al elevar una extremidad que no recupera el color al bajarla.	nominal	

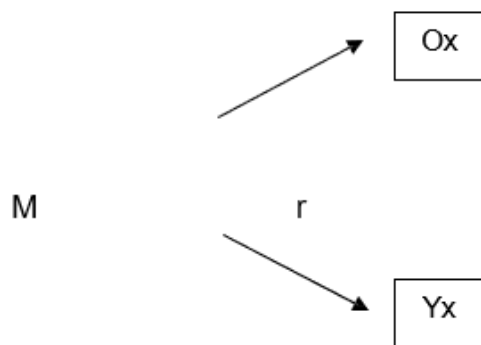
Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala	Item/ instrumento
Características sociodemográficas	Son los atributos individuales del sujeto de estudio, referidos a la biología y estatus social. Permite el entendimiento de las condiciones del participante en el contexto de la investigación	Edad	Número de años cumplidos en el momento del estudio	Razón	Cuestionario Parte I. Características sociodemográficas
		Sexo	Femenino- Masculino	Nominal	
		Estado civil	Soltero, casado, conviviente, viudo/divorciado	Nominal	
		Escolaridad	Ultimo grado de estudios aprobado: sin instrucción, primaria, secundaria, superior	Ordinal	
Características clínicas	Son los atributos individuales del sujeto de estudio, referidos a la biología y estatus social. Permite el entendimiento de las condiciones del participante en el contexto de la investigación	Tipo de enfermedad	Diagnóstico médico registrado en la historia clínica del adulto ingresado a emergencia	Nominal	Cuestionario. Parte II. Características clínicas
		Tiempo de enfermedad	Número de años desde el diagnóstico médico de la enfermedad crónica del participante	Razón	
		Presencia de molestias actuales	Referencia del adulto de padecer actualmente algún signo o síntoma.	Nominal	

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Se manejó el método cuantitativo, las variables fueron tratadas en forma numérica, haciendo uso de la estadística descriptiva e inferencial. El diseño fue observacional, prospectivo y transversal. Observacional, porque los constructos teóricos se analizaron tal y como informó el adulto sujeto de estudio, sin manipular las variables. Prospectiva, porque los datos se recopilaban a intención. Transversal, se hizo un corte en el tiempo.

Posee el diagrama siguiente:



Especificaciones

- M: Muestra
- Ox: Observaciones obtenidas en cada una de las variables independientes (diagnósticos de enfermería).
- Yx: Subíndices (Observaciones obtenidas en la variable dependiente: nivel de autocuidado).
- r: relación entre las variables independiente y dependiente (diagnósticos de enfermería y autocuidado).

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por 438 adultos de 20 años o más, con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio, que asisten a la

IPRESS I-3, 6 de octubre del Distrito Belén (HIS- Ipress 6 de Octubre-2025).

3.2.2. Muestra

La muestra fue constituida por 205 adultos de 20 años o más, con enfermedad crónica que asisten al tratamiento ambulatorio en el Centro de Salud 6 de Octubre. Ha sido calculada mediante la fórmula de proporciones para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z^2 * P(1-P) * N}{(N-1)E^2 + Z^2 * P(1-P)}$$

Donde:

- N: Tamaño población
- N: Tamaño de muestra
- Z: 1,96 (95% confiabilidad)
- E: error (5%)
- p: 0.50
- q: 1-p

Reemplazando la fórmula anterior, el tamaño de la muestra fue de 205 adultos con enfermedad crónica (n=205)

Criterios de Inclusión:

- Adultos que tienen 20 años o más
- Adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio
- Adultos con aceptación del consentimiento informado

Criterios de Exclusión:

- Adultos sin aceptación del consentimiento informado

3.3. Técnicas e instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.3.1. Técnicas: Como se trata de una investigación cuantitativa, las técnicas aplicadas fueron la entrevista y la observación.

Entrevista: La entrevista es una técnica ampliamente utilizada en la

investigación cuantitativa; consiste en establecer un diálogo cara a cara entre el investigador y el informante con el fin de obtener información relevante para el estudio⁴⁵. En cuanto al tipo de preguntas, principalmente son cerradas, aunque pueden incluir preguntas abiertas estandarizadas para medir variables específicas, que luego se codifican numéricamente. La entrevista implica que el entrevistador aplica el cuestionario a los participantes; el primero hace las preguntas a cada entrevistado y anota las respuestas. Su papel es crucial, resulta ser una especie de filtro. El mismo instrumento se aplica a todos los participantes, en condiciones lo más similares posible (estandarización)⁴⁶.

Observación: Es una técnica de investigación que permite registrar de manera sistemática, objetiva y estructurada comportamientos o eventos observables. Se basa en el uso de categorías previamente definidas para cuantificar las conductas o situaciones que se presentan. Es útil en estudios donde se requiere medir la frecuencia, duración o intensidad de ciertos fenómenos, y se aplica en contextos como el análisis de interacciones sociales, reacciones ante estímulos o comportamientos en situaciones específicas. Este tipo de observación produce datos numéricos que pueden ser analizados estadísticamente⁴⁷. Esta técnica fue utilizada durante la valoración e identificación de la variable independiente.

Instrumentos de recolección de datos

- **Escala de Valoración de la Agencia de Autocuidado (ASA):**

Esta escala fue diseñada por Evers con el propósito de medir el autocuidado informado por el paciente con enfermedad crónica desde la perspectiva teórica de Orem. Está conformado por 24 ítems con un formato de respuesta de cuatro alternativas tipo Likert, donde el 1 (casi siempre) significa el valor más bajo de autocuidado y el 4 (siempre) el más alto. Las puntuaciones varían entre 24 y 96 puntos, y los ítems 6, 11 y 20 son inversos. Tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de 0,68-0,74

corregida⁴⁸ y de 0,775⁴⁹. En este estudio alcanzó un Alpha Cronbach de 0,951.

- **Lista de cotejo: “Mapeo de diagnósticos de enfermería en adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio”** Este instrumento ha sido planteado por las tesisistas y asesores desde la perspectiva teórica de la Nanda Internacional para los diagnósticos de enfermería reales y potenciales. Comprende un listado de 25 etiquetas diagnósticas reales y 11 etiquetas diagnósticas potenciales; además, un listado de las características definitorias (signos y síntomas) y factores de riesgo.
- **Cuestionario de características sociodemográficas, y características clínicas:** consta de una serie de ítems, que abordan las características sociodemográficas y clínicas de los adultos con enfermedad crónica.

Con fines sicométricos, estos instrumentos fueron sometidos a validez de contenido, test de equivalencia y prueba piloto.

Validez de contenido: denominada también juicio de expertos, se desarrolló con el propósito de verificar si los ítems planteados realmente miden el objetivo que se pretende medir; para ello se convocó a 05 enfermeras profesionales con experiencia en la atención primaria de salud. El índice de validez de contenido fue de 0,89.

Confiabilidad: se aplicó el Test de equivalencia y se calculó el Índice de concordancia. Las tesisistas previamente entrenadas desarrollaron la valoración diagnóstica del mismo sujeto de estudio en forma individual; posteriormente se calcularon los acuerdos y desacuerdos. El índice de concordancia fue de 0,95.

Prueba Piloto: se ejecutó en 15 adultos que residen en la comunidad jurisdicción del distrito de Belén. Tuvo como objetivo comprobar el orden de los ítems y la medición del tiempo

aproximado que se utilizó en la recogida de datos.

3.3.2. Procedimiento de recolección de datos

- Se obtuvo la Autorización del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Científica del Perú.
- Posteriormente se obtuvo la autorización de la Geresa Loreto y Jefatura de la Ipress 6 de octubre del distrito de Belén, para recabar la información correspondiente, con fecha 12 de agosto de 2025.
- Se coordinó con la enfermera encargada de la consulta de enfermería ambulatoria de adultos con enfermedad crónica, previa información de los objetivos e instrumentos de esta investigación.
- Los adultos fueron evaluados en las instalaciones de la Ipress 6 de octubre y mediante visitas domiciliarias. Una vez seleccionados, los adultos firmaron el consentimiento informado.
- Los datos fueron recolectados en el turno de la mañana durante 04 semanas en el horario de 7:00 am a 2pm.
- Los tesisistas utilizaron el uniforme de salud comunitaria en la recogida de datos.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Se manejó mediante el paquete estadístico SPSS versión 26,0. Preliminarmente, los datos recogidos fueron codificados. La normalidad estadística de las variables fue comprobada a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se elaboraron medidas de resumen en variables cuantitativas como las medidas de tendencia central y dispersión; y en el caso de variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes. En el análisis inferencial, se utilizó la prueba chi cuadrado a fin de analizar la relación de las variables de estudio considerando un p valor

significativo inferior a 0,05.

3.5. Protección de los derechos humanos

La obtención de la Autorización del Comité de Ética Institucional e Investigación de la UCP mostró que esta investigación no involucró riesgo para los adultos sujetos de estudio.

Durante la recogida de datos y análisis de los mismos, se consideró el respeto de los derechos humanos y los principios bioéticos de los sujetos de estudio del siguiente modo:

Beneficencia: los hallazgos de esta investigación están orientados al logro de un beneficio común de la sociedad con énfasis en el grupo de adultos con una enfermedad crónica; por lo tanto, los hallazgos aportan con información para diseñar estrategias encaminadas a mejorar la calidad de vida de adultos con enfermedad crónica.

No maleficencia: no se afectó la salud física, psicológica y social de los adultos; los instrumentos fueron anónimos.

Justicia: todos los adultos con enfermedad crónica tuvieron la posibilidad de ser incluidos en la investigación, sin distinción de género, raza, u otros.

Autonomía: la decisión de participación de los adultos fue libre y voluntaria; tuvieron la capacidad de retirarse del estudio en cualquier momento. La actuación libre y consciente, se comprobó con la firma del consentimiento informado.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas del adultomayor con enfermedad crónica

Tabla 1. Características sociodemográficas del adulto con enfermedad crónica. Ipress I-3 de Octubre. 2025

Factores sociodemográficos	n	%
Edad		
Media (M, DS)	54,9 ± 17,14 años	
Adulto joven	47	22,9
Adulto intermedio	59	28,8
Adulto mayor	99	48,3
Sexo		
Masculino	66	32,20
Femenino	139	67,80
Estado Civil		
Soltero	71	34,63
Conviviente	69	33,66
Casado	54	26,34
Separado-viudo	11	5,37
Escolaridad		
Sin instrucción	39	19,02
Primaria	59	28,78
Secundaria	87	42,44
Superior	20	9,76

M: media; DS: desviación estándar

La edad promedio de los adultos mayores participantes fue de 54,9 ± 17,14 años; el 48,3% eran adultos mayores y el 28,8% adultos intermedios y el 22,9% adultos jóvenes. Respecto al sexo, el 67,8% eran de sexo femenino y el 32,2% de sexo masculino. En cuanto al estado civil, el 34% declaró estado civil soltero y 33,66% convivientes. En relación con la escolaridad, el 42,44% informaron secundaria, el 28,78% estudios primarios. Llama la atención que el 19,02% informaron que no contaban con algún grado de instrucción

4.2. Características clínicas de la enfermedad crónica del adulto participante

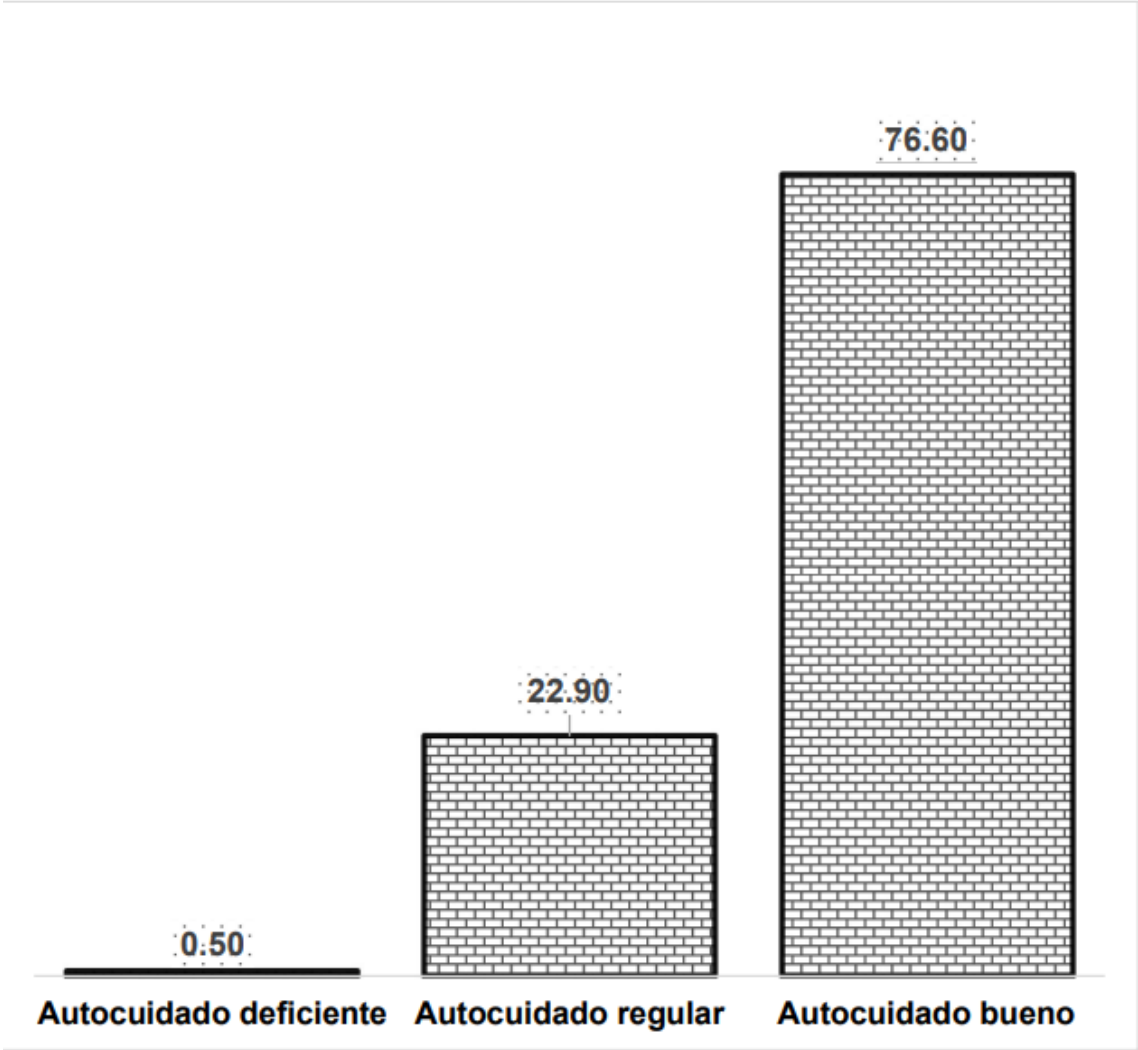
Tabla 2. Características clínicas del adulto con enfermedad crónica. Ipress I-3. 6 de Octubre. 2025

Características clínicas	n	%
Tiempo de enfermedad		
Mediana en años		3
Tiempo mínimo (años)		1
Tiempo máximo (años)		49
Tipo de enfermedad		
Diabetes	77	37,56
Hipertensión	72	35,12
Obesidad	20	9,76
Cáncer	10	4,88
Gastritis	10	4,88
Migraña	9	4,39
Artritis	7	3,41
Tiene alguna molestia		
Si	46	22,44
No	159	77,56
Tipo de molestia		
Dolor de cabeza	12	26,09
Dolor de huesos	7	15,22
Otros	27	58,70

La mediana de la edad del tiempo de enfermedad fue de 3 años, siendo el valor mínimo de 01 año y el valor máximo de 49 años. En cuanto al tipo de enfermedad, el 37,56% presentó diabetes mellitus, seguido del 35,12% con hipertensión arterial, el 9,76% obesidad, 4,88% cáncer, otro porcentaje similar de 4,8% con gastritis. Cuando se le preguntó si actualmente presenta alguna molestia, el 22,44% informó en forma afirmativa; de éstos el 26,09% informó “dolor de cabeza” y el 15,22% “dolor de huesos”.

4.3 Nivel de autocuidado de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio

Gráfico 1. Nivel de autocuidado del adulto con enfermedad crónica.
Ipress I-3 6 de Octubre. 2025



El gráfico 1 muestra que el 76,6% presentó un nivel de “autocuidado bueno”, es decir que alcanzó puntajes entre 73 puntos a más en la escala de autocuidado; mientras que el 22,9% informó un nivel de autocuidado regular con puntuaciones entre 49 y 72 punto.

4.3 Diagnósticos de enfermería reales y potenciales de adultos con enfermedad crónica

Tabla 3. Diagnósticos de enfermería reales y potenciales de adultos con enfermedad crónica.
Ipress I.3 de Octubre. 2025

Dominio	Clase	Código	Diagnóstico de enfermería	n	%
12. Confort	1. Confort físico	133	Dolor crónico	98	47,8
3. Eliminación e intercambio	1. Función urinaria	016	Deterioro de la eliminación urinaria	96	46,8
4. Actividad/reposo	1. Sueño/reposo	407	Patrón de sueño eficaz	63	30,7
3. Eliminación e intercambio	4. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares	032	Patrón respiratorio ineficaz	55	26,8
2. Nutrición	1. Ingestión	034	Ingesta nutricional inadecuada	54	26,3
3. Eliminación e intercambio	1. Función urinaria	017	Incontinencia urinaria de esfuerzo	47	22,9
	2. Función gastrointestinal	235	Estreñimiento funcional crónico	40	19,5
4. Actividad/reposo	2. Actividad/ejercicio	085	Deterioro movilidad física	32	15,6
11. Seguridad / protección	2. Lesión física	046	Deterioro de la integridad cutánea	28	13,7
5. Percepción / cognición	4. Cognición	131	Deterioro de la memoria	23	11,2
2. Nutrición	5. Hidratación	370	Volumen de excesivo de líquidos	15	7,3
9. Afrontamiento / tolerancia al estrés	3. Respuesta de afrontamiento	456	Afrontamiento familiar desadaptativo	13	6,3
5. Percepción / cognición	4. Cognición	435	Conocimientos de salud inadecuados	12	5,9
	5. Comunicación	051	Deterioro de la comunicación verbal	10	4,9
	3. Sensación / percepción	122	Percepción sensorial visual* alterada	8	3,9
2. Nutrición	5. Hidratación	421	Volumen de líquidos inadecuado	7	3,4
4. Actividad/reposo	5. Autocuidado	238	Disminución capacidad de alimentación	5	2,4
		326	Disminución de la capacidad para bañarse	4	2,0
		329	Disminución capacidad para ir al inodoro	4	2,0
1. Promoción de la salud	2. Gestión de la salud	369	Autogestión de la salud ineficaz	3	1,5
5. Percepción / cognición	3. Sensación / percepción	122	Percepción sensorial auditiva alterada*	2	1,0
12. Confort	3. Confort social	475	Soledad excesiva	1	0,5

*Nanda 2021-2023

La tabla 3 muestra que se identificaron 22 diagnósticos de enfermería reales en los pacientes estudiados

Los diez diagnósticos de enfermería más frecuentes fueron los siguientes: “Dolor crónico” (47,8%), seguido por “Deterioro de la eliminación urinaria”, “Patrón del sueño ineficaz” (30,7%), “Patrón respiratorio ineficaz” (26,8%), “Ingesta nutricional inadecuada” (26,3%), “Incontinencia urinaria de esfuerzo” (22,9%), “Estreñimiento funcional” (19,5%), “Deterioro de la movilidad física” (15,6%), “Deterioro de la integridad cutánea” (13,7%), “Deterioro de la memoria” (11,2%) entre otros.

Asimismo, los dominios más afectados con mayor presencia de diagnósticos de enfermería fueron el dominio 4, seguido del dominio 5 y el dominio 3.

El dominio 4 Actividad/reposo comprendió cinco diagnósticos: Patrón de sueño ineficaz (30,7%), Deterioro de la movilidad física (15,6%), Disminución de la capacidad de alimentación (2,4%), Disminución de la capacidad para bañarse (2%) y Disminución de la capacidad para ir al inodoro (2%).

A su vez, el dominio 5 Percepción/cognición incluyó cinco diagnósticos de enfermería: Deterioro de la memoria (11,2%), Conocimiento de salud inadecuado (5,9%), Deterioro de la comunicación verbal (4,9%), Percepción sensorial visual alterada (3,9%) y Percepción sensorial auditiva alterada (1%).

También el dominio 3. Eliminación e intercambio incluyó tres diagnósticos de enfermería, entre ellos, Deterioro de la eliminación urinaria (46,8%), Incontinencia urinaria de esfuerzo (22,9%) y Estreñimiento funcional crónico (19,5%).

Tabla 4. Diagnósticos de enfermería de riesgo del adulto con enfermedad crónica. Ipress I-3 6 de Octubre. 2025

Dominio	Clase	Código	Diagnóstico de enfermería	n	%
11. Seguridad / protección	1. Infección	004	Riesgo de infección	76	37,1
	2. Lesión física	303	Riesgo de caídas	25	12,2
2. Nutrición	1. Ingestión	409	Riesgo de ingesta nutricional inadecuada	23	11,2
11. Seguridad / protección	2. Lesión física	312	Riesgo de úlcera por presión	12	5,9
4. Actividad / descanso	4. Respuesta cardiovascular / pulmonar	228	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz	11	5,4
		362	Riesgo de presión arterial desequilibrada	9	4,4
11. Seguridad / protección	2. Lesión física	374	Riesgo de sangrado excesivo	9	4,4
5. Percepción / cognición	4. Cognición	173	Riesgo de confusión aguda	5	2,4
1. Promoción de la salud	2. Gestión de la salud	489	Riesgo de autogestión ineficaz del patrón de glucemia	1	0,5
12. Confort	3. Confort social	475	Riesgo de soledad	1	0,5

Respecto a los diagnósticos de enfermería de riesgo, en la tabla 4 se puede apreciar que se identificaron 10 diagnósticos de enfermería de riesgo, siendo los más frecuentes: “Riesgo de infección” (37,1%), seguido de “Riesgo de caídas” (12,2%), “Riesgo de ingesta nutricional inadecuada” (11,2%), “Riesgo de úlcera por presión” (5,9%), entre otros.

Los dominios mayormente afectados fueron, en primer lugar, el dominio 11. Seguridad/Protección con cuatro diagnósticos de enfermería que fluctuaron entre el 37,1% (Riesgo de infección) y 4,4% (Riesgo de presión arterial desequilibrada); y el dominio 4. Actividad/descanso con dos diagnósticos de enfermería que oscilaron entre el 5,4% (Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz y el 4,4%.

4.4. Relación entre los diagnósticos de enfermería reales y de riesgo y el nivel de autocuidado de adultos con enfermedad crónica

Tabla 5. Nivel de autocuidado según los diagnósticos de enfermería reales del adulto con enfermedad crónica. Ipress I-3 6 de Octubre. 2025

Diagnósticos reales	Autocuidado			Total	p
	Deficiente	Regular	Bueno		
<i>Dolor crónico</i>					
Si	1 (0,5)	31 (15,1)	66 (32,2)	98 (47,8)	$X^2= 9,391$ p=0,009
No	0 (0,0)	16 (7,8)	91 (44,4)	107 (52,2)	
<i>Deterioro de la eliminación urinaria</i>					
Si	1 (0,5)	46 (22,4)	49 (23,9)	96 (46,8)	$X^2= 65,697$ p=0,000
No	0 (0,0)	1 (0,5)	108 (52,7)	109 (53,2)	
<i>Patrón de sueño ineficaz</i>					
Si	1 (0,5)	30 (14,6)	32 (15,6)	63 (30,7)	$X^2= 34,341$ p=0,000
No	0 (0,0)	17 (8,3)	125 (61,0)	142 (69,3)	
<i>Patrón respiratorio ineficaz</i>					
Si	1 (0,5)	27 (13,2)	27 (13,2)	55 (26,8)	$X^2= 35,500$ p=0,000
No	0 (0,0)	20 (9,8)	130 (63,4)	150 (73,2)	
<i>Ingesta nutricional inadecuada</i>					
Si	0 (0,0)	17 (8,3)	37 (18,0)	54 (26,3)	$X^2= 3,321$ p=0,120
No	1 (0,5)	30 (14,6)	120 (58,5)	151 (73,7)	
<i>Incontinencia urinaria de esfuerzo</i>					
Si	1 (0,5)	20 (9,8)	26 (12,7)	47 (22,9)	$X^2= 17,208$ p=0,000
No	0 (0,0)	27 (13,2)	131 (63,9)	158 (77,1)	
<i>Estreñimiento funcional crónico</i>					
Si	1 (0,5)	16 (7,8)	23 (11,2)	40 (19,5)	$X^2= 12,807$ p=0,002
No	0 (0,0)	31 (15,1)	134 (65,4)	165 (80,5)	
<i>Deterioro de la movilidad física</i>					
Si	1 (0,5)	12 (5,9)	19 (9,3)	32 (15,6)	$X^2= 10,385$ p=0,006
No	0 (0,0)	35 (17,1)	138 (67,3)	173 (84,4)	
<i>Deterioro de la integridad cutánea</i>					
Si	1 (0,5)	9 (4,4)	18 (8,8)	28 (13,7)	$X^2= 8,163$ p=0,017
No	0 (0,0)	38 (18,5)	139 (67,8)	177 (86,3)	
<i>Deterioro de la memoria</i>					
Si	0 (0,0)	12 (5,9)	11 (5,4)	23 (11,2)	$X^2=12,59$ p=0,002
No	1 (0,5)	35 (17,1)	146 (71,2)	182 (88,8)	

La tabla 5 presenta la distribución porcentual y el tipo de relación estadística entre los diez diagnósticos de enfermería reales más frecuentemente identificados y el nivel de autocuidado informado por el adulto participante, observándose lo siguiente:

En primer lugar, se aprecia que nueve de los diez diagnósticos de enfermería más frecuentes mostraron relación estadística significativa con el nivel de autocuidado ($p < 0,05$); a excepción del diagnóstico de enfermería “Ingesta nutricional inadecuada” ($p > 0,05$).

Del 47,8% que manifestaron “Dolor crónico”, el mayor porcentaje (32,2%) informó nivel de autocuidado bueno (2,12 veces más que el nivel de autocuidado regular). Mientras que, del 46,8% de adultos que presentó “Deterioro de la eliminación urinaria”, la mitad de ellos presentó autocuidado bueno (23,9%), seguido de autocuidado regular (22,4%)

Llama la atención que del 30,7% con el diagnóstico “Patrón de sueño ineficaz”, la mitad de ellos informó autocuidado bueno (15,6%) y la otra mitad, autocuidado regular (14,6%). Asimismo, del 26,8% con “Patrón respiratorio ineficaz”, la mitad (13,2%) presentó autocuidado bueno y la otra mitad autocuidado regular.

Del 26,3% con Ingesta nutricional inadecuada, la mayoría de ellos (18%) presentó autocuidado bueno y el 8% autocuidado regular en una relación de 2 a 1.

En el 22,9% de pacientes con el diagnóstico “Incontinencia urinaria de esfuerzo”, el 12,7% presentó autocuidado bueno y 9,8% restante autocuidado regular. Situación similar se observó en los tres diagnósticos de enfermería restantes:

“Estreñimiento”, “Deterioro de la movilidad física” y “Deterioro de la integridad cutánea”, en los que predominó el nivel de autocuidado bueno.

Tabla 6. Nivel de autocuidado según los diagnósticos de enfermería de riesgo del adulto con enfermedad crónica. Ipress I-3 6 de Octubre. 2025

Diagnósticos de riesgo	Autocuidado			Total	p
	Deficiente	Regular	Bueno		
Riesgo de infección					
Si	1 (0,5)	34 (16,6)	36 (17,6)	71 (34,6)	$X^2= 12,590$ p=0,002
No	0 (0,0)	13 (6,3)	121 (59,0)	134 (65,4)	
Riesgo de caídas					
Si	1 (0,5)	8 (3,9)	16 (7,8)	25 (12,2)	$X^2= 8,811$ p=0,012
No	0 (0,0)	39 (19,0)	141 (68,8)	180 (87,8)	
Riesgo de ingesta nutricional inadecuada					
Si	1 (0,5)	13 (6,3)	9 (4,4)	23 (11,2)	$X^2= 25,412$ p=0,000
No	0 (0,0)	34 (16,6)	148 (72,2)	182 (88,8)	
Riesgo de úlcera por presión					
Si	1 (0,5)	9 (4,4)	2 (1,0)	12 (5,9)	$X^2= 37,134$ p=0,000
No	0 (0,0)	38 (18,5)	155 (75,6)	193 (94,1)	
Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz					
Si	0 (0,0)	5 (2,4)	6 (2,9)	11 (5,4)	$X^2= 3,367$ p=0,186
No	1 (0,5)	42 (20,5)	151 (73,7)	194 (94,6)	
Riesgo de sangrado excesivo					
Si	0 (0,0)	4 (2,0)	5 (2,4)	9 (4,4)	$X^2= 2,491$ p=0,288
No	1 (0,5)	43 (21,0)	152 (74,1)	196 (95,6)	
Riesgo de presión arterial desequilibrada					
Si	1 (0,5)	9 (4,4)	2 (1,0)	12 (5,9)	$X^2= 0,611$ p=0,737
No	0 (0,0)	38 (18,5)	155 (75,6)	193 (94,1)	
Riesgo de confusión aguda					
Si	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (2,4)	5 (2,4)	$X^2= 1,567$ p=0,457
No	1 (0,5)	47 (22,9)	152 (74,1)	200 (97,6)	
Riesgo de autogestión ineficaz del patrón de glucemia					
Si	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	1 (0,5)	$X^2= 0,307$ p=0,858
No	1 (0,5)	47 (22,9)	156 (76,1)	204 (99,5)	
Riesgo de soledad					
Si	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	1 (0,5)	$X^2= 0,307$ p=0,858
No	1 (0,5)	47 (22,9)	156 (76,1)	204 (99,5)	

En la tabla 6, puede apreciarse la distribución porcentual y el tipo de relación estadística entre 10 diagnósticos de enfermería detectados y el nivel de autocuidado del adulto con enfermedad crónica.

Observándose que solo 04 de los 10 diagnósticos identificados mostraron relación estadística significativa con el nivel de autocuidado: “Riesgo de infección”, “Riesgo de caídas”, “Riesgo de ingesta nutricional inadecuada” y “Riesgo de úlcera por presión” ($p<0,05$).

Del 34,6% de adultos que presentaron “Riesgo de infección”, la mitad de ellos (17,6%) informaron autocuidado bueno. Del 12,2% con “Riesgo de caídas”, el 7,8% presentó autocuidado bueno y el 3,9% autocuidado regular.

Mientras que, del 11,2% con “Riesgo de ingesta nutricional inadecuada”, el 6,3% informó autocuidado regular. Situación similar se observó en el 5,9% con “Riesgo de úlcera por presión”, más de la mitad de ellos (4,4%) presentó autocuidado regular. También del 5,4% que presentó “Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz”, la mitad de ellos presentó autocuidado regular.

CAPITULO V DISCUSIÓN CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

Actualmente, las enfermedades crónicas son reconocidas como las principales causas de muerte y discapacidad prevenible en todo el mundo; la prevalencia y los costos concernientes están en aumento⁵⁰. En este contexto, en esta investigación se exploraron variables sustanciales referidas a la toma de decisiones de la enfermera profesional, las mismas que influyen en el autocuidado de la persona con enfermedad crónica. Por lo que se determinó la relación entre algunos diagnósticos de enfermería reales y de riesgo y el nivel de autocuidado del adulto con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio.

En la medición del autocuidado con la Escala Asa (Agencia de autocuidado) utilizada en este estudio, se estableció que siete de cada diez adultos informaron un nivel de autocuidado bueno. No se han encontrado resultados similares en el ámbito nacional y regional, que permitan contrastar esta información, dado que la muestra involucró a adultos de 20 años a más, con diversas enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad entre otras.

Por otro lado, la mayoría de estudios encontrados han examinado el autocuidado en personas con una sola condición crónica o fundamentalmente en personas mayores, documentando frecuentemente comportamientos inadecuados en todas las dimensiones del autocuidado⁵¹, es decir, que la investigación concentrada en condiciones crónicas múltiples es escasa.

Empero, los hallazgos obtenidos son consistentes con investigaciones similares realizadas en otros contextos, en los que se reportaron comportamientos inadecuados de autocuidado del adulto con enfermedad

crónica. Así, en el ámbito latinoamericano, se han reportado estudios realizados en muestras de adultos mayores con enfermedad crónica, como es el caso de Chicaiza et al. (2024), quienes trabajaron con 50 adultos mayores ecuatorianos y detectaron que el 58% de los adultos mayores tienen un autocuidado parcialmente adecuado, y el 40% autocuidado adecuado, especialmente en las áreas de actividad física, higiene, eliminación y sueño⁵².

En otro estudio realizado por Luciani et al. (2022) analizaron los componentes del autocuidado en una muestra de 207 adultos estadounidenses, informaron que el componente con mayor puntuación fue el de “mantenimiento de autocuidado” (mediana de 75 puntos), seguido del componente que estuvo en el límite correspondió al “monitoreo de autocuidado” (mediana de 67.6 puntos), siendo el componente con mayor déficit el de “gestión del autocuidado”⁵³.

Del mismo modo, Arapi et al. (2026) en 376 adultos en Albania, aplicaron el inventario de autocuidado de enfermedades crónicas, el 88,2% padecía hipertensión y el 75,1% diabetes mellitus (DM). El 63% informaron déficit de autocuidado en actividad física, 85% en manejo de estrés, 41,5% en monitoreo de efectos secundarios de medicamentos y 60% en adecuación de dieta en respuesta a los síntomas⁵⁴.

El informe de déficit de autocuidado en la población adulta con enfermedad crónica es un hecho preocupante en la medida en que las enfermedades crónicas comparten dos características cardinales; por una parte, constituyen la principal amenaza para la salud pública y, por otro, los altos costos que ocasionan; por lo que la determinación del perfil del autocuidado es el elemento clave en el manejo de las enfermedades crónicas⁵⁵.

De otro lado, los hallazgos de este estudio revelaron que, nueve de los diez diagnósticos de enfermería reales identificados mostraron relación estadística

significativa con el nivel de autocuidado del adulto con enfermedad crónica ($p < 0,05$); siendo los más frecuentes: “Dolor crónico”, “Deterioro de la eliminación urinaria”, “Patrón de sueño ineficaz”, “Patrón respiratorio ineficaz” entre otros; empero; sin embargo, hubo casos en el que la mitad de adultos informó autocuidado regular, especialmente aquellos con diagnósticos de “Deterioro de la eliminación urinaria”, “Patrón de sueño ineficaz”.

Así mismo, cuatro de los diez diagnósticos de enfermería de riesgo encontrados, mostraron relación estadística significativa con el nivel de autocuidado: “Riesgo de infección”, “Riesgo de violencia autoinfligida”, “Riesgo de caídas”, “Riesgo de ingesta nutricional inadecuada” y “Riesgo de úlcera por presión” ($p < 0,05$). La mitad de ellos reportaron autocuidado regular, fueron aquellos que presentaron

“Riesgo de infección”, “Riesgo de ingesta nutricional inadecuada”, “Riesgo de úlcera por presión”.

No se encontraron otros estudios que exploren ambas variables (diagnósticos de enfermería y nivel de autocuidado); sin embargo, a continuación, se mencionan algunos de ellos que permiten la comparación de la situación del cuidado de enfermería en caso de enfermedades crónicas.

Así, en un estudio realizado por Márquez et al.⁴, en 12 adultos brasileños con diabetes mellitus, se reportó la presencia de “Deterioro de la eliminación urinaria”, “Riesgo de azúcar en sangre inestable”, “Riesgo de infección”, “Riesgo de caídas”. También es similar al informado por Muñiz et al.⁵⁶ en 35 adultos mayores mexicanos, señalando como diagnósticos prioritarios a “Riesgo de nivel inestable de azúcar en sangre”, “Riesgo de caídas”.

También Sampaio et al. determinaron los diagnósticos de enfermería en 175 adultos hipertensos y diabéticos de la atención primaria en salud en ocho unidades básicas de salud brasileñas. El promedio de edad fue de 62.1 años; predominó el sexo femenino (66.9%). Se identificaron 26 diagnósticos de enfermería, siendo los más frecuentes: Gestión Ineficaz de la Salud (98.9%),

seguido de Perfusión Tisular Periférica Ineficaz (78.3%), Estilo de Vida Sedentario (74.3%), Obesidad (54.3%) e Insomnio (51.4%)⁵⁷.

También Moraes et al. en un estudio desarrollado en 31 adultos brasileños, informó que el 67,7% cumple con el régimen terapéutico farmacológico y no farmacológico prescrito, lo que permitió la elaboración del diagnóstico “Control de salud ineficaz”, solo el 12,9% tuvo algún efecto secundario de los medicamentos y las complicaciones relacionadas con la hipertensión, debido a la dificultad de incorporar el régimen terapéutico en su vida diaria (32,3%)⁵⁸.

Lo anterior sugiere que los adultos con enfermedad crónica como la diabetes mellitus presentan problemas similares sustentados en las condiciones de salud o vulnerabilidad informadas por los pacientes.

La capacidad de diagnosticar en enfermería involucra procesos continuos de razonamiento y juicio clínico que sustentan los procedimientos de enfermería, y así, dar respuesta a las necesidades identificadas por el sistema de cuidados de

enfermería y promover el pensamiento crítico en enfermería, además de reconocer la enfermería como ciencia del cuidado⁵⁹.

Una de las limitaciones del estudio es que el autocuidado fue autoinformado, lo que podría no mostrar los comportamientos reales de autocuidado. Sin embargo, la principal fortaleza del estudio es que es el primer estudio en describir el mantenimiento, seguimiento y gestión del autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas en Loreto. Los hallazgos muestran datos importantes en la construcción del perfil de autocuidado de los adultos al establecer estrategias con mejoras clínicas efectivas encaminadas a mejorar la calidad de vida de estas personas vulnerables; al respecto, Mathus et al. (2025), señalan que el mantenimiento del autocuidado respalda la capacidad de las personas para efectuar la monitorización de autocuidado y rápidamente gestionar su autocuidado⁶⁰.

5.2 Conclusiones

- El perfil del adulto con enfermedad crónica es el siguiente: edad promedio 54,9 años, casi la mitad son adultos mayores, de sexo femenino (67,8%), con algún grado de instrucción secundaria (42,4%).
- Las enfermedades crónicas más frecuentes en los adultos fueron diabetes mellitus (37,56%), hipertensión arterial (35,12%), obesidad (9,76%). La mediana del tiempo de enfermedad fue de 03 años; una cuarta parte de ellos reportó molestias especialmente dolor de cabeza.
- Los diagnósticos de enfermería reales más frecuentes fueron “Dolor crónico” (47,8%), “Deterioro de la eliminación urinaria” (46,8%), “Patrón del sueño ineficaz” (30,7%), “Patrón respiratorio ineficaz” (26,8%), “Ingesta nutricional inadecuada” (26,3%), entre otros.
- El 76,6% de adultos evaluados informó un nivel de “autocuidado bueno y el 22,9% nivel de autocuidado regular
- Todos los diagnósticos de enfermería reales identificados mostraron relación estadística significativa con el nivel de autocuidado ($p < 0,05$); a excepción del diagnóstico de enfermería “Ingesta nutricional inadecuada” ($p > 0,05$).
- Los diagnósticos de enfermería de riesgo más frecuentemente detectados fueron “Riesgo de infección” (37,1%), “Riesgo de caídas” (12,2%), “Riesgo de ingesta nutricional inadecuada” (11,2%), y “Riesgo de úlcera por presión” (5,9%) mostraron relación estadística significativa con el nivel de autocuidado ($p < 0,05$).

5.3. Recomendaciones

- Incrementar el tamaño muestral en el estudio del autocuidado en adultos con enfermedad crónica, que facilite la generalización de los hallazgos.
- Incorporar medidas objetivas que reflejen el resultado del autocuidado como exámenes laboratoriales.
- Realizar el mapeo de los diagnósticos de enfermería en los pacientes crónicos en tratamiento ambulatorio, que facilite la determinación del soporte científico de las intervenciones de enfermería ejecutadas en el ámbito de la atención primaria.
- Desarrollar la validación transcultural del Inventario de Enfermedades Crónicas de Autocuidado de Riegel, que permita analizar los perfiles de autocuidado de los adultos con enfermedad crónica (experto, intermedio y novicio) y cómo se caracteriza el autocuidado dentro de cada perfil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Lee CS, Freedland KE, Jaarsma T, Strömberg A, Vellone E, Page SD, Westland H, Pettersson S, Van Rijn M, Aryal S, Belfiglio A, Wiebe D, Riegel B. Patterns of self-care decision-making and associated factors: A cross-sectional observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 2024; 150, 104665.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104665>

2 Fernández-Gutiérrez DÁ, Brito-Brito PR, Darías-Curvo S, Cabrera-De-León A, Martínez-Alberto CE, y Aguirre-Jaime A. Cross-mapping medical records to NANDA-I to identify nursing diagnoses in a vulnerable population. *International Journal of Nursing Knowledge*, 2023; 34(1), 42–54.

<https://doi.org/10.1111/2047-3095.12371>

3 Riegel B, Westland H, Lovino P, Barelds I, Bruins SJ, Stawnychy MA, Osokpo O, Tarbi E, Trappenburg JC, Vellone E, Strömberg A y Jaarsma

T. Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 2021; 116,

103713. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103713>

4 Marques, F. R. D. M., Charlo, P. B., Pires, G. A. R., Radovanovic, C. A. T., Carreira, L., y Salci, M. A. Nursing diagnoses in elderly people with diabetes mellitus according to Orem's Self-Care Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2022; 75 Suppl 4 (Suppl 4), e20201171.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1171>

5 Mendez I, Lundeen EA, Saunders, M, Williams A, Saaddine J, y Albright

A. Diabetes Self-Management Education and Association with Diabetes Self-Care and Clinical Preventive Care Practices. *The Science of diabetes self-management and care*, 2022; 48(1): 23–34.

<https://doi.org/10.1177/26350106211065378>

6 Valderrama OG, Ramirez MC, Merino AL, Porras MS, Nuñez LL y Cuba JM (2022). Estudio de familia vulnerable de zona rural peruana aplicando el proceso de enfermería. *Vive Revista de Salud*, 2022; 5(13), 43-51.

<https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i13.129>

- 7 Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health y illness*, 1982; 4(2), 167–182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- 8 Portillo MC, Senosiain JM, Arantzamendi M, Zaragoza A, Navarta MV, Díaz de Cerio S et al. Convivencia de pacientes y familiares con la enfermedad de Parkinson: resultados preliminares de la Fase I. *Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 2012; 36: 31–38.
- 9 Ambrosio L, Senosiain JM, Riverol M, Anaut S, Díaz De Cerio A, Ursúa ME, et al. Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of clinical nursing*, 2015; 24(17-18), 2357–2367. <https://doi.org/10.1111/jocn.12827>
- 10 National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2019. About chronic diseases. National Health Council. https://nationalhealthcouncil.org/wp-content/uploads/2019/12/NHC_Files/Pdf_Files/AboutChronicDisease.pdf
- 11 World Health Organization. 2018. Noncommunicable diseases. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- 12 Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. Washington, DC: OPS; 2022. <https://doi.org/10.37774/9789275326275>
- 13 Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria. Cuadernos de Enfermería familiar y Comunitaria 2: El autocuidado en las personas con enfermedad crónica. Madrid, 2015. ISBN: 978-84-606-8943-0. <https://semap.org/biblioteca/#cuadernos-semap>
- 14 Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993
- 15 Riegel B, Jaarsma T y Stromberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS. Advances in nursing science. J. Adv. Nus*, 2012; 35(3): 343-374. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- 16 Riegel, B., Jaarsma, T., Strömberg, A. An Update to the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *ANS. Advances in nursing science*, 2026; 49(1), 14–25. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000594>

- 17 Lee CS, Antoniadou M, Jaarsma T, Riegel B y Westland H. The comparative efficacy of comprehensive self-care interventions in chronic illness: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of nursing studies advances*, 2025; 10, 100476. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100476>
- 18 Cudney S, Sullivan T, Winters CA, Paul L y Oriet P. Chronically ill rural women: Self-identified management problems and solutions. *Chronic Illness*, 2005; 1(1), 49–60. 10.1177/17423953050010010301
- 19 Kristjansdottir OB, Stenberg U, Mirkovic J, Krogseth T, Ljoså TM, Stange KC y Ruland CM. Personal strengths reported by people with chronic illness: A qualitative study. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 2018; 21(4), 787–795. <https://doi.org/10.1111/hex.12674>
- 20 Riegel B, Jaarsma T, Lee CS, y Strömberg A. Integrating Symptoms Into the Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *ANS. Advances in nursing science*, 2019; 42 (3): 206–215. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000237>
- 21 Riegel B, Dunbar SB, Fitzsimons D, Freedland KE, Lee CS, Middleton, S, Stromberg A, Vellone E, Webber DE y Jaarsma T. Self-care research: Where are we now? Where are we going? *International journal of nursing studies*, 2021; 116, 103402. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103402>
- 22 Orem D. *Nursing. Concepts of Practice*, 6.a ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2001
- 23 Nofal B, Darawad MW, Othman E, y Masadeh A. Correlates of Self-Care Agency Among Jordanian Patients With Type-1 Diabetes Mellitus. *SAGE Open Nursing*, 2025; 11, 23779608251390028. <https://doi.org/10.1177/23779608251390028>
- 24 Moya-Martínez L. Plan de cuidados basado en la teoría de rango medio del autocuidado de las enfermedades crónicas. 2022; 16(3), 1309. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2022000300010&lng=es&tlng=es.

25 Riegel B, Barbaranelli B, Carlson KA, Sethares K, Daus M, Moser D, et al. Psychometric testing of the revised self-care of heart failure Index. J. Cardiovasc. Nurs., 2019; 34 (2):183-192.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000543>

26 American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2017. Diabetes Care [Internet].

<http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40>.

[Supplement 1. DC1/DC-40-S1-final.pdf](#)

27 Carrillo GM y Rubiano YL. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. Revista Cubana de Enfermería, 2007; 23(3) 03192007000300009&lng=es&tlng=es.

28 Cañón-Montañez W y Rodríguez-Acelas AL. Desarrollo de la Investigación en Diagnósticos de Enfermería. Revista Cuidarte, 2010; 1(1).

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v1i1.75>

29 Bernal FD, Quinde YH, Cotrina MC y Effio MD. Cuidados de enfermería en persona con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica exacerbada. Revista Cubana de Enfermería, 2025; 41, e_6735.

<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6735>

30 Gordon S. y Osorio JH. Diagnósticos e intervenciones de enfermería del adulto mayor que reside en la comunidad. Tesis Licenciatura en Enfermería. Universidad Científica del Perú. 2025. <http://hdl.handle.net/20.500.14503/3251>

31 Lawless MT, Tieu M, Chan RJ, Hendriks JM, Kitson A. Instruments Measuring Self-Care and Self-Management of Chronic Conditions by Community-Dwelling Older Adults: A Scoping Review. Journal of applied gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society, 2023; 42(7), 1687–1709.

<https://doi.org/10.1177/07334648231161929>

32 Oliveira NB, Peres HH. Quality of the documentation of the Nursing process in clinical decision support systems. Revista latino-americana de enfermagem. 2021, 29, e3426. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4510.3426>

33 Melo EB, Primo CC, Romero WG, Sant'Anna HC, Sequeira CA, Lima, E y Fioresi M. Construction and validation of a mobile application for development of

nursing history and diagnosis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020; 73, e20190674. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0674>

34 Riegel B, Barbaranelli C, Sethares K, Daus M, Moser D, Miller JL, Haedtke CA, Feinberg JL, Lee S, Stromberg A, Jaarsma T. Development and initial testing of the self-care of chronic illness inventory. *Journal of advanced nursing*, 2018; 74(10), 2465–2476. <https://doi.org/10.1111/jan.13775>

35 Velasco-Yanez RJ, Cajape-Quimis JC, Cunalema-Fernández JA Y Vargas-Aguilar GM. La importancia del autocuidado en el anciano desde la perspectiva de la promoción de la salud. *Gerókomos*, 2022; 33 (3), 145-149. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000300003&lng=es&tlng=en.

36 NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2024–2026. 13.^a ed. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, Editoras. Barcelona: Elsevier; 2023.

37 García-Rodríguez LC, Carreño-Moreno S y Chaparro-Díaz L. Instrumentos para la medición de sobrecarga del cuidador en pacientes con enfermedad crónica: revisión psicométrica. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud* 2023; 55 , e62. <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23005>

38 Enfermedades no transmisibles de la Organización Mundial de la Salud. 2025. Disponible en línea: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

39 Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, Marzetti E, Lattanzio F, Roller-Wirnsberger R et al. Joint Action Advantage WP4 Group. Frailty and multimorbidity: A systematic review and meta-analysis. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 2019; 74(5), 659–666. <https://doi.org/10.1093/gerona/gly110>

40 Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 2011; 10(4), 430–439. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>

41 Samwiri NE y Msiska G. Chronic illness experience in the context of resource-limited settings: a concept analysis. *International journal of qualitative studies on*

health and well-being, 2024; 19(1), 2378912.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2378912>

42 Magi CE, Bambi S, Rasero L, Longobucco Y, El Aoufy K, Amato C et al. Health Literacy and Self-Care in Patients with Chronic Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis Protocol. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 2024; 12(7): 762.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12070762>

43 Kennedy A, Rogers A, Bower P. Apoyo para la autoatención de pacientes con enfermedades crónicas. *BMJ*. 2007; 10; 335 (7627): 968-70. Doi: 10.1136/bmj.39372.540903.94

44 Kralik D, Koch T, Price K, y Howard N. Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of clinical nursing*, 2004; 13(2): 259–267.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00826.x>

45 Gómez Bastar S. Metodología de la investigación. 1.^a ed. Tlalnepantla, México: Red Tercer Milenio S.C.; 2012.

46 Polit D, Chachabo T. Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de enfermería. 9va. Ed. México: Edit. Wolters Kluwer. Philadelphia. 2018.

47 Sampieri R, Fernández C. y Baptista P. Metodología de la investigación. Mexico. 6° ed, 2014. ISBN: 978-1-4562-2396-0. Pag: 302 - 303

48 Manrique-Abril F, Fernández A y Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*, 2009; 9 (3), 222-235. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300003&lng=en&tlng=es.

49 Darawad MW, Nofal B, Saleh A M, Othman E, Salem A, y Masadeh A. Evaluating the Psychometric Properties of the Arabic Version of the Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R) Among Arabic Patients with Type 1 Diabetes Mellitus. *Nursing research and practice*, 2025, 8253318.
<https://doi.org/10.1155/nrp/8253318>

50 Lukewich J, Edge DS, VanDenKerkhof E y Tranmer J. Nursing contributions to chronic disease management in primary care. *The Journal of nursing*

administration, 2014; 44(2), 103–110.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000033>

51 Caruso R, Rebora P, Luciani M, Di Mauro S y Ausili D. Sex-related differences in self-care behaviors of adults with type 2 diabetes mellitus. *Endocrine*, 2020; 67(2), 354–362. <https://doi.org/10.1007/s12020-020-02189-5>

52 Chicaiza AC, López SL, Flores JO, Hernández CV y Flores CR. Estrategias de Autocuidado en Adultos Mayores. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano*, 2024; 5 (3), 708–724.
<https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i3.291><https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i3.291>

53 Luciani M, Rossi E, Rebora P, Stawnychy M, Ausili D y Riegel, B. Clinical and Socio-demographic Determinants of Self-care Maintenance, Monitoring and Management in US Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. *Clinical nursing research*, 2021; 30(3), 285–292. <https://doi.org/10.1177/1054773820916987>

54 Arapi A, Adëraj S, Mazzotta R, Taci D, Bernalte-Martí V, Ivziku D et al. Self-care and self-efficacy in self-care behaviors of older adults with multiple chronic conditions living in a low-middle-income country: an observational study. *BMC Nursing*, 2026; 25(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12912-026-04291-x>

55 De Maria M, Matarese M, Strömberg A, Ausili D, Vellone E, Jaarsma T. Cross-cultural assessment of the Self-Care of Chronic Illness Inventory: A psychometric evaluation. *International journal of nursing studies*, 2021; 116, 103422. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103422>

56 Muñiz GM, Gómez BA, Becerril LC y Solano GS. Estilo de vida de la persona mayor que vive con diabetes y caracterización de los diagnósticos de enfermería. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 2019; 28, e20170552. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0552>

57 Sampaio FC, Oliveira PP, Mata LRF, Moraes JT, Fonseca DF, Vieira VAS. Profile of nursing diagnoses in people with hypertension and diabetes. *Invest. Educ. Enferm.* 2017; 35(2): 139-153. DOI: 10.17533/udea.iee.v35n2a03.

58 Moraes AI, Seguesse M, Ferreira de Oliveira R, Vaz T, Marques T, Soares C et al. Diagnósticos de enfermagem: disposição para controle da saúde

melhorado e controle ineficaz da saúde em hipertensos. Cuid. Enferm. 2019; 13(2): 111-115.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1087523>

59 Santos GLA, Valadares GV, Santos SS, Moraes CRBM, Mello JCM, Vidal LLS, et al. Prática colaborativa interprofissional e assistência emgem. Esc Anna Nery. 2020; 24(3):e20190277. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0277>

60 Matus AM, Matura LA, Cronholm PF, Rickels MR y Riegel B. Understanding Self-Care Patterns in Adults With Type 1 Diabetes: Insights From a Mixed Methods Study. Journal of advanced nursing, 2025; 81(12), 8914–8928. <https://doi.org/10.1111/jan.16868>

ANEXOS

Anexo I



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA ACADEMICO DE ENFERMERIA

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y AUTOCUIDADO DE ADULTOS CON
ENFERMEDAD CRÓNICA EN TRATAMIENTO AMBULATORIO IPRESS 1-3.
6 DE OCTUBRE BELEN. 2025.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PRESENTACIÓN

Buenos días Señor(a). Somos las Bach. Enf. Carol Jimena Prada Hidalgo y Bach. Enf. Nataly Lozano Achang de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica Perú. La finalidad de esta entrevista es recoger información sobre su estado de salud, con la finalidad de estudiar el autocuidado y los diagnósticos de enfermería de los adultos con enfermedad crónica. Por lo que tenemos a bien solicitar su participación en el estudio.

ELECCIÓN DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Si Ud. acepta participar en el presente estudio, su participación es VOLUNTARIA, esto significa que Usted tiene la libertad de ingresar o no al estudio, así mismo, si desea abandonar el estudio, es libre de dejar de participar. Toda la información que me comente será tratada con CONFIDENCIALIDAD y guardado. Usted NO recibirá asignación monetaria.

El conocimiento que se obtenga se compartirá con usted antes de su publicación. Después se publicará los resultados en forma grupal sin individualizar sus repuestas.

CONTACTO CON LOS INVESTIGADORES

Si Usted tiene dudas sobre su participación, le solicite contacte con la Facultad de Ciencias de Salud de la UCP o al teléfono 925776899.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Mediante mi firma, reafirmo que he recibido y leído toda la información de parte de las investigadoras. He podido preguntar y se me ha respondido en forma satisfactoria. También se me ha entregado una copia de este documento.

Al firmar este documento, señalo que estoy de acuerdo en participar en forma voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Es conforme.

Nombre.....

Lugar, fecha, hora.....

Firma del participante.....

Nombre, Firma y huella del participante

DNI N°:

Anexo II



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA ACADEMICO DE ENFERMERIA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Y AUTOCUIDADO DE ADULTOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN TRATAMIENTO AMBULATORIO IPRESS 1-3.

6 DE OCTUBRE BELEN. 2025

INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

Este instrumento sirve para recoger los datos del adulto con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio que asiste al consultorio de atención primaria. El evaluador debe certificar la confidencialidad. El primer bloque comprende la caracterización sociodemográfica y clínica. En el segundo bloque, el evaluador debe preguntar sobre la presencia o la ausencia de características definitorias y en el tercer bloque, se debe entregar al adulto la página correspondiente, a fin que el mismo marque con una "X" cada ítem en el recuadro correspondiente

A. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y CLINICAS

1. Edad 	2. Sexo <table border="1"><tr><td>Masculino</td><td>☐</td></tr><tr><td>Femenino</td><td>☐</td></tr></table>	Masculino	☐	Femenino	☐												
Masculino	☐																
Femenino	☐																
3. Estado civil <table border="1"><tr><td>Soltero</td><td>☐</td></tr><tr><td>Conviviente</td><td>☐</td></tr><tr><td>Casado</td><td>☐</td></tr><tr><td>Separado- viudo</td><td>☐</td></tr></table>	Soltero	☐	Conviviente	☐	Casado	☐	Separado- viudo	☐	4. Escolaridad <table border="1"><tr><td>Sin instrucción</td><td>☐</td></tr><tr><td>Primaria</td><td>☐</td></tr><tr><td>Secundaria</td><td>☐</td></tr><tr><td>Superior</td><td>☐</td></tr></table>	Sin instrucción	☐	Primaria	☐	Secundaria	☐	Superior	☐
Soltero	☐																
Conviviente	☐																
Casado	☐																
Separado- viudo	☐																
Sin instrucción	☐																
Primaria	☐																
Secundaria	☐																
Superior	☐																
5. Tipo de enfermedad 6. Tiempo de enfermedad....(años)	7. ¿Sufre de alguna molestia? Sí...no 8. Especificar																

**B. LISTA DE COTEJO: MAPEO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA
EN ADULTOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN TRATAMIENTO
AMBULATORIO**

Diagnósticos de enfermería reales	Características definitorias	Presente	Ausente
00016-Deterioro de eliminación urinaria: Si – No -	Oliguria Poliuria Anuria Retención urinaria		
00421- Volumen de líquidos inadecuado: Si- No	Piel y mucosas reseca Disminución de presión arterial Alteración del sensorio		
00085- Deterioro de la movilidad física: Si- No	Fatiga o falta de energía, Alteración en deambulación Inestabilidad postural Limitación de habilidades motoras Dificultad para girarse en la cama.		
00407- Patrón del sueño ineficaz: Si- No	Queja verbal de dificultad para dormir Queja verbal de no sentirse descansado Sueño nocturno interrumpido		
00235- Estreñimiento funcional crónico: Si- No	Ausencia de eliminación intestinal mayor a 24 horas Escasez de fibra en alimentos Constipación efecto de fármacos Escasez de líquidos Sedentarismo Lesión médula		
00017- Incontinencia urinaria de esfuerzo: Si- No	Coexistencia de diabetes mellitus Sobre peso u obesidad Calculo urinaria Infección urinaria Tos crónica de larga duración Apnea del sueño		
00032-Patron respiratorio ineficaz: Si- No	Disnea Ventilación irregular Saturación disminuida Fatiga Cianosis Frecuencia cardiaca aumentada.		
00370- Volumen excesivo de líquidos: Si- No	Nauseas Confusión Aumento de peso repentino Edemas Aumento de perímetro abdominal		

	Distensión abdominal Ascitis.		
00133- Dolor crónico: Si- No	Fatiga Capacidad alterada de continuar actividades Alteración del patrón de sueño Interacción con las personas reducida Facies de dolor Conducta de protección Temor Atrofia de grupos musculares implicados Insomnio Malestar emocional.		
00034- Ingesta Nutricional inadecuada: Si- No	Informe de ingesta alimentaria inferior al aporte diario Referencia de alteración del gusto Falta de interés por la comida Problemas en la masticación Dolor abdominal Hiporexia Caída del cabello excesiva Pérdida de peso Disminución de turgencia cutánea Diarrea,		
00051- Deterioro de la comunicación verbal: Si- No	Disartria Negativa voluntaria e involuntaria a hablar Verbalización inapropiada Dislalia Afonía Tartamudeo Alteración del sensorio		
00046. Deterioro de la integridad cutánea: Si- No	Piel y mucosas reseca Piel enrojecida en prominencias óseas Eritema Edema Dolor Exudado Necrosis		
00078- Manejo inefectivo del régimen terapéutico: Si- No	Verbaliza deseo de controlar el tratamiento de la enfermedad y prevención de secuelas, Verbaliza dificultad con la regulación de regímenes prescritos Verbaliza no seguir los regímenes terapéuticos en las rutinas diarias.		
00456- Afrontamiento del cuidador familiar desadaptativo:	Familia poco colaboradora Depresión Distorsión de la realidad con respecto al problema de salud del paciente (negación de su existencia o gravedad),		

Si- No	Familiares desatienden al usuario en cuidados habituales y tratamiento Deterioro de comunicación entre miembros de la familia, Toma decisiones familiares inadecuadas o no se toma en cuenta necesidades del paciente. Paciente manifiesta sentimientos de desesperanza, actitud pasiva y dependiente		
00131- Deterioro de la memoria: Si- No	Fallos de memoria Experiencias de olvidos Incapacidad para recordar conducta ejecutada Incapacidad para desarrollar habilidad previamente aprendida Incapacidad para recordar información sobre hechos pasados o recientes.		
00048- Deterioro de la dentición: Si- No	Presencia de caries Pérdida de dientes Dientes desgastados Ausencia parcial o completa de dientes.		
475- Soledad excesiva	Informe de sentimientos de tristeza recurrentes Informe de sentimientos negativos como miedo, desesperanza Informe de pérdida recurrente o duelo		
00122- Percepción sensorial visual alterada: Si- No	Cambios en la respuesta habitual a los estímulos visuales Cambios en la resolución de problemas Cambios en la agudeza visual.		
00122- Percepción sensorial auditiva alterada: Sí- No	Cambios en la respuesta habitual a los estímulos auditivos Cambios en la resolución de problemas Cambios en la agudeza auditiva.		
00328- Disminución capacidad de alimentación: Si- No	Incapacidad para deglutir alimentos, masticar la comida, Incapacidad para ingerir alimentos de forma socialmente aceptable Incapacidad para manejar utensilios.		
00326- Disminución capacidad para bañarse: Si- No	Incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo Incapacidad para regular la temperatura y el flujo del agua Incapacidad para secarse el cuerpo Dificultad para entrar y salir del baño.		

00329- Disminución capacidad para ir al inodoro: Si- No	Incapacidad para llegar hasta el inodoro o urinario Incapacidad para sentarse o levantarse del retrete o del orinal Incapacidad para usar el orinal Incapacidad para manipular la ropa para la evacuación, Incapacidad para vaciar el retrete Incapacidad para el aseo personal después del uso del retrete.		
00339- Alfabetización sanitaria inadecuada: Sí- No	Referencias verbales del problema de salud Solicitud de información frecuente, Seguimiento inadecuado de las instrucciones sobre medicación y realización inadecuada de procedimientos		

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE RIESGO

Diagnósticos potenciales	Factores de riesgo	Presente	Ausente
00004- Riesgo de infección: Si- No	Procedimientos invasivos Exposición a agentes patógenos Retención de líquidos corporales Alteración del peristaltismo Anemia Inmunosupresión Enfermedad crónica Malnutrición.		
00140- Riesgo de violencia autoinfligida: Si- No	Manifiesta ideación suicida Viudez Relaciones interpersonales conflictivas Enfermedad crónica o terminal Depresión Desesperanza Aislamiento social		
00303- Riesgo de caídas: Si- No	Necesidad de auxilio para deambulación Trastornos de la marcha Uso de silla de ruedas Prótesis en miembros inferiores Vive solo Mareos Edad mayor de 65 años		

00374- Riesgo de sangrado excesivo: Si- No	Aneurisma Deterioro de la función hepática Coagulopatías esenciales Trauma Efectos secundarios de fármacos Trastornos gastrointestinales		
00312- Riesgo de ulcera por presión: Si- No	Inmovilización física Edad extrema Alteración del estado nutrición Alteraciones sensoriales Prominencias óseas Cambios de elasticidad de la piel Alteración de la circulación		
00228- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz: Si- No	Edemas Pulsos débiles o ausentes Cambios en el color y temperatura de la piel Variaciones en la presión arterial de las extremidades Soplos Uñas de crecimiento lento, gruesas y frágiles Alteración de la sensibilidad cutánea Ulceraciones Palidez al elevar una extremidad que no recupera el color al bajarla.		
00362- Riesgo de presión arterial desequilibrada: Si- No	Retención de líquidos Efectos adversos de fármacos Síndrome de Cushing		
00489- Riesgo de autogestión ineficaz del patrón de glucemia: Si- No	Escaso autocontrol de glicemia en ayunas Incumplimiento dieta hipocalórica Incumplimiento terapéutico de hipoglicemiantes		
00475- Riesgo de Soledad: Si- No	Deprivación afectiva Aislamiento físico Falta de contacto con personas Aislamiento social.		

C. ESCALA DE VALORACION DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO

	N	CN	CS	S
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	1	2	3	4
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	1	2	3	4
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	1	2	3	4
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	1	2	3	4
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	1	2	3	4
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	4	3	2	1
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	1	2	3	4
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	1	2	3	4
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	1	2	3	4
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo <u>las manejo</u> de manera que pueda mantener mi forma de ser.	1	2	3	4
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el <u>día</u> pero no llego hacerlo.	4	3	2	1
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	1	2	3	4
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	1	2	3	4
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	1	2	3	4
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	1	2	3	4
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	1	2	3	4
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	1	2	3	4
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	1	2	3	4
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	1	2	3	4
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	4	3	2	1
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	1	2	3	4
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	1	2	3	4
23. Puedo sacar tiempo para mí.	1	2	3	4
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	1	2	3	4

N: nunca; CS: casi nunca; CS: casi siempre; S: siempre

Anexo 3
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	INSTRUMENTOS
Diagnósticos de enfermería y autocuidado de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio. Ipress 1-3. 6 de Octubre. Belén. 2025.	<u>¿Existe relación entre los diagnósticos de enfermería y el nivel de autocuidado de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio. Ipress 1-3. 6 de Octubre. Belén. 2025.?</u>	Objetivo general: Establecer la relación existente entre los diagnósticos de enfermería y el nivel de autocuidado de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio Objetivos específicos: Caracterizar al adulto mayor con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio en términos de: edad, sexo, estado civil, escolaridad Identificar las características clínicas de la enfermedad crónica del adulto participante: tipo de enfermedad, tiempo de enfermedad, molestias actuales Identificar los diagnósticos de enfermería reales y de riesgo de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio Valorar el nivel de autocuidado de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio Relacionar el nivel de autocuidado y los diagnósticos de enfermería reales y de riesgo de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio	Hipótesis alterna: H1 Existe relación estadística significativa entre los diagnósticos de enfermería reales y de riesgo con el nivel de autocuidado de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio Hipótesis nula: H0 No existe relación estadística significativa entre los diagnósticos de enfermería reales y de riesgo con el nivel de autocuidado de adultos con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio	Cuantitativo Observacional descriptivo, prospectivo y transversal	Población: 438 de adultos de 20 años a más, con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio Ipress 6 de octubre. Belén. Muestra: 205 de adultos de 20 años a más, con enfermedad crónica en tratamiento ambulatorio Ipress 6 de octubre. Belén.	- Escala de Valoración de la Agencia de Autocuidado (ASA) - Lista de cotejo: "Mapeo de diagnósticos de enfermería en adultos con enfermedad crónica que viven en la comunidad" - Cuestionario características sociodemográficas y clínicas