

Fecha de recepción: 7 de agosto de 2024
Fecha de aceptación: 3 de abril de 2025

ARTÍCULO ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.42.01.635.753>

Relación entre agencia de autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud

Relationship between Self-Care Agency and Health-Related Quality of Life

YENIFER DIAZ MONTES¹, NINI SERRANO ANGARITA², TAIS GRANADOS CAYÓN³,
WENDYS PITRE PONZON⁴, YOLIMA PERTUZ MEZA⁵

¹Enfermera. Profesora tiempo completo, Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta (Colombia). yenifer.diazm@campusucc.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-3070-1495>

²Enfermera. Profesora tiempo completo, Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta (Colombia). nini.serrano@campusucc.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-2097-6436>

³ Profesora tiempo completo, Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta (Colombia). tais.granados@campusucc.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-1638-5895>

⁴ Estudiante, Programa de Enfermería, Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta (Colombia). wendys.pitrep@campusucc.edu.co. <https://orcid.org/0009-0007-5916-2628>

⁵ Bacterióloga. Epidemióloga. Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta (Colombia). yolima.pertuz@campusucc.edu.co. yoliprme@yahoo.com. <https://orcid.org/0000-0001-6928-4249>

Correspondencia: Yenifer Díaz Montes. yenifer.diazm@campusucc.edu.co

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas hospitalizadas.

Materiales y métodos: Estudio de diseño transversal, con muestreo no probabilístico por conveniencia. Participaron 150 personas con diagnóstico de enfermedad crónica, quienes firmaron consentimiento informado. Se aplicaron un cuestionario estructurado para datos sociodemográficos y clínicos, la Escala de Evaluación de la Agencia de Autocuidado (ASA) y el instrumento EQ-5D-3L con la escala visual análoga (EVA) para valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El análisis estadístico incluyó análisis factorial exploratorio, consistencia interna mediante alfa de Cronbach, estadística descriptiva y correlación de Spearman ($p < 0,05$).

Resultados: La escala ASA mostró alta confiabilidad (alfa de Cronbach = 0,87) y reveló una estructura factorial de seis dimensiones conceptualmente coherentes que explican el 66,8 % de la varianza total. Se identificaron 39 estados de salud posibles de las cinco dimensiones evaluadas en el cuestionario EQ-5D-3L. La calidad de vida se encontró mayormente afectada en la dimensión de movilidad (60 %). Se observaron correlaciones significativas entre una menor agencia de autocuidado y mayor limitación en movilidad ($r = -0,180$; $p < 0,05$).

Conclusión: Los hallazgos permiten sustentar la importancia de integrar la evaluación de la agencia de autocuidado en la planificación del egreso hospitalario, contribuyendo a intervenciones más personalizadas y efectivas en el contexto del cuidado de personas con enfermedades crónicas.

Palabras clave: autocuidado, calidad de vida, hospitalizaciones, análisis factorial, enfermedad crónica. Fuente: DeCs.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between self-care agency and health-related quality of life in hospitalized chronically ill persons.

Materials and methods: A cross-sectional study with non-probabilistic convenience sampling. A total of 150 people with a diagnosis of chronic disease participated, who signed informed consent. A structured questionnaire for sociodemographic and clinical data, the Self-Care Agency Assessment Scale (ASA), and the EQ-5D-3L instrument with the visual analog scale (VAS) to assess health-related quality of life (HRQoL) were applied. The statistical analysis included exploratory factor analysis, internal consistency using Cronbach's alpha, descriptive statistics, and Spearman correlation ($p < 0.05$).

Results: The ASA scale showed high reliability (Cronbach's alpha = 0.87) and revealed a factor structure of six conceptually coherent dimensions that explain 66.8% of the total variance. Thirty-nine

possible health states were identified from the five dimensions assessed in the EQ-5D-3L questionnaire. Quality of life was found to be most affected in the mobility dimension (60%). Also, significant correlations were observed between lower self-care agency and greater limitation in mobility ($r = -0.180$; $p < 0.05$).

Conclusion: The findings support the importance of integrating self-care agency assessment into hospital discharge planning, contributing to more personalized and effective interventions in the context of care for people with chronic diseases.

Keywords: self-care, quality of life, hospitalizations, factor analysis, chronic disease. Source: DeCs.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) causan 15 millones de muertes prematuras al año (1). Para 2030 se espera reducir estas cifras en un 33 % (2). Actualmente, 589 millones de adultos entre 20 y 79 años viven con diabetes; se proyecta un aumento a 853 millones para 2050. En 2024, esta enfermedad ocasionó 3,4 millones de muertes, representando una cada seis segundos, y generó un gasto sanitario superior a un billón de dólares (3). En América Latina, el 80 % de los casos corresponde a países de ingresos medios-bajos (4). En Colombia, la prevalencia de diabetes en adultos es del 8,3 % (3), la hipertensión afecta al 22,8 % de la población y las enfermedades cardiovasculares son responsables del 28,7 % de las muertes (5-6).

Estas enfermedades crónicas se asocian a múltiples comorbilidades que comprometen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Esta se ve influida por múltiples dimensiones, determinadas por la capacidad de autocuidado (7-8). La comprensión y evaluación de estos dominios permite detectar necesidades reales y orientar intervenciones más humanizadas y efectivas (9). Sin embargo, solo el 21 % de los ensayos clínicos en diabetes incluye resultados relacionados con calidad de vida, lo que sugiere una subvaloración del impacto subjetivo de la enfermedad (10). Además, factores sociales, psicológicos y económicos afectan negativamente a estas personas y elevan el riesgo de comorbilidades como eventos cardiovasculares o trastornos mentales (11-12).

A pesar de que el concepto de autocuidado es complejo y su definición aún presenta variaciones en la literatura (13), existe consenso en reconocer su importancia para la gestión de condiciones crónicas. En este contexto, han surgido programas de autogestión y modelos teóricos, como el de Orem, que integran la noción de agencia de autocuidado. Esta se entiende como la capacidad de la persona para realizar acciones orientadas a mantener o mejorar su salud y bienestar, diferenciándose del simple cumplimiento terapéutico (13-15). En este contexto, comprender los deter-

minantes de la CVRS en personas con ENT no solo permite mejorar los resultados clínicos, sino también generar estrategias costo-efectivas y sostenibles orientadas a la promoción de la salud, la prevención de complicaciones y el empoderamiento de las personas como sujetos activos en el manejo de su condición.

En años recientes, se ha mantenido un interés constante en evaluar la agencia de autocuidado en personas con ENT (16-18), la agencia de autocuidado se evalúa a través de la Escala de Evaluación de la Agencia de Autocuidado (ASA); sin embargo, en Colombia aún no se ha establecido un consenso sobre su estructura factorial y hay escasa evidencia de validez; se requiere mayor evidencia empírica que relacione esta variable con la calidad de vida (19-20). La CVRS, evaluada con el cuestionario EQ-5D-3L, ha sido reconocida por instituciones como el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IET) y el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) por su utilidad en decisiones clínicas y económicas (21). El nexo entre agencia de autocuidado y calidad de vida es un aspecto relevante que puede guiar en el planteamiento de intervenciones efectivas; por ende, el objetivo de este estudio es determinar la relación entre la agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio transversal. Se aplicó un cuestionario *ad hoc* y el cuestionario de CVRS (EQ5D-3L) y variables desenlace captadas a partir de la escala ASA.

Población y muestra

La población diana estuvo conformada por personas con enfermedades crónicas no transmisibles. El universo incluyó a personas hospitalizadas con diagnóstico de diabetes y/o hipertensión en una clínica de la ciudad de Santa Marta (Colombia).

La muestra estuvo integrada por personas de 15 años o más hospitalizadas entre el 1 de marzo y el 30 de junio de 2023. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron participantes con diagnóstico clínico de hipertensión y/o diabetes, con capacidad de comprensión, y que firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron personas con alteraciones neurológicas que dificultaran su participación, mujeres embarazadas y quienes no aceptaron participar en el estudio.

Mediciones no invasivas

Se recolectaron variables sociodemográficas como edad, sexo, ciudad de residencia, estado civil, nivel educativo y ocupación. El peso fue medido con una báscula electrónica marca SECA, calibrada por personal biomédico (ver ficha técnica en anexo). La talla se obtuvo con tallímetro mecánico integrado. A partir de estos datos, se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) y se clasificó en: bajo peso ($<18,5 \text{ kg/m}^2$), normopeso ($18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25,0\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$) y obesidad ($\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$)(22).

Escala de agencia de autocuidado (ASA)

La escala ASA mide la capacidad de una persona para realizar acciones orientadas al mantenimiento de su salud. Está compuesta por 24 ítems con respuestas tipo Likert. En su versión original incluye cinco opciones; sin embargo, en Colombia se adaptó y validó con una escala de cuatro opciones: Nunca (1), Casi nunca (2), Casi siempre (3) y Siempre (4). El puntaje total oscila entre 24 y 96 puntos (23-24). Su aplicación tuvo como objetivo identificar la percepción de agencia de autocuidado en las personas hospitalizadas.

Escala de calidad de vida relacionada con la salud CVRS (EQ5D-3L)

La CVRS se evaluó mediante la versión en español del cuestionario EQ-5D-3L. Este instrumento incluye dos secciones: la primera evalúa cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada dimensión tiene tres niveles de respuesta (sin problemas, moderados y graves), generando un código de cinco dígitos con hasta 243 combinaciones posibles (ej. 11111 o 22211) (25). La segunda sección, EQ-VAS, valora la percepción general del estado de salud en una escala de 0 (peor estado imaginable) a 100 (mejor estado imaginable) (26-27).

El objetivo de la aplicación de este instrumento fue medir la percepción subjetiva de la CVRS en personas hospitalizadas con enfermedades crónicas. Ambos instrumentos fueron aplicados individualmente durante la hospitalización, en condiciones de privacidad, por personal capacitado. La información fue recolectada con Google Forms y procesada de forma anónimizada para el análisis estadístico.

Análisis estadístico

El análisis de datos se efectuó en STATA v17. Se utilizaron estadísticas descriptivas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. La consistencia interna del instrumento ASA se evaluó con el coeficiente alfa de Cronbach.

El análisis factorial de componentes principales siguió un protocolo que incluyó la valoración de correlaciones entre variables, la extracción de factores visualizada con un gráfico de sedimentación, la rotación ortogonal, la eliminación de variables mediante la observación de factor *loadings*, y la aplicación de diferentes criterios de adecuación, como la matriz de covarianzas (antiimagen), el índice KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett. Las correlaciones entre variables se analizaron mediante el coeficiente de Pearson (*r*), interpretado según categorías de intensidad (nula a fuerte).

Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Cooperativa de Colombia (acta 6/2023). Clasificado como de riesgo mínimo, conforme a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (28) y las Buenas Prácticas Clínicas y la Declaración de Helsinki²⁹. Todas las personas participantes firmaron el consentimiento informado tras recibir explicación detallada del propósito, beneficios y confidencialidad del estudio (ver anexo).

RESULTADOS

Se incluyeron 150 personas participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para este estudio.

Tabla 1. Características de los participantes del estudio

| Variables | 100% n (150) $\bar{x} \pm SD$ | (Rango) |
|------------------------|-------------------------------|---------|
| Edad (años) | $68,10 \pm 14,0$ | 59-70 |
| Genero | | |
| Masculino | 52,0% (72) | |
| Femenino | 48,0% (78) | |
| Residencia | | |
| Urbana | 81,3% (122) | |
| Rural | 18,7% (28) | |
| Nivel educativo | | |
| No escolarizado | 11,3% (17) | |
| Primaria | 36,7% (55) | |

Continúa...

| Variables | 100% n (150) $\bar{x} \pm SD$ | (Rango) |
|--------------------------------------|-------------------------------|---------|
| Secundaria | 28,6% (43) | |
| Técnico-universitario | 23,4% (35) | |
| Estado civil | | |
| Soltero | 12,0% (18) | |
| Casado/Unión libre | 58,7% (88) | |
| Separado/Viudo | 29,3% (44) | |
| Actividad laboral | | |
| Hogar/desempleado | 106 (70,7%) | |
| Empleado/Independiente | 44 (29,3%) | |
| Índice de masa corporal (IMC) | | |
| Bajo peso | 2 (3,3%) | |
| Normopeso | 62 (41,3%) | |
| Sobrepeso | 49 (32,7%) | |
| Obesidad | 34 (22,7%) | |
| EQ-VAS | 65,91 \pm 17,23 | 50-70 |

Nota. \bar{x} Media; SD Desviación estándar; EQ-VAS puntuación de la escala visual análoga para los estados de salud más frecuentes en la población (0-100).

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra. Del total, 78 eran hombres (52,0 %). La edad media fue de 68,1 años ($DE \pm 14,0$). La mayoría residía en zona urbana (122; 81,3 %), contaba con algún nivel educativo (133; 88,7 %) y se encontraba casada o en unión libre (88; 58,7 %). En cuanto a la ocupación, 106 personas (70,7 %) se dedicaban a labores del hogar o estaban desempleadas. Se identificó que 85 participantes (58,7 %) presentaban alteración del estado nutricional. En relación con la autoevaluación del estado de salud mediante la escala EQ-VAS, la mayoría refirió una puntuación entre 50 y 70 puntos.

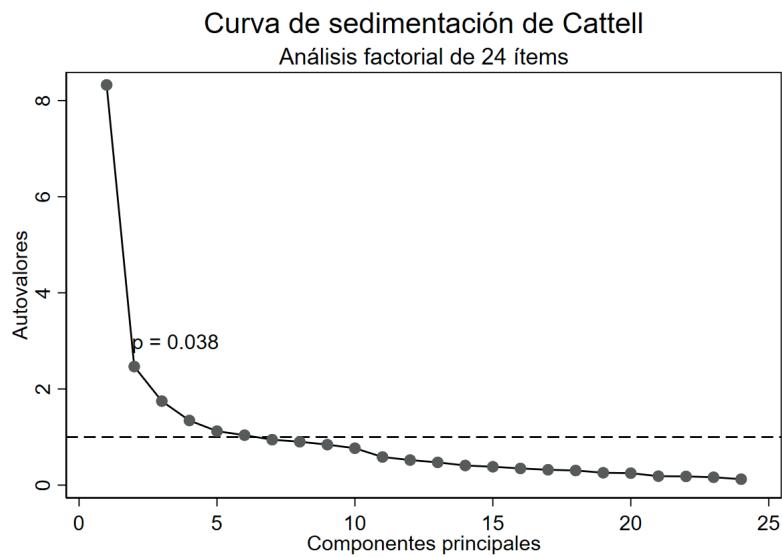
Se emplearon 24 ítems para calcular el coeficiente alfa de Cronbach. La covarianza promedio entre los ítems del conjunto de variables analizadas fue de 0,194, lo cual indica una correlación moderada entre estos elementos. El coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue de 0,87, lo que sugiere una consistencia interna alta del instrumento utilizado.

Tabla 2. Valores de confiabilidad alfa de Cronbach para la escala ASA

| Ítem | Media si se elimina el ítem | Varianza si se elimina el ítem | Correlación ítem-total | Correlación múltiple | Alfa de Cronbach si elimina ítem |
|--------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------|----------------------|----------------------------------|
| item1 | 64,24 | 115,2 | 0,63 | 0,73 | 0,86 |
| item2 | 64,26 | 114,0 | 0,72 | 0,75 | 0,86 |
| item3 | 63,72 | 122,4 | 0,22 | 0,48 | 0,88 |
| item4 | 64,16 | 115,6 | 0,49 | 0,68 | 0,87 |
| item5 | 64,17 | 113,9 | 0,76 | 0,73 | 0,86 |
| item6 | 64,66 | 121,6 | 0,21 | 0,38 | 0,88 |
| item7 | 64,09 | 116,1 | 0,64 | 0,66 | 0,86 |
| item8 | 64,64 | 119,3 | 0,37 | 0,44 | 0,87 |
| item9 | 64,33 | 115,2 | 0,55 | 0,66 | 0,87 |
| item10 | 64,15 | 116,2 | 0,65 | 0,60 | 0,86 |
| item11 | 65,07 | 118,1 | 0,13 | 0,17 | 0,9 |
| item12 | 63,99 | 124,1 | 0,17 | 0,36 | 0,88 |
| item13 | 64,35 | 119,3 | 0,30 | 0,22 | 0,87 |
| item14 | 63,86 | 115,8 | 0,69 | 0,65 | 0,86 |
| item15 | 64,03 | 114,9 | 0,72 | 0,69 | 0,86 |
| item16 | 64,22 | 117,5 | 0,53 | 0,61 | 0,87 |
| item17 | 64,13 | 120,5 | 0,39 | 0,52 | 0,87 |
| item18 | 64,18 | 116,4 | 0,55 | 0,64 | 0,87 |
| item19 | 64,17 | 114,5 | 0,71 | 0,70 | 0,86 |
| item20 | 64,89 | 124,3 | 0,14 | 0,23 | 0,88 |
| item21 | 63,97 | 116,7 | 0,67 | 0,58 | 0,87 |
| item22 | 63,51 | 120,7 | 0,43 | 0,50 | 0,87 |
| Item23 | 63,95 | 119,3 | 0,48 | 0,61 | 0,87 |
| item24 | 64,11 | 115,8 | 0,63 | 0,70 | 0,87 |

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2 se presentan las correlaciones entre cada ítem y el puntaje total de la escala, así como entre cada ítem y los demás ítems. Se observa que los ítems 3, 6, 11, 12 y 20 mostraron una baja adecuación al instrumento, lo que podría señalar debilidades en su contribución a la consistencia global de la escala.



Fuente: elaboración propia.

Figura. Análisis de componentes principales, extracción de factores

En el análisis de componentes principales, la figura anterior presenta la curva de sedimentación de Cattell, empleada para identificar el número óptimo de factores a retener. Se observa una disminución pronunciada en los autovalores luego del segundo componente, seguida de una meseta a partir del sexto componente, lo cual señala un punto de inflexión que justifica la retención de seis factores principales. Estos factores, en conjunto, explican el 66.8 % de la varianza total, lo que evidencia una estructura factorial robusta. La inclusión de una línea horizontal en el valor 1 del eje de los autovalores permite aplicar el criterio de Kaiser, el cual respalda la conservación de aquellos factores cuyo autovalor supera la unidad.

La idoneidad de los datos para el análisis factorial fue respaldada estadísticamente mediante la prueba de esfericidad de Bartlett, la cual resultó significativa ($p = 0.038$), indicando que las correlaciones entre los ítems son lo suficientemente altas como para justificar este tipo de análisis.

Complementariamente, el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtuvo un valor de 0.85, lo que representa una excelente adecuación muestral.

Como resultado del análisis se identificaron seis factores conceptualmente coherentes, denominados de la siguiente manera:

- Factor 1: Capacidad proactiva de autocuidado y empoderamiento.
- Factor 2: Adaptación activa y cambio de hábitos para el autocuidado.
- Factor 3: Búsqueda y utilización de apoyo externo en el autocuidado.
- Factor 4: Gestión de la medicación y del tiempo destinado al autocuidado.
- Factor 5: Energía y vitalidad para el autocuidado.
- Factor 6: Planificación y apoyo social en el autocuidado.

Tabla 3. Distribución porcentual según genero para cada dimensión de EQ-5D-3L

| Dimensiones | Total | Genero | | p valor |
|---|-------------------|---------------------------|---------------------------|---------|
| | n=150 (100,0%) | Femenino n= 78 (52,0%) | Masculino n=72 (18,0%) | |
| Movilidad | | | | |
| No tengo problemas para caminar | 83 (55,3) | 36 (46,2) | 47 (55,3) | 0,058 |
| Tengo algunos problemas para caminar | 49 (32,7) | 30 (38,5) | 19 (26,4) | |
| Estoy confinado a la cama | 18 (12,0) | 12 (15,4) | 6 (8,3) | |
| Autocuidado | | | | |
| No tengo problemas con el cuidado personal | 101 (63,3) | 48 (61,5) | 53 (73,6) | 0,183 |
| Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme | 32 (21,3) | 18 (21,3) | 14 (19,4) | |
| No puedo lavarme ni vestirme | 17 (11,3) | 12 (15,4) | 5 (6,9)) | |

Continúa...

| Dimensiones | Total | Genero | | P valor |
|--|-------------------|---------------------------|---------------------------|---------|
| | n=150 (100,0%) | Femenino n= 78 (52,0%) | Masculino n=72 (18,0%) | |
| Actividades habituales | | | | |
| No tengo problemas para realizar mis actividades habituales | 89 (59,3) | 41 (52,6) | 48 (66,7) | 0,113 |
| Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales | 46 (30,7) | 26 (33,3) | 20 (27,8) | |
| Soy incapaz de realizar mis actividades habituales | 15 (10,0) | 11 (14,1) | 4 (5,6) | |
| Dolor/malestar | | | | |
| No tengo dolor ni molestia | 102 (68,0) | 48 (61,5) | 54 (75,0) | 0,185 |
| Tengo dolor o malestar moderado | 41 (27,3) | 25 (32,1) | 16 (22,2) | |
| Tengo dolor o malestar extremo | 7 (4,7) | 5 (6,4) | 2 (2,8) | |
| Ansiedad/depresión | | | | |
| No estoy ansioso ni deprimido | 112 (74,7) | 54 (69,2) | 58 (80,6) | 0,247 |
| Estoy moderadamente ansioso o deprimido | 28 (18,7) | 17 (21,8) | 11 (15,3) | |
| Estoy extremadamente ansioso o deprimido | 10 (6,7) | 7 (9,0) | 3 (4,2) | |

Nota. Prueba de homogeneidad (χ^2); n (%).

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3 se realizó análisis en las cinco dimensiones que conforman la calidad de vida relacionada con la salud, evaluada mediante el instrumento EQ-5D-3L: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar, y ansiedad o depresión, las cuales mostraron algunas diferencias descriptivas entre hombres y mujeres. En particular, una mayor proporción de hombres reportó no tener dificultades en el cuidado personal (53; 73,6 %) ni síntomas de ansiedad o depresión (58; 80,6 %), en comparación con las mujeres. No obstante, dichas diferencias no alcanzaron significación estadística.

Tabla 4. Evaluación del estado de salud actual de la población según género

| Estado de salud percibido | Total n = 150 | Género | | p valor |
|---------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------|---------|
| | | Femenino n=78 (52,0%) | Hombres n=72 (18,0%) | |
| | | | | |
| 11111 | 60 (40,0) | 23(29,5) | 37 (51,4) | 0,284 |
| 22211 | 10 (6,7) | 6 (7,7) | 4 (5,6) | |
| 11121 | 8 (5,3) | 5 (6,4) | 3 (4,2) | |
| 22221 | 6 (4,0) | 3 (3,8) | 3 (4,2) | |
| 21211 | 6 (4,0) | 3 (3,8) | 3 (4,2) | |
| 11112 | 5 (3,3) | 2 (2,6) | 3 (4,2) | |
| 33321 | 4 (2,7) | 3 (3,8) | 1 (1,4) | |
| 33322 | 4 (2,7) | 3 (3,8) | 1 (1,4) | |
| Otros 31 estados | 47 (31,3) | 30 (38,5) | 17 (23,6) | |

Nota. Prueba de homogeneidad (χ^2); n (%).

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 4 se evidencia la distribución de los estados de salud más frecuentes según el género, se identificaron 39 combinaciones de estados de salud, de las cuales ocho concentraron el 68,7 % (n = 103) de las respuestas, evidenciando la prevalencia de ciertos perfiles percibidos dentro de la muestra. El estado más común fue 11111, que representa ausencia de problemas en todas las dimensiones evaluadas, reportado por el 40,0 % (60) de los participantes, siendo más frecuente en hombres (37; 51,4 %) que en mujeres (23; 29,5 %). Le siguieron las combinaciones 22211 (10; 6,7 %), 11121 (8; 5,3 %), 22221 y 21211 (ambas con 6; 4,0 %), y 11112 (5; 3,3 %), las cuales corresponden a estados con algunos problemas en una o varias dimensiones. Las combinaciones 33321 y 33322, que reflejan mayor afectación, fueron reportadas en menor proporción (4; 2,7 % cada una), principalmente por mujeres (3 en cada caso). El resto de las combinaciones menos frecuentes se agruparon como “otros 31 estados”, representando el 31,3 % (47) de las respuestas, con una mayor proporción en mujeres (30; 38,5 %) en comparación con los hombres (17; 23,6 %). Aunque se observaron diferencias descriptivas en la frecuencia de los estados de salud entre géneros, no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabla 5. Coeficiente de correlación de Pearson, CAA vs EQD-3L

| Variable | Agencia de Autocuidado (ASA) | |
|------------------------|---------------------------------|---------|
| | Pearson | p-valor |
| Movilidad | -0,180 | 0,027* |
| Autocuidado | -0,162 | 0,047* |
| Actividades habituales | -0,174 | 0,033* |
| Dolor/malestar | -0,062 | 0,454 |
| Ansiedad/depresión | 0,071 | 0,386 |

Nota. *La diferencia es estadísticamente significativa en el nivel de 0.05.

Fuente: elaboración propia.

En esta investigación se realizó un análisis de correlación de Pearson con el objetivo de explorar la relación entre la agencia de autocuidado y las cinco dimensiones de la calidad de vida evaluadas por el instrumento EQ-5D-3L. Los resultados, presentados en la tabla 5, muestran correlaciones negativas y estadísticamente significativas entre la agencia de autocuidado y tres dimensiones: movilidad ($r = -0,180; p = 0,027$), autocuidado ($r = -0,162; p = 0,047$) y actividades habituales ($r = -0,174; p = 0,033$). Estas correlaciones indican que a medida que se reportan mayores niveles de limitación en estas dimensiones, la agencia de autocuidado tiende a disminuir. No se observaron asociaciones significativas con las dimensiones de dolor/malestar ($r = -0,062; p = 0,454$) ni ansiedad/depresión ($r = 0,071; p = 0,386$).

DISCUSIÓN

Nuestros datos muestran que la mayor proporción de sujetos tenían agencia de autocuidado alta, el instrumento ASA mostró alta confiabilidad, lo cual refuerza su idoneidad para evaluar la capacidad de autogestión en contextos clínicos. Además, el cuestionario EQ-5D-3L permitió identificar 39 estados de salud posibles de las cinco dimensiones evaluadas en el cuestionario de CVRS. Se evidenció correlación negativa significativa entre la puntuación de agencia de autocuidado y las dimensiones de movilidad, autocuidado y actividades habituales. Estudios previos respaldan el rol de la agencia de autocuidado como determinante en la salud de las personas con enfermedades crónicas (30-32). Fernández y Manrique-Abril (2011), Espitia Cruz (2011) y Velandia-Arias y

Rivera-Álvarez (2009) coinciden en que la agencia de autocuidado se relaciona directamente con factores como el conocimiento, la edad, el estado de salud y la adherencia a conductas de cuidado personal y tratamiento. En Colombia se recomienda el uso de la escala ASA de 24 ítems por su confiabilidad y estructura factorial, compuesta por nueve factores relevantes para evaluar la capacidad de gestión del autocuidado (24); lo anterior coincide con los resultados obtenidos en esta investigación, en la que la mayoría de los participantes obtuvo puntuaciones altas en dicha escala.

La evidencia sugiere que una mayor capacidad de agencia de autocuidado permite afrontar de mejor manera los cambios fisiológicos propios de enfermedades crónicas. Alqahtani y Alqahtani (2022) señalan que “el autocuidado en adultos mayores con enfermedades crónicas es clave para mantener la homeostasis y reducir complicaciones” (33). Esto se debe a que la autogestión facilita la identificación temprana de síntomas, el ajuste de tratamientos y la toma de decisiones informadas, lo cual repercute directamente en la percepción de calidad de vida. La literatura coincide en que los efectos de enfermedades como la diabetes afectan diversas dimensiones físicas, cognitivas y emocionales de la CVRS (34), y que la autogestión efectiva mejora estos indicadores mediante el empoderamiento del individuo (35).

En cuanto a los factores sociodemográficos, se identificó una mayor prevalencia de mujeres con afectación en dimensiones de la CVRS. Este resultado concuerda con lo reportado por Molano y González (2021), quienes encontraron que el 63,55 % de los participantes presentaron agencia alta y el 34,57 % muy alta, observándose una asociación significativa entre autocuidado y calidad de vida (36). Además, estudios han mostrado que el género y la residencia inciden en las dimensiones de ansiedad/depresión y dolor/malestar en personas con riesgo de diabetes tipo 2 (26). Por otra parte, investigaciones recientes recomiendan incluir al cuidador en los procesos de egreso hospitalario, a fin de fortalecer la continuidad del cuidado. Carrillo González et al. (2017) afirman que “la construcción de un plan de egreso centrado en la persona con enfermedad crónica y su cuidador promueve la adherencia y reduce rehospitalizaciones” (37).

Entre las fortalezas de esta investigación se resalta el uso de instrumentos validados y culturalmente adaptados. No obstante, se reconocen limitaciones inherentes al diseño transversal, que no permite establecer relaciones causales, y al muestreo por conveniencia, lo que restringe la generalización de los hallazgos. A pesar de ello, el tamaño muestral para el análisis factorial del instrumento ASA fue calculado con base en recomendaciones metodológicas ampliamente aceptadas. Tal como lo sugiere Martínez González (2020), se requiere entre 5 y 10 participantes por cada ítem; por tanto, al contar con 24 ítems, se consideró adecuado un mínimo de 150 sujetos para garantizar la estabilidad y validez de los resultados factoriales (38). Este criterio, junto con la verificación de índices de adecuación muestral, contribuye a la robustez del análisis realizado.

Los sesgos fueron controlados mediante el entrenamiento de los encuestadores en el diligenciamiento del instrumento, reduciendo así errores de información y cortesía.

Los resultados obtenidos permiten concluir que una agencia de autocuidado elevada se asocia con un mejor desempeño funcional en personas con enfermedades crónicas. Un estudio reciente reportó que el 63,55 % de los participantes presentaron agencia de autocuidado alta y el 34,57 % muy alta, junto con una calidad de vida preservada. Se encontró una correlación débil pero significativa entre ambas variables ($r = 0,316$; $p = 0,002$), lo que respalda su vínculo (39). En este contexto, se recomienda implementar intervenciones diferenciadas por género y territorio, con enfoque holístico que integre al cuidador en los planes de egreso hospitalario.

CONCLUSIONES

Este estudio identificó correlaciones negativas significativas entre la agencia de autocuidado y las dimensiones de movilidad, autocuidado y actividades habituales en personas hospitalizados. Aunque los participantes manifestaron bienestar general, las mujeres reportaron en mayor proporción estados de salud severos. Fortalecer la agencia de autocuidado se posiciona como una estrategia clave para reducir el riesgo de reingreso hospitalario durante la transición del entorno clínico al hogar. Comprender la relación entre agencia de autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud permite orientar al personal de enfermería en el diseño de planes de egreso personalizados, considerando el género y el contexto territorial. Si bien se han logrado avances en el estudio del autocuidado en personas con enfermedades no transmisibles, persisten desafíos en su medición y abordaje integral. Consolidar esta relación puede contribuir a mejorar tanto la autogestión como los resultados de salud y el bienestar general de quienes viven con condiciones crónicas.

Agradecimiento: A los directivos del convenio docencia- servicio y las personas que aceptaron participar en el proyecto.

Financiación: El proyecto fue financiado por la convocatoria específica proyectos de investigación docencia servicio 2022 de la Universidad Cooperativa de Colombia INV3346.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2022 [citado 14 abril 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe, 2019. p. 67-71. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>
3. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 11th ed. Brussels: IDF; 2025. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
4. Gallardo-Rincón H, Cantoral A, Arrieta A, Espinal C, Magnus MH, Palacios C, et al. Diabetes tipo 2 en América Latina y el Caribe: comparación regional y nacional sobre prevalencia, tendencias, costos y prevención ampliada. *Prim Care Diabetes.* 2021;15:352-9. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2020.10.001>
5. Campbell NRC, Paccot Burnens M, Whelton PK, Angell SY, Jaffe MG, Cohn J, et al. 2021 World Health Organization guideline on pharmacological treatment of hypertension: policy implications for the region of the Americas. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e54. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.54>
6. Rivas SR, Serna Tobón DC, Gallego KYM, Cardona MPT, Spitia JDC, Gutiérrez PAM, et al. Impacto de la Iniciativa HEARTS en una institución de salud de segundo nivel en Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e152. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.152>
7. Wicaksana AL, Hertanti NS. Concept analysis of diabetes-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2025;23:27. <https://doi.org/10.1186/s12955-025-02354-2>
8. Garg P, Duggal N. Type 2 diabetes mellitus, its impact on quality of life and how the disease can be managed—a review. *Obes Med.* 2022;35:100459. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2022.100459>
9. Pérez-Ortiz A, Becerra-Gálvez AL, Mancilla-Díaz JM, de la Hoz PIF, Lugo-González IV, Cancino-Romero MF. Quality of life assessment and therapeutic adherence in Mexican patients with type 2 diabetes. *Int J Diabetes Dev Ctries.* 2025;45(1):161-9. <https://doi.org/10.1007/s13410-024-01331-7>
10. Barua L, Faruque M, Chowdhury HA, Banik PC, Ali L. Health-related quality of life and its predictors among the type 2 diabetes population of Bangladesh: a nation-wide cross-sectional study. *J Diabetes Investig.* 2021;12(2):277-85. <https://doi.org/10.1111/jdi.13331>
11. Tonetto L, Ramos MC, Rolim AC, et al. The relationship between comorbidities and health-related quality of life in people with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Res.* 2019;2019:8987915. <https://doi.org/10.1155/2019/8987915>

12. Landman GW, Kleefstra N, van Hateren KJ, et al. Health-related quality of life and mortality in a general and elderly population of patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33(10):2160-5. <https://doi.org/10.2337/dc10-0979>
13. Martínez N, Connelly CD, Pérez A, Calero P. Self-care: a concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2021;8(4):418-25. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>
14. Amer N, Sulieman H, Aljawaldeh A, et al. Self-care behavior and glycemic control among type 2 diabetes patients in Jordan: a cross-sectional study. *BMC Endocr Disord*. 2020;20(1):93. <https://doi.org/10.1186/s12902-020-00571-2>
15. Jandaghian-Bidgoli M, Jamalnia S, Pashmforosh M, Shaterian N, Darabiyan P, Rafi A. The effect of Orem self-care model on the improvement of symptoms and quality of life in patients with diabetes: a scoping review. *Investig Educ Enferm*. 2024;42(1). Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v42n1e08>
16. Hu J, Gruber KJ. Positive and negative influences of social support on self-management behavior among Chinese adults with type 2 diabetes. *J Transcult Nurs*. 2018;29(4):331-8. <https://doi.org/10.1177/1043659617719105>
17. Arredondo Holguín E. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardiaca. *Av Enferm*. 2010;28(1):21-30. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000100003
18. Rivera Álvarez LN. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2006;8(3):235-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300009
19. Gázquez RA, Holguín A, Acevedo S, Andrea Y. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de Medellín (Colombia). *Enferm Glob*. 2013;12(30):183-95. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200009
20. Díaz de León C, Anguiano A, Lozano M, Flores E. Escala de valoración de capacidad de autocuidado y su relación con conductas y condiciones de salud en adultos mayores. *Psicol Conductual*. 2021;29(3):781-96. <https://doi.org/10.51668/bp.8321315s>
21. Castañeda CDL, Guzmán MJV, Loeza BML, Ávila BM. Propiedades psicométricas de la Escala de Valoración de la Capacidad de Autocuidado en adolescentes mexicanos. *Rev Cienc Salud*. 2023;21(2):1-21. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/10435>
22. Zarate V, Kind P, Chuang LH. Hispanic valuation of the EQ-5D health states: a social value set for Latin Americans. *Value Health*. 2008;11(7):1170-7. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00349.x>

23. World Health Organization. Body mass index (BMI) [Internet]. Geneva: WHO [citado 15 abril 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>
24. Manrique-Abril F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichan [Internet]. 2009 [citado 15 abril 2025];9(3):222-35. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1521>
25. Velandia Arias A, Rivera Álvarez LN. Confiabilidad de la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. Av Enferm [Internet]. 2009 [citado 15 abril 2025];27(1):38-47. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12953>
26. Montes YD, Anillo Arrieta LA, De La Hoz JJE, Acosta-Vergara T, Acosta-Reyes J, Flórez Lozano KC, et al. Effectiveness of a community intervention program on healthy lifestyles (PREDICOL) among adults with prediabetes in two Latin American cities: A quasi-experimental study. Prim Care Diabetes [Internet]. 2025 marzo 29 [citado 15 abril 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2025.03.010>
27. Anillo Arrieta LA, Acosta Vergara T, Tuesca R, Rodríguez Acosta S, Flórez Lozano KC, Aschner P, et al. Health-related quality of life in a population at risk of type 2 diabetes: a cross-sectional study in two Latin American cities. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2021 [citado 15 abril 2025];19(1):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01894-7>
28. Cabasés JM. El EQ-5D como medida de resultados en salud. Gac Sanit [Internet]. 2015 [citado 15 abril 2025];29(6):401-3. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.007>
29. Ministerio de Salud. República de Colombia. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993 [Internet] [citado 15 abril 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-8430-de-1993.pdf>
30. Fernández AR, Manrique-Abril FG. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. Av Enferm [Internet]. 2011 [citado 15 de abril de 2025];29(1):30-41. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000100004
31. Espitia Cruz LC. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del Hospital Universitario La Samaritana [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011 [citado 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/8259>
32. Velandia-Arias A, Rivera-Álvarez LN. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. Av Enferm [Internet]. 2009 [citado 15 de abril de 2025];11(4):538. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/71923>

33. Alqahtani J, Alqahtani I. Self-care in the older adult population with chronic disease: concept analysis. *Heliyon* [Internet]. 2022 [citado 15 de abril de 2025];8(7):e09999. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.09999>
34. Sampson EO, Rosliza AM, Ismail S, Hayati KS, Mahmud A, Udeani TK. Mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud para la diabetes: una revisión sistemática. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):9245. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179245>
35. Alaofè H, Hounkpatin WA, Djrolo F, Ehiri J, Rosales C. Factors associated with quality of life in patients with type 2 diabetes of South Benin. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4):2360. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042360>
36. Molano Barrera DY, González Consuegra RV. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. *Investig Enferm Imagen Desarroll* [Internet]. 2021 [citado 15 de abril de 2025];22. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/28637>
37. Carrillo González GM, Sánchez Herrera B, Gómez OJ, Carreño SP, Chaparro Díaz L. Metodología de implementación del “plan de egreso hospitalario” para personas con enfermedad crónica en Colombia. *Rev Med* [Internet]. 2017 [citado 15 de abril de 2025];25(2):55-62. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562017000200055
38. Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A, Toledo Atucha E, Faulín FJ. Bioestadística amigable. 4.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2020 [citado 15 abril 2025]. Disponible en: <https://shop.elsevier.com/books/bioestadistica-amigable/martinez-gonzalez/978-84-9113-407-7Elsevier Shop>
39. Melo Melo BG, Vargas Hernández Y, Carrillo GM, Alarcón Trujillo DK. Efecto del programa Plan de egreso en la diáda persona con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares. *Enferm Clín*. 2018;28(1):36-43. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-efecto-del-programa-plan-egreso-S1130862117301596>