



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**Asociación de los factores básicos  
condicionantes del autocuidado y la  
capacidad de agencia de autocuidado de  
adultos con síndrome coronario agudo  
hospitalizados en el Hospital Universitario  
Clínica San Rafael, Bogotá 2012**

**Jhaickson Arturo Benavides Parra**

**Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Enfermería  
Maestría en Enfermería  
Bogotá, Colombia  
2013**

**Asociación de los factores básicos  
condicionantes del autocuidado y la  
capacidad de agencia de autocuidado de  
adultos con síndrome coronario agudo  
hospitalizados en el Hospital Universitario  
Clínica San Rafael, Bogotá 2012**

**Jhaickson Arturo Benavides Parra**  
Código: 05539714

**Tesis de investigación para optar al título de:  
Magister en Enfermería con énfasis en el Cuidado para la Salud Cardiovascular**

**Directora  
Josefina Manosalva Murillo  
Profesora Titular**

**Línea de Investigación:  
Cuidado para la Salud Cardiovascular**

**Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Enfermería  
Maestría en Enfermería  
Bogotá, Colombia  
2013**

*A Dios, quién ha bendecido cada paso que doy y me ha permitido  
dejar huella en el camino.  
A mi madre, quien ha sido ejemplo de superación y perseverancia.  
A mi abuelita, quien ha motivado el logro de las metas propuestas.  
A mis amigos y pareja, quienes me han cuidado y se han convertido  
en mi familia.  
A mis familiares, por brindarme el apoyo incondicional en todos los  
momentos de mi existencia.  
“Renacer, es la oportunidad que nos da la vida para ser felices”*

*Jhaickson Benavides Parra*



## **Agradecimientos**

El autor expresa los más sinceros agradecimientos a:

A cada una de las personas que voluntariamente participaron en el estudio, que con su inigualable aporte permitieron desarrollar la investigación.

A mi asesora, profesora Josefina Manosalva, con su orientación, experiencia y sabiduría guiaron notablemente cada proceso del estudio.

Al comité de ética y directivas del Hospital Universitario Clínica San Rafael, por permitirme ejecutar la investigación en sus instalaciones, pensando siempre en el bienestar del sujeto de cuidado.

A la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería Posgrados, sede Bogotá, por orientarme y brindarme auténticas herramientas en la investigación y formación como profesional.



## Resumen

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar la asociación entre los factores básicos condicionantes: edad, género, factores socioculturales y sistema familiar propuestos por Dorothea Orem con la capacidad de agencia de autocuidado de las personas que se encontraban hospitalizadas en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá, en el tercer trimestre de 2012, con un diagnóstico de síndrome coronario agudo en las presentaciones de infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST o Angina Inestable. El diseño planteado fue de tipo descriptivo, de asociación y de corte transversal, el cual permitió obtener información sobre las características fundamentales de la población objeto de estudio. La muestra estuvo conformada por 83 personas, quienes cumplían con los criterios de inclusión propuestos en la investigación; además se abordaron teniendo en cuenta las consideraciones éticas correspondientes para la investigación con seres humanos. Se aplicó el instrumento Escala de Agencia de Autocuidado ASA para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado de los participantes; de igual forma, se construyó y se empleó una ficha que valoraba los factores básicos condicionantes mencionados anteriormente. A través del programa estadístico SPSS versión 15.0 se realizó el análisis de los resultados obtenidos con los instrumentos descritos, y por medio del análisis de varianza ANOVA, la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis y el factor de correlación de Pearson y Spearman se concluyó que los factores básicos condicionantes adoptados en el estudio no tienen influencia directa en la capacidad de agencia de autocuidado de los sujetos de investigación, es decir, no se evidenció una asociación significativa entre estas dos variables. Se establecieron las siguientes recomendaciones: a) incluir los restantes factores básicos condicionantes propuestos por Orem en esta población objeto de estudio, con el fin de identificar si influyen o no en la capacidad de agencia de autocuidado en estos sujetos; b) determinar esta asociación con tamaños muestrales mayores que favorezca el proceso de análisis y por lo tanto las conclusiones se puedan aplicar a diversas poblaciones, y; c) construir y desarrollar instrumentos específicos que

permitan evaluar los factores básicos condicionantes, unificando criterios y conceptos en los mismos.

**Palabras clave:** autocuidado, factor básico condicionante, capacidad de agencia de autocuidado, síndrome coronario agudo, enfermería (fuente: BIREME, DECS)

## Abstract

The aim of the present research was to determine the association between basic conditioning factors such as age, gender, socio-cultural factors and family system proposed by Dorothea Orem with the capacity of self-care agency of the people who were hospitalized in the “Clínica San Rafael” University Hospital of Bogota, in the third quarter of 2012, with a diagnosis of acute coronary syndrome in the presentations of acute myocardial infarction with or without ST-segment elevation or unstable angina. The proposed design was descriptive, of association-type and cross-sectional which allowed it to obtain information about the fundamental traits of the population under study. The sample consisted of 83 people who met the inclusion criteria proposed in the research; they were approached taking into account the ethical considerations relevant to the research with human beings. The instrument implemented was the Self-care Agency Scale (ASA) to assess the ability of self-care agency of the participants; similarly, a record card was drawn up and used which appraised the basic conditioning factors mentioned above. The analysis of the results obtained with the instruments described was conducted through the statistical package SPSS version 15.0, and by means of the analysis of variance ANOVA, the Kruskal-Wallis non-parametric test and the correlation factor of Pearson and Spearman it was concluded that the basic conditioning factors adopted in the study do not have direct influence over the ability of self-care agency of the researched subjects, i.e., it is not showed a significant association between these two variables. The following recommendations were established: a) to include the basic conditioning factors remaining proposed by Orem in this study population in order to identify whether they influence in the capacity of self-care agency or not in these subjects; b) to

identify this partnership with sample sizes greater which encourages the process of analysis and this way the conclusions can be applied to various populations, and c) to draw up and develop specific instruments which let to assess the basic conditioning factors, unifying criteria and concepts in the same ones.

**Keywords:** Self-care, basic conditioning factors, ability of self-care agency, acute coronary syndrome, nursing. (Source: BIREME, DECS)



# Contenido

	Pág.
Resumen	VII
Lista de gráficas	XII
Lista de tablas	XIII
Introducción	1
1.Marco de referencia	5
1.1.Tema	5
1.2.Pregunta de investigación	5
1.3.Planteamiento del problema	5
1.3.1.Situación general del síndrome coronario agudo.	6
1.3.2.Teoría del autocuidado en el síndrome coronario agudo.	12
1.3.3.Factores básicos condicionantes y agencia de autocuidado.	27
1.4.Justificación	38
1.5.Propósito del estudio	42
1.6.Objetivos	42
1.6.1.Objetivo General	42
1.6.2.Objetivos Específicos	43
1.7.Definición de conceptos	43
1.7.1.Autocuidado.	43
1.7.2.Agencia de autocuidado.	43
1.7.3.Capacidad de agencia de autocuidado.	44
1.7.4.Factores básicos condicionantes.	44
1.7.5.Síndrome coronario agudo	47
1.7.6.Adulto.	47
1.8.Variables	47

1.9.Definición operacional	48
1.10.Hipótesis de relación	49
2. Marco teórico	51
2.1.Antecedentes del concepto de autocuidado	51
2.2.Teoría del déficit de autocuidado, TEDA	58
2.2.1.Teoría del Autocuidado	59
2.2.2.Teoría de los sistemas enfermeros.	62
2.2.3.Teoría del déficit de autocuidado	62
2.2.4.Conceptos del TEDA	63
2.3.Capacidad de agencia de autocuidado	63
2.4.Factores básicos condicionantes	66
2.5.Síndrome coronario agudo	68
3.Marco de diseño	75
3.1.Tipo de estudio	75
3.2.Población y muestra	76
3.2.1.Universo	76
3.2.2.Población.	77
3.2.3.Muestra.	77
3.3.Tipo de muestreo	79
3.4.Criterios de inclusión de los participantes	79
3.5.Criterios de exclusión	80
3.6.Consideraciones éticas	80
3.7.Instrumentos de recolección de datos	85
3.7.1.Escala Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA)	85
3.7.2.Ficha de Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado	88
3.8.Fuentes de información	89
3.9.Plan de recolección de datos	89
3.9.1.Determinación de lugar y tiempo.	91
3.10.Técnica	91
3.11.Mecanismos de control de riesgos	92
3.12.Mecanismo de análisis de la información	93
3.13.Mecanismo de divulgación	94
3.14.Prueba piloto	94
4.Marco de análisis	97

---

4.1.Análisis de la información	97
4.2.Descripción de factores básicos condicionantes	98
4.2.1.Factor básico condicionante edad.	99
4.2.2.Factor básico condicionante género	101
4.2.3.Factor básico condicionante: factores socioculturales	103
4.2.4.Factor básico condicionante:	110
4.3. Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado en personas con síndrome coronario agudo (angina inestable – infarto agudo de miocardio)	115
4.4.Asociación estadística entre los factores básicos condicionantes (edad, género, factores socioculturales y factores del sistema familiar) y la capacidad de agencia de autocuidado	118
4.4.1.Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante Edad.	118
4.4.2. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante género.	120
4.4.3.Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante aspectos socioculturales: Nivel Socioeconómico.	122
4.4.4.Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante aspectos socioculturales: Nivel Educativo.	125
4.4.5.Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante aspectos socioculturales: Pertenencia a un grupo de interacción social	128
4.4.6.Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante aspectos socioculturales: Actividad actual (ocupación)	131
4.4.7.Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante del sistema familiar: Estado civil.	134
4.4.8.Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante del sistema familiar: posición dentro del núcleo familiar	137
4.4.9.Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante del sistema familiar: principal proveedor de recursos en el núcleo familia	140
4.4.10. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante del sistema familiar: apoyo familiar en el cuidado de la salud	143
5.Conclusiones y recomendaciones	151
5.1 Conclusiones	151
5.2 Recomendaciones	156
A.Anexo: Consentimiento informado	159

B.Anexo: Instrumento de capacidad de agencia de autocuidado	161
C.Anexo: Ficha de factores básicos condicionantes del autocuidado	163
D.Anexo: Presupuesto de la investigación	166
Bibliografía	167

## Lista de gráficas

	Pág
Gráfica 1-1: Tasas por 100.000 habitantes de la cinco primeras causas de mortalidad entre 45 y 64 años (A) y 65 años y más (B) en Colombia. Situación de salud en Colombia 2007	10
Gráfica 4-2: Distribución porcentual factor básico condicionante por rangos de edad en la muestra	99
Gráfica 4-3: Distribución porcentual factor básico condicionante género	101
Gráfica 4-4: Distribución porcentual aspecto nivel socioeconómico	104
Gráfica 4-5: Distribución porcentual aspecto Nivel Educativo	106
Gráfica 4-6: Distribución porcentual del aspecto Pertenencia a un grupo de interacción social	108
Gráfica 4-7: Distribución porcentual Actividad Actual (Ocupación)	109
Gráfica 4-8: Distribución porcentual Estado Civil	110
Gráfica 4-9: Distribución porcentual Posición dentro del núcleo familiar	111
Gráfica 4-10: Distribución porcentual Principal proveedor de recursos en el hogar	113
Gráfica 4-11: Distribución porcentual Apoyo familiar en el cuidado de la salud	114
Gráfica 4-12: Distribución porcentual Capacidad de Agencia de Autocuidado ASA	116
Gráfica 4-13: Capacidad de agencia de autocuidado vs. Género	122
Gráfica 4-14: Capacidad de agencia de autocuidado vs. Nivel socioeconómico	125
Gráfica 4-15: Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Nivel Educativo	128
Gráfica 4-16: Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Pertenencia a un grupo de interacción social	131
Gráfica 4-17: Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Actividad Actual (ocupación)	134
Gráfica 4-18: Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Estado civil	137
Gráfica 4-19: Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Posición dentro del núcleo familiar	140
Gráfica 4-20: Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Principal proveedor de recursos en la familia	143
Gráfica 4-21: Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Apoyo en el cuidado de la salud	146

## Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1-1: Estudios relacionados con la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con algún tipo de enfermedad coronaria	22
Tabla 1-2: Estudios relacionados con autocuidado y síndrome coronario agudo	25
Tabla 1-3: Estudios relacionados con factores básicos condicionantes en personas con algún tipo de enfermedad coronaria	26
Tabla 1-4: Probabilidad de enfermedad coronaria significativa en pacientes con signos y síntomas que sugieren angina inestable	71
Tabla 1-5: Puntaje de riesgo TIMI para pacientes con angina inestable e infarto del miocardio sin elevación del ST	72
Tabla 1-6: Puntaje TIMI calculado	73
Tabla 4-7: Estadística descriptiva Puntajes totales de la Escala ASA	116
Tabla 4-8: Correlación (Pearson) Capacidad de agencia de autocuidado vs Edad	119
Tabla 4-9: Correlación (Spearman) Capacidad de agencia de autocuidado vs Edad	119
Tabla 4-10: Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y género	120
Tabla 4-11: Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y género	120
Tabla 4-12: Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y género	121
Tabla 4-13: Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y Nivel socioeconómico	123
Tabla 4-14: Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y nivel socioeconómico	123
Tabla 4-15: Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y nivel socioeconómico	124
Tabla 4-16: Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y Nivel Educativo	126
Tabla 4-17: Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y Nivel Educativo	126
Tabla 4-18: Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y nivel educativo	127

---

Tabla 4-19: Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y pertenencia a un grupo de interacción social	129
Tabla 4-20: Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y pertenencia a un grupo de interacción social	129
Tabla 4-21: Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y pertenencia a un grupo de interacción social	130
Tabla 4-22: Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y Actividad Actual (ocupación)	132
Tabla 4-23: Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y Actividad Actual (ocupación)	132
Tabla 4-24: Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y Actividad actual (ocupación)	133
Tabla 4-25: Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y Estado Civil	135
Tabla 4-26: Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y Estado civil	135
Tabla 4-27: Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y Estado Civil	136
Tabla 4-28: Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y Posición dentro del núcleo familiar	138
Tabla 4-29: Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y Posición dentro del núcleo familiar	138
Tabla 4-30: Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y Posición dentro del núcleo familiar	139
Tabla 4-31: Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y principal proveedor de recursos en la familia	141
Tabla 4-32: Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y principal proveedor de recursos en la familia	141
Tabla 4-33: Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y principal proveedor de recursos en la familia	142
Tabla 4-34: Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y apoyo en el cuidado de la salud	144
Tabla 4-35: Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y apoyo en el cuidado de la salud	144
Tabla 4-36: Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y apoyo en el cuidado de la salud	145



# Introducción

En la actualidad el síndrome coronario agudo engloba un conjunto de enfermedades agudas del corazón, las cuales se han considerado un problema de salud pública por el impacto a nivel económico, social y personal de la población que padece estas patologías, porque genera cambios radicales en la vida cotidiana de los individuos, sus cuidadores y su familia. Asimismo, los roles y el estilo de vida del sujeto de cuidado varía en diferentes grados afectando su bienestar físico, emocional y social.

Siendo el síndrome coronario agudo una entidad que altera todas las esferas que integran al ser humano, el profesional de enfermería tiene la oportunidad y un campo de acción ideal para realizar una intervención oportuna, eficaz y con calidad, dirigida a responder a las necesidades que expresa y se evidencian en el paciente y su familia, a través de la aplicación de un proceso de enfermería coherente a la situación que se presente y que permita dar solución tanto a los aspectos fisiológicos característicos del síndrome coronario agudo como fomentar prácticas de autocuidado favorables tendientes a mejorar estilos de vida saludables, disminuir o radicar las posibles complicaciones y por ende mejorar la calidad de vida de los actores implicados.

Enfermería es una profesión que se caracteriza por la aplicación de diversas formas de abordaje ante situaciones particulares en la salud de los individuos y colectivos según las condiciones y determinantes de dicha situación y de la experticia del profesional. En este sentido y teniendo la posibilidad de afrontar el síndrome coronario agudo desde una perspectiva humana y participativa del sujeto y su cuidador, la teoría del déficit de autocuidado desarrollada por Dorothea Orem, brinda conceptos, supuestos y aspectos específicos que son adaptables a esta población en concreto, y que permiten al enfermero (a) orientar acciones que contribuyan al bienestar del paciente.

Es de esta manera, que desde la teoría del Déficit de Autocuidado propuesta por Orem, se busca en primera instancia que las personas que padecen síndrome coronario agudo puedan identificar las capacidades, las motivaciones y su disposición para generar habilidades que le permitan conocer y cubrir sus necesidades continuamente con acciones deliberadas e intencionadas para regular su funcionamiento y desarrollo humano como lo establece Orem a lo largo de su teoría; y en segundo lugar o de manera concomitante presentar al profesional de enfermería los beneficios y la funcionalidad de la aplicabilidad de esta teoría en su práctica diaria con este tipo de pacientes.

De esta forma, en el transcurso del estudio se determinarán las principales características del síndrome coronario agudo, su epidemiología y el impacto en el ser humano, por otra parte, se establecerán los conceptos generales del autocuidado y su influencia en el cuidado y bienestar de los sujetos de investigación, desarrollando un análisis, interpretación, ejecución y evaluación de estos conceptos, estableciendo además cómo los factores internos o externos a ellos afectan de manera positiva o negativa el cuidado de sí mismos, a través de la determinación de la asociación entre los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado. Asimismo, se evidenciará el papel del profesional de enfermería a la luz de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem y su aplicabilidad en pacientes con enfermedad coronaria.

Se inicia con una revisión literaria de estudios que se encaminan a desarrollar la presente temática y posteriormente identificar los vacíos existentes de la producción investigativa desplegada hasta el momento sobre los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con síndrome coronario agudo.

A continuación se relacionan estudios que delimitan el área temática con relación a la prevalencia e impacto de esta enfermedad coronaria en la población colombiana y algunas investigaciones que indican la utilidad de la teoría del déficit de autocuidado en pacientes con alteraciones cardiovasculares.

Sin embargo, es importante mencionar que luego de realizar una búsqueda exhaustiva no se evidenciaron estudios previos que asocien los factores básicos condicionantes del autocuidado con la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con síndrome

coronario agudo, se han encontrado solamente investigaciones que determinan, describen y desarrollan otros conceptos de la Teoría de Orem, en algunos de ellos prevalece la relación entre los comportamientos y la capacidad de agencia de autocuidado en alteraciones cardiovasculares como la falla cardíaca, la hipertensión arterial y la enfermedad coronaria, estudios que se relacionan posteriormente en el presente escrito; de igual forma se hallaron investigaciones que plantean la asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado con enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca y la falla cardíaca, no específicamente en pacientes que han padecido o padecen de infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST o pacientes diagnosticados con angina inestable, población de interés en el presente estudio.

Por esta razón, la asociación entre las variables mencionadas, su análisis e interpretación, constituye un aporte significativo y sumativo en cuanto a la aplicación de teorías de enfermería en el área práctica tanto para el paciente, su familia y la sociedad como para la profesión de enfermería y el sector salud en general.

De igual forma, en el capítulo uno se describen los conceptos generales que Orem plantea en su teoría entre ellas la capacidad de agencia de autocuidado y los factores básicos condicionantes; al mismo tiempo se refieren las definiciones que se relacionan con el síndrome coronario agudo respectivamente.

Seguidamente en el capítulo dos se mencionan los antecedentes que tiene el concepto de autocuidado y la forma en la que se desarrolla en la teoría de Orem. Además se hace una descripción más detallada de cada uno de los conceptos y supuestos que Orem establece en su teoría.

Luego, en el capítulo tres se presenta el marco de diseño del presente estudio. Entre los aspectos que se refieren en este capítulo están: el tipo de diseño, la población y la muestra de la investigación, el tipo de muestreo, los criterios de inclusión y exclusión, las consideraciones éticas, los instrumentos utilizados para la recolección de datos y su posterior análisis, y por último, la descripción de la prueba piloto realizada en la investigación.

Consecutivamente, en el capítulo cuatro, se expresa el correspondiente marco de análisis, y en el cual se describen las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, al igual que los factores básicos condicionantes del autocuidado, la capacidad de agencia de autocuidado de los participantes obtenida por medio de la Escala de Agencia de Autocuidado ASA y la consiguiente asociación estadística realizada a través del análisis de varianza ANOVA, la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis y la correlación de Pearson y Spearman .

Finalmente, se puntualizan las conclusiones y recomendaciones que surgen como resultado del proceso investigativo llevado a cabo.

## **Marco de referencia**

### **1.1. Tema**

Factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado de adultos con síndrome coronario agudo hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá.

### **1.2 Pregunta de investigación**

¿Cuál es la asociación existente entre los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado que tienen los adultos que presentan síndrome coronario agudo hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá?

### **1.3 Planteamiento del problema**

El problema de investigación que se abordó tiene una gran influencia en el desarrollo de los sujetos que presentan alteración de su estado de salud a nivel cardiovascular, directamente aquellos que padecen síndrome coronario agudo. Dado que esta condición genera un cambio a todo nivel en el individuo y en su grupo cuidador o familiar, es necesario hacer un abordaje diferente al que se ha realizado hasta el momento que permita favorecer el cuidado en este tipo de enfermedad coronaria. Para este fin, se planteó la aplicación de la teoría de Dorothea Orem del autocuidado a través de la determinación de la asociación entre los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en estos individuos.

Para desarrollar y contextualizar la asociación anteriormente mencionada se tuvo en cuenta tres perspectivas, las cuales se exponen en la presente sección, estas son: el síndrome coronario como uno de los principales problemas de salud en el mundo y en Colombia; los trabajos investigativos referentes a la utilización de la teoría del autocuidado en pacientes con enfermedad coronaria-síndrome coronario agudo; y la identificación de cómo los factores básicos condicionantes influyen o no

significativamente en la capacidad de agencia de autocuidado en personas con síndrome coronario agudo.

### **1.3.1 Situación general del síndrome coronario agudo.**

En la actualidad, la enfermedad coronaria se considera como la pandemia más importante del siglo XXI. Se calcula que en 1996 fallecieron en el mundo 15 millones de personas a causa de alguna enfermedad cardiovascular, lo que representa el 29% de la mortalidad total; de hecho, la cardiopatía isquémica es responsable de la muerte de 7 millones de individuos<sup>1</sup>

Por otra parte, la OMS indica que la aterosclerosis y sus complicaciones son la principal causa de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados. En Estados Unidos 60 millones de adultos padecen enfermedad cardiovascular, la cual es responsable de 42% de todas las muertes cada año. Sin embargo, el número absoluto de muertes atribuibles a enfermedad cardiovascular es mayor en países en vía de desarrollo en comparación con los más desarrollados (9 versus 3 millones) (Organización Mundial de la Salud, *World Health Report 2002*).

Asimismo, la OMS plantea que para el año 2002 esta enfermedad cobró 6 millones de vidas; para el año 2030 representará la causa de más de 8 millones de muertes en personas de ambos sexos en la población adulta a partir de los 30 años de edad.

La Organización Panamericana de la Salud<sup>2</sup> plantea que para el año 2017, 53 millones de personas morirán por una enfermedad crónica como la diabetes, el SIDA, la hipertensión arterial, el cáncer y la enfermedad coronaria.

De igual forma, los estudios epidemiológicos muestran que para 2020 la enfermedad cardiovascular será responsable de 25 millones de muertes al año, 36%, y por primera

---

<sup>1</sup> BELTRÁN, Javier, et al. Guías colombianas de cardiología Síndrome coronario agudo sin elevación del ST. En: Revista Colombiana de Cardiología. Diciembre, 2008, vol. 15 No 3, p. 139-232.

<sup>2</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OPS. Panorama de la salud en la región de las Américas 2007. Washington: OPS; 2007.p. 19-22.

vez en la historia de nuestra especie, será la causa más común de muerte<sup>3</sup>. De este modo, la enfermedad cardiovascular puede considerarse como la más seria amenaza para el género humano.

Las proyecciones realizadas sobre las cuatro causas principales de muerte a nivel mundial en 2030, indican que serán, en su orden, la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular, el VIH/SIDA y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica<sup>4</sup> (Organización Panamericana de la Salud, *World Health Statistics* 2007).

Por otra parte, la metodología para establecer la incidencia de infarto agudo de miocardio (componente del síndrome coronario agudo) en una zona geográfica, se basa en los registros poblacionales. Es así como en el estudio MONICA (*Monitoring trends and determinants in Cardiovascular Diseases*), diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), participaron 37 centros de 21 países que realizaron un registro de infarto agudo de miocardio en una población de 35 a 64 años durante el período comprendido entre 1980 a 1984 y 1991 a 1995, según el centro. La tasa de letalidad por infarto agudo de miocardio a los 28 días, fue de 49% en hombres y 53,8% en mujeres. Las dos terceras partes de los casos de infarto agudo de miocardio fatal, se produjeron fuera del hospital y no recibieron asistencia sanitaria hospitalaria<sup>5</sup>.

Sin embargo, se encuentran estudios<sup>6,7,8,9</sup> que sugieren que la incidencia de la enfermedad coronaria puede revertirse en muchas personas mediante intervenciones del equipo de la salud entre ellos de los profesionales de enfermería que con acciones

---

<sup>3</sup> BELTRÁN. Op cit., p.143.

<sup>4</sup> Ibid., p. 143.

<sup>5</sup> Ibid., p.145.

<sup>6</sup> DOMINGUEZ, Antonio, et al. Prevención y tratamiento del síndrome coronario agudo. En: Revista Española de Cardiología. 2006, vol 6, p. 36-45.

<sup>7</sup> INFAC. Prevención primaria de la enfermedad coronaria: intervención sobre los estilos de vida. [En línea] España: vol 10 no 1: enero 2002 [consultado el 16 agosto de 2011] Disponible en: [http://www9.euskadi.net/sanidad/cevime/datos/infac\\_v10n1.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/cevime/datos/infac_v10n1.pdf)

<sup>8</sup> RINCON, Fanny. La mujer con enfermedad coronaria: Reflexiones para volver a pensar en su cuidado. En: Enfermería Cardiovascular. Comité editorial. Capítulo de Enfermería. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá: Distribuna Editorial, 2008, p.131-145.

<sup>9</sup> GARCIA, María y RODRIGUEZ, Mariluz. Prevención de la enfermedad Coronaria. En: Enfermería Cardiovascular. Comité editorial. Capítulo de Enfermería. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá: Distribuna Editorial, 2008. Pág. 263-292.

encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad pueden influir en cambios de estilo de vida de la población vulnerable a padecer esta enfermedad; además de la orientación en actividades de autocuidado, adherencia al tratamiento y políticas sociales que permitan la atención en salud a toda la población colombiana.

El aumento en la mortalidad por enfermedad coronaria en algunos países de Latinoamérica, son un reflejo de los cambios desfavorables en la dieta, el estado nutricional (mayor obesidad), la actividad física y el tabaquismo. Asimismo, puede contribuir el desplazamiento de las zonas rurales a las ciudades, que conlleva cambios importantes en el estilo de vida<sup>10</sup>. Los anteriores factores de riesgo son considerados factores modificables, por lo tanto, acciones intencionadas de autocuidado de los pacientes pueden disminuir en gran medida la incidencia de esta patología en la población colombiana.

En relación con el anterior planteamiento, Moya y cols.<sup>11</sup> en su investigación dirigida a identificar los principales factores de riesgo cardiovascular en Colombia, obtuvieron resultados que permitieron concluir que el sedentarismo con un 47,7% se ubica como principal factor de riesgo en las diferentes regiones del país; por su parte, los factores metabólicos son los secundarios de importancia (38% colesterol, 33% triglicéridos, 25% obesidad) y finalmente el tabaquismo, con un 18%, y la hipertensión arterial, con un 16%, se ubican en el tercer nivel de preponderancia entre los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular establecidos en el contexto Colombiano.

En Colombia el envejecimiento de la población, los hábitos de vida poco saludables, la falta de acceso a servicios de salud y la pobreza, son factores que contribuyen en la actualidad al incremento de las enfermedades crónicas en la población tanto infantil como adulta. Enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardíaca y el infarto agudo de miocardio,

---

<sup>10</sup> OPS. Op cit., p. 147.

<sup>11</sup> MOYA, Luis y CORRAL, Juan. Factores de riesgo cardiovascular en Colombia 1992-1998. En: Revista Colombiana de Cardiología. Octubre, 1999, vol 7 no3.

representan hoy un problema de salud pública en el mundo y en Colombia, que se acentúan a medida que envejece la población<sup>12</sup>.

De acuerdo con las estadísticas publicadas por el Ministerio de la Protección Social en el informe sobre la Situación de salud en Colombia -Indicadores de salud 2007-(**Gráfica 1-1**), la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años o más, e incluso supera las muertes violentas o los cánceres combinados. La tasa de mortalidad atribuible a esta enfermedad fue de 107,3 por 100.000 habitantes en personas de 45 a 64 años, y de 867,1 por 100.000 habitantes para personas de 65 años o más. Los departamentos con mayores tasas de mortalidad por enfermedad coronaria fueron, en su orden: Caldas, Boyacá, Quindío y Tolima, y con menores Guainía y Vaupés<sup>13</sup>

En Bogotá y de acuerdo al boletín de estadísticas emitidas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en el 2003, determinaron que las enfermedades isquémicas del corazón, entre ellas el síndrome coronario agudo específicamente el infarto agudo de miocardio ocupan desde 1986 al 2002 la primera causa de mortalidad general en la capital de Colombia con mayor incidencia en hombres que en mujeres. Asimismo, identifican que la población entre 45-59 años es quien presenta mayor grado de mortalidad por infarto agudo de miocardio<sup>14</sup>.

De igual forma, el DANE presenta un informe sobre las principales causas de defunción para el año 2009 a nivel nacional y departamental, en donde prevalece en los primeros lugares a nivel nacional las enfermedades cardiovasculares: en primer lugar *el infarto agudo de miocardio* con 196.933 defunciones, en el séptimo lugar *otras enfermedades cerebrovasculares* con 4.068, en noveno lugar la insuficiencia cardiaca con 3.233 y en décimo lugar *la enfermedad cardiaca hipertensiva* con un total de 3.184 defunciones<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup>COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, Dirección de Censos y Demografía. Estadísticas vitales: mortalidad. Bogotá: DANE, 2004.

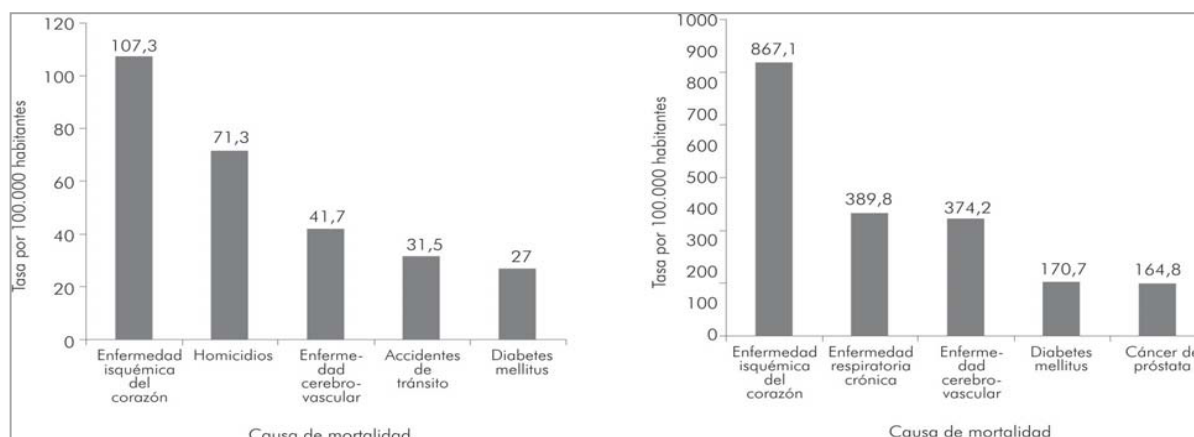
<sup>13</sup>COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Norma técnica para la Prevención de enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Bogotá, Colombia. 2008.

<sup>14</sup>COLOMBIA, SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Boletín de estadísticas 1986-2003. Bogotá Colombia. 2003.

<sup>15</sup>COLOMBIA, DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Diez primeras causas de defunción nacional y departamental en Colombia 2009. DANE. [En línea]. 2009. [Consultado el 7 de mar 2012]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=73&Itemid=119](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119)

Además de conocer el perfil epidemiológico del síndrome coronario agudo en el mundo y en Colombia, es necesario identificar sus principales características y factores de riesgo que permitan establecer aquellos aspectos en los cuales tanto el profesional de enfermería como el paciente pueden incidir y aplicar los criterios establecidos en la teoría de Orem como una herramienta para fomentar el autocuidado y por lo tanto conocer sus beneficios en ambos agentes.

**Gráfica1-1:** Tasas por 100.000 habitantes de las cinco primeras causas de mortalidad entre 45 y 64 años (A) y 65 años y más (B) en Colombia. Situación de salud en Colombia



2007.

**A**

**B**

**Tomado de:** BELTRÁN, Javier y otros. Guías colombianas de cardiología Síndrome coronario agudo sin elevación del ST. En: Revista Colombiana de Cardiología. Diciembre 2008; vol 15 (3), p. 147.

La enfermedad coronaria es un proceso fisiopatológico que sucede por estrechez de las arterias coronarias, resultado de un proceso aterosclerótico o aterotrombótico o espasmo coronario secundario, por alteración de factores neurohumorales y hormonales, que lleva a isquemia del músculo cardíaco, por disminución en la irrigación sanguínea. Una de las manifestaciones clínicas es el infarto agudo de miocardio (IAM), principal causa de muerte en países desarrollados a nivel mundial, tanto en hombres como en mujeres de todos los grupos raciales y étnicos<sup>16</sup>

<sup>16</sup> JARAMILLO, Natalia. "Enfermedad Coronaria". En: Enfermería Cardiovascular. Comité editorial. Capítulo de Enfermería. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá: Distribuna Editorial, 2008, p. 97-103.

Los factores de riesgo para enfermedad coronaria se pueden categorizar en dos grupos, los factores modificables y los no modificables. En el primer grupo encontramos el tabaquismo, la dieta, el estrés, el sedentarismo, el consumo de sustancias psicoactivas y la obesidad, sobre los cuales se puede como se dijo antes, emplear acciones de autocuidado con el objetivo de evitar la enfermedad coronaria; en el segundo grupo, los factores no modificables, se evidencia la edad, la herencia, el sexo, la raza y otros emergentes de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipidemia, el síndrome metabólico y la hiperhomocisteinemia, en relación a este grupo, las actividades de autocuidado están orientadas a regular el propio funcionamiento y contribuir a la mejoría de la calidad de vida del sujeto. En este sentido, el papel que juega el autocuidado en los factores modificables es fundamental, teniendo en cuenta que una persona puede convertirse por sí mismo o con la ayuda de otros en su propio agente de autocuidado, realizando actividades referidas a la promoción y el fomento de la salud, la modificación de estilos de vida perjudiciales para la salud, disminución de factores de riesgo, la prevención específica de enfermedades, el mantenimiento y recuperación de la salud y la rehabilitación<sup>17</sup>.

El padecimiento del síndrome coronario agudo en los adultos genera una condición especial para la calidad de vida de esta población, porque interfiere con el desarrollo y ejecución de las actividades diarias de la vida y aquellas que se relacionan con el trasfondo social, económico, cultural, familiar y personal que lo identifican, ya que produce en el individuo cambios significativos tanto en los roles que desempeña y dificultades para relacionarse con su entorno, como quebrantamientos y desavenencias en procesos laborales, productivos, familiares y principalmente en el cuidado que deben tener consigo mismo.

Por esta razón, es imprescindible iniciar intervenciones oportunas y efectivas encaminadas a reducir la presencia de enfermedades cardiovasculares en la población, a través de la creación e implementación de políticas sociales y en salud que fomenten

---

<sup>17</sup> ARAYA, José y GARCÍA, Fresia. Influencia del autocuidado en un programa de salud cardiovascular. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar: Modulo I: Tendencias en salud pública, salud familiar, comunitaria y promoción. [on line] Universidad Austral de Chile, La Serena. Marzo-mayo del 2007 [consultado el 18 agosto de 2011] Disponible en: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/pdf>

estilos de vida saludables para disminuir o eliminar en los sujetos de cuidado y sus familias los factores de riesgo para síndrome coronario agudo, y hacerlo consciente de la importancia de su participación activa en su autocuidado y bienestar. Esta perspectiva de responsabilizar a los individuos en su cuidado coincide con lo proyectado por la Organización Mundial de la Salud OMS en lo concerniente al *autocuidado*, ya que indica que el autocuidado pasa de ser un potencial a ser considerado como un componente importante de las competencias y habilidades del ser humano<sup>18</sup>

No obstante, como lo ratifica el Ministerio de Protección Social en su estudio, incentivar el autocuidado en los individuos es una tarea compleja porque existen algunas circunstancias internas y externas que limitan o disminuyen la capacidad de los mismos para cuidarse<sup>19</sup>.

### **1.3.2. Teoría del autocuidado en el síndrome coronario agudo**

La investigación en enfermería ha desarrollado trabajos sobre la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con falla cardíaca, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y otras entidades cardiovasculares, relacionándola o asociándola con aspectos como la adherencia al tratamiento, factores básicos condicionantes (principalmente: la edad, el sexo, nivel educativo y nivel económico), habilidades de cuidado del sujeto, identificación de los factores de riesgo para enfermedad coronaria, complicaciones asociadas a la enfermedad, comportamientos de autocuidado en pacientes con las patologías mencionadas, limitaciones y factores que impiden o dificultan el autocuidado en las personas, valoración de la confiabilidad para el uso de la escala de apreciación de autocuidado, satisfacción del usuario frente la atención de pacientes con alteraciones cardiovasculares y el papel del profesional de enfermería en el cuidado de pacientes con enfermedad coronaria.

Sin embargo, al realizar una revisión de la literatura relacionada con el presente tema se han encontrado estudios que utilizan la teoría del autocuidado en pacientes con enfermedad coronaria específicamente en el síndrome coronario agudo (SCA) pero no se

---

<sup>18</sup> KICKBUSH, I. El autocuidado en la promoción de la salud. En promoción de la salud: una estrategia. OPS. Washington, 1996

<sup>19</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Colombia. Ilustrar al paciente acerca del autocuidado y de su seguridad. Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención de salud. 2008.

ha determinado la asociación existente entre los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en esta población, lo que plantea un reto investigativo y la necesidad de establecer la importancia de la participación activa del adulto con SCA en su cuidado y los beneficios que esto puede producir en su estado de salud y en su calidad de vida.

Una vez referenciada la enfermedad coronaria en lo relacionado con el síndrome coronario agudo y sus principales características, en las cuales las acciones de autocuidado pueden ser útiles para abordar a este tipo de población, es fundamental conocer los principales supuestos y conceptos que conforman la teoría del déficit de autocuidado de Orem.

Orem identificó su visión filosófica como una visión de realismo moderno, en donde la persona es un actor o agente deliberado, formando de esta manera la base para la teoría. Rotula su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la *teoría de autocuidado*, que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la *teoría de déficit de autocuidado*, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente; y la *teoría de sistemas enfermeros*, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero<sup>20</sup>.

Sin embargo, el concepto que prevalece en la teoría de Orem es el *autocuidado*, el cual consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo; igualmente, Orem define la *actividad de autocuidado* como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> TAYLOR, Susan. Teoría del déficit de autocuidado. En: Modelos y teorías de enfermería. Ed. EL SEVIER. Barcelona. 2007, p. 269.

<sup>21</sup> Ibid., p 271.

Los anteriores conceptos permiten identificar los aspectos necesarios para poder aplicar la teoría de Orem en las personas que cursan con un SCA (angina inestable o infarto agudo de miocardio IAM) y que deben alcanzarse para mantener la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital.

Asimismo, otros de los componentes que se deben tener en cuenta de la teoría de autocuidado son los conceptos que se refieren al *agente*, entre ellos, el *agente de cuidado dependiente* y a la *actividad de enfermería*, éstos indican aspectos relevantes que Orem plantea para la utilización de su teoría en varios campos de acción de enfermería. Por lo tanto, el *agente* (paciente) es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción, a su vez, el *agente de cuidado dependiente*, es la persona que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él, o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas<sup>22</sup>. Es de este modo, que el paciente y su cuidador tienen una responsabilidad única para desarrollar las actividades de autocuidado cuyas consecuencias se reflejarán en su bienestar integral. No obstante, el profesional de enfermería desde su quehacer, comparte esta responsabilidad dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a los sujetos de cuidado implicados en esas relaciones, apoyando al sujeto y a sus cuidadores a satisfacer las necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado, como lo establece Orem en su teoría.

El estudio de López y Guerrero<sup>23</sup> plantea que la teoría de autocuidado de Orem se ha usado en 4 continentes, Asia, Europa, Oceanía y América, en diversas poblaciones y en diversas entidades pero en Colombia es baja su utilización a pesar de su aplicabilidad en varias tesis de grado a nivel de pregrado y posgrado en las instituciones de educación superior y artículos publicados en revistas institucionales sobre los resultados obtenidos en estos procesos investigativos.

---

<sup>22</sup> Ibid., p 272.

<sup>23</sup> LÓPEZ, A. y GUERRERO, N. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. En: Investigación y Educación en Enfermería. 2006; 24 (2): 90-100.

A continuación se describen algunos estudios que se refieren a la aplicación de la teoría de autocuidado de Dorothea Orem en pacientes con enfermedad cardiovascular, no propiamente en el síndrome coronario agudo pero que orientan el desarrollo de la presente investigación, y otros que hacen alusión y sustentan la influencia de los factores básicos condicionantes en la capacidad de agencia de autocuidado de las personas.

Entre los estudios que abordan la relación del autocuidado con pacientes que padecen enfermedad coronaria encontramos los siguientes, con sus respectivas conclusiones y que fueron referenciados de manera puntual por Edith Arredondo Holguín (2009) en su tesis investigativa denominada *comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con falla cardíaca en una institución de Medellín*.

Soriano y Sotomayor<sup>24</sup>, desarrollaron un estudio sobre la “*percepción del estado de salud y su influencia en las capacidades de autocuidado en personas con síndrome coronario*” en el cual se usa la escala para estimar las capacidades de autocuidado y el cuestionario de la percepción del estado de salud, encontrando una correlación significativa entre la percepción y la agencia de autocuidado, porque se obtiene una respuesta fructífera en los pacientes con síndrome coronario que ejecutan actividades de autocuidado una vez presentan este evento coronario.

Peñaloza<sup>25</sup> en su estudio, describe la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial, valorando la agencia de autocuidado en 77 individuos al discernir lo que pueden y deben hacer para la regulación de sus necesidades y para realizar actividades de cuidado con el fin de cubrir sus requisitos de autocuidado a largo tiempo. Concluyendo que aunque se obtienen en su mayoría buenas y muy buenas capacidades de autocuidado, también se encontraron bajas y muy bajas capacidades en el mantenimiento de consumo de alimento suficiente y equilibrio entre soledad e interacción

---

<sup>24</sup> SORIANO Y SOTOMAYOR. Percepción del estado de salud y su influencia en las capacidades de autocuidado en personas con síndrome coronario. Revista mexicana enfermería cardiología. 2005; vol. 13 (1-2), p. 25-30.

<sup>25</sup> PEÑALOZA, Mónica. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Médico Preventiva. En: AV Enferm. 2006; vol. 24 no 2, p. 3-79.

social; y en el funcionamiento y desarrollo personal se reporta un porcentaje significativo en bajas capacidades.

Rivera<sup>26</sup> a través de su investigación evalúa la capacidad de agencia de autocuidado en noventa personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial, utilizando la escala ASA – Apreciación de la Agencia de Autocuidado- de Evers e Isenberg. Concluye que el 53% de las personas hospitalizadas con hipertensión arterial tuvieron baja capacidad de agencia de autocuidado. Finalmente, los participantes presentaron capacidades según indica Rivera de máxima atención y vigilancia, motivación o metas orientadas hacia el autocuidado, razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado, habilidades para el mismo e integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida.

Por su parte, Landeros-Olvera Erick Alberto y otros<sup>27</sup>, realizaron un estudio dirigido a estimar las capacidades de autocuidado y las acciones de autocuidado de personas con factores de riesgo cardiovascular, concluyendo que existe una relación positiva entre las acciones y las capacidades de agencia de autocuidado asociadas a los factores básicos condicionantes que disminuyen la incidencia de enfermedad cardiovascular en la población objeto de estudio.

De igual manera, Achury<sup>28</sup> en su investigación sobre “autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes con falla cardíaca” en 50 pacientes se propuso y diligenció un instrumento de su creación para evaluar los comportamientos con base en algunos resultados de la adherencia y sus respectivos indicadores de la taxonomía NOC. Los resultados que arrojó el estudio demuestran de modo estadísticamente significativo que mediante la capacitación y acciones de autocuidado en el manejo de su tratamiento farmacológico y no farmacológico, el establecimiento de una relación entre el profesional de enfermería y el paciente, y la participación de la familia, se logra total adherencia al tratamiento.

---

<sup>26</sup> RIVERA, Luz. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá Colombia. En: Revista de Salud Pública. 2006; vol. 8 no 3, p. 235-247.

<sup>27</sup> TENAHUA, Quitl. Capacidades de acciones de autocuidado en personas con riesgo cardiovascular. En: Enferm cardiología. 2007; vol.14 no 41, p. 19-24.

<sup>28</sup> ACHURY, Diana. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. En Aquichán. 2007; vol.7 no 2, p. 139-160.

Otro tipo de estudios nos sugieren que las acciones de autocuidado son necesarias para mantener un buen estado de salud al disminuir factores de riesgo cardiovascular, como lo considera Guevara en Experiencias de vida de un grupo de personas después de un infarto de miocardio<sup>29</sup>, utiliza una investigación con abordaje cualitativo y cuyo objetivo fue identificar los sentimientos surgidos durante el evento del dolor y describir la apreciación que tiene la persona sobre lo que significa un infarto de miocardio. Concluye que las personas que han presentado un evento coronario, están influenciadas en su forma de mantener la salud en cuanto a: tipo de alimentos que consume, el fumar, el consumo de alcohol, formas de recreación, formas de enfrentar estresores del entorno interno y externo. Se observa que son factores modificables, los cuales por medio de acciones de autocuidado disminuyen la incidencia de enfermedad coronaria en una población determinada.

Ortiz<sup>30</sup> en el estudio realizado sobre los factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse para promoción de la salud, indica que las personas que viven la experiencia de la enfermedad cardiovascular, encuentran un nivel bajo predominante del ejercicio de la agencia de autocuidado, lo que directamente influye en el bienestar y en la salud de esta población. Lo anterior demuestra que una intervención oportuna de enfermería dirigida a fomentar acciones de autocuidado en el paciente y su cuidador sería una alternativa de solución y por ende mejoraría la calidad de vida de los mismos.

En el estudio que realiza Espitia<sup>31</sup> sobre las percepciones y creencias relacionadas con el cambio de hábitos de vida, de un grupo de personas que padecieron un evento coronario agudo, aunque no se expresa de manera directa la teoría de autocuidado en el desarrollo de la investigación, si se puede establecer que se hace necesario la aplicación de esta teoría con el fin de soportar una intervención del profesional de enfermería, según los hallazgos

---

<sup>29</sup> GUEVARA, Berta. Experiencias de vida de un grupo de personas después de un infarto de miocardio. Venezuela. 2008.

<sup>30</sup> ORTIZ, Carmina. Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse para promoción de la salud de personas de 18 años y más, que viven una situación de enfermedad cardiovascular y que asisten a consulta al centro de salud Pedro Altamirano, Nicaragua. Tesis de Magister en Enfermería. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2002, p. 116.

<sup>31</sup> ESPITIA, Sonia. Percepciones y creencias relacionadas con el cambio de hábitos de vida, de un grupo de personas que padecieron un evento coronario agudo Tesis de Magister en Enfermería. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009, p. 100.

obtenidos, al abordar a una persona que ha presentado un evento coronario y sugerir un cambio de hábito, es necesario saber que se está ante un ser único, quien desarrolla diferentes capacidades para regular su comportamiento y poder tomar decisiones sobre su propio cuidado de la salud; además, el miedo y la amenaza de muerte se convierte en una motivación para adoptar conductas de cambio. Concluye por último que la persona quien se conoce, se percibe, reflexiona y se autocontrola, es una persona quien se cuida.

En el 2008, Navas<sup>32</sup> en su estudio de *conductas de autocuidado de los pacientes con fibrilación auricular crónica que están recibiendo tratamiento con anticoagulación oral en una institución de cuarto nivel durante el 2008*, determinó en una muestra de 30 personas que la mayoría de ellos tienen déficit en sus conductas de autocuidado por presentar vacíos en los conocimientos con su tratamiento de anticoagulación oral como resultados de laboratorios, valores de INR, signos de alarma, además que en un alto porcentaje las personas adultas mayores de género masculino con una escolaridad baja llevan a presentar deficiencias en sus comportamientos de autocuidado. Esta conclusión nos indica que el autocuidado está influenciado por factores internos y externos del sujeto de cuidado.

Por su parte, Vargas<sup>33</sup> en prácticas de autocuidado frente al tratamiento no farmacológico en personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca en una institución nivel IV en Bogotá, concluye mediante la aplicación y evaluación del cuestionario denominado Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca, que el nivel de autocuidado identificado en la población estudio, no realizan un óptimo control de los signos y síntoma; de igual forma, se presenta un nivel de autocuidado bajo en relación al control de peso diario, a descansar en presencia de disnea, vacunarse anualmente y a tener contacto con el médico o la enfermera cuando presenta disnea, fatiga y edema. Lo anterior, refleja la necesidad de influir por medio del proceso educativo y con las bases de la teoría de Orem el aumentar el nivel de autocuidado en cada uno de los aspectos del tratamiento no farmacológico mencionados en este estudio. De igual manera, determina que cuando la persona se apropia de su

---

<sup>32</sup> NAVAS, Diana. Conductas de autocuidado de los pacientes con fibrilación auricular crónica que están recibiendo tratamiento con anticoagulación oral en una institución de cuarto nivel durante el 2008. Tesis de enfermería. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 2008.

<sup>33</sup> VARGAS, Andrea. Prácticas de autocuidado frente al tratamiento no farmacológico en personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, clase funcional I, II y III, hospitalizadas en una institución de cuarto nivel de atención durante el periodo comprendido de enero a julio 2008. Tesis de grado en Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 2008.

autocuidado, asume la responsabilidad del mantenimiento de su salud y contribuye por medio de sus acciones a generar un proceso favorable en el curso de la enfermedad, favorece en que haya un mejor pronóstico, porque construye su proyecto de vida en las mejores condiciones posibles, con acciones conscientes e intencionadas, las cuales son propias de un óptimo autocuidado.

Arlene<sup>34</sup> se propuso en 1996 estudiar el efecto de los cuidados de enfermería basados en la teoría de Orem en el cuidado de pacientes con infarto de miocardio con relación a su aspecto nutricional, identificando que la autonomía de los pacientes es una condición relevante para motivar el cambio de comportamiento con lo referente a la dieta. La intervención de enfermería durante las primeras 6 semanas después del alta hospitalaria fue eficaz para orientar un comportamiento saludable en la alimentación en los sujetos de estudio, es decir, que enfermería tiene influencia directa en la agencia de autocuidado de estos pacientes, por lo tanto, un plan de enfermería diseñado para ayudar a los pacientes con infarto de miocardio aumenta su capacidad de autocuidado después del alta hospitalaria.

Otro estudio realizado por Denise Burnette<sup>35</sup> en el 2004, identifica que es importante establecer estrategias de educación, intervención y tratamiento de apoyo para personas adultas mayores con enfermedad coronaria considerando que las conductas de autocuidado se requieren fomentar en estos pacientes para disminuir las complicaciones y el deterioro fisiológico provocados por la enfermedad. Tres tipos de cuidado personal refiere promover: cambios de comportamiento, adaptación al medio ambiente y uso de equipo médico.

Lukkarinen y Hentinen<sup>36</sup> en su artículo de agencia de autocuidado y los factores relacionados con esa agencia en paciente con enfermedad coronaria, obtienen como resultado de la aplicación de la escala de inventario de autocuidado SCI basado en la

---

<sup>34</sup> ARLENE, E. Effects of Orem- based nursing intervention on nutritional self-care of myocardial infarction patients. En: Int. Journal Nursing Stud; 1996, vol. 33 no 3, p.259-279.

<sup>35</sup> DENISE, Burnette. Gender, self-care and functional status among older persons with coronary heart disease: a national perspective. En: Women and Health; 2004, vol. 39 no 1, p.65-84.

<sup>36</sup> LUKKARRINEN, Hannele. Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. En: Int. Journal Nursing Stud; 1997, vol. 34 no 4, p. 295-304.

teoría de Orem cuatro factores que representan los aspectos claves de autocuidado en los pacientes que cursan con enfermedad coronaria, estos son: la toma de decisiones del sujeto, la aplicación y evaluación de las conductas, la importancia de los conocimientos de la enfermedad, y la motivación y condiciones físicas del autocuidado. Esto sugiere al profesional de enfermería la planeación de estrategias que favorezcan el autocuidado en los pacientes y sus cuidadores.

Jaarsma Tiny<sup>37</sup>, al estudiar sobre la relación que existe entre conductas de autocuidado y la mejoría de pacientes con insuficiencia cardíaca, basado en los conceptos de Orem, determina que los efectos de una intensa, planificada y sistematizada educación por parte de enfermería a pacientes coronarios mejora de manera significativa el comportamiento de autocuidado con relación a aspectos como la adherencia a la medicación, conductas favorables en la dieta y al ejercicio, y búsqueda de ayuda en caso de deterioro de la salud. Sin embargo, propone la necesidad de hacer hincapié en las estrategias dirigidas al apoyo social y seguimiento continuo a esta población con el fin de fomentar dichas conductas de autocuidado.

Para el 2005 Goldmeier y Castro<sup>38</sup> realizan una investigación con el fin de reportar la aplicación de la teoría de autocuidado en el manejo de los factores de riesgo en pacientes pos infarto agudo de miocardio, los factores de riesgo analizados fueron la obesidad, la hipertensión arterial y el tabaquismo. El estudio evaluó la efectividad en la reducción de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes de un servicio de cardiología a través de la aplicación de un programa de enfermería fundamentado en la teoría del autocuidado.

En esta investigación se realizaron intervenciones educativas de enfermería en un grupo experimental y se compararon con un grupo control que fue tratado convencionalmente sin intervención de enfermería. Los resultados demostraron como el grupo experimental tuvo una disminución del número de factores de riesgo cardiovascular respecto a los

---

<sup>37</sup> JAARSMA, Tiny. Self-care behaviour of patients with heart failure. En: Scand Journal Caring Sci; 2000, vol. 14 no 1, 112-119.

<sup>38</sup> GOLDMEIER, Silvia y CASTRO, Iran. A teoría do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensao e tabagismo) em pacientes pós- infarto agudo do miocardio. En: Revista AMRUGS, Porto Alegre. 2005: 49(3): p. 149-154.

pacientes del grupo control; se observó además, una reducción del 85% del hábito de fumar en el grupo con intervención educativa frente a un 33% del grupo control; en cuanto al factor de riesgo obesidad un 12.6% disminuyeron de peso en el grupo que recibió la intervención comparado con un 3% en el grupo control; y el nivel de hipertensión arterial no presentó diferencias significativas en los dos grupos observados. De este modo, los autores concluyen que el tiempo y los costos invertidos para las intervenciones educativas desarrolladas por enfermería, es mínimo, teniendo en cuenta el beneficio alcanzado en la reducción significativa del número de factores de riesgo en el grupo experimental.

Por último y entre muchos otros estudios que referencian las virtudes de la aplicación de la teoría de Orem en pacientes con enfermedad coronaria, Keller Elizabeth<sup>39</sup>, en un estudio descriptivo menciona las limitaciones que los pacientes con enfermedad coronaria pueden presentar para llevar a cabo conductas de autocuidado, entre ellas menciona las siguientes: patrones de la vida personal y familiar que interfieren en el cuidado de sí mismo, estados emocionales intensos, intereses superiores a su estado de salud, preocupaciones y la incapacidad para atender a situaciones cambiantes y nuevas de su estado de salud. La conclusión de Keller propone a la enfermera utilizar estrategias para evaluar las necesidades de autocuidado de los pacientes después de un infarto de miocardio.

A continuación se presenta una tabla que resume los estudios realizados bajo la guía de la teoría de Autocuidado de Dorothea Orem en el área de la salud cardiovascular.

---

<sup>39</sup> KELLER, Elizabeth y otros. Self-care limitations of persons after acute myocardial infarction. En: Applied Research; 9 (1): 24-28. 1996.

**Tabla 1-1:** Estudios relacionados con la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con algún tipo de enfermedad coronaria

ESTUDIO	AUTOR (ES)	AÑO	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO
Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease	Lukkarrinen Hannele	1997	Concluye que hay cuatro factores que representan los aspectos claves de autocuidado en los pacientes que cursan con enfermedad coronaria, estos son: la toma de decisiones del sujeto, la aplicación y evaluación de las conductas, la importancia de los conocimientos de la enfermedad, y la motivación y condiciones físicas del autocuidado.
Self-care behaviour of patients with heart failure	Jaarsma Tiny	2000	Determina que los efectos de una intensa, planificada y sistematizada educación por parte de enfermería a pacientes coronarios mejora de manera significativa el comportamiento de autocuidado con relación a aspectos como la adherencia a la medicación, conductas favorables en la dieta y al ejercicio, y búsqueda de ayuda en caso de deterioro de la salud.
Comparación de la capacidad de la agencia de autocuidado en dos grupos de mujeres adultas: uno de ellos con hipertensión arterial en control y el otro con enfermedad cardiovascular en el Hospital San Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras	María Monge	2004	Encontraron a diferencia de otros estudios similares que la capacidad de agencia de autocuidado no está directamente relacionada con la situación de salud, pero que el nivel de educación se encuentra relacionado directamente con la presencia o no de enfermedad cardiovascular. Sin embargo, determinaron que la población estudio, está necesitada de acciones de prevención en salud cardiovascular, pues la capacidad de autocuidarse se puede entender como el estilo de vida frente a la enfermedad cardiovascular.
Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial, pertenecientes al convenio del magisterio e inscritos en el programa de patologías crónicas de la Fundación Médico Preventiva, en San José de Cúcuta	Mónica Peñaloza	2004	El nivel educativo que tienen los participantes del estudio les permite comprender más su enfermedad, y en consecuencia facilita la capacidad de discernir lo que pueden y deben hacer para la regulación de sus necesidades y para realizar actividades de cuidado cubriendo sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. De esta manera, se observó que la capacidad de agencia de autocuidado de los sujetos alcanza un nivel alto, permitiendo realizar acciones para mantener su vida, su salud, su desarrollo personal y la conservación del bienestar.
Gender, self-care and functional status among older persons with coronary heart disease: a national perspective	Denise Burnette	2004	Identifica que es importante establecer estrategias de educación, intervención y tratamiento de apoyo para personas adultas mayores con enfermedad coronaria considerando que las conductas de autocuidado se requieren fomentar en estos pacientes para disminuir las complicaciones y el deterioro fisiológico provocados por la enfermedad.
Asociación entre la capacidad de la agencia autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria.	Clara Bastidas	2005	Confirma una relación positiva moderada entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento; es decir que ambos son comportamientos positivos que coexisten con características similares en personas con enfermedad coronaria.

Comparación de agencia de autocuidado en dos grupos de adultos mayores masculinos: uno hipertenso y otro con evento cardiovascular	Jairo Morales	2005	Indican que los pacientes con evento cardiovascular, tienen muy buenas capacidades de agencia de autocuidado desarrolladas ante la necesidad de decidir que puede y debería ser para cubrir los requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo y prevenir una complicación mayor.
Capacidad de agencia de autocuidado de los afiliados mayores de 40 años con enfermedad coronaria, pertenecientes a cajasalud ars-ut comfanorte en el municipio de Cúcuta	José Rubiano	2005	La población estudio posee en conjunto medias o altas capacidades de autocuidado, observando poco desarrollo de las actividades de cuidado determinadas para cubrir los requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. Existen factores que condicionan la interacción social de las personas mayores, tales como el envejecimiento biológico y la constante hospitalización, que limitan la posibilidad de generar relaciones interpersonales asertivas como parte de los requisitos de autocuidado universal que debe estar presentes en todas las personas y en todo momento.
Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Médico Preventiva	García Peñaloza	2006	Aunque obtiene en su mayoría buenas y muy buenas capacidades de autocuidado, también encontraron bajas y muy bajas capacidades en el mantenimiento de consumo de alimento suficiente y equilibrio entre soledad e interacción social; y en el funcionamiento y desarrollo personal se reportó un porcentaje significativo en bajas capacidades.
Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá Colombia	Álvarez Rivera	2006	Los participantes presentaron capacidades relacionadas con máxima atención y vigilancia, motivación o metas orientadas hacia el autocuidado, razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado, habilidades para el mismo e integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida.
Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca	Diana Achury	2006	Para lograr una adherencia total del paciente con falla cardíaca al tratamiento es necesario un proceso educativo y un seguimiento continuo y personalizado que motive permanentemente al paciente y se le reconozca el papel protagónico de su autocuidado y manejo de la enfermedad.
Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular: obesidad y sedentarismo en personas con hipertensión arterial	Luz Rivera	2006	El mantenimiento de los requisitos de autocuidado en estados de desviación de la salud generan modificación de la capacidad del individuo para comprometerse con su autocuidado. Además, establece una relación significativa entre los factores de riesgo cardiovascular: obesidad y sedentarismo con la capacidad de agencia de autocuidado en los sujetos de investigación.
Capacidad de agencia de autocuidado en personas en la etapa preoperatoria y postoperatoria de cirugía cardíaca.	Martha Orjuela	2006	En la muestra se encontró que el rango de edad que predominó fue mayores de 60 años (53%) seguido por el (37.5%) entre los 51 a 60. En el nivel de educación predominó el nivel profesional con un 37.5% seguido del nivel secundaria con un 18.75%. Los ítems mejor calificados fueron los relacionados con las habilidades cognitivas y motivacionales. Los ítems relacionados con las habilidades psicomotoras y con la cantidad necesaria para realizar las actividades de las personas se encuentran con valores bajos. El 71,8% de los pacientes en etapa preoperatoria tuvieron muy buenas capacidades de agencia de autocuidado. En el postoperatorio el 93.75% de los pacientes obtuvieron muy buenas capacidades de agencia de autocuidado.

Capacidades de acciones de autocuidado en personas con riesgo cardiovascular	Landeros-Olvera Erick Alberto y otros	2007	Existe una relación positiva entre las acciones y las capacidades de agencia de autocuidado asociadas a los factores básicos condicionantes que disminuyen la incidencia de enfermedad cardiovascular en la población objeto de estudio.
Conductas de autocuidado de los pacientes con fibrilación auricular crónica que están recibiendo tratamiento con anticoagulación oral en una institución de cuarto nivel durante el 2008	Diana Navas	2008	Concluye que las personas pueden tener déficit en las conductas de autocuidado por presentar vacíos en el conocimiento de su enfermedad, signos de alarma, resultados de laboratorio, entre otros. En este sentido, el autocuidado está influenciado por factores internos y externos del sujeto de cuidado.
Prácticas de autocuidado frente al tratamiento no farmacológico en personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, clase funcional I, II y III, hospitalizadas en una institución de cuarto nivel de atención durante el periodo comprendido de enero a julio 2008	Andrea Vargas	2008	Determina que cuando la persona se apropia de su autocuidado, asume la responsabilidad del mantenimiento de su salud y contribuye por medio de sus acciones a generar un proceso favorable en el curso de la enfermedad, favorece en que haya un mejor pronóstico, porque construye su proyecto de vida en las mejores condiciones posibles, con acciones conscientes e intencionadas, las cuales son propias de un óptimo autocuidado
Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular que asisten a consulta externa en el Hospital Tunjuelito	Anita Velandia Arias	2008	Los resultados reflejan que las personas con factores de riesgo cardiovascular satisfacen parcialmente sus necesidades de autocuidado, no dedican el tiempo suficiente para el autocuidado. Los requisitos de autocuidado en estados de alteración de la salud demandan del individuo modificar la imagen de uno mismo aceptándose en un estado especial de salud y con necesidad de formas concretas de cuidado sanitario. El estudio demuestra una correlación moderada con tendencia positiva entre la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento.
Percepciones y creencias relacionadas con el cambio de hábitos de vida, de un grupo de personas que padecieron un evento coronario agudo	Sonia Espitia	2009	El impacto de padecer la experiencia de un evento coronario incide de manera substancial en la vida de las personas, que el miedo y la amenaza de muerte se convierten en una fuerte motivación para adoptar conductas de autocuidado para el cambio.
Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial. Montería, 2010.	Deisy Solera	2010	La capacidad de agencia de autocuidados está fuertemente correlacionado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en las personas con HTA con más de un año de permanencia en el programa de control de la HTA, esta relación se mostró positiva tanto en los participantes de la muestra, como en el grupo testigo. Esta relación revela que cuando más la persona se autocuida, mejor se adhiere el tratamiento.

**Tabla 1-2:** Estudios relacionados con autocuidado y síndrome coronario agudo

ESTUDIO	AUTOR (ES)	AÑO	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO
Effects of Orem- based nursing intervention on nutritional self-care of myocardial infarction patients.	Arlene E	1996	Concluye además que enfermería tiene influencia directa en el autocuidado de pacientes con IAM, por lo tanto, un plan de enfermería diseñado para ayudar a los pacientes con infarto de miocardio aumenta su capacidad de autocuidado después del alta hospitalaria.
Self-care limitations of persons after acute myocardial infarction	Keller Elizabeth	1996	Determina las limitaciones que los pacientes con enfermedad coronaria pueden presentar para llevar a cabo conductas de autocuidado, entre ellas menciona las siguientes: patrones de la vida personal y familiar que interfieren en el cuidado de sí mismo, estados emocionales intensos, intereses superiores a su estado de salud, preocupaciones y la incapacidad para atender a situaciones cambiantes y nuevas de su estado de salud.
Barreras percibidas para el autocuidado frente a requisitos en estados de desviación de la salud en pacientes con IAM en la Clínica Shaio, Bogotá	Myriam Castiblanco Amaya	2004	Las categorías de barreras percibidas destacadas en el estudio y que influyen directamente en el cumplimiento de los requisitos de autocuidado en estados de desviación de la salud son: limitaciones económicas, estrés, provocaciones, problemas de salud sin resolver, falta de tiempo por el trabajo y otras ocupaciones, y limitaciones en las actividades de la vida diaria.
Percepción del estado de salud y su influencia en las capacidades de autocuidado en personas con síndrome coronario	Soriano y Sotomayor	2005	Existe una correlación significativa entre la percepción y la agencia de autocuidado, porque se obtiene una respuesta fructífera en los pacientes con síndrome coronario que ejecutan actividades de autocuidado una vez presentan este evento coronario.
Experiencias de vida de un grupo de personas después de un infarto de miocardio	Berta Guevara	2008	Concluye que las personas que han presentado un evento coronario, están influenciadas en su forma de mantener la salud en cuanto a: tipo de alimentos que consume, el fumar, el consumo de alcohol, formas de recreación, formas de enfrentar estresores del entorno interno y externo.

**Tabla 1-3:** Estudios relacionados con factores básicos condicionantes en personas con algún tipo de enfermedad coronaria

ESTUDIO	AUTOR (ES)	AÑO	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO
Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse para promoción de la salud de personas de 18 años y más, que viven una situación de enfermedad cardiovascular y que asisten a consulta al centro de salud Pedro Altamirano, Nicaragua	Carmina Ortiz	2002	Indica que las personas que viven la experiencia de la enfermedad cardiovascular, encuentran un nivel bajo predominante del ejercicio de la agencia de autocuidado, lo que directamente influye en el bienestar y en la salud de esta población.
Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse para promoción de la salud de personas de 18 años y más, que viven una situación de enfermedad cardiovascular y que asisten a consulta externa del Hospital Roosevelt en la ciudad de Guatemala	Emma Porras Marroquín	2002	Los hallazgos aportaron asociación significativa entre el factor básico condicionante: edad y la capacidad potencial de autocuidado. Indican que sujetos en la edad adulta pueden utilizarse para fomentar su participación como agentes de cambio en acciones de promoción de la salud en poblaciones más jóvenes.
Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse para promoción de la salud de personas de 18 años y más, que viven una situación de enfermedad cardiovascular y que asisten a consulta externa del Centro de Salud El Chile de Tegucigalpa, Honduras	Carlos Martínez	2003	Determinaron en la población estudio que: el género y la edad no tiene influencia para determinar la capacidad potencial para el autocuidado. Por su parte la condición educativa muestra una relación leve pero no muestra una asociación significativa. Por último el factor básico socio-económico no mostró asociación significativa con la capacidad de agencia de autocuidado.
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	Luz Espitia	2011	Se demostró que los factores básicos condicionantes edad, estado de desarrollo, estado de salud, factores del ambiente y patrones de vida, tienen una asociación significativa con la capacidad de agencia de autocuidado en los sujetos de investigación. Asimismo, no se estableció ningún tipo de asociación entre los factores socioculturales, del sistema familiar y socioeconómico al relacionarse con la capacidad de agencia de autocuidado en los participantes del estudio.

### **1.3.3. Factores básicos condicionantes y agencia de autocuidado.**

En relación con los trabajos investigativos en la última década dirigidos a determinar la asociación de los factores básicos condicionantes y la capacidad de agencia de autocuidado en el proceso salud-enfermedad, a continuación se resaltarán aquellas investigaciones realizadas sobre dicha asociación haciendo hincapié en las que tienen relación con enfermedades cardiovasculares y que orientan y sustentan la realización del presente estudio:

Una revisión literaria realizada por Isenberg<sup>40</sup> indica que los investigadores han estudiado la influencia de los factores básicos condicionantes en forma singular y en combinación con las habilidades de autocuidado individual. En la literatura, se reportan varios estudios sobre la naturaleza de la influencia de variaciones en el estado de salud sobre las habilidades de autocuidado, estas investigaciones sugieren que esta relación es particularmente destacada en situaciones prácticas en personas que experimentan problemas de salud crónicos<sup>41</sup>.

A continuación se plasmarán aquellas investigaciones que se relacionan con las personas que presentan algún tipo de enfermedad coronaria.

Teixeira Lima<sup>42</sup>, apuntó a poner en correlación las acciones del autocuidado desarrolladas por los pacientes que han sido sometidos a revascularización miocárdica con las variables de género, edad, ocupación, estado civil y antecedentes familiares relacionados con enfermedades cardiovasculares. El estudio fue exploratorio-descriptivo, llevado a cabo en un hospital de cardiología en México, con 52 pacientes que habían sido sometidos a revascularización miocárdica una sola vez en el último año. Los pacientes presentaron como perfil el siguiente: la mayoría eran hombres (53,84%),

---

<sup>40</sup> ISENBERG, Marjorie. En: Mariling Parker. *Nursing Theories and Practice*. 2001. Philadelphia. Capítulo: Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. Resumen del capítulo en español, traducido por Edilma de Reales. Noviembre 2001.

<sup>41</sup> ORTIZ, Carmina. Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse para promoción de la salud de personas de 18 años y más, que viven una situación de enfermedad cardiovascular y que asisten a consulta al centro de salud Pedro Altamirano, Nicaragua. Bogotá. 2002. Tesis de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

<sup>42</sup> TEIXEIRA, Francisca y LEITE, Thelma. Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós-revascularização do miocárdio. En: *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn set-out*. 2005, vol. 58 no. 5, p.519-23.

mayores de 65 años (59,61%), jubilados (71,15%), casados (63,46%), con un antecedentes familiares para enfermedades cardiovasculares del (67,30%). A su vez, las mujeres, los pacientes con mayor edad, los pacientes casados y aquellos que tienen la predisposición familiar para enfermedades cardiovasculares practican el autocuidado y lo fortalecen, principalmente cuando el paciente está jubilado. La conclusión a la que llegó Teixeira es que los pacientes que participaron en esta investigación, tienen un autocuidado satisfactorio, el cual debe ser apoyado de manera continua e interdisciplinar para proporcionar al paciente que ha sido sometido a revascularización del miocardio condiciones óptimas para la práctica del autocuidado.

A su vez, Tenahua y cols<sup>43</sup>, investigaron la relación existente de los factores básicos condicionantes (FBC), capacidades de autocuidado (CAC) y acciones de autocuidado (AAC) en personas de 40 a 65 años de un área rural con al menos un factor de riesgo cardiovascular (FRVC), como la hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia u obesidad. Este estudio de diseño correlacional de corte transversal, permitió determinar la relación positiva entre las CAC y las AAC ( $r=.805$ , y un  $p=.000$ ), explicaron la influencia de los FBC con las CAC y AAC con el modelo de regresión múltiple ( $F 4,195=4.308$ ,  $p=.002$   $R^2$  AJUSTADA  $.062$  y  $F 4,195 = 2.56$   $p= .039$   $R^2$  ajustada  $=.031$  respectivamente)<sup>44</sup>. Esta investigación mostró que las CAC se relacionan de forma significativa con las AAC en las personas con FRCV. Por otro lado, los FBC que influyeron en las CAC y AAC fueron la escolaridad y el nivel socioeconómico, situación que sustentó con los postulados teóricos del modelo. Respecto a las condiciones clínicas de las personas de este estudio expuestas a FRCV, se concluyó que el principal FRCV encontrado en esta muestra fue la obesidad.

Por su lado, Fernández y Manrique, realizan un estudio descriptivo de corte transversal en 240 adultos para determinar la agencia de autocuidado y los factores básicos condicionantes en adultos mayores con hipertensión arterial, bajo la guía de la Teoría de Orem. Utilizando la escala ASA para valorar la agencia de autocuidado y una ficha de datos sociodemográficos y salud (DSDS), obtuvieron los siguientes resultados: la media

---

<sup>43</sup> TENAHUA, Quitl, et al. Capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular. En: Enfermería en Cardiología: 2007, vol. 41 no 2, p. 19-24.

<sup>44</sup> Ibid., p.18. Citado por Espitia (2011).

total ASA de los adultos mayores fue de 46.8, desviación estándar de 4,6; el 99,6-5 presentó “baja agencia de autocuidado”, en un rango de 24 a 50 puntos. La edad media fue de 71,6 desviación estándar de 6,7; el 48,8% se ubicó en un rango de 60-70 años de edad; 76,7% eran mujeres; 49,2% sin escolaridad; 42,5% viudos; 70,4% de oficios del hogar; 53,3% correspondían al estrato social 1; 73,8% vivían con la familia. Un 21,7% estaban afiliados a Caprecom; 23,8% presentaba problemas renales; 71,3% reportó deficiencias visuales; 78,3% cursaba con tensión arterial media normal y un 84,2% con pulso normal. El 72% del sexo femenino se ubicó en un rango de diámetro abdominal en riesgo (mayor de 80 cm). Como conclusión, establecen que los adultos mayores con HTA en la población estudiada presentan FBC (factores básicos condicionantes) que ameritan atención por enfermería, ya que su identificación y comprensión permiten determinar la agencia de autocuidado y orientar estrategias para prevenir o controlar las complicaciones propias de la enfermedad crónica<sup>45</sup>.

Otro estudio realizado por Slusher y Withrow-Fletcher<sup>46</sup>, en una zona rural oriental de los Estados Unidos, a través de un diseño descriptivo que combinó datos tanto cuantitativos como cualitativos, buscó describir las creencias sobre salud y el autocuidado de las mujeres en esta zona y a su vez describir las relaciones entre las creencias de salud, el autocuidado y los factores básicos condicionantes de la población estudiada, encontrando que existe una relación estadísticamente significativa entre los factores básicos condicionantes con el autocuidado que practican los participantes de la investigación.

Además, los resultados del estudio apoyan la necesidad de aumentar la educación en el autocuidado, lo cual se puede lograr cuando las enfermeras y demás profesionales de salud de todas las disciplinas planifiquen y ejecuten intervenciones que promuevan estilos de vida saludable aprovechando los aspectos positivos inherentes a la cultura de los individuos y colectivos.

---

<sup>45</sup> FERNÁNDEZ, Alba y MANRIQUE-ABRIL, Fred. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. En: *av. Enferm*: 2011, vol. 29 no 1, p.30-41.

<sup>46</sup> SLUSHER, Ida y WITHROW-FLETCHER, Cora. *Applachian women: Health beliefs, self-care and basic conditioning factors*. En: *Journal of Cultural Diversity*. 2010, vol. 17 no 3, p. 84-89.

Por otra parte, Callaghan<sup>47</sup> en el 2005 investigó la relación entre los factores básicos condicionantes y comportamientos de autocuidado que promueven la salud, el autocuidado, la autoeficacia y la agencia de autocuidado en 235 adultos mayores. Describió y analizó los factores básicos condicionantes de educación, ingresos económicos, seguridad en salud, raza, sistema de apoyo, la práctica habitual de la religión, antecedentes patológicos, estado civil, género, edad y número de hijos, asociándolos con las demás variables, concluyendo que existe una relación significativamente positiva entre estos factores y los comportamientos que promueven la salud y la agencia de autocuidado de los adultos mayores participantes del estudio. Sin embargo, indica la necesidad de intervenciones oportunas por parte de enfermeras en salud comunitaria que fomenten acciones de autocuidado en esta población, a través de programas de promoción de la salud que se centren no sólo en los comportamientos individuales de salud sino también en los entornos físicos y sociales de los adultos mayores, en colaboración de investigadores locales, de universidades e instituciones de salud.

De igual modo, Callaghan<sup>48</sup> para el año 2006 presenta un análisis de un estudio investigativo en el cual relaciona los factores básicos condicionantes, los comportamientos de autocuidado, la autoeficacia y el autocuidado en una población adolescente. El análisis identificó una relación significativa entre los siguientes factores básicos condicionantes: sistema de apoyo, ingresos económicos adecuados, el género, antecedentes de enfermedades o discapacidad con las prácticas de conductas saludables de los adolescentes y sus habilidades de autocuidado. Incluso resalta que la enfermera es una profesional de la salud clave para promover la salud y el autocuidado de los adolescentes, ya que puede identificar las fortalezas y las deficiencias de los sistemas de apoyo (factor básico condicionante con mayor implicación en el autocuidado del adolescente, en este estudio) del adolescente para potenciar los comportamientos y habilidades para el autocuidado.

---

<sup>47</sup> CALLAGHAN, Donna. Healthy behaviors, self-efficacy, self-care and basic conditioning factors in older adults. En: *Journal of Community Health Nursing*. 2005, vol. 22 no 3, p. 169-178.

<sup>48</sup> CALLAGHAN, Donna. Basic conditioning factors influences on adolescents healthy behaviors, self-efficacy and self-care. En: *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2006, vol. 29, p. 191-204.

Berrocal y Tordecilla<sup>49</sup>, describen los factores básicos condicionantes asociados al autocuidado de la salud cardiovascular en 150 personas con hipertensión arterial en una institución de salud en Montería, Colombia, demostrando la fuerte asociación existente entre los factores condicionantes básicos y los factores de riesgo cardiovascular presentes en la población de estudio. Evidencian el riesgo cardiovascular a que están expuestos los adultos hipertensos, dada la alta proporción que registran tanto los factores de riesgo modificables como los no modificables. Indican los autores que a la luz de la teoría Orem, los factores condicionantes básicos, como elementos periféricos, afectan el autocuidado de las personas en estudio de manera intrínseca o extrínseca, dada la condición de déficit de autocuidado. En este sentido, los sistemas de enfermería y métodos de ayuda deben ser planeados acordes a las necesidades de ayuda que presenta esta población, según la edad, el nivel educativo y socioeconómico, para la eficacia de la agencia de enfermería.

De modo semejante, otra investigación de tipo descriptivo de corte transversal realizada por Contreras, identificó la influencia de los factores condicionantes básicos (edad, género y patrón de vida) en la capacidad de autocuidado del paciente con hipertensión arterial. Encontrando, una correlación estadísticamente significativa entre capacidades de Autocuidado y patrón de vida, estado civil y escolaridad<sup>50</sup>. Concluyendo además que con el propósito de propiciar el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables es indispensable considerar los factores condicionantes básicos del paciente e incorporar la educación del paciente como parte del tratamiento.

Cabe añadir que en algunos países de Centroamérica, se han llevado a cabo una serie de estudios que buscan determinar la asociación entre los factores básicos condicionantes y la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes que padecen algún tipo de enfermedad cardiovascular, especialmente ha sido abordada la población con hipertensión arterial. Estas investigaciones fueron desarrolladas por estudiantes de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, quienes en su mayoría

---

<sup>49</sup> BERROCAL, Neila y TORDECILLA, Carmen. Factores condicionantes básicos asociados al autocuidado de la salud cardiovascular en personas con hipertensión arterial, Montería. Colombia. 2010.

<sup>50</sup> CONTRERAS, María y JORDAN, María. Factores condicionantes básicos en la capacidad de autocuidado del paciente con hipertensión arterial. México. En: Desarrollo Científico. Enferm. 2011, vol. 19 no 1, p. 20-24.

sugieren la continua investigación de esta asociación con el fin de planear, ejecutar, analizar y evaluar los beneficios de la intervención oportuna de enfermería sustentada desde la teoría, en la salud cardiovascular de la población en general.

De acuerdo a lo anterior, Ortiz<sup>51</sup> desarrolló su investigación en Managua Nicaragua, buscando describir cómo se asocian los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad potencial para autocuidarse de adultos de 18 años y más, que viven en situación de enfermedad cardiovascular y que asisten a la consulta de enfermedades crónicas no transmisibles en un centro de salud. Este estudio de diseño descriptivo, exploratorio, de asociación y de corte transversal, encuestó a 80 pacientes que asistieron al programa de enfermedades crónicas, utilizando en primera instancia la escala del ejercicio de la agencia de autocuidado desarrollada por Bárbara Kaerney y Bárbara Fleischer (1979), la cual se construyó a partir de cuatro subconstructos: *una respuesta activa vs. una respuesta pasiva de la situación, motivación, bases de conocimientos y autoestima*; y por otra parte implementaron una ficha que permitía recolectar los datos que dieran información sobre los factores básicos condicionantes que se evaluaron, a saber: la edad, el género, el nivel educativo y el nivel socioeconómico.

A partir de los resultados obtenidos en el estudio, la autora concluyó que los usuarios del programa en situaciones de enfermedad cardiovascular en el Centro de salud Pedro Altamirano, se encuentra entre los 45-75 años y más de edad en un 95%, la mayoría de sujetos de la muestra fueron mujeres 60%, lo que deja ver un mayor compromiso de las mujeres con sus citas y controles médicos; el nivel educativo que predominó fue el de primaria 61%, reflejo de la situación educativa del país, 77,5% de los sujetos de investigación se ubican en el grupo socioeconómico “no pobre”, lo que implica que tienen sus necesidades básicas satisfechas, no significa que el nivel socioeconómico esté en un margen donde se cumplan sus expectativas; la medida de la capacidad potencial para el autocuidado en la muestra ubicó un 93,8% en el nivel bajo y una muy pequeña parte en el nivel medio, no hubo frecuencias para los niveles bajo y alto.

---

<sup>51</sup> ORTIZ, Carmina. Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse para promoción de la salud de personas de 18 años y más, que viven una situación de enfermedad cardiovascular y que asisten a consulta al centro de salud Pedro Altamirano, Nicaragua. Bogotá. 2002. Tesis de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

De esta manera, indica la autora que la muestra constituida por sujetos adultos de 18 años y más que viven en situación de enfermedad cardiovascular mostró una homogeneidad en algunos de sus factores básicos como nivel educativo y nivel socioeconómico, al igual que en el nivel bajo de la capacidad potencial para el autocuidado, lo cual no permitió establecer asociaciones entre esos factores y la agencia de autocuidado.

En el mismo año, Porras<sup>52</sup> en un centro de salud de la ciudad de Guatemala, describió la asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado: edad, género, nivel socioeconómico y nivel educativo en adultos de 18 años y más que viven en situación de enfermedad cardiovascular que asisten a consulta externa de cardiología, a través de un diseño descriptivo, exploratorio, de asociación y transversal, obtuvo una muestra de 150 pacientes y utilizó para la recolección de datos el instrumento Self Care Nursing Promotion of Health (1985) de Lyda Hill y Nancy Smith luego de ser reproducido con el permiso de Bárbara Kearney y Bárbara Fleischer. Este instrumento, comprende una parte para la identificación del sujeto de investigación, otra para los factores básicos condicionantes y una tercera parte está constituida por la Escala del Ejercicio de la Agencia de Autocuidado de Kearney y Fleischer. Las personas participantes del estudio tenían las siguientes características según los resultados obtenidos: se distribuyen de manera similar en las edades de 34 a 65 años y más de edad, un porcentaje alto y significativo son mujeres; el nivel educativo en un 69% se clasifica en bajo y muy bajo, y el nivel socioeconómico predominante es el pobre y extremadamente pobre 94%. En cuanto a la capacidad potencial para autocuidarse y promover la salud se encontró que de los participantes del estudio el 49% se clasifica en un nivel medio de capacidad potencial para el autocuidado, el 48% se clasifica en el nivel alto y el 3% en el nivel bajo, mostrando una homogeneidad para todo el grupo.

Por lo tanto, el autor indica que los hallazgos aportaron asociación significativa entre el factor básico condicionante edad y la capacidad potencial de autocuidado. Indican que hay una mayoría de sujetos en la edad adulta y una parte son adultos mayores, condición

---

<sup>52</sup> PORRAS, Enma. Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse para promoción de la salud de personas de 18 años y más, que viven una situación de enfermedad cardiovascular y que asisten a consulta externa del Hospital Roosevelt en la ciudad de Guatemala. Bogotá, 2002. Tesis de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

que según Porras puede utilizarse para fomentar su participación como agentes de cambio en acciones de promoción de la salud en poblaciones más jóvenes.

Guadron<sup>53</sup> por su parte, estudió la correlación de los factores básicos condicionantes: género, edad, nivel educativo y nivel socioeconómico con la agencia de autocuidado de personas con enfermedad cardiovascular. Aplicó la escala de valoración del ejercicio de la agencia de autocuidado desarrollada por Kaerney y Fleischer en 80 personas con algún tipo de enfermedad cardiovascular. Entre los resultados no se evidenció relaciones con la capacidad potencial para el autocuidado en los factores edad, género y nivel educativo, pero sí mostró una asociación negativa con el nivel socioeconómico. Cabe resaltar que, los resultados mostraron capacidad potencial para el autocuidado alta que se asociaron con adultas mayores del sexo femenino. En conclusión, la situación económica, la situación educativa y el estado de salud no influyen negativamente en la capacidad de agencia para el autocuidado en esta investigación, contrario a lo expuesto en otros estudios similares.

En contraste, Martínez<sup>54</sup> en su investigación de abordaje descriptivo-cuantitativo, exploratorio de asociación y de corte transversal, plantea la asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado (edad, género, condición socioeconómica y condición educativa) con la capacidad potencial de autocuidarse para promocionar la salud en 32 personas mayores de 18 años de edad que viven una situación de enfermedad cardiovascular. Utilizó el mismo instrumento de las anteriores investigaciones mencionadas para la recolección de datos, es decir, la Escala del ejercicio de la agencia de autocuidado de Keranay y Fleischer y la información para verificar los factores básicos condicionantes de esta población. Los datos obtenidos indican un predominio del género femenino entre los 46-56 años de edad; la condición educativa se caracteriza por un predominio de *estudios primarios incompletos* y

---

<sup>53</sup> GUADRON, Julia. Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse para promocionar la salud en personas de 18 años y más que viven en situación de enfermedad cardiovascular y asistieron a la Consulta externa de cardiología del Hospital Nacional Rosales (El Salvador). Bogotá, 2002. Tesis de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

<sup>54</sup> MARTÍNEZ, Carlos. Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse para promoción de la salud de personas de 18 años y más, que viven una situación de enfermedad cardiovascular y que asisten a consulta externa del Centro de Salud El Chile de Tegucigalpa, Honduras. Bogotá, 2003. Tesis de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

*completos*; en el grupo se evidencia que en un 50% de la muestra tiene algún tipo de necesidad básica insatisfecha y el 37% está aproximadamente en el margen de pobreza y pobreza absoluta, en consecuencia, el autor lo presenta como un grupo susceptible a la enfermedad cardiovascular. Asimismo, la capacidad potencial para el autocuidado, mostró para el 53% de la muestra un nivel medio y un 43% de la misma un nivel alto.

Una de las conclusiones que indica Martínez en su investigación es que el estudio presenta un resultado opuesto a lo que han mostrado otros estudios con instrumentos diferentes, lo cuales han encontrado bajos niveles de la capacidad potencial del autocuidado en presencia de estados de salud deficientes, como es la condición de los sujetos de la muestra. Además, identificó que el género no tiene influencia para determinar la capacidad potencial para el autocuidado de este grupo; la edad no determina, de ninguna manera, la capacidad potencial del autocuidado y todos los grupos de edad muestran iguales condiciones frente a dicha variable; la condición educativa por niveles muestra una relación leve, pero no una asociación significativa; y por último, la condición socioeconómica no mostró asociación significativa con la capacidad potencial para el autocuidado por lo que concluye que las condiciones de pobreza y pobreza absoluta predominantes en el grupo no determinan los valores de la variable con la cual se buscó la asociación.

Finalmente, Espitia<sup>55</sup> en el 2011, buscó determinar la asociación entre los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en 432 personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa en un centro de salud en Bogotá. Mediante un diseño de tipo descriptivo, de asociación, con abordaje cuantitativo y de corte transversal, y utilizando una ficha de factores básicos condicionantes construida por la autora y el instrumento Escala de Apreciación de agencia de autocuidado desarrollado por Isenberg y Evers y traducida al español por Esther Gallegos, para la recolección de los datos, Espitia encontró en su población estudio las

---

<sup>55</sup> ESPITIA, Luz. 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. Bogotá, 2011. Tesis de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

siguientes características: los asistentes a consulta externa con hipertensión arterial en su mayoría se encuentran en el rango de edad de 61 a 80 años; en cuanto al género demostró que el femenino es el predominante en la muestra con un 63% de los participantes; la etapa de desarrollo en que se encuentra el 52% de los participantes es la de adulto maduro comprendida entre los 40-65 años de edad, estas personas actúan como agentes de cuidado sobre sí mismos y sobre las generaciones más jóvenes; se evidenció sobrepeso en la mayoría de la muestra y la percepción del estado de salud es regular.

Por otra parte, la mayor proporción de la muestra tiene un nivel educativo bajo de primaria incompleta, el cual se relacionó con el alto porcentaje de personas adultas mayores y de proveniencia rural; en torno al sistema familiar, el apoyo y las relaciones percibidas para la salud de la red familiar fue predominantemente positivo, hecho clave en cuestión de adherencia a tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos y a estilos de vida saludables; de acuerdo al factor medio ambiente, se encontró que la mayor parte de la muestra habita en zona rural pero con niveles altos de estrés en su vida cotidiana; además, se presenta una alta probabilidad de desarrollar alguna enfermedad cardiovascular, teniendo en cuenta factores de riesgo como: el sobrepeso 61%, la hipertensión arterial 46%, sedentarismo 73%, estrés 54% y consumo de grasas 28%; por último, un gran porcentaje de participantes tienen un estrato socioeconómico entre 1 y 2, el nivel de ingresos económicos en la mayoría no superan el salario mínimo y quien provee los recursos al hogar, es generalmente el paciente.

En relación con la aplicación de la escala ASA, los resultados permitieron establecer que la mayor proporción de los participantes presentan niveles de autocuidado regular y bajo (51 y 48 %) respectivamente.

De esta forma, de los diez factores básicos condicionantes que plantea la Teoría de Orem, tan solo cinco de ellos demostraron tener una asociación fuerte con la capacidad de agencia de autocuidado, al arrojar valores de  $p = < 0.05$ . Los factores básicos que presentaron asociación fuerte son: edad, estado de desarrollo, estado de salud, factores del ambiente y patrones vida. Asimismo, la autora concluye una asociación débil sobre la capacidad de agencia de autocuidado del factor condicionante *estado de salud*; mientras que no se estableció ningún tipo de asociación entre los factores básicos condicionantes socioculturales, del sistema familiar y socioeconómico al relacionarse con la capacidad

de agencia de autocuidado en los pacientes que asisten a consulta externa del centro de salud en que se realizó la investigación.

De esta manera, se puede observar que la investigación de enfermería al abordar la teoría del autocuidado ha sido productiva en la población con enfermedades cardiovasculares, al identificar habilidades, cualidades, capacidades y factores que influyen en el autocuidado de las personas, sin embargo, no se han iniciado estudios que se dirijan directamente a los adultos que presentan síndrome coronario agudo y que puedan establecer la asociación entre los factores básicos condicionantes y la capacidad de agencia de autocuidado que desarrolla el adulto al padecer esta enfermedad.

Del mismo modo, se identifica que existen instrumentos que ya fueron validados y utilizados para medir el nivel de autocuidado en personas con enfermedad coronaria o algún tipo de enfermedad cardiovascular, lo que sugiere a la profesión de enfermería iniciar estudios que permitan analizar, construir y evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con síndrome coronario agudo y cómo esta capacidad se encuentra negativa o positivamente influenciada por los factores básicos condicionantes que propone Orem en su teoría.

Por lo tanto, se requiere profundizar desde la investigación de enfermería sobre la capacidad de agencia de autocuidado que tienen los adultos con síndrome coronario agudo a través de un proceso sistemático, riguroso, consistente y productivo que permita determinar tanto los factores básicos condicionantes como la capacidad de autocuidado en esta población, y por ende nutrir el cuerpo de conocimientos de la disciplina de enfermería con relación a este tema.

En este sentido, se busca con el presente estudio aportar y proporcionar herramientas al profesional de enfermería para el abordaje de adultos con síndrome coronario agudo desde la aplicación de conceptos propios de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, y asimismo suministrar resultados que identifiquen las características más relevantes de la capacidad de autocuidado y fomentar aquellos comportamientos que favorezcan la recuperación de la salud de estos sujetos y disminuyan el impacto que ocasiona en todas las esferas del ser humano esta enfermedad en la población directamente afectada.

## 1.4 Justificación

El presente estudio realiza una descripción del impacto que genera la enfermedad coronaria específicamente lo relacionado con el síndrome coronario agudo en la vida personal, social, económica y emocional de las personas que lo padecen, además de identificar los beneficios de la aplicabilidad de los conceptos de la teoría de autocuidado en esta población, mediante la asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado de los sujetos que participen en el proceso investigativo.

Al realizar un análisis y la contextualización respectiva sobre el síndrome coronario agudo y el autocuidado desde la perspectiva de Dorothea Orem, se puede observar que la calidad de vida de las personas con esta enfermedad se altera debido a que el paciente experimenta un deterioro fisiológico que no le permite realizar actividades básicas y desempeñar sus diversos roles familiares y sociales que lo caracterizan, identificando también, que esta alteración en el estado de salud en el adulto interfiere con el desarrollo de actividades laborales que son importantes para sí mismo y su núcleo familiar. Unido a ello, la enfermedad en su fase aguda implica para su tratamiento que la persona tenga que someterse a largos períodos de hospitalización que le alejan de su medio laboral y familiar impidiendo que la persona que le padece se relacione con su entorno<sup>56</sup>Por eso las ventajas que puede ofrecer la aplicación de la teoría de autocuidado se hacen evidentes, indispensables y provechosas en los pacientes con SCA además de los hallazgos relevantes que fundamenten la aplicación de planes de enfermería a partir de los resultados que se obtengan a partir de la actual propuesta de investigación.

Tanto para el adulto con SCA como para su familia es importante conocer su capacidad de agencia de autocuidado con el fin de identificar las debilidades o falencias que tiene en su cuidado diario, y por ende encaminar comportamientos de autocuidado específicos que disminuyan el impacto de la enfermedad en su vida cotidiana y fomente las habilidades necesarias contribuyentes al bienestar físico, social, mental y emocional

---

<sup>56</sup> RIEDINGGER, M. Congestive heart failure, normative group and patients with other chronic conditions. Am Journal Critical Care. 2002, vol. 11 no 3, p. 211-219.

luego de presentar un evento coronario de esta magnitud o evitar una similar situación de salud en el futuro.

De igual modo, el autocuidado se convierte en una herramienta esencial y fundamental en el mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad coronaria, en donde el paciente y su familia pueden participar de manera activa en todo el proceso de la enfermedad, desde su prevención hasta su completa recuperación, dado que genera una actitud positiva y de compromiso permanente en su cuidado cotidiano.

El autocuidado ha estado tradicionalmente asociado con los programas ambulatorios institucionales que demandan la colaboración de los pacientes y sus familiares en el manejo de patologías cardiovasculares; sin embargo, el término implica fenómenos más profundos que tienen como eje "el protagonismo de la persona en todos los asuntos de su vida, de su corporalidad y de su salud, en tanto hecho social, individual y colectivo se refiere". Es así como, dentro de la nueva concepción de *salud para todos* de la Organización Mundial de la Salud, el autocuidado pasa de ser un potencial a ser considerado un componente importante de las competencias y habilidades del ser humano, por lo tanto, la satisfacción de los requisitos de autocuidado tiene como meta mantener la salud, restaurar y prevenir la enfermedad<sup>57</sup>.

De acuerdo a estudios plasmados en pacientes con enfermedad coronaria y desde la perspectiva del autocuidado, como lo describe Arredondo (2009) en su investigación, la importancia de la teoría a nivel fisiológico radica en que las personas que tienen un comportamiento de autocuidado desde la actividad física mejoran la capacidad funcional cardíaca, y a nivel social fomenta la participación en actividades de la vida diaria, así como las relaciones sociales y su compromiso de optimizar su calidad de vida a través de un cuidado continuo, lo que lleva a que el paciente se sienta más feliz e independiente en la realización de sus actividades cotidianas<sup>58</sup>.

---

<sup>57</sup> GUTIÉRREZ DE REALES, Edilma. Autocuidado como estrategia para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud cardiovascular. En: Memorias foro regional de investigación en Enfermería. San Salvador (El Salvador). Mayo 6-9; 2003.

<sup>58</sup> HANAMANTHU, S. Effect of heart failure program on hospitalization frequency and exercise tolerance. En: Circulation. 1997, vol. 96, p. 2846.

Para la profesión de enfermería, la significancia y trascendencia de la elaboración del presente estudio radica en dos aspectos esenciales, el primero de ellos se orienta al aporte en el cuerpo de conocimientos de la disciplina, porque permite continuar y fortalecer el uso y validación de una de las teorías propias de la profesión en el cuidado directo de pacientes con síndrome coronario agudo, teniendo en cuenta que hasta el momento no se han realizado estudios que determinen la asociación entre los factores básicos condicionantes del autocuidado y la agencia de autocuidado que tengan como sujetos de investigación adultos con esta enfermedad. Además sugiere la necesidad imperante de abordar a este tipo de pacientes desde una perspectiva de cuidado específica, ya que admite la aplicación de los conceptos que plantea Orem en esta población y por consiguiente acciones de enfermería sustentadas en la teoría; igualmente, proporciona al profesional conocimientos sobre los factores que favorecen o no actividades de autocuidado y aquellos elementos que contribuyen en el incremento de la capacidad de autocuidado de las personas con SCA.

Además de constituirse en una herramienta para el enfermero(a) en el cuidado de los pacientes con SCA, el estudio busca ser un elemento de consulta y uso para optimizar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta que el autocuidado parte de la interacción y la participación activa del individuo, su familia o grupo social que lo rodea y del profesional de enfermería. De esta manera, el estudio aportaría sustancialmente al cuerpo de conocimientos de la disciplina y de manera objetiva en la práctica cotidiana de la profesión tanto a nivel hospitalario como comunitario.

El segundo aspecto que indica la importancia del estudio para la profesión, se refiere a las bases que puede establecer el enfermero(a) para la planeación, ejecución y evaluación de planes de cuidado y protocolos institucionales dirigidos a pacientes con síndrome coronario agudo cimentados en procesos investigativos previos. De esta manera, el profesional de enfermería puede orientar su práctica bajo los conceptos de autocuidado porque puede demostrar claramente la eficacia de su contribución al cuidado y bienestar del paciente y su cuidador.

Los resultados que se pueden obtener con la ejecución del presente estudio alcanzan una gran significancia social, debido a que aporta de manera válida y fundamentada en

la planeación de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad destinados a la comunidad en general, porque plasma la necesidad de implementar estilos de vida saludables como herramienta esencial para disminuir la incidencia de la enfermedad cardiovascular a partir de acciones conscientes y activas de autocuidado por parte de la población vulnerable a padecer este tipo de enfermedad.

Lo anterior justifica lo expuesto por Garzón (1988), quien indica que el profesionalismo de Enfermería solamente se logra a través de la profesionalidad de sus miembros, mediante el aporte investigativo, lo cual se refleja en la calidad y atributos de la práctica o del servicio que brinda a la persona, familia y comunidad<sup>59</sup>

Determinar la asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado con la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con síndrome coronario agudo aporta en el avance de los procesos ya iniciados en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en su línea de investigación *Cuidado para la salud cardiovascular*, teniendo en cuenta que uno de los aspectos de investigación de la línea se orienta al manejo y al abordaje de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, por tal motivo, el cumplimiento de los objetivos del presente estudio proporcionaría un pilar fundamental en la construcción de elementos que evalúen las intervenciones de enfermería en pacientes con SCA a partir de los conceptos de la teoría de autocuidado y de su impacto en el bienestar personal y social de los sujetos de la investigación.

Esto responde a lo que describe Arredondo (2009) en su investigación y como lo plantea el Consejo Internacional de Enfermeras CIE cuando determinan de manera necesaria la movilización en la investigación y asistencia de las enfermeras hacia la promoción de la salud, con la estrategia de autocuidado, ya que los enfermeros en este contexto se consideran agentes importantes para el sector salud, porque a través de la

---

<sup>59</sup> GARZÓN, Nelly. La profesionalización en Enfermería y su impacto social. En: Revista de Enfermería, Instituto Nacional Mexicano del Seguro Social- México. 1988, vol. 1 no 2-3, p. 60-65.

educación y la motivación que hacen a las personas desde el autocuidado, logran que éstas participen y se comprometan con su salud<sup>60</sup>

Por último, la significancia del estudio a nivel de las instituciones de salud, se caracteriza por constituirse en un abordaje a uno de los problemas de salud pública que afecta a toda la población colombiana en un porcentaje considerable de morbimortalidad; contribuyendo al sector en los programas de promoción de la salud mediante las bases teóricas y la práctica sustentada en la investigación, además de conformarse como un instrumento que oriente la atención de enfermería a los pacientes con SCA desde el autocuidado en los centros de salud del país.

## **1.5 Propósito del estudio**

El siguiente estudio tiene como propósito determinar la asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado que tienen los adultos que presentan síndrome coronario agudo, lo que permitiría un abordaje específico por parte del profesional de enfermería en esta población en particular y la ejecución de planes de cuidado concretos al conocer la influencia de dichos factores en los comportamientos y las habilidades de autocuidado de los sujetos con SCA, los cuales se deben fomentar y potenciar en el paciente y su familia.

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 Objetivo General**

Determinar la asociación entre los factores básicos condicionantes del autocuidado (edad, género, factores socioculturales, factores del sistema familiar) y la capacidad de agencia de autocuidado de los adultos que presentan síndrome coronario agudo, y que se encuentran hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá.

---

<sup>60</sup> CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS CIE. El CIE y la movilización de la enfermera para la promoción de la salud. [en línea]. Ginebra: CIE, 2006. [consultado el 1 de mayo de 2006] Disponible en: [http://www.icn.ch/matters\\_healthpromosp.htm](http://www.icn.ch/matters_healthpromosp.htm).

## 1.6.2 Objetivos Específicos

- Describir los factores básicos condicionantes del autocuidado (edad, género, factores socioculturales y factores del sistema familiar) de los sujetos de cuidado con síndrome coronario agudo hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael.
- Describir la capacidad de agencia de autocuidado de los sujetos de cuidado con síndrome coronario agudo hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael.
- Establecer la asociación estadística entre los factores básicos condicionantes y la capacidad de agencia de autocuidado de los sujetos de cuidado con síndrome coronario agudo hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael.

## 1.7 Definición de conceptos

### 1.7.1. Autocuidado

Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y de desarrollo<sup>61</sup>.

### 1.7.2. Agencia de autocuidado

“Es la capacidad compleja adquirida que le permite a las personas satisfacer los requerimientos continuos para cuidar de sí mismo, que regula los procesos de mantener la vida, mantener o promover la integridad de la estructura y funcionamiento humanos, el desarrollo y promover el bienestar”<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> TAYLOR, Susan. Teoría del déficit de autocuidado. En: Modelos y teorías de enfermería. Ed. EL SEVIER. Barcelona. 2007, p. 269.

<sup>62</sup> OREM, D. Nursing concepts of practice (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby. 2001 p. 254.

### **1.7.3. Capacidad de agencia de autocuidado**

Cualidad, aptitud o habilidad de la persona que le permite realizar una acción intencionada para participar en el autocuidado; esta habilidad se desarrolla en el curso de la vida diaria por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje que incluye atender, entender, regular, adquirir conocimientos, tomar decisiones y actuar<sup>63</sup>.

### **1.7.4. Factores básicos condicionantes**

Aspectos fundamentales de cada individuo que determinan de una manera particular las acciones que cumplen para mantener su autocuidado. Son factores internos o externos a los individuos que afectan su capacidad para comprometerse en el autocuidado y afectan el tipo y calidad de autocuidado que se requiere<sup>64</sup>.

Durante el desarrollo de la teoría de autocuidado propuesta por Orem se han identificado 10 factores básicos que condicionan el autocuidado de los individuos, estos son: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, factores del sistema de salud, factores socioculturales, factores del sistema familiar, factores del medio ambiente, factor patrones de vida, y disponibilidad y adecuación de los recursos. Teniendo en cuenta los estudios anteriormente mencionados en las tablas 1-1, 1-2 y 1-3, los cuales buscan determinar una asociación entre los factores básicos condicionantes y la capacidad de agencia de autocuidado en sujetos de cuidado con alguna alteración en su salud cardiovascular, se observa que los factores: edad, sexo, nivel socioeconómico y nivel educativo, son los que en la mayoría de las investigaciones plantean una influencia directa con la agencia de autocuidado en las personas participantes de las respectivas investigaciones.

Por su parte Espitia en el 2011, busca establecer la misma asociación incluyendo todos los factores básicos condicionantes que se proponen en la teoría de autocuidado, demostrando que los factores básicos condicionantes edad, estado de desarrollo, estado de salud, factores del ambiente y patrones de vida, tienen una asociación significativa con la capacidad de agencia de autocuidado en los sujetos de investigación. Asimismo,

---

<sup>63</sup> GALLEGOS, E. Valoración de las capacidades de autocuidado. En: Desarrollo Científico Enferm. 1988, vol. 6 no 9, p. 260-266.

<sup>64</sup> OREM, D.E. Nursing: Concepts of practice. St Louis. Mosby 1995, p. 203.

no se estableció ningún tipo de asociación entre los factores socioculturales, del sistema familiar y socioeconómico al relacionarse con la capacidad de agencia de autocuidado en los participantes del estudio.

En la presente investigación, se analizarán los siguientes factores básicos condicionantes del autocuidado: edad, sexo, factores socioculturales y factores del sistema familiar. En este sentido, para el desarrollo de la presente investigación se ajustan las siguientes definiciones para los correspondientes factores básicos condicionantes:

- **Edad:** tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento actual, la cual es medida en número de años cumplidos.
- **Sexo:** Género del individuo.
- **Factores socioculturales:** elemento o condición que le permite al individuo establecer una relación con su entorno social o cultural, incluyendo: nivel educativo, ocupación, integrante de algún grupo comunitario o social.
- **Factores del sistema familiar:** elemento o condición que incluye la posición del individuo en su núcleo familiar, estado civil y apoyo que percibe el sujeto de sus familiares en relación con el cuidado de su salud.

Los factores básicos condicionantes de autocuidado anteriormente mencionados se seleccionaron a partir de la revisión literaria realizada y soportado en la conceptualización que de ellos hace Orem en la teoría general de autocuidado, teniendo en cuenta que estos factores básicos pueden influir de manera positiva o negativa las capacidades de autocuidado de los seres humanos. De manera general, entre los estudios revisados en los que se halló una asociación significativa de la capacidad de agencia de autocuidado y los factores básicos condicionantes descritos, se evidenciaron las siguientes conclusiones:

- El apoyo familiar se relacionó positiva y significativamente con las capacidades de autocuidado. El sexo resultó predictor de las capacidades de autocuidado para la prevención de VIH-SIDA. Francisca Velásquez 2001. México.
- Los FBC edad y sexo se asocian significativamente con la capacidad de agencia de autocuidado. Carmina Ortiz 2002. Nicaragua.
- Los FBC edad, sexo y nivel educativo tienen una asociación significativamente fuerte con la capacidad de agencia de autocuidado. Enma Porras 2002. Guatemala.
- El FBC nivel educativo mantiene una asociación débil con la capacidad de agencia de autocuidado. Carlos Martínez 2003. Honduras.
- Los FBC que presentaron asociación fuerte son: edad, estado de desarrollo, estado de salud, factores del ambiente y patrones de vida. Espitia 2011.
- Los FBC que presentaron asociación fuerte son: edad, nivel educativo y factor socioeconómico. Neila Berrocal 2010 Montería.
- El FBC sobre los factores familiares mantienen una asociación significativamente fuerte con la capacidad agencia de autocuidado en pacientes con DMII María Mercedes Ramírez y Luz Marina Baustista 2008. Santander.

Asimismo, la edad del paciente es un indicador de atención de los cuidados de salud y del modo de ayuda de enfermería. La maduración personal y el funcionamiento orgánico, psíquico e intelectual varían con los períodos del ciclo de vida humana. De igual forma, la edad es un índice de la cantidad y tipo de ayuda necesaria de las enfermeras o de otras personas. Es el resultado de la asociación de la edad cronológica con el estado de desarrollo. Las capacidades para automanejarse en el propio entorno; los hábitos y disposiciones psíquicas; la vinculación de significado a lo

que se percibe; así como las capacidades de comprender, reflexionar y juzgar varían con las etapas de desarrollo<sup>65</sup>.

### 1.7.5. Síndrome coronario agudo

El término síndrome coronario agudo SCA fue introducido en 1985 por Fuster para diferenciar los eventos fisiopatológicos específicos que distinguen la angina inestable y el infarto de miocardio de la enfermedad coronaria estable. El síndrome coronario agudo es un término operacional especialmente útil en la evaluación de los pacientes con dolor torácico con el que se designa cualquier conjunto de síntomas clínicos, compatibles con isquemia miocárdica aguda. Incluye cualquier tipo de infarto agudo de miocardio sin o con elevación del ST, así como la angina inestable<sup>66</sup>. Las presentaciones clínicas del Síndrome coronario agudo comprenden además de las anteriores la angina de pecho estable, la isquemia silenciosa, la angina inestable, el infarto agudo de miocardio, la falla cardíaca y la muerte súbita<sup>67</sup>. Sin embargo, para efectos de la presente investigación se abordará sujetos de cuidado con infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST y aquellos con angina inestable en proceso de egreso de la respectiva institución de salud.

### 1.7.6. Adulto

Etimológicamente, adulto proviene del verbo “adolescere”, cuyo significado es crecer, al derivar el participio pasado de este verbo “adultum” significa: el que ha terminado de crecer, entonces, por adulto se entiende aquella persona que ha terminado de crecer y se encuentra en el período intermedio entre la adolescencia y la vejez. Cronológicamente, el período adulto abarcaría aproximadamente entre los 18 y 60 años de edad, estos límites no son fijos y pueden variar según las culturas<sup>68</sup>. De esta manera, jurídicamente el concepto adulto viene a determinar lo que socialmente se conoce como

---

<sup>65</sup> OREM, Dorothea. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona. 1993: p. 266.

<sup>66</sup> CASSIANI, Carlos. Síndromes coronarios agudos: epidemiología y diagnóstico. En: Salud Uninorte. Barranquilla. 2009, vol. 25 no 1, p. 118-134.

<sup>67</sup> JARAMILLO, Mónica. Síndromes coronarios agudos. En: Guías para manejo de urgencias. Ministerio de la Protección Social, Grupo Atención de Emergencias y desastres. TOMO I. Bogotá. 2009, p. 311.

<sup>68</sup> AMADOR Luis, MOREAL María y MARCO María. El adulto: etapas y consideraciones para el aprendizaje. Sevilla, España: Eúphoros. 2002; p. 99-112.

la mayoría de edad, en Colombia legal y constitucionalmente adulto es la persona que alcanza los 18 años de edad.

Desde el punto de vista sociológico, adulto significa aquella persona integrada en el medio social y quien ocupa un puesto reconocido, con tal reconocimiento de sus derechos, libertades y responsabilidades. Psicológicamente el ser adulto determina madurez de personalidad y, por tanto, está haciendo mención a una persona responsable, con plena capacidad, seriedad y dominio personal, esta visión hace referencia a las capacidades adaptativas a los cambios demandados en el proceso vital humano. Diferentes autores, Allport, Erikson, Maslow consideran la adultez como un estado, meta o aspiración difícil de definir pero equivalente al de una personalidad madura. De igual manera, Folliet determina que adulto es aquel ser humano que ha dejado de crecer y ha logrado la talla normal en todos los rasgos de su ser. Por su parte, Köhler lo define de la siguiente manera: *“heredero de su infancia, salido de su adolescencia y preparando su vejez, el adulto es un desarrollo histórico en que se prosigue, o debiera proseguirse, la individualización del ser y su personalidad”*, luego delimita más el concepto adulto aportando tres criterios determinantes: la aceptación de responsabilidades, el predominio de la razón y el equilibrio de la persona<sup>69</sup>.

Para efectos del presente trabajo investigativo se considerará adulto aquella persona mayor de 18 años de edad respectivamente.

## 1.8 Variables

- Factores básicos condicionantes del autocuidado en pacientes con síndrome coronario agudo (infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST y angina inestable)
- Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con síndrome coronario agudo (infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST y angina inestable).

---

<sup>69</sup> Ibid., p. 103.

## 1.9 Definición operacional

- Capacidad de agencia de autocuidado: Escala de Apreciación de la agencia de autocuidado ASA (Isenberg y Evers)
- Factores básicos condicionantes del autocuidado: Edad, sexo (género), factores socioculturales y factores del sistema familiar.

## 1.10 Hipótesis de relación

- I. Existe una asociación significativa entre los factores básicos condicionantes del autocuidado y el grado de capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas con síndrome coronario agudo (infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST y angina inestable) hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá.
- II. No existe una asociación significativa entre los factores básicos condicionantes del autocuidado y el grado de capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas con síndrome coronario agudo (infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST y angina inestable) hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá.



## 2. Marco teórico

### 2.1. Antecedentes del concepto de autocuidado

A través de la historia, la forma de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a éste, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud<sup>70</sup>.

Partiendo de la cultura griega, el auge de corrientes filosóficas, como el estoicismo, generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado con la práctica, llamada por ellos, del cultivo de sí, la cual hace énfasis y valoriza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo<sup>71</sup>. El cultivo de sí se basaba en el siguiente principio: hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación con uno mismo, se constituye sujeto de sus actos.

La influencia de la tradición judeo-cristiana en las prácticas de cuidado, específicamente con el fomento de la práctica de la castidad y la forma integral de autocuidado, el concepto de autocuidado se transformó progresivamente al pasar de una preocupación centrada en el cuerpo hacia unos cuidados centrados en el espíritu<sup>72</sup>

---

<sup>70</sup> URIBE, Tulia. El Autocuidado y su papel en la promoción de la salud. En: Investigación y Educación en Enfermería. 1999; vol. 17 no 2, p. 109-118.

<sup>71</sup> FOUCAULT, M. Historia de la sexualidad: la inquietud de sí. México: Siglo XXI. 1987, p. 38-68.

<sup>72</sup> COLLIERE, F. Promover la vida. Madrid: Interamericana. 1993, p. 385.

El autocuidado es un concepto que desde los años 50 la medicina social, la sociología y la enfermería vienen desarrollando teóricamente. En los años 70 tiene su mayor auge en los Estados Unidos de América, como una filosofía de los movimientos feministas y de autoayuda en los cuales las mujeres y las comunidades luchaban por sobrevivir en medio de unas condiciones de pobreza y amenaza que significaba la enfermedad y la atención en salud; estos grupos se enfrentan para la época a la medicalización del nacimiento, la reproducción humana y el control de la natalidad, frente a lo cual la mujer emprende una lucha por el derecho a decidir sobre su cuerpo, y es a partir del autocuidado desde donde las mujeres y las comunidades expresan y luchan por su autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica y masculina del momento, para tomar decisiones sobre su salud y su vida<sup>73</sup>.

Esta época es una década considerada la “década de la autoayuda” donde los grupos sociales demuestran que el autocuidado logra que las personas sin la participación de protocolos y atención médica, afronten enfermedades crónicas, estados de debilitamiento y de pobreza, alcanzando niveles de vida independiente y desarrollando estados de autoestima necesarios para afrontar la diversidad y hacerse cargo de sí. En estos movimientos las personas emprenden actividades y buscan recursos en beneficio de su propia salud y vida involucrando sectores sociales, económicos y de salud<sup>74</sup>.

El autocuidado para la época plantea un asunto epistemológico frente al surgimiento de un nuevo paradigma en salud, donde la salud y la autonomía de las personas surgían como elementos importantes por una vida digna y libre de enfermedad, donde el ser humano estaba en capacidad de luchar por sus propias condiciones de vida y bienestar<sup>75</sup>

De esta manera, a través de la historia el concepto de autocuidado ha ido transformándose y adquiriendo varios atributos que lo caracterizan y han permitido que diferentes personas planteen hipótesis, modelos conceptuales y teorías alrededor del

---

<sup>73</sup> ARREDONDO, Edith. Comportamientos de agencia de autocuidado de adultos con falla cardiaca en una institución de Medellín. Tesis de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2000, p. 41.

<sup>74</sup> KICKBUSH, I. El autocuidado en la promoción de la salud. En: OMS/OPS. Promoción de la Salud, una Antología. 1996: 11, p. 235-245.

<sup>75</sup> CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS CIE. El CIE y la movilización de la enfermera para la promoción de la salud. [On line] Ginebra: CIE, 2006. [citado el: 15 agosto de 2011] Disponible en: [http://www.icn.ch/matters\\_healthpromosp.htm](http://www.icn.ch/matters_healthpromosp.htm)

*autocuidado*, a continuación se citarán algunos autores que lo conceptualizan y se resaltarán la importancia de la Teoría del Autocuidado construida por la enfermera Dorothea Orem.

El autocuidado como propuesta consignada en las cartas de promoción de la salud es una de las estrategias que enarbola la institucionalidad para lograr el desarrollo de las diferentes comunidades humanas. En tal medida, tiene como objeto "mantener el funcionamiento íntegro de la persona de forma independiente. Los autocuidados se entienden como actividades diarias, íntimas y personales"<sup>76</sup>. Este concepto permite ver que el autocuidado se orienta específicamente a las prácticas y a las actividades que realizan los sujetos para el cuidado de su salud.

De esta manera, el propio cuidado de la salud, autocuidado o como se menciona en otros textos *cuidado de sí*, ha sido indispensable para el mantenimiento y la preservación de la vida a lo largo de la historia y para ello los seres humanos han construido significados y prácticas socioculturales diversas que determinan formas particulares de cuidarse a sí mismos<sup>77</sup>.

Podemos observar que el concepto de autocuidado se ha desarrollado a través de la historia, identificando representaciones sociales para el *cuidado de sí*; sin embargo, con el paradigma moderno de la salud pública de priorizar la demanda del servicio bajo un enfoque biomédico, el tratamiento continúa centrándose en la enfermedad, por lo tanto, desconoce al sujeto como portador de un saber sobre ésta, y así, se menciona el concepto autocuidado<sup>78</sup>.

Específicamente desde la práctica de enfermería, profesión encargada del cuidado de la salud y que ha venido convirtiendo ese modelo biomédico en un modelo holístico, se reconoce al ser humano como un ser integral, interactuante, responsable y

---

<sup>76</sup> GUIRAO, G. La agencia de autocuidados: una perspectiva desde la complejidad. [En línea] Educare21. 2003 [citado el: 18 agosto de 2011] Disponible en [http://www.uv.es/joguigo/Sitio/5F45EC69-0045-4D2E-BA8F-1A9938FB3A89\\_files/agencia.pdf](http://www.uv.es/joguigo/Sitio/5F45EC69-0045-4D2E-BA8F-1A9938FB3A89_files/agencia.pdf)

<sup>77</sup> URIBE. Op cit., p.110.

<sup>78</sup> MUÑOZ, Nora. Reflections on self care as a category of analysis in health. En: SALUD COLECTIVA, Buenos Aires: septiembre-diciembre, 2009, vol. 5 no 3, p. 391-401.

transformador del proceso de su salud. De este modo, desde el campo de enfermería, Dorothea Orem ofrece grandes aportes en la conceptualización del autocuidado, que define como: práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo<sup>79</sup>.

La definición de autocuidado que menciona Orem y los demás planteamientos de su teoría se analizarán luego de conocer otros conceptos propuestos por diversos autores que desarrollan dicho fenómeno.

El autocuidado se entiende entonces como las actividades cotidianas, íntimas y personales que tienen un propósito<sup>80</sup>. Son acciones que tienen un patrón y una secuencia y cuando se realizan efectivamente, contribuyen de manera específica a la integridad estructural, el desarrollo y el funcionamiento del ser humano. El autocuidado es una conducta humana, un comportamiento aprendido que tiene las características de acción intencionada. Éste se produce a medida que los individuos se ocupan de acciones para cuidar de sí mismos influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo interno.

Las acciones de autocuidado llevadas a cabo durante un cierto período de tiempo son realizadas por las personas en su ambiente habitual y dentro del contexto de sus patrones de vida diaria<sup>81</sup>. Así el autocuidado es un fenómeno activo, que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir el curso de acción apropiado. Las actividades necesarias para mantener la salud se aprenden y están condicionadas por muchos factores como la edad, la maduración y la cultura<sup>82</sup>

---

<sup>79</sup> TAYLOR, Susan. Teoría del déficit de autocuidado. En: Modelos y teorías en Enfermería. Ed. ELSEVIER. Barcelona, 2007. p. 269.

<sup>80</sup> MUÑOZ. Op cit., p. 394.

<sup>81</sup> GUIRAO, G. Op. cit., p. 3.

<sup>82</sup> CAVANAGH, S. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson Salvat Enfermería, 1993.

Por otra parte y en relación con los efectos del autocuidado como un elemento esencial en la promoción de la salud, este concepto ha sido definido como un proceso mediante el cual una persona pone de su parte para promover su salud, prevenir la enfermedad y actuar autónomamente en el tratamiento de la misma, desde un nivel primario de cuidado en el sistema de salud<sup>83</sup> Es así como, el autocuidado adquiere varias connotaciones y utilidades comenzando en el campo de la salud pública, ya que se convierte en una función inherente e imprescindible en el ser humano.

En concomitancia con lo anteriormente señalado, Tobón define el autocuidado como las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece<sup>84</sup>.

Igualmente, Bhuyan considera el autocuidado como un proceso por medio del cual una persona no profesional actúa en la prevención, detección y tratamiento<sup>85</sup>. El autocuidado está relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar un mejor estado de salud y bienestar, por eso las capacidades de autocuidado son habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción, especialmente cuando existen problemas de salud<sup>86</sup>

El concepto de autocuidado como se menciona antes ha sido definido desde diferentes perspectivas teóricas adquiriendo además distintas denominaciones: self-management,

---

<sup>83</sup> LEVIN, LS. Self care: lay initiatives in health. London: Croom Helm, 1977.

<sup>84</sup> TOBÓN, Ofelia. El Autocuidado una habilidad para vivir. [En línea] [Citado el: 13 agosto de 2011] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=479433&indexSearch=ID>

<sup>85</sup> BHUYAN, Kuman. Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countries. En: Biomed Central Public Health, 2004, vol. 4, p. 11-25.

<sup>86</sup> MENDEZ, E. Lineamientos generales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores que residen en lugares para ancianos. En: Rev Ann Gerontol, 1999, vol. 1, p. 31-43.

self-monitoring, self-regulation, adherence, compliance y autoayuda, las cuales cuentan con uno o varios atributos que lo caracterizan directamente<sup>87</sup>.

Profesionales de la salud, principalmente los que enfatizan en la promoción de la salud, se han referido al autocuidado como lo plantea Kickbush, quien señala que la definición de autocuidado se encuentra implícita en la siguiente cita de la carta de Ottawa: “La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y demás sitios de interacción, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”<sup>88</sup>

La OMS define el autocuidado como autoayuda, que permite una serie de actividades de salud tomadas por los individuos, familias, vecinos, amigos y grupos, que les permiten tomar decisión sobre su propia salud<sup>89</sup>.

Por su parte, Avalos define el autocuidado como una actividad aprendida por la persona la cual permite orientar las actividades hacia un objetivo, lograr la salud de sí mismo, la transformación del entorno o la regulación de factores que afectan su propio desarrollo; esta actividad de autocuidado se hace en beneficio de la vida, la salud o el bienestar<sup>90</sup>.

Ericsson y Tomlin, plantean que el autocuidado es la habilidad del individuo para enfrentarse con fuerzas a un problema que atenta contra la salud; desde esta visión el conocimiento y los recursos con los que cuenta la persona son necesarios para que se puedan tener acciones de autocuidado; consideran además y según lo citado por Baas<sup>91</sup>, que la esperanza, el apoyo social, la autoestima y la espiritualidad de la persona son

---

<sup>87</sup> RIEGEL, Barbara. A situation specific theory of heart failure self care. En: Journal of Cardiovascular Nursing, 2008, vol. 23 no 3, p. 190-196.

<sup>88</sup> KICKBUSH I. El autocuidado en la promoción de la salud. Promoción de la salud una antología. En: Pan American Health Organization PAHO, 2007, p. 243.

<sup>89</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Promoción de la salud: Glosario. Ginebra, 1998, p. 1-37.

<sup>90</sup> AVALOS, A. Clínicas de insuficiencia cardíaca, la importancia del autocuidado. En: Rev Enferm Hosp Ital. 1999, vol. 2 no 6, p. 37-42.

<sup>91</sup> BAAS, L. Self care resources and activity as predictors of quality of life in persons after myocardial infarction. En: Dimensions of critical care Nursing, 2004, vol. 23 no 3, p. 131-138.

necesarias para que se llegue a la decisión de realizar y mantener actividades de autocuidado.

Gallegos menciona que el autocuidado está relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar el mejor estado de salud y bienestar. De igual forma, indica que las capacidades de autocuidado son habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción de autocuidado, primordialmente cuando existe un problema de salud<sup>92</sup>.

Nancy Woods propone una definición amplia que lo comprende como el intento de una persona en promover una óptima salud, prevenir la enfermedad, detectar los síntomas en una etapa temprana y manejar la enfermedad crónica. El autocuidado también puede incluir procesos de autocontrol y valoración, percepción de síntomas y nominación de los mismos, evaluación de la severidad y evaluación y selección de alternativas de tratamientos tales como auto ayuda, consulta a no profesionales o a servicios formales de salud<sup>93</sup>.

Clavijo T, define al autocuidado como la actividad que el individuo, la familia y la comunidad emprenden con el fin de fomentar y restaurar la salud y prevenir o limitar la enfermedad; las actividades de autocuidado se realizan con apoyo de los conocimientos técnicos, experiencias y destrezas, realizadas por el común de la población<sup>94</sup>.

Por su lado, Levine citada por Geopinger, propone la siguiente definición “autocuidado o auto ayuda en salud es un proceso mediante el cual una persona común puede actuar efectivamente para su propio beneficio en la promoción de salud y en la toma de decisiones respecto a la prevención de enfermedades, detección de las mismas y de sus tratamientos con recursos de atención primaria en el sistema de salud<sup>95</sup>. Teniendo en

---

<sup>92</sup> GALLEGOS, Esther. Capacidades de autocuidado del adulto con Diabetes Tipo 2. En: Investigación y Educación en Enfermería, 1999, vol. 17 no 2, p. 25.

<sup>93</sup> WOODS, Nancy. Conceptualizations of self-care: toward health-oriented models. En: Advances in Nursing Science, 1989, vol. 12 no 1, p. 1-13.

<sup>94</sup> CLAVIJO, T. Creencias y prácticas de autocuidado de los padres de familia en cuatro escuelas del Magdalena Medio. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia Microfilm. En: 0223 c-73 (2) 1999.

<sup>95</sup> GEOPINGER, Jean. Changing health behavior and outcomes through self-care. En: Lancaster Jeannette, Concepts for advanced nursing practice, the nurse as a change agent. The Mosby Co. Saint Louis, 1982, p. 372-385.

cuenta esta conceptualización Geopinger señala que el autocuidado comprende aquellas actividades continuas y episódicas, voluntarias o no intencionadas que las personas comunes realizan para sí mismas ya sea en forma individual o colectiva en relación con una variedad de asuntos de salud y de enfermedad<sup>96</sup>

El modelo de Orem es socialmente congruente con las expectativas contemporáneas de la práctica de enfermería. Rielh y Sisca 1985, citados por Fawcett dan cuenta que el término autocuidado asociado al marco de referencia del autocuidado es atractivo para las enfermeras y para los pacientes reales o potenciales, en cuanto los individuos deben tener responsabilidad para tomar decisiones con respecto al cuidado de la salud.

A continuación se describen los aspectos que caracterizan la Teoría del Déficit de Autocuidado TEDA.

## **2.2. Teoría del déficit de autocuidado, TEDA<sup>97</sup>**

Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

- 1. Teoría de autocuidado:** describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- 2. Teoría de déficit de autocuidado:** describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
- 3. Teoría de sistemas de enfermeros:** describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

A pesar de ser tres teorías, esas se relacionan y los conceptos que la constituyen comparten un mismo significado.

---

<sup>96</sup> Ibid., p. 384.

<sup>97</sup> TAYLOR, Susan. Teoría del déficit de autocuidado. En: Modelos y teorías en Enfermería. Ed. ELSEVIER. Barcelona, 2007, p. 267-287.

### **2.2.1. Teoría del Autocuidado**

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo a determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

De esta manera, el autocuidado se considera como una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener la vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería<sup>98</sup>.

El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medio ambientales.

El propósito del autocuidado es la satisfacción de los requisitos de autocuidado y éstos se expresan, según Orem, como acciones que se tienen que realizar por parte de los individuos y que son reguladores del funcionamiento y el desarrollo humano<sup>99</sup>.

#### **2.2.1.1. Requisitos de autocuidado<sup>100</sup>**

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la

---

<sup>98</sup> Ibid., p. 269.

<sup>99</sup> GUTIÉRREZ DE REALES, Edilma. Autocuidado como estrategia para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud cardiovascular. En: Memorias foro regional de investigación en Enfermería. San Salvador (El Salvador). Mayo 6-9; 2003.

<sup>100</sup> TAYLOR. Op cit., p. 270.

regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
2. La naturaleza de la acción requerida.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Estos requisitos los denomina Orem en tres dimensiones:

### **2.2.1.2. Requisitos de Autocuidado Universales<sup>101</sup>.**

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integralidad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes:

- El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

---

<sup>101</sup> Ibid., p. 271.

### **2.2.1.3. Requisitos de Autocuidado de Desarrollo.**

Condiciones asociadas al desarrollo humano, las cuales durante el ciclo vital de la persona, promueven procesos hacia niveles más altos de la organización de la estructura humana. Hay tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicación en el autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que puedan afectar de manera negativa al desarrollo humano.

### **2.2.1.4. Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud<sup>102</sup>.**

Estos requisitos existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico o tratamiento médico.

La enfermedad o la lesión no sólo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

Los requisitos de autocuidado que menciona Orem en su teoría en estados de desviación de la salud son los siguientes:

- Buscar y garantizar ayuda médica oportuna y adecuada.
- Reconocer y tener cuidado de los efectos de las condiciones patológicas.
- Ejecutar efectivamente las órdenes para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Reconocer y tener cuidado con los efectos secundarios de los tratamientos médicos.
- Modificar el autoconcepto y la autoimagen como aceptación del propio estado de salud y necesidades de cuidado de salud.

---

<sup>102</sup>Ibid., p 271.

- Aprender a vivir con los efectos de las condiciones patológicas y las medidas de cuidado médicas.

Orem anotó que la práctica de enfermería puede tener lugar en tres niveles de prevención: primaria, secundarias y terciaria. El autocuidado universal y el de desarrollo, cuando son terapéuticos constituyen el primer nivel de prevención. En este nivel el cuidado comprende ayudar al paciente a aprender prácticas de autocuidado que mantengan y promuevan la salud y el desarrollo y que prevengan enfermedades específicas.

El autocuidado en desviación de la salud cuando es terapéutico constituye el segundo o el tercer nivel de prevención. En estos niveles el cuidado de enfermería se dirige a ayudar al paciente a aprender prácticas de autocuidado que regulen y prevengan efectos adversos de las enfermedades, prevengan complicaciones e incapacidades prolongadas y a que se adapten en su funcionamiento para sobreponerse o compensar los efectos adversos de desfiguración o incapacidades permanentes o prolongadas<sup>103</sup>.

### **2.2.2. Teoría de los sistemas enfermeros.**

Es la teoría integradora de las tres teorías de Orem, en ella se señala que la enfermería es una acción humana, donde las enfermeras elaboran y realizan sistemas de acción de enfermería dirigidas a familiares o grupos con limitaciones en su salud, o con deficiencia en las demandas terapéuticas de autocuidado, con el fin de que las personas desarrollen dichas actividades y mantengan el bienestar.

Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación.

### **2.2.3. Teoría del déficit de autocuidado**

La idea central de esta teoría es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los

---

<sup>103</sup> GUTIÉRREZ DE REALES. Op cit., p.13.

individuos completa o imparcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y su necesidad de cuidado. Es un concepto abstracto que se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaría a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

## **2.2.4. Conceptos del TEDA**

### **2.2.4.1. Actividad de Autocuidado**

Se refiere a la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

### **2.2.4.2. Agente de Autocuidado**

Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción.

### **2.2.4.3. Agente de cuidado dependiente**

Es el adolescente o adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él, o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas.

## **2.3. Capacidad de agencia de autocuidado<sup>104</sup>**

Es la compleja capacidad humana que le permite a los adultos discernir acerca de los factores que deben ser controlados o excluidos para hacer posible la regulación de la acción intencionada necesaria para la realización de actividades de autocuidado. Esta

---

<sup>104</sup> CAVANAGH, S. Significado de la enfermería. En: Modelo de Orem: Aplicación práctica. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas: 1993, p. 3-34.

capacidad de agencia de autocuidado se desarrolla en la persona en el curso de la vida diaria, por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, el cual es complementado con la curiosidad intelectual, la experiencia, la instrucción y la supervisión de otros que ha tenido la persona dentro de su entorno.

La agencia de autocuidado es una estructura compleja que consiste en tres tipos de habilidades que pueden presentarse dispuestas jerárquicamente, de acuerdo con el grado al que son fundamentales la una para la otra, estas son: las capacidades fundamentales y disposición, los componentes de poder y las capacidades para operaciones de autocuidado<sup>105</sup>.

Las más fundamentales son las habilidades que entran en juego cuando los individuos realizan cualquier tipo de acción deliberada y no sólo actividades de autocuidado. Estas disposiciones y rasgos fundamentales comprenden habilidades básicas que pertenecen a sensaciones, percepciones, memoria y orientación.

Algo menos fundamentales son un conjunto de capacidades que se relacionan específicamente con el compromiso hacia el autocuidado; a éstas se las designa como los componentes de poder. Orem define 10 componentes que se utilizan para evaluar la agencia o habilidades de un paciente para actuar<sup>106</sup>. Los componentes de poder son:

- Habilidad para mantener la atención y ejercitar adecuada vigilancia con respecto: a) hacia uno mismo como agente de autocuidado y b) hacia las condiciones internas y externas y hacia los factores importantes para el autocuidado.
- Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para la iniciación y cumplimiento de las operaciones de autocuidado

---

<sup>105</sup> GAST, Hertha L, DENYES, Mary, et al. Agencia de Autocuidado: Conceptualización y Operacionalización. En: *Advances in Nursing Science*. 1989, vol. 12 no 1, p. 26-38. Adaptado, Traducción Edilma de Reales. pp. 1-2.

<sup>106</sup> GUTIÉRREZ DE REALES., Op cit., p.16.

- Estar motivado. Por ejemplo, orientación de metas para el autocuidado, de acuerdo con sus características y su significado para la vida, la salud y el bienestar.
- Habilidad para razonar dentro de un marco de referencia de autocuidado.
- Habilidad para tomar decisiones acerca del cuidado de sí mismo y para operacionalizar estas decisiones.
- Habilidad para adquirir conocimiento técnicos acerca del autocuidado, de fuentes y recursos autorizados, lo mismo que para retener dicho conocimiento y operacionalizarlo.
- Habilidad para ordenar acciones de autocuidado o sistemas de acción dentro de sus relaciones, junto con acciones subsecuentes que llevan hacia la realización final de las metas reguladoras de autocuidado.
- Realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria.
- Habilidad para llevar a cabo en forma consistente las operaciones de autocuidado, integrándolas con aspectos relevantes de la persona, la familia y la vida de la comunidad.
- Regular energía física disponible para el autocuidado que sea suficiente para la iniciación y continuación de las operaciones del autocuidado.
- Un repertorio de habilidades cognoscitivas, perceptuales, manipulativas (manejables), de comunicación e interpersonales, adaptadas a la ejecución de operaciones de autocuidado

Finalmente, las capacidades fundamentales que propone Orem son las *operaciones de autocuidado*, estas se especifican en: *operaciones estimativas*, investigan las condiciones y los factores de uno mismo y en el ambiente que son significativas para el autocuidado; *operaciones transicionales*, se refieren a hacer juicios y decisiones sobre lo

que uno puede, debe hacer y hará para satisfacer los requisitos de autocuidado; y, *operaciones productivas*, ejecutan medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado<sup>107</sup>.

## 2.4. Factores básicos condicionantes<sup>108</sup>

Los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos, se denominan factores básicos condicionantes. Estos factores fueron identificados en 1958. Fueron enumerados a principios de la década de 1970 por el Nursing Development Conference Group. El listado original contenía los ocho primeros factores o tipos de factores identificados a continuación. Los factores 9 y 10 fueron añadidos posteriormente:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Orientación sociocultural.
- Factores del sistema de cuidados de salud; por ejemplo: diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.
- Factores del sistema familiar.
- Patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente.
- Factores ambientales.
- Disponibilidad y adecuación de los recursos.

La agencia de autocuidado se relaciona con el concepto de factores básicos condicionantes, de modo que las capacidades de la persona para ejecutar el autocuidado de tipo y calidad requerida, se ve influido por estos factores internos o externos. La agencia de autocuidado está influida, tanto por las características internas, como la edad,

---

<sup>107</sup> GAST H. Op cit. 1989.

<sup>108</sup> OREM, Dorothea. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona. 1993: p. 152-155.

estado de salud, así como por numerosos factores externos, como la cultura y sus recursos, estos se denominan factores básicos condicionantes.

Los factores identificados condicionan de diversa manera las demandas de autocuidados terapéuticos. Algunos, como la edad, el sexo y el estado de desarrollo, así como los factores del entorno físico, afectan al grado en el que debería satisfacerse un requisito de autocuidado universal o del desarrollo.

Orem señaló que la edad es un índice que permite evaluar la cantidad y tipo de ayuda necesaria por parte de las personas. Además es un factor importante en todas las situaciones de enfermería, normalmente están en estrecha relación con las características del comportamiento de la persona y tiene significado en la relación de las conductas de autocuidado del paciente y la conducta de la enfermera. La edad del paciente adulto es una señal para la enfermera, pues el paciente es responsable de sí mismo y de las personas que de él dependen. La edad del paciente le dice a la enfermera que este es capaz de comunicarse como adulto pero hasta el nivel en que está influido por las capacidades de percepción y pensamiento; y que las necesidades de ayuda en el autocuidado surgen del estado de salud o de los requerimientos de cuidados<sup>109</sup>.

Los factores del estado de salud y del sistema de cuidado de la salud condicionan las demandas de autocuidado terapéutico a través de: 1) la aparición de nuevos requisitos de cuidados; o 2) el requerimiento de cambios en los grados en los que normalmente se satisfarían los requisitos de autocuidado universal o del desarrollo. La edad, el sexo y el estado de desarrollo también condicionan los medios (métodos, tecnologías, técnicas) que pueden usarse para satisfacer requisitos de autocuidado universal y del desarrollo.

Los factores básicos condicionantes de los patrones de vida, orientaciones socioculturales y factores del entorno social afectan a las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos, en gran parte limitando los requisitos de autocuidado y los

---

<sup>109</sup> OREM, Dorothea. Views of human beings specific to nursing. En: Nursing Science Quarterly, 1997, vol. 10 no 1, p. 26-32. Citado en: OREM, Dorothea. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona. 1993: p. 152-155.

medios para satisfacerlos que serán aceptados y admitidos como componentes constituyentes de las demandas de autocuidado terapéutico de las personas.

Las orientaciones socioculturales de las personas respecto a la salud y su cuidado, las medidas de cuidados prescritas por su cultura, y las medidas de cuidado de las familias, aceptarán o no, todas las condiciones que serán o no admitidas en las demandas de autocuidado terapéutico de los miembros de la familia.

Asimismo, la disponibilidad de recursos y la adecuación de los mismos afectan principalmente a la selección de medios para satisfacer los requisitos de autocuidado y las medidas de cuidados asociadas. La disponibilidad de los recursos, afecta la forma en que un requisito es particularizado para un individuo, y los medios disponibles para satisfacer un requisito, afectan a las series requeridas de medidas de cuidados que deben realizarse con respecto al uso de los recursos.

## 2.5. Síndrome coronario agudo

Según la definición de la American Heart Association (AHA), el síndrome coronario agudo (SCA) es un espectro continuo de procesos patológicos, relacionados todos ellos con un punto en común que es el desequilibrio flujo-demanda entre el menor flujo sanguíneo a través de las arterias coronarias estenóticas y la demanda impuesta por el corazón; dichos procesos patológicos son: angina inestable, infarto con elevación del segmento ST e infarto sin elevación del segmento ST.

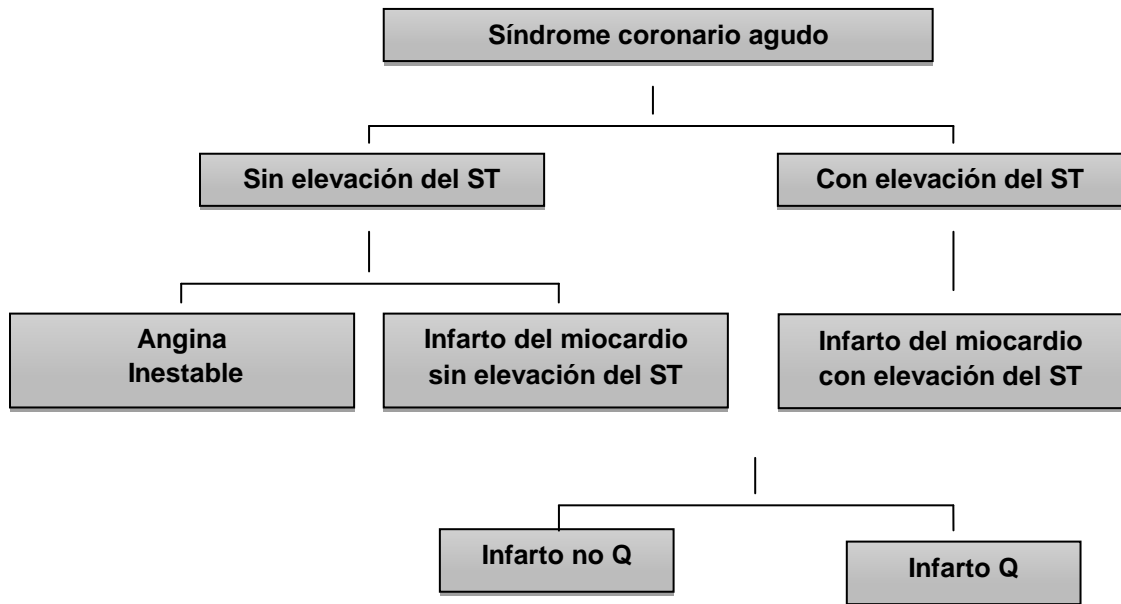
De acuerdo con las guías colombianas de urgencias 2009, las presentaciones clínicas del síndrome coronario agudo incluyen (**ver figura 1-1**): angina de pecho inestable, isquemia silenciosa, angina estable, infarto agudo del miocardio, falla cardiaca y muerte súbita. Asimismo con el fin de permitir decisiones tempranas y elegir el mejor tratamiento basado en la estratificación de riesgo y objetivos de intervención, desarrollaron criterios clínicos. En la práctica existen dos categorías de pacientes según las guías<sup>110</sup>:

---

<sup>110</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Guías para el manejo de urgencias: síndrome coronarios agudos. FEPAME. 3ª edición. Tomo I. 2009: 311-323.

1. Pacientes con dolor torácico y elevación del ST persistente (o bloqueo de rama izquierda de nueva aparición). La elevación del ST generalmente refleja oclusión coronaria aguda total. El objetivo terapéutico es la recanalización rápida, completa y sostenida por medio de tratamiento fibrinolítico o angioplastia primaria.
  
2. Pacientes con dolor torácico y anomalías del electrocardiograma que sugieren isquemia miocárdica aguda. No tienen elevación persistente de este ST, pero pueden presentar depresión del mismo, persistente o transitoria, inversión de la onda T, aplanamiento de las ondas T o cambios electrocardiográficos no específicos; no obstante, pueden tener un electrocardiograma normal. En esta categoría también deben incluirse aquellos pacientes con anomalías electrocardiográficas pero sin síntomas. En estos casos la estrategia es mejorar la isquemia y sus síntomas, observar al paciente, tomar electrocardiogramas seriados, hacer repetidas mediciones de los marcadores de necrosis cardíaca (troponina y CPK-MB) e iniciar el tratamiento adecuado si se confirma el diagnóstico.

**Figura 1-1:** Espectro del síndrome coronario agudo



**Tomado de:** Antman E, Anbe D, Atmstrong P, et al. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with ST-elevation Myocardial Infarction Circulation: 2004; 110: 82-293.

Las principales manifestaciones de angina inestable e infarto del miocardio sin elevación del ST son:

1. *Angina en reposo*: se origina en reposo y es prolongada, usualmente de más de 20 minutos de duración.
2. *Angina de reciente comienzo*: angina de nueva aparición, severa, con una clase funcional al menos de III de acuerdo con la clasificación de la Sociedad Canadiense de Cardiología (angina con mínimos esfuerzos o que limite las actividades diarias normales de los pacientes).
3. *Angina in crescendo*: angina diagnosticada con anterioridad que ha llegado a ser más frecuente, es mayor en duración o se desencadena con un umbral menor.
4. *Angina postinfarto*: angina que ocurre en las seis primeras semanas después de un infarto del miocardio.

Los síntomas de los síndromes coronarios agudos son muy variables. Puede encontrarse dolor precordial típico. En 80% de los pacientes se observa dolor prolongado y en 20% de reciente comienzo o in crescendo.

Las presentaciones atípicas son frecuentes en individuos jóvenes, menores de 40 años o mayores de 75 años, en diabéticos y mujeres. Las presentaciones atípicas incluyen dolor epigástrico, indigestión, dolor torácico tipo punzada, dolor torácico pleurítico o disnea en aumento.

La probabilidad de enfermedad coronaria significativa en pacientes con signos y síntomas que sugieren angina inestable se pueden evidenciar en la siguiente tabla (**tabla 1-4**):

**Tabla 1-4:** Probabilidad de enfermedad coronaria significativa en pacientes con signos y síntomas que sugieren angina inestable

Alta probabilidad	Probabilidad intermedia	Probabilidad baja
<b>Cualquiera de los siguientes hallazgos:</b>	Ausencia de alta probabilidad y cualquiera de los de abajo.	Ausencia de marcadores de probabilidad alta o intermedia.
<b>Historia antigua de enfermedad coronaria, incluyendo infarto.</b>	Dolor torácico o en el brazo izquierdo como síntoma principal.	Dolor torácico probablemente no angina
Alta probabilidad	Probabilidad intermedia	Probabilidad baja
<b>Dolor torácico o en el brazo izquierdo como síntoma principal, semejante a angina previa documentada.</b>	Edad mayor de 70 años. Género masculino. Diabetes mellitus.	Un factor de riesgo diferente a diabetes mellitus.
<b>Regurgitación mitral transitoria, hipotensión, diaforesis, edema pulmonar o estertores. Arritmias.</b>	Enfermedad vascular extra-cardíaca.	Uso reciente de cocaína.
<b>Desviación del segmento ST nuevo o presumiblemente nuevo (&gt; 0.05mV) o inversión de la onda T (&gt; 0.2Mv) con los síntomas.</b>	Ondas Q antiguas. Segmentos ST u ondas T anormales que no se documenten como nuevas.	Onda T plana o invertida < 1mm en derivaciones con onda R dominante y electrocardiograma normal.
	Probablemente no angina en pacientes con dos o más factores de riesgo coronario.	

**Modificada de:** Braunwald E. Unstable angina: Diagnosis and management. Rockville, Md., U.S. Dept. Of Health And Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, National Heart, Lung, and Blood Institute, 1994; Clinical Practice Guideline No. 10; AHCPR Publication 94-602.

Para identificar pacientes de alto riesgo de muerte o infarto de miocardio, se usan diferentes escalas, las más conocidas son la de Braunwald y la TIMI. Las guías colombianas de urgencias 2009 se orienta para la estratificación de riesgo a través de las anteriores escalas y determina lo siguiente: La evaluación del riesgo es un proceso continuo y los parámetros que se emplean son la historia clínica del paciente, los cambios en el electrocardiograma y las concentraciones de los marcadores cardiacos. Por su sencillez y fácil aplicabilidad, la escala de TIMI es la que más se usa; a cada parámetro se le da un punto, cuando el puntaje es mayor de 3, los pacientes se benefician con la estrategia invasiva temprana (coronariografía en las primeras 24 horas), y la aplicación de inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa, mientras aquellos con puntaje de

TIMI menor de 2 no se benefician con esta estrategia. Además, los pacientes con elevación de troponina, cambios del ST o inestabilidad hemodinámica también deben ir pronto a arteriografía coronaria. En los pacientes con infarto sin elevación del ST hay progresivamente más beneficio de tratamientos nuevos, como las heparinas de bajo peso molecular, pentasacáridos inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa y estrategia invasiva temprana a medida que el puntaje de riesgo incrementa.

El puntaje de TIMI es fácil de aplicar y es válido para predecir tanto variables individuales como el punto final compuesto (**Tabla 1-5 y 1-6**).

**Tabla 1-5:** Puntaje de riesgo TIMI para pacientes con angina inestable e infarto del miocardio sin elevación del ST

Variable predictora	Valor del punto	Definición
<b>Edad mayor o igual a 65 años</b>	1	
<b>Tres o más factores de riesgo para enfermedad coronaria</b>	1	<b>Factores de riesgo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia familiar de enfermedad coronaria</li> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Hipercolesterolemia</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Tabaquismo activo</li> </ul>
<b>Uso de ácido acetilsalicílico en los últimos siete días</b>	1	
<b>Síntomas de angina severos y recientes</b>	1	Dos o más episodios de angina en las últimas 24 horas
<b>Marcadores cardíacos séricos elevados</b>	1	CPK-MB o troponina elevada
<b>Desviación del ST mayor o igual a 0.5mm</b>	1	Depresión del ST mayor o igual a 0.5mm Elevación del ST mayor o igual a 0.5mm por menos de 20 minutos
<b>Estenosis coronaria mayor o igual al 50%</b>	1	Es válido aun si no se conoce

**Modificada de:** Braunwald'S Heart Disease: Textbook Of Cardiovascular Medicine. 7th Edition. Boston. Elsevier Saunders, 2005.

**Tabla 1-6:** Puntaje TIMI calculado

Puntaje de TIMI calculado	Riesgo a 14 días del punto final compuesto	Estado de riesgo
0 ó 1	5%	<b>BAJO</b>
2	8%	
3	13%	<b>INTERMEDIO</b>
4	20%	
5	26%	<b>ALTO</b>
6 ó 7	41%	

**Tomado de:** Braunwald's Heart Disease: Textbook of cardiovascular medicine. 7th edition. boston. Elsevier Saunders, 2005. \*Punto Final Compuesto: Mortalidad total, Infarto del miocardio, Revascularización urgente, Mortalidad total o Infarto del miocardio no fatal.

Por su parte, los medios diagnósticos recomendados en las guías colombianas de urgencias en una posible presentación de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST son: historia clínica, examen físico, electrocardiograma de 12 derivaciones, marcadores bioquímicos de daño miocárdico (*creatinina cinasa CK, su isoenzima CK-MB, troponina I y T*), ecocardiograma transtorácico. Y para su tratamiento indican las siguientes terapias: medicamentos de uso rutinario: ácido acetilsalicílico, nitroglicerina, b-bloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA), medicamentos antiarrítmicos, calcioantagonistas, magnesio; tratamiento fibrinolítico, adyuvantes de la fibrinólisis; intervenciones coronarias percutáneas y cirugía de revascularización miocárdica.

En relación con el diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes con síndrome coronario agudo en el Hospital Universitario Clínica San Rafael HUCSR se basan en lo estipulado en la Guías Colombianas de Cardiología de 2008 y en las Guías Colombianas de Urgencias 2009 creadas por el Ministerio de Protección Social. El manejo del Síndrome Coronario Agudo se encuentra concertado en la Guía de Manejo de Práctica Clínica desarrollado por el área de cardiología y de urgencias del HUCSR<sup>111</sup>. En este sentido, se expondrá a continuación los parámetros generales del manejo de pacientes

<sup>111</sup> HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL. Guía de diagnóstico y manejo del Síndrome Coronario Agudo. Área de Cardiología. Bogotá. Última actualización mayo de 2011.

con Infarto agudo de miocardio con elevación y sin elevación del segmento ST que se lleva a cabo en esta institución y en donde se desarrollará el presente proceso investigativo.

El examen físico, el electrocardiograma y los marcadores bioquímicos ayudan a definir las siguientes categorías: síndrome coronario agudo, angina estable y dolor no cardíaco. Asimismo, se utiliza un modelo de estratificación de riesgo TIMI, el cual es útil para tomar decisiones con relación a las opciones de tratamiento en pacientes con sospecha de SCA.

El tratamiento está encaminado a los siguientes aspectos: reposo, monitorización, electrocardiograma, terapia anti-isquémica, suplemento de oxígeno, nitroglicerina, alivio del dolor, uso de b-bloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de los receptores de la angiotensina II, calcioantagonistas, instalación de un balón de contrapulsación teniendo en cuenta sus recomendaciones y precauciones de uso; terapia antiplaquetaria: uso de ácido acetilsalicílico, dipyridamol, tienopiridinas (clopidogrel), antagonista de los receptores de la GP IIB-IIIa, tratamiento anticoagulante (heparina no fraccionada, enoxaparina); reperfusión: en pacientes con capacidad de realizar PCI intervención percutánea de las coronarias y manejo concomitante con terapia trombolítica, y tratamiento fibrinolítico. De acuerdo a la situación clínica específica del paciente se realiza angiografía coronaria e intento de PCI (o revascularización de emergencia); de igual manera se evalúa la pertinencia de angioplastia luego de fibrinólisis en pacientes con anatomía adecuada y si hay evidencia de isquemia recurrente. Por último, la Guía de Manejo del paciente con síndrome coronario agudo del HUCSR, indica un tratamiento hospitalario que incluye: utilidad del test de esfuerzo, ecocardiografía, test de perfusión y evaluación invasiva respectivamente.

## Marco de diseño

### 3.1 Tipo de estudio

El presente estudio investigativo es abordado a partir de una metodología cuantitativa, con un estudio de tipo descriptivo, de asociación y de corte transversal, el cual permite obtener información sobre las características de un campo de estudio en particular<sup>112</sup>.

Además su propósito es describir las variables y examinar las relaciones entre ellas. La utilización de este diseño facilita la identificación de muchas de las interrelaciones de una situación. El estudio puede examinar las variables de una situación que ya se ha producido o se está produciendo, por lo tanto las variables deben ser claramente identificadas<sup>113</sup>. Asimismo, estos estudios posibilitan la identificación de elementos teóricos y prácticos para intervenir el fenómeno que interesa al investigador<sup>114</sup>.

En este sentido, el diseño del presente estudio permite orientar la descripción de los factores básicos condicionantes del autocuidado y el nivel de capacidad agencia de autocuidado de las personas adultas con síndrome coronario agudo hospitalizadas en el Hospital Universitario Clínica San Rafael que participen en la investigación.

Asimismo, permite determinar la asociación existente entre los mencionados factores básicos condicionantes del autocuidado con la capacidad de agencia de autocuidado de los sujetos de investigación. Cabe añadir que los diseños de investigación de asociación suelen describir primero las variables de investigación, para luego establecer las diferencias o relaciones positivas o negativas resultantes entre éstas.

---

<sup>112</sup> BURNS, Nancy y GROVE, Susan. En: Investigación en Enfermería. 3ed. Madrid: El Sevier, 2004. Cap 7, p. 217.

<sup>113</sup> Ibid., p. 226.

<sup>114</sup> TRISTAN, A. ¿Qué es la correlación?. En: Manual de fórmulas de correlación. Canadá: Traforrod, 2006, p. 1-19.

A su vez, el presente estudio busca aumentar el grado de familiaridad de los lectores con el fenómeno de autocuidado, en cuanto a los factores básicos condicionantes y el nivel de agencia de autocuidado en personas con síndrome coronario agudo, de esta manera, permite investigar un aspecto del comportamiento humano, es decir, el autocuidado en los individuos, estableciendo prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones verificables, tal como lo plantea Hernández<sup>115</sup>; igualmente, trata de determinar tendencias de los factores básicos condicionantes en la habilidad de cuidado de las personas, identificando relaciones o asociaciones potenciales entre variables y estableciendo una orientación de investigaciones posteriores más rigurosas.

El fenómeno de interés en el estudio es el autocuidado, del cual se busca determinar la asociación entre los factores básicos condicionantes del autocuidado con la capacidad de agencia de autocuidado que tienen los pacientes con síndrome coronario agudo. Asociación que se convierte en un insumo para justificar posibles programas de salud cardiovascular y material de consulta y aporte a la línea de investigación relacionada con el autocuidado de salud cardiovascular de la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.

El diseño del estudio se aborda desde una perspectiva de corte transversal, ya que implica la obtención de datos en un momento específico y permite describir el estado de los fenómenos de estudio establecidos o la asociación entre ellos en el momento previamente determinado. Para efectos del presente estudio se tiene en cuenta el tercer trimestre de 2012.

## **3.2 Población y muestra**

### **3.2.1 Universo.**

Personas adultas que presentan diagnóstico de síndrome coronario agudo en el Hospital Universitario Clínica San Rafael.

---

<sup>115</sup> HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la investigación. 3a ed. México: McGraw Hill - Interamericana Editores, 2003.

### 3.2.2 Población

La población del estudio son los pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años que están hospitalizados en una institución de tercer nivel de atención de Bogotá en el servicio de urgencias o en servicios de hospitalización de la institución, durante el tercer trimestre de 2012 y que tienen como diagnóstico síndrome coronario agudo (angina inestable, infarto agudo de miocardio).

### 3.2.3 Muestra

La determinación de una expresión algebraica como medio para fijar el tamaño de muestra acorde con el objetivo central y el análisis estadístico previstos, estuvo restringida por circunstancias propias del flujo de paciente con SCA, el cumplimiento de aspectos éticos y la estructura presentada por los datos al finalizar el acopio de datos en los tres meses proyectados.

En efecto, el paciente con síndrome coronario agudo es un paciente que evidencia ansiedad por el miedo y el peligro que representa el que se vuelva a repetir un evento similar y además con consecuencias terminales; de igual forma, se presentan sentimientos de minusvalía o de inferioridad, miedo a perder el control, temor por la vida y labilidad afectiva haciéndose manifiesto un conflicto entre lo que les dicta su yo interno y lo que manifiesta externamente la persona<sup>116117</sup>; por tal motivo, el acercamiento a él(ella) para fines ajenos al cuidado hacen de la aplicación del instrumento una tarea cautelosa, que implica en algunos casos perder potenciales pacientes para la investigación. En segundo lugar, tanto en la muestra inicial de 30 pacientes como en su complementaria de 83, se advirtió, en casi todos los factores básicos condicionantes, la presencia de categorías con frecuencia muy reducida, que implicó fusión de ellas, para lograr disminuir el desbalance presentado por la baja frecuencia, y que conllevó el

---

<sup>116</sup> RODRÍGUEZ Germán y otros. Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad coronaria en un programa de rehabilitación cardíaca. En: Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación: 2009; 19(2): 43-47. [Consultado el 10 de Agosto de 2012]. Disponible en: [https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:7yjhbaVO\\_TUJ:www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/download/36/33+estado+emocional+pacientes+coronarios](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:7yjhbaVO_TUJ:www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/download/36/33+estado+emocional+pacientes+coronarios)

<sup>117</sup> TOBO-MEDINA Natalia y otros. Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. En: Aquichan: 2010; 10(1): 19-33.

impedimento de realizar un análisis válido desde la perspectiva de asociación por medio de tablas de contingencia por frecuencias esperadas menores a cinco unidades.

Estas limitaciones relacionadas con la estructura de los datos, imposibles de prever, pero frente a la cantidad de pacientes que ingresan al Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá por año entre 120 y 130 aproximadamente (datos suministrados por secretaría de la institución), hacen del tamaño final de 83 pacientes un tamaño notable, pues porcentualmente está entre el 64% y 70% de los pacientes que potencialmente acuden anualmente a la Institución. Desde el punto de vista de estimación de las proporciones de las categorías, esta muestra tiene la competencia necesaria para propósitos descriptivos, puesto que se requerirían 323 pacientes en poblaciones infinitas, asumiendo una confianza de 95%, un error máximo admisible de 5% y una proporción de 70% a la luz de los datos de las muestras preliminares, pero restringidos a los análisis de la Institución, la corrección por finitud estima en 77 pacientes el tamaño de la muestra. Por tanto, la muestra de 83 pacientes es suficiente para efectos descriptivos, bajo las condiciones de precisión anteriormente mencionadas.

El tamaño de la muestra para poblaciones infinitas con el fin de estimar la proporción se determinó mediante la expresión:

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \pi(1-\pi)}{\epsilon^2}$$

Donde n: es el tamaño de la muestra para población infinitas,  $100(1-\alpha)\%$  es la confianza asumida,  $\pi$  es la proporción poblacional,  $\epsilon$  es el error máximo admisible,  $z_{1-\frac{\alpha}{2}}$  es el percentil de una distribución normal estándar dependiente de  $\alpha$ .

La corrección por finitud para determinar el tamaño de muestra definitiva  $n_f$  se realizó mediante la siguiente expresión, en la cual N corresponde al tamaño de la población:

$$n_f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

### 3.3 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo de este estudio es de carácter no probabilístico, muestreo por *conveniencia*, como su nombre lo indica, implica el empleo de una muestra integrada por las personas o los objetos cuya disponibilidad como sujetos de estudio sea más conveniente<sup>118</sup>.

### 3.4 Criterios de inclusión de los participantes

- Paciente hombre o mujer mayor de 18 años.
- Paciente con diagnóstico de síndrome coronario agudo en las presentaciones de angina inestable o infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST, confirmado con sintomatología clínica, electrocardiograma, marcadores bioquímicos cardíacos y otros exámenes diagnósticos.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias en el área de observación (en proceso de egreso) o en servicios de hospitalización en piso, es decir, pacientes que han superado la fase aguda del síndrome.
- Pacientes que no presentan alteración del estado mental.
- Pacientes hemodinámicamente estables.
- Pacientes que aceptan participar voluntariamente en el estudio.

Los sujetos de cuidado con síndrome coronario agudo fueron incluidos en la presente investigación teniendo en cuenta los anteriores criterios y de manera voluntaria, previa explicación y solución de inquietudes que tuvieron los pacientes y familiares con relación al estudio.

---

<sup>118</sup> POLIT., Op cit.,p.271.

De igual manera, es importante mencionar que la investigación fue dirigida especialmente a la población que presenta síndrome coronario agudo, ya que es una entidad que afecta en un alto porcentaje a personas en el país de acuerdo a las cifras descritas por la Secretaría de Salud del Distrito y el SIVIGILA, y que origina cambios en los estilos de vida de las mismas, por tal motivo se abordó a estos individuos, quienes tienen la posibilidad de utilizar el autocuidado como una herramienta que permita mejorar su condición de salud y participar de manera activa en su cuidado.

### **3.5 Criterios de exclusión**

- Paciente con deterioro cognitivo o alteración severa del lenguaje, que no pueda responder a la escala.
- Pacientes con alteración del estado de la conciencia.
- Pacientes hemodinámicamente inestables.
- Pacientes hospitalizados en el área crítica del servicio de urgencias o en unidad de cuidado intensivo coronario de la institución.
- Pacientes diagnosticados con patología cardiovascular diferente al síndrome coronario agudo.

Sin desconocer el impacto que causan otras entidades o enfermedades cardiovasculares en las personas y los beneficios del autocuidado en las mismas, se consideró necesario dirigir el estudio a los individuos con síndrome coronario agudo, teniendo en cuenta su incidencia de morbimortalidad en el país y del deterioro a nivel personal y social que origina en las personas que lo padecen. Además, el estudio sirve de material de consulta para las enfermeras (os) y otros profesionales tanto del sector salud como de otros sectores que consideren el autocuidado como un instrumento de abordaje en los sujetos que presentan esta entidad cardiovascular y aquellos que por alguna razón no puedan cuidar de sí mismos.

### **3.6 Consideraciones éticas**

El desarrollo y ejecución del presente estudio investigativo, se fundamentó en las consideraciones éticas internacionales y nacionales contempladas en la resolución 008430

del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud<sup>119</sup>. Por tal motivo, se caracteriza por respetar los derechos a la autodeterminación, a la intimidad, al anonimato, a la confidencialidad, al tratamiento justo, a la protección ante la incomodidad y el daño, y todos aquellos que se estipulan en las leyes que regulan la investigación en seres humanos.

De esta manera, *con los pacientes*, se contó con el consentimiento informado (**Anexo A**) y por escrito del sujeto de investigación, se respetó el derecho a participar libremente en el estudio y en la aplicación de los instrumentos, en los cuales se mantuvo la privacidad durante la recolección de datos y la divulgación de los resultados obtenidos.

Para efectos de la ejecución del estudio se contó con la aprobación del comité de ética de la institución y la autorización del personal de salud a cargo del paciente.

En relación *con los instrumentos* utilizados, son instrumentos que se encuentran a disposición de la comunidad de enfermería, los cuales han sido validados y utilizados en otros estudios de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Asimismo, durante la investigación se tuvo en cuenta los principios de:

- **Beneficencia:** Se trata del deber ético de buscar el bien para las personas participantes en una investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones. Es decir, que los riesgos sean razonables frente a los beneficios previstos, que el diseño tenga validez científica y que los investigadores sean competentes integralmente para realizar el estudio y sean promotores del bienestar de las personas<sup>120</sup>

---

<sup>119</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [en línea] Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/Documents/DocNewsNo267711.pdf>

<sup>120</sup> OSORIO, José. Principios éticos de la investigación en seres humanos y animales. [en línea]. Buenos Aires, Medicina, 2000, 60 (2); p 255-258. [consultado 2 de septiembre de 2011]. Disponible en: [http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/2/v60\\_n2\\_255\\_258.pdf](http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/2/v60_n2_255_258.pdf).

Por esta razón, se contemplaron los posibles riesgos o daños para la salud física, psicológica o espiritual del paciente durante la realización de la entrevista, en este sentido, al advertir alguna descompensación del estado de salud del paciente se suspendió de inmediato la entrevista hasta cuando el participante decidió retomar o finalizar la aplicación del instrumento. Asimismo, previa aplicación de los instrumentos, se realizó la valoración de enfermería respectiva que confirmó la estabilidad hemodinámica del paciente y la disponibilidad física, mental, emocional y anímica del participante.

Al finalizar la entrevista se indicaron los beneficios que tiene el autocuidado en la salud de las personas y se aclararon inquietudes que tuvieron los sujetos de la investigación en relación con el síndrome coronario agudo, de esta manera se fomentó el principio de reciprocidad en la presente investigación.

- **No maleficencia:** El deber ético fundamental de no-causar-daño mediante los procedimientos de investigación, es inseparable del precepto de justicia, en cuanto que ambos deberes cobijan a todos los seres vivos por igual, y aun con independencia de la voluntad de los implicados, tratándose del ser humano<sup>121</sup>

De forma verbal y escrita a través del consentimiento informado se garantizó a los participantes potenciales de la investigación que la calidad de cuidado no se alteraría por la participación o no en el estudio o por las respuestas que se obtengan en la aplicación de cada instrumento.

La presente investigación no realizó ninguna intervención o modificación intencionada que manipulara de manera biológica, física, social o psicológica a los pacientes participantes del estudio que implicara un riesgo en cada uno de ellos.

- **Justicia:** los beneficios y obligación deben ser adecuadamente distribuidos entre las poblaciones de pacientes. La enfermera debe decidir la justa asignación de recursos para el cuidado de la salud y cuidado de enfermería a pacientes bajo su cuidado. El principio

---

<sup>121</sup> Ibid., p. 258.

de justicia formal establece que los pacientes deben ser tratados con igualdad y de acuerdo con sus necesidades<sup>122</sup>

Lo anterior implicó, reconocer durante toda la investigación la subjetividad como parte constitutiva de los participantes y se respetaron las ideologías, identidades, juicios, creencias, raza y cultura de cada uno de ellos.

El investigador principal se dirigió a los participantes con las mismas palabras y términos sin sugerir respuestas y facilitando la interpretación en cada una de las preguntas que se realizaron, con el fin de mantener la igualdad y la consistencia en la aplicación de los instrumentos. Además se brindó información clara, completa y veraz sobre la investigación que se desarrolló asegurando que los individuos habían comprendido.

- **Autonomía:** establece que a los individuos debe permitírseles libertad para determinar sus propias acciones de acuerdo con los planes que hayan elegido. Respetar a las personas como individuos autónomos es reconocer sus elecciones, las cuales se originan de sus valores y creencias personales<sup>123</sup>

En este sentido, las personas que participaron en la investigación decidieron hacerlo de manera voluntaria accediendo a participar en el estudio y la decisión de retirarse del estudio en cualquier momento que lo deseen sin ningún perjuicio o diferencia en la atención que se brinda en la institución.

La intimidad y confidencialidad de los participantes y de la información que se obtuvo durante la investigación se garantizó de las siguientes maneras y fue un compromiso expreso de manera verbal: no se divulgaron ni se divulgarán los nombres de los participantes sin la autorización previa de los mismos, la información obtenida sólo fue utilizada por el investigador con fines académicos y no personales y fue protegida de

---

<sup>122</sup> FRY, Sara. Ética en la práctica de enfermería. Una guía para la toma de decisiones éticas. 3 ed. México, Ed. Manual Moderno. 2008. p. 24.

<sup>123</sup> Ibid., p. 24.

forma segura una vez finalizó la investigación, se utilizaron códigos para la identificación de los participantes para no comprometer su nombre.

Se mantuvo el principio de la veracidad en el estudio, ya que los datos y la información obtenida en los instrumentos corresponden a las respuestas descritas por los participantes, por lo tanto no se manipuló, alteró o complementó la información que no fue la respectivamente expresada por los sujetos de investigación.

Asimismo, durante la investigación prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los seres humanos que participaron en el estudio, tal como se proclama en la Resolución 8430 de 1993 en su artículo No 5. De igual manera, la investigación fue realizada por profesionales con conocimiento y experiencia en el cuidado de la integridad del ser humano y supervisada por las autoridades, comités y grupos de investigación correspondientes.

El presente estudio se considera una *investigación sin riesgo*, de acuerdo a lo definido en el artículo No 11 de la Resolución 8430, en el cual se define este tipo de investigación como: estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta<sup>124</sup>.

El estudio se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización de la institución investigadora, en este caso la Universidad Nacional de Colombia; autorización de la institución donde se realizó la investigación, Hospital Universitario Clínica San Rafael; la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la Institución y el Consentimiento Informado de los participantes. Lo anterior con la finalidad de cumplir con los criterios expuestos en el artículo 6 de la resolución mencionada.

---

<sup>124</sup>COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430 de 1993. Op cit., p 2.

## 3.7 Instrumentos de recolección de datos

### 3.7.1 Escala Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA).

Esta escala fue elaborada por Isenberg y Evers, seguidoras de Orem, pertenecientes al Grupo de la Conferencia de Desarrollo de la Enfermería, sobre las facultades de la agencia de autocuidado, y ha sido ampliamente estudiada en grupos de investigadoras norteamericanas y holandesas a fin de medir la capacidad que tiene el individuo para realizar las operaciones productivas de la agencia de autocuidado<sup>125</sup>(anexo B)

Las capacidades para operaciones de autocuidado se entienden como las habilidades del ser humano más inmediatas para realizar prácticas de autocuidado; el individuo investiga condiciones y factores de sí mismo y del medio ambiente que son significativas para su autocuidado (Orem las define como *operaciones estimativas*), el individuo toma juicios y decisiones sobre lo que puede, debe hacer y haría para encontrar los requisitos de autocuidado (*operaciones transicionales*) y el individuo construye medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado por sí mismo (*operaciones productivas*)<sup>126</sup>

De esta manera, la Escala ASA fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem, agencia de autocuidado, entendido este concepto como la capacidad o el poder de la persona para realizar operaciones de autocuidado<sup>127</sup>

La escala ha sido utilizada en diferentes poblaciones en que la validez conceptual de la traducción se ha probado con grupos de adultos de la tercera edad en Holanda, Noruega y Dinamarca, y la validez de constructo se demostró por el poder del instrumento para

---

<sup>125</sup> ISENBERG, M. Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. Citado por: RIVERA, Luz. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), segunda versión en español, adaptada para la población colombiana. En: Avances de Enfermería. Enero-Junio, 2009, vol XXVII no 1., p. 38-47.

<sup>126</sup> RIVERA, Luz. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. Revista Avances de Enfermería. 2006; XXIV no 2, p. 91-98. Citado por: Citado por: RIVERA, Luz. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), segunda versión en español, adaptada para la población colombiana. En: Avances de Enfermería. Enero-Junio, 2009, vol XXVII no 1., p. 38-47.

<sup>127</sup> EVERS, G y ISENBERG, M. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency ASA- scale. Int J Nurs Stud. 1993; 30 (4): 331-42. Citado por: MANRIQUE, Fred y col. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. En: Avances de Enfermería. Diciembre, 2009, vol 9 no 3., p. 222-235.

discriminar grupos con diferencias conocidas en su nivel de dependencia. La validez externa se demostró con grupos muestrales de diferentes países con características similares en cuanto a sus capacidades de autocuidado, quienes mantuvieron medidas semejantes al responder la escala. La confiabilidad del instrumento fue mayor de 0.77 en casi la totalidad de los estudios<sup>128</sup>

La escala consta de 24 ítems con un formato de respuestas de cinco alternativas donde el número uno (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de la capacidad de agencia de autocuidado y el cinco (totalmente de acuerdo) el más alto<sup>129</sup>

La escala ASA ha sido traducida a varios idiomas, en países de Europa, Asia oriental y de Latinoamérica. La escala fue desarrollada en idioma inglés, fue traducida al español por dos estudiantes del doctorado en Enfermería y traductores profesionales en México. Las traducciones fueron analizadas y comparadas con el fin de corregir la estructura gramatical y la semántica. Como resultado de la revisión, los ítems 4, 6, 13 y 16 fueron reescritos por el investigador en forma más simple, discreta y gramaticalmente correcta<sup>130</sup>.

Para confirmar la validez y la confiabilidad de la escala en español, Esther Gallegos (1998) empleó la escala en versión español en un grupo de adultos diabéticos, y confirmó la relación teórica entre los conceptos factores condicionantes básicos y capacidad de agencia de autocuidado. Gallegos determinó la validez conceptual y confiabilidad de la escala, versión español, obteniendo un valor alfa de Cronbach de 0.77, lo que significa que los ítems de la escala miden un mismo concepto<sup>131</sup> y confirmó la validez conceptual de la escala al discriminar el grupo de pacientes con diabetes hospitalizados de los ambulatorios por una diferencia de medidas a favor de los segundos, además el efecto

---

<sup>128</sup>RIVERA, Luz. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular: obesidad y sedentarismo, en personas con hipertensión arterial. Tesis Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006. 153 p.

<sup>129</sup> MANRIQUE, Fred y col. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. En: Avances de Enfermería. Diciembre, 2009, vol 9 no 3., p. 222-235.

<sup>130</sup> RIVERA, Luz. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), segunda versión en español, adaptada para la población colombiana. En: Avances de Enfermería. Enero-Junio, 2009, vol XXVII no 1., p. 38-47.

<sup>131</sup> *Ibid.*, p. 41.

significativo de los factores condicionantes básicos sobre las capacidades de autocuidado de los adultos con diabetes reafirmó la validez conceptual de la escala.

En Colombia, docentes de la Universidad Nacional de Colombia han utilizado la escala ASA en español en diversas investigaciones, desde los trabajos desarrollados en la maestría en enfermería. Los docentes recomendaron y modificaron el formato de respuestas, pasando de: totalmente desacuerdo, desacuerdo, indeciso, de acuerdo y totalmente de acuerdo al formato de respuestas: nunca, casi nunca, casi siempre y siempre. Lo anterior debido a que los ítems de la escala son utilizados para describir a las personas en su capacidad para comprometerse con el autocuidado y no para señalar si están de acuerdo o no con los enunciados. Asimismo, se modificó la escala Likert a 4 puntos, eliminando la opción intermedia, ya que permitía que el entrevistado se ubicará en un punto medio sin detenerse a pensar en la realidad de su agencia de autocuidado<sup>132</sup>.

Además, la profesora Edilma Reales en 2004, docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, elaboró una segunda versión en español de la escala ASA, modificando la redacción de los ítems, con el fin de ser más claros y comprensibles para la población colombiana, sin cambiar el sentido de cada uno de ellos y con permiso de la doctora Gallegos. Asimismo modificó la escala Likert a solo 4 apreciaciones (nunca, casi nunca, casi siempre y siempre) y las posibles puntuaciones se dan en un rango entre 24 y 96 puntos respectivamente<sup>133</sup>.

En el año 2009 Rivera y Velandia, realizaron la medición de la confiabilidad de la escala ASA segunda versión en Español. Aplicaron la escala a 201 personas con factor de riesgo cardiovascular y obtuvieron una media de 79.12, una desviación estándar de 6.69 y una varianza de 44.78. El alfa de Cronbach total fue de 0.689 sin corrección y el estandarizado fue

---

<sup>132</sup> PEÑALOZA, Mónica. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial pertenecientes al convenio de magisterio e inscritos en el programa de patologías crónicas de la fundación médico Preventiva, en San José de Cúcuta año 2004. Tesis Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2004. 89 p.

<sup>133</sup> MANRIQUE. Op cit., p. 225.

de 0.744. Los resultados que se precian significan que los 24 ítems de la escala miden un mismo concepto y por tanto el instrumento reviste de consistencia interna<sup>134</sup>

La capacidad de agencia de autocuidado en la escala ASA se evalúa según las siguientes categorías<sup>135</sup>:

- Rango de 24-43, se categorizó como Muy baja agencia de autocuidado.
- Rango de 44-62, se categorizó como Baja agencia de autocuidado.
- Rango de 63-81, se categorizó como Regular agencia de autocuidado.
- Rango de 82-96, se categorizó como Buena agencia de autocuidado.

### **3.7.2 Ficha de Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado(Anexo C).**

Teniendo en cuenta que los factores condicionantes hacen referencia a aquellos factores internos o externos que afectan a los individuos para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos, es decir, que hacen parte del contexto del individuo, se requiere construir una ficha con las características principales que puedan detallar cada uno de los factores condicionantes en los potenciales participantes del estudio, y así, poder describirlos en cada uno de los sujetos de la investigación. Los factores básicos condicionantes que se describirán son los siguientes: edad, sexo, factores socioculturales, factores del sistema familiar.

La construcción de la ficha se realizó de manera coherente con la literatura revisada de anteriores trabajos investigativos, principalmente en la abordada por Espitia (2011), en los cuales se han descrito algunos de estos factores básicos condicionantes en personas con algún tipo de enfermedad coronaria, y de acuerdo a las definiciones y atributos que Orem en su teoría propone para cada uno de ellos.

---

<sup>134</sup> VELANDIA. Op cit., p.46.

<sup>135</sup> SOLERA, Deisy. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial, Montería. Tesis Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2010.

Es imperativo aclarar tal como lo hace Espitia en su estudio, que al ser la ficha de factores básicos condicionantes una herramienta para describir las características de los factores internos o externos específicos de cada individuo, no sería acertado aplicar un análisis de tipo psicométrico, teniendo en cuenta que la psicometría tiene como objeto medir los aspectos psicológicos de una persona o grupo de personas, como son: el conocimiento, las habilidades, las capacidades, las actitudes o la personalidad, y no los factores contextuales que hace parte del individuo<sup>136</sup>.

### 3.8 Fuentes de información

La fuente para la recolección de los datos fue de carácter primario, por una parte la información se obtuvo a partir de la revisión de las historias clínicas con previa autorización del paciente y el comité de ética de la institución de las personas con síndrome coronario agudo y que cumplían con los criterios de inclusión, y por otra mediante la aplicación de los instrumentos: ficha de factores básicos condicionantes y la Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado ASA.

### 3.9 Plan de recolección de datos

A continuación se esbozan los pasos que se siguieron para la obtención de la recolección de datos en el presente estudio:

- Se solicitó el permiso y la aprobación pertinente para la aplicación y ejecución del estudio investigativo en la institución de salud.
- Aprobación del comité de ética de la institución de salud.
- Se solicitaron los permisos correspondientes a los autores legítimos de los instrumentos que se aplicaron en la población estudio.

---

<sup>136</sup> MELIA, J. La construcción de la psicometría como ciencia teórica y aplicada. Valencia: Cristobal Serrano. Universidad de Valencia.[en línea]. 1990. [Consultado el 8 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.uv.es/~meliaj/Research/LibroCP/CPindex.htm>

- Se captaron los posibles participantes en el estudio de acuerdo a los criterios de inclusión estipulados anteriormente. Participantes captados en los servicios de urgencias área de observación en proceso de egreso y en los servicios de hospitalización en piso de la institución. Actividad que fue desarrollada por el auxiliar de la investigación y el investigador principal.
- Se explicó a los sujetos de la investigación los objetivos, propósito, beneficios, ventajas, desventajas y posibles riesgos de la investigación
- Todas las acciones se realizaron de acuerdo a las consideraciones éticas y legales de la investigación en seres humanos.
- Una vez se aclararon las dudas, preguntas y consideraciones expresadas por los posibles sujetos de investigación y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, se aplicaron los instrumentos seleccionados en el estudio.
- Se explicó de manera clara, detallada y precisa en qué consistían los instrumentos que se aplicarían y la correcta forma de diligenciamiento.
- Se realizó una valoración de enfermería previa a la aplicación de los instrumentos que confirmaba la estabilidad hemodinámica, a través del control de signos vitales del paciente y su disponibilidad emocional, física, anímica y mental para tal fin.
- Se determinó la necesidad de capacitar a posibles colaboradores en la recolección de datos, con el fin de ampliar la muestra del estudio.
- Se recolectaron los instrumentos diligenciados y se revisaron con el fin de identificar su correcto diligenciamiento y posterior uso en el análisis de datos.
- Se asignó un número de identificación a las respuestas u observaciones de los sujetos.
- Se codificó la información.

- Se transcribieron los datos de los documentos escritos a archivos electrónicos.
- Se organizaron, archivaron y almacenaron los datos obtenidos en medio magnético y en tablas estadísticas lo cual facilitó su posterior análisis e interpretación.

### **3.9.1 Determinación de lugar y tiempo**

Una vez los sujetos de investigación fueron seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión determinados previamente en el estudio, fueron abordados para la aplicación de los instrumentos siguiendo los pasos mencionados en el plan de recolección de datos. Es importante aclarar que este procedimiento se realizó en el servicio de urgencias adultos en el área de observación y en proceso de egreso (el servicio de urgencias estructuralmente se encuentra organizado en tres áreas generales: 1. Área Ambulatoria: clasificación de la urgencia y valoración médica inicial; 2. Área de observación: pacientes hospitalizados por el servicio de urgencias generales o especialidades, con estabilidad hemodinámica; 3. Área de reanimación: pacientes críticos) y en servicios de hospitalización en piso, y cuando el participante aceptaba y tenía la disposición y la capacidad física, mental y anímica para dar su consentimiento informado y aplicar los instrumentos correspondientes.

El sitio donde se aplicó la investigación se seleccionó teniendo en cuenta el conocimiento y la experiencia que tiene el investigador principal en esta área de la institución de salud con relación a: los procesos administrativos y asistenciales que se desarrollan en este sitio, manejo y tratamiento médico en pacientes con síndrome coronario agudo, protocolos institucionales, y proceso de enfermería específico en pacientes con SCA; además de las recomendaciones realizadas por el comité de ética de la institución.

### **3.10 Técnica**

La técnica recomendada para usar el instrumento que evalúa la capacidad de agencia de autocuidado ASA es el autodiligenciamiento, sin embargo, se tuvo en cuenta las características de la población para su aplicación como: edad, grado de analfabetismo, analfabetismo funcional, por lo cual se determinó la necesidad de una técnica dirigida según fue el caso, con la precaución de no influir en las respuestas de los sujetos de la investigación.

### 3.11 Mecanismos de control de riesgos

- Durante la investigación se mantuvo la coherencia conceptual e interna desde el marco de referencia, marco de diseño, análisis de resultados y conclusiones respectivas.
- El instrumento seleccionado para la recolección de datos y análisis de la variable capacidad de agencia de autocuidado dirigido a pacientes con Síndrome Coronario Agudo cuenta con un alfa de Cronbach de 0.70 y ha sido validado por varios estudios mencionados anteriormente.
- La muestra del estudio conservó el criterio de representatividad para la población en lo relacionado con el tamaño recomendado desde el punto de vista estadístico.
- Los criterios de inclusión y exclusión fueron estrictamente verificados con el fin de evitar la presencia de variables extrañas.
- Se realizó conjuntamente un entrenamiento y comprensión previa a la aplicación del instrumento por parte del investigador principal y el auxiliar de la investigación.
- Se explicó con un lenguaje comprensivo, claro y sencillo a los sujetos de investigación el objetivo de la investigación y el instrumento que se aplicaría para recolectar la información.
- Se proporcionó las mismas instrucciones de diligenciamiento a los sujetos de investigación.
- Se explicaron las preguntas enunciadas en el instrumento para mayor claridad del participante sin orientar o inducir una respuesta.
- Se corroboró el correcto y completo diligenciamiento del instrumento, sin influir o dirigir las respuestas de los participantes.

- Se afianzó y ratificó el ambiente, el estado de salud del paciente, el tiempo y otras variables que se presentaron durante la aplicación del instrumento y que influían en la recolección de datos. Esto se llevó a cabo una vez se realizó la ejecución y análisis de la prueba piloto, con el fin de mejorar la calidad de diligenciamiento del instrumento.
- El tiempo de la aplicación del instrumento se reguló de acuerdo a la disponibilidad del paciente y comprensión del sujeto de investigación.
- Se concretó con la persona seleccionada para la investigación la hora y fecha de la aplicación del instrumento según la disponibilidad física, de tiempo y anímica del sujeto de cuidado.
- Se recaló la importancia del respeto y cumplimiento de los principios éticos durante toda la investigación.

### **3.12 Mecanismo de análisis de la información**

Una vez obtenida la información a través de la aplicación de los instrumentos, se empleó el programa Excel 2010 y el paquete estadístico SPSS 15.0 para organizar, tabular, graficar y analizar los datos.

Los datos obtenidos del instrumento de caracterización demográfica fueron registrados en el programa Excel 2010 para ser analizados mediante la aplicación de estadística descriptiva de las variables que constituyen el instrumento.

Se construyó una base de datos en el programa Excel que consolidó la información obtenida de la escala ASA y de la ficha factores básicos condicionantes del autocuidado que permitió su posterior análisis, teniendo en cuenta los conceptos que constituyen e identifican la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, manteniendo de esta manera la coherencia entre los marcos de referencia, teórico, diseño y análisis respectivamente.

Posteriormente, a través del programa estadístico SPSS versión 15.0 se realizó el análisis de los resultados obtenidos con los instrumentos descritos, y por medio del

análisis de varianza ANOVA, la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis y el factor de correlación de Pearson y Spearman se estableció la asociación estadística entre las variables.

### **3.13 Mecanismo de divulgación**

La información obtenida se sometió a un análisis minucioso y exhaustivo, y los resultados se publicarán al comité de ética y directivas del Hospital Universitario Clínica San Rafael en reunión previamente programada conjuntamente, manteniendo el derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos adquiridos de cada uno de los participantes en la investigación.

De igual forma, se manifestaron las respectivas conclusiones y recomendaciones obtenidas durante la investigación en la Universidad Nacional de Colombia en reuniones previamente programadas y concertadas por los participantes e interesados en el estudio.

Asimismo, se realizarán los procesos respectivos para socializar y publicar los resultados de la investigación en revistas de enfermería, entre ellas la revista AVANCES EN ENFERMERÍA de la Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Además, el documento completo estará a disposición del público en la Hemeroteca Nacional.

### **3.14 Prueba piloto**

Se realizó la prueba piloto en 30 pacientes con síndrome coronario agudo que cumplieron con los criterios de inclusión estipulados en el estudio, y que se encontraban hospitalizados en el servicio de Urgencias y en servicios de hospitalización en piso del Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá III nivel de atención en salud, durante el primer mes del tercer trimestre de 2012; la aplicación de la prueba fue realizada por el investigador principal.

La prueba piloto permitió determinar si los informantes comprendían las preguntas, si estaban correctamente planteadas o fueron ambiguas en su significado, si algunas preguntas fueron inconvenientes o no aportaban de manera significativa al estudio.

Asimismo, permitió un mayor conocimiento de los instrumentos por parte del investigador y por ende una mejor explicación de su diligenciamiento a los participantes del estudio. Además la prueba permitió establecer el tiempo para aplicar los instrumentos y la mejor forma de abordar a los participantes, tomando medidas de control necesarias para tal fin, entre ellos el ambiente y momento oportuno para aplicar los cuestionarios.

Por último, la prueba piloto permitió calcular aproximadamente el tamaño de la muestra, teniendo en cuenta algunas consideraciones especiales para tal fin.



## **Marco de análisis**

### **4.1 Análisis de la información**

Los datos obtenidos a través de la aplicación del Instrumento Escala Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA) y la ficha de Factores Básicos Condicionantes (edad, sexo, factores familiares y factores socioculturales) fueron tabulados mediante un formato en Excel y seguidamente analizados en el paquete estadístico programa SPSS versión 15.0, licenciado por la Facultad de Enfermería, herramienta que facilitó la descripción estadística del estudio.

El análisis estadístico central giró alrededor del análisis de varianza a una vía (ANOVA), puesto que es una de las herramientas que permite comparar muestras independientes bajo supuestos de normalidad y homoscedasticidad. Con el fin de evitar riesgos de no cumplimiento de los anteriores supuestos se utilizó adicionalmente una prueba no paramétrica análoga al ANOVA. Esta consistió en el método propuesto por William Kruskal y Allen Wallis como extensión de la prueba de Mann-Whitney.

Dentro de las opciones que ofrece el sistema SPSS al utilizar ANOVA y la prueba no paramétrica mencionada, se encuentra el cálculo de las estadísticas básicas para las variables intervinientes en el análisis. De esta manera, se reportan valores de los promedios, desviaciones típicas, mínimos y máximos.

Con el mismo propósito comparativo, el sistema produce gráficos de Box-plot, diagramas que visualmente contribuyen a la comprensión de las diferencias pertinentes.

Finalmente, para evaluar la asociación entre el factor básico condicionante edad y la capacidad de agencia de autocuidado, la utilización del SPSS permitió el cálculo y reporte de los coeficientes de correlación de Pearson y de Spearman, entre estas dos variables.

Asimismo, una vez realizada la asociación entre los factores básicos condicionantes del autocuidado mencionados y la capacidad de agencia de autocuidado, se analizaron y se compararon con resultados de otros procesos investigativos que se relacionan con lo

expuesto en la Teoría de Orem en cuanto a la agencia de autocuidado y los factores básicos condicionantes.

A continuación se presentan los resultados obtenidos mediante gráficas con su respectiva interpretación y análisis.

## **4.2 Descripción de factores básicos condicionantes**

A continuación se plasmarán los porcentajes y las frecuencias de los datos obtenidos de la aplicación de la ficha de Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado construida para tal fin; los datos recolectados se consignaron en una base de datos en el programa Excel, para luego ser organizados y depurados en el programa SPSS versión 15.0, la información adquirida se presenta en gráficos circulares.

Los Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado que se describen y analizan a continuación son:

- Edad
- Sexo (género)
- Factores socioculturales (actividad actual, pertenencia a grupo de interacción social, nivel socioeconómico, nivel académico)
- Factores del sistema familiar (estado civil, posición -rol- que ocupa en el grupo familiar, apoyo en el cuidado, principal proveedor en el hogar)

### **4.2.1 Factor básico condicionante edad**

De las 83 personas participantes en el estudio, se encontró que 63% de la población total pertenecen al rango de edad mayor a 61 años, 36% al rango de edad entre los 41 a 60 años, y únicamente 1% al rango de edad entre los 18 a 40 años de edad respectivamente, tal como se muestra en la gráfica 4-2.

**Gráfica 4-2:** Distribución porcentual factor básico condicionante por rangos de edad en la muestra



Es importante señalar que los datos obtenidos en la anterior muestra se relacionan con las estadísticas publicadas por el Ministerio de Protección Social en el informe sobre la Situación de Salud en Colombia -Indicadores de salud 2007-, en la cual la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años o más. La tasa de mortalidad atribuible a esta enfermedad fue de 107,3 por 100.000 habitantes en personas de 45 a 64 años, y de 867,1 por 100.000 habitantes para personas de 65 años o más<sup>137</sup>

Asimismo, en Bogotá y de acuerdo al boletín de estadísticas emitidas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en el 2003, determinaron que las enfermedades isquémicas del corazón, entre ellas el síndrome coronario agudo identifican que la población entre 45-59 años es quien presenta mayor grado de mortalidad por infarto agudo de miocardio<sup>138</sup>.

<sup>137</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Norma técnica para la Prevención de enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Bogotá, Colombia. 2008.

<sup>138</sup> COLOMBIA, SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Boletín de estadísticas 1986-2003. Bogotá Colombia. 2003.

De igual forma, la revisión literaria realizada, confirma el aumento del síndrome coronario agudo en personas con edad mayor a 45 años, debido a los cambios de la fisiología cardiovascular, la mayor presentación de factores de riesgo coronario, y formas más atípicas de presentación clínica del evento. Como lo indica Corbalán<sup>139</sup> en su revisión, la edad avanzada constituye un factor de riesgo independiente de mayor mortalidad en pacientes con un infarto de miocardio o con un síndrome coronario agudo; además menciona el trabajo elaborado por Bermejo y cols., quien sobre la base de un registro multi-céntrico de angina inestable que recopiló información prospectiva sobre un total de 4.115 pacientes se confirma que los pacientes mayores de 70 años tienen una mortalidad significativamente más alta (7,4 frente al 3,0%,  $p < 0,05$ ) que los más jóvenes<sup>140</sup>

Los anteriores hallazgos se confirman con otro estudio de seguimiento prospectivo de 417 pacientes consecutivos con angina inestable<sup>141</sup>. De igual manera, estudios han demostrado que el infarto agudo de miocardio incrementa progresivamente con la edad, sobrepasando el 17% en los pacientes mayores de 70 años, independientemente de que reciban o no tratamiento trombolítico<sup>142</sup>.

Finalmente, se puede mencionar que estudios realizados en Centro América, en los cuales determinan la asociación del factor básico condicionante *edad* con la capacidad de agencia de autocuidado, también obtuvieron resultados en los que indican que a medida que incrementa la edad hay mayor riesgo de presentar un evento coronario, una enfermedad coronaria o algún tipo de enfermedad cardiovascular, teniendo como rango

---

<sup>139</sup> CORBALÁN, Ramón. Síndrome coronarios agudos y edad avanzada. En: Rev Española de Cardiología: 2000, vol.53 no 12, p. 1561-1563. [Consultado el 12 septiembre de 2012]. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=12420&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=108&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v53n12a05035pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=12420&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=108&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v53n12a05035pdf001.pdf)

<sup>140</sup> BERMEJO J; LÓPEZ DE SÁ, E; LÓPEZ SENDÓN J, et al. Angina inestable en el anciano: perfil clínico, manejo y mortalidad a los tres meses. En: Rev Española de Cardiología 2000, vol. 53, p.1564-1572.

<sup>141</sup> VAN DOMBURG, R; VAN MILTENBURG-VAN, A; VEERHOEK, R, et al. Unstable angina: good long-term outcome after a complicated early course. En: J Am Coll Cardiol 1998; 31: 1534-1539. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=12420&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=108&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v53n12a05035pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=12420&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=108&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v53n12a05035pdf001.pdf)

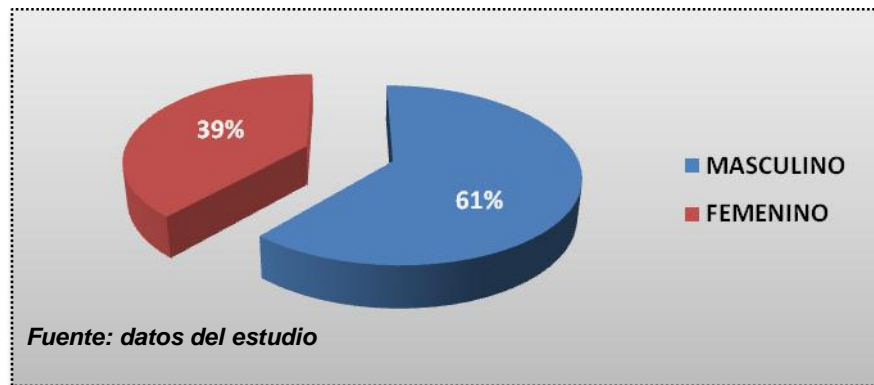
<sup>142</sup> ASSENT II Investigators. Single-bolus tenecteplase compared with front-loaded alteplase in myocardial infarction: the ASSENT- 2 double-blind randomised trial Assessment of the Safety and Efficacy of a New Thrombolytic Agent. En: Lancet 1999; 354: 716-722. Citado en: CORBALÁN, Ramón. Síndrome coronarios agudos y edad avanzada. En: Rev Española de Cardiología: 2000; 53 (12): p. 1561.

de edad de referencia aquella población que se encuentra entre los 45 años de edad y más, estos estudios fueron realizados por: Carlos Martínez en Honduras 2003<sup>143</sup>, Edith Porras en Guatemala 2002<sup>144</sup>, Carmina Ortiz en Nicaragua 2002<sup>145</sup>.

### 4.2.2 Factor básico condicionante género.3

9% de las 83 personas participantes del presente estudio investigativo pertenecen al sexo femenino, mientras que 61% al sexo masculino, como se muestra en la gráfica 4-3.

**Gráfica 4-3:** Distribución porcentual factor básico condicionante género



El sexo es una de las características del ser humano que contribuye a particularizar tanto los procesos fisiológicos como los patológicos. Paralelamente, se tiene que considerar el papel que desempeñan los aspectos relacionados con el entorno sociocultural y psicológico (el género) en la génesis de las enfermedades. Estos aspectos frecuentemente ocasionan desigualdades entre mujeres y hombres, tanto relacionados con los factores de riesgo como con aspectos de la sintomatología y diagnóstico, del tratamiento, la rehabilitación y la prevención de la enfermedad isquémica del corazón, entre ella el infarto agudo de miocardio<sup>146</sup>.

<sup>143</sup> MARTÍNEZ. Op cit., p.66.

<sup>144</sup> PORRAS. Op cit., p.80.

<sup>145</sup> ORTIZ. Op cit., p.93.

<sup>146</sup> ROHLFS, Izabella, et al. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit* [en línea]. 2004, vol.18.(2): 55-64. [consultado el 10 de octubre de 2012]. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0213-9111.

Las mujeres presentan con más frecuencia un dolor precordial que los hombres, pero éste evoluciona raramente a IAM<sup>147</sup>. Adicionalmente, la presentación predominante inicial del síndrome coronario en la mujer es la angina; la manifestación más frecuente de la enfermedad en el hombre es el IAM, y la angina suele ser secundaria a éste. Éstos resultados del estudio de Framingham junto con el hecho de que aproximadamente el 50% de las mujeres con dolor precordial presentan arteriogramas coronarios normales, generó la creencia de que la cardiopatía isquémica se considerara más leve o benigna en las mujeres<sup>148</sup>.

Otros estudios han indicado que en el IAM las mujeres cursan con más síntomas atípicos (el cuadro típico es el inicialmente descrito para los hombres) u otros síntomas, como los digestivos. Tanto la comorbilidad (hipertensión y diabetes) como la edad más tardía aumentan la probabilidad de un IAM silente o no identificado y de los posibles beneficios del tratamiento o de intervenciones tempranas<sup>149</sup>.

En Bogotá y de acuerdo al Boletín de estadísticas emitidas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en el 2003, determinaron que las enfermedades isquémicas del corazón, entre ellas el síndrome coronario agudo específicamente el infarto agudo de miocardio ocupan desde 1986 al 2002 la primera causa de mortalidad general en la capital de Colombia con mayor incidencia en hombres que en mujeres, resultados que se relacionan con los obtenidos en la presente muestra<sup>150</sup>.

De igual forma, el DANE presenta un informe sobre las principales causas de defunción para el año 2009 a nivel nacional y departamental, ubicando en primer lugar *el infarto agudo de miocardio* con 196.933 defunciones, tanto en mujeres como en hombres con unas tasas de 692,5 y 949,3 respectivamente<sup>151</sup>.

---

<sup>147</sup> LERNER, DS y KANNEL WB. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-Year follow-up of the Framingham population. Am Heart J 1986;111:383-90.

<sup>148</sup> ROHLFS. Op cit., p.63.

<sup>149</sup> WENGER, N. Cardiopatía en la mujer: la evolución del conocimiento está modificando extraordinariamente la asistencia clínica. En: Julian DG, Wenger N, editores. Cardiopatía en la mujer. Barcelona: Edika Med; 1999.

<sup>150</sup> COLOMBIA, SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Boletín de estadísticas 1986-2003. Bogotá Colombia. 2003.

<sup>151</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Estimaciones y proyecciones de población 2009. DANE. [en línea]. 2009. [Consultado el 10 de oct 2012]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75&Itemid=72](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72)

De esta manera, se puede evidenciar que existen diferencias entre hombres y mujeres en la presentación del síndrome coronario agudo, los cuales responden a aspectos fisiológicos, psicológicos y socioculturales de la población.

### **4.2.3 Factor básico condicionante: Factores socioculturales.**

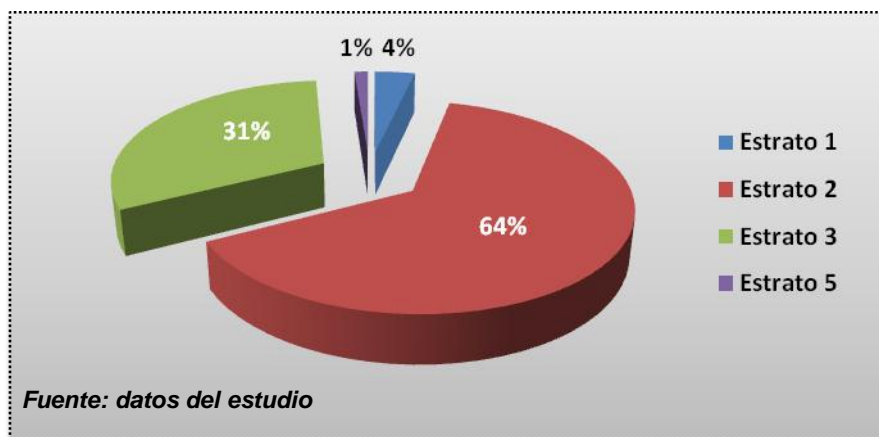
Dentro de la descripción de los factores socioculturales, se valoraron los siguientes aspectos: el nivel socioeconómico, el nivel académico, si el sujeto de investigación pertenece o hace parte de un grupo de interacción social y si realiza alguna actividad actualmente (ocupación). A continuación se describe cada uno de los aspectos mencionados:

#### **4.2.3.1 Nivel socioeconómico**

Los resultados obtenidos de la población objeto de estudio indica que 64% de los participantes pertenecen al estrato 2 (bajo), 31% al estrato 3 (medio-bajo), 4% al estrato 1 (bajo-bajo) y el 1% al estrato 5 (medio-alto) respectivamente, Gráfica4-4. Estos datos se relacionan con los publicados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, en cuanto al nivel socioeconómico de los habitantes, los cuales demuestran que en el año 2009 41.4% de la población bogotana se encuentra ubicada en el estrato bajo, 35,3% en el estrato medio-bajo, 9,8% bajo-bajo, 7,8% medio, 2,4% medio-alto, 1,8% alto y 1,5% sin estrato<sup>152</sup>.

---

<sup>152</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Diez primeras causas de defunción nacional y departamental en Colombia 2009. DANE. [en línea]. 2009. [Consultado el 7 de mar 2012]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=73&Itemid=119](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119)

**Gráfica4-4:**Distribución porcentual aspecto nivel socioeconómico

La posición socioeconómica refleja el contexto socioeconómico y político más general de la sociedad, es decir, los aspectos estructurales, culturales y funcionales del sistema social que tienen repercusiones en el patrón de estratificación social de la sociedad. La posición socioeconómica de un individuo, a su vez, afecta a sus circunstancias materiales, como el alojamiento, el potencial de consumo y el entorno físico, así como a las circunstancias sociales y psicológicas<sup>153</sup>.

La posición socioeconómica del individuo es multidimensional, y se considera que las dimensiones de mayor relevancia para las diferencias de salud son los estudios, la clase social basada en la ocupación y los ingresos económicos<sup>154</sup>.

En el estudio de González-Zolb y cols.<sup>155</sup>, el cual tenía por objetivo de analizar la relación entre posición socioeconómica y sus diferentes indicadores y el riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM), y determinar si ésta era independiente de los factores de riesgo cardiovascular, encontraron una asociación lineal e inversa entre la posición económica y

<sup>153</sup> MANDERBACKA, Kristiina y ELOVAINIO, Marko. La complejidad de la asociación entre posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. En: Rev Esp Cardiol: 2010, vol. 63 no 9, p. 1015-1018.

<sup>154</sup> Ibid., p.1015.

<sup>155</sup> GONZÁLEZ-ZOBL, Griselda, *et al.* Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio: estudio caso-control de base poblacional. En: Rev Esp Cardiol: 2010, vol.63 no 9, p. 1045-1053.

el IAM. Asimismo, existen varios estudios<sup>156,157,158,159</sup> que han analizado y confirmado la relación entre estas dos variables.

Además, en España hay otros estudios<sup>160,161,162,163</sup> que han observado una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular que conllevan a la presentación del IAM en las clases sociales más desfavorecidas, por tal motivo, estos estudios han propuesto que la asociación entre posición socioeconómica y el IAM podría estar mediada por una mayor acumulación de factores de riesgo en el grupo social más desfavorecido<sup>164,165</sup>.

#### 4.2.3.2 Nivel educativo.

Respecto al nivel educativo se establecieron las siguientes categorías que identificaron el grado académico alcanzado por cada uno de los sujetos de investigación, así: primera categoría *analfabeta-primaria* incompleta; segunda categoría *primaria completa-bachillerato* incompleto; y tercera categoría *bachillerato completo-técnico*. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: el 18% de la muestra se ubican en el grupo analfabeta-primaria completa, el 31% en bachillerato completo-técnico, mientras que el 51% al grupo de primaria completa-bachillerato completo respectivamente Gráfica 4-5. Ninguno de los participantes mencionó haber alcanzado un nivel educativo universitario.

---

<sup>156</sup>ROSE G, MARMOT MG. Social class and coronary heart disease. En: Br Heart J. 1981, vol. 45, p. 13-9.

<sup>157</sup>SALOMAA V, et al. Relationship of socioeconomic status to the incidence and prehospital, 28-day, and 1-year mortality rates of acute coronary events in the FINMONICA myocardial infarction register study. En: Circulation. 2000, vol.101, p.1913-8.

<sup>158</sup>MANDERBACKA K, et al. Are there socioeconomic differences in myocardial infarction event rates and fatality among patients with angina pectoris?. En: J Epidemiol Community Health. 2006, vol. 60, p. 442-447.

<sup>159</sup>MACKENBACH JP, et al; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. En: N Engl J Med. 2008;358:2468-81.

<sup>160</sup>WINKLEBY MA, et al. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. En: Am J Public Health. 1992, vol. 82, p.816-20.

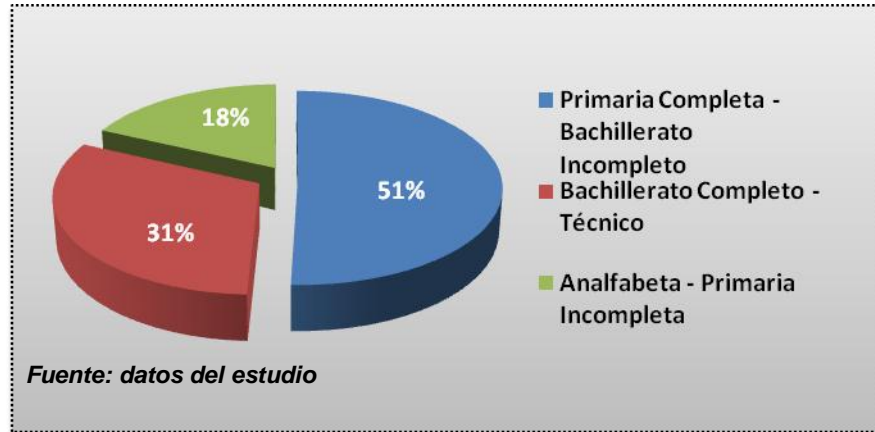
<sup>161</sup>DAVEY SMITH G, et al. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? En: J Epidemiol Community Health. 1998, vol. 52, p. 153-60.

<sup>162</sup>MARMOT MG, et al. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. En: J Epidemiol Community Health. 1978, vol.32, p.244-9.

<sup>163</sup>MCFADDEN E, et al. Occupational social class, educational level, smoking and body mass index, and cause-specific mortality in men and women: a prospective study in the European Prospective Investigation of Cancer and Nutrition in Norfolk (EPIC-Norfolk) cohort. En: Eur J Epidemiol. 2008, vol. 23, p.511-22.

<sup>164</sup>WAMALA SP, et al. Potential explanations for the educational gradient in coronary heart disease: a population-based case-control study of Swedish women. En: Am J Public Health. 1999, vol. 89, p.315-21.

<sup>165</sup>CHANG CL, et al. Can cardiovascular risk factors explain the association between education and cardiovascular disease in young women? En: J ClinEpidemiol. 2002, vol. 55, p.749-55.

**Gráfica4-5:** Distribución porcentual aspecto Nivel Educativo

Los resultados encontrados en la muestra concuerdan con las estadísticas que el DANE publicó en el 2006 sobre la educación en Colombia, en relación con el nivel educativo de la población colombiana, advirtiendo sobre un muy bajo nivel educativo en la población, mencionando además que 36,6% de la población ha alcanzado el nivel básica primaria, 32,6% básica secundaria o media académica y 7,5% tiene un nivel profesional. 3,9% de la población es tecnólogo y sólo 1,4% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado; porcentajes superados alarmantemente por un analfabetismo del 9,6% de la población colombiana<sup>166</sup>.

El nivel de estudios está determinado de manera muy importante por la posición socioeconómica de los padres, la cual, a su vez, contribuye a determinar la clase social, los ingresos y los conocimientos de un individuo, todo lo cual está interrelacionado con otros recursos no materiales que es probable que tengan repercusión en la salud<sup>167</sup>.

En el estudio de González-Zobl, determinaron que en su grupo control de pacientes con infarto agudo de miocardio, el grupo de la población con nivel de estudios primarios presenta mayor riesgo de IAM, observando una clara asociación lineal entre estas dos

<sup>166</sup> MINISTERIO DE EDUCACION, COLOMBIA. Población colombiana con muy bajo nivel educativo, según resultados del censo. Centro Virtual de Noticias CVN. Martes 23 de Mayo de 2006. [Consultado el 11 noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.mineduacion.gov.co/cvn/1665/fo-article-99519.pdf>

<sup>167</sup> MANDERBACKA. Op cit., p.1051.

variables; sin embargo, encontraron un exceso de riesgo en una parte de la población que tenía estudios universitarios. Además, concluyeron que el nivel de estudios se asocia con la presentación del IAM de forma inversa e independiente de los factores de riesgo cardiovascular, con el riesgo de IAM en el grupo de trabajadores no manuales. No obstante, el nivel de estudios no se asocia con el riesgo de IAM en el otro grupo de la población estudiada, los trabajadores manuales<sup>168</sup>

Otro de los estudios que evaluó la relación entre el nivel educacional y el infarto agudo de miocardio fue el realizado por Rodríguez Lourdes, en el cual establecieron que el bajo nivel educacional encontrado se relacionó con el mayor porcentaje de pacientes infartados que eran mayores de 60 años. Este bajo nivel educacional puede influir en el grado de conocimiento de los factores de riesgo coronario para su prevención, así como en el grado de interpretación y cumplimiento de las orientaciones médicas<sup>169</sup>.

De esta manera, el nivel de estudios, además de aspectos económicos, refleja también una parte importante de la formación de la persona en la infancia, el aprendizaje y la adquisición de habilidades en las que se basan posteriores decisiones sobre estilo de vida y actitudes relacionadas con la salud<sup>170,171</sup>

#### **4.2.3.3. Pertenencia a un grupo de interacción social.**

De acuerdo a los resultados obtenidos, 71% de los participantes en el estudio no asisten a ningún grupo de interacción social, mientras que 29% de ellos asisten a grupos sociales en donde realizan actividades como danza, pintura, oración, recreación y actividad física Gráfica 4-6.

Es importante indicar que el apoyo social y la pertenencia a grupo social que promueva estilos de vida saludables y el cuidado de la salud en las personas, se constituye en un

---

<sup>168</sup> GONZÁLEZ-ZOBL. Op cit., p.1049.

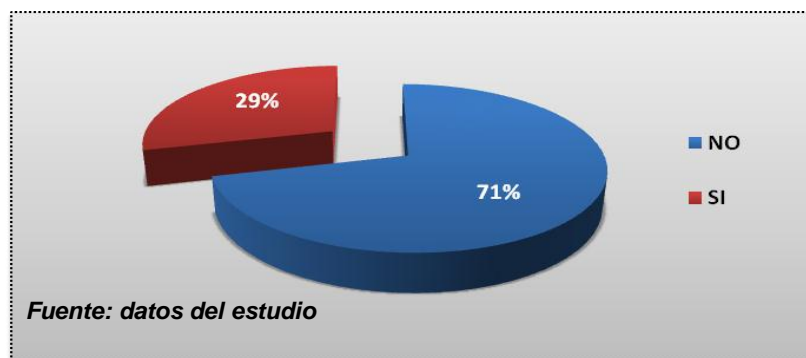
<sup>169</sup> RODRÍGUEZ Lourdes, HERRERA Vivian y DORTA Eduardo. Algunos factores de riesgo que favorecen la aparición del infarto agudo de miocardio. En: Rev Cubana Med Gen Integ 1998, vol. 14 no 3, p.243-249.

<sup>170</sup> WINKLEBY MA. Op cit., p.818.

<sup>171</sup> COMA A, et al. Education and occupational social class: their relationship as indicators of socio-economic position to study social inequalities in health using health interview surveys. En: Aten Primaria. 2003, vol. 32, p. 208-15.

factor que tiene un efecto protector sobre la enfermedad, como lo indica Espitia (2011) en su estudio, a pesar de no conocerse con certeza el mecanismo de acción, se ha descrito un efecto tampón o buffer donde la influencia del apoyo social estaría determinada por el papel modulador sobre las situaciones adversas que generan estrés en el individuo<sup>172</sup>.

**Gráfica 4-6:** Distribución porcentual del aspecto Pertenencia a un grupo de interacción social



#### 4.2.3.4. Actividad actual que desempeña (ocupación).

En relación con la actividad actual que desarrollan los participantes del estudio, se aprecia en la Gráfica 4-7 que 75% de ellos se encuentran en el hogar (ama de casa) o no desempeñan una actividad específica laboral o lúdica, y 25% son empleados en la actualidad, desempeñando una actividad económicamente remunerada.

---

<sup>172</sup> DE LA REVILLA L. El apoyo social y la atención primaria de salud. En: Revista de atención primaria: 1991, vol. 8, p. 664-668.

**Gráfica4-7:** Distribución porcentual Actividad Actual (Ocupación)

Se ha demostrado que una situación económica desfavorable, un bajo nivel de estudios, una ocupación debajo nivel y una mala situación en el mercado laboral constituyen un riesgo para la salud en las sociedad es occidentales. La asociación entre la posición social de un individuo y su salud es muy compleja y se da en múltiples niveles<sup>173</sup>.

De esta manera, la posición socioeconómica del individuo es multidimensional, y se considera que las dimensiones de mayor relevancia para las diferencias de salud son los estudios (nivel educativo), la clase social basada en la ocupación y los ingresos económicos<sup>174</sup>.

Asimismo, otro estudio indica que en el grupo de población con estudios primarios o inferiores, la enfermedad cardiovascular también está relacionada con determinantes sociales que incluyen las desigualdades sociales relacionadas con los ingresos económicos, la marginación social, la inseguridad laboral, la falta de apoyo social y la falta de oportunidades para la educación<sup>175</sup>.

---

<sup>173</sup> MANDERBACKA K. Op cit., p.1015.

<sup>174</sup> Ibid., p. 1015.

<sup>175</sup> CLARK AM y RAINE K. The American Cancer Society, American Diabetes Association, and American Heart Association joint statement on preventing cancer, cardiovascular disease, and diabetes: where are the social determinants? En: Diabetes Care. 2004; 27: 3024. [Consultado el 11 de noviembre de 2012] Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/posicion-socioeconomica-e-infarto-agudo/articulo/13154327/>

Finalmente, otro aspecto que podría influir en la asociación entre el factor sociocultural y la enfermedad cardiovascular, entre ella el infarto de miocardio es el relacionado con la equidad en el acceso a los servicios sanitarios. Las diferencias en la accesibilidad al sistema sanitario pueden condicionar desigualdad es en salud que justifiquen un peor perfil de riesgo y una mayor morbimortalidad<sup>176</sup>.

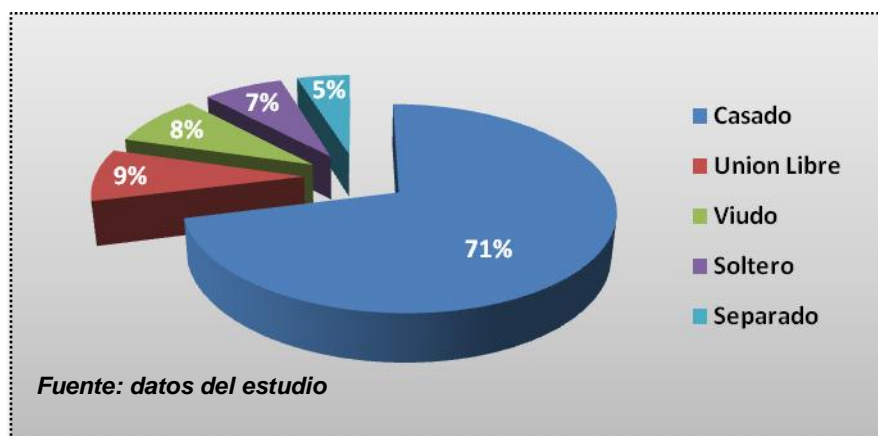
#### 4.2.4.Factor básico condicionante: Sistema familiar

Los aspectos que se tuvieron en cuenta para valorar el factor básico condicionante en el presente estudio fueron: estado civil, posición que ocupa en el núcleo familiar, principal proveedor de recursos en el hogar y el apoyo que recibe el sujeto de cuidado por parte de sus familiares con relación al cuidado de la salud del paciente. A continuación se describen cada uno de estos aspectos:

##### 4.2.4.1. Estado Civil.

Dentro de los participantes de la investigación se encontraron los siguientes datos en relación con el estado civil: 71% de la muestra es casada, seguida de 9% que convive en unión libre, 8% es viudo, 7% soltero(a) mientras que 5% es separada, tal como se muestra en la Gráfica 4-8.

**Gráfica4-8:** Distribución porcentual Estado Civil



<sup>176</sup> GONZÁLEZ –ZOBL. Op cit., p1051.

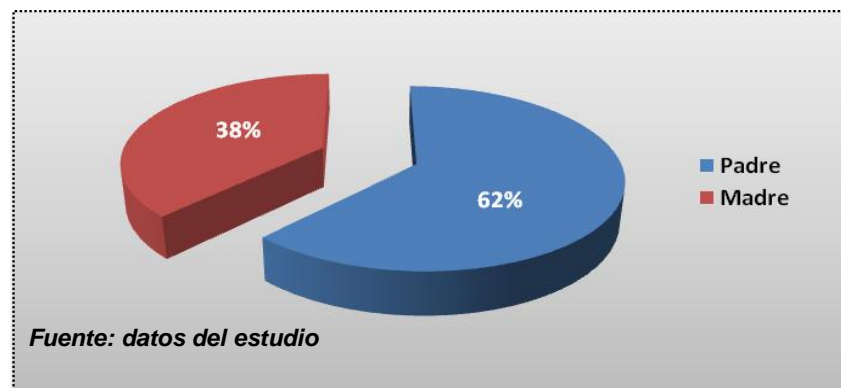
La relación entre el estado civil y el síndrome coronario agudo especialmente en el infarto de miocardio ha sido establecida en estudios demográficos, los cuales indican que en los hombres y mujeres de 60 años y más, la falta de compañía conyugal los afecta social y psicológicamente, lo que pudiera ser un factor estresante para las viudas, favoreciendo la aparición del infarto del miocardio<sup>177</sup>.

De igual forma, como lo indica Espitia (2011), con relación al estado civil y la enfermedad cardiovascular, la pérdida del cónyuge es más frecuente en las mujeres, sin embargo, es importante destacar la viudez como un factor de riesgo social para los hombres debido a la dependencia vinculada a la condición masculina generada por la necesidad de cuidado, especialmente en los aspectos domésticos<sup>178</sup>.

#### 4.2.4.2. Posición dentro del núcleo familiar

Los datos obtenidos en la muestra indican que el 62% de las personas ejercen el rol de padre dentro del núcleo familiar, mientras que el 38% de ellos desempeñan el rol de madre en cada una de sus familias, como se puede observar en la Gráfica 4-9.

**Gráfica 4-9:** Distribución porcentual Posición dentro del núcleo familiar



<sup>177</sup> HERNÁNDEZ CASTRILLÓN R. El envejecimiento de la población en Cuba. La Habana: Centro de Estudios Demográficos, 1994. [Consultado el 11 de Noviembre de 2012]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14\\_3\\_98/mgi08398.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_3_98/mgi08398.pdf)

<sup>178</sup> ESPITIA L. Op cit., p. 90.

El rol familiar que desempeña la persona que cursa por una enfermedad aguda como lo es el síndrome coronario agudo, es un aspecto de relevancia teniendo en cuenta que en el momento que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. En el caso del rol de proveedor que pudiera haber realizado el padre enfermo genera un gran conflicto, ya que este papel viene acompañado de poder, el cual en muchas de las veces no se concede. El rol de cuidador que generalmente se asigna a una mujer en nuestra cultura (madre, hermana mayor) genera conflicto porque implica el descuido de sus otras funciones, tales como el cuidado de los hijos, o el estudio<sup>179</sup>.

Asimismo, los cambios estructurales son más importantes cuando quien enferma es alguno de los padres; en estas situaciones alguien tiene que tomar su rol. En todos los casos hay una estructura jerárquica, quien se hace cargo gana estatus en la misma medida que el enfermo lo pierde. Si el padre liga su identidad al rol profesional y familiar, a la carga de la enfermedad se agrega la pérdida de identidad<sup>180</sup>.

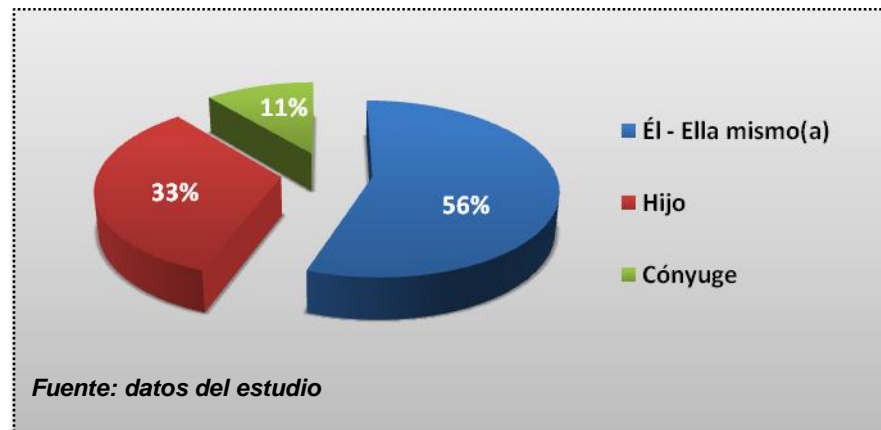
#### **4.2.4.3. Principal proveedor de recursos en el hogar**

En la gráfica 4-10 se muestra el porcentaje de las personas que constituyen el principal proveedor de recursos en el hogar, obteniendo los siguientes datos: 56% de los participantes son ellos mismos los proveedores de recursos en cada una de sus familias, 33% corresponde a los hijos(as) del sujeto y finalmente en 11% el cónyuge es el principal proveedor de recursos dentro del núcleo familiar.

---

<sup>179</sup>FERNÁNDEZ Miguel. El impacto de la enfermedad en la familia. En: Rev Fac Med UNAM: 2004, vol. 47 no 6, p. 250-251.

<sup>180</sup>RIVERA Luz. El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte. En: Revista av enferm: 2008, vol. 26 no 1, p. 124-133.

**Gráfica 4-10:** Distribución porcentual Principal proveedor de recursos en el hogar

De acuerdo a la publicación emitida por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE sobre la distribución de los jefes de hogar por sexo y la distribución del principal proveedor de recursos económicos en el hogar hasta el 2005, en Bogotá 68% de los hombres son quienes son considerados jefes de hogar mientras que las mujeres ostentan 32% en este aspecto<sup>181</sup>.

Por otra parte, estudios sugieren quede no existir el cónyuge sus funciones en cuanto a la prestación de apoyo son tomados por otro u otras personas. Los hijos son importantes proveedores de ayuda material, en tanto que los amigos suelen estar relacionados sólo con el apoyo emocional. El papel desempeñado por los hermanos abarca tanto ayudas materiales como emocionales. Algunos autores lo atribuyen a la pertenencia a la misma generación, al mismo nivel socioeconómico, cultural y social<sup>182</sup>.

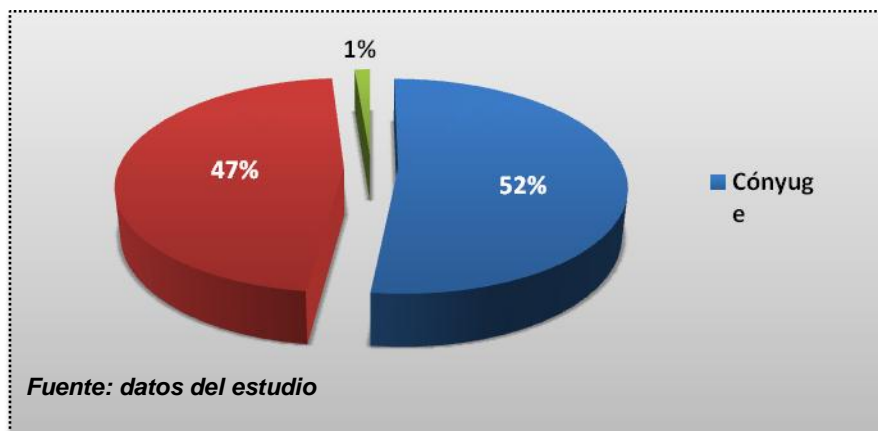
#### 4.2.4.4. Apoyo familiar en el cuidado de la salud.

<sup>181</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. DANE. Censo General 2005- Jefatura de hogar. DANE. [en línea]. [Consultado el 11 de nov 2012]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/censo/files/presentaciones/jefes\\_hogar.pdf](http://www.dane.gov.co/censo/files/presentaciones/jefes_hogar.pdf)

<sup>182</sup> JIMÉNEZ MURO Milagros, et al. Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado. En: Rev Esp Cardiol. 1999; 52: 467-474.

En relación con el apoyo en el cuidado de la salud que reciben los sujetos de investigación por parte de algún miembro de su familia, se evidencia que 52% de ellos reciben el apoyo del cónyuge, seguido por parte de los hijos con 47% y finalmente por otro miembro de la familia como la madre con 1% respectivamente Gráfica 4-11.

**Gráfica 4-11:** Distribución porcentual Apoyo familiar en el cuidado de la salud



Es relevante reconocer que el apoyo aparece como una necesidad esencial del ser humano en épocas de crisis, en este caso cuando nos hallamos ante un individuo enfermo. Por tal motivo, cuando el paciente no tiene a su disposición familiares próximos busca proveedores sustitutos. Según el estudio de Jiménez (1999), la integración del individuo en una red de gran tamaño supone para él tener a mano mayores oportunidades de conseguir apoyo. No obstante, tener o no tener apoyo depende, decisivamente, de la estructura cualitativa de la red de apoyo aún más que de sus aspectos cuantitativos. Es decir, de las numerosas oportunidades que la red ofrece sólo unas pocas llegan a materializarse en verdadero apoyo instrumental o emocional<sup>183</sup>. En este mismo estudio, se identificó que los familiares más directos proveedores de ayuda material y emocional frente a la presencia de una IAM es el cónyuge.

<sup>183</sup> Ibid., p.473.

De igual forma, en la investigación realizada por Rodríguez (2009), sobre la familia del paciente con infarto agudo de miocardio hospitalizado, en el marco de la rehabilitación cardiovascular, corroboró la importancia del apoyo familiar, al confirmar que estas personas ofrecieron un manejo adecuado a su familiar en el periodo agudo de la enfermedad y participaron de manera acertada en el proceso rehabilitador, ayudándolos a la incorporación de estilos de vida cardio-saludables y al cumplimiento de la adherencia terapéutica<sup>184</sup>.

Asimismo, Patiño-Villada<sup>185</sup> encontró en su estudio que en los participantes jubilados, que viven en familias nucleares, la depresión no se hizo presente. A su vez, la depresión se presentó en aquellas personas que no se sienten aceptadas dentro de sus familias, lo que hace notar la importancia de tener relaciones familiares funcionales.

Finalmente, Espitia (2011) identificó que en las personas que padecieron un evento coronario agudo el apoyo familiar, las relaciones sociales y familiares, las redes de apoyo social y el ambiente laboral influyeron y fueron definitivos para incluir hábitos saludables en la nueva perspectiva de vida<sup>186</sup>.

### **4.3 Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado en personas con síndrome coronario agudo (angina inestable – infarto agudo de miocardio)**

Con el fin de describir la capacidad de agencia de autocuidado en los pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias o en servicios de hospitalización general en proceso de egreso en el Hospital Universitario Clínica San Rafael que presentaron infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST o con angina inestable,

---

<sup>184</sup> RODRÍGUEZ, T. La familia del paciente con Infarto Agudo del Miocardio hospitalizado, en el marco de la rehabilitación cardiovascular. En: Revista Psicología Científica: 2009; 11(20). [Consultado el 11 de nov 2012]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/paciente-infarto-agudo-familia-rehabilitacion>

<sup>185</sup> PATIÑO-VILLADA FA, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de actividad física. En: iatreia. 2011; 3(24): p. 238-249.

<sup>186</sup> ROCHA Margarita, et al. Percepción de apoyo familiar en un grupo de pacientes con diagnóstico de infarto agudo al miocardio. En: ATEN FAM: 2012; 19(3): p. 61-66. [Consultado el 11 de nov de 2012]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2012/af123c.pdf>

se aplicó el instrumento Escala de Apreciación de la Capacidad de Agencia de Autocuidado (ASA), el cual está compuesto por 24 ítems y el tipo de respuesta es de tipo Likert de 1 a 4, siendo: uno=Nunca; dos= Casi Nunca; tres= Casi Siempre; y cuatro= Siempre, obteniendo un rango total de 96 puntos. Se tomó en consideración los rangos planteados en la investigación de Velandia, los cuales se establecen de la siguiente manera:

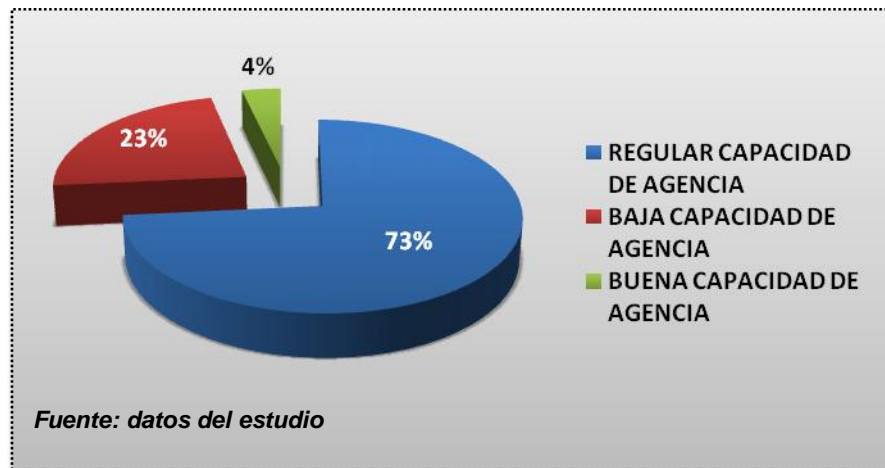
- De 24 a 43 = muy baja agencia de autocuidado
- De 44 a 62 = baja agencia de autocuidado
- De 63 a 81 = regular agencia de autocuidado
- De 82 a 96 = buena agencia de autocuidado

Los resultados obtenidos de la aplicación de la escala ASA se muestran en la tabla 4-7, en la cual se evidencia un puntaje mínimo de 56, un puntaje máximo de 86, la media de la muestra es de 67,6 con una desviación estándar de 6,86 respectivamente.

**Tabla 4-7:** Estadística descriptiva Puntajes totales de la Escala ASA

ASA	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV. TIP.
Total	83	56	86	67,6	6,86

Las frecuencias y porcentajes obtenidos según los resultados luego de la aplicación del instrumento ASA se muestran a continuación en la gráfica 4-12: 73% (n=61) de la muestra evidencian una regular capacidad de agencia de autocuidado, 23% (n=19) tienen una baja capacidad agencia de autocuidado, mientras que 4% (n=3) de los participantes tienen una buena capacidad de agencia de autocuidado.

**Gráfica 4-12:**Distribución porcentual Capacidad de Agencia de Autocuidado ASA

De acuerdo a los datos obtenidos de la Capacidad de Agencia de Autocuidado de las personas que presentaron alguna de las dos entidades seleccionadas del síndrome coronario agudo y que estuvieron hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá, se relacionan y difieren con algunos estudios que evaluaron la agencia de autocuidado utilizando la misma escala en poblaciones con enfermedades coronarias, a saber:

En el estudio de Martínez<sup>187</sup> (2003) en Honduras, dirigido a personas mayores de 18 años con enfermedad coronaria se obtuvo los siguientes resultados: ninguno de los sujetos se ubican en los niveles muy baja y baja capacidad de autocuidado y aunque el nivel medio es ligeramente superior 53% al nivel alto 47%, no existe una diferencia marcada entre los sujetos de la muestra, por tal motivo, puede decirse que la muestra es homogénea respecto a esta variable.

Por su parte, Porras<sup>188</sup> (2002) en Guatemala, identificó en un grupo de personas mayores de 18 años que viven una situación de enfermedad cardiovascular y que asisten a un centro de salud, que los sujetos participantes tienen un nivel alto 48% y medio 49% de capacidad de agencia de autocuidado, lo que significa según Porras que tienen una muy

---

<sup>187</sup> MARTÍNEZ C. Op cit., p.72.

<sup>188</sup> PORRAS E. Op cit., p.84.

buena capacidad potencial para autocuidarse y ello predice una práctica positiva de autocuidado. Igualmente que el estudio anterior no se presentaron casos con niveles de muy baja capacidad de autocuidado. Además, la autora aduce que una de las razones por las cuales se obtuvo estos resultados es que se trata de una población cautiva de personas de edad mayor que llevan algún tiempo siendo expuestas a charlas y repetidas recomendaciones de cuidados para su salud.

Otro de los estudios llevado a cabo por Ortiz Carmina (2002) en Nicaragua, encontró que los pacientes calificaron sólo en dos de las cuatro categorías posibles: en la baja 93% y en la media 6.2% capacidad potencial para el autocuidado, no calificando nadie para muy baja ni para alta. Estos resultados muestran un grupo homogéneo respecto a su capacidad potencial para autocuidarse según lo descrito por Ortiz<sup>189</sup>.

De igual forma, Rubiano<sup>190</sup> (2005) en Cúcuta Colombia, encontró que la capacidad de agencia de autocuidado en las personas mayores de 40 años que hicieron parte de su estudio, y quienes presentaban alguna condición de enfermedad coronaria, poseen según la escala medias capacidades de autocuidado en un 90% de la muestra, mientras que el 10% de la población cuentan con altas capacidades de autocuidado, ninguna participante en esta investigación tiene bajas o muy bajas capacidades para su autocuidado; resultados que corroboran según Rubiano las afirmaciones teóricas de la subteoría del autocuidado y reflejando la particularidad de las situaciones vivenciadas por un paciente que afronta una enfermedad coronaria.

---

<sup>189</sup> ORTIZ C. Op cit., p.99.

<sup>190</sup> RUBIANO J. Op cit., p.43.

## 4.4 Asociación estadística entre los factores básicos condicionantes (edad, género, factores socioculturales y factores del sistema familiar) y la capacidad de agencia de autocuidado

### 4.4.1. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante Edad.

El análisis estadístico para evaluar el factor básico condicionante edad en relación con las respuestas del instrumento ASA se centró en el análisis de correlación. En primer término, utilizando la correlación de Pearson se puede determinar que la edad de los participantes en el estudio no es un factor que influya en la capacidad de autocuidado. En efecto, en la tabla 4-8 el valor p de 0.917 es un valor grande dentro del rango de valores que éste asume, constituyéndose en evidencia para no desvirtuar la hipótesis estadística de correlación nula entre las dos variables mencionadas. Confirma este resultado la correlación de Spearman, que registró un valor p igualmente alto de 0.665 como se desprende del contenido de la tabla 4-9.

**Tabla 4-8:** Correlación (Pearson) Capacidad de agencia de autocuidado vs Edad

		EDAD	CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO
EDAD	Correlación de Pearson	1	-,012
	Sig. (bilateral)		,917
	N	83	83
CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO	Correlación de Pearson	-,012	1
	Sig. (bilateral)	,917	
	N	83	83

**Tabla 4-9:**Correlación (Spearman) Capacidad de agencia de autocuidado vs Edad

			EDAD	CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO
Rho de Spearman	EDAD	Coeficiente de correlación	1,000	-,048
		Sig. (bilateral)	.	,665
		N	83	83
	CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO	Coeficiente de correlación	-,048	1,000
		Sig. (bilateral)	,665	.
		N	83	83

#### 4.4.2. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante género.

Con relación al factor básico condicionante género, en el cual se tenían dos categorías: femenino y masculino, en concordancia con los resultados obtenidos en el instrumento de capacidad de agencia de autocuidado ASA no se evidencia una significativa influencia del género en esta capacidad de autocuidado en la muestra del estudio. Los datos encontrados a partir del análisis de varianza ANOVA se presentan en la tabla 4-10, estos indican que las categorías anteriormente descritas presentan el mismo nivel medio de autocuidado. El valor  $p=0.111$  confrontado con el valor del error tipo I tomado 0.05, demuestra que los promedios del instrumento ASA en ambas categorías son iguales; de igual forma, el anterior resultado se confirma con la aplicación de la prueba no paramétrica de Kruskal- Wallis tabla 4-11, en donde el valor  $p$  fue de 0.119, ratificando el adquirido en el análisis de varianza ANOVA.

**Tabla 4-10:**Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y género

ANOVA de un factor					
ASA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	119,838	1	119,838	2,590	,111
Intra-grupos	3747,969	81	46,271		
Total	3867,807	82			

**Tabla 4-11:**Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y género

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
La distribución de ASA es la misma entre las categorías del Género.	Prueba de Kruskal-Wallis	,119	Retener la hipótesis nula
<i>El nivel de significancia es ,05</i>			

Los datos estadísticos descriptivos encontrados al relacionar la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante género fueron los siguientes: respecto al sexo femenino se evidenció un mínimo de 58 y un puntaje máximo de 83, con una media de 69.47 en la escala ASA, mientras que en el sexo masculino se evidenció un mínimo de 56, un máximo de 86 y una media de 67. Ambos resultados tanto en el sexo femenino como en el masculino se identifican con una regular capacidad de autocuidado sin evidenciar diferencias significativas entre ellos. Tabla 4-12.

**Tabla 4-12:** Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y género

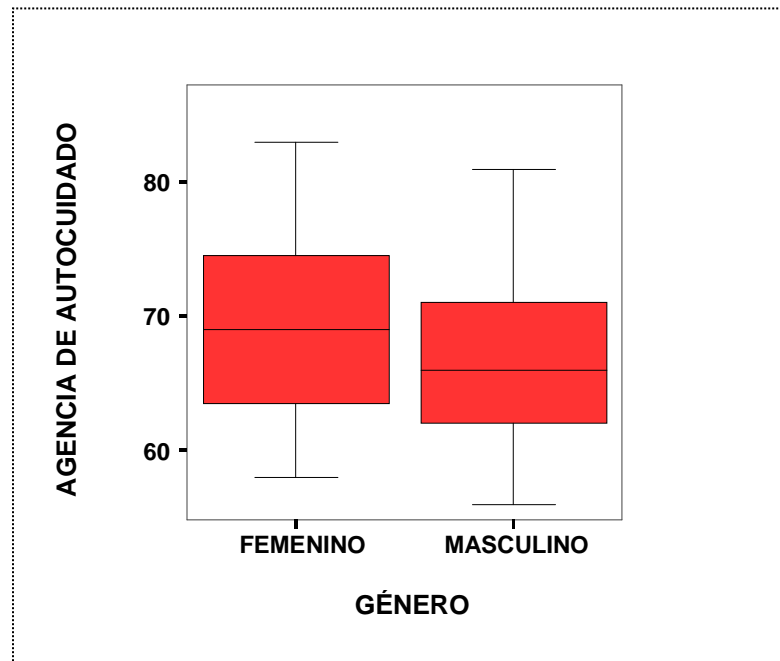
Descriptivos						
ASA						
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
<b>FEMENINO</b>	32	69,47	7,080	1,252	66,92	72,02
<b>MASCULINO</b>	51	67,00	6,624	,928	65,14	68,86
<b>Total</b>	83	67,95	6,868	,754	66,45	69,45

Descriptivos		
ASA		
	Mínimo	Máximo
<b>FEMENINO</b>	58	83
<b>MASCULINO</b>	56	86
<b>Total</b>	56	86

La representación gráfica demarca algunas diferencias que se presentan entre las dos categorías del género, aclarando que no interpretan una diferencia significativa entre ellas, lo cual se relaciona con los datos mencionados en el análisis de varianza y en la prueba no paramétrica. En la gráfica 4-13 se observa que los pacientes cuyo género es femenino, tienen una capacidad de agencia de autocuidado ligeramente mayor en comparación con el género masculino, sin embargo, los puntajes obtenidos y la variabilidad entre las dos categorías se comportaron de manera similar. No obstante, en el grupo masculino se presenta un caso extraño dentro del mismo, evidenciando un outlier con un puntaje alto en su agencia de autocuidado, el cual se diferencia dentro de

este grupo. A pesar de estas sutiles diferencias en relación con el género y la capacidad de agencia de autocuidado en el presente estudio no se encontró una asociación significativa entre ellos.

**Gráfica 4-13:** Capacidad de agencia de autocuidado vs. Género



#### **4.4.3. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante aspectos socioculturales: Nivel Socioeconómico.**

De acuerdo a los datos obtenidos al realizar el análisis de varianza ANOVA y la prueba de Kruskal-Wallis, entre el aspecto Nivel socioeconómico del factor básico condicionante Sociocultural y la capacidad de agencia de autocuidado, no se evidenció una asociación significativa entre ellas. La tabla 4-13 muestra el resumen del análisis de varianza ANOVA, en donde no se evidencian datos para transformar la hipótesis estadística de que cada estrato socioeconómico presenta el mismo nivel de autocuidado, el cual influiría directamente en la capacidad de agencia de autocuidado en los participantes pertenecientes al estrato respectivo, el valor  $p$  fue de 0.825, resultado corroborado por la prueba no paramétrica que reportó una  $p$  de 0.662. (ver tabla 4-14)

**Tabla 4-13:** Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y Nivel socioeconómico

ANOVA de un factor					
ASA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Inter-grupos</b>	43,659	3	14,553	,301	<b>,825</b>
<b>Intra-grupos</b>	3824,148	79	48,407		
<b>Total</b>	3867,807	82			

**Tabla 4-14:** Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y nivel socioeconómico

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
La distribución de ASA es la misma entre las categorías del Nivel Socioeconómico.	Prueba de Kruskal-Wallis	<b>,662</b>	Retener la hipótesis nula
<i>El nivel de significancia es ,05</i>			

Los datos estadísticos descriptivos encontrados en el análisis, evidenció que la mayoría de participantes pertenecen al estrato socioeconómico 2 (n= 53) y 3 (n=26), con unos valores en el instrumento del ASA de: para el estrato 2: mínimo de 57, máximo de 83 y una media de 68.02; mientras que en el estrato 3 se encontró: un mínimo de 56, máximo de 86 y una media de 67,50. Indiscutiblemente, se puede observar que se asemejan los valores entre cada uno de los anteriores estratos, a pesar de la diferencia del número de participantes que constituyen cada estrato. Por otra parte, en el estrato 1 se ubicaron 3 participantes con un puntaje máximo de ASA de 75; y en el total de la muestra

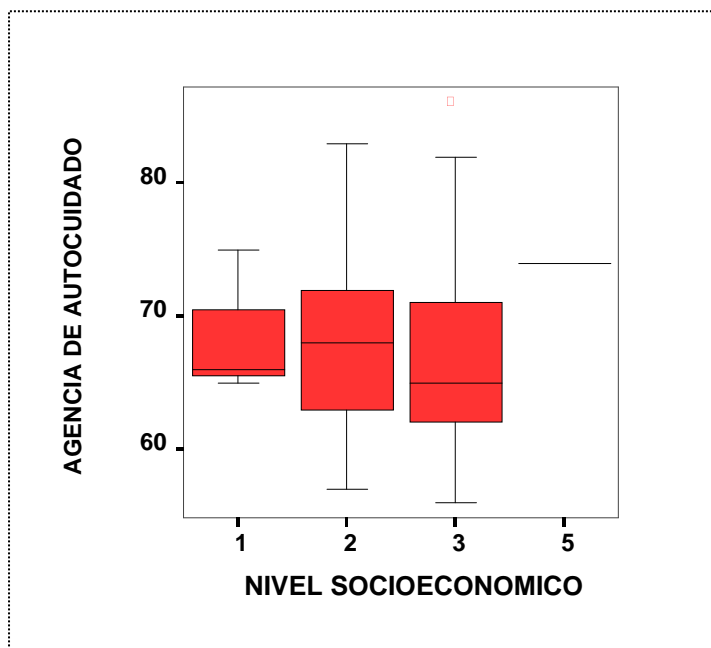
únicamente un sujeto de investigación pertenece al estrato 5 con un ASA máximo de 74, lo cual indica que dentro de la muestra se mantiene la capacidad de agencia de autocuidado entre el nivel regular y buena capacidad. Ver tabla 4-15.

**Tabla 4-15:** Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y nivel socioeconómico

Descriptivos								
ASA								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mín	Máx
					Límite inferior	Límite superior		
1	3	68,67	5,508	3,180	54,99	82,35	65	75
2	53	68,02	6,623	,910	66,19	69,84	57	83
3	26	67,50	7,701	1,510	64,39	70,61	56	86
5	1	74,00	.	.	.	.	74	74
<b>Tot al</b>	83	67,95	6,868	,754	66,45	69,45	56	86

En la gráfica 4-14 se observa que los participantes que pertenecen al estrato 2 y al estrato 3 tienen un ASA similar y una variabilidad menor dentro de cada uno de ellos. Sin embargo, en el grupo estrato 3, se presenta un caso atípico (outlyer) en relación con los demás sujetos de investigación que pertenecen a este estrato, puesto que se caracteriza con un puntaje de 86 en la escala ASA, lo que lo caracteriza con una buena capacidad de agencia de autocuidado, marcando una amplia diferencia con los otros de su grupo.

Por otra parte, los sujetos que pertenecen al estrato 1 (n=3) no marcan una diferencia significativa en la capacidad de agencia de autocuidado en concordancia con los otros estratos, se mantiene este grupo entre valores de 65 y 75 del instrumento ASA respectivamente. De igual forma, ocurre con el único participante que pertenece al estrato 5, con un puntaje en el ASA de 74; sin embargo, no es suficiente la muestra para llegar a una conclusión definitiva tanto en el estrato 1 como en el 5.

**Gráfica 4-14:** Capacidad de agencia de autocuidado vs. Nivel socioeconómico

#### 4.4.4. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante aspectos socioculturales: Nivel Educativo.

En el presente análisis de la variable Nivel Académico que hace parte de los factores condicionantes Socioculturales, se requirió de hacer fusión de las categorías que inicialmente la conformaban con el fin de evitar alteraciones en el análisis y por ende en la correspondiente interpretación de la misma, teniendo en cuenta que el número de participantes de algunas categorías era mínimo a diferencia de otras. Por esta razón, las categorías fusionadas son: analfabeta-primaria incompleta (analf-p.incomp); primaria completa-bachillerato incompleto (p.compl-b.incomp); y bachillerato completo-técnico (b.comp-tecn). Es válido mencionar que ningún participante de la muestra alcanzó o ha realizado estudios universitarios hasta el momento de la aplicación de los instrumentos.

El análisis entre el factor básico condicionante Nivel Académico caracterizado con las categorías descritas y con las respuestas obtenidas en el instrumento ASA, no evidenció una influencia entre estas dos variables en el presente estudio, situación que se confirma

con el análisis de varianza, en el cual se obtuvo un valor p de 0.472, valor revalidado con la prueba no paramétrica, en la cual se mantuvo un valor p de 0.58 (tabla 4-16.), datos que permiten concluir que no hay una asociación representativa en este estudio entre las variables mencionadas, ver tabla 4-17.

**Tabla 4-16:** Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y Nivel Educativo

ANOVA de un factor					
ASA					
	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Inter-grupos</b>	71,864	2	35,932	,757	,472
<b>Intra-grupos</b>	3795,943	80	47,449		
<b>Total</b>	3867,807	82			

**Tabla 4-17:** Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y Nivel Educativo

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
La distribución de ASA es la misma entre las categorías del Nivel Académico.	Prueba de Kruskal-Wallis	,585	Retener la hipótesis nula
<i>El nivel de significancia es ,05</i>			

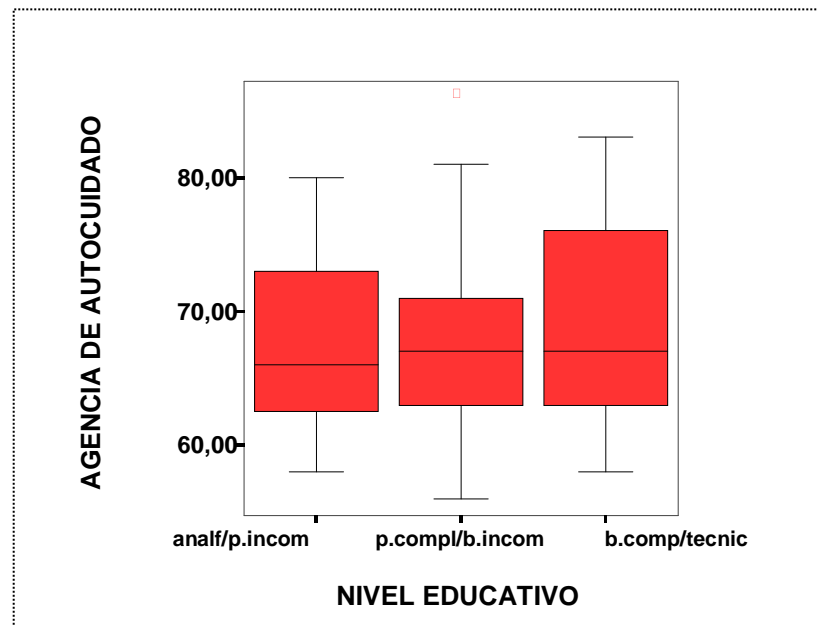
Los datos estadísticos descriptivos que se encontraron en el estudio, evidencian en cada una de las categorías los siguientes resultados en el instrumento ASA: en la categoría analfabeta-primaria incompleta: una media de 67.67, mínima de 58 y máxima de 80; en la categoría primaria completa-bachillerato incompleto: media de 67.21, mínima de 56 y máxima de 83; y finalmente en la categoría de bachillerato completo y técnico: media de 69.31, mínima de 58 y máxima de 83. Es evidente que se mantiene homogeneidad entre las categorías mencionadas respecto a la capacidad de agencia de autocuidado. Tabla 4-18.

**Tabla 4-18:** Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y nivel educativo

Descriptivos					
ASA					
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%
					Límite inferior
ANALFABETA O PRIMARIA INCOMPLETA	15	67,67	6,683	1,726	63,97
PRIMARIA COMPLETA O BACHILLERATO INCOMPLETO	42	67,21	6,517	1,006	65,18
BACHILLERATO COMPLETO O TÉCNICO	26	69,31	7,562	1,483	66,25
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>67,95</b>	<b>6,868</b>	<b>,754</b>	<b>66,45</b>

Descriptivos			
ASA			
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Mínimo	Máximo
	Límite superior		
ANALFABETA O PRIMARIA INCOMPLETA	71,37	58	80
PRIMARIA COMPLETA O BACHILLERATO INCOMPLETO	69,24	56	86
BACHILLERATO COMPLETO O TÉCNICO	72,36	58	83
<b>Total</b>	<b>69,45</b>	<b>56</b>	<b>86</b>

Entre tanto, en la gráfica 4-15 se puede observar que las categorías establecidas en la variable Nivel Académico, no evidencian marcadas diferencias entre ellas, únicamente la categoría de bachillerato completo-técnico tiene un ASA ligeramente mayor con menor variabilidad en sí mismo en comparación de las otras categorías. Además, en la categoría primaria completa-bachillerato incompleto se distingue un caso atípico dentro de este grupo, el cual se encuentra con un ASA por encima de la totalidad del mismo, hecho que sugiere en este participante una buena capacidad de agencia de autocuidado.

**Gráfica 4-15:** Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Nivel Educativo

#### **4.4.5. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante aspectos socioculturales: Pertenencia a un grupo de interacción social.**

Las dos categorías establecidas para evaluar la variable de pertenencia a un grupo de interacción social que promueva estilos de vida saludable en cada uno de los participantes en el estudio, eran *si* y *no*. Esta participación o no en grupos sociales se relacionó de igual forma que los anteriores factores básicos condicionantes con las respuestas suministradas del instrumento ASA, evidenciando una ligera influencia de la participación en grupos frente a la capacidad de agencia de autocuidado. De esta manera, se obtiene en el análisis de varianza ANOVA un valor p de 0.097, sin embargo, la distribución del ASA es la misma en las categorías mencionadas. Asimismo, al someter esta relación a la prueba no paramétrica, se afirma la anterior apreciación con la obtención de un valor p de 0.053, comparado con el valor del error tipo I asumido, 0,05. Ver tablas 4-19 y tabla 4-20

**Tabla 4-19:** Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y pertenencia a un grupo de interacción social

ANOVA de un factor					
ASA					
	Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Inter-grupos</b>	130,347	1	130,347	2,825	<b>,097</b>
<b>Intra-grupos</b>	3737,460	81	46,141		
<b>Total</b>	3867,807	82			

**Tabla 4-20:** Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y pertenencia a un grupo de interacción social

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
La distribución de ASA es la misma entre las categorías de pertenencia a un grupo	Prueba de Kruskal-Wallis	<b>,053</b>	Retener la hipótesis nula
<i>El nivel de significancia es ,05</i>			

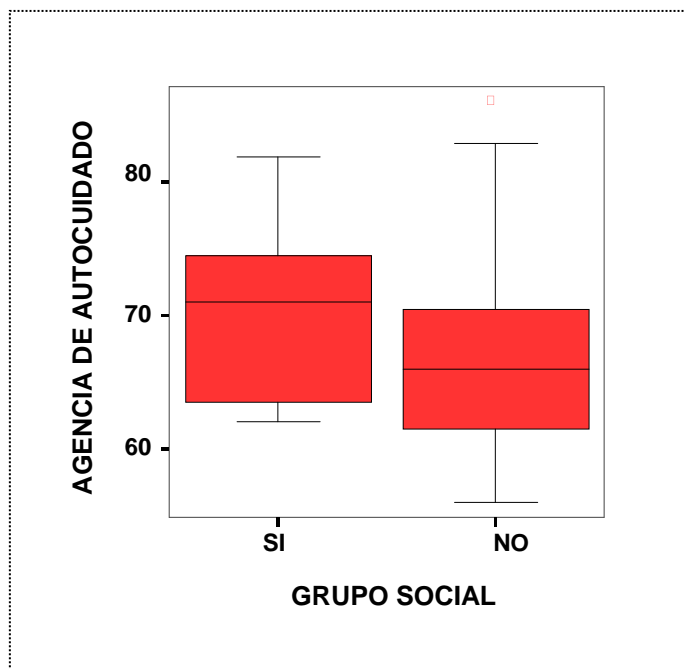
Los datos descriptivos obtenidos en cada una de las categorías estipuladas en esta variable fueron: categoría de – si pertenecen a un grupo social- puntaje mínimo en el ASA de 62, máximo de 82 con una media de 69.92, mientras que en la categoría –no pertenecen a un grupo social- se obtiene un mínimo de 56, máximo de 86 y una media de 67.15, resultados que se resumen en la tabla 4-21.

**Tabla 4-21:** Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y pertenencia a un grupo de interacción social

Descriptivos								
ASA								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Min	Max
					Límite inferior	Límite superior		
<b>SI</b>	24	69,92	6,157	1,257	67,32	72,52	62	82
<b>NO</b>	59	67,15	7,029	,915	65,32	68,98	56	86
<b>Total</b>	83	67,95	6,868	,754	66,45	69,45	56	86

En la gráfica 4-16 se representa la relación entre las categorías de los sujetos que pertenecen a un grupo social y la capacidad de agencia de autocuidado de los mismos, en donde se observa que los participantes de la categoría - si – tienen un ASA ligeramente mayor a diferencia de los que indicaron no pertenecer a un grupo; no obstante, la variabilidad del ASA en ambas categorías es semejante. Además, se puede evidenciar la presencia de un caso atípico en la categoría de - no – pertenecer a un grupo social, el cual se ubica en una posición por encima de la generalidad del grupo, con un puntaje de 86 en la escala ASA respectivamente, caracterizándolo dentro del grupo con una buena capacidad de agencia de autocuidado a pesar de no asistir a un grupo que fomente el cuidado de su salud.

**Gráfica 4-16:** Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Pertenencia a un grupo de interacción social



#### **4.4.6. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante aspectos socioculturales: Actividad actual (ocupación)**

De acuerdo con el factor básico condicionante Actividad actual (ocupación), analizado a través de las dos categorías concertadas para la misma: sin actividad o en el hogar y empleado, en relación con los resultados del instrumento ASA, muestra que no hay ninguna influencia en la capacidad de agencia de autocuidado en los participantes de la investigación. Este hecho se confirma tanto con el análisis de varianza ejecutado, en donde el valor p es de 0.214 como con la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis con un valor p de 0.289, los cuales se comparan con el valor del error tipo I asumido en el estudio de 0.05. El contenido de este análisis se presenta en las tablas de resumen 4-22 y 4-23

**Tabla 4-22:** Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y Actividad Actual (ocupación)

ANOVA de un factor					
ASA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Inter-grupos</b>	73,641	1	73,641	1,572	<b>,214</b>
<b>Intra-grupos</b>	3794,167	81	46,842		
<b>Total</b>	3867,807	82			

**Tabla 4-23:** Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y Actividad Actual (ocupación)

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
La distribución de ASA es la misma entre las categorías de Actividad actual	Prueba de Kruskal-Wallis	<b>,289</b>	Retener la hipótesis nula
<i>El nivel de significancia es ,05</i>			

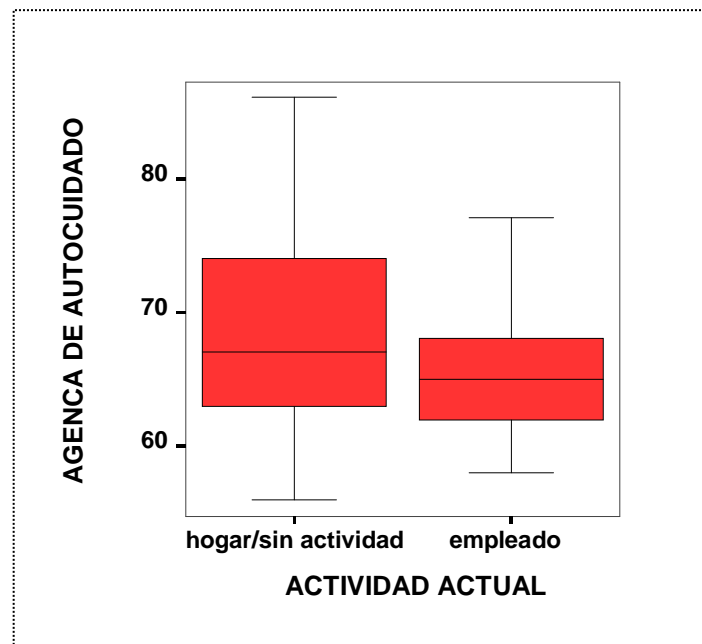
De igual manera, se presenta en una tabla resumen el análisis descriptivo entre la capacidad de agencia de autocuidado y las categorías pertenecientes al factor básico condicionante Actividad Actual. En ésta se describe que en la categoría –empleado- el puntaje mínimo del ASA es de 58 y un máximo de 77, mientras tanto en la categoría –hogar o sin actividad- el puntaje mínimo es de 56 y un máximo de 86, demostrando que hay una leve diferencia entre las dos categorías, sin embargo, el número de participantes en cada una de ellas varía en una relación de 3 a 1, como se muestra en la tabla 4-24.

**Tabla 4-24:** Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y Actividad actual (ocupación)

Descriptivos					
ASA					
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%
					Límite inferior
HOGAR O SIN ACTIVIDAD	62	68,50	7,238	,919	66,66
EMPLEADO	21	66,33	5,471	1,194	63,84
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>67,95</b>	<b>6,868</b>	<b>,754</b>	<b>66,45</b>

Descriptivos			
ASA			
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Mínimo	Máximo
	Límite superior		
HOGAR O SIN ACTIVIDAD	70,34	56	86
EMPLEADO	68,82	58	77
<b>Total</b>	<b>69,45</b>	<b>56</b>	<b>86</b>

En la Gráfica 4-17 se plasma que la categoría –hogar o sin actividad- tiene un mayor número de sujetos pertenecientes a ella, y muestra que hay un ASA mayor que en la categoría de empleado, pero con una distribución y variabilidad similar en ambas categorías. Además, se representa una clara homogeneidad en la distribución respecto al ASA en los grupos que identifican a la variable Actividad actual.

**Gráfica 4-17:** Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Actividad Actual (ocupación)

#### **4.4.7. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante del sistema familiar: Estado civil.**

Las cinco categorías que se conformaron en el factor básico condicionante estado civil, se analizaron frente a los resultados del instrumento ASA, mostrando que no existe una influencia del estado civil en la capacidad de agencia de autocuidado de los participantes en el estudio. En la tabla 4-25 se plasma el análisis de varianza ANOVA en donde se expresa un valor p de 0.672, el cual confirma junto con el valor p de 0.456 obtenido mediante la aplicación de la prueba no paramétrica la apreciación que se indicó anteriormente entre estas variables. Además, en la prueba de Kruskal-Wallis se determina que la distribución del ASA es equivalente entre las categorías del estado civil. Ver tabla 4-26.

**Tabla 4-25:** Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y Estado Civil

ANOVA de un factor					
ASA					
	Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Inter-grupos</b>	113,246	4	28,311	,588	<b>,672</b>
<b>Intra-grupos</b>	3754,562	78	48,135		
<b>Total</b>	3867,807	82			

**Tabla 4-26:** Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y Estado civil

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
La distribución de ASA es la misma entre las categorías del Estado Civil	Prueba de Kruskal-Wallis	<b>,456</b>	Retener la hipótesis nula
<i>El nivel de significancia es ,05</i>			

Por otra parte, en la tabla 4-27 se describen los resultados obtenidos en el instrumento ASA en relación con las categorías del estado civil. Es importante señalar que existe una gran diferencia en el número de participantes que conforman cada categoría, lo cual interviene en el análisis correspondiente. Las categorías que constituyen el estado civil con sus respectivos datos en el presente estudio son: soltero (n=6) con una mínima de 66, una máxima 81 y una media 70.17; casado (n=59) con una mínima de 56 , una máxima de 83 y una media de 67.58; por su parte, la categoría separado (n=4) cuenta con una mínima de 57, una máxima de 86 y una media de 67.75; también se encontraron sujetos en estado de viudez(n=7) , con una mínima de 63 , una máxima de 81 y una media de 70.86; y finalmente, personas que conviven en unión libre (n=7) y que tienen un mínimo de 61, un máximo de 79 y una media de 66.43. Los anteriores datos indican que los valores medios de cada categoría fluctúan en el rango de regular

capacidad de agencia de autocuidado de acuerdo a la escala determina en este instrumento.

**Tabla 4-27:** Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y Estado Civil

Descriptivos						
ASA						
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
<b>SOLTERO</b>	6	70,17	5,742	2,344	64,14	76,19
<b>CASADO</b>	59	67,58	6,698	,872	65,83	69,32
<b>SEPARADO</b>	4	67,75	12,712	6,356	47,52	87,98
<b>VIUDO</b>	7	70,86	6,543	2,473	64,81	76,91
<b>UNION LIBRE</b>	7	66,43	6,399	2,419	60,51	72,35
<b>Total</b>	83	67,95	6,868	,754	66,45	69,45

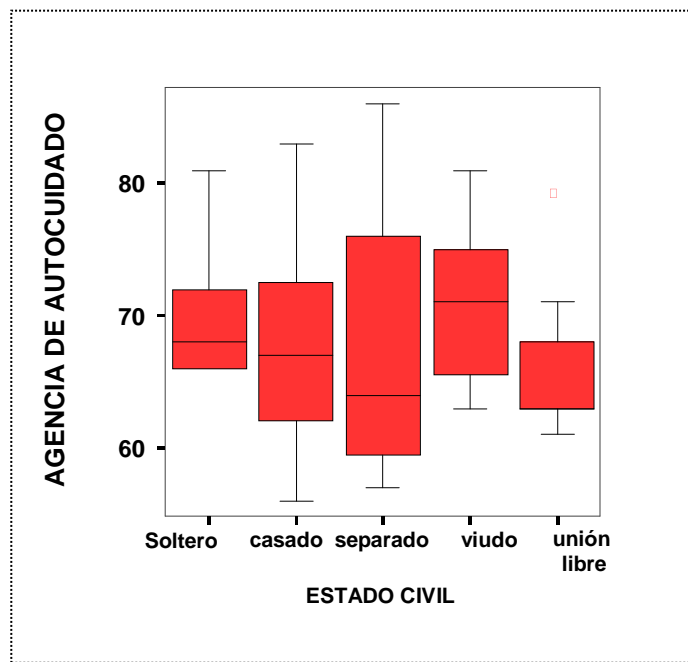
Descriptivos		
ASA		
	Mínimo	Máximo
<b>SOLTERO</b>	66	81
<b>CASADO</b>	56	83
<b>SEPARADO</b>	57	86
<b>VIUDO</b>	63	81
<b>UNIÓN LIBRE</b>	61	79
<b>Total</b>	56	86

En la gráfica 4-18 se representan aquellas diferencias no significativas que surgen a partir de los resultados del ASA con relación a cada una de las categorías del estado civil. En

esta, se puede observar una variabilidad mayor al igual que un ASA ligeramente mayor en los participantes separados a diferencia de las otras categorías.

Asimismo, la categoría de unión libre se caracteriza por tener un ASA menor que los demás grupos; a pesar de esto, se presenta un caso atípico en éste (outlyer), el cual se nivela con los resultados del ASA obtenidos en las otras categorías

**Gráfica 4-18:** Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Estado civil



#### **4.4.8. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante del sistema familiar: posición dentro del núcleo familiar**

Las categorías conformadas en el factor básico condicionante posición dentro del núcleo familiar son: madre y padre respectivamente, las cuales también fueron analizadas frente a las respuestas emitidas en el instrumento ASA por los sujetos de investigación. Este análisis se presenta en la tabla 4-28 , en donde se puede determinar que tampoco hay una marcada influencia de la posición que ocupa el individuo dentro de su familia en la capacidad de agencia de autocuidado del mismo; el análisis de varianza ANOVA proyecta un valor p de 0.135, afirmando esta conclusión en el estudio y sin evidencia

para desvirtuar la hipótesis estadística de que las categorías descritas presentan el mismo nivel de autocuidado; el valor p obtenido es a su vez es sustentado por el análisis no paramétrico de Kruskal-Wallis con un valor p de 0.120 (tabla 4-29) y en donde se indica que la distribución de los resultados del ASA como en las anteriores variables, es similar en cada una de las categorías de la variable analizada -posición dentro del núcleo familiar-.

**Tabla 4-28:** Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y Posición dentro del núcleo familiar

ANOVA de un factor					
ASA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Inter-grupos</b>	102,370	1	102,370	2,279	,135
<b>Intra-grupos</b>	3593,106	80	44,914		
<b>Total</b>	3695,476	81			

**Tabla 4-29:** Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y Posición dentro del núcleo familiar

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
La distribución de ASA es la misma entre las categorías de Posición dentro del núcleo familiar	Prueba de Kruskal-Wallis	,120	Retener la hipótesis nula

*El nivel de significancia es ,05*

En este factor básico condicionante se presentó la necesidad de recategorizar los grupos conformados con el fin de evitar resultados no congruentes que alterarían el análisis, quedando un n=82 con la particular que los sujetos de investigación en su totalidad son madres o padres de familia. En cuanto a la categoría madre se halló respecto al ASA un

puntaje mínimo de 58, un máximo de 83 y una media de 69.23; entre tanto, en la categoría padre se encontró un mínimo de 56, un máximo de 86 y una media de 66.92, resultados que no varían significativamente uno del otro, es decir, su capacidad de agencia de autocuidado se mantiene en un rango equivalente. Ver tabla 4-30.

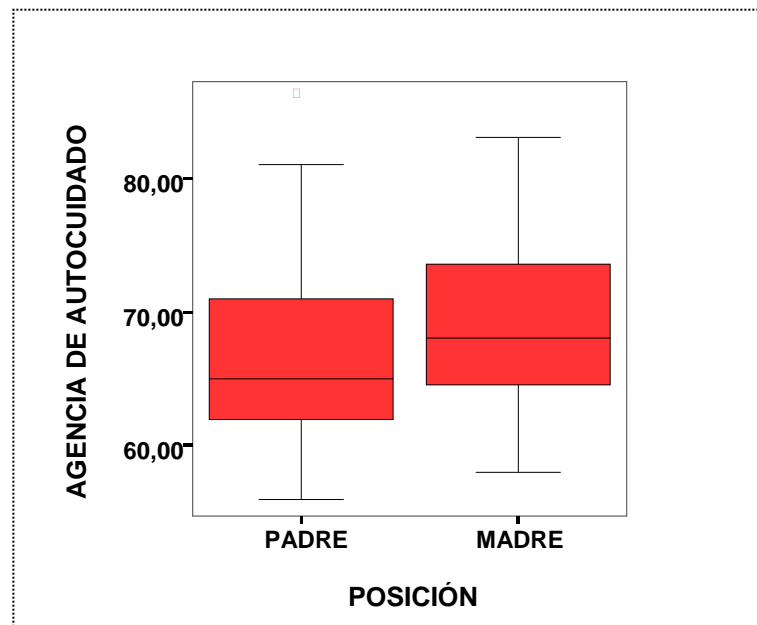
**Tabla 4-30:** Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y Posición dentro del núcleo familiar

Descriptivos						
ASA						
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
<b>PADRE</b>	51	66,92	6,648	,931	65,05	68,79
<b>MADRE</b>	31	69,23	6,791	1,220	66,73	71,72
<b>Total</b>	82	67,79	6,754	,746	66,31	69,28

Descriptivos		
ASA		
	Mínimo	Máximo
<b>PADRE</b>	56	86
<b>MADRE</b>	58	83
<b>Total</b>	56	86

En la presente gráfica 4-19 se puede observar que las categorías padre y madre son similares relación con la variabilidad de los resultados del instrumento ASA, sin embargo, existe una ligera disposición de mayor agencia de autocuidado en la categoría madre, lo cual se relaciona con el análisis realizado en la categoría género, en donde se evidencia una sutil diferencia en el autocuidado de la mujer en comparación con el hombre. No obstante, en la categoría padre, hay presencia de un outlier, quien se ubica en un ASA por encima de la generalidad de su grupo y que a su vez supera el rango de la categoría madre, caracterizándose con una buena capacidad de agencia de autocuidado.

**Gráfica 4-19:** Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Posición dentro del núcleo familiar



#### **4.4.9. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante del sistema familiar: principal proveedor de recursos en el núcleo familiar.**

En cuanto al factor básico condicionante proveedor, analizado a través de los tres grupos conformados: él o ella mismo, conyugue e hijo., en relación con la respuesta del instrumento ASA no muestra una marcada influencia en la capacidad de agencia de autocuidado de los sujetos partícipes de la investigación. El contenido de la tabla resumen del análisis de varianza ANOVA que se presenta en la tabla 4-31 no muestra evidencia para desvirtuar la hipótesis estadística de que los grupos anteriormente mencionados presentan el mismo nivel medio de autocuidado; el valor  $p$ , 0.102, comparado con el valor del error tipo I asumido, 0.05, indica que la conjetura de los promedios del ASA en los tres grupos son iguales, este resultado es confirmado por la prueba de Kruskal-Wallis, en la cual el valor  $p$  0,08 (ver tabla 4-32) conduce a la misma conclusión.

**Tabla 4-31:** Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y principal proveedor de recursos en la familia

ANOVA de un factor					
ASA					
	Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Inter-grupos</b>	209,506	2	104,753	2,349	<b>,102</b>
<b>Intra-grupos</b>	3478,074	78	44,591		
<b>Total</b>	3687,580	80			

**Tabla 4-32:** Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y principal proveedor de recursos en la familia

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
La distribución de ASA es la misma entre las categorías del Principal Proveedor de recursos.	Prueba de Kruskal-Wallis	<b>,080</b>	Retener la hipótesis nula
<i>El nivel de significancia es ,05</i>			

De acuerdo a los datos estadísticos descriptivos encontrados con esta variable se obtuvo en cada una de las categorías los siguientes resultados: *él o ella* un ASA mínimo de 57, un máximo de 82 y una media de 67,44; *cónyuge* un ASA mínimo de 56, un máximo de 83 y una media de 72,33; mientras que en la categoría *hijo* representa un ASA mínimo de 58, un máximo de 86 y una media de 66,96, tal como se muestra en la tabla 4-33 y en la gráfica 4-20, datos que representan y varían entre una baja y una buena capacidad de agencia de autocuidado.

**Tabla 4-33:** Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y principal proveedor de recursos en la familia

Análisis Descriptivo						
ASA						
Categoría	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
ÉL O ELLA	45	67,44	6,717	1,001	65,43	69,46
CÓNYUGE	9	72,33	7,433	2,478	66,62	78,05
HIJO	27	66,96	6,358	1,224	64,45	69,48
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>67,83</b>	<b>6,789</b>	<b>,754</b>	<b>66,33</b>	<b>69,33</b>

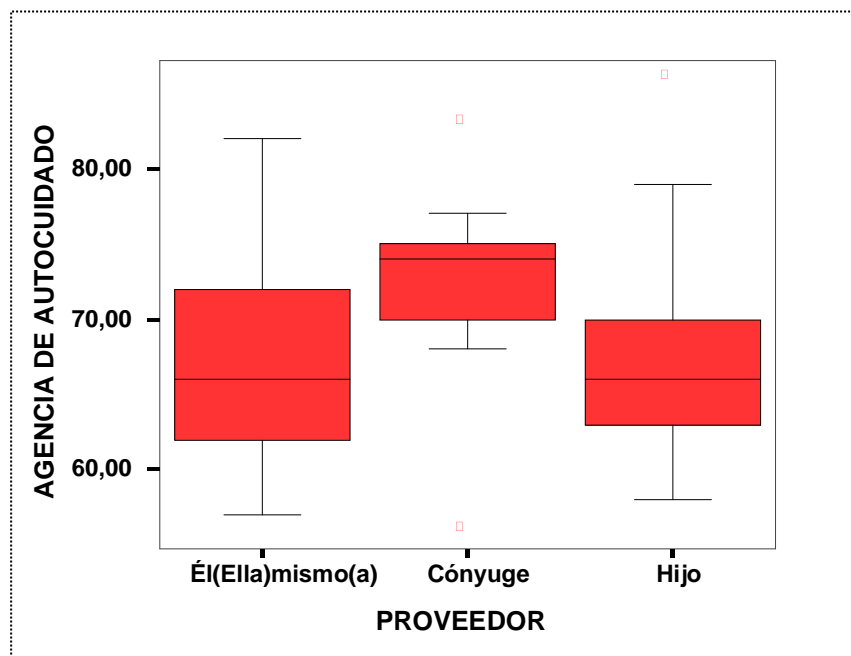
Descriptivos		
ASA		
Categoría	Mínimo	Máximo
ÉL O ELLA	57	82
CONYUGUE	56	83
HIJO	58	86
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>86</b>

Gráficamente las diferencias no significativas que puede mostrar el ASA en los tres grupos en referencia se presentan en la gráfica 4-20. En ésta se observa que los pacientes cuyo principal proveedor de recursos económicos en la familia es el cónyuge tienen una ASA ligeramente mayor y una variabilidad menor en comparación con los otros dos grupos analizados.

En el grupo de pacientes cuyo proveedor es el *cónyuge* se presentan dos casos atípicos en éste, cuyos valores de ASA se ubican en los extremos del rango de valores que caracterizan a este grupo en particular un ASA mínimo de 56 y un puntaje máximo de 83, los cuales no se comportan como la generalidad en este grupo; estos casos conocidos estadísticamente como *outliers*, justifica una de las razones en el uso de las técnicas no

paramétricas. De igual forma, se evidencia en la categoría *hijo* otro *outliers*, con un puntaje máximo de 86, el cual identifica a este sujeto con una buena capacidad de agencia de autocuidado a diferencia de los otros sujetos de la investigación.

**Gráfica 4-20:** Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Principal proveedor de recursos en la familia



#### 4.4.10 Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el factor básico condicionante del sistema familiar: apoyo familiar en el cuidado de la salud.

El aspecto apoyo familiar en el cuidado de la salud que hace parte del factor básico condicionante Sistema Familiar, está constituido por dos categorías: hijo y cónyuge, los cuales se relacionaron a la luz de las respuestas expresadas por los participantes en el instrumento ASA, reflejando que no hay una influencia de las categorías establecidas en la capacidad de agencia de autocuidado. En la tabla 4-34 se enuncian los valores obtenidos después del análisis de varianza ANOVA, cuyo valor p es de 0.760, afirmando que ninguna de las categorías causa cambios en la agencia de autocuidado en los

sujetos de la investigación. Además, al aplicar la prueba no paramétrica de Kruskal – Wallis, se concluye que la distribución del ASA es la misma entre las categorías que conforman el apoyo familiar en el cuidado de la salud. Ver tabla 4-35.

**Tabla 4-34:** Análisis de varianza ANOVA: Capacidad de agencia de autocuidado y apoyo en el cuidado de la salud

ANOVA de un factor					
ASA					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Inter-grupos</b>	4,580	1	4,580	,094	<b>,760</b>
<b>Intra-grupos</b>	3607,775	74	48,754		
<b>Total</b>	3612,355	75			

**Tabla 4-35:** Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis: Capacidad de agencia de autocuidado y apoyo en el cuidado de la salud

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
La distribución de ASA es la misma entre las categorías de Apoyo familiar en el cuidado de la salud.	Prueba de Kruskal-Wallis	<b>,954</b>	Retener la hipótesis nula
<i>El nivel de significancia es ,05</i>			

Para el análisis de la variable apoyo en el cuidado de la salud, se requirió de hacer fusión de categorías para evitar datos confusos por el número mínimo de sujetos que conformaban las categorías iniciales. Por esta razón, únicamente quedaron las categorías hijo con n=36 y la categoría cónyuge con n=40, para un total de N=76 respectivamente.

En la categoría hijo se encontraron los siguientes datos: un puntaje ASA mínimo de 57, un máximo de 86 y una media de 68.17; mientras que en la categoría cónyuge, se

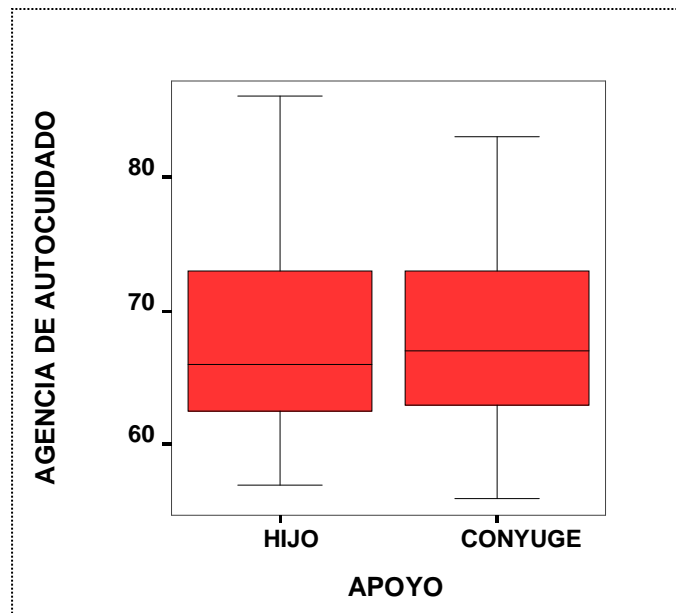
evidenció un puntaje mínimo de 56, un máximo de 83 y una media de 67.68. Estos valores se resumen en la tabla 4-36, datos equivalentes entre las categorías propuestas y que justifican un mismo nivel de capacidad de agencia de autocuidado de los participantes en el estudio cuyo principal apoyo en el cuidado de la salud es el hijo o el cónyuge.

**Tabla 4-36:** Análisis descriptivo Capacidad de agencia de autocuidado y apoyo en el cuidado de la salud

Descriptivos					
ASA					
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%
					Límite inferior
<b>HIJO</b>	36	68,17	7,443	1,241	65,65
<b>CÓNYUGE</b>	40	67,68	6,541	1,034	65,58
<b>Total</b>	76	67,91	6,940	,796	66,32

Descriptivos			
ASA			
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Mínimo	Máximo
	Límite superior		
<b>HIJO</b>	70,69	57	86
<b>CÓNYUGE</b>	69,77	56	83
<b>Total</b>	69,49	56	86

Gráficamente, la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el principal apoyo que recibe el paciente para el cuidado de su salud de parte de algún miembro de su familia es semejante en cada una de las categorías establecidas. Además, se representa una variabilidad similar entre ellas y una ligera diferencia en el puntaje máximo obtenido en el ASA. Ver gráfica 4-21.

**Gráfica 4-21:** Capacidad de Agencia de Autocuidado vs. Apoyo en el cuidado de la salud

Luego de presentar el análisis estadístico de los factores básicos condicionantes evaluados en el presente estudio, a saber: edad, género, factores socioculturales y factores del sistema familiar, con sus respectivos aspectos o categorías establecidas, y obtener los resultados que indican la asociación o no entre estas variables y las respuestas provenientes del instrumento ASA a través de la aplicación del análisis de varianza ANOVA y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, se mencionan a continuación aquellos estudios que relacionaron estas dos variables en poblaciones con algún tipo de enfermedad coronaria, no propiamente en el síndrome coronario agudo, teniendo en cuenta que hasta el momento y de acuerdo a la revisión literaria realizada no se han encontrado investigaciones que determinen esta relación.

El factor básico condicionante edad ha sido estudiado frente a la capacidad de agencia de autocuidado en varias investigaciones, entre ellas se encuentra la realizada por Martínez<sup>191</sup>, quien concluyó que la edad no influye en la capacidad de agencia de autocuidado, al obtener por medio de la prueba estadística de Fisher un valor  $p = 0.16$ , teniendo un valor  $p$  de referencia de 0.05, aceptando por la tanto que no existe una

---

<sup>191</sup> MARTÍNEZ. Op cit., p. 81.

relación significativa entre este factor con la capacidad potencial para el autocuidado en los sujetos de la muestra.

Contrario a lo expuesto por Martínez, en Guatemala Porras Enma<sup>192</sup>, encuentra en su investigación que la edad influye directamente en la capacidad de agencia de autocuidado, al obtener un valor  $p= 0.0002$ , indicando que la edad si se asocia significativamente a la capacidad potencial para el autocuidado, tal como lo había previsto y considerado en las hipótesis planteadas.

De igual forma, Ortiz Carmina<sup>193</sup> en Nicaragua, establece que a pesar de tener representación de todos los rangos de edad estipulados no marcaron ninguna variabilidad en la capacidad potencial para el autocuidado, describiendo que no existe asociación entre las dos variables en su estudio.

Asimismo, Berrocal<sup>194</sup> al establecer la asociación entre los factores básicos condicionantes en el autocuidado de la salud cardiovascular en personas con hipertensión arterial en Montería, indica que según los hallazgos del estudio demuestran la fuerte asociación existente entre las variables analizadas.

Finalmente, en la investigación desarrollada por Espitia<sup>195</sup>, se concluye que hay una fuerte asociación entre la edad y la capacidad de agencia de autocuidado al obtener en el análisis estadístico un valor  $p=0.000$ . Además, indica que la edad junto con el estado de desarrollo, condicionan los medios que pueden usarse para satisfacer los requisitos de autocuidado universales, de desarrollo y en los estados de desviación de salud.

Con relación al factor básico condicionante género, las anteriores investigaciones también plantean la relación con la capacidad de agencia de autocuidado, en las cuales concluyen lo siguiente:

---

<sup>192</sup> PORRAS E. Op cit., p. 91.

<sup>193</sup> ORTIZ. Op cit., p.108.

<sup>194</sup> BERROCAL. Op cit.,p 57.

<sup>195</sup> ESPITIA. Op cit., 125

Martínez<sup>196</sup>, al encontrar un valor  $p=0.67$  y  $0.42$  al establecer una relación entre el género y la agencia de autocuidado, concluye que no existe una asociación significativa entre ellas. Sin embargo, menciona que las mujeres son quienes se comprometen en más actividades de promoción de salud que los hombres, trayendo como consecuencia un mayor nivel de autocuidado.

Porras<sup>197</sup> por su parte, considera que siendo el valor  $p=0.503$  al plantear la relación entre género y agencia de autocuidado, no existe algún nivel de asociación significativa entre las variables, es decir, concluye que el género no determina ninguna diferencia en los valores de la capacidad potencial para autocuidarse en la población investigada.

Ortiz<sup>198</sup>, descubre en su análisis que ambos sexos se ubican en el nivel bajo con una representación muy pequeña en el nivel medio, por tal razón, la homogeneidad de los resultados no permitió reconocer la asociación prevista, por lo que concluye que en esa muestra el género no se mostró como condicionante de la capacidad potencial para el autocuidado.

De igual forma, Espitia<sup>199</sup> indica que no existe asociación entre el género y la capacidad de agencia de autocuidado confirmando esta conclusión al reportar un valor  $p=0.150$  luego de ejecutar el análisis respectivo entre estas variables.

Respecto al factor sociocultural como factor básico condicionante para el autocuidado, los estudios enuncian las siguientes conclusiones al relacionarlo con la capacidad de agencia de autocuidado:

Para evaluar el factor básico condicionante de autocuidado, factor sociocultural, Martínez<sup>200</sup> establece la categoría Nivel educativo en los sujetos de investigación; obteniendo en su análisis un valor  $p$  de  $0.076$ , por lo que culmina diciendo que no existe una relación significativa entre las variables; a pesar de observar una aproximación al

---

<sup>196</sup> MARTÍNEZ. Op cit., p.80.

<sup>197</sup> PORRAS. Op cit., p. 92.

<sup>198</sup> ORTIZ. Op cit.,p. 109.

<sup>199</sup> ESPITIA. Op cit.,p. 127.

<sup>200</sup> MARTÍNEZ. Op cit., p.82.

valor de referencia, se podría conceder que la asociación es baja, pero que no se excluye totalmente. Describe además, que los niveles educativos bajos se asocian a niveles de salud deficientes, en especial cuando el nivel educativo forma parte del nivel o escala socioeconómica de los sujetos. Asimismo, en esta investigación, se comprobó que  $p$  es mayor de 0.05 lo que indica que en ese grupo, el nivel socioeconómico no tiene relación con la capacidad potencial para autocuidarse, valor  $p= 0.69$ .

En el estudio de Porras<sup>201</sup>, el nivel educativo como un aspecto del factor básico condicionante sociocultural, no hizo ninguna diferencia en los resultados logrados para la capacidad potencial para el autocuidado, el cual corresponde a la homogeneidad en el nivel educativo del grupo y en donde el valor  $p$  obtenido es de 0.9696 respectivamente. De igual forma, el nivel socioeconómico tampoco es un factor condicionante del autocuidado en esta población teniendo como referente el valor  $p= 0.7659$  luego del análisis ejecutado.

No obstante, y a pesar de que la educación se ha reportado como un factor influyente en el comportamiento de promoción de salud según Allinger y Dear, en el estudio representado por Ortiz<sup>202</sup>, tanto el nivel educativo como el nivel socioeconómico no son aspectos que influyan directamente en la capacidad potencial para autocuidarse y sus datos reportaron que no existe asociación entre estas variables.

Por su parte, Espitia evaluó el factor básico condicionante –factor sociocultural- y la asociación que tiene con la capacidad de agencia de autocuidado mediante la realización de tablas de contingencia entre las variables mencionadas y el empleo del coeficiente de correlación de Chi cuadrado. Los aspectos que caracterizaron el factor sociocultural fueron: nivel educativo con un valor  $p= 0.786$ , religión valor  $p= 0.234$  y participación a un grupo social por parte del sujeto de investigación con un valor  $p= 0.544$ , datos que según las referencias estadísticas que estipuló Espitia, indican que no existe asociación entre el factor sociocultural y la capacidad de agencia de autocuidado. De igual manera, Espitia indica que el factor básico condicionante Sistema familiar en la población estudiada, no

---

<sup>201</sup> PORRAS. Op cit.,p. 93.

<sup>202</sup> ORTIZ. Op cit., p.110.

tiene influencia en la capacidad de agencia de autocuidado al obtener los siguientes datos en cada una de las categorías determinadas en el estudio: estado civil con valor  $p=0.122$ , apoyo a su salud con valor  $p=0.160$ , y familia y salud con valor  $p=0.788$ . Por lo tanto, concluye que tampoco existe una asociación significativa entre el sistema familiar y la capacidad de agencia de autocuidado en la población evaluada<sup>203</sup>.

De esta manera, los estudios que han investigado la asociación entre los factores básicos condicionantes del autocuidado: edad, género, factores socioculturales y sistema familiar con la capacidad de agencia de autocuidado, se relacionan con los resultados encontrados en el presente estudio, porque no se encuentra una asociación significativa entre cada una de estas variables, aunque es importante señalar que se abordaron poblaciones con enfermedad coronaria de diverso tipo, ninguna de ellas, en sujetos de investigación que presenten síndrome coronario agudo.

---

<sup>203</sup> ESPITIA. Op cit., p. 126.



## 5. Conclusiones y recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

- A pesar que los resultados obtenidos no apoyaron la hipótesis principal propuesta, se concluye que los factores básicos condicionantes del autocuidado: edad, género, factores socioculturales y sistema familiar **no tienen una asociación significativa con la capacidad de agencia de autocuidado** en los sujetos del presente estudio, quienes presentaron síndrome coronario agudo y que se encontraban hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael en Bogotá, y que hicieron parte de la investigación de acuerdo a los criterios de inclusión de la misma.
- De acuerdo a las características sociodemográficas que identificaron a las personas participantes en el estudio, se evidenció que en el factor básico condicionante edad, el rango de edad que predominó en la muestra fue el de mayores de 60 años, población que de acuerdo a los datos emitidos por instituciones como DANE también son quienes presentan mayor grado de mortalidad por infarto de miocardio en Bogotá y en Colombia.
- En cuanto al factor básico condicionante género, el masculino conforma la mayor parte de la muestra. Resultados que se asemejan con los presentados por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y el Departamento de Estadística Nacional, quienes indican que la primera causa de morbi-mortalidad general en la capital de Colombia se presenta con mayor incidencia en hombres que en mujeres, lo cual está ligado a aspectos fisiológicos, psicológicos y socioculturales de la población.
- Por su parte, los factores socioculturales que se plantearon en el estudio, constituyen un aspecto multidimensional del individuo y cuyas diferencias se ven reflejadas en el

nivel socioeconómico, el nivel educativo, la ocupación y la pertenencia del sujeto a un grupo social o comunitario. De esta manera, el nivel socioeconómico que prevaleció en la muestra fue el perteneciente al estrato 2 o nivel socioeconómico bajo; respecto al nivel educativo preponderó aquellos sujetos que alcanzaron un bachillerato incompleto, seguidos por aquellos que son analfabetas o tuvieron una primaria incompleta a diferencia de quienes conformaron el grupo de bachillerato completo-técnico. Además, la mayor parte de los participantes no tiene una ocupación laboral en la actualidad y tampoco pertenecen o asisten a un grupo social o comunitario que promueva su bienestar en salud. Lo anterior hace pensar que dentro de los grupos sociales más desfavorecidos existe mayor acopio de factores de riesgo para la presentación del síndrome coronario agudo, sin desconocer que en esta investigación al realizar la asociación entre este factor básico condicionante y la capacidad de agencia de autocuidado no se halló una influencia significativa entre estas dos variables.

- En relación con el factor básico condicionante sistema familiar, es importante señalar que los participantes cuentan con una red de apoyo familiar que favorece su acompañamiento y cuidado de la salud. La totalidad de los sujetos reciben asistencia en el cuidado de su salud en esta situación y en casos anteriores; para efectos del presente estudio, los sujetos reciben apoyo principalmente de su cónyuge y de sus hijos. En este sentido, los miembros de la familia como tradicionalmente se considera, constituyen un elemento relevante y facilitador en el cuidado de la salud frente a diversos procesos de la enfermedad, en este caso en la aparición de un infarto de miocardio o de angina inestable. Esta característica de los sujetos de investigación, se relaciona con lo mencionado por Orem en su teoría, quien indica que ellos se comportan como agentes de cuidado al asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él; y que a su vez regulan el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas; por lo tanto, se infiere que el apoyo familiar puede promover entre otros aspectos: el apoyo emocional, estilos de vida saludables, la adherencia al tratamiento y la superación de las diversas crisis situacionales que puede causar la enfermedad en los individuos.

## 5. Conclusiones

---

- Se identificó que la mayor parte de los sujetos se encuentran casados y en su totalidad desempeñan el rol de padres dentro de su núcleo familiar, por lo tanto, el vivenciar un infarto de miocardio o un episodio de angina inestable, podría generar cambios tanto funcionales como estructurales en la familia, afectando por consiguiente la distribución de roles en cada uno de sus miembros con el peligro de la pérdida de identidad del mismo.
- De acuerdo a la escala ASA, predominan los sujetos con una regular capacidad de agencia de autocuidado, seguido de aquellas personas con una baja capacidad de agencia y finalmente los que tienen una buena capacidad de agencia de autocuidado. Estos resultados permiten concluir que es primordial establecer acciones específicas que promuevan y faciliten el autocuidado en las personas que presentan algún tipo de síndrome coronario agudo, evitando situaciones similares posteriores y eventuales complicaciones en el estado de salud suscitadas de la misma. Enfermería como agente activo y principal promotor del cuidado en las personas cuenta con el escenario ideal para planear, estructurar, organizar, ejecutar y evaluar dichas actividades y programas que fomentan el autocuidado en esta población.

A partir de los resultados obtenidos mediante la aplicación del análisis de varianza ANOVA y de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, se logró establecer la asociación entre los cuatro factores básicos condicionantes de los diez propuestos por Orem en su teoría y la capacidad de agencia de autocuidado de los sujetos participantes en el estudio. Además, se utilizó el análisis de correlación estadístico de Pearson y Spearman entre el factor edad y la capacidad de agencia de autocuidado, concluyendo lo siguiente:

- Entre el factor básico condicionante edad y la capacidad de agencia de autocuidado **no existe una asociación significativa**. De acuerdo a los análisis realizados, se obtuvo un valor  $p= 0.917$  con la correlación de Pearson, mientras que en la correlación

de Spearman un valor de  $p= 0.665$ , datos que confirman que la edad no es un factor que influya en la capacidad de agencia de autocuidado en los sujetos participantes en el estudio, teniendo en cuenta que el valor  $p$  asumido fue de 0.05 respectivamente. Esta conclusión se relaciona con las obtenidas en estudios realizados en Centroamérica, en los cuales tampoco evidenciaron una asociación entre éstas. Vale aclarar que las asociaciones planteadas en los estudios de Centroamérica se plantearon en poblaciones con enfermedades coronarias distintas al síndrome coronario agudo.

- La asociación entre el factor básico condicionante género y la capacidad de agencia de autocuidado reportó en el análisis estadístico un valor  $p= 0.111$  y  $0.119$ , indicando por lo tanto que **no existe una influencia directa del género en la capacidad de autocuidado**. Sin embargo, se evidenció una ligera diferencia en la capacidad de agencia entre el género femenino y el masculino, en donde se encontró que las mujeres poseen una mayor capacidad de agencia de autocuidado (mayor compromiso en el cuidado de la salud) en relación con los hombres, no obstante, esta diferencia no es lo suficientemente significativa para concluir que si existe una asociación entre estas variables.
- Entre el factor básico condicionante: factores socioculturales y la capacidad de agencia de autocuidado, se concluye que **no existe una asociación significativa entre estas**. Lo cual se corroboró al evaluar cada una de las categorías que se determinaron para caracterizar la variable factores socioculturales, es decir, al analizar el nivel socioeconómico, el nivel educativo, la pertenencia a un grupo social o comunitario y la actividad actual (ocupación) en cada uno de los participantes frente a la escala ASA, ninguno de ellos demostró una influencia relevante en su capacidad de agencia de autocuidado. Empero, a la conclusión anteriormente señalada, es fundamental indicar que el nivel educativo o académico, la clase social basada en la ocupación y en los ingresos económicos, constituyen dimensiones específicas en las diferencias de la salud en los individuos de una población.
- Respecto a la asociación entre el sistema familiar, entendido este como un factor básico condicionante, y la capacidad de agencia de autocuidado, se determina que en la población estudiada **no existe una influencia directa y significativa entre las**

## 5. Conclusiones

---

**variables.** Sin embargo, se encontraron sutiles diferencias en cada una de las categorías establecidas para evaluar dicho factor básico. En este sentido, en la categoría estado civil, se encontró que el grupo de separados tiene una capacidad de autocuidado ligeramente mayor que los demás grupos (casado, unión libre, viudo). Asimismo, es primordial señalar que la totalidad de la población estudiada desempeña el rol de padres de familia, en donde las madres son quienes mantienen una diferencia mínima en la capacidad de autocuidado frente al grupo de los padres, sin presentar una asociación significativa con la agencia. A su vez, en la categoría de los miembros de familia quienes apoyan directamente el cuidado de la salud de cada uno de los sujetos de investigación, es el grupo del hijo en el cual los participantes tienen una ligera diferencia en la capacidad de autocuidado frente a aquellos en los que es el cónyuge quien brinda dicho apoyo. No obstante, y a pesar de las diferencias mencionadas entre las diversas categorías que se establecieron en el factor sistema familiar, se concluye que no existe asociación con la capacidad de agencia de autocuidado, pues la distribución general del ASA es la misma entre las categorías descritas en este sistema.

Finalmente, establecer la asociación entre los factores básicos condicionantes estipulados por Dorothea Orem: edad, género, factores socioculturales y sistema familiar, con la capacidad de agencia de autocuidado de las personas que presentan síndrome coronario agudo (infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST y angina inestable) hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael durante el tercer trimestre del año 2012, permitió en primera instancia, describir y conocer las características de esta población durante la presentación de un evento coronario agudo, el cual modifica evidentemente su estado de salud, y en segundo lugar, identificar la influencia significativa o no de estos factores en la capacidad de agencia de autocuidado en cada uno de ellos.

De igual forma, se evidenció que tanto el infarto de miocardio como la angina inestable son aspectos del síndrome coronario agudo que se encuentran en incremento en la

población estudiada, lo que se corrobora con estudios<sup>204,205</sup> que han llevado a cabo organizaciones como la OMS y la OPS en las cuales las proyecciones realizadas sobre las cuatro causas principales de muerte a nivel mundial para el 2030, indican que serán, en su orden y en primer lugar la enfermedad isquémica del corazón (infarto de miocardio).

## 5.2 Recomendaciones

Para estudios posteriores que busquen identificar la asociación entre los factores básicos condicionantes y la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con síndrome coronario agudo, se recomienda a partir de la presente investigación lo siguiente:

Para la docencia:

- Fomentar en los programas académicos la importancia de la utilización de la teoría en la práctica cotidiana del profesional de enfermería en cada una de las áreas o campos de acción del mismo.
- Proponer en los espacios académicos el autocuidado y la teoría de Dorothea Orem como una herramienta de intervención en el cuidado del ser humano.
- Se debe promover y fomentar el ejercicio serio y planificado de procesos investigativos entre los enfermeros que al mismo tiempo permitan visualizar la aplicación de la teoría en la práctica de enfermería.

Para la investigación:

- Se debe determinar la asociación de la capacidad de agencia de autocuidado con los restantes factores básicos condicionantes propuestos por Orem en esta población objeto de estudio, con el fin de identificar si influyen o no en la capacidad de agencia

---

<sup>204</sup> Organización Panamericana de la Salud. Panorama de la salud en la región de las Américas 2007. Washington: OPS; 2007.P. 19-22.

<sup>205</sup> Ibid.,p. 145.

## 5. Conclusiones

---

de autocuidado en estos sujetos y por lo cual se identificaría la cantidad de demanda en el cuidado terapéutico específico que estos requieren.

- Se sugiere tener en cuenta el factor básico estado de salud con el fin de comparar los resultados obtenidos entre poblaciones con síndrome coronario agudo y poblaciones sanas.
- Se debe determinar esta asociación con tamaños muestrales mayores que favorezca el proceso de análisis y por lo tanto las conclusiones se puedan aplicar a diversas poblaciones.
- Surge la necesidad de construir y desarrollar instrumentos específicos que permitan evaluar los factores básicos condicionantes, unificando criterios y conceptos en los mismos, y que a su vez estén acordes a la población que se va a abordar.

Para la asistencia:

- Fomentar la utilización de la Teoría del Autocuidado en el proceso salud-enfermedad en los diferentes campos de acción de enfermería.
- Utilizar los resultados obtenidos en el presente estudio como un referente en el cuidado de los sujetos que presentan síndrome coronario agudo.
- Es indispensable vincular al grupo familiar en los procesos de cuidado que se establezcan en los pacientes que cursan por un síndrome coronario agudo con el fin de promover actividades de autocuidado en la vida diaria de las personas.

Para la disciplina:

- Nutrir o fortalecer el cuerpo de conocimientos de la disciplina a partir de los hallazgos que se consideren relevantes en el presente estudio.

Para la institución:

- Promover en sus colaboradores la iniciativa de llevar a cabo procesos investigativos en la institución bajo los parámetros ético legales que caracteriza la investigación en seres humanos.
- Es fundamental implementar en el proceso de egreso de los pacientes que se encuentran hospitalizados aspectos estructurados y planeados que fomenten estilos de vida cardio-saludables y habilidades de autocuidado mediante el ejercicio del rol educativo que caracteriza al enfermero.
- Es necesario establecer un plan de cuidado específico en los pacientes con síndrome coronario agudo que ingresan y egresan de la institución Hospital Universitario Clínica San Rafael, a partir de teorías o modelos de enfermería que justifiquen las acciones o actividades propuestas en el mismo; además que permitan promover habilidades de autocuidado tanto en el usuario como en su grupo familiar.

Formulación de políticas de salud:

- Se deben identificar aquellos elementos de poder que menciona Orem en su teoría a partir de la aplicación del instrumento Escala de Agencia de Autocuidado y que requieran ineludiblemente la planeación y ejecución de actividades que promuevan el autocuidado en la población con síndrome coronario o que sean extensibles a otras poblaciones.
- Se deben plantear programas educativos y proyectos investigativos que potencialicen las habilidades y acciones de autocuidado en las personas que cursan o experimentaron algún tipo del síndrome coronario y que demuestran a su vez los beneficios en su bienestar y calidad de vida.

## A. Anexo: Consentimiento informado

Yo \_\_\_\_\_, identificado con C.C. No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, he recibido explicación sobre el estudio, *Requisitos y capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con Síndrome Coronario Agudo*, el cual hace parte de un proyecto de investigación de la línea cuidado de la salud cardiovascular de la Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, el cual será desarrollado en pacientes hospitalizados en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá. Me han informado que el objetivo del estudio es conocer la manera en que se relaciona los requisitos de autocuidado y la capacidad de efectuar acciones de autocuidado en la vida diaria al presentar un episodio que se conoce como Síndrome coronario agudo. Adicionalmente se espera que los resultados de la investigación logren mejorar la calidad de los programas de salud y de enfermería que se ocupan del cuidado de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo.

La información será recolectada a través de dos cuestionarios que duran aproximadamente 30 minutos. Entiendo que el estudio no conlleva ningún riesgo y que no recibiré ninguna remuneración por la información brindada, salvo el beneficio de contribuir con este estudio a mejorar la atención de los pacientes que presentan la misma enfermedad. La información consignada en cada uno de los cuestionarios será mantenida bajo estricta confidencialidad, se usará sólo con fines académicos y mi nombre no será utilizado en ninguna publicación posterior durante y posterior al estudio. De igual manera, si decido participar, soy libre de retirar el consentimiento en cualquier momento de la investigación y detener la entrevista, sin perjuicio para mí o en la atención que recibo en la institución.

Puedo escoger no participar en este estudio de investigación, en cuyo caso no afectará la atención que recibo del personal de salud. Si tengo alguna pregunta sobre esta investigación, me puedo comunicar con \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ o con el director de la investigación al \_\_\_\_\_. Cualquier dato que pueda ser publicado en revistas científicas u otro medio de comunicación, no revelará la identidad de las personas participantes en el estudio. He leído y entendido el documento descrito arriba. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el presente estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

Fecha:



## B. Anexo: Instrumento de capacidad de agencia autocuidado

**Instrucciones:** Los enunciados que se alistan a continuación son utilizados por algunas personas para describirse a sí mismos en su forma habitual de ser. Por favor lea cada uno de ellos, marque el número que corresponda al grado que mejor lo describe como usted es. No hay respuesta correcta o incorrecta, sólo asegúrese de que selecciona la que mejor corresponde a su capacidad o habilidad.

Capacidad de agencia de autocuidado	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantenerme con salud.	1	2	3	4
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	1	2	3	4
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	1	2	3	4
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	1	2	3	4
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	1	2	3	4
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	1	2	3	4
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	1	2	3	4
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	1	2	3	4
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	1	2	3	4
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de	1	2	3	4

ser.				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
20. Debido a mis preocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
23. Puedo sacar tiempo para mí.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

## C. Anexo. Ficha de factores básicos condicionantes del autocuidado

**Investigación:** Factores básicos condicionantes del autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con Síndrome coronario agudo.  
**Encuesta N°** \_\_\_\_\_

**Número de Historia Clínica:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

1. **Edad** en años cumplidos a la fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

2. **Género:**

1. Femenino
2. Masculino

### FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

3. Estado civil:

1. Soltero
2. Casado
3. Separado
4. Viudo
5. Unión libre

4. Qué posición ocupa usted dentro de su núcleo familiar:

1. Padre
2. Madre
3. Hijo
4. Otro \_\_\_\_\_

5. Usted de quién recibe apoyo dentro de su núcleo familiar en el cuidado de su salud:

1. Sin ayuda
2. Madre
3. Padre
4. Hijo(a)
5. Otro \_\_\_\_\_

6. El principal proveedor de recursos en el hogar es:

1. Usted
2. Conyugue
3. Hijo
4. Otra persona \_\_\_\_\_

### **FACTORES SOCIOCULTURALES**

7. Actividad Actual:

0. Sin actividad
1. Hogar
2. Empleado
3. Actividades lúdicas
4. Otros  
Cuáles \_\_\_\_\_

8. Pertenece a un grupo social o comunitario:

1. Si
2. No

9. Nivel de estudio académico:

1. Analfabeta
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Bachillerato incompleto
5. Bachillerato completo
6. Técnico
7. Universitario

10. Estrato socio-económico de la vivienda actual:

1. Estrato 1
2. Estrato 2
3. Estrato 3
4. Estrato 4
5. Estrato 5
6. Estrato 6
7. Sin información/No sabe





## Bibliografía

ACHURY, Saldaña. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. En Aquichán. 2007, Vol 7 (2)., p. 139-160.

AMAYA, Myriam. Barreras percibidas para el autocuidado frente a los requisitos de autocuidado en estados de desviación de la salud en personas adultas con infarto agudo de miocardio atendidas en la Fundación Abood Shaioen el año 2002. Tesis Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2004. 213 p.

ARAYA, José y GARCÍA, Fresia. Influencia del autocuidado en un programa de salud cardiovascular. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar: Modulo I: Tendencias en salud pública, salud familiar, comunitaria y promoción. [on line] Universidad Austral de Chile, La Serena. Marzo-mayo del 2007 [consultado el 18 agosto de 2011] Disponible en: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/pdf>

ARLENE, E. Effects of Orem- based nursing intervention on nutritional self-care of myocardial infarction patients. En: Int. Journal Nursing Stud, 1996, Vol 33(3), p. 259-279.

ARREDONDO, Edith. Comportamientos de agencia de autocuidado de adultos con falla cardíaca en una institución de Medellín. Tesis de enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería 2009. 205 p.

ARREDONDO, Edith. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardíaca. En: Avances en Enfermería. 2010, vol 28(1), p. 21-30.

ARTINIAN, Nancy. Self care behaviors among patients with heart failure. En: Issues in Cardiovascular Nursing. Heart & Lung. 2002, vol 31(3), p. 161-172.

ASSENT II Investigators. Single-bolus tenecteplase compared with front-loaded alteplase in myocardial infarction: the ASSENT- 2 double-blind randomised trial Assessment of the Safety and Efficacy of a New Thrombolytic Agent. En: Lancet 1999; 354: 716-722.

AVALOS, A. Clínicas de insuficiencia cardiaca, la importancia del autocuidado. En: Rev Enferm Hosp Ital. 1999, vol 2(6)., p. 37-42.

BAAS, L. Self care resources and activity as predictors of quality of life in persons after myocardial infarction. En: Dimensions of critical care Nursing, 2004, vol 23(3)., p. 131-138.

BASTIDAS, Clara. Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológico y no farmacológicos de personas con alguna condición de enfermedad coronaria. En: Avances en Enfermería. 2007, vol 25(2), p. 65-75.

BASTIDAS, Clara. Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. Tesis para magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006. 127p.

BELTRÁN, Javier y otros. Guías colombianas de cardiología Síndrome coronario agudo sin elevación del ST. En: Revista Colombiana de Cardiología. Diciembre 2008; vol 15 (3), p. 139-232.

BERMEJO J; LÓPEZ DE SÁ, E; LÓPEZ SENDÓN J y otros. Angina inestable en el anciano: perfil clínico, manejo y mortalidad a los tres meses. En: Rev Española de Cardiología 2000; 53: p.1564-1572.

BERROCAL, Neila y TORDECILLA, Carmen. Factores condicionantes básicos asociados al autocuidado de la salud cardiovascular en personas con hipertensión arterial, Montería. Colombia. 2010.

BHUYAN, Kuman. Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countries. En: Biomed Central Public Health, 2004, vol 4., p. 11-25.

BUENO, Gladys y cols. Factores básicos condicionantes y capacidades de la agencia de autocuidado asociadas a estados de déficit de autocuidado en personas que padecen EPOC. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 1988.

BURNS, Nancy y GROVE, Susan. En: Investigación en Enfermería. 3 ed. Madrid: El Sevier, 2004.

CALLAGHAN, Donna. Healthy behaviors, self-efficacy, self-care and basic conditioning factors in older adults. En: Journal of Community Health Nursing. 2005; 22(3): p. 169-178.

CALLAGHAN, Donna. Basic conditioning factors influences on adolescents healthy behaviors, self-efficacy and self-care. En: Issues in Comprehensive Pediatric Nursing. 2006; 29: p. 191-204.

CAVANAGH, S. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson Salvat Enfermería, 1993

CHANG CL, et al. Can cardiovascular risk factors explain the association between education and cardiovascular disease in young women? En: J ClinEpidemiol. 2002;55:749-55.

CLAVIJO, T. Creencias y prácticas de autocuidado de los padres de familia en cuatro escuelas del Magdalena Medio. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia Microfilm. En: 0223 c-73 ej(2) 1999.

CLARK AM y RAINE K. The American Cancer Society, American Diabetes Association, and American Heart Association joint statement on preventing cancer, cardiovascular disease, and diabetes: where are the social determinants? En: Diabetes Care. 2004; 27: 3024. [Consultado el 11 de noviembre de 2012] Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/posicion-socioeconomica-e-infarto-udo/articulo/13154327/>

COLLIERE, F. Promover la vida. Madrid: Interamericana. 1993: p. 385.

COMA A, et al. Education and occupational social class: their relationship as indicators of socio-economic position to study social inequalities in health using health interview surveys. En: Aten Primaria. 2003;32:208-15.

CONTRETRAS, María y JORDAN, María. Factores condicionantes básicos en la capacidad de autocuidado del paciente con hipertensión arterial. México. En: Desarrollo Cient. Enferm. 2011; 19(1): p. 20-24.

CORBALÁN, Ramón. Síndrome coronarios agudos y edad avanzada. En: Rev Española de Cardiología: 2000; 53 (12): p. 1561-1563. [Consultado el 12 septiembre de 2012]. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=12420&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=108&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revvespcardiol.org&lan=es&fichero=25v53n12a05035pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=12420&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=108&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revvespcardiol.org&lan=es&fichero=25v53n12a05035pdf001.pdf)

DAVEY SMITH G, et al. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? En: J Epidemiol Community Health. 1998;52:153-60.

DE LA REVILLA L. El apoyo social y la atención primaria de salud. En: Revista de atención primaria: 1991; 8: 664-668.

DENISE, Burnette. Gender, self-care and functional status among older persons with coronary heart disease: a national perspective. En: Women and Health, 2004, vol 39 (1), p. 65-84.

DIAZ, Amador. Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. En: Archivos en medicina familiar. 2007, vol 9(2), p. 99-107.

DOMINGUEZ, Antonio y cols. Prevención y tratamiento del síndrome coronario agudo. En: Revista Española de Cardiología. 2006, vol 6; p. 36-45.

ESPITIA, Luz. 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. Bogotá, 2011. Tesis de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

ESPITIA, Sonia. Percepciones y creencias relacionadas con el cambio de hábitos de vida, de un grupo de personas que padecieron un evento coronario agudo. Tesis de Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009. 171 p.

EVERS, G y ISENBERG, M. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency ASA- scale. *Int J Nurs Stud.* 1993; 30 (4): 331-42.

FERNÁNDEZ, Alba y MANRIQUE-ABRIL, Fred. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. En: *av. Enferm:* 2011: 29(1): p.30-41.

FOUCAULT, M. Historia de la sexualidad: la inquietud de sí. México: Siglo XXI. 1987: 38-68.

FOUCAULT, M. Hermenéutica del sujeto. La Plata: Altamira; 1996. p. 36-58.

FRY, Sara. Ética en la práctica de enfermería. Una guía para la toma de decisiones éticas. 3 ed. México, Ed. Manual Moderno. 2008.

GALLEGOS, E. Valoración de las capacidades de autocuidado. En: *Desarrollo Científico Enferm.* 1988, vol 6 (9), p. 260-266.

GALLEGOS, Esther. Capacidades de autocuidado del adulto con Diabetes Tipo 2. En: *Investigación y Educación en Enfermería*, 1999, vol 17(2)., p. 25.

GARCIA, María y RODRIGUEZ, Mariluz. Prevención de la enfermedad Coronaria. En: *Enfermería Cardiovascular.* Comité editorial. Capítulo de Enfermería. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá: Distribuna Editorial, 2008. Pág. 263-292.

GARZÓN, Nelly. La profesionalización en Enfermería y su impacto social. En: *Revista de Enfermería*, Instituto Nacional Mexicano del Seguro Social- México. 1988, vol 1 (2-3), p. 60-65.

GAST, Hertha L, DENYES, Mary y cols. Agencia de Autocuidado: Conceptualización y Operacionalización. En: *Advances in Nursing Science*. 1989; 12 (1): 26-38. Adaptado, Traducción Edilma de Reales. pp. 1-2.

GEOPINGER, Jean. Changing health behavior and outcomes through self-care. En: Lancaster Jeannette, *Concepts for advanced nursing practice, the nurse as a change agent*. The Mosby Co. Saint Louis, 1982, p .372-385.

GONZÁLEZ-ZOBL, Griselda, *et al.* Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio: estudio caso-control de base poblacional. En: *Rev Esp Cardiol*: 2010;63(9): 1045-1053.

GUADRON, Julia. Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse para promocionar la salud en personas de 18 años y más que viven en situación de enfermedad cardiovascular y asistieron a la Consulta externa de cardiología del Hospital Nacional Rosales (El Salvador). Bogotá, 2002. Tesis de Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

GUERRA, Cristobal y otros. Validación preliminar de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. En: *PSYKHE*. 2008, vol 17(2), p.67-78.

GUIRAO, G. La agencia de autocuidados: una perspectiva desde la complejidad. [Online] Educare21. 2003 [citado el: 18 agosto de 2011] Disponible en [http://www.uv.es/joguigo/Sitio/5F45EC69-0045-4D2E-BA8F-1A9938FB3A89\\_files/agencia.pdf](http://www.uv.es/joguigo/Sitio/5F45EC69-0045-4D2E-BA8F-1A9938FB3A89_files/agencia.pdf)

HERNÁNDEZ SAMPIERI Roberto. COLLADO FERNANDEZ Carlos. BAPTOSTA LUCIO Pilar. Metodología de la investigación. Quinta edición 2010.McGraw Hill.

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL. Guía de diagnóstico y manejo del Síndrome Coronario Agudo. Área de Cardiología. Bogotá. Última actualización mayo de 2011.

IBAÑEZ, Claudia y RAMÍREZ, Gloria. Factores condicionantes básicos que influyen en el autocuidado de las primigestantes en trabajo de parto fisiológico inicial. Santiago de Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Enfermería. 1999.

INFAC. Prevención primaria de la enfermedad coronaria: intervención sobre los estilos de vida. [on line] España: vol 10 (1): enero 2002 [consultado el 16 agosto de 2011] Disponible en: [http://www9.euskadi.net/sanidad/cevime/datos/infac\\_v10n1.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/cevime/datos/infac_v10n1.pdf).

ISENBERG, M. Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. Citado por: RIVERA, Luz. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), segunda versión en español, adaptada para la población colombiana. En: Avances de Enfermería. Enero-Junio, 2009, vol XXVII no 1., p. 38-47.

ISENBERG, Marjorie. En: Mariling Parker. Nursing Theories and Practice. 2001. Philadelphia. Capítulo: Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. Resumen del capítulo en español, traducido por Edilma de Reales. Noviembre 2001.

JAARSMA, Tiny. Self-care behaviour of patients with heart failure. En: Scand Journal Caring Sci, 2000, vol 14 (1), p. 112-119.

JIMÉNEZ MURO Milagros, et al. Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado. En: Rev Esp Cardiol. 1999; 52: 467-474.

KELLER, Elizabeth y otros. Self-care limitations of persons after acute myocardial infarction. En: Applied Research. 1996, vol 9 (1), p. 24-28

KICKBUSH I. El autocuidado en la promoción de la salud. Promoción de la salud una antología. En: Pan American Health Organization PAHO, 2007., p. 243.

KUMAR, Khanindra. Health promotion through self-care and community participation: elements of a proposed programme in the developing countries. En: BMS Public Health. 2004, vol 4, p. 1-12.

LERNER, DS y KANNEL WB. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-Year follow-up of the Framingham population. Am Heart J 1986;111:383-90.

LEVIN, LS. Self care: lay initiatives in health. London: Croom Helm, 1977.

LUCERO, Alba. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. En: Investigación y Educación en Enfermería. 2006, vol 24 (2), p. 90-100.

LUKKARRINEN, Hannele. Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. En: Int. Journal Nursing Stud, 1997, vol 34(4), p. 295-304.

MACKENBACH JP, et al; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. En: N Engl J Med. 2008;358:2468-81.

MANDERBACKA K, et al. Are there socioeconomic differences in myocardial infarction event rates and fatality among patients with angina pectoris?. En: J Epidemiol Community Health. 2006;60:442-447.

MANDERBACKA, Kristiina y ELOVAINIO, Marko. La complejidad de la asociación entre posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. En: Rev Esp Cardiol: 2010; 63(9): 1015-1018.

MANRIQUE, Fred y otros. Análisis factorial de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado ASA en Colombia. En: AQUICHAN. 2009, vol 9(3), p. 222-235.

MARMOT MG, et al. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. En: J Epidemiol Community Health. 1978;32:244-9.

MARTEL, V. Emergencia del sujeto moderno. Documento proveniente de Tolerancia, XV Congreso Interamericano de Filosofía, II Congreso Iberoamericano de Filosofía; 12-16 de enero de 2004; Lima, Perú. [On line] Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2004 [citado el: 18 agosto de 2011]. Disponible en: [http://www.pucp.edu.pe/eventos/congresos/filosofia/programa\\_general/miercoles/sesion15-16.30/MartelVictor.pdf](http://www.pucp.edu.pe/eventos/congresos/filosofia/programa_general/miercoles/sesion15-16.30/MartelVictor.pdf)

MARTÍNEZ, Carlos. Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial para autocuidarse y promover la salud en personas de 18 años y más que viven en situación de enfermedad cardiovascular y asisten a la consulta externa del Centro de Salud El Chile de Tegucigalpa Honduras. Tesis Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2003. 104 p.

MCFADDEN E, et al. Occupational social class, educational level, smoking and body mass index, and cause-specific mortality in men and women: a prospective study in the European Prospective Investigation of Cancer and Nutrition in Norfolk (EPIC-Norfolk) cohort. En: Eur J Epidemiol. 2008;23:511-22

MENDEZ, E. Lineamientos generales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores que residen en lugares para ancianos. En: Rev Ann Gerontol, 1999, vol 1., p. 31-43.

MELIA, J. La construcción de la psicometría como ciencia teórica y aplicada. Valencia: Cristobal Serrano. Universidad de Valencia.[en línea]. 1990. [Consultado el 8 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.uv.es/~meliaj/Research/LibroCP/CPindex.htm>

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Colombia. Ilustrar al paciente acerca del autocuidado y de su seguridad. Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención de salud. 2008

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Guías para el manejo de urgencias: síndrome coronarios agudos. FEPAME. 3ª edición. Tomo I. 2009: p. 311-323.

MORALES, Enrique. Comparación de agencia de autocuidado en dos grupos de adultos mayores masculinos: uno hipertenso y otro con evento cardiovascular. Tesis Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2005. 99 p.

MUÑOZ, Nora. Reflections on self care as a category of analysis in health. En: SALUD COLECTIVA, Buenos Aires: septiembre-diciembre, 2009, vol 5(3), p. 391-401.

NAVAS, Diana. Conductas de autocuidado de los pacientes con fibrilación auricular crónica que están recibiendo tratamiento con anticoagulación oral en una institución de cuarto nivel durante el 2008. Tesis de enfermería. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. 2008. 113 p.

NOWELS, David. Validation of the EQ-5D quality of life instrument in patients after myocardial infarction. En: Qual Life Res. 2005, vol 14, p. 95-105.

OREM, Dorothea. La enfermería como un servicio de ayuda. En: Normas prácticas en Enfermería. Madrid. Ediciones Pirámide. 1983, p.79-115.

OREM, D. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat. 1988, p. 25-35.

OREM, Dorothea. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona. 1993: p. 152-155.

OREM, Dorothea. Views of human beings specific to nursing. En: Nursing Science Quarterly, 1997: 10(1): p26-32.

Organización Panamericana de la Salud. Panorama de la salud en la región de las Américas 2007. Washington: OPS; 2007, p. 19-22.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Promoción de la salud: Glosario. Ginebra, 1998., p. 1-37.

ORTIZ, Carmina. Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse para promoción de la salud de personas de 18 años y más, que viven una situación de enfermedad cardiovascular y que asisten a consulta al centro de salud Pedro Altamirano, Nicaragua. Tesis de Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2002. 198 p.

OSORIO, José. Principios éticos de la investigación en seres humanos y animales. [on line]. Buenos Aires, Medicina, 2000, 60 (2); p 255-258. [consultado 2 de septiembre de

2011]. Disponible en: [http://www.medicinabuenaosaires.com/revistas/vol60-00/2/v60\\_n2\\_255\\_258.pdf](http://www.medicinabuenaosaires.com/revistas/vol60-00/2/v60_n2_255_258.pdf).

PEÑALOZA, García. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Médico Preventiva. En: AV Enferm. 2006, vol 24(2), p. 3-79.

PEÑALOZA, Mónica. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial pertenecientes al convenio de magisterio e inscritos en el programa de patologías crónicas de la fundación médico Preventiva, en San José de Cúcuta año 2004. Tesis Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2004. 89 p.

POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. En: Investigación científica en ciencias de la salud. 6 Ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2005.

PORRAS, Enma. Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial para autocuidarse y promover la salud en personas de 18 años y más que viven en situación de enfermedad cardiovascular y asisten a la consulta externa del Hospital Roosevelt en la ciudad de Guatemala. Tesis Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2002. 107 p.

RAMÍREZ, María y Bautista, Luz. Relación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad potencial para autocuidarse de los adultos con enfermedad diabética. En: Revista Actualización en Enfermería. 2008: 11(2): 15-21.

RIEDINGGER, M. Congestive heart failure, normative group and patients with other chronic conditions. En: Am Journal Critical Care. 2002, vol 11 (3), p. 211-219.

RIEGEL, Barbara. A situation specific theory of heart failure self care. En: Journal of Cardiovascular Nursing, 2008, vol 23 (3)., p. 190-196.

RINCON, Fanny. La mujer con enfermedad coronaria: Reflexiones para volver a pensar en su cuidado. En: Enfermería Cardiovascular. Comité editorial. Capítulo de Enfermería. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá: Distribuna Editorial, 2008, p.131-145.

RIVERA, Álvarez. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. En: Revista de Salud Pública. 2006, vol 8(3), p. 235-247.

RIVERA, Luz. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. En: Cuadernos Hospital de Clínicas. 2007, vol 52(2), p. 30-38.

RIVERA, Luz. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizados en una clínica de Bogotá, Colombia. En: Rev. Salud Pública. 2006, vol 8(3), p. 235-247.

RIVERA, Luz. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular: obesidad y sedentarismo, en personas con hipertensión arterial. Tesis Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2006. 153 p.

RODRÍGUEZ Germán y otros. Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad coronaria en un programa de rehabilitación cardíaca. En: Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación: 2009; 19(2): 43-47. [Consultado el 10 de Agosto de 2012]. Disponible en: [https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:7yjhbaVO\\_TUJ:www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/download/36/33+estado+emocional+pacientes+coronarios](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:7yjhbaVO_TUJ:www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/download/36/33+estado+emocional+pacientes+coronarios)

ROHLFS, Izabella et al. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit* [en línea]. 2004, vol.18.(2): 55-64. [consultado el 10 de octubre de 2012]. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0213-9111.

ROSE G, MARMOT MG. Social class and coronary heart disease. En: *Br Heart J*. 1981;45:13-9.

ROJAS, Jorge. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria en salud. En: *Rev. Cubana Enfermería*. 2007, vol 23(1), p. 1-13.

SALOMAA V, et al. Relationship of socioeconomic status to the incidence and prehospital, 28-day, and 1-year mortality rates of acute coronary events in the FINMONICA myocardial infarction register study. En: *Circulation*. 2000;101:1913-8.

SLUSHER, Ida y WITHROW-FLETCHER, Cora. Appalachian women: Health beliefs, self-care and basic conditioning factors. En: *Journal of Cultural Diversity*. 2010; 17(3): p. 84-89.

SOLERA, Deisy. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial, Montería. Tesis Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2010.

SORIANO Y SOTOMAYOR. Percepción del estado de salud y su influencia en las capacidades de autocuidado en personas con síndrome coronario. En: *Revista mexicana enfermería cardiología*. 2005, vol 13 (1-2), p. 25-30.

TENAHUA, Quitl y cols. Capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular. En: *Enfermería en Cardiología*: 2007; 41(2): p. 19-24.

TEIXEIRA, Francisca y LEITE, Thelma. Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós-revascularização do miocárdio. En: *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn set-out*. 2005: vol 58 No. 5; P.519-23.

TOBO-MEDINA Natalia y otros. Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. En: *Aquichan*: 2010; 10(1): 19-33.

RUBIANO, Alexander. Capacidad de agencia de autocuidado de los afiliados mayores de 40 años con enfermedad coronaria pertenecientes a CAJA SALUD ARS-UT COMFANORTE en el municipio de Cúcuta. Tesis Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2005. 155 p.

SWAILS, Herr y otros. Motivating and empowering patients for self-learning. En: *Cardiac Rehabilitation: A guide to practice in the 21<sup>st</sup> century*. New York. Marcel Decaer. 1999; p.371-387.

TAYLOR, Susan. Teoría del déficit de autocuidado. En: Modelos y teorías en Enfermería. Ed. ELSEVIER. Barcelona, 2007. p. 267-287.

TENAHUA, Quitl. Capacidades de acciones de autocuidado en personas con riesgo cardiovascular. En: Enferm cardiología. 2007, vol 14(41), p. 19-24.

TIMMINS, Fiona. A critical analysis of the potential contribution of Orem's (2001) self-care deficit nursing theory to contemporary coronary care nursing practice. En: European Journal of Cardiovascular Nursing. 2007, vol 6, p. 32-39.

TOBÓN, Ofelia. El Autocuidado una habilidad para vivir. [On line] [Citado el: 13 agosto de 2011] Disponible en: [http:// bases.bireme.br / cgi-bin/ wxislind.exe/iah/ online/ ?IisScript=iah / iah.xis&src= google&base= LILACS&lang= p&nextAction= Ink&exprSearch= 479433&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=479433&indexSearch=ID)

TRISTAN, A. ¿Qué es la correlación?. En: Manual de fórmulas de correlación. Canadá: Traforrod, 2006. p. 1-19.

URIBE, JT. El Autocuidado y su papel en la promoción de la salud. En: Investigación y Educación en Enfermería. 1999; vol 17(2), p. 109-118.

VAN DOMBURG, R; VAN MILTENBURG-VAN, A; VEERHOEK, R y otros. Unstable angina: good long-term outcome after a complicated early course. En: J Am Coll Cardiol 1998; 31: 1534-1539. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=12420&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=108&accion=L&origen=cardio&web=http://www.ravespcardiol.org&lan=es&fichero=25v53n12a05035pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=12420&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=108&accion=L&origen=cardio&web=http://www.ravespcardiol.org&lan=es&fichero=25v53n12a05035pdf001.pdf)

VARGAS, Andrea. Prácticas de autocuidado frente al tratamiento no farmacológico en personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, clase funcional I, II y III, hospitalizadas en una institución de cuarto nivel de atención durante el periodo comprendido de enero a julio 2008. Tesis de grado en Enfermería. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. 2008. 115 p.

VELANDIA, Anita. Confiabilidad de la escala “Apreciación de la Agencia de Autocuidado” ASA, segunda versión en español, adaptada para la población colombiana. En *Avances en Enfermería*. 2009, vol 27(1), p. 38-47.

VELANDIA, Anita. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular que asisten a consulta externa en el Hospital Tunjuelito. Tesis Magister en Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2008. 184 p.

VELÁSQUEZ, Francisca. Factores condicionantes básicos y capacidades de autocuidado para la prevención de VIH/SIDA en adolescentes. Tesis para obtener el grado de Maestría en Ciencia de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. México. Julio, 2001.

WAMALA SP, et al. Potential explanations for the educational gradient in coronary heart disease: a population- based case-control study of Swedish women. En: *Am J Public Health*. 1999;89:315-21.

WENGER, N. Cardiopatía en la mujer: la evolución del conocimiento está modificando extraordinariamente la asistencia clínica. En: Julian DG, Wenger N, editores. *Cardiopatía en la mujer*. Barcelona: Edika Med; 1999.

WINKLEBY MA, et al. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. En: *Am J Public Health*. 1992;82:816-20.

WOODS, Nancy. Conceptualizations of self-care: toward health-oriented models. En: *Advances in Nursing Science*, 1989, vol 12(1), p. 1-13.

