

AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS TRAS UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA: ESTUDIO PRETEST-POSTEST
SELF-CARE IN OLDER ADULTS WITH CHRONIC DISEASES AFTER NURSING EDUCATIONAL INTERVENTION: PRETEST-POSTTEST STUDY

Autores: ¹Mariela Isabel Gaibor González, ²Patricia Maribel Acosta Carvajal, ³Alex Elian Pinos Sánchez y ⁴Flor Lisbeth Muguicha Toalombo.

¹ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8937-0272>

²ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-0323-6794>

³ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-1699-4793>

⁴ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-9460-2128>

¹E-mail de contacto: mgaiborg@ueb.edu.ec

²E-mail de contacto: patricia.acosta@ueb.edu.ec

³E-mail de contacto: alex.pinos@ueb.edu.ec

⁴E-mail de contacto: flor.muguicha@ueb.edu.ec

Afiliación: ^{1*2*3*4*}Universidad Estatal de Bolívar, (Ecuador).

Artículo recibido: 2 de Junio del 2026

Artículo revisado: 4 de Junio del 2026

Artículo aprobado: 4 de Junio del 2026

¹Doctora en Ciencias Pedagógicas, graduada de la Universidad de Oriente, (Cuba).

²Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, (Ecuador).

³Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, (Ecuador).

⁴Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, (Ecuador).

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el cambio en el autocuidado de adultos mayores con enfermedades crónicas posterior a una intervención educativa de enfermería basada en la teoría de Dorothea Orem, desarrollada en dos contextos gerontológicos institucionales de la provincia Bolívar, Ecuador. Se realizó un estudio cuasiexperimental no aleatorizado, longitudinal y analítico, con diseño pretest-postest en dos grupos naturales no equivalentes. La muestra analítica incluyó 94 adultos mayores con medición pareada. El índice principal de autocuidado se estandarizó de 0 a 100 puntos y se construyó con siete dimensiones comparables: actividad física, alimentación y nutrición, eliminación, descanso y sueño, higiene, medicación/botiquín, y control de salud/autochequeo. La comparación pretest-postest se realizó mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Tras la intervención, el índice principal mostró un incremento estadísticamente significativo, con un cambio medio de 6,43 puntos y valor de $p = 0,0026$. En términos individuales, el 62,77 % de los participantes presentó mejoría del índice, y la

proporción de autocuidado adecuado aumentó en la medición posterior. Las mayores ganancias se observaron en control de salud/autochequeo y alimentación y nutrición. Se concluye que la intervención educativa de enfermería se asoció con una mejora del autocuidado en adultos mayores con enfermedades crónicas; sin embargo, los hallazgos deben interpretarse con prudencia por la ausencia de asignación aleatoria y de comparador externo.

Palabras clave: Autocuidado, Anciano, Enfermedad crónica, Educación en salud, Enfermería geriátrica, Centros gerontológicos.

Abstract

This study aimed to evaluate changes in self-care among older adults with chronic diseases after a nursing educational intervention based on Dorothea Orem's theory, implemented in two institutional gerontological contexts in Bolívar Province, Ecuador. A nonrandomized, longitudinal, analytical quasi-experimental study was conducted using a pretest-post test design in two natural non-equivalent groups.

The analytical sample included 94 older adults with paired measurements. The main self-care index was standardized from 0 to 100 points and constructed from seven comparable dimensions: physical activity, food and nutrition, elimination, rest and sleep, hygiene, medication/first-aid kit management, and health control/self-monitoring. The pretest-posttest comparison was performed using the Wilcoxon signed-rank test. After the intervention, the main index showed a statistically significant increase, with a mean change of 6.43 points and a p value of 0.0026. At the individual level, 62.77 % of participants showed improvement in the index, and the proportion of adequate self-care increased in the posttest measurement. The greatest gains were observed in health control/self-monitoring and food and nutrition. It is concluded that nursing educational intervention was associated with improved self-care among older adults with chronic diseases; however, the findings should be interpreted with caution because of the absence of random allocation and an external comparator.

Keywords: Self-care, Elderly, Chronic disease, Health education, Geriatric nursing, Gerontological centers.

Sumario

Este estudo teve como objetivo avaliar a mudança no autocuidado de pessoas idosas com doenças crônicas após uma intervenção educativa de enfermagem baseada na teoria de Dorothea Orem, desenvolvida em dois contextos gerontológicos institucionais da província de Bolívar, Equador. Realizou-se um estudo quase-experimental não randomizado, longitudinal e analítico, com desenho pré-teste e pós-teste em dois grupos naturais não equivalentes. A amostra analítica incluiu 94 pessoas idosas com medições pareadas. O índice principal de autocuidado foi padronizado de 0 a 100 pontos e construído com sete dimensões comparáveis: atividade física, alimentação e nutrição, eliminação, descanso e sono, higiene, medicação/botiquim,

e controle de saúde/autoavaliação. A comparação pré-teste e pós-teste foi realizada por meio do teste dos postos sinalizados de Wilcoxon. Após a intervenção, o índice principal apresentou aumento estatisticamente significativo, com mudança média de 6,43 pontos e valor de $p = 0,0026$. Em termos individuais, 62,77% dos participantes apresentaram melhora do índice, e a proporção de autocuidado adequado aumentou na medição posterior. Os maiores ganhos foram observados em controle de saúde/autoavaliação e alimentação e nutrição. Conclui-se que a intervenção educativa de enfermagem se associou à melhora do autocuidado em pessoas idosas com doenças crônicas; entretanto, os achados devem ser interpretados com prudência devido à ausência de alocação aleatória e de comparador externo.

Palavras-chave: Autocuidado, Idosos, Doença crônica, Educação em saúde, Enfermagem geriátrica, Centros gerontológicos.

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los cambios demográficos más relevantes para los sistemas de salud contemporáneos. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la población de personas de 60 años o más crecerá de manera acelerada durante las próximas décadas y que este proceso será especialmente intenso en países de ingresos bajos y medios. A medida que aumenta la edad, también se incrementa la probabilidad de presentar varias condiciones crónicas de forma simultánea, entre ellas diabetes, enfermedades respiratorias, dolor osteoarticular, depresión, demencia y otros problemas asociados al deterioro funcional (World Health Organization, 2025). De ahí el propósito planteado para la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, orientado a mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y comunidades (World Health Organization, 2020). En este escenario, el autocuidado

adquiere un valor central para la prevención de complicaciones, el mantenimiento de la autonomía y la reducción de riesgos asociados a la enfermedad crónica. El autocuidado no debe entenderse como una conducta aislada ni como simple cumplimiento de indicaciones, sino como un proceso multidimensional que integra conocimientos, habilidades, toma de decisiones, motivación, apoyo social y condiciones ambientales. Esta aproximación es coherente con la teoría de autocuidado de la enfermedad crónica, que describe procesos de mantenimiento, monitoreo y manejo de la salud (Riegel et al., 2012), y con la conceptualización del autocuidado en adultos mayores con enfermedad crónica como un fenómeno relevante para la práctica clínica, la educación, la investigación y la política sanitaria (Alqahtani y Alqahtani, 2022).

Las enfermedades crónicas exigen acciones permanentes de automanejo, entre ellas adherencia terapéutica, reconocimiento de signos de alarma, control de síntomas, alimentación adecuada, actividad física segura y prevención de caídas. La evidencia reciente muestra que las intervenciones de automanejo pueden contribuir a mejorar la calidad de vida, la autoeficacia y algunos desenlaces psicosociales en personas con enfermedades crónicas (Huang et al., 2024). Además, la literatura sobre adultos mayores con enfermedades crónicas resalta la relación entre empoderamiento en salud, uso de recursos, autoeficacia y automanejo (Wang et al., 2025). Del mismo modo, las intervenciones de autocuidado en adultos mayores pueden producir beneficios variables según el contenido, la duración, el seguimiento y el contexto de implementación (González y Requena, 2023; Lawless et al., 2025). La enfermería ocupa una posición estratégica en la educación para la salud y en la gestión de

riesgos en adultos mayores. Su cercanía con la persona, la familia y los cuidadores permite identificar necesidades educativas, adaptar mensajes, reforzar habilidades y promover conductas sostenibles. En enfermedades crónicas, las intervenciones lideradas por enfermería pueden favorecer la adherencia a la medicación y el seguimiento de prácticas de cuidado cuando incorporan acompañamiento, educación individualizada y contacto directo con los participantes (Berardinelli et al., 2024).

La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem ofrece un fundamento pertinente para comprender este tipo de intervención. Desde esta perspectiva, la enfermería actúa cuando la persona presenta limitaciones para realizar acciones deliberadas de autocuidado, y puede emplear un sistema de apoyo-educación orientado a fortalecer conocimientos, habilidades y toma de decisiones. Orem et al. (2001) describen esta teoría como una estructura aplicable a situaciones en las que factores como edad, estado de salud, cultura y ambiente condicionan la capacidad de autocuidado. Tanaka (2022) confirma que la teoría mantiene vigencia para interpretar la práctica enfermera contemporánea.

Los centros gerontológicos constituyen escenarios relevantes para implementar intervenciones educativas porque concentran población adulta mayor con necesidades de cuidado, distintos niveles de dependencia y diferentes formas de apoyo. Sin embargo, no todos los centros tienen la misma modalidad de atención. Un centro diurno o ambulatorio puede favorecer mayor participación del adulto mayor y continuidad del cuidado en el hogar, mientras que un centro de internamiento puede implicar mayor dependencia funcional y mayor mediación del personal cuidador. Por ello, la interpretación de los resultados debe considerar

el contexto institucional sin asumir equivalencia ni superioridad entre centros. A pesar de la importancia del autocuidado en adultos mayores con enfermedades crónicas, persisten vacíos en la evaluación de intervenciones educativas de enfermería aplicadas en contextos gerontológicos reales, especialmente cuando se analizan cambios pretest-postest en dimensiones comparables y se diferencian contextos institucionales no equivalentes. También se requiere mayor claridad metodológica para evitar atribuciones causales excesivas en estudios no aleatorizados y para distinguir los resultados longitudinales de aquellos medidos únicamente después de la intervención.

La justificación científica del estudio se sustenta en la necesidad de evaluar, con rigor metodológico, si una intervención educativa de enfermería basada en Orem se asocia con cambios en el autocuidado de adultos mayores con enfermedades crónicas. Este tipo de evidencia puede contribuir a organizar programas educativos más pertinentes, identificar dimensiones que requieren refuerzo y orientar estrategias diferenciadas según modalidad de atención gerontológica. El objetivo general del artículo fue evaluar el cambio en el índice principal de autocuidado de adultos mayores con enfermedades crónicas posterior a una intervención educativa de enfermería basada en la teoría de Dorothea Orem, considerando dos contextos gerontológicos institucionales diferenciados.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio cuasiexperimental no aleatorizado, longitudinal y analítico, con diseño pretest-postest en dos grupos naturales no equivalentes. El enfoque fue cuantitativo predominante, con un componente cualitativo complementario derivado de una pregunta

abierta aplicada en la medición posterior a la intervención. La unidad de análisis fue el adulto mayor con medición pretest y postest pareada. El análisis principal se centró en el cambio intra-sujeto del índice principal de autocuidado posterior a una intervención educativa de enfermería. Los dos centros participantes fueron tratados como contextos institucionales diferenciados. Por tanto, las comparaciones entre centros tuvieron carácter contextual y exploratorio, sin atribución de causalidad directa ni superioridad institucional.

El estudio se desarrolló en dos contextos gerontológicos institucionales de la provincia Bolívar, Ecuador, entre la medición basal y la medición postintervención. Para preservar el anonimato durante el proceso editorial, los escenarios pueden identificarse en el manuscrito como Centro A y Centro B. El Centro A correspondió a un contexto diurno/ambulatorio, orientado a la atención integral sin internamiento de personas adultas mayores con dependencia leve, intermedia o moderada, en jornadas diurnas. El Centro B correspondió a un contexto de internamiento, con mayor grado esperado de dependencia funcional y cuidado institucional continuo. Esta diferenciación contextual fue considerada relevante para interpretar el autocuidado, el apoyo disponible y las condiciones de implementación de la intervención educativa.

La población prevista estuvo constituida por 96 adultos mayores vinculados a los dos centros gerontológicos participantes. La muestra analítica quedó conformada por 94 adultos mayores con medición pretest y postest pareada; dos registros no estuvieron disponibles para el análisis final. La base depurada documentó 94 registros pretest, 94 registros postest y 94 registros pareados, distribuidos en 70 participantes del Centro A y 24 del Centro B.

El muestreo fue no probabilístico, de tipo censal o por disponibilidad, considerando a los adultos mayores vinculados a los centros y con datos completos en los dos momentos de medición. Debido a la ausencia de asignación aleatoria, los grupos se consideraron naturales no equivalentes.

Se incluyeron adultos mayores vinculados a alguno de los dos centros gerontológicos participantes, que formaron parte de la intervención educativa de enfermería y contaron con medición pretest y postest pareada para la construcción del índice principal de autocuidado. Se excluyeron del análisis principal los registros sin medición pretest o postest pareada, así como aquellos sin información suficiente para calcular el índice principal de autocuidado. No se aplicaron criterios clínicos adicionales de exclusión documentados en la base analítica. La intervención educativa se sustentó en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, particularmente en el sistema de enfermería de apoyo-educación. Desde este enfoque, la enfermería contribuye a fortalecer la capacidad de las personas para realizar acciones deliberadas de autocuidado cuando existen limitaciones de conocimiento, habilidades, motivación o apoyo para gestionar su salud.

En adultos mayores con enfermedades crónicas, este fundamento resulta pertinente porque el autocuidado requiere reconocer riesgos, adherirse a tratamientos, mantener hábitos saludables, prevenir complicaciones, organizar medicamentos, identificar signos de alarma y conservar la mayor autonomía funcional posible. La intervención consistió en estrategias educativas de enfermería orientadas a fortalecer el autocuidado y la gestión de riesgos en adultos mayores con enfermedades crónicas. Se implementó entre la medición basal y la

medición postintervención, mediante actividades grupales y personalizadas, ajustadas a la modalidad de atención de cada centro gerontológico. Los contenidos principales incluyeron riesgos frecuentes en la tercera edad, reconocimiento de signos de alarma, prevención de complicaciones de enfermedades crónicas, alimentación saludable, actividad física segura, prevención de caídas, higiene, descanso, control de salud, autochequeo, manejo seguro de medicamentos y organización del botiquín. También se incorporaron actividades relacionadas con bienestar emocional, afrontamiento ante situaciones de riesgo y comunicación durante emergencias.

La modalidad educativa incluyó talleres, charlas breves, demostraciones prácticas, guías, fichas, infografías, revisión guiada de botiquines, organización de medicamentos por tipo, dosis, horario y usuario, así como actividades orientadas a la prevención de caídas y al fortalecimiento de habilidades corporales seguras. Las actividades fueron organizadas de acuerdo con la planificación operativa de cada centro y se adaptaron a la modalidad de atención de los participantes. Se emplearon instrumentos estructurados de medición pretest y postest. El pretest incluyó variables sociodemográficas, clínicas y dimensiones de autocuidado. El postest incluyó dimensiones comparables de autocuidado, además de variables postintervención relacionadas con seguridad y prevención de accidentes, utilidad percibida de las actividades educativas y una pregunta abierta final.

Las dimensiones comparables entre pretest y postest fueron actividad física, alimentación y nutrición, eliminación, descanso y sueño, higiene, medicación/botiquín, y control de salud/autochequeo. Estas dimensiones constituyeron la base para construir el índice

principal de autocuidado. Hábitos nocivos no se incorporó al índice principal debido a ambigüedad en su puntuación pretest. Seguridad y prevención de accidentes, utilidad percibida de las actividades educativas y pregunta abierta final se reservaron como resultados secundarios postintervención. La variable principal fue el cambio en el índice principal de autocuidado del adulto mayor posterior a la intervención educativa de enfermería. El índice se construyó exclusivamente con siete dimensiones comparables entre pretest y postest: actividad física, alimentación y nutrición, eliminación, descanso y sueño, higiene, medicación/botiquín, y control de salud/autochequeo.

Cada dimensión fue recodificada en escala 0-2 a partir de los ítems correspondientes y posteriormente estandarizada de 0 a 100 puntos. El índice principal se obtuvo como el promedio de las dimensiones válidas disponibles. El cambio individual se calculó mediante la diferencia entre el puntaje postest y el puntaje pretest. Las variables secundarias incluyeron las siete dimensiones individuales del índice principal, la categoría global de autocuidado, la dirección individual del cambio, seguridad y prevención de accidentes postintervención, utilidad percibida de las actividades educativas y la respuesta abierta final. Las variables descriptivas y contextuales incluyeron edad, sexo, estado civil, autoidentificación, nivel de instrucción, convivencia, centro/contexto institucional, presencia de enfermedades crónicas, tipo de enfermedad crónica, número de categorías diagnósticas, caídas en el último año y hospitalización en el último año. La recolección de datos se realizó en tres fases. En la primera fase, se aplicó el pretest a los adultos mayores participantes, registrando variables sociodemográficas, clínicas y dimensiones

iniciales de autocuidado. En la segunda fase, se implementó la intervención educativa de enfermería, con actividades grupales y demostrativas orientadas al fortalecimiento del autocuidado y la gestión de riesgos. En la tercera fase, se aplicó el postest para medir nuevamente las dimensiones comparables del autocuidado y registrar variables postintervención relacionadas con seguridad, utilidad percibida y valoración abierta de la experiencia educativa. Los instrumentos fueron aplicados en los centros participantes por personal vinculado al equipo de enfermería, con acompañamiento de estudiantes supervisados. Los datos fueron posteriormente revisados, emparejados y anonimizados antes del análisis. Antes del análisis estadístico se realizó una depuración de la base PRE/POST y del archivo de resultados verificados. Se revisaron los registros pretest, postest y la base pareada, conservándose únicamente los participantes con medición en ambos momentos para la variable principal. La base analítica fue anonimizada mediante identificadores codificados, eliminándose nombres y cédulas después del pareamiento.

Los puntajes se recalcularon a partir de los ítems individuales recodificados en escala 0-2 y se estandarizaron de 0 a 100 por dimensión. El índice principal de autocuidado se construyó con las siete dimensiones comparables entre pretest y postest. Las inconsistencias detectadas entre puntajes originales y sumas recalculadas fueron documentadas, priorizándose los puntajes recalculados desde los ítems. No se imputaron los dos registros no disponibles respecto a los 96 adultos mayores previstos. En un registro se identificó un dato faltante en la dimensión medicación/botiquín del pretest; en ese caso, el índice principal basal se calculó con las dimensiones válidas disponibles. Seguridad, utilidad percibida y pregunta abierta se

mantuvieron como resultados secundarios postintervención. El análisis estadístico se realizó sobre la base pareada de adultos mayores con medición pretest y postest para la variable principal. Las variables sociodemográficas y clínicas se describieron mediante frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y mediante media, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas.

La distribución de los puntajes del índice principal y de sus dimensiones se evaluó mediante inspección gráfica y prueba de Shapiro-Wilk. El análisis principal fue pareado y correspondió a la comparación pretest-postest del índice principal de autocuidado mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, considerando que los puntajes derivan de ítems ordinales recodificados y estandarizados en escala de 0 a 100. Las siete dimensiones comparables del autocuidado se analizaron de forma secundaria mediante el mismo enfoque pareado. Las categorías de autocuidado se describieron mediante frecuencias, porcentajes y tablas de transición pretest-postest. El análisis por centro se interpretó como exploratorio y contextual, comparando los cambios postest-pretest entre los dos escenarios institucionales como diferencias contextuales, no causales. La seguridad y prevención de accidentes, la utilidad percibida de las actividades educativas y la pregunta abierta final se analizaron únicamente como resultados secundarios postintervención. Se empleó un nivel de significación de 0,05, con reporte de intervalos de confianza del 95% y tamaños del efecto. La pregunta abierta aplicada en el postest se revisó de manera descriptiva como información complementaria de la experiencia educativa. Debido a que no se realizó una codificación cualitativa formal, esta información no se presentó como resultado cualitativo

independiente ni se utilizó para establecer inferencias. El estudio se desarrolló respetando los principios de confidencialidad, anonimato y uso responsable de la información. Los datos personales fueron eliminados de la base analítica después del pareamiento, manteniéndose identificadores codificados para el análisis.

Se reconocieron posibles fuentes de sesgo propias de los diseños cuasiexperimentales no aleatorizados. La ausencia de asignación aleatoria y de un grupo externo no expuesto limita la inferencia causal; por ello, el análisis principal se centró en el cambio intra-sujeto pretest-postest y los hallazgos se interpretaron como cambios observados posteriores a la intervención, no como demostración causal definitiva. Los centros se consideraron contextos institucionales diferenciados y el análisis por centro se mantuvo como exploratorio y contextual. Para reducir sesgos de medición, la variable principal se construyó únicamente con dimensiones comparables entre pretest y postest. Los puntajes fueron recalculados desde ítems individuales, se estandarizaron de 0 a 100 y se evitaron puntajes originales inconsistentes. Hábitos nocivos se excluyó del índice principal por ambigüedad de puntuación, mientras que seguridad, utilidad percibida y pregunta abierta se reservaron como resultados secundarios postintervención. El análisis se restringió a registros pareados y no se imputaron datos no disponibles. Además, se reconocieron como amenazas potenciales el efecto aprendizaje del pretest, la deseabilidad social, el autorreporte y la posible influencia del aplicador o del contexto educativo.

Resultados y Discusión

Se incluyeron 94 adultos mayores con medición pretest-postest pareada. Dos registros previstos

no estuvieron disponibles para el análisis final, por lo que la muestra analítica quedó conformada por 70 participantes del Centro A, correspondiente al contexto

diurno/ambulatorio, y 24 del Centro B, correspondiente al contexto de internamiento. El flujo de participantes se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Flujo de participantes incluidos en el análisis.

| Etapa | Número |
|---|--------|
| Adultos mayores elegibles registrados | n = 96 |
| Registros no disponibles para el análisis final | n = 2 |
| Registros con pretest válido | n = 94 |
| Registros con postest válido | n = 94 |
| Muestra pareada incluida en el análisis principal | n = 94 |
| Centro A (diurno/ambulatorio) | n = 70 |
| Centro B (internamiento) | n = 24 |

Nota: El flujo no representa asignación aleatoria ni comparación causal entre contextos.

Fuente: Elaboración propia.

La edad media fue de $82,31 \pm 6,61$ años, con mediana de 82,5 años y rango intercuartílico de 78,25 a 87,0 años. La muestra presentó predominio masculino, baja escolaridad y elevada frecuencia de enfermedades crónicas registradas. Estas características son relevantes

porque el autocuidado en la vejez depende no solo del conocimiento adquirido, sino también del nivel funcional, la escolaridad, el apoyo social y el entorno institucional. La caracterización sociodemográfica y clínica basal se muestra en las tablas 2 y 3.

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas basales de la muestra analítica.

| Variable | Categoría/estadístico | n/resultado | % |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------|
| Edad (años) | Media \pm DE | 82,31 \pm 6,61 | |
| Edad (años) | Mediana (RIQ) | 82,5 (78,25–87,0) | |
| Edad (años) | Mínimo–máximo | 69–100 | |
| Centro | Centro B (internamiento) | 24 | 25,53 |
| Centro | Centro A (diurno/ambulatorio) | 70 | 74,47 |
| Sexo | Femenino | 38 | 40,43 |
| Sexo | Masculino | 56 | 59,57 |
| Estado civil | Casado(a) | 35 | 37,23 |
| Estado civil | Divorciado(a)/Separado(a) | 2 | 2,13 |
| Estado civil | Soltero(a) | 45 | 47,87 |
| Estado civil | Viudo(a) | 12 | 12,77 |
| Autoidentificación | Indígena | 31 | 32,98 |
| Autoidentificación | Mestizo(a) | 63 | 67,02 |
| Nivel de instrucción | Ninguno | 60 | 63,83 |
| Nivel de instrucción | Primaria | 33 | 35,11 |
| Nivel de instrucción | Secundaria | 1 | 1,06 |
| Vive solo(a) | No | 47 | 50,00 |
| Vive solo(a) | Sí | 47 | 50,00 |
| Enfermedad crónica registrada | No | 16 | 17,02 |
| Enfermedad crónica registrada | Sí | 78 | 82,98 |
| Caídas último año | 1 vez | 10 | 10,64 |
| Caídas último año | 2 o más veces | 4 | 4,26 |
| Caídas último año | Ninguna | 80 | 85,11 |
| Hospitalización último año | No | 84 | 89,36 |
| Hospitalización último año | Sí | 10 | 10,64 |

Nota: DE (desviación estándar); RIQ (rango intercuartílico).

Fuente: Elaboración propia.

El perfil basal confirma la pertinencia de una intervención educativa orientada al autocuidado, ya que las enfermedades crónicas demandan conductas sostenidas de automanejo, adherencia, vigilancia de signos de alarma y

prevención de complicaciones. Esta lectura debe mantenerse descriptiva, sin asumir representatividad poblacional más allá de los contextos estudiados.

Tabla 3. Condiciones crónicas registradas en la muestra basal.

| Diagnóstico/condición basal | n | % |
|------------------------------|----|-------|
| Hipertensión arterial | 31 | 32,98 |
| Diabetes mellitus | 4 | 4,26 |
| Artritis/Osteoporosis | 19 | 20,21 |
| Enfermedad cardíaca/vascular | 6 | 6,38 |
| Enfermedad respiratoria | 6 | 6,38 |
| Otra condición | 43 | 45,74 |

Nota: Las categorías diagnósticas no son mutuamente excluyentes.

Fuente: Elaboración propia.

El índice principal de autocuidado, construido con siete dimensiones comparables entre pretest y postest, aumentó de $67,25 \pm 16,22$ a $73,68 \pm 15,46$ puntos. El cambio medio fue de $+6,43$ puntos, con intervalo de confianza del 95 % de

$2,55$ a $10,31$, $p = 0,0026$ y tamaño del efecto r biserial = $0,36$. En términos individuales, 59 participantes, equivalentes al 62,77 %, presentaron incremento del índice principal. Estos resultados se resumen en la Tabla 4.

Tabla 4. Comparación pretest-postest del índice principal y dimensiones de autocuidado.

| Dimensión/índice | n | Pretest media \pm DE | Postest media \pm DE | Cambio medio | IC 95 % | p | r | Mejóro n (%) |
|---|----|------------------------|------------------------|--------------|----------------|--------|-------|--------------|
| Actividad física | 94 | 79,79 \pm 26,31 | 72,87 \pm 20,95 | -6,91 | -13,14 a -0,69 | 0,0119 | -0,37 | 21 (22,34%) |
| Alimentación y nutrición | 94 | 54,08 \pm 27,73 | 73,94 \pm 25,64 | 19,86 | 11,84 a 27,88 | <0,001 | 0,54 | 62 (65,96%) |
| Eliminación | 94 | 61,17 \pm 24,24 | 67,20 \pm 18,85 | 6,03 | 0,39 a 11,67 | 0,0522 | 0,27 | 41 (43,62%) |
| Descanso y sueño | 94 | 67,20 \pm 23,24 | 66,49 \pm 23,35 | -0,71 | -7,37 a 5,95 | 0,8984 | -0,02 | 44 (46,81%) |
| Higiene | 94 | 76,24 \pm 24,74 | 72,87 \pm 27,35 | -3,37 | -9,57 a 2,83 | 0,341 | -0,12 | 34 (36,17%) |
| Medicación y botiquín | 93 | 78,14 \pm 29,59 | 83,24 \pm 20,87 | 5,11 | -2,12 a 12,33 | 0,7586 | 0,04 | 31 (33,33%) |
| Control de salud y autochequeo | 94 | 54,25 \pm 26,99 | 78,99 \pm 24,68 | 24,74 | 18,27 a 31,2 | <0,001 | 0,77 | 64 (68,09%) |
| Índice principal de autocuidado (7 dimensiones comparables) | 94 | 67,25 \pm 16,22 | 73,68 \pm 15,46 | 6,43 | 2,55 a 10,31 | 0,0026 | 0,36 | 59 (62,77%) |

Nota: IC 95 % (intervalo de confianza del 95 %); DE (desviación estándar). Los valores p corresponden a la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras pareadas. Las medianas y rangos intercuartílicos constan en el archivo de resultados verificados.

Fuente: Elaboración propia.

La proporción de participantes con autocuidado adecuado aumentó de 18,09 % a 32,98 %, con desplazamiento de participantes desde

categorías inadecuadas o parcialmente adecuadas hacia mayor nivel de autocuidado. La transición categórica se presenta en la tabla 5.

Tabla 5. Transición de categorías del índice principal de autocuidado.

| Categoría pre/post | I | P. A | A |
|-----------------------|---|------|----|
| Inadecuado | 3 | 12 | 1 |
| Parcialmente adecuado | 4 | 32 | 25 |
| Adecuado | 0 | 12 | 5 |
| Total, post | 7 | 56 | 31 |

Nota: La última fila corresponde a la distribución total del postest. I (inadecuado); P. A (parcialmente adecuado); A (adecuado).

Fuente: Elaboración propia.

La mejora observada sugiere que las estrategias educativas de enfermería se asociaron temporalmente con un fortalecimiento del autocuidado global. No obstante, debido al

diseño cuasiexperimental no aleatorizado y a la ausencia de un grupo externo no expuesto, el resultado debe interpretarse como cambio intra-sujeto posterior a la intervención, no como demostración causal definitiva. Esta

interpretación se corresponde con la conceptualización del autocuidado como un proceso multidimensional en adultos mayores con enfermedad crónica (Alqahtani y Alqahtani, 2022; Riegel et al., 2012). Las dimensiones comparables mostraron comportamientos heterogéneos. Los mayores incrementos se observaron en control de salud/autochequeo y alimentación y nutrición, mientras que eliminación presentó una tendencia favorable de menor magnitud. En contraste, actividad física disminuyó y las dimensiones de descanso y sueño, higiene, y medicación/botiquín mostraron cambios menos consistentes.

El detalle estadístico de estas dimensiones consta en la tabla 4. Desde la práctica de enfermería, la ganancia en control de salud/autochequeo es relevante porque se vincula con reconocimiento de signos de alarma, seguimiento de enfermedades crónicas y búsqueda oportuna de ayuda. La mejoría en alimentación y nutrición puede relacionarse con la posibilidad de traducir la educación en recomendaciones prácticas y comprensibles. Sin embargo, su sostenibilidad dependerá del acceso a alimentos, del apoyo familiar o institucional y de la capacidad del adulto mayor

para tomar decisiones cotidianas. La disminución en actividad física no debe verse como fracaso global de la intervención, sino como una señal de que la movilidad segura requiere estrategias más prolongadas, progresivas, supervisadas y adaptadas al riesgo de caídas, dolor, fragilidad y temor al movimiento. La evidencia sobre prevención de caídas en adultos mayores resalta la importancia de intervenciones de ejercicio, estrategias multifactoriales y participación de enfermería cuando existe riesgo aumentado (Guirguis- et al., 2024; Orts et al., 2024).

De manera similar, el manejo de medicamentos y botiquín exige seguimiento, organización, apoyo de cuidadores y refuerzos repetidos; por ello, los resultados en esta dimensión deben interpretarse a la luz de la complejidad de la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas (Berardinelli et al., 2024; Jeon et al., 2022). El análisis por contexto institucional tuvo carácter exploratorio. El Centro A mostró un nivel basal y final de autocuidado mayor que el Centro B, mientras que los cambios medios observados fueron cercanos entre ambos contextos. Los resultados se presentan en la tabla 6.

Tabla 6. Análisis exploratorio del índice principal según contexto institucional.

| Contexto | n | Pretest media ± DE | Posttest media ± DE | Cambio media ± DE | Mejóro n (%) | Adecuado pre n (%) | Adecuado post n (%) |
|----------|----|-----------------------|------------------------|----------------------|-----------------|-----------------------|---------------------|
| Centro A | 70 | 72,01 ± 14,06 | 78,40 ± 13,16 | 6,39 ± 19,65 | 42 (60,00 %) | 16 (22,86 %) | 29 (41,43 %) |
| Centro B | 24 | 53,37 ± 14,16 | 59,92 ± 13,50 | 6,55 ± 17,13 | 17 (70,83 %) | 1 (4,17 %) | 2 (8,33 %) |

Nota: El Centro A corresponde al contexto diurno/ambulatorio y el Centro B al contexto de internamiento. La comparación por centro tiene carácter contextual y exploratorio

Fuente: Elaboración propia.

Estos hallazgos no deben leerse como superioridad institucional ni como comparación causal entre centros. El Centro A corresponde a una modalidad diurna/ambulatoria, con mayor independencia funcional esperada y apoyo

familiar o comunitario; el Centro B corresponde a un contexto de internamiento, con mayor dependencia y cuidado institucional continuo. Desde una perspectiva metodológica, estas diferencias impiden asumir equivalencia basal.

Desde una perspectiva de enfermería, sugieren que la educación para el autocuidado debe adaptarse al grado de autonomía, al entorno y al apoyo disponible. La seguridad y prevención de accidentes y la utilidad percibida de las actividades educativas se analizaron únicamente como resultados secundarios postintervención, porque no contaron con

medición basal equivalente. En el postest, la seguridad y prevención de accidentes alcanzó $88,36 \pm 17,21$ puntos, con 77,66 % de participantes en categoría adecuada. La utilidad percibida alcanzó $94,15 \pm 12,13$ puntos, con 90,43 % en categoría adecuada. Estos datos se muestran en la tabla 7.

Tabla 7. Resultados secundarios medidos únicamente en el postest.

| Variable postintervención | n | Media \pm DE | Mediana [RIQ] | Adecuado n (%) | Parcial n (%) | Inadecuado/Baja n (%) |
|--|----|-------------------|---------------------|----------------|---------------|-----------------------|
| Seguridad y prevención de accidentes | 94 | $88,36 \pm 17,21$ | 94,44 [83,33–100,0] | 73 (77,66 %) | 17 (18,09%) | 4 (4,26 %) |
| Utilidad percibida de actividades educativas | 94 | $94,15 \pm 12,13$ | 100,00 [90,0–100,0] | 85 (90,43 %) | 9 (9,57%) | 0 (0,00 %) |

Nota: Estas variables fueron medidas solo en el postest; por tanto, no se interpretan como cambio pretest-postest.

Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados aportan información sobre la aceptabilidad y pertinencia preventiva de la intervención, pero no deben presentarse como evidencia de mejora pretest-postest. En la teoría de Orem, la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar forma parte de los requisitos universales de autocuidado; sin embargo, al no existir medición basal equivalente, la seguridad se interpreta solo como estado descriptivo posterior a la intervención. La pregunta abierta del postest no contó con matriz de codificación cualitativa en el archivo de resultados verificados, por lo que los aprendizajes expresados por los adultos mayores se consideran dato no disponible en la base analizada.

Para incorporar este componente se requiere revisar las respuestas completas, elaborar una matriz temática y seleccionar citas breves anonimizadas, si aportan valor interpretativo. Los hallazgos pueden interpretarse desde la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem como una respuesta al sistema de

enfermería de apoyo-educación. En este sistema, la enfermería no reemplaza las acciones del adulto mayor, sino que facilita el aprendizaje, orienta la toma de decisiones y fortalece capacidades para realizar acciones dirigidas a mantener la salud, prevenir complicaciones y afrontar la enfermedad crónica. La intervención se alineó con este fundamento porque abordó conductas aplicables a la vida diaria: autochequeo, reconocimiento de signos de alarma, alimentación, higiene, actividad física segura, manejo del botiquín y prevención de riesgos. Orem et al. (2001) permiten comprender cómo edad, estado de salud, cultura, entorno y apoyo disponible condicionan la capacidad de autocuidado. Asimismo, Tanaka (2022) destaca la vigencia de esta teoría para interpretar situaciones en las que existen necesidades educativas y déficits parciales de autocuidado. El comportamiento heterogéneo por dimensiones también puede explicarse desde Orem. Algunas conductas, como el autochequeo o ciertas decisiones alimentarias,

pueden modificarse mediante apoyo educativo directo; otras, como actividad física, descanso, higiene o manejo sostenido de medicamentos, dependen de factores condicionantes básicos, disponibilidad de apoyo, limitaciones funcionales y condiciones del entorno. Para la práctica de enfermería, los resultados sugieren la conveniencia de estructurar intervenciones educativas breves, repetidas y contextualizadas, con lenguaje sencillo, demostraciones prácticas, materiales visuales y participación de cuidadores. La educación debe priorizar no solo la entrega de información, sino el desarrollo de habilidades aplicables, especialmente en control de salud, alimentación, prevención de caídas, manejo seguro de medicamentos y reconocimiento de signos de alarma. Las dimensiones con menor respuesta requieren estrategias diferenciadas.

La actividad física demanda prescripción segura, supervisión y adaptación al riesgo de caídas; el descanso y la higiene requieren valoración individual y ajustes del entorno; el manejo de medicamentos necesita revisión periódica, rotulación clara y participación de familiares o cuidadores. En centros diurnos, la intervención debe extenderse al hogar y la comunidad; en centros de internamiento, debe articularse con rutinas institucionales, protocolos de seguridad y planes de cuidado individualizados. Este enfoque es coherente con la promoción del envejecimiento saludable centrado en la persona y su entorno (World Health Organization, 2020). Los hallazgos también son congruentes con la literatura sobre intervenciones de autocuidado y automanejo. Las revisiones recientes muestran que estas intervenciones pueden producir beneficios variables según contenido, duración, seguimiento y contexto de implementación (González-González & Requena, 2023; Lawless et al., 2025), y que el automanejo en

enfermedades crónicas se relaciona con calidad de vida, autoeficacia, empoderamiento y uso de recursos (Huang et al., 2024; Wang et al., 2025). Se reconoce que el diseño cuasiexperimental no aleatorizado, sin grupo externo no expuesto constituyó sin duda una limitación. En consecuencia, los cambios observados no pueden atribuirse de forma definitiva a la intervención educativa, aunque exista una asociación temporal favorable. La participación de grupos naturales no equivalentes, las diferencias contextuales entre centros, el posible efecto de aprendizaje del pretest, la influencia del aplicador y la ausencia de seguimiento a mediano o largo plazo limitan la inferencia causal y la evaluación de sostenibilidad. También deben considerarse limitaciones relacionadas con la medición.

Algunas dimensiones no fueron equivalentes entre pretest y posttest; por ello, hábitos nocivos no se incluyó como variable principal y seguridad, utilidad percibida y pregunta abierta se trataron como resultados secundarios postintervención. Dos registros previstos no estuvieron disponibles para el análisis final, y el tamaño muestral limita los análisis estratificados por contexto institucional. Además, la ausencia de seguimiento a mediano o largo plazo y la validación externa limitada del instrumento restringen la interpretación de la sostenibilidad y generalización de los cambios observados. A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta una aproximación aplicada al autocuidado en contextos gerontológicos reales, con mediciones pareadas, depuración de datos, construcción de una variable principal basada en dimensiones comparables y reporte prudente de resultados. La transparencia en el reporte de evaluaciones no aleatorizadas es coherente con las recomendaciones de la guía TREND (Des Jarlais et al., 2004).

Conclusiones

La intervención educativa de enfermería basada en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem se asoció con una mejora del índice principal de autocuidado en adultos mayores con enfermedades crónicas atendidos en dos centros gerontológicos. Este hallazgo sugiere que las acciones educativas, demostrativas y de apoyo orientadas al control de salud, la alimentación, el manejo de riesgos y la organización del cuidado cotidiano pueden ser útiles para fortalecer la participación del adulto mayor en su propio cuidado. Los hallazgos deben interpretarse según el contexto institucional de atención. El Centro A y el Centro B corresponden a modalidades gerontológicas diferentes, por lo que la lectura por centro tiene carácter exploratorio y contextual, sin atribuir superioridad institucional ni causalidad directa. Esta consideración resulta relevante para adaptar las estrategias de enfermería al nivel de independencia, apoyo familiar o comunitario, dependencia funcional y cuidado institucional continuo de los participantes.

La teoría de Orem aportó un marco pertinente para comprender la intervención como un sistema de apoyo-educación dirigido a fortalecer capacidades de autocuidado, sin asumir que todos los adultos mayores alcanzan el mismo nivel de autonomía. Desde la práctica de enfermería, se recomienda implementar programas educativos periódicos, contextualizados y acompañados de seguimiento, con participación de cuidadores cuando sea necesario. Otras investigaciones a futuro deberían incorporar diseños con mayor control metodológico, seguimiento longitudinal y validación formal de instrumentos para valorar la sostenibilidad de los cambios observados.

Referencias Bibliográficas

- Alqahtani, J., & Alqahtani, I. (2022). Self-care in the older adult population with chronic disease: Concept analysis. *Heliyon*, 8(7), e09991.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09991>
- Berardinelli, D., Conti, A., Hasnaoui, A., Casabona, E., Martin, B., Campagna, S., & Dimonte, V. (2024). Nurse-led interventions for improving medication adherence in chronic diseases: A systematic review. *Healthcare*, 12(23), 2337.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12232337>
- Des Jarlais, D., Lyles, C., Crepaz, N., & the TREND Group. (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94(3), 361-366.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.94.3.361>
- González, E., & Requena, C. (2023). Self-care interventions of community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 11, 1254172.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1254172>
- Guirguis, J., Perdue, L., Coppola, E., & Bean, S. (2024). Interventions to prevent falls in older adults: Updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 332(1), 58-69.
<https://doi.org/10.1001/jama.2024.4166>
- Huang, Y., Li, S., Lu, X., Chen, W., & Zhang, Y. (2024). The effect of self-management on patients with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 12(21), 2151.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12212151>
- Jeon, H. O., Chae, M. O., & Kim, A. (2022). Effects of medication adherence interventions for older adults with chronic illnesses: A systematic review and meta-analysis. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 13(5), 328-340.
<https://doi.org/10.24171/j.phrp.2022.0168>
- Lawless, M. T., Oster, C., Block, H., Cash, B., Bulto, L. N., Pinero de Plaza, M. A., George,

- S., Ambagtsheer, R., Archibald, M., Battersby, M., & Kitson, A. (2025). Self-management support interventions for socioeconomically disadvantaged older adults with chronic conditions: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 141, 109305. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2025.109305>
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Orts, M., Cabañero, M., Meseguer, C., Arredondo, C., & Abad, E. (2024). Efectividad de las intervenciones enfermeras en la prevención de caídas en adultos mayores en la comunidad y en entornos sanitarios: Una revisión sistemática y metaanálisis de ECA. *Enfermería Clínica*, 34(1), 4-13. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.08.002>
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- Tanaka, M. (2022). Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nursing Forum*, 57(3), 480-485. <https://doi.org/10.1111/nuf.12696>
- Wang, T., Huang, S., Liu, J., & Liu, Y. (2025). Research on the impact of health empowerment on self-management in older patients with chronic disease: Based on chain mediating effect analysis. *Frontiers in Public Health*, 13, 1681312. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1681312>
- World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Plan of action*. <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>
- World Health Organization. (2025, October 1). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Copyright © Mariela Isabel Gaibor González, Patricia Maribel Acosta Carvajal, Alex Elian Pinos Sánchez y Flor Lisbeth Muguicha Toalombo.

Declaraciones éticas y editoriales del artículo

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT)

Mariela Isabel Gaibor González: conceptualización de la investigación, diseño metodológico, análisis formal de resultados, redacción del borrador original y revisión final del manuscrito.
Patricia Maribel Acosta Carvajal: validación metodológica, organización y tabulación de datos, apoyo en el análisis estadístico, revisión bibliográfica y corrección académica del manuscrito.
Alex Elian Pinos Sánchez: aplicación de encuestas en la institución educativa objeto de estudio, recolección de datos, supervisión del proceso investigativo, apoyo en la interpretación de resultados y aprobación de la versión final del artículo.
Flor Lisbeth Muguicha Toalombo: supervisión, metodología, validación, redacción, revisión y edición del manuscrito científico.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con la investigación presentada, la autoría del manuscrito ni la publicación del presente artículo.

Declaración de financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias públicas, comerciales o de organizaciones sin fines de lucro. En caso de existir financiamiento institucional o externo, este deberá ser declarado explícitamente por los autores en esta sección.

Declaración del editor

El editor responsable certifica que el proceso editorial del presente artículo se desarrolló conforme a los principios de integridad científica, transparencia y buenas prácticas editoriales. El manuscrito fue sometido a un proceso de evaluación mediante revisión por pares doble ciego, garantizando la confidencialidad de la identidad de los autores y revisores durante todo el proceso de dictamen académico. Asimismo, el editor declara que el artículo cumple con los criterios científicos, metodológicos y éticos establecidos por la revista.

Declaración de los revisores

Los revisores externos que participaron en la evaluación del presente manuscrito declaran haber realizado el proceso de revisión de manera objetiva, independiente y confidencial. Asimismo, manifiestan que no mantienen conflictos de interés con los autores ni con la investigación evaluada, y que sus observaciones y recomendaciones se fundamentan exclusivamente en criterios científicos, metodológicos y académicos.

Declaración ética de la investigación

Los autores declaran que la investigación se desarrolló respetando los principios éticos de la investigación científica, garantizando la confidencialidad de los datos y el respeto a los participantes del estudio. En los casos en que la investigación involucre seres humanos, los procedimientos deben ajustarse a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a las normativas institucionales correspondientes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que el uso de herramientas de inteligencia artificial, en caso de haberse utilizado durante el proceso de investigación o redacción del manuscrito, se realizó únicamente como apoyo técnico para mejorar la claridad del lenguaje o el análisis de información, manteniendo siempre la responsabilidad intelectual sobre el contenido del artículo. Las herramientas de inteligencia artificial no fueron utilizadas como autoras del manuscrito ni sustituyen la responsabilidad académica de los investigadores.

Disponibilidad de datos

Los datos que respaldan los resultados de esta investigación estarán disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia, respetando las normas éticas y de confidencialidad establecidas por la investigación.

