

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado de
Licenciatura en Enfermería*

**PRÁCTICAS DE AUTOCAUIDADO EN
PERSONAS PROPENSAS A DESARROLLAR
ENFERMEDAD CORONARIA Y SU
EFECTIVIDAD, SEGÚN ESCALA DE ASA,
CENTRO CARDIOVASCULAR SM,
GOICOECHEA, MARZO 2018**

KRIS CHAVERRI ALFARO

2018

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	10
AGRADECIMIENTO.....	11
RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	14
CAPÍTULO I.....	16
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.1.1 Antecedentes del problema	17
1.1.1.1 Antecedentes Internacionales	17
1.1.1.2 Antecedentes Nacionales.....	21
1.1.2 Delimitación del problema	23
1.1.3 Justificación de la investigación.....	23
1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
1.3.1 Objetivo general	26
1.3.2 Objetivos específicos.....	26
CAPÍTULO II	28
MARCO TEÓRICO.....	28
2.1 MARCO TEÓRICO – CONTEXTUAL.....	29
2.1.1 Contexto histórico de la Enfermería.....	29
2.1.2 Promoción de la salud	32
2.1.3 Prevención de la enfermedad	33
2.1.4 Niveles de prevención	34
2.1.5 Aspectos Sociodemográficos	35
2.1.6 Prácticas de autocuidado	37
2.1.7 Escala de ASA.....	41
2.1.8 Enfermedad coronaria crónica o cardiopatía coronaria.....	43
2.1.8.1 Concepto.....	44
2.1.8.2 Fisiología.....	44
2.1.8.3 Fisiopatología.....	45
2.1.8.4 Clasificación.....	47
2.1.8.5 Síntomas	47
2.1.8.6 Factores de Riesgo	49

2.1.8.6.1 Factores de riesgo no modificables	50
2.1.8.6.2 Factores de riesgo modificables	51
2.1.9 Acciones de autocuidado recomendadas pre y post infarto agudo de miocardio	53
2.1.10 Programas de rehabilitación cardíaca.....	55
2.1.11 Teorizante de Enfermería	56
CAPÍTULO III	61
MARCO METODOLÓGICO	61
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	62
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	62
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	62
3.4 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	63
3.4.1 Población.....	63
3.4.2 Muestra.....	63
3.4.3 Criterios de inclusión y exclusión	63
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	64
3.6 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	70
3.6.1 Validez del cuestionario	70
3.6.2 Confiabilidad del cuestionario.....	71
3.7 PLAN PILOTO (VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS)	71
CAPÍTULO IV	72
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	72
4.1 GENERALIDADES.....	73
4.1.1 Aspectos Sociodemográficos	73
4.1.2 Factores de riesgo modificables	76
4.1.3 Grado de efectividad de autocuidado, según la escala “Apreciación de Agencia de Autocuidado” (ASA).....	86
4.1.4 Alpha de Cronbach – Medida de fiabilidad.....	91
CAPÍTULO V	92
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	92
5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	93
5.2 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	95
5.2.1 Pacientes infartados.....	96
5.2.2 Pacientes no infartados.....	97
5.2.3 Nivel de autocuidado.....	98
CAPÍTULO VI.....	100

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	100
6.1 CONCLUSION	101
6.2 RECOMENDACIONES	103
6.2.1 Para los profesionales en Enfermería	103
6.2.2 Para el Centro Cardiovascular SM	103
6.2.3 A nivel académico e investigativo.....	103
BIBLIOGRAFÍA.....	105
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	118
GLOSARIO.....	119
ABREVIATURAS	123
ANEXOS.....	124
CONSENTIMIENTO INFORMADO	125
INSTRUMENTO DE APLICACIÓN.....	127
DECLARACIÓN JURADA	136
CARTA DE APROBACIÓN DEL CENTRO MÉDICO.....	138
CARTAS DE ACEPTACIÓN	140

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Distribución porcentual de la población, según sexo, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	73
Figura N° 2: Distribución de la población, según rangos de edad, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	74
Figura N° 3: Distribución porcentual de la población, según provincia de residencia, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	74
Figura N° 4: Distribución de la población, según nivel de escolaridad, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	75
Figura N° 5: Distribución de la población, según ocupación, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	76
Figura N° 6: Distribución de la población, según el hábito de fumado, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	77
Figura N° 7: Distribución porcentual de la población, según el consumo de alcohol, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	78
Figura N° 8: Distribución de la población, según enfermedad de etilismo, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	78
Figura N° 9: Distribución de la población, según padecimiento de Hipertensión Arterial, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	79
Figura N° 10: Distribución de la población, según padecimiento de Diabetes Mellitus, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	80
Figura N° 11: Distribución de la población, según padecimiento de Dislipidemia, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	80

Figura N° 12: Distribución de la población, según padecimiento de Obesidad, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018	81
Figura N° 13: Distribución de la población, según ingesta de frutas, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	83
Figura N° 14: Distribución de la población, según ingesta de verduras y vegetales, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018	84
Figura N° 15: Distribución porcentual de la población, según ocurrencia de infarto, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	85
Figura N° 16: Distribución porcentual de la población, según realización de cateterismo cardiaco, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	85
Figura N° 17: Distribución porcentual de población, según grado de efectividad de autocuidado en Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado aplicada a los pacientes, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	88
Figura N° 18: Distribución porcentual, según último examen de glucosa en sangre realizado, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	89
Figura N° 19: Distribución, según último examen de lípidos en sangre realizado, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018	89
Figura N° 20: Distribución, según cuidador del participante, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Criterios de inclusión y exclusión de la población en estudio, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	63
Tabla N° 2: Distribución de la población en estudio, según estado civil, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	75
Tabla N° 3: Distribución de la población en estudio, según hábito de fumado y edad de inicio, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	77
Tabla N° 4: Frecuencia de consumo de alcohol y cantidad promedio en la población en estudio, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	79
Tabla N° 5: Tiempo en que la población en estudio pasa sentado o acostado al día, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea 2018.....	81
Tabla N° 6: Distribución de la población según, hábito y tipo de actividad física, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	82
Tabla N° 7: Distribución de la población, según frecuencia y duración de actividad física, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea 2018.....	82
Tabla N° 8: Distribución de la población según último cateterismo cardiaco realizado, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	85
Tabla N° 9: Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado aplicada a los pacientes, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	86
Tabla N° 10: Puntuación asignada a cada afirmación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado aplicada a los pacientes, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	87
Tabla N° 11: Interpretación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado aplicada a los pacientes, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018.....	87

Tabla N° 12: Distribución del motivo por el cual los pacientes no cumplen de manera estricta con el tratamiento farmacológico, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018	88
Tabla N° 13: Medida de fiabilidad según Alfa de Cronbach aplicada a la escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA), Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018	91

DEDICATORIA

“Si decides tener algo, algo tienes que dejar”

Dra. Esther Carlota Gallegos Cabriales

He dejado el tiempo, he dejado las risas compartidas, he dejado mucho. Todo por un sueño que se cumple. Y en este sueño estás tú. Tú que eres mi primavera con sus flores y sus mil aromas, quien me impulsa en todo momento aún sin saberlo. Tú, que eres mi motor, quien me da fuerzas cada vez que decaigo y siempre tiene una palabra de apoyo lista para mí. Tú, la luz que ilumina mis pasos, porque aún en los momentos más oscuros has caminado a mi lado. Tú, que desde que te veo venir, ya voy siendo un poquito más feliz con solo pensar en tu presencia y tu cercanía.

Tú que me has enseñado la belleza de la impermanencia, a amar y aceptar cada circunstancia con su magia única, presente y natural; eres a quien amo hasta la luna y las estrellas y más allá del infinito. Todo lo que hago es por y para ti, mi familia, mi soporte y mi paz.

AGRADECIMIENTO

Al profesor, Dr. Argedis J. Cruz Boza, Lic.

Gracias por aceptar la dirección de este proyecto. Por cada consejo, cada palabra de aliento y apoyo. Cada aporte dado fue esencial para lograr con éxito este proceso.

Dr. Manuel Sáenz Madrigal y equipo de trabajo

Gracias por toda la colaboración y confianza brindada durante todo el desarrollo de esta investigación. Su amor, conocimiento y entrega hacen que sus pacientes vean en ustedes una nueva oportunidad de vida.

A todos los pacientes del Centro Cardiovascular S.M.

Gracias por ser parte de este proceso, por darme las herramientas y el apoyo para continuar, por la paciencia para responder cada entrevista.

RESUMEN

Introducción

En Costa Rica la enfermedad cardiovascular cobra en promedio 6 vidas por día¹⁶, lo cual representa un aumento escalonado en los últimos años, debido en su mayoría a cambios en el estilo de vida del costarricense. Los factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular como son el fumado, obesidad, alcoholismo, diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensión arterial han mostrado un incremento en su incidencia¹⁶. Enfermería, como ciencia y arte enfoca su atención holísticos en el bienestar del ser humano, brindando cuidado integrales y educación a los usuarios según sus necesidades.

Objetivo general

El objetivo de la investigación consiste en conocer y analizar las prácticas de autocuidado y su efectividad, según la escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA), en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria, quienes asisten al Centro Cardiovascular SM, ubicado en Goicoechea, San José, Costa Rica, en el mes de marzo del 2018; y por medio de la aplicación del instrumento, los profesionales de la salud puedan medir la capacidad de autocuidado en las personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria.

Metodología

Por medio de una metodología de investigación cuantitativa, de tipo descriptiva no experimental, en una población seleccionada por conveniencia, tipo no probabilística, conformada por una muestra de 120 personas propensas o diagnosticadas con enfermedad coronaria, se utiliza el instrumento de entrevista, con 59 preguntas de selección única en el que se incluyen variables sociodemográficas, factores de riesgo modificables y la escala ASA de Evers³, validada al castellano por Gallegos.

Resultados

La investigación demuestra que el 76% de la población en estudio presenta capacidad de autocuidado regular y baja, el 70% de la población entrevistada es hipertensa, siendo éste es un factor de riesgo importante que afecta perjudicialmente al correcto funcionamiento cardiaco, el 38% de la población ha sufrido al menos un infarto y más del 33% de la población no realiza actividad física, aun conociendo de las enfermedades secundarias que padecen.

Discusión

Cada vez más, los costarricenses requieren de intervención médica y farmacológica constante para mantener un adecuado nivel de salud; así como de acompañamiento, educación y cambios en el estilo de vida. Las agencias de autocuidado efectivas se relacionan con factores sociodemográficos de los usuarios; los participantes casados o en unión libre, con carrera universitaria, mayores de 61 años, pensionados, con red de apoyo familiar, presentan en su mayoría una agencia de autocuidado regular en la escala de ASA.

Conclusiones

La Teoría del déficit de autocuidado de Orem cobra relevancia, al evidenciar que los principales motivos del grado de efectividad de agencia de autocuidado son la poca aceptación de la enfermedad, el desconocimiento y la falta de apoderamiento e interés de los participantes con respecto de su salud.

Es posible identificar a la población que se encuentra más propensa a desarrollar enfermedad coronaria, infarto o reinfarto agudo de miocardio. Estos usuarios requieren mayor educación y acompañamiento para lograr un mejor grado de efectividad de autocuidado y se generen aptitudes y participación autocrítica sobre su estado de salud y cuidado propio.

Palabras claves: enfermería, autocuidado, enfermedad coronaria, factores de riesgo, teoría del déficit de autocuidado, Dorothea Orem.

ABSTRACT

Introduction

In Costa Rica, cardiovascular disease costs an average of 6 lives per day¹⁶, which represents a staggered increase in recent years, mostly due to changes in the Costa Rican lifestyle. The risk factors for cardiovascular disease such as smoking, obesity, alcoholism, diabetes mellitus, dyslipidemia and hypertension have shown an increase in their incidence¹⁶. Nursing, as science and art, focuses its holistic attention on the welfare of the human being, providing integral care and education to users according to their needs.

General objective

The objective of the research is to know and analyze self-care practices and their effectiveness, according to the Self-Care Agency (ASA) Appraisal Scale, in people prone to develop coronary disease, who attend the SM Cardiovascular Center, located in Goicoechea, San José, Costa Rica, in the month of March 2018; and through the application of the instrument, health professionals can measure the ability of self-care in people prone to develop coronary heart disease.

Methodology

By means of a quantitative research methodology, of non-experimental descriptive type, in a population selected for convenience, non-probabilistic type, consisting of a sample of 120 people prone or diagnosed with coronary disease, the interview instrument is used, with 59 questions of a single selection that includes sociodemographic variables, modifiable risk factors and the ASA scale of Evers³, validated in Spanish by Gallegos.

Results

Research shows that 76% of the study population has regular and low self-care capacity, 70% of the interviewed population is hypertensive, this being an important risk factor that adversely affects the correct cardiac functioning, 38% of the population has suffered at least one heart attack and more than 33% of the population does not perform physical activity, even knowing of the secondary diseases they suffer.

Discussion

Increasingly, Costa Ricans require constant medical and pharmacological intervention to maintain an adequate level of health; as well as accompaniment, education and changes in lifestyle. Effective self-care agencies are related to sociodemographic factors of users; married or free-union participants with a university degree, over 61 years of age, pensioners, with a family support network, mostly have a regular self-care agency on the ASA scale.

Conclusions

Orem's Theory of self-care deficit becomes relevant, evidencing that the main reasons for the degree of effectiveness of the self-care agency are the low acceptance of the disease, the lack of knowledge and the lack of empowerment and interest of the participants regarding their health. It is possible to identify the population that is most prone to develop coronary heart disease, infarction or acute myocardial reinfarction. These users require more education and support to achieve a better degree of self-care effectiveness and generate skills and self-critical participation on their health status and self-care.

Keywords: nursing, self-care, coronary disease, risk factors, self-care deficit theory, Dorothea Orem.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

Tradicionalmente, enfermería ha enfocado su interés en el cuerpo y en la enfermedad, tomando como base aspectos importantes de la persona, como lo son sus condiciones de vida, sus creencias, valores y actitudes; toma al ser humano como un todo, de manera holística, “la enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona y no solo del proceso médico; por ende, se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno”¹.

La salud y el bienestar propio se relacionan constantemente, y es por la forma como vivimos y nos comportamos, y en cómo utilizamos nuestros recursos y capacidades para lograr condiciones de salud integrales, que podemos definir autocuidado. Dentro de esta conceptualización, los enfermeros son “llamados a ayudar al paciente a aumentar la armonía entre la mente, el cuerpo y el alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo”².

La Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado, ASA por sus siglas en inglés (Appraisal of self-care agency: ASA Scale), permite evaluar los principales elementos de la capacidad de autocuidado en las personas de forma clara y concisa³; creada en 1988 por el neerlandés Georges C. M. Evers. En su investigación, Evers se basa en la Teoría del Autocuidado, descrita por primera vez en 1983 por Dorothea Orem, una destacada enfermera teórica estadounidense³.

1.1.1.1 Antecedentes Internacionales

La utilización de la escala se plasma en distintos artículos científicos, como por ejemplo: Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué, Colombia, la investigación realizada en el año 2016, tiene como objetivo, a través de un estudio descriptivo-

transversal valorar las prácticas de autocuidado y de adherencia terapéutica, utilizando la Escala de Autocuidado⁴.

En el 2015, Bastidas Sánchez, Olivella Fernández y Bonilla Ibáñez⁵, docentes enfermeras de la Universidad del Tolima, Colombia, a través de su investigación titulada Significado del autocuidado en la persona que vive con enfermedad coronaria, enumeran las siguientes categorías de atención propia: dimensión cambio del estilo de vida, dimensión espiritual y apoyo familiar, dimensión farmacológica, dimensión nutricional y dimensión actividad en la casa y ejercicio físico, y por medio de su estudio logran identificar la percepción de los entrevistados sobre las prácticas fundamentales para el mejoramiento y/o mantenimiento de su salud coronaria.

Al utilizar ciertos criterios de inclusión: diagnóstico médico de enfermedad coronaria, estar en tratamiento, sin alteración en la esfera mental y disposición por participar; Bastidas Sánchez, Olivella Fernández y Bonilla Ibáñez, logran concluir que las acciones de autocuidado son vistas como necesarias, obligatorias y en ciertas ocasiones como limitantes: “El autocuidado es abordado como algo que impide que la enfermedad avance, pero que debe ser asumido desde antes de estar enfermos. Esta situación podría ser negativa para las personas que viven con esta enfermedad, debido a que asumir que a pesar de lo que se haga siempre van a morir, no les permite apropiarse del autocuidado: "uno de algún mal se tiene que morir"⁵.

Otro estudio realizado en el 2013, en la ciudad de Medellín, Colombia, concluye que la agencia de autocuidado eficaz está relacionada con la edad, el nivel educativo y económico y el estado civil, “la capacidad de agencia de autocuidado fue deficiente en el 47,0% de los participantes. Los mayores puntajes de ASA se encuentran en las personas de >50 años, en los niveles socioeconómicos más altos, en los casados, en los que tienen educación tecnológica o

universitaria, los que practican actividades recreativas, los que tienen cualquier tipo de apoyo social (...).”⁶

En dicha publicación, se destaca la importancia para el personal enfermero de contar con instrumentos “validados y con buen poder psicométrico que sean capaces de detectar cambios en la capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes”⁶, por lo que se basan en la Appraisal of Self-care Agency Scale de Evers, como herramienta que mide el poder de los componentes del autocuidado en individuos de población general y que está basada en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem.

Otra serie de estudios se han realizado a lo largo de los años en el país colombiano, siendo éste el más destacado por su interés en el uso de la escala y su relación con las enfermedades coronarias, presentando la mayor cantidad de publicaciones de índole científica, consultadas para la investigación.

Resultado de lo anterior, se pueden mencionar las siguientes: “parámetros de la escala ASA para medir la capacidad de agencia de autocuidado: estudio documental”, “adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem”, “asociación entre la capacidad funcional y los resultados de autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular”, “validez y confiabilidad de una escala de valoración de comportamientos de autocuidado en personas con falla cardíaca, entre otras”.

En el 2009, el país suramericano aporta estudios en confiabilidad de la escala, tales como: Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana; Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Para el 2008 se publica: Validez de apariencia y de contenido de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión

arterial, en el 2007: Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca y en el 2006: 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.

Otros países, también, realizan aportes importantes, como es el caso de Cuba, en donde para el 2007, Millán Méndez, Roca Socarrás y Blanco Torres, realizan un estudio en la población adulta mayor y logran determinar que “la salud de los ancianos dentro de las sociedades envejecidas, depende en gran medida de la capacidad de auto-cuidados”, y destaca el papel de enfermería como agente facilitador del proceso, siendo el autocuidado “una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, de desarrollo y bienestar”⁷.

Una persona puede convertirse por sí misma, o con la ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado, éste es un punto válido que se menciona en la publicación: mejoramiento en los comportamientos de autocuidado después de una intervención educativa de enfermería con pacientes con falla cardíaca⁸.

Las enfermeras Arredondo-Holguín, Rodríguez Gázquez e Higuera Urrego, en su investigación del 2012, sugieren que la intervención enfermera tiene un efecto beneficioso en la mayoría de los comportamientos de autocuidado evaluados, ya que los pacientes muestran mejoría en la solicitud de ayuda, adaptación a la enfermedad y adherencia al tratamiento farmacológico⁸.

En México, un estudio del 2011, señala el hecho alarmante del crecimiento en la prevalencia de las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial sistémica (HTA), la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad y la aterosclerosis, siendo la HTA una de las principales causas de morbimortalidad mundial en el adulto, la cual representa un problema de alto impacto y que

deja secuelas incapacitantes, generando a los servicios de salud grandes gastos económicos⁹. Si los pacientes con dichas enfermedades mejoran sus prácticas de autocuidado, las tasas de mortalidad e incidencia mejorarían considerablemente.

En un estudio publicado en España en el 2013, por Ofman, Pereyra y Stefani, se menciona que “en los pacientes hipertensos el autocuidado se relaciona, especialmente, con lo que Dorothea Orem categoriza como aquellos comportamientos que se ponen en práctica cuando ocurre una desviación de la salud. Estos contemplan la búsqueda de ayuda médica, el reconocimiento de signos y síntomas, la adhesión al tratamiento, la aceptación del propio estado de salud, y el aprendizaje que requiere convivir con una patología crónica”¹⁰. Además, se enfatiza que ciertas prácticas saludables, como la actividad física es una “actividad predominantemente masculina, mientras que la consulta médica y la alimentación sana son pautas de autocuidado especialmente femeninas”¹⁰.

1.1.1.2 Antecedentes Nacionales

A nivel nacional, son escasas las indagaciones realizadas que relacionan las variables de esta investigación. En el 2016, enfermeras costarricenses realizaron una validación de la escala de apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, en población con enfermedad crónica. Determinaron que la herramienta, en conjunto con la escala de Ejercicio de Agencia de Autocuidado (ESCA), el Cuestionario de la Estructura Cognitiva relacionado con salud y autocuidado, y el cuestionario de percepción de la agencia de Autocuidado (PSCA), son instrumentos a nivel internacional que se fundamentan en la teoría de autocuidado desarrollada por Dorothea Orem, que acuña el término de la agencia de autocuidado, definida como: “la capacidad de participar en el autocuidado”¹¹.

Se concluye, además que “el profesional de enfermería juega un papel importante en la maximización de la independencia de toda persona, especialmente si se trata de un cuidado dependiente en el que se debe capacitar no solo al individuo, sino también, involucrar a la familia y la comunidad en el cuidado de su salud mediante el fomento de hábitos de vida saludables”¹¹.

El personal de salud, principalmente, el enfermero, al ser quien pasa más tiempo con los pacientes y se vuelve su acompañante y apoyo durante el proceso de enfermedad, debe valorar la capacidad de agencia de autocuidado en personas con alguna alteración y utilizar herramientas que permitan la promoción de la salud y prevención de enfermedades, que a futuro implican un elevado costo socioeconómico, fin implícito que se busca conseguir con el uso de la escala ASA ya validada para Costa Rica.

Leiva Díaz, Cubillo Vargas, Porras Gutiérrez, Ramírez Villegas y Sirias Wong³, mismas autoras de la investigación mencionada anteriormente, realizaron una validación similar de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, esta vez para la población conocida sana; concluyen que “la enfermería puede contar con un instrumento válido y confiable para medir la capacidad de agencia de autocuidado en las personas conocidas sanas que se encuentran en la etapa de la adultez”.

Para el 2015, un estudio realizado en el país, no se relaciona con las patologías del corazón, pero sí los autores correlacionan la escala de ASA con una enfermedad. La investigación se titula Capacidad de Agencia de Autocuidado en las personas adultas que padecen artritis reumatoide, pretende identificar la capacidad de Agencia de Autocuidado de un grupo de personas con la enfermedad mencionada, y “los resultados encontrados demuestran que, según lo propuesto por Orem (1983), la salud se encuentra estrechamente unida a la cultura de la

comunidad, por tal motivo, el profesional de enfermería debe identificar las características del lugar y, a partir de ello, conocer aquellos factores de protección o de riesgo que rodean el ambiente del individuo”¹².

Se debe realizar un énfasis importante en el hecho que el personal enfermero, debe ser capaz de identificar los requerimientos de los pacientes, así como acciones específicas, siendo consciente y teniendo la pericia de utilizar herramientas y métodos que permitan brindar educación y ayuda oportuna a todos los individuos para que sus prácticas de autocuidado y todas sus necesidades sean cubiertas en la mayoría de lo posible.

1.1.2 Delimitación del problema

La investigación se lleva a cabo en el Centro Cardiovascular SM, ubicado en Goicoechea, en la provincia de San José, en una población total de 120 personas con edad superior a los 40 años, que son propensos a padecer de enfermedad coronaria, infartada y no infartada, no paliativa, durante el mes de marzo del año 2018.

1.1.3 Justificación de la investigación

Según Hernández Sampieri¹³, la investigación se justifica desde la relevancia social, dado que en Costa Rica, las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar entre las principales causas de muerte, siendo las enfermedades cardiovasculares las que presentan mayor incidencia. Datos del primer semestre del 2017, brindados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos¹⁴, indican que la causa número uno es el infarto agudo de miocardio, con 663 defunciones a nivel nacional.

Además, el decimonoveno informe del Estado de la Nación titulado Costa Rica: Evolución de la mortalidad y los días de estancia por egresos hospitalarios en el periodo 2013-2030, indica que las muertes por infarto agudo al miocardio pueden aumentar en un 17,5% durante el periodo

2013-2030. En el año 2030, “las muertes por infarto agudo al miocardio y cáncer de estómago podrían representar un 6,5% y un 2,0% del total de muertes proyectadas para ese año, respectivamente”¹⁵.

De manera general, el número de muertes puede experimentar un aumento, pasando de 20.062 en 2013 a 29.472 en el 2030. Esto implicaría que, en ese año, la tasa de mortalidad general de Costa Rica puede aproximarse a 5 defunciones por cada 1000 habitantes¹⁵. Adicional, el informe anticipa que los días de estancia hospitalaria por enfermedades del sistema circulatorio aumenten en un 85,0% durante el mismo periodo (2013 - 2030), pasando de 159.17 a 293.88 días.

Estos datos muestran cómo las prácticas de autocuidado deficientes, aunadas a los estilos de vida poco saludables de la población, permiten que las patologías coronarias presenten un incremento en las tasas de mortalidad, aumento en días de internamiento, visitas a consulta externa y medicamentos.

En Costa Rica, la enfermedad cardiovascular cobra en promedio 6 vidas por día, lo cual representa un aumento escalonado en los últimos años, debido en su mayoría a cambios en el estilo de vida del costarricense. Además, llama la atención, que factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como son el fumado, obesidad infantil, alcoholismo, diabetes e hipertensión arterial han mostrado un incremento en su incidencia¹⁶.

El internamiento de las personas afectadas por enfermedades del sistema circulatorio, en el 2008, le costó a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) casi ₡30.000 millones, y “sí a esos costos se le suman lo invertido en la atención ambulatoria –como las citas con especialistas, el despacho de medicinas y los exámenes médicos –, la cifra total supera los ₡35.000 millones

anuales”¹⁷. Ya para el año 2014 la Institución invirtió ¢141.426 millones en la atención de estos padecimientos, equivalente a un 10% de todo el presupuesto nacional¹⁸.

En Costa Rica, un costarricense promedio pasa 9,9 años con salud pobre, solo superado por Guatemala con 9,8¹⁹. “La OMS aclara que salud pobre, son años en los que la persona pasa con alguna afección de salud o discapacidad. Estos quebrantos no necesariamente son al final de la vida, pues una persona puede pasar con una enfermedad, recibir tratamiento, sanar y tener una mejor calidad de vida en los años posteriores”¹⁹.

Tal como reflejan las cifras, es importante evaluar a los pacientes como agentes efectivos de autocuidado y así poder tomar medidas prácticas y eficaces que ayuden a disminuir las tasas del país y procuren mejor calidad de vida a las personas con padecimientos relevantes, como lo es la enfermedad coronaria.

Esta evaluación permite dirigir esfuerzos en educación al paciente y así éste mejore su déficit de cuidado, pueda alcanzar comportamientos adecuados a sus demandas terapéuticas y corrección de su desviación de salud.

En la etapa aguda de las enfermedades, comúnmente los pacientes esperan que los profesionales a cargo les brinden cuidados, por lo que sí estas personas reconocen y aprenden sus capacidades de cuidarse a sí mismos, pueden hacer un mejor uso de los servicios de salud, lo que corrobora el hecho de que el autocuidado disminuye las hospitalizaciones y atención del personal.

Una población más consciente e informada sobre habilidades propias para el autocuidado, puede beneficiarse en salud, provocando una baja de recursos económicos y humanos en la atención sanitaria, así como aspectos positivos para la ciencia de la enfermería, debido a que el autocuidado es una de las responsabilidades de esta profesión y debe “contribuir con educación

en el fomento de vidas sanas de las personas, y que éstas puedan optar por prácticas favorables para su salud”²⁰.

Es de suma importancia una vigilancia estricta de los factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), especialmente las enfermedades cardiovasculares, ya que una educación adecuada constituye un componente importante en los programas y en la priorización de acciones orientadas al control y prevención de estas enfermedades, además de orientar en la prevención de la incapacidad y mortalidad prematura asociada²¹.

1.2 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria y su efectividad, según la escala de ASA, en el Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, marzo 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar las prácticas de autocuidado en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria y su efectividad, según escala de ASA, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, marzo 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir los aspectos sociodemográficos en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria y su efectividad, según escala de ASA, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, marzo 2018.

- Identificar los factores de riesgo modificables que propicien la aparición de un infarto en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, marzo 2018.
- Categorizar a las personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria, según el grado de efectividad de autocuidado de la escala de ASA, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, marzo 2018.
- Relacionar los resultados de la escala de ASA como agentes de autocuidado efectivos, con respecto del riesgo de sufrir un infarto al miocardio, en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, marzo 2018.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO – CONTEXTUAL

2.1.1 Contexto histórico de la Enfermería

A lo largo de la historia, la ciencia de la Enfermería ha sido parte fundamental del proceso de salud – enfermedad, posee una participación activa como cuidador directo, y a su vez, pasiva como agente transmisor de conocimientos, para que los pacientes puedan comprender su estado de salud, tomar medidas preventivas, o bien, actuar conforme con las recomendaciones dadas para recuperar o mejorar su bienestar y prolongar la vida.

A enfermería se le denomina “la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones”²². Como disciplina y como profesión tiene como sujeto de atención el hombre, la familia y la comunidad. Antes de la aparición del hombre sobre la Tierra ya había enfermedades²³, sin embargo, “tiene sus orígenes en las necesidades humanas, por lo que siempre alguien tuvo que ocuparse del cuidado de otros y así proveer atención de salud. En consecuencia, se considera una actividad tan antigua como el hombre, y estaría centrada en la esfera de lo individual, de lo tribal y de lo familiar”²⁴.

Tal como mencionan Sillas González y Jordán Jinez²⁰ “los conocimientos que anteriormente fueron adquiridos a través de la práctica, actualmente se están generando como productos de la investigación, de la revisión bibliográfica y de la aplicación de la Evidencia Científica”.

Gracias a una profesión práctica, basada en conocimientos y que, con el paso de los años, ha permitido la creación de teorías, procesos y taxonomías, ha sido posible que la ciencia se pueda desarrollar en distintos niveles de atención y ramas, como lo son la investigación, la educación, la administración y el cuidado directo²⁰.

“No existe un concepto universal de enfermería, sin embargo, se observa una tendencia repetitiva de determinados conceptos en la literatura, tales como: ciencia, diagnóstico,

respuestas humanas, cuidado y holismo, que pudieran ser los primeros pasos hacia la unificación conceptual”. Algunos ejemplos se exponen a continuación^{24, 25}.

- Florence Nightingale: enfermería es la encargada de la salud personal de alguien y lo que la enfermera tenía que hacer era poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él.

- Virginia Henderson: Asistencia o cuidado al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de ésta (o a una muerte tranquila y digna) y que las podría ejecutar por sí mismo, si hubiera capacidad, el deseo y el conocimiento.

- Dorothy Johnson: es una fuerza reguladora externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del paciente a un nivel óptimo en aquellas ocasiones en que la conducta constituye una amenaza para la salud física, social o existe una enfermedad.

- Martha Rogers: la enfermería es una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico, es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano.

- Dorothea Orem: es una preocupación especial por las necesidades del individuo, por las actividades del autocuidado, su prestación y tratamiento de forma continuada para mantener la vida y la salud; recuperarse de enfermedades o lesiones y enfrentarse a sus efectos.

- Imogene King: proceso de acción, reacción e interacción por el cual el cliente y profesional de enfermería comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería; incluye actividades de promoción de salud, mantenimiento, restablecimiento de la salud, el cuidado del enfermo, el lesionado y el moribundo.

- Sister Callista Roy: un sistema de conocimientos teóricos que prescribe un análisis y acciones relacionadas con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma; es necesaria cuando el estrés no habitual o el debilitamiento del mecanismo de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces.

- American Nurse Association (ANA): La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales. Es la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones.

La OMS²⁶ define al quehacer enfermero como “la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”.

Hoy por hoy, enfermería, al realizar investigaciones y estudios que respaldan su trabajo, adquieren, a su vez, conocimientos que fundamentan la práctica de manera científica, cambiando la percepción errónea que los enfermeros solo realizan procedimientos y técnicas para proporcionar cuidado y atención. Gracias a esos conocimientos adquiridos, enfermería puede colaborar en el nivel de conocimiento de la enfermedad con la que cuentan los pacientes con enfermedad coronaria.

“Todos los cambios en el entorno de la persona provocan estados de adaptación, que originan alteraciones en su sistema de vida habitual. (...) La enfermera debe tener en cuenta que la enfermedad, que es una situación estresante, causará cambios en la persona y debe tratar de ayudarla en su proceso”²³.

Para los pacientes con enfermedades crónicas, aceptar la realidad en la que viven y tener hábitos y habilidades emocionales saludables se debe a un conocimiento adquirido y enfermería puede colaborar en su comprensión.

El origen del conocimiento está en la misma actividad práctica del hombre, se puede definir como la “comprensión de todo aquello que es percibido y aprendido por la mente humana; cuando el ser humano entra en relación con la naturaleza, su realidad y la sociedad tiene posibilidad de aprender. Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad”²⁷.

Según la Real Academia Española, el hábito²⁸ se define como el “modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas. Si enfermería interviene con datos importantes para mejorar su conocimiento, con ejemplos de prácticas sanas que el paciente pueda llevar a cabo repetidamente, la posibilidad de mejorar el autocuidado es considerable.

Otro factor importante por considerar para un adecuado autocuidado son las características sociodemográficas de los pacientes y si cuentan con redes de apoyo que les permitan realizar sus actividades diarias sin mayor dificultad.

2.1.2 Promoción de la salud

Se puede definir a la promoción de la salud como las “acciones de educación y concientización ofrecidas preferencialmente por equipos de profesionales extramurales de la salud, dirigidos a nivel individual, familiar y grupal, según su estado de salud y entorno, con el objeto de mantener la salud, lograr nuevos estilos de vida saludable y fomentar el autocuidado y la solidaridad”²⁹.

No se puede separar el concepto de salud holística, de la búsqueda de prácticas comprometidas con las necesidades de la población, y es por ello que la OMS y desde la creación de la Carta de Ottawa en 1986, busca que exista una suma de acciones entre la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y sectores sociales para que se logre un mejor y mayor desarrollo de condiciones que permitan el mejoramiento de la salud individual y colectiva³⁰.

El empoderamiento de la población es un instrumento valioso y esto solo se logra fusionando a las interacciones individuales, gubernamentales y sectoriales. Como resultado se puede brindar un conocimiento teórico y sobre todo práctico que propague acciones positivas y participativas, generando una salud óptima e integral, así como aptitudes personales enriquecedoras para la eficacia del autocuidado.

Sí las personas, a través de la concientización, logran identificar y poner en práctica acciones que mejoren su estado de salud holístico, el sector salud logra beneficiarse sustancialmente y, por ende, disminuyen los internamientos, las consultas médicas y los tratamientos farmacológicos que debe invertir el país.

2.1.3 Prevención de la enfermedad

Es la “reducción y control de los riesgos que atentan contra la salud de las personas y la salud de la población con el fin de evitar aparición de la enfermedad”²⁹. Es de carácter obligatorio y puede ser de tipo individual familiar o grupal, buscando mantener la salud y detección precoz de las enfermedades.

La prevención de la enfermedad coronaria a nivel clínico, tanto secundaria como primaria, se basa particularmente en la reducción de factores de riesgo modificables; “el objetivo general de la prevención de la enfermedad coronaria es el mismo, tanto en pacientes con enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica clínicamente establecida, como en personas de alto

riesgo: reducir el riesgo de un episodio mayor de enfermedad coronaria o de otros eventos ateroscleróticos y, así, reducir la discapacidad prematura, la mortalidad y prolongar la supervivencia”³¹.

En estas recomendaciones se han establecido objetivos no sólo para un cambio en el estilo de vida, sino también, para el manejo de la presión arterial, el nivel de lípidos plasmáticos y la diabetes en los distintos niveles de prevención, según las actividades propias de cada uno.

Los pacientes que presentan síntomas de enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica se encuentran en una situación de riesgo absoluto de sufrir un episodio vascular. Aquí radica la importancia de la prevención; para que, sí el personal de salud ha logrado identificar los principales factores de riesgo modificables, trabaje en conjunto con el paciente y pueda disminuirse la probabilidad de padecer el primer infarto o sí ya ha tenido sucesos cardíacos, no se infarte nuevamente o padezca de un compromiso coronario mayor.

2.1.4 Niveles de prevención

Se define niveles de atención como “una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población”³². Las necesidades por satisfacer deben considerarse como problemas de salud que se resuelven y esto permite obtener una visión menos limitada y compleja.

- La prevención primaria: medidas orientadas por evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes³². El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad, por lo que las estrategias en este nivel se centran en prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud, por lo que se

toman medidas orientadas por evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionante³².

- La prevención secundaria: va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión. “Se puede lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos. En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad”³² y detección de a tiempo de posibles secuelas.

- La prevención terciaria: comprende aquellas medidas y acciones de control dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación física, social y psicológica de una enfermedad clínicamente manifiesta, con el fin de disminuir su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidez e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes³².

En los tres niveles, enfermería juega un papel importante al ser comúnmente el primer contacto del paciente y quien acompaña a la persona en su proceso de salud-enfermedad; es en cada una de estas etapas, una vez identificado el nivel, que a través de acompañamiento, empatía y educación sencilla y clara se puede lograr que el individuo modifique su efectividad de autocuidado.

2.1.5 Aspectos Sociodemográficos

Existen diversos indicadores sociales y demográficos que se valoran en la investigación. Cualquier análisis sobre la estructura sociodemográfica es de suma importancia para conocer las características de la población en estudio, y así contar con una estructura del grupo por edades, género, estado civil, nivel de instrucción, ocupación que desempeña y residencia.

De Tejada Lagonell³³ define la sociodemografía como la ciencia que estudia estadísticamente las características sociales que describen a las poblaciones humanas y sus variaciones, lo cual

no se limita a la medición, sino que incluye necesariamente la interpretación y análisis de los datos.

Los indicadores relacionados con los diferentes sucesos demográficos se desglosan en función de las características de la población. Estos factores resumen la evolución histórica del comportamiento de los fenómenos demográficos básicos (natalidad, mortalidad, nupcialidad y divorcialidad, movimientos migratorios) y la del crecimiento y estructura de la población residente en el país³⁴. Estos son:

- Sexo y Género: “El sexo se refiere al sexo biológico de la persona. Según la OMS, el "sexo" hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres, mientras que el "género" se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos construidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres. De acuerdo con esta descripción, la OMS considera que "hombre" y "mujer" son categorías de sexo, mientras que "masculino" y "femenino" son categorías de género”³⁴.

- Edad: “Número de años completos transcurridos desde el nacimiento”³⁴.

- Nacionalidad: “Vínculo jurídico particular entre un individuo y su Estado, adquirido mediante nacimiento, naturalización, declaración, opción, matrimonio y otras fórmulas acordes con la legislación nacional”³⁴.

- Lugar de residencia: “lugar donde una persona normalmente pasa los periodos diarios de descanso, sin tener en cuenta las ausencias temporales por viajes de ocio, vacaciones, visitas a familiares y amigos, negocios, tratamiento médico o peregrinación religiosa”³⁴.

Otros factores como estado civil, nivel de escolaridad y ocupación, permiten contar con datos necesarios para conocer el nivel de apoyo familiar o social con el que cuenta el paciente, así como el grado de conocimiento general. Se pueden definir los siguientes conceptos:

- Estado civil: “Situación en la que se encuentra una persona, según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado (...)”³⁵.

- Nivel de escolaridad: División de los niveles que conforman el Sistema Educativo Nacional. Estos son: básico, medio superior y superior. Puede, a su vez, dividirse en: sin instrucción (cero grados aprobados), primaria incompleta, primaria completa, secundaria o equivalente incompleto, secundaria o equivalente completa, media superior completa o incompleta y superior³⁶.

- Ocupación: Trabajo, empleo, oficio³⁷.

El análisis de estas variables permite la categorización de grupos poblacionales y, a su vez, una reflexión sobre sus problemas particulares, logrando evaluar su efectividad de autocuidado acorde con todos los indicadores mencionados anteriormente.

2.1.6 Prácticas de autocuidado

Diversos autores definen las prácticas de autocuidado, el cual se puede catalogar como un recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud. Tobón Correa³⁸ se refiere a 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”.

Según Evers³⁹, en la escala de ASA se deben valorar diez componentes básicos de capacidad de autocuidado, entre los que se incluyen: máxima atención o vigilancia, control de la energía

física, control del movimiento del cuerpo, habilidad para razonar, motivación para la acción, habilidades para tomar decisiones, conocimiento, entre otros. Esta escala se tradujo al Idioma Español en 1998 por una enfermera mexicana, la Dra. Esther Gallegos Cabriales y es utilizada en varios países centroamericanos como Guatemala, Nicaragua, Honduras; en países suramericanos tales como Colombia y Chile, además de utilizarse en países de Europa y Asia Oriental⁴⁰.

A su vez, se puede indicar que autocuidado es la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud, con el objetivo de prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables. “El autocuidado destaca la participación de la persona enferma como sujeto activo para conocer, desarrollar habilidades y motivarse hacia su propio cuidado”⁴.

El ser humano puede realizar a lo largo de su vida, dos tipos de prácticas: las positivas o favorecedoras de la salud y las negativas o de riesgo³⁸.

“La adaptación es la capacidad de la persona de enfrentarse a los cambios externos e internos, manteniendo el equilibrio y potenciando el desarrollo y crecimiento personal. Las respuestas adaptativas pueden ser positivas o negativas. Las primeras, denominadas respuestas adaptadas, guían el crecimiento, el aprendizaje y el objetivo de logro, permiten reinterpretar o cambiar una situación tensa. Las segundas, respuestas desadaptadas, evitan el crecimiento, disminuyen la autonomía, llevan a una disminución importante de las habilidades intelectuales como el razonamiento, la atención y la valoración. La conducta social se vuelve deficiente y resultan normales e inevitables los sentimientos negativos como la ansiedad, la ira y la tristeza”²³.

Entre los factores que influyen en la calidad de vida están los factores protectores, que son aquellos “aspectos internos o externos a la persona, que posibilitan conservar e incrementar los

niveles de salud y los factores de riesgo, que corresponden al conjunto de fenómenos de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social que involucra la capacidad potencial de provocar daño”³⁸; es decir, son los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermar⁴⁰.

Como respuesta a estos factores protectores, las personas “desarrollan prácticas protectoras o favorecedoras de la salud. Entre ellas están: la práctica de un deporte, el desarrollo de un pasatiempo, la adopción de una dieta saludable”³⁸, entre otras. Frente a los factores de riesgo la gente adopta “prácticas de prevención como medidas para evitar enfermarse, por ejemplo, saneamiento ambiental, higiene, vacunación, autoexámenes. Las prácticas protectoras corresponden a la promoción de la salud y las prácticas preventivas son asunto de la prevención de la enfermedad”³⁸.

Existen, además, factores determinantes del autocuidado que, según Tobón Correa³⁸ son definidos por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir; estos “son factores internos a la persona, y las condiciones para lograr una calidad de vida corresponden al medio externo a ella”. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra un buen estilo de vivir.

Los factores internos, tal como menciona Tobón Correa³⁸, dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; estos son los conocimientos y la voluntad.

Una de las principales funciones de enfermería es “informar y formar al paciente”²³ su intervención debe ser “dirigida a ayudar al paciente en su necesidad de adaptación”²³, por lo que los conocimientos les permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud. La voluntad indica que es

importante comprender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, por lo que el accionar es diferente con respecto de los demás.

Asimismo, es importante considerar las actitudes, las cuales son convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada³⁸, y los hábitos, conceptualizados como una repetición de una conducta²⁸ que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada, como lo son los ejercicios diarios³⁸.

Los factores externos son los aspectos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social¹⁶. Culturalmente, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones. Importante destacar que las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad presentan un sesgo de género, el cual ha generado “formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres; por ej., en relación con el cuidado de la apariencia física, a las mujeres se les estimula para que sean ‘vanidosas’ y a los hombres se les dice lo contrario”^{38, 40}.

Para el autocuidado es necesario, tanto el respaldo político a las acciones gubernamentales y ciudadanas, como el establecimiento de políticas públicas saludables, con el fin de garantizar a personas y comunidades un marco legal que apoye los esfuerzos en pro del desarrollo y, por ende, del cuidado de su salud.

Uno de los cinco componentes de la promoción de la salud, establecidos en la Carta de Ottawa⁴¹ de 1986, la cual es una función de enfermería, es que los pacientes cuenten con habilidades personales que les permitan tomar decisiones saludables; “la promoción favorece el desarrollo

personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud.”

El Estado costarricense, a través de la Caja Costarricense del Seguro Social, ha procurado realizar una vigilancia estricta de los factores de riesgo cardiovascular. “La salud de la población de Costa Rica es producto de las interacciones de los diversos determinantes sociales de la salud, que según las condiciones del entorno y las acciones de Salud Pública desarrolladas en el país, impactan sobre la población”²¹.

La estimación de la carga de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) a nivel mundial muestra que aproximadamente 16 millones de muertes que ocurrieron antes de los 70 años de vida, corresponden al 82,0% de los países considerados de ingreso medio y bajo²¹.

Según datos de la OMS, se ha considerado que la elevada carga de las ECNT se encuentra condicionada por el consumo de tabaco, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, el fumado y las dietas no saludables⁴².

Contar con una dieta y prácticas de nutrición adecuadas, dejar de fumar y de tomar, realizarse los chequeos médicos con regularidad, tomarse los medicamentos, según esquema, realizar el proceso recomendado de rehabilitación cardíaca y practicar ejercicio, permite al paciente ser un agente efectivo de autocuidado.

2.1.7 Escala de ASA

Uno de los medios para medir estas acciones de cuidado efectivo son las escalas de autocuidado, como lo es la escala “Apreciación de Agencia de Autocuidado” (ASA). En las disciplinas del

área de la salud muchas veces es necesario cuantificar aspectos que no son observables en forma directa por lo que ha sido necesario diseñar instrumentos de medición.

Esta herramienta es una de las principales escalas que se han empleado a nivel mundial en individuos con diferentes enfermedades crónicas que requieran el desarrollo de capacidades específicas para el mejoramiento de las actividades de autocuidado; este instrumento mide el poder de los componentes del autocuidado en individuos de población general y que se basa en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem, titulada originalmente en inglés como Appraisal of Self-Care Agency Scale⁴³.

Para desarrollar la capacidad de autocuidado, los individuos deben contar con tres elementos importantes: capacidades fundamentales y disposición de autocuidado, las capacidades para operaciones de autocuidado y los componentes de poder, este último elemento es el que los autores de la escala ASA eligen para sustentar la escala que contempla diez componentes: “máxima atención o vigilancia, control de la energía física, control del movimiento del cuerpo, habilidad para razonar, motivación para la acción, habilidades para tomar decisiones, conocimiento, repertorio de habilidades, habilidades para ordenar las acciones de autocuidado y habilidades para integrar”³.

Conociendo que la escala ASA fue desarrollada para “medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem, agencia de autocuidado, entendiendo este concepto como la capacidad o el poder de la persona para realizar operaciones de autocuidado⁴⁴”, los grados de capacidad de agencia que tiene el individuo, junto con la evaluación en la escala de ASA, permite la clasificación de pacientes y se traduce en un elemento fundamental para la práctica administrativa enfermera. Por medio de la escala se puede “identificar el perfil asistencial de los pacientes, subsidiar la (re)distribución de recursos

humanos y materiales, reorientar la dinámica asistencial y determinar los costos de la asistencia de enfermería⁴⁵”.

Identificar el grado de dependencia de los pacientes en la escala, su capacidad de autocuidado, el papel de los cuidados de enfermería, la gravedad de los pacientes y las horas de asistencia redes de apoyo, puede auxiliar en la adecuación de los recursos disponibles, capacitación adecuada y dirigida con el fin de mejorar su calidad de vida y de seguridad.

2.1.8 Enfermedad coronaria crónica o cardiopatía coronaria

Los cambios sociales y económicos que han ocurrido en los últimos siglos han promovido una modificación sustancial de las enfermedades más prevalentes. De esta forma, las enfermedades cardiovasculares han llegado a ser la primera causa de muerte, enfermedad y discapacidad en los países desarrollados o en vías de desarrollo⁴⁶.

A nivel mundial, son la principal causa de defunción, cada año mueren más personas por alguna de estas enfermedades que por cualquier otra causa. Afectan en mucha mayor medida a los países de ingresos bajos y medios: más del 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países y afectan casi por igual a hombres y mujeres. Además, se calcula que de aquí al 2030, casi 23,6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares⁴⁷.

“En Costa Rica la enfermedad cardíaca cobra en promedio 6 vidas por día, lo cual representa un aumento escalonado en los últimos años, debido en su mayoría a cambios en el estilo de vida del costarricense. Además, llama la atención, que factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como son el fumado, obesidad infantil, alcoholismo, diabetes, dislipidemia e hipertensión han mostrado un incremento en su incidencia”¹⁶.

2.1.8.1 Concepto

La cardiopatía coronaria (CC), es un estrechamiento de los pequeños vasos sanguíneos que suministran sangre y oxígeno al corazón; “se produce por una alteración del flujo de sangre hacia el miocardio. La acumulación de placa aterosclerótica en las arterias coronarias es la causa más frecuente. Puede ser asintomática o determinar una angina de pecho, síndrome coronario agudo, infarto de miocardio, arritmias, insuficiencia cardíaca e incluso la muerte súbita”⁴⁸.

Al producirse el estrechamiento de los vasos sanguíneos y la alteración del flujo de sangre al miocardio se produce la isquemia.

“La isquemia es una situación producida por la falta de oxígeno en los tejidos y la eliminación inadecuada de los metabolitos; desde un punto de vista práctico, la isquemia del miocardio se debe casi siempre a una disminución del flujo sanguíneo a través de las arterias coronarias. En la gran mayoría de los casos, la reducción del flujo coronario es secundario a lesiones aterosclerosas y sus complicaciones trombóticas”⁴⁹.

2.1.8.2 Fisiología

“Las dos arterias coronarias principales, derecha e izquierda, aportan oxígeno, sangre y nutrientes al miocardio. Se originan en la raíz de la aorta, justo por fuera de la válvula aórtica”⁴⁸.

“El tronco común de la arteria coronaria izquierda, se origina en el seno de Valsalva izquierdo aórtico, discurre por detrás de la base de la arteria pulmonar y tras un corto trayecto, se bifurca en dos grandes ramas”⁵¹. La arteria coronaria principal izquierda “se divide para dar lugar a las arterias descendente anterior y circunfleja”⁴⁸.

“La arteria descendente anterior irriga la parte anterior del tabique interventricular y el ventrículo izquierdo, incluida la punta del corazón. La rama circunfleja irriga la pared lateral del ventrículo izquierdo”⁴⁸.

Por su parte, la arteria coronaria derecha “se origina en el seno del Valsalva derecho de la raíz aórtica y se dirige hacia la derecha y por detrás de la arteria pulmonar”⁴⁸, e “irriga el ventrículo derecho y forma la arteria descendente posterior. Esta arteria descendente posterior irriga la parte posterior del corazón”⁴⁸.

La cantidad de sangre que fluye a través de las arterias coronarias varía durante el ciclo cardiaco. “A diferencia de otros órganos, una gran parte de la perfusión del corazón se realiza durante la diástole, ya que durante la sístole el aumento de la presión intraventricular comprime el lecho vascular e impide la circulación endocárdica. Así, en situaciones en las que la relajación ventricular está comprometida – como, por ejemplo, en la isquemia y en la hipertrofia – el flujo coronario endocárdico se ve afectado”⁵¹.

El flujo de sangre por las arterias coronarias se regula por diversos factores. “La presión aórtica es el principal, pero otros son la frecuencia cardiaca, la actividad metabólica del corazón, el tono de los vasos y la circulación colateral”⁴⁸.

2.1.8.3 Fisiopatología

La aterosclerosis es la causa más frecuente de la enfermedad coronaria, al provocar una reducción del flujo sanguíneo⁴⁸. Es una enfermedad progresiva que se caracteriza por la formación de ateroma o placa, que afecta a las arterias de gran y mediano calibre⁴⁸. Al ser un proceso complejo, “implica diferentes tipos de células: células endoteliales, células musculares lisas vasculares, macrófagos y linfocitos; y numerosas familias de citosinas y factores de crecimiento”⁴⁸.

“La demanda de oxígeno miocárdico puede exceder la capacidad de las arterias coronarias normales para proporcionar sangre oxigenada, produciendo isquemia o infarto de miocardio”⁴⁹.

Se inicia por factores “precipitantes desconocidos que producen la acumulación de lipoproteínas y tejido fibroso en la pared arterial. En la corriente circulatoria, los lípidos se transportan ligados a unas proteínas llamadas apoproteínas y una concentración elevada de lipoproteínas, un tipo de apoproteína, aumenta el riesgo de aterosclerosis”⁴⁸.

“La hiperlipidemia puede causar daños en el endotelio arterial, al igual que una excesiva presión en el sistema arterial (hipertensión), toxinas presentes por el fumado, infecciones e inflamación”⁴⁸. Todos estos factores provocan lesiones endoteliales que potencian la adherencia de las plaquetas, lo que atrae leucocitos a la zona.

En los focos de lesión, las lipoproteínas, se acumulan a lo interno de la arteria, los macrófagos emigran hacia la zona lesionada como parte del proceso inflamatorio y el contacto con las plaquetas, el colesterol y otros componentes de la sangre, estimula a las células musculares lisas y el tejido conjuntivo dentro de la pared vascular para que prolifere de manera anormal⁴⁸.

En este estadio, “no se altera el flujo sanguíneo, pero sí aparece una lesión precoz que forma una estría grasa amarillenta en la cubierta interna de la arteria”⁴⁸. Esto, con el paso del tiempo provoca que aparezca placa fibrosa debido a que las células musculares lisas se hipertrofian, proliferan las fibras de colágeno y se acumulan lípidos de la sangre⁴⁸.

“La placa en desarrollo va ocluyendo la luz del vaso de forma gradual”⁴⁸, alterando la capacidad del mismo para dilatarse en respuesta al aumento de la demanda de oxígeno. Conforme se expande la placa, puede ocurrir una estenosis intensa, o bien, una oclusión total de la arteria⁴⁸.

La fase final de este proceso es el desarrollo de ateromas, las cuales son “lesiones complejas que comprenden lípidos, tejido fibroso, colágeno, calcio, restos celulares y capilares. Estas lesiones calcificadas pueden ulcerarse o romperse, facilitando una trombosis”⁴⁸.

2.1.8.4 Clasificación

La cardiopatía coronaria se divide en dos categorías en general: cardiopatía isquémica crónica y síndrome coronario agudo⁴⁸.

La cardiopatía isquémica crónica “incluye la angina inestable y vasoespástica y la isquemia miocárdica silente. Los síndromes coronarios agudos van desde la angina inestable al infarto agudo de miocardio”⁴⁸.

2.1.8.5 Síntomas

El principal síntoma de las cardiopatías es la angina de pecho, con diagnóstico clínico basado en cinco manifestaciones^{49, 69}:

1. El carácter del dolor es una presión visceral profunda o sensación de opresión.
2. Casi siempre tiene algún componente subesternal, aunque algunos pacientes solo se quejan de dolor izquierdo o derecho, en espalda o epigastrio.
3. El dolor puede irradiar del tórax a la mandíbula, cuello, o extremidad superior.
4. La angina suele ser causada por el ejercicio, alteraciones emocionales u otros incidentes que evidentemente aumenta la demanda de oxígeno al miocardio, como las taquiarritmias, o los aumentos extremos en la presión arterial.
5. La angina de pecho es transitoria, con una duración entre 2 y 30 mín. Se alivia con la suspensión del foco causante o mediante la administración de nitroglicerina sublingual. El dolor de pecho con duración mayor de 30 minutos es infarto de miocardio; dolor menor de 2 min es improbable que se deba a isquemia miocárdica.

La angina de pecho “se caracteriza por episodios de dolor torácico, en general precipitados por el ejercicio y que se alivian con el reposo. Cuando las necesidades de oxígeno del miocardio superan el aporte que pueden realizar los vasos con una oclusión parcial, las células miocárdicas

desarrollan isquemia y su metabolismo anaeróbico produce ácido láctico, que estimula las terminaciones nerviosas musculares y ocasiona dolor”⁴⁸. El dolor desaparece cuando el aporte de oxígeno vuelve a satisfacer las necesidades.

Otras manifestaciones pueden ser producidas por los mismos factores causantes, como por ejemplo, la disnea, definida como la “vivencia subjetiva de dificultad para respirar”⁵⁰, se debe a una “disfunción ventricular izquierda transitoria, produciendo un aumento en la presión ventricular izquierda final y la presión capilar pulmonar consecuente, puede producir desequilibrio de abastecimiento y demanda miocárdica”⁴⁹.

Además, puede conducir a “taquiarritmias ventriculares que se manifiestan con palpitaciones o síncope”⁴⁹, o “pérdida de conciencia transitoria y autolimitada causada por la insuficiencia global aguda de flujo sanguíneo cerebral”⁵⁰; episodios de edema transitorio, definido como el incremento del volumen de líquido intersticial⁴⁹, dado por la afectación de “los músculos papilares en el miocardio isquémico y se produce una insuficiencia mitral moderadamente intensa”⁴⁹ o bien, presentar alteraciones del “ritmo cardíaco, especialmente en arritmias ventriculares”⁴⁹.

Otras complicaciones importantes son el síndrome coronario agudo, el infarto de miocardio o una combinación de todos los anteriores⁴⁸.

El síndrome coronario agudo (SCA) comprende un “conjunto de entidades producidas por la erosión o rotura de una placa de ateroma, que determina la formación de un trombo intracoronario, causando una angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita, según la cantidad y duración del trombo, la existencia de circulación colateral y la presencia de vasoespasmos en el momento de la rotura”⁵².

“Es una patología con elevada morbimortalidad. Los pacientes con síndrome coronario agudo que desarrollan insuficiencia cardíaca presentan una tasa de mortalidad mayor comparado con los que no desarrollan insuficiencia cardíaca. Los pacientes que presentan insuficiencia cardíaca en el contexto de un síndrome coronario agudo tienen mayor edad, historia previa de enfermedad cardiovascular y mayor presentación como disnea en vez de dolor torácico”⁵¹.

El infarto de miocardio “se produce cuando la obstrucción completa de una arteria coronaria interrumpe el aporte de sangre a una región del miocardio. El tejido afectado se vuelve isquémico y al final muere (se infarta) cuando el aporte de sangre no se recupera”⁴⁸.

2.1.8.6 Factores de Riesgo

“Es posible controlar muchos factores de riesgo de la CC mediante modificaciones en la forma de vida. El personal de enfermería ocupa una posición de privilegio para estimular y apoyar cambios positivos en la forma de vida, enseñando y fomentando prácticas de vida saludables”⁴⁸.

“El factor de riesgo es una característica del individuo o de su entorno, que cuando está presente, indica un riesgo más elevado de presentar una enfermedad”⁴⁶.

Los factores de riesgo son “algunos signos biológicos, estilos de vida o hábitos adquiridos o ambientales que se hayan con mayor frecuencia en los individuos que desarrollan enfermedad coronaria”⁴⁶. Los factores de riesgo de la CC se suelen dividir en no modificables (sexo, edad, historia familiar, raza) y modificables (tabaquismo, consumo de alcohol, hipertensión, hiperlipidemia, obesidad, vida sedentaria, dieta y diabetes mellitus)⁴⁸. Los factores de riesgo clásico suelen explicar el 75-80% de la enfermedad coronaria⁴⁶.

Enfermería, a través de sus diagnósticos enfermeros, puede ocuparse de los patrones funcionales de salud que son prioritarios para pacientes con déficit en la percepción y tratamientos de la

salud, como lo son el déficit de autocuidado por actividad o ejercicio y la baja autoestima secundaria a su situación por su autopercepción y autoconcepto⁴⁸.

2.1.8.6.1 Factores de riesgo no modificables

- Sexo: “los varones se afectan con esta enfermedad antes que las mujeres”⁴⁸. “El riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria durante cualquier momento de la vida es de 1 por cada 2 hombres y 1 por cada 3 mujeres”¹⁶. Este riesgo va disminuyendo conforme aumenta la edad, pero aún en edades avanzadas, la probabilidad de enfermedad coronaria es mayor en hombres que en mujeres: a cualquier edad, el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria es mayor en pacientes masculinos¹⁶.

- Edad: Además del sexo masculino, la edad es, también, un determinante importante en la valoración de riesgo de un individuo, “según el Séptimo Informe del Comité Conjunto de Estados Unidos sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, uno de los principales factores de riesgo cardiovascular es ser hombre mayor de 55 años o mujer mayor de 65 años”¹⁶. En este grupo de edad se producen el 80% de las muertes por infarto de miocardio⁴⁸.

- Historia familiar: los factores hereditarios y factores contribuyentes han colocado a este tipo de enfermedades como una de las prioridades de salud pública. “La presencia de antecedentes familiares cardiovasculares prematuros (hombres menores de 55 años o mujeres menores de 65 años) constituye una condición de alto riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular”¹⁶.

- Raza: la Sociedad Española de Cardiología (SEC) destaca que, según diversos estudios, la raza y la etnia a la que pertenecemos influye en nuestra salud cardíaca⁵³.

“El estudio “Ethnic differences in one year mortality among patients hospitalised with heart failure” elaborado por el Departamento de Medicina de la Universidad de Alberta en

Edmonoton, Canadá, ha demostrado que en los usuarios, al año de haber sido hospitalizados por fallo cardiaco, existe una diferencia sustancial en las probabilidades de fallecer, según la raza del paciente. Así, los individuos de raza asiática tienen un 38,7% de probabilidades de fallecer frente al 31% de las probabilidades de los de raza blanca durante el mismo periodo”⁵³.

La SEC, menciona que “estudios epidemiológicos también han demostrado que tanto las personas de raza negra como los de raza asiática tienen tendencia a sufrir el denominado síndrome de resistencia a la insulina, en el que ésta deja de realizar su función y favorece la aparición de obesidad abdominal y dislipidemia, factor que, también, explicaría la mayor incidencia de enfermedad cardiópata”⁵³.

2.1.8.6.2 Factores de riesgo modificables

- Tabaquismo: éste es un factor de riesgo “responsable de más muertes por CC que por cáncer de pulmón o neumopatías”⁴⁸. El humo del tabaco favorece a la CC, por ejemplo, el “monóxido de carbono, causa lesiones en el endotelio vascular y esto potencia el depósito de colesterol”⁴⁸, la nicotina “estimula la liberación de catecolaminas, lo que aumenta la presión arterial, la frecuencia cardiaca y el consumo de oxígeno del miocardio, además constriñe las arterias y estimula la agregación plaquetaria y, por consiguiente, un riesgo aumentado de formación de trombos”⁴⁸.

- Consumo de alcohol: “el consumo excesivo de alcohol puede ocasionar miocardiopatía alcohólica. También, puede generar infartos al corazón. Su consumo regular eleva los niveles de sodio y calcio en la célula y puede producir hipertensión arterial. Cuando se reduce el consumo en personas con hipertensión se logra disminuir la enfermedad. La ingesta aguda de alcohol, puede producir arritmias graves en personas sanas”⁵⁴.

- Hipertensión: conocida como “el aumento de los valores de la presión arterial por encima de 140 mmHg de presión sistólica o 90 mmHg de presión diastólica de forma sostenida”⁴⁸, produce lesiones endoteliales en las arterias, debido al exceso de presión y características alteradas del flujo⁴⁸.

- Hiperlipidemia: es el “aumento patológico de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre”⁴⁸, las cuales son las que transportan colesterol en la sangre.

Las principales proteínas transportadoras son las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y una concentración elevada estimula la aterosclerosis, esto debido a que las LDL depositan el colesterol en las paredes arteriales. Una concentración de LDL superior a 159 mg/dL indica un nivel alto de colesterol^{48, 51}.

- Obesidad: el exceso de tejido adiposo con un índice de masa corporal (IMC) e 30 kg/m² o superior influyen en el riesgo de CC⁴⁸. Las personas con obesidad “muestran un aumento de la frecuencia de hipertensión, diabetes e hiperlipidemia”⁴⁸. Además, la obesidad concentrada en la zona abdominal se asocia a un mayor riesgo de enfermedad coronaria, valores superiores a 102 cm para varones y 88 cm para mujeres, indican obesidad central^{48, 52}.

- Vida sedentaria: la inactividad física se relaciona fuertemente a la enfermedad coronaria. “Datos de investigaciones indican que las personas que realizan un programa regular de actividad física tienen menos tendencia al desarrollo de CC que los sedentarios”⁴⁸. “Los National Institutes of Health y la AHA han recomendado que como mínimo se realicen 30 minutos de actividad física moderada o intensa todos los días”⁵¹.

- Dieta: “las dietas ricas en frutas, verduras, cereales integrales y ácidos grasos insaturados parecen tener un efecto protector”⁴⁸. El consumo de alimentos altos en grasa y colesterol provocan obesidad e hiperlipidemia.

- Diabetes mellitus: la diabetes se asocia a un aumento de las concentraciones de lípidos en la sangre, a una mayor incidencia de hipertensión y de obesidad, así como afecta el endotelio de los vasos y contribuye al proceso de la aterosclerosis^{48, 51 y 52}.

Existen otros factores socioculturales, como el acceso a servicios de salud, el cual es crítico para la evolución del proceso agudo en el manejo en un paciente. “Varios factores socioeconómicos, principalmente los que corresponden a tipo de empleo y nivel educativo han demostrado en investigaciones en Inglaterra, influir como factores de riesgo cardiovascular, aún más importantes que el nivel de colesterol, la presión arterial y el fumado”¹⁶.

2.1.9 Acciones de autocuidado recomendadas pre y post infarto agudo de miocardio

“El patrón de percepción de la salud y el cuidado de la salud comprenden conductas en torno a la asistencia sanitaria como actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamientos médicos y cuidados de seguimiento”⁴⁸.

Las personas a lo largo de la vida, pueden encontrarse en diferentes situaciones de salud o enfermedad, por lo que la percepción de éstas y su mantenimiento se pueden ver afectados por diversos factores que influyen en el estado de salud o el nivel de bienestar del individuo⁴⁸; y justamente son las acciones de autocuidado las que definen qué tan propenso se encuentra la persona de sufrir un infarto por primera o segunda y hasta tercera vez.

Al seguir una serie de actividades recomendadas pre y post infarto, a través de la apreciación de la salud, el paciente da signos de alerta sobre cómo cuida su salud. “Un cuidado inadecuado de la salud influye en la capacidad del cuerpo de mantener la homeostasis”⁴⁸.

Se ha comprobado que al transformar o disminuir los factores de riesgo modificables de las cardiopatías coronarias hay una reducción aproximada del 3,5% anual de la mortalidad⁴⁸ y sí el

paciente toma mayor conciencia de su estilo de vida post infarto miocárdico puede cambiar sus actividades anteriores al suceso, que disminuyan la posibilidad de un reinfarto.

Algunos de estos cambios son:

- Seguir las recomendaciones dietéticas para reducir las concentraciones de colesterol total: incluir el consumo de cereales integrales, frutas, verduras, fibra, proteínas y disminuir el consumo de grasas saturadas y poliinsaturadas, el sodio⁴⁸.

- Dejar de fumar.

- Dejar de consumir alcohol⁵⁴.

- Realización regular de ejercicios, ya que reduce la presión arterial y la resistencia a la insulina, ayuda a bajar y controlar el peso, disminuye la formación de coágulos sanguíneos y aumenta la capacidad para disolverlos, mejora la forma física y la tolerancia al ejercicio, ayuda a que el corazón funcione mejor: reduce el número de latidos por minuto, mejora su contracción y desarrolla nuevas arterias, reduce las arritmias⁵⁵.

“El más beneficioso es el llamado aeróbico: caminar, correr, pedalear en bicicleta y nadar. En este tipo de actividades se movilizan muchos músculos. Mientras que el ejercicio estático o anaeróbico (como el levantamiento de pesas) tiene menos efectos positivos para el corazón y puede resultar peligroso si no se hace de forma controlada”⁵⁵.

- Disminuir la práctica de la vida sedentaria.

- Disminuir los niveles de estrés.

A través de programas de rehabilitación cardíaca, el cual es un “programa a largo plazo de valoración médica, ejercicio, modificación de factores de riesgo, educación y asesoramiento, que busca limitar los efectos físicos y psicológicos de la enfermedad cardíaca”⁴⁸, el paciente puede mejorar su calidad de vida luego de un infarto.

2.1.10 Programas de rehabilitación cardíaca

Existen programas de rehabilitación cardíaca integral (RCI)⁵⁶, los cuales comenzaron a desarrollarse con más fuerza en la década de los 50 y si bien, se han propuesto numerosos programas de rehabilitación con métodos, protocolos y recursos de muy diversa índole, existe consenso en que para obtener los mejores resultados deben incluir, además del ejercicio físico, la orientación nutricional y la actuación “agresiva” contra factores de riesgo aterosclerótico, entre ellos: lípidos, hipertensión arterial, sobrepeso, diabetes mellitus y tabaquismo, así como los consejos psicosocial y vocacional, en donde el papel de enfermería es de suma importancia. Convencionalmente, los programas de rehabilitación cardíaca se han dividido en 3 fases⁵⁶: Fase I: Periodo de internación hospitalaria, Fase II: Luego del alta hospitalaria: fase activa o ambulatoria supervisada durante 3 - 6 meses y Fase III o de mantenimiento: Comprende el resto de la vida del paciente y donde se enfatiza conservar la aptitud física y reducir adicionalmente los factores de riesgo. Es en esta fase donde las prácticas de autocuidado son de gran interés y relevancia, ya que el paciente retorna a su domicilio y la participación activa de los familiares más cercanos y otras acciones educativas, pueden minimizarse las recurrencias de la enfermedad⁵⁴.

La fase II o “fase de rehabilitación cardíaca ambulatoria inmediata, se empieza a las 3 semanas del episodio cardíaco y pretenden aumentar los niveles de actividad física, la participación y la capacidad, mejorar la situación psicosocial, tratar la ansiedad y la depresión, y dar educación para disminuir factores de riesgo”⁴⁸. La fase III, por su parte, “tratan de permitir la transición del ejercicio de forma independiente y el mantenimiento del mismo”⁴⁸, con revisiones trimestrales de valoración.

2.1.11 Teorizante de Enfermería

Existen diferentes teorías y modelos, desarrollados para el crecimiento de la profesión de enfermería. Uno de los principales modelos, es el de la Teoría de enfermería del déficit de autocuidado, establecido por Dorotea E. Orem¹⁹. Este modelo es una teoría general “compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué 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 de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener”⁷².

Teoría del Autocuidado

Orem indica que el autocuidado consiste en la “práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinado período, 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”⁴⁴.

El autocuidado está dirigido a la práctica de actividades iniciadas por el paciente y que ayudan a mantener y optimizar su bienestar físico, mental y social. El paciente tiene la opción de hacer un arreglo a su situación temporal y por cuenta propia⁷⁰, con el fin de seguir viviendo en bienestar, mantener y/o recuperar la salud y prolongar la vida. Por ende, la aplicación de la teoría de Orem muestra su “importancia en el desarrollo del conocimiento de enfermería, además de su gran utilidad para la formación de recursos humanos y la práctica de la profesión que promuevan el mejoramiento de la salud”⁷¹.

Orem define al autocuidado “como las acciones intencionadas y aprendidas por la persona para controlar factores internos y externos que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior”⁴⁴.

Siempre se debe valorar a la persona como un ser holístico, desde el punto de vista biológico, psicológico y social. Según Orem⁴⁴, el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

Teoría de déficit de autocuidado

Salcedo-Álvarez y colaboradores⁵⁸ plantean que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar esta pérdida, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud. “Orem menciona que existen factores básicos que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Identifica 10 factores: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, factores del sistema familiar, factores socioculturales, disponibilidad de los recursos, factores externos del entorno”⁵⁸.

Autores como Benavent y Ferrer⁵⁷, plantean que la teoría de Orem es una de las más estudiadas y validadas en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Cuando existe el déficit de autocuidado, enfermería puede “compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de

un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo”⁷³.

Teoría de los sistemas de Enfermería

La teoría de los sistemas de enfermería articula las tres teorías planteadas por Orem. “Señala la manera como la enfermería contribuye para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado”⁷³. Se compone de tres sistemas⁷²:

- Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte del profesional, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y el/la enfermero (a) interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentarse, pero dependen para otras actividades como desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.

- Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.

- Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente el/la enfermero (a) ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

“Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación”⁷².

Conceptos meta paradigmáticos

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos⁴⁴:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por lo tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por ende, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Entorno: aunque no lo define como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Al relacionar todos estos conceptos, el eje fundamental de la enfermería, como un servicio humano, es identificar primeramente al ser humano como un organismo holístico, que requiere atención integral y al haber una ausencia de salud e incapacidad para el autocuidado, debe procurar bienestar y cubrir las necesidades universales del desarrollo de cada individuo y se limiten las desviaciones en la salud.

El personal de enfermería cuenta con el gran reto de ayudar a los individuos a que adopten estilos de vida saludables y aprendan a utilizar las herramientas que se les indican en su tratamiento, luego de sufrir un infarto o alguna complicación debida a su enfermedad coronaria. Para esto el autocuidado logra un papel importante y es a través de la enseñanza previa y el grado de concientización que todo el personal de salud pueda lograr en los pacientes, para que actúen acorde con lo recomendado e instauren su salud de una mejor manera.

Los pacientes con enfermedades coronarias deben poseer un gran compromiso personal; acciones como dedicación, educación y cuidado individualizado, así como estrategias de disminución de costos a través de la prevención, mejoran la condición de vida del enfermo. De esta forma, hasta un 50 % de los reingresos hospitalarios³ podrían evitarse si los pacientes realizan actividades para corregir su déficit de autocuidado.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque cuantitativo representa un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio. “Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica, y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”¹³.

La investigación utiliza este tipo de enfoque, debido a que a través de la búsqueda de información se pretende convertir la misma en datos que puedan ser analizados de manera estadística. Con base en la revisión de literatura e información obtenida por medio de cuestionarios y entrevistas a la población en estudio, se podrá validar la teoría analizada.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación descriptiva “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los procesos o las variables a las que se refieren.”¹³

En esta investigación se plantea un estudio descriptivo no experimental, debido a que no se “modifican en forma intencional las variables”¹³ y solo “se observan fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos”¹³.

Se pretende describir los hechos ya existentes tal como son observados y las variables de estudio “no pueden ser manipuladas ni se puede influir sobre ellas”¹³, porque ya sucedieron.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental tipo transversal, debido a que no hay una manipulación deliberada de las variables y se recolecta la información en un momento único del tiempo¹³.

3.4 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

El estudio se realiza en una población de pacientes propensos por desarrollar enfermedad coronaria, atendidos en el Centro Cardiovascular SM, institución privada ubicada en la provincia de San José, prestadora de servicios de salud de tercer nivel de atención, marzo 2018.

3.4.1 Población

El estudio se realiza con una población total de 1500 pacientes, atendidos en el Centro Cardiovascular SM, institución privada prestadora de servicios de salud de tercer nivel de atención, ubicada la provincia de San José, cantón de Goicoechea, distrito Guadalupe, barrio San Antonio, marzo 2018.

3.4.2 Muestra

Para la investigación, se selecciona por conveniencia una muestra no probabilística de 120 personas. Se calcula mediante el paquete de datos estadísticos STATS, tomando como base el tamaño de la población de 1500 pacientes, un margen de confiabilidad de 99% y un margen de error de 10%.

3.4.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los participantes de la investigación debieron cumplir con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Tabla N° 1: Criterios de inclusión y exclusión de la población en estudio, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Personas mayores de 40 años	
Personas con enfermedad coronaria en etapa aguda que no fueron intervenidos	

Personas a las que se les haya realizado una angiografía / angioplastia coronaria o Bypass coronaria	Personas con diagnóstico médico de patología coronaria en fase I (rehabilitación cardiaca)
Personas sin alteración del estado mental y de lenguaje	
Paciente atendido en el Centro Cardiovascular SM	Paciente atendido en otro centro médico privado

Fuente: Elaboración propia, 2018.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Para el cumplimiento del primer objetivo, el cual sugiere describir los aspectos sociodemográficos en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria y su efectividad, según la escala de ASA, se define conceptualmente a la variable aspectos sociodemográficos, como las “características sociales que describen a las poblaciones humanas y sus variaciones, lo cual no se limita a la medición, sino que incluye necesariamente la interpretación y análisis de los datos”³³. A su vez, de manera operacional se puede decir que los factores o aspectos sociodemográficos son características sociales de la población en estudio.

Para medir esta variable se utiliza el instrumento de cuestionario en donde se pretenden conceptualizar y obtener información estadística de la población en estudio, a través de un cuestionario y así conocer: género, edad, nacionalidad, lugar de residencia, estado civil, nivel de escolaridad y ocupación.

Para el segundo objetivo: identificar los factores de riesgo modificables que propicien la aparición de un infarto en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria, se definen a

los factores de riesgo modificables como “los relacionados con los hábitos vitales y los procesos patológicos que predisponen al paciente al desarrollo de una CC”⁴⁸.

Asimismo, desde el punto de vista operacional se definen como los factores de conducta o forma de vida que pueden controlarse o eliminarse por completo (tabaquismo, consumo de alcohol, hipertensión, hiperlipidemia, obesidad, vida sedentaria, dieta, diabetes mellitus, nivel de conocimiento de la enfermedad y hábitos), y así se podrá tener un panorama del comportamiento de la población en estudio.

Finalmente, para el tercer objetivo: categorizar a las personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria, según el grado de efectividad de autocuidado de la escala de ASA, a través de la aplicación de la escala se buscan evaluar elementos de la escala, tales como características y componentes, grados de efectividad y evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado.

Objetivo	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
1. Describir los aspectos sociodemográficos en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria y su efectividad, según escala de ASA, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, marzo 2018.	Aspectos Sociodemográficos	“Características sociales que describen a las poblaciones humanas y sus variaciones, lo cual no se limita a la medición, sino que incluye necesariamente la interpretación y análisis de los datos” ³³ .	Los factores o aspectos sociodemográficos son características sociales de la población en estudio.	Características sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo y Género • Edad • Nacionalidad • Lugar de residencia • Estado civil • Nivel de escolaridad • Ocupación 	Preguntas de la entrevista: 3, 4, 5, 6, 7 y 8.
2. Identificar los factores de riesgo modificables que		<ul style="list-style-type: none"> • “Los factores de riesgo modificables 	<ul style="list-style-type: none"> • Los factores de riesgo modificables son 		<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Consumo de Alcohol 	Preguntas de la entrevista: 12, 13, 14, 15, 16,

<p>propicien la aparición de un infarto en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, marzo 2018.</p>	<p>Factores de riesgo modificables.</p>	<p>incluyen los relacionados con los hábitos vitales y los procesos patológicos que predisponen al paciente al desarrollo de una CC⁴⁸.</p>	<p>factores de conducta o forma de vida que pueden controlarse o eliminarse por completo.</p>	<p>Factores de riesgo modificables que propicien la aparición de un infarto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Hiperlipidemia • Obesidad • Vida sedentaria • Dieta • Diabetes mellitus • Nivel de conocimiento de la enfermedad • Hábitos 	<p>17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35 y 36 (Escala de ASA)</p>
<p>3. Categorizar a las personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria, según el grado de efectividad de autocuidado de la escala de ASA,</p>	<p>Grado de efectividad, según la escala “Apreciación de Agencia de Autocuidado” (ASA)</p>	<p>Escala desarrollada para “medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem, agencia de</p>	<p>Escala que cuantifica aspectos que no son observables en forma directa y que identifica los individuos con diferentes</p>	<p>Elementos de la escala de ASA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Características y componentes de la escala. • Grados de efectividad, según la escala de ASA. • Evaluación de la capacidad de 	<p>Preguntas 9, 10 11 y 36 del instrumento. Escala de “Apreciación de Agencia de Autocuidado” (ASA).</p>

<p>Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, marzo 2018.</p>		<p>autocuidado, entendiendo este concepto como la capacidad o el poder de la persona para realizar operaciones de autocuidado⁴⁴, los grados de capacidad de agencia que tiene el individuo, junto con la evaluación en la escala de ASA, permite la clasificación de pacientes y se traduce en un elemento fundamental para la</p>	<p>enfermedades crónicas, que requieren el desarrollo de capacidades específicas para el autocuidado.</p>		<p>agencia de autocuidado de la escala.</p>	
--	--	---	---	--	---	--

		práctica administrativa enfermera. Por medio de la escala podemos “identificar el perfil asistencial de los pacientes, subsidiar la (re)distribución de recursos humanos y materiales, reorientar la dinámica asistencial y determinar los costos de la asistencia de enfermería ⁴⁵ ”.				
--	--	--	--	--	--	--

3.6 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En este estudio se emplea un cuestionario con 59 preguntas de selección única, en el cual los participantes de la investigación, por medio de entrevista telefónica o presencial, deben proporcionar la siguiente información: a) características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación y nivel de estudios; b) redes de apoyo social: familia, amigos e institución de salud; c) factores de riesgo modificables: fumado, consumo de alcohol, alimentación, actividad física, y d) evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado: exámenes de control, toma de medicación y escala ASA.

Se emplea la escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA), que se compone de 24 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = casi siempre y 4= siempre). El puntaje máximo que se puede alcanzar es de 96 puntos, clasificando al participante con: muy baja (de 24 a 43 puntos), baja (de 44 a 62 puntos), regular (de 63 a 81 puntos) y buena (de 82 a 96 puntos) agencia de autocuidado⁵⁹.

3.6.1 Validez del cuestionario

La validez externa de la escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA), que se utiliza en el cuestionario, según la Media de Adecuación de la Muestra KMO propuesta por Kaiser-Meyer-Olkin es de un índice de 0,79, el cual es adecuado^{40, 43 y 60}.

Tal como se ha demostrado en diferentes estudios presentados en esta investigación,^{2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 20, 40, 43, 60 y 61} por medio de la aplicación a diversos grupos de varios países con características similares, las cuales reflejan resultados semejantes al responder la escala, de modo que los resultados del proceso de validación arrojan que esta escala es una herramienta que puede ser utilizada en cualquier nivel de atención de salud existente, ya sea como una medida complementaria que permita establecer un diagnóstico, o para tomar medidas

correctivas, de acompañamiento y educación, según los resultados que se muestren tras la aplicación a la persona que se le esté brindando los servicios profesionales en enfermería.

3.6.2 Confiabilidad del cuestionario

En este estudio, al realizar la aplicación de un cuestionario que utiliza la escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA), se evalúa la consistencia interna de dicha escala y mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, y se obtiene una confiabilidad mayor de 0,84 (84%), y siendo que el mayor valor teórico de Alfa es 1, se considera un resultado aceptable^{40, 43 y 60}.

3.7 PLAN PILOTO (VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS)

Tal como se indica en la investigación, se utiliza el instrumento de entrevista a través de 59 preguntas de selección única. Tomando como base al 10% de la muestra, lo que corresponde a 12 personas; se procede a entrevistar de forma presencial a cada uno de los participantes.

Los entrevistados indican comprender las preguntas realizadas; la única dificultad encontrada fue la duración de la entrevista, ya que los participantes se hallaban en la sala de espera del Centro Cardiovascular y en diversas ocasiones se debió interrumpir el cuestionario con el fin de completar los exámenes físicos, electrocardiogramas o pruebas de esfuerzo.

El único ajuste realizado al instrumento fue la colocación de la escala de ASA al final del cuestionario, con la finalidad de lograr un orden lógico e ininterrumpido con las preguntas, a lo cual el resto de participantes manifestó mayor facilidad de expresión.

Se realizó un análisis de Alpha de Cronbach para la escala aplicada con el programa Stata 14, a cargo del profesor de la Universidad Hispanoamericana, el señor Roger Bonilla, y se determinó una medida de fiabilidad de 87.97%. Las preguntas con mayor y menor fiabilidad son la 7 y la 16, respectivamente.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

A continuación, se presentan los resultados estadísticos en el mismo orden en que se plantean los objetivos específicos del trabajo, según las respectivas variables.

4.1.1 Aspectos Sociodemográficos

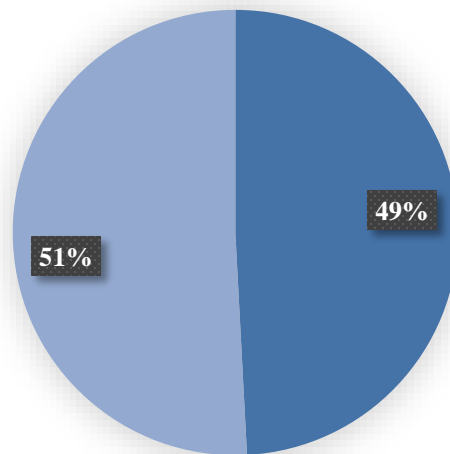


Figura N° 1: Distribución porcentual de la población, según sexo, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Del total de 120 personas, el 51% corresponde al sexo masculino y un 49% al sexo femenino.

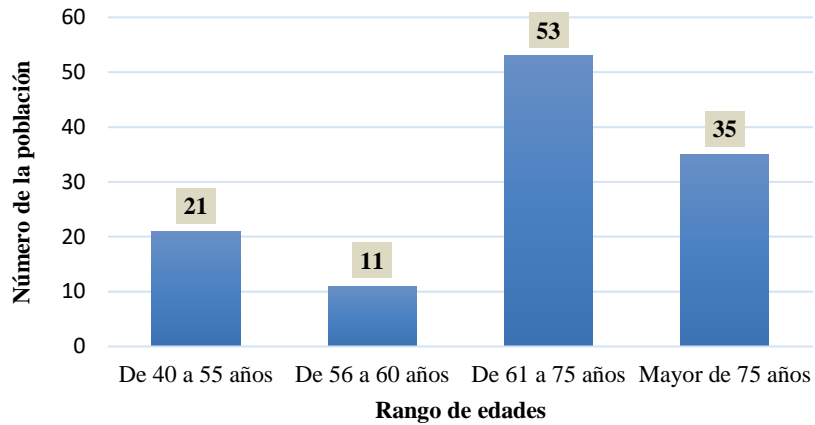


Figura N° 2: Distribución de la población, según rangos de edad, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018
 Fuente: Elaboración propia, 2018.

Del total de la muestra, 21 personas se encuentran en el rango de 40 a 55 años, 11, con edades entre los 56 a 60 años, 53, en un rango de 61 a 75 años y 35 personas mayores de 75 años.

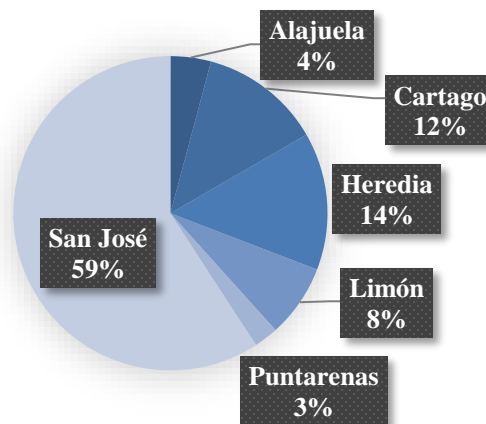


Figura N° 3: Distribución porcentual de la población, según provincia de residencia, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018
 Fuente: Elaboración propia, 2018.

Del total de la muestra, el mayor porcentaje de la población en estudio se concentra en la provincia de San José, seguido de Heredia, Cartago, Limón, Alajuela y Puntarenas, respectivamente.

Tabla N° 2: Distribución de la población en estudio, según estado civil, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Estado civil	Cantidad absoluta	Porcentaje
Casado	80	66%
Viudo	17	14%
Divorciado	14	12%
Soltero	8	7%
Unión Libre	1	1%
Total general	120	100%

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Del total de la población entrevistada, 80 participantes son casados (66%), 17 personas viudas (17%), 14 divorciados (12%), 8 solteros (7%) y 1 persona en unión libre (1%).

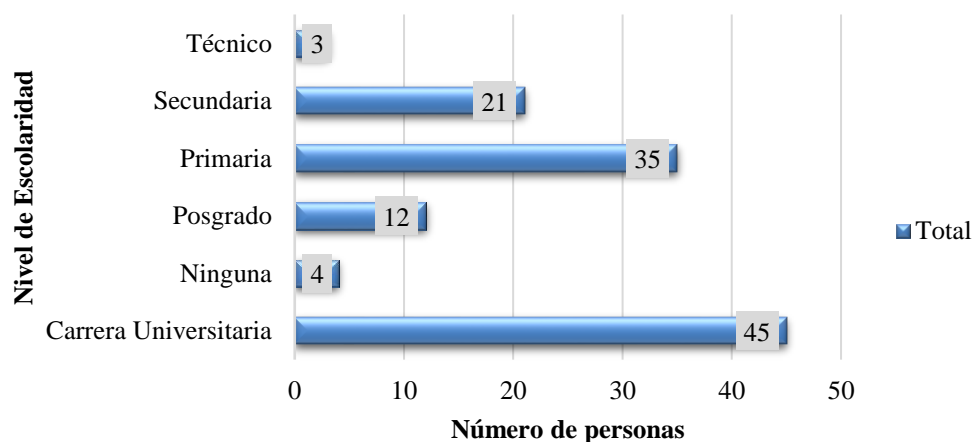


Figura N° 4: Distribución de la población, según nivel de escolaridad, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018

Del total de la población entrevistada, 3 personas poseen un técnico, 4 no poseen estudios, 12 personas tienen un posgrado, 21 personas completaron la secundaria, 35 personas completaron solo la primaria y 45 personas poseen una carrera universitaria.

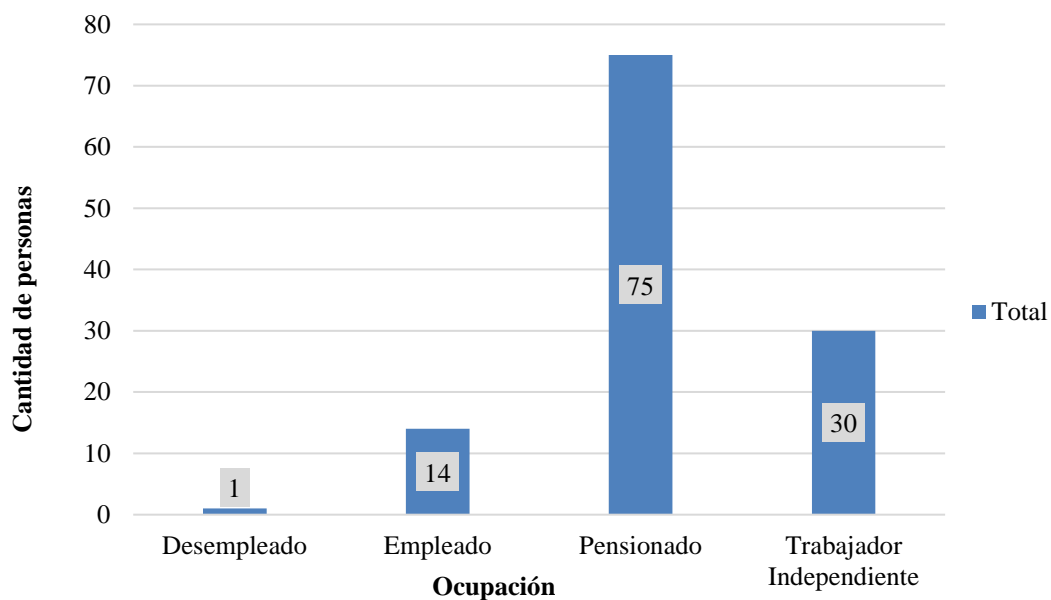


Figura N° 5: Distribución de la población, según ocupación, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018

Del total de la población entrevistada, 1 se encuentra desempleada, 14 son empleados regulares, 30 personas son trabajadores independientes y 75 personas se encuentran pensionadas.

4.1.2 Factores de riesgo modificables

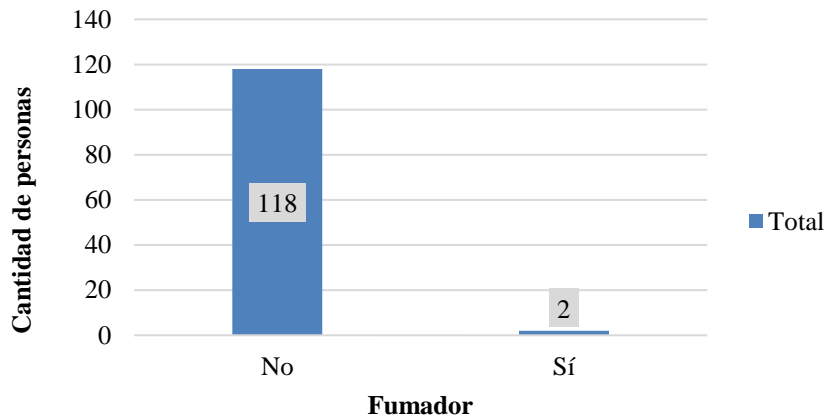


Figura N° 6: Distribución de la población, según el hábito de fumado, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018

Tabla N° 3: Distribución de la población en estudio, según hábito de fumado y edad de inicio, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Hábito de fumado	Edad de inicio de fumado			
	De 10 a 15 años	De 16 a 20 años	De 21 a 25 años	No fumadores
No fuma actualmente	4	13	4	97
Sí fuma actualmente	2			
Total general	6	13	4	97

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Del total de la población en estudio, dos personas son fumadoras e indicaron fumar diariamente, iniciando con el hábito entre los 10 y 15 años.

De las 118 personas que indicaron no fumar, 21 personas sí fumaron en algún momento de sus vidas: 4 personas iniciaron entre los 10 y 15 años, 13 personas entre los 16 y 20 años, y otras 4 entre los 21 y 25 años. 97 personas no han fumado nunca.

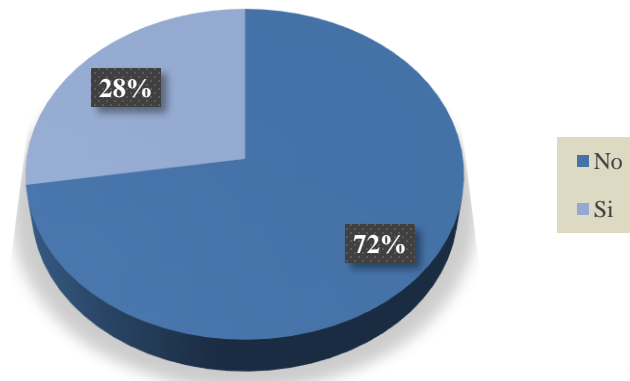


Figura N° 7: Distribución porcentual de la población, según el consumo de alcohol, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018
 Fuente: Elaboración propia, 2018

El 72% de la población manifiesta no consumir alcohol (87 personas) y el 28% indicó consumir ocasionalmente. Solo una persona entrevistada presenta problemas de alcoholismo.

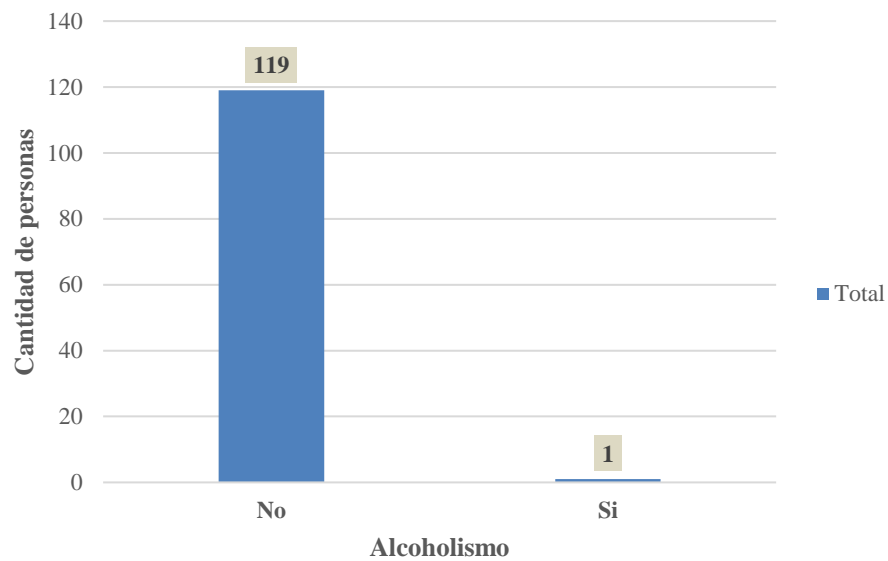


Figura N° 8: Distribución de la población, según enfermedad de etilismo, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018
 Fuente: Elaboración propia, 2018

Tabla N° 4: Frecuencia de consumo de alcohol y cantidad promedio en la población en estudio, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Frecuencia	Cantidad de consumo				Total general
	Un vaso	De 2 - 4 vasos	De 5 - 7 vasos	Más de 8 vasos	
A diario	2				2
De 1 - 3 veces por semana	5	6		1	12
De 1 - 4 veces por semana	1	1			2
Menos de tres veces al mes	13	6	1		20
Total general	21	13	1	1	36

Fuente: Elaboración propia, 2018

Del total de entrevistados, 2 participantes indican consumir una copa de vino diaria, 5 participantes consumen un vaso de 1 a 3 veces por semana, 1 participante de 1 a 4 veces por semana y 13 personas manifiestan consumir de manera ocasional, menos de 3 veces al mes.

Consumen de 2 a 4 vasos de alcohol con una frecuencia de 1 a 3 veces por semana, un total de 6 personas, al igual que otras 6 personas indican consumir menos de tres veces al mes y de forma social. Solo 1 persona indica consumir esta misma cantidad de 1 a 4 veces a la semana.

Una persona consume de 5 a 7 vasos menos de 3 veces al mes y sólo 1 persona consume de 1 a 3 veces por semana más de ocho vasos de alcohol.

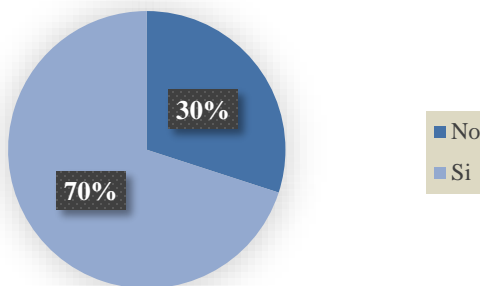


Figura N° 9: Distribución de la población, según padecimiento de Hipertensión Arterial, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 70% de la población entrevistada posee hipertensión arterial, para un total de 84 personas y el 30% restante no tiene este padecimiento (36 personas).

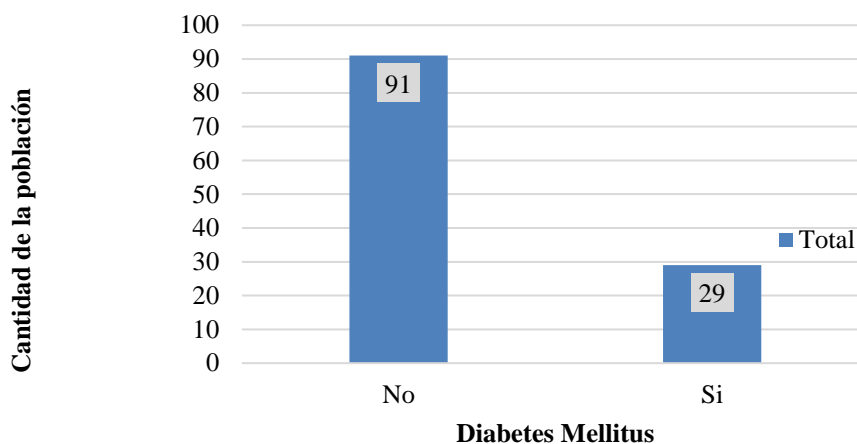


Figura N° 10: Distribución de la población, según padecimiento de Diabetes Mellitus, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018
Fuente: Elaboración propia, 2018

Del total de la muestra, 91 personas no padecen de Diabetes Mellitus, mientras las restantes 29, sí refieren tener dicha enfermedad.

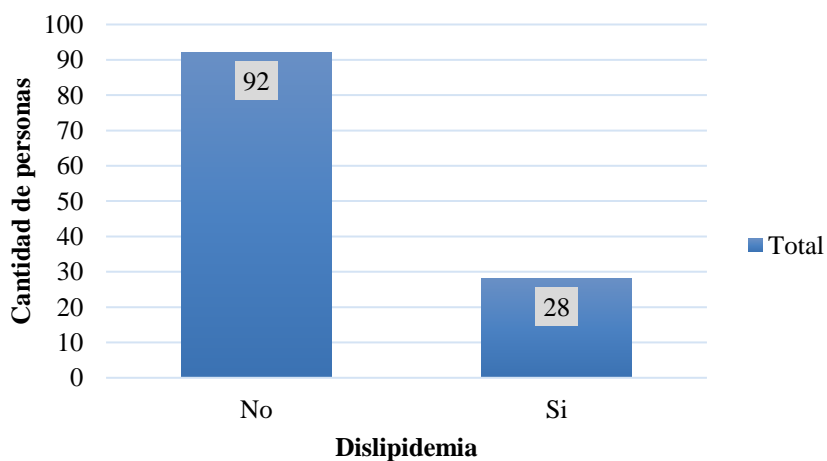


Figura N° 11: Distribución de la población, según padecimiento de Dislipidemia, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018
Fuente: Elaboración propia, 2018

Del total de la muestra, 92 personas no padecen de elevación anormal de concentración de grasas en la sangre.

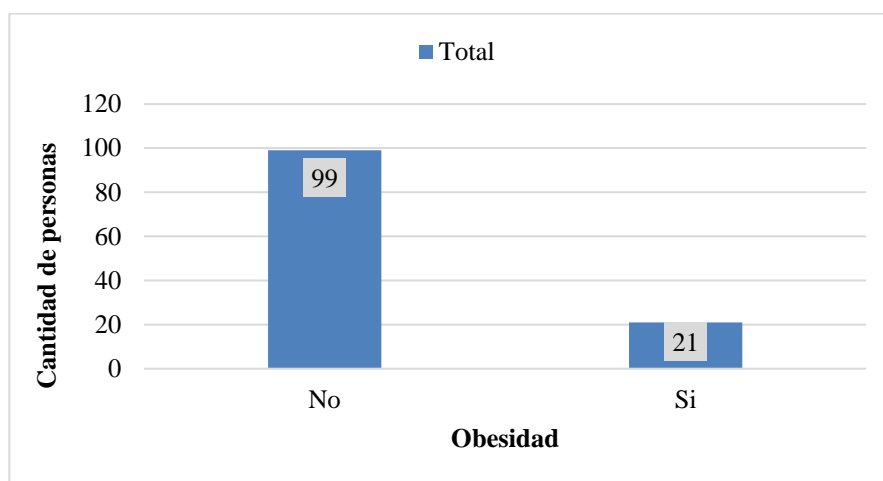


Figura N° 12: Distribución de la población, según padecimiento de Obesidad, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018

Del total de la muestra, 99 personas entrevistadas indican no padecer de obesidad, mientras las 21 restantes señalan tener problemas de sobrepeso.

Tabla N° 5: Tiempo en que la población en estudio pasa sentado o acostado al día, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea 2018

Tiempo en el que pasa sentado o acostado al día	Cantidad de personas
Mínimo 30 minutos	12
De 30 minutos a 1 hora	11
Más de 1 hora	6
Más de 2 horas	91
Total general	120

Fuente: Elaboración propia, 2018

Tabla N° 6: Distribución de la población según, hábito y tipo de actividad física, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Realiza actividad física	Tipo de actividad			Total general
	Aeróbica	Aeróbica y Anaeróbica	No aplica	
No			40	40
Si	74	6		80
Total general	74	6	40	120

Fuente: Elaboración propia, 2018

Tabla N° 7: Distribución de la población, según frecuencia y duración de actividad física, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea 2018

Frecuencia	Duración			Total general
	Mínimo 30 minutos	De 30 minutos a 1 hora	Más de 1 hora	
A diario	9	19	3	31
De 2 - 3 días de la semana	8	21	6	35
De 4 - 6 días de la semana	1	5	2	8
Una vez a la semana	4	2		6
Total general	22	47	11	80

Fuente: Elaboración propia, 2018

91 participantes indican pasar más de dos horas al día sentados o acostados, 6 señalan utilizar más de 1 hora, 11 personas tardan de 30 minutos a 1 hora y 12 entrevistados pasan mínimo 30 minutos de su tiempo para la misma actividad.

De los 120 entrevistados, 80 personas realizan actividad física, de los cuales 74 efectúan ejercicios aeróbicos como caminar, correr y nadar y 6 combinan los ejercicios cardiovasculares con el levantamiento de pesas. 40 personas no realizan ninguna actividad física.

De las 80 personas que indican realizar actividad física, la mayor cantidad efectúa ejercicios con una frecuencia de 2 a 3 días a la semana (35 personas). De este total, 21 personas practican

la actividad de 30 minutos a 1 hora, 8 tardan mínimo 30 minutos y 6 personas más de 1 hora. 31 entrevistados practica actividad a diario, en donde la duración con mayor proporción es la de 30 minutos a 1 hora (19 personas) y solo 3 entrevistados se ejercitan por más de 1 hora de tiempo; 8 personas realizan actividad de 4 a 6 días a la semana y solo 6 una vez a la semana.

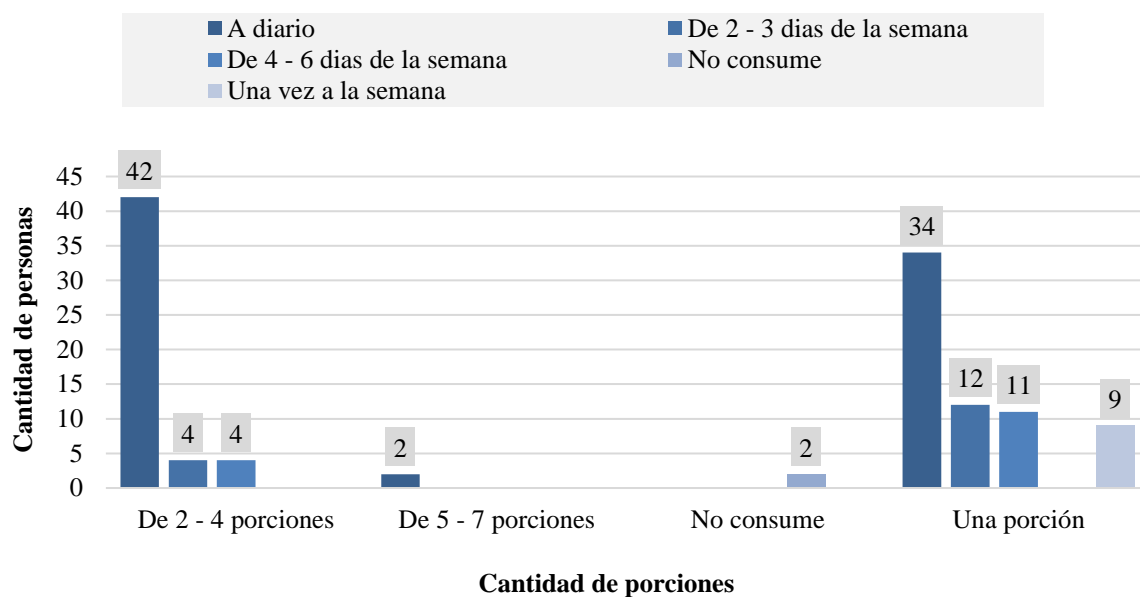


Figura N° 13: Distribución de la población, según ingesta de frutas, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018
Fuente: Elaboración propia, 2018

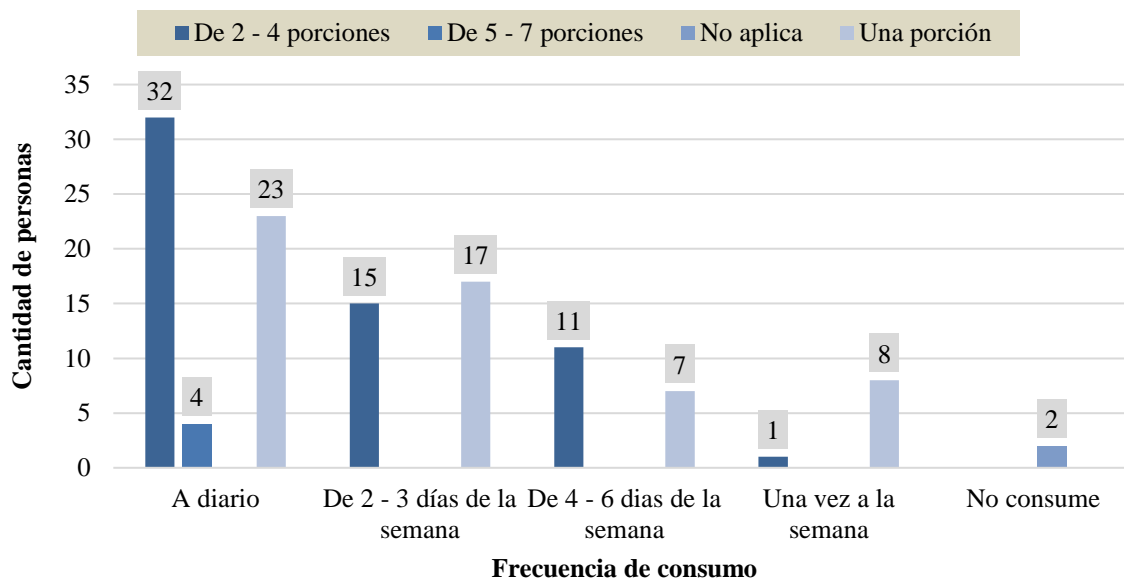


Figura N° 14: Distribución de la población, según ingesta de verduras y vegetales, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018
 Fuente: Elaboración propia, 2018

Se determina que 42 personas consumen de 2 a 4 porciones diarias de frutas, 34 entrevistados solo comen 1 porción y solo 2 personas consumen de 5 a 7 porciones al día; 12 personas consumen 1 porción 2 a 3 días a la semana y 4 consumen de 2 a 4 porciones. Se identifican 11 personas que consumen 1 porción de frutas de 4 a 6 días a la semana y 4 personas que con la misma frecuencia ingieren de 2 a 4 porciones. Solo 9 personas consumen 1 porción 1 vez a la semana y 2 no consumen del todo.

Con respecto del consumo de verduras y vegetales, la mayor cantidad de personas consumen estos alimentos a diario y en su mayoría ingieren de 2 a 4 porciones, 23 personas indicaron consumir una porción diaria, 17 consumen la misma cantidad de 2 a 3 días a la semana, 7 personas de 4 a 6 días a la semana y 8 personas solo 1 vez a la semana; 2 personas no consumen verduras y vegetales.

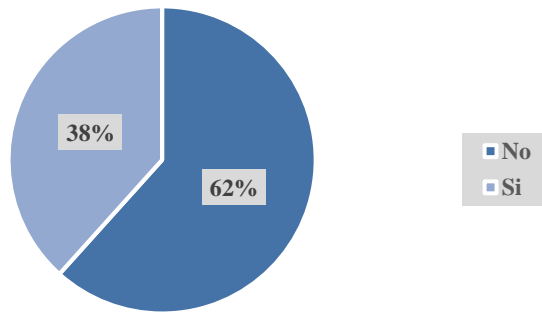


Figura N° 15: Distribución porcentual de la población, según ocurrencia de infarto, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018

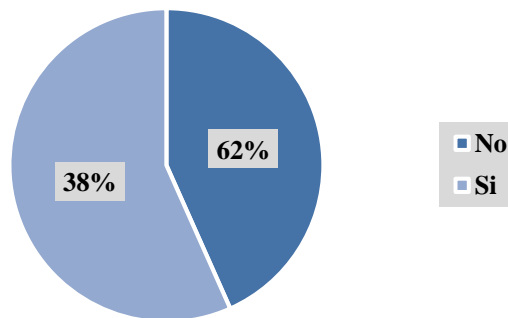


Figura N° 16: Distribución porcentual de la población, según realización de cateterismo cardiaco, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018

Tabla N° 8: Distribución de la población según último cateterismo cardiaco realizado, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Último cateterismo cardiaco	Cantidad de pacientes
Hace 1 año o más	49
Hace 1 mes o menos	7
Hace 3 meses	8
Hace 6 meses	4
Total general	68

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 62% de la población no ha sufrido infartos, este porcentaje equivale a 74 personas en estudio, mientras el 38% restante ha tenido al menos un infarto a lo largo de su vida.

68 personas poseen al menos un cateterismo cardiaco, 24 personas han recurrido a este procedimiento aún sin padecer un infarto y a 44 pacientes les han realizado el cateterismo posterior al suceso cardiaco, siendo la última intervención en la mayoría de los pacientes, hace 1 año o más.

4.1.3 Grado de efectividad de autocuidado, según la escala “Apreciación de Agencia de Autocuidado” (ASA)

- Características y componentes de la escala:

Tabla N° 9: Escala de apreciación de Agencia de Autocuidado aplicada a los pacientes, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Afirmaciones	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1. A medida que cambian las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2. Reviso si las actividades que practico para mantenerme con salud son buenas.				
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme, me las arreglo para conseguir ayuda.				
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.				
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7. Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora.				
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.				
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.				
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.				
12. Cuando necesito ayuda, puedo recurrir a mis amigos siempre.				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.				

14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina, cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.				
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.				
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.				
20. Debido a mis ocupaciones diarias, me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.				
22. Si no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.				
23. Puedo sacar tiempo para mí.				
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

Fuente: Isemberg, Evers and Cols, Traducido al español por Esther Gallegos⁵⁹

Tabla N° 10: Puntuación asignada a cada afirmación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado aplicada a los pacientes, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Opción de respuesta	Valor de cada respuesta
Nunca	1
Casi nunca	2
Casi siempre	3
Siempre	4

Fuente: Espitia Cruz, Luz Carine. (2011)⁵⁹

Tabla N° 11: Interpretación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado aplicada a los pacientes, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Puntaje	Puntuación obtenida
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

Fuente: Espitia Cruz, Luz Carine. (2011)⁵⁹

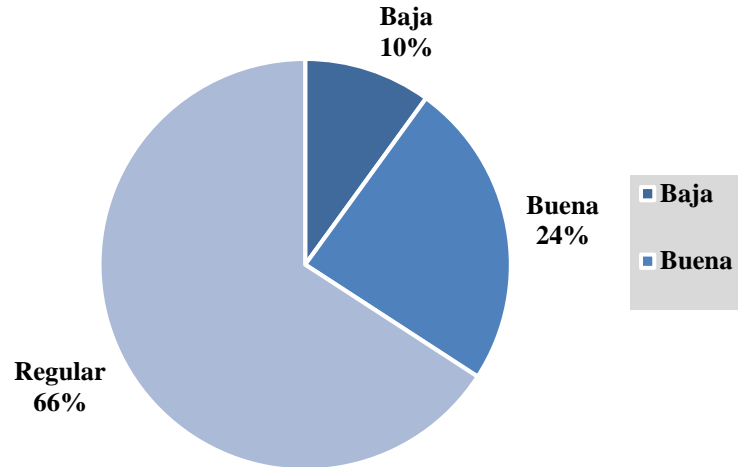


Figura N° 17: Distribución porcentual de población, según grado de efectividad de autocuidado en Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado aplicada a los pacientes, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 66% de los pacientes (79 personas) obtuvo una calificación regular en su capacidad de agencia de autocuidado con una puntuación de entre 63 a 81 puntos, 24% (29 personas) logra calificación buena, con puntuaciones mayores a los 82 puntos y un 10% (12 personas) obtiene calificación baja con 62 puntos o menos. No se encuentran participantes con calificación muy baja.

Tabla N° 12: Distribución del motivo por el cual los pacientes no cumplen de manera estricta con el tratamiento farmacológico, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Toma los medicamentos	Motivo por el cual no cumple con el tratamiento de manera estricta				Total general
	No aplica	Olvida tomarlos	Piensa que no son necesarios	Son muy caros	
No toma los medicamentos		4	2	1	7
No tiene medicamentos prescritos	15				15
Sí toma los medicamentos	98				98
Total general	113	4	2	1	120

Fuente: Elaboración propia, 2018

Del total de población en estudio, 15 personas no tienen medicamentos prescritos, 98 personas sí cumplen de forma estricta con los tratamientos farmacológicos y 15 personas no toman los medicamentos.

De estas 15 personas que no toman sus medicamentos, 4 olvidan tomarlos, 2 piensan que no son necesarios y 1 considera que son muy caros.

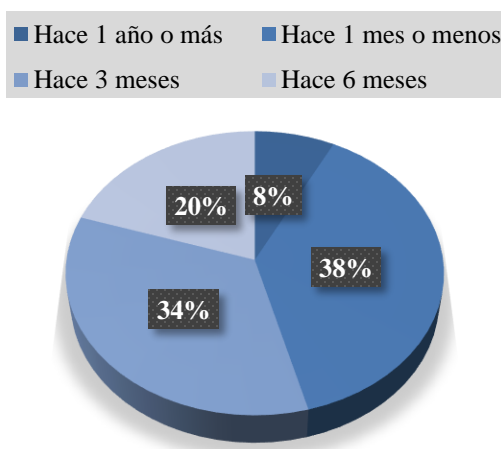


Figura N° 18: Distribución porcentual, según último examen de glucosa en sangre realizado, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018
Fuente: Elaboración propia, 2018

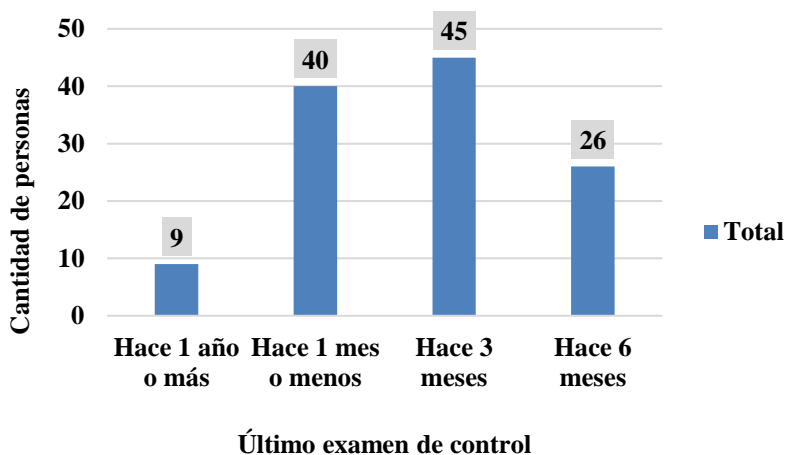


Figura N° 19: Distribución, según último examen de lípidos en sangre realizado, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018
Fuente: Elaboración propia, 2018

Del total de población en estudio, un 38% posee el último control de glucosa en sangre hace 1 mes o menos, un 34% hace 3 meses, un 20% hace 6 meses y un 8% hace 1 año o más.

Sobre el último control de lípidos en sangre, el 37,5% de la población posee un último control de hace 3 meses, seguido de un 33,3% que realizó un control hace 1 mes o menos, 21,6% hace 6 meses y el 7,5% de los participantes hace 1 año o más.

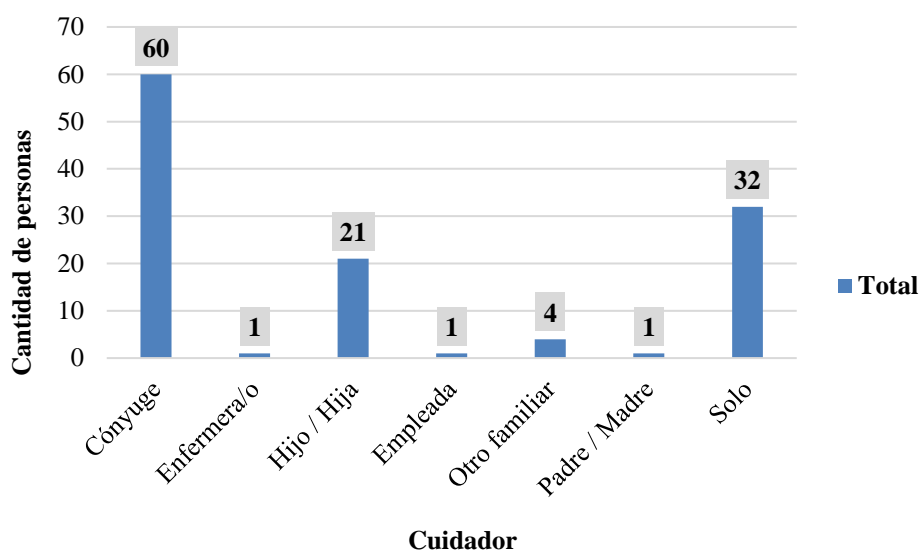


Figura N° 20: Distribución, según cuidador del participante, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018

Del total de población en estudio, 60 personas manifiestan que su principal cuidador es su cónyuge, 32 personas indican cuidarse por ellas mismas, 21 personas son cuidadas por sus hijos, 4 entrevistados por otro familiar, 1 por su padre y/o madre, 1 persona por una empleada doméstica y 1 persona por personal especializado.

4.1.4 Alpha de Cronbach – Medida de fiabilidad

Tabla N° 13: Medida de fiabilidad según Alfa de Cronbach aplicada a la escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA), Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, 2018

Test scale = mean(unstandardized items)						
Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average interitem covariance	alpha
p361	20	+	0.8088	0.7815	.1612232	0.8669
p362	20	+	0.7043	0.6706	.166944	0.8708
p363	20	+	0.2825	0.1763	.1761598	0.8862
p364	20	+	0.8508	0.8293	.1603079	0.8659
p365	20	+	0.7983	0.7672	.1598918	0.8666
p366	20	-	0.4408	0.3743	.1720408	0.8772
p367	20	-	-0.0348	-0.1293	.1899314	0.8933
p368	20	+	0.2981	0.1767	.174974	0.8889
p369	20	+	0.7437	0.7054	.1616393	0.8682
p3610	20	+	0.6315	0.5867	.1673601	0.8720
p3611	20	+	0.2767	0.1910	.1771375	0.8831
p3612	20	+	0.2082	0.1612	.1810901	0.8809
p3613	20	+	0.2986	0.2202	.1766382	0.8816
p3614	20	+	0.7339	0.6991	.1642397	0.8693
p3615	20	+	0.5162	0.4440	.1674225	0.8755
p3616	20	+	0.8770	0.8575	.1577907	0.8643
p3617	20	+	0.3771	0.2918	.1727897	0.8804
p3618	20	+	0.7748	0.7446	.1629915	0.8682
p3619	20	+	0.8051	0.7798	.1630955	0.8678
p3620	20	-	0.6847	0.6310	.1606199	0.8696
p3621	20	+	0.4194	0.3837	.177512	0.8776
p3622	20	+	0.3970	0.3413	.175182	0.8778
p3623	20	+	0.4063	0.3497	.1747452	0.8777
p3624	20	+	0.7600	0.7152	.1568546	0.8666
Test scale					.1691076	0.8797

Fuente: Roger Bonilla, Universidad Hispanoamericana, 2018

Al aplicar este coeficiente a la escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA), se logra medir la fiabilidad del instrumento, indicando que las preguntas número 7 y 16, son las que poseen mayor y menos fiabilidad, con un 89.33% y 86.43% respectivamente. El total de la escala obtiene un 87.97%.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Uno de los objetivos de la investigación ha sido relacionar los resultados de la escala de ASA con respecto del riesgo de sufrir un infarto o reinfarto, en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria; y una vez identificados los principales factores de riesgo, descritos los aspectos sociodemográficos de la población en estudio y categorizadas las personas, según su grado de efectividad de autocuidado, se logra determinar que uno de los principales causales del problema es la prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la obesidad y la aterosclerosis.

El 26% de la población costarricense mayor de 18 años es hipertensa, situación que se convierte en un factor de riesgo de gran importancia para la gestación de enfermedades del aparato circulatorio⁶³. La hipertensión “produce lesiones endoteliales en las arterias, debido al exceso de presión y características alteradas del flujo⁴⁸, por su parte, la diabetes “afecta el endotelio de los vasos y contribuye al proceso de la aterosclerosis”⁴⁸, y el consumo de alimentos altos en grasa y colesterol provocan obesidad e hiperlipidemia, lo que se traduce a una mayor probabilidad de formación de placas de ateroma.

Esta problemática, a su vez, se relaciona con el interés, la agencia de autocuidado y estilos de vida poco favorables para un buen desempeño físico y mental. Lo que provoca que cada vez más personas requieran de intervención médica y farmacológica para mantener su salud.

Un estudio realizado en el 2013, en la ciudad de Medellín, Colombia, concluye que la agencia de autocuidado eficaz está relacionada con la edad, el nivel educativo y económico y el estado civil⁶. En comparación con los datos obtenidos en la presente investigación, los participantes casados o en unión libre, con una carrera universitaria, todos mayores de 61 años, pensionados,

con una red de apoyo familiar, presentan en su mayoría una agencia de autocuidado regular, con puntuaciones mayores a los 60 puntos en la escala de ASA.

Otro punto importante identificado son los altos niveles de estrés, depresión, falta de ánimo y la comorbilidad, “las consecuencias del estrés crónico son graves, particularmente porque éste contribuye a la ansiedad y la depresión. Las personas que tienen depresión y ansiedad tienen un riesgo dos veces mayor de tener enfermedades cardíacas que las personas que no tienen estas afecciones”⁶².

No solo el hecho de padecer hipertensión, obesidad, diabetes o ser mayor de 40 años es factor riesgo, si ya se posee una patología determinada, aumenta aún más la posibilidad de sufrir un infarto cardíaco: “los pacientes con síndrome coronario agudo que desarrollan insuficiencia cardíaca presentan una tasa de mortalidad mayor comparado con los que no desarrollan insuficiencia cardíaca”⁵¹, pacientes que ya han padecido un infarto son aún más propensos a sufrir un nuevo episodio, ya que su corazón deja de funcionar al 100%: “el tejido afectado se vuelve isquémico y al final muere (se infarta) cuando el aporte de sangre no se recupera”⁴⁸.

Un tercio de la población evaluada, ha sufrido al menos un infarto a lo largo de su vida puntuando un autocuidado regular, siendo su principal cuidador el cónyuge, quien esta pendiente de la alimentación y toma de medicamentos. En promedio, 6 personas mueren al día por una enfermedad cardíaca, y como consecuencia son los cambios en el estilo de vida de las personas, los que representan el mayor desencadenante¹⁶.

Una persona puede modificar sus hábitos y ser un agente de autocuidado efectivo aun cuando ya cuenta con elementos desencadenantes para sufrir un infarto o reinfarto, “se sabe que los principales factores de riesgo asociados con el comportamiento -tabaquismo, dislipidemia, obesidad y sedentarismo- son susceptibles de intervenir con la ayuda de programas educativos,

lo que redundaría en la mejoría del estado funcional del paciente y la reducción de la probabilidad de readmisión y muerte prematura”⁸. Si se logra un mejoramiento en los comportamientos de autocuidado, las tasas de mortalidad e incidencia, mejorarían considerablemente, así como los días en la instancia hospitalaria¹⁵.

Tras la evaluación de las variables, se identifica el tipo y cantidad de apoyo educativo que se requiere para satisfacer los requisitos de cuidado universales. Una de las funciones de enfermería es “informar y formar al paciente”²³, si se les transmiten conocimientos a las personas, éstas podrán adquirir habilidades, tomar decisiones y optar por prácticas saludables frente al cuidado de su salud, y por ende, disminuir el riesgo de sufrir uno o varios infartos.

Enfermería vinculada al arte y ciencia del cuidado, y según plantea Dorothea Orem, es la encargada de guiar, apoyar y facilitar un entorno adecuado, para un correcto desarrollo de capacidades suficientes que permitan “proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales”⁴⁴, debe brindar una guía continua, así como acompañamientos efectivos, ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, que no podrían hacer sin este apoyo e instrucción.

5.2 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Con la finalidad de identificar la población por abordar, se han correlacionado factores de riesgo, agencia de autocuidado baja a regular y la presencia o ausencia de al menos un evento cardíaco, lo que permite al Centro Cardiovascular contar con información que demuestre el estado de los pacientes y pueda brindar acompañamiento continuo.

5.2.1 Pacientes infartados

El 38% de la población ha sufrido al menos un infarto a lo largo de su vida. De este porcentaje, 44 personas tienen al menos 1 cateterismo cardiaco.

- 5 personas tienen obesidad, 30 personas padecen de hipertensión, 12 personas padecen de diabetes y 10 de hiperlipidemia. Adicional, 3 personas presentan un nivel de autocuidado bajo, 33 presentan un nivel regular y 10 poseen una agencia buena de autocuidado.

- De los 46 infartados, sólo 8 personas indican cuidarse por sí mismos, los 38 restantes señalan que su principal cuidador es su cónyuge.

- 5 personas con obesidad y dislipidemia han sufrido infarto agudo de miocardio. De estas 5 personas, 1 consume alcohol de 1 a 3 veces por semana, otra persona no realiza ningún tipo de actividad física y además indica padecer de alguna de estas enfermedades: Arritmia, enfermedad coronaria, estrés, y cardiopatía isquémica dilatada. Poseen una agencia regular.

- 24 personas hipertensas han sufrido al menos un episodio cardiaco; 22 sí toman sus medicamentos de manera estricta y 2 olvidan tomarlos. Según su categorización en la escala de ASA, 2 poseen una baja agencia de autocuidado y el resto se cuida de manera regular. Asimismo, presentan otras enfermedades como: cardiopatías, epilepsia, enfermedad coronaria, cáncer de tiroides, obesidad, arritmias, pancreatitis, cirrosis, Alzheimer, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica dilatada, síncope cardiogénico, cálculos renales y biliares, osteopenia y artrosis.

- 10 personas padecen de Diabetes Mellitus, 8 de ellos son hipertensos, 2 poseen una agencia de autocuidado baja y 1 de ellos olvida tomar sus medicamentos. De estas 10 personas, 3 se realizaron el último examen de control de glucosa y lípidos en sangre hace 1 mes o menos, 3

personas hace 3 meses y 4 hace 6 meses. Han sido diagnosticados con enfermedad coronaria, estrés, obesidad, arritmias, aterosclerosis, hipertensión, dislipidemia, epilepsia o cáncer.

- 10 personas poseen dislipidemia, su consumo de frutas, verduras y vegetales es de 2 a 3 días a la semana, sólo la mitad realiza actividad física. Siendo como mínimo lo recomendado, que se realicen 30 minutos de actividad física moderada o intensa todos los días⁴⁹. Adicional, indican padecer otras enfermedades como obesidad, arritmias, aterosclerosis, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, diabetes, cálculos renales y biliares u otra cardiopatía.

5.2.2 Pacientes no infartados

Con respecto de las 74 personas en estudio que no han sufrido un infarto cardiaco, 24 de ellas sí han requerido de la realización de un cateterismo, 2 personas son fumadoras, 1 padece de alcoholismo, 15 personas tienen obesidad, 52 son hipertensas y 16 personas padecen de diabetes. Se logra identificar a 9 personas con un nivel de autocuidado bajo, 46 con un nivel regular y 19 poseen una buena agencia.

Realizando el mismo ejercicio de triangulación entre los componentes mencionados anteriormente, se obtiene:

- De las 15 personas identificadas con obesidad, solo 3 poseen una agencia de autocuidado buena. Las principales enfermedades que padecen son dislipidemia, enfermedad coronaria, arritmia, hipertensión, diabetes y asma. Más de la mitad no realiza ningún tipo de actividad física, pasan más de 1 hora al día sentados o recostados, y solo 7 personas consumen diariamente frutas, verduras vegetales.

- 38 personas sufren de hipertensión arterial, de las cuales 6 se clasifican con un autocuidado bajo, las 32 restantes como regular; 5 de estas personas no toman su tratamiento farmacológico estrictamente y tienen padecimientos importantes por considerar como lo son: dislipidemia,

insuficiencia cardiaca y/o renal, enfermedad coronaria, estenosis aórtica, arritmias, calcificación en las arterias, valvulopatía, dislipidemia, sobre trabajo y altos niveles de estrés.

- Se identifican 10 personas con diabetes mellitus, la mitad con obesidad e hiperlipidemia, 8 de los 10 con hipertensión y 3 de ellos no toman los medicamentos regularmente. Poseen en su mayoría una agencia de autocuidado regular.

- 13 personas indicaron tener altos los niveles de lípidos en la sangre, 4 de ellos cuentan con al menos un cateterismo cardiaco, el 90% hipertensos con una agencia de autocuidado regular, con cardiopatías, estenosis, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca y renal, entre otros.

5.2.3 Nivel de autocuidado

Del total de personas identificadas con agencia de autocuidado bajo a regular (91 personas), llama la atención que los principales ítems en donde se evalúa el autocuidado como tal, los participantes colocaron un cumplimiento ineficiente, según el caso. Las afirmaciones destacadas son:

1. A medida que cambian las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud: 13 personas indicaron realizar cambios nunca o casi nunca.
2. Reviso si las actividades que practico para mantener mi salud son buenas: 21 personas manifestaron revisar estas actividades nunca o casi nunca.
3. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud: 17 personas seleccionaron las opciones de nunca o casi nunca.
4. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo: 21 personas indicaron que siempre o casi siempre.
5. Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora: 13 personas indicaron que nunca o casi nunca.

6. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios: 44 personas manifestaron hacer cambios nunca o casi nunca.

7. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado: 28 manifestaron que nunca o casi nunca descansan adecuadamente. El 70% de los participantes indicó tomar medicamentos para dormir.

8. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo: 15 personas seleccionaron que nunca o casi nunca, mientras que 21 personas indicaron que casi siempre y en su mayoría por contar con algún familiar con profesión dentro del ámbito de salud.

9. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio: 34 personas nunca o casi nunca se auto examinan.

10. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud: 22 personas nunca o casi nunca realizan cambios.

11. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud: 20 personas seleccionaron que nunca o casi nunca evalúan sus acciones.

12. Debido a mis ocupaciones diarias, me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme: 25 personas manifestaron que siempre o casi siempre.

Las acciones de autocuidado son necesarias e inexcusables: “El autocuidado es abordado como algo que impide que la enfermedad avance, pero que debió ser asumido desde antes de estar enfermos”⁵. Aquí la importancia de los acompañamientos continuos, la educación, prevención de la enfermedad y promoción de la salud en la enfermería.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSION

- Se logran identificar los aspectos sociodemográficos de la población, lo que contribuye a categorizarlos, según su característica en estudio para la presentación de los resultados y análisis.
- Al correlacionar los principales factores de riesgo modificables con el grado de efectividad de autocuidado, es posible identificar a la población que se encuentra más propensa a desarrollar enfermedad coronaria, infarto o reinfarto agudo de miocardio. Por medio de la entrevista y aplicación de la escala de ASA, se logra identificar cuáles usuarios requieren mayor educación y acompañamiento para lograr un mejor grado de efectividad de autocuidado.
- Existe poca aceptación del padecimiento de las enfermedades desencadenantes de la cardiopatía coronaria, esto se relaciona principalmente al grado de conocimiento de factores de riesgo catalogados propiamente como enfermedad. Afirmaciones como “yo no padezco de nada, pero tomo medicamentos para controlar la presión y el azúcar” son recurrentes en personas con baja y regular agencia de autocuidado, cuando deberían contar con una buena categorización, al padecer como mínimo con 3 factores de riesgo.
- Existe falta de apoderamiento e interés en el propio estado de salud. Ciertos entrevistados lograron afirmar que no era necesario conocer de su enfermedad o tratamiento médico y farmacológico, ya que sus familiares realizaban las consultas por ellos. Esta conducta refleja una preocupante realidad, las personas heredan su cuidado a otros. Sí se brinda conocimiento sobre la enfermedad, se le permite a las personas generar aptitudes y participación autocrítica sobre su estado de salud y cuidado propio.
- Se logra relacionar la teorizante de enfermería, descrita por Dorotea Orem, con las prácticas de autocuidado identificadas en la población de estudio. La Teoría del Autocuidado señala la

importancia de mantener y optimizar el bienestar físico, mental y social, con la finalidad de prolongar la vida y mantener o recuperar la salud de cada persona, y siendo estas acciones intencionales y aprendidas, el personal de enfermería debe reforzar, acompañar y suplir de conocimiento a los usuarios para que sus necesidades de autocuidado sean identificadas y subsanadas.

- Se logra detectar cual es la relación entre la demanda cognitiva y la agencia de autocuidado, para determinar la existencia, requerimientos de déficit de autocuidado y educación que requieren los grupos categorizados según el sistema enfermero descrito por Orem, y así satisfacer las necesidades de cada usuario.

- Más del 65% de la población en estudio presentó una regular agencia de autocuidado, con puntuaciones mayores al rango mínimo establecido para esta categoría. Lo ideal es que a través de un acompañamiento y educación continua puedan mejorar su agencia.

- El 70% de la población entrevistada es hipertensa, éste es un factor de riesgo importante el cual afecta perjudicialmente al correcto funcionamiento cardiaco.

- Más del 33% de la población no realiza actividad física, aun conociendo de las enfermedades secundarias que padecen.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Para los profesionales en Enfermería

- Evaluar la capacidad de agencia de autocuidado y grado de conocimiento, a través de escalas prácticas y sencillas, con la finalidad de proporcionar estrategias administrativas para el manejo eficiente de los servicios de Enfermería.
- Dar mayor seguimiento y énfasis a los programas de prevención y promoción de la salud. Para los primeros niveles de atención en salud, es de suma relevancia conocer la capacidad de autocuidado que demuestran los pacientes con enfermedades crónicas, y así dar soporte educativo, según las capacidades cognitivas y emocionales de cada individuo.
- Indagar cada uno de los factores básicos condicionantes que pueden llegar a limitar o afectar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas que asisten a los programas de prevención y promoción de la salud cardiovascular.

6.2.2 Para el Centro Cardiovascular SM

- Brindar un plan de seguimiento a los pacientes, a través de entrevistas y/o encuestas de satisfacción y grado de conocimiento de su enfermedad, tanto para el paciente como para su familia.

Estos seguimientos pueden realizarse vía llamada o correo electrónico, con el objetivo de conocer dudas e inquietudes que se debe profundizar en una nueva cita de control con el usuario.

6.2.3 A nivel académico e investigativo

- Realizar nuevas investigaciones, en donde se involucre a los familiares; debido a que los datos recolectados son propios a la percepción del entrevistado y puede presentarse discrepancia entre lo indicado en la entrevista y la realidad de autocuidado.

- Brindar a los estudiantes herramientas de conocimiento sobre la aplicación de escalas de valoración, que puedan aplicar como futuros profesionales, de esta forma se valora a los usuarios holísticamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mijangos-Fuentes, Karla Ivonne. (2014). El Paradigma Holístico de la Enfermería. Salud y Administración. Volumen 1. Número 2, Mayo-Agosto. [En línea]. Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2017. Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A3_Paradigma_Holistico.pdf
2. Barria S., Viviana, Rosemberg M., Nimia y Uribe C., Pilar. (2003). Autocuidado y equipos de salud. Universidad Austral de Chile, Instituto de Salud Pública. [En línea]. Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202003/Autocuidado.pdf>
3. Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T. y Sirias, I (2016). Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español para población conocida sana. Rev. Enfermería Actual de Costa Rica, 30, 1-20. [En línea]. Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n30/1409-4568-enfermeria-30-00017.pdf>
4. Olivella Fernández MC, Bastidas Sánchez CV, Bonilla Ibáñez CP. (2016). Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué, Colombia. Investig Enferm. Imagen Desarr. 2016;18 (2):13-29. [En línea]. Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.caat>
5. Bastidas Sánchez, C., Olivella Fernández, M., Bonilla Ibáñez, C. (2015). Significado del autocuidado en la persona que vive con enfermedad coronaria. Revista Científica Salud Uninorte, Vol 31, No 1 (2015). [En línea]. Disponible en: [En línea]. Fecha de

consulta: 10 de septiembre de 2017. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.1.5736>

6. Rodríguez Gázquez M^a de los Ángeles, Arredondo Holguín Edith, Salamanca Acevedo Yurany Andrea. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Abr. [citado 2017, Septiembre 16]; 12 (30): 183-195. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/30529>
7. Millán Méndez, I., Roca Socarrás, A., y Blanco Torres, K. (2007). La capacidad y percepción de auto-cuidado, una estrategia de elección para alcanzar una longevidad satisfactoria. *Correo Científico Médico de Holguín* 2007; 11(4 Suppl. 1). [En línea]. Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev3.htm>
8. Arredondo-Holguín E, Rodríguez Gázquez M d l Á, Higuera Urrego L M, Mejoramiento en los comportamientos de autocuidado después de una intervención educativa de enfermería con pacientes con falla cardíaca. *Investigación y Educación en Enfermería* 2012;30:188-197. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1052/105224306004/>
9. Leyva-Jiménez, R., Venegas-Escobedo, O., Medel-Delgado, A. (2011). La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. *Revista de Investigación Clínica / Vol. 63, Núm. 4 / Julio -Agosto, 2011 / p.p 376-381.* [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn114g.pdf>

10. S. D. Ofman, C. I. Pereyra y D. Stefani. (2013). Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento, Diferencias según género. Boletín de Psicología, No. 108, Julio 2013, 91-106. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-6.pdf>
11. Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T., Sirias, I. (2016). Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 31, 1-18. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n31/1409-4568-enfermeria-31-00113.pdf>
12. Leiva Díaz, Viriam, Acosta Rojas, Pilar, Berrocal Barboza, Yara, Carrillo Sancho, Erica, Castro Marín, Marjorie, Watson Guido, Yahaira, Capacidad de Agencia de Autocuidado en las personas adultas que padecen Artritis Reumatoide. Enfermería Actual en Costa Rica, 2012, (Abril-Septiembre). [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/448/44823378001/>
13. Hernández Sampieri, Roberto; et al. (2010). Metodología de la Investigación. 5ª edición. México, D.F: McGraw-Hill; 2010.
14. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Defunciones. Primer semestre 2017. Mortalidad general, según características de la persona fallecida. Datos Preliminares. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/poblacion/defunciones>
15. Rayo Benavides, Danilo. (2013). Informe Estado de la Nación. Costa Rica: Evolución de la mortalidad y los días de estancia por egresos hospitalarios en el periodo 2013-

2030. [En línea]. Fecha de consulta: 29 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://estadonacion.or.cr>
16. Castillo S Lizzie M., Alvarado G Ana Teresa, Sánchez V María Isabel. Enfermedad cardiovascular en Costa Rica. Rev. costarric. salud pública [Internet]. Julio, 2006. [cited 2017 Oct 21]; 15(28): 3-16. [En línea]. Fecha de consulta: 21 de octubre de 2017. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr>
17. Ávalos R., Ángela. (2008). Internar hipertensos o infartados cuesta ¢30.000 millones a CCSS. Periódico La Nación. San José, Costa Rica. [En línea]. Fecha de consulta: 29 de diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.nacion.com>
18. Rodríguez, Irene. (2015). Consultas por enfermedades cardiovasculares crecieron 50% entre 2007 y 2014. Periódico La Nación. San José, Costa Rica. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.nacion.com>
19. Rodríguez, Irene. (2017). Costa Rica es el país de América Latina con menos muertes prematuras por males crónicos. Periódico La Nación. San José, Costa Rica. [En línea]. Fecha de consulta: 29 de diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.nacion.com>
20. Sillas González, Delia Esperanza y Jordán Jinez, Ma. Lourde. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de Enfermería. Desarrollo Cientif Enferm. Vol. 19 N° 2 Marzo, 2011. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
21. Wong McClure, Roy (2016). Vigilancia de los factores de riesgo Cardiovascular, Segunda encuesta, 2014. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS). [En línea]. Fecha de consulta: 02 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/encuesta2014.pdf>

22. Liliana Ponti. (2016). La enfermería y su rol en la educación para la salud. Buenos Aires, Argentina. [En línea]. Fecha de consulta: 02 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.teseopress.com/enfermeriayeducacion>
23. Ciró, Rolando Osmar. Enfermería Moderna. Primera edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2003.
24. Parentini, María Rosa. (2002). Historia de la enfermería: aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX. Ediciones Trilce, 2002. Montevideo, Uruguay. Página 19. Fecha de consulta: 02 de enero de 2018.
25. Hernández A, Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enfermer 2004; 20(2): 1-1. [En línea]. Fecha de consulta: 02 de enero de 2018. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es
26. Organización Mundial de la Salud. Enfermería. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
27. González Sánchez, Jorge. (2014). Los niveles de conocimiento: El Aleph en la innovación curricular. Innovación educativa (México, DF), 14(65), 133-142. [En línea]. Fecha de consulta: 02 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx>
28. Real Academia Española. Definición de hábito. [En línea]. Fecha de consulta: 21 de octubre de 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Jvcxrlo>
29. Jáuregui Reina, J., y Suárez Chavarro, P. (1998). Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad Enfoque en Salud Familiar. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional Ltda. Primera Edición.

30. Restrepo, H., y Málaga H. (2001). Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana. Primera Edición.
31. Backer, G. De, Faergeman, O; Graham, I; Mancía, G y Pyörälä, K. (2000). Prevención de la enfermedad coronaria en la práctica clínica. Resumen de recomendaciones del Segundo Grupo de Trabajo de las Sociedades Europeas y otras Sociedades sobre prevención coronaria. Rev Esp Cardiol. 2000; 53:413-21 - Vol. 53 Núm.3. Fecha de consulta: 19 de abril, 2018, 2018. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org>
32. Vignolo, Julio. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1):11-14 11. Prensa Médica Latinoamericana. 2011 ISSN 0250-3816 [En línea]. Fecha de consulta: 19 de abril, 2018, 2018. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
33. De Tejada Lagonell, M. Variables sociodemográficas según turno escolar, en un grupo de estudiantes de educación básica: un estudio comparativo. Revista de Pedagogía. 2012; XXXIII (92):235-269. [En línea]. Fecha de consulta: 21 de octubre de 2017. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65926546002>
34. Instituto Nacional de Estadística. (2017). Indicadores Demográficos Básicos. Madrid, España. [En línea]. Fecha de consulta: 03 de enero de 2018. Disponible en: http://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf
35. Enciclopedia jurídica. (2014). Estado civil. [En línea]. Fecha de consulta: 03 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>
36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Nivel de Escolaridad. [En línea]. México. Fecha de consulta: 03 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>

37. Real Academia Española. Definición de Ocupación. [En línea]. Fecha de consulta: 03 de enero de 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Qu0oRKT>
38. Tobón Correa, Ofelia. El Autocuidado. Una habilidad para vivir. Universidad de Caldas, Colombia. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: <https://s061e924285fc07bf.jimcontent.com/download/version/1266875161/module/3499516260/name/AUTOUIDADO.pdf>.
39. Evers, Georges, C.M. (1989). Appraisal of Self-Care Agency A.S.A.-Scale. Editorial Van Corcum. [En línea]. Disponible en: <http://digitalarchive.maastrichtuniversity.nl/fedora/get/guid:d1c93f38-d68e-4eb5-8f6e-365642b6138e/ASSET1>
40. Velandia Arias, A., Rivera Álvarez, L. (2009). Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. Avances en Enfermería, 27(1), 38-47. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12953/13671>
41. Carta de Ottawa. 1ra. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://www.fcm.unr.edu.ar/ingreso/documentos/1986-CartaOttawa.doc>.
42. World Health Organization. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. [En línea]. Fecha de consulta: 03 de enero de 2018. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
43. Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T., Sirias, I. (2015). Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de

- Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 29, 1-14. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19888>
44. Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karelia. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic. 36 (6): 835-845. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.
45. Bjorklund de Lima, Luciana; Borges, Deise; da Costa, Samara; Rejane Rabelo, Eneida. Clasificación de pacientes según el grado de dependencia de los cuidados de enfermería y de la gravedad en una unidad de recuperación postanestésica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 18(5): [07 pantallas] sept.-oct. 2010 [En línea]. Fecha de consulta: 21 de octubre de 2017. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es_07.pdf
46. Rodríguez Padial, Luis. (2008). Cardiología. Primera edición. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2008.
47. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2017. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
48. LeMone, Priscilla., y Burke, Karen. (2009). Enfermería medico quirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Cuarta edición. Volumen II. Madrid: Pearson; 2009.
49. Martin Rabasco, Joel. Cardiopatía isquémica crónica. Fisiopatología y etiología, datos clínicos, síntomas, examen físico, elección de un procedimiento diagnóstico y

- tratamiento. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. [En línea]. Fecha de consulta: 04 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones>
50. Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, L., y Loscalzo, J. (2012). Harrison. Principios de Medicina Interna. 18ª Edición. Volumen I y II. México: Mc Graw Hill; 2012.
51. Bayés de Luna, Antoni., López-Sendón, José., Attie, Fause., y Alegría Ezquerra, Eduardo. (2003). Cardiología Clínica. Primera edición. Barcelona: Masson, S.A.; 2003.
52. Vidán Astiz, María Teresa. Síndrome Coronario Agudo. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. [En línea]. Fecha de consulta: 03 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.segg.es>
53. Sociedad Española de Cardiología. (2012). La raza condiciona el riesgo cardiovascular. [En línea]. Fecha de consulta: 03 de enero de 2018. Disponible en: <https://secardiologia.es>
54. Cedeño Zambrano, J., Vásquez Jaramillo, P., y Roca Lino, V. (2016). Riesgo cardiovascular relacionado con el consumo de alcohol. Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, Manta, Ecuador. Dom. Cien., ISSN: 2477-8818. Vol. 2, núm. 4, oct., 2016, pp. 17-27 [En línea]. Fecha de consulta: 04 de enero, 2018. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5761632.pdf>
55. El ejercicio después del infarto. Fundación española del corazón. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de octubre de 2017. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com>
56. Del Río Caballero, Dr. Germán; Turro Caro, Dr. Eloy; D. Mesa Valiente, Dra. Lucía; Mesa Valiente, Dra. Rita M y De Dios Lorente, Dr. C José Arturo. Protocolos y fases de la rehabilitación cardíaca. Orientaciones actuales. MEDISAN 2005; 9(1) [En línea].

Fecha de consulta: 21 de octubre de 2017. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_1_05/san14105.htm

57. Benavent MA, Ferrer E, Francisco C. Fundamentos de enfermería. Madrid: DAE Grupo Paradigmas. Enfermería 21; 2000.
58. Salcedo Álvarez RA, González Caamaño BC, Jiménez Mendoza A, Nava Ríos V, Cortés Olgún DA, Eugenio Retana MB. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. *Enferm. Univ* [Internet]. 2012 [citado 9 Jul 2014]; 9(3): 25-43. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de octubre de 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx>
59. Espitia Cruz, Luz Carine. (2011). 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. Universidad Nacional de Colombia. [En línea]. Fecha de consulta: 04 de enero, 2018. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4828/>
60. Manrique Abril, Fred; Fernández, Alba; Velandia, Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*, [S.l.], v. 9, n. 3, ene. 2010. ISSN 2027-5374. [En línea]. Fecha de consulta: 21 de octubre de 2017. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1521/1966>
61. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Bases demográficas: estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia. [En línea]. Fecha de consulta: 15 de octubre de 2017. Disponible en:

<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/1bcap1.pdf>

62. Asociación Americana de Psicología. Comprendiendo el estrés crónico. [En línea]. Fecha de consulta: 29 de marzo, 2018. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/estres-cronico.aspx>
63. Caja Costarricense del Seguro Social. (2011). CCSS tiene bajo tratamiento a 911.608 hipertensos. [En línea]. Fecha de consulta: 29 de marzo, 2018. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-tiene-bajo-tratamiento-a-911608-hipertensos>
64. Texas Heart Institute. Accidente cerebrovascular. [En línea]. Fecha de consulta: 29 de marzo, 2018. Disponible en: <https://www.texasheart.org/>
65. Saldaña Ambulódegui, E. (2012). Terminología Médica. [En línea]. Fecha de consulta: 29 de marzo, 2018. Disponible en: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/7e/Manual_de_terminologia_medica_N%C2%B02.pdf
66. Aomar Millána, I., Candel Erenasa, J., Ramírez Hernández, J., y Candel Delgado, J. (2008). Actualización del diagnóstico y tratamiento de la angina vasoespástica. Rev Clin Esp 2008; 208:94-6 - Vol. 208 Núm.2 DOI: 10.1157/13115206. [En línea]. Fecha de consulta: 29 de marzo, 2018. Disponible en: <http://www.revclinesp.es>
67. Fácila Rubio, L. (2015). Cardiopatía Isquémica. Fundación Española del Corazón. [En línea]. Fecha de consulta: 29 de marzo, 2018. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/>
68. Bazart Padrón, P., Correa Torres, M., Ramos Gutiérrez, L., y Martínez Fábregas, A. (2002). La isquemia miocárdica silente. Criterios actuales. ISSN: 1561-3194. Rev.

- Ciencias Médicas. dic. 2002; 6(2): 97-107. [En línea]. Fecha de consulta: 29 de marzo, 2018. Disponible en: <http://www.revcompinar.sld.cu>
69. Fernández Císnal, Agustín y González-Juanatey, José Ramón. Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Programa de Intercambio de Residentes 2013. Sociedad Española de Cardiología. [En línea]. Fecha de consulta: 03 de enero de 2018. Disponible en: <https://secardiologia.es>
70. Raile Alligood, Martha, y Marriner Tomey, Ann. (2011). Modelos y Teorías en enfermería. Séptima edición. Barcelona: Elsevier Mosby; 2011.
71. López Díaz, AL, Guerrero Gamboa, S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2006; XXIV (2): 90-100. [En línea]. Fecha de consulta: 03 de enero de 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215402009>
72. Navarro Peña y., Castro Salas M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm. global. [En línea]. Fecha de consulta: 13 de mayo de 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1695-61412010000200004
73. Prado Solar L., González Reguera M., Paz Gómez N., Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [En línea]. Fecha de consulta: 13 de mayo de 2018. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

GLOSARIO

- A -

Accidentes cerebrovasculares: El accidente cerebrovascular es una lesión cerebral que también puede afectar gravemente al cuerpo. Se produce cuando se interrumpe el flujo sanguíneo a una parte del cerebro o cuando se produce un derrame de sangre en el cerebro o alrededor de él⁶⁴.

Agencia de autocuidado: capacidad de participar en el autocuidado¹¹.

Angina de pecho: dolor en el pecho producido por hipoxia del músculo cardíaco⁶⁵.

Angina vasoespástica: La angina vasoespástica o variante de Prinzmetal es una forma particular de cardiopatía isquémica, caracterizada por episodios espontáneos de dolor torácico acompañados de elevaciones transitorias del segmento ST⁶⁶.

Arritmia: trastorno del ritmo cardíaco⁶⁵.

Arritmias ventriculares: arritmias que se originan en el miocardio ventricular o el sistema de His-Purkinje, incluyen los latidos ventriculares prematuros, las taquicardias ventriculares que pueden ser sostenidas o no sostenidas, y la fibrilación ventricular⁴⁹.

Arteriosclerosis: alteración vascular que se caracteriza por el endurecimiento, el aumento del grosor y la pérdida de elasticidad de las paredes arteriales⁶⁷.

Aterosclerosis: es una enfermedad progresiva que se caracteriza por la formación de ateroma o placa, que afecta a las arterias de gran y mediano calibre⁴⁸.

- C -

Cardiopatía coronaria: estrechamiento de los pequeños vasos sanguíneos que suministran sangre y oxígeno al corazón⁴⁸.

Cardiopatía isquémica crónica: enfermedad ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, es decir, las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardíaco (miocardio)⁶⁷.

Cardiopatía: dolencia o afección cardíaca⁶⁵.

Circulación endocárdica: circulación sanguínea en la membrana que recubre el interior de las cavidades del corazón⁶⁵.

- D -

Diabetes Mellitus: enfermedad caracterizada por la presencia de azúcar en la orina y levadas concentraciones de azúcar en la sangre⁶⁵.

Dislipidemia: presencia de elevación anormal de concentración de grasas en la sangre (colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y LDL)⁴⁸.

Disnea: dificultad para respirar⁶¹.

- E -

Edema transitorio: incremento del volumen de líquido intersticial⁵⁰.

Enfermedad coronaria: estrechamiento de los pequeños vasos sanguíneos que suministran sangre y oxígeno al corazón⁴⁸.

- H -

Hiperlipidemia: aumento de la cantidad de lípidos en la sangre⁶⁵.

Hipertensión arterial: aumento de la tensión arterial⁶⁵.

Holismo: Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen²⁸.

- I -

Infarto agudo de miocardio: es una enfermedad grave que ocurre como consecuencia de la obstrucción de una arteria coronaria por un trombo. La consecuencia final de la obstrucción de la arteria es la muerte (necrosis) del territorio que irriga la arteria obstruida⁶⁷.

Insuficiencia cardíaca: función inadecuada del corazón, fallo cardíaco⁶⁵.

Isquemia miocárdica silente: evidencia objetiva de isquemia miocárdica en ausencia de angina o síntomas equivalentes⁶⁸.

Isquemia: es una situación producida por la falta de oxígeno en los tejidos y la eliminación inadecuada de metabolitos⁴⁹.

- L -

Lipoproteínas: combinación de una grasa y una proteína⁶⁵.

- M -

Macrófagos: tipo de glóbulos blancos que se encuentran en la sangre e intervienen en la defensa del organismo contra sustancias extrañas o agentes patógenos⁵⁰.

Morbimortalidad: combina dos subconceptos como la morbilidad y la mortalidad.

Muerte súbita: La muerte súbita es la aparición repentina e inesperada de una parada cardíaca en una persona que aparentemente se encuentra sana y en buen estado⁵².

- P -

Presión diastólica: la cifra de la presión diastólica (mínima), es la presión en el momento en que el corazón está relajado⁶¹.

Presión intraventricular: Presión de la sangre en los ventrículos cardíacos⁴⁷.

Presión sistólica: la cifra de la presión sistólica (máxima), representa la presión en el momento de la contracción cardíaca⁶⁵.

Reinfarto: cuando ocurre nuevamente una muerte de un órgano o parte de él por isquemia⁶⁵.

- S -

Síncope: desmayo, desvanecimiento⁶⁵.

Síndrome coronario agudo (SCA): conjunto de entidades producidas por la erosión o rotura de una placa de ateroma, que determina la formación de un trombo intracoronario, causando

una angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita, según la cantidad y duración del trombo, la existencia de circulación colateral y la presencia de vasoespasmo en el momento de la rotura.⁵²

- T -

Taquiarritmias: forma rápida e irregular del ritmo cardíaco⁶⁵. Frecuencias cardíacas mayores de 100 latidos por minuto.

ABREVIATURAS

AHA: American Heart Association

ANA: American Nurse Association

ASA: Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado, ASA por sus siglas en inglés
(Appraisal of self-care agency: ASA Scale)

CC: cardiopatía coronaria

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CEC: Cuestionario de la Estructura Cognitiva relacionado con salud y autocuidado

DLP: Dislipidemia

DM: Diabetes Mellitus

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

ESCA: Escala de Ejercicio de Agencia de Autocuidado

ETL: Etilismo

HDL: High density lipoprotein (Lipoproteínas de alta densidad)

HTA: Hipertensión arterial

IMC: Índice de masa corporal

LDL: Low density lipoprotein (Lipoproteínas de baja densidad)

OBD: Obesidad

OMS: Organización Mundial de la Salud

PSCA: Cuestionario de percepción de la agencia de Autocuidado

RCI: Rehabilitación cardíaca integral

SEC: Sociedad Española de Cardiología

TAB: Tabaquismo

ANEXOS

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Elaboración: Kris Chaverri Alfaro

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito de la investigación

El siguiente instrumento fue elaborado con la finalidad de realizar una recolección de datos a partir de la entrevista y aplicación de un cuestionario, para el estudio denominado “Prácticas de autocuidado en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria y su efectividad, según Escala de Asa, en el Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, durante el mes de marzo de 2018”.

El entrevistado contestará las preguntas del instrumento de forma completa, sin que esto implique algún tipo de riesgo para su privacidad. Se le brinda la seguridad, de que los datos recolectados durante esta investigación, se manejarán de forma confidencial, por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes que formaron parte de la muestra.

Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, posibilitará que la investigadora conozca más acerca de las prácticas actuales de autocuidado y este conocimiento beneficiará a otras personas en el futuro.

Dado que en Costa Rica, las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar entre las principales causas de muerte, siendo las enfermedades cardiovasculares las que presentan mayor ocurrencia, este estudio se justifica desde la relevancia social, y una población más

consciente e informada sobre habilidades propias para el autocuidado, puede beneficiarse en salud, disminuyendo el riesgo de sufrir deterioros o recaídas, sí ya sufre alguna de estas enfermedades.

Es importante mencionar que su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a interrumpir su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera y no perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana al teléfono 2211-3000, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.

Declaración jurada

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del entrevistado

Fecha:

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

Fecha:

INSTRUMENTO DE APLICACIÓN

Instrucciones: Complete las siguientes casillas y/o seleccione con una X (equis) según corresponda.

Datos personales del paciente:

P1. Iniciales de su nombre: _____

P2. Enfermedades que padece: _____

P3. Domicilio: _____

P4. Edad (años cumplidos):

P4.1. De 40 a 55 años ()

P4.2. De 56 a 60 años ()

P4.3. De 61 a 75 años ()

P4.4. Mayor de 75 años ()

P5. Sexo:

P5.1. Femenino ()

P5.2. Masculino ()

P6. Estado civil:

P6.1. Soltero ()

P6.2. Casado ()

P6.3. Divorciado ()

P6.4. Unión libre ()

P6.5. Viudo ()

P7. Ocupación:

P7.1. Estudiante ()

P7.2. Empleado ()

P7.3. Desempleado ()

P7.4. Trabajador independiente ()

P7.5. Pensionado ()

Espacio para la
codificación de datos.

/___/___/

/___/___/

/___/___/

/___/___/

P8. Escolaridad:

- P8.1. Ninguna ()
- P8.2. Primaria ()
- P8.3. Secundaria ()
- P8.4. Técnico ()
- P8.5. Carrera Universitaria ()
- P8.6. Posgrado ()

/__ / __ /

P9. Vive con (Puede seleccionar más de una opción):

- P9.1. Solo ()
- P9.2. Cónyuge ()
- P9.3. Padre / Madre ()
- P9.4. Hijo / Hija ()
- P9.5. Cuidador ()
- P9.6. Otro familiar ()
- P9.7. Otro ()

/__ / __ /

P10. ¿Cuál de las siguientes opciones es su cuidador?:

- P10.1. Solo ()
- P10.2. Cónyuge ()
- P10.3. Padre / Madre ()
- P10.4. Hijo / Hija ()
- P10.5. Otro familiar ()
- P10.6. Otro ()

/__ / __ /

P11. ¿Cuál de los siguientes considera usted como su red de apoyo?:

- P11.1. Grupo hospitalario ()
- P11.2. Grupo familiar ()
- P11.3. Grupo religioso ()
- P11.4. Grupo social ()
- P11.5. Grupo de amigos ()
- P11.6. Otro ()

/__ / __ /

Factores de riesgo modificables

P12. ¿Fuma usted actualmente?

P12.1. Si ()

P12.2. No ()

/__ /__ /

P13. ¿Fuma usted a diario?

P13.1. Si ()

P13.2. No ()

P13.3. No aplica ()

/__ /__ /

P14. ¿A qué edad comenzó a fumar?

P14.1. De 10 a 15 años ()

P14.2. De 16 a 20 años ()

P14.3. De 21 a 25 años ()

P14.4. Mayor de 26 años ()

P14.5. No aplica ()

/__ /__ /

P15. ¿Consume alcohol actualmente?

P15.1. Si ()

P15.2. No ()

/__ /__ /

P16. Durante los últimos doce meses, ¿Con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica?

P16.1. A diario ()

P16.2. De 5 – 6 veces a la semana ()

P16.3. De 1 – 4 veces a la semana ()

P16.4. De 1 – 3 veces a la semana ()

P16.5. Menos de una vez al mes ()

P16.6. No aplica ()

/__ /__ /

P17. Cuando ingiere una bebida alcohólica, ¿Cuántos vasos suele tomar en promedio al día?

P17.1. Un vaso ()

P17.2. De 2 – 4 vasos ()

P17.3. De 5 – 7 vasos ()

P17.4. Más de 8 vasos ()

P17.5. No aplica ()

/__ /__ /

P18. ¿Cuántos días a la semana consume frutas?

P18.1. A diario ()

P18.2. De 2 – 3 días de la semana ()

P18.3. De 4 – 6 días de la semana ()

P18.4. Una vez a la semana ()

P18.5. No consume ()

/___/___/

P19. ¿Cuántas porciones de frutas consume al día?

P19.1. Una porción ()

P19.2. De 2 – 4 porciones ()

P19.3. De 5 – 7 porciones ()

P19.4. No aplica ()

/___/___/

P20. ¿Cuántos días a la semana consume verduras y vegetales?

P20.1. A diario ()

P20.2. De 2 – 3 días de la semana ()

P20.3. De 4 – 6 días de la semana ()

P20.4. Una vez a la semana ()

P20.5. No consume ()

/___/___/

P21. ¿Cuántas porciones de verduras y vegetales consume al día?

P21.1. Una porción ()

P21.2. De 2 – 4 porciones ()

P21.3. De 5 – 7 porciones ()

P21.4. No aplica ()

/___/___/

P22. ¿Realiza algún plan de rehabilitación cardiaca?

P22.1. Si ()

P22.2. No ()

/___/___/

P23. ¿Realiza algún tipo de actividad física?

P23.1. Si ()

P23.2. No ()

/___/___/

P24. ¿Cuál actividad física realiza?

P24.1. Aeróbica: caminar, correr, bicicleta, nadar ()

/___/___/

- P24.2. Anaeróbica: levantamiento de pesas ()
P24.3. Ambos ()
P24.4. No aplica ()
- P25. ¿Cuántas veces por semana realiza la actividad física?
- P25.1. A diario ()
P25.2. De 2 – 3 días de la semana () /___/___/
P25.3. De 4 – 6 días de la semana ()
P25.4. Una vez a la semana ()
P25.5. No aplica ()
- P26. ¿Cuánto tiempo al día dedica a realizar actividad física?
- P26.1. Mínimo 30 minutos ()
P26.2. De 30 minutos a 1 hora () /___/___/
P26.3. Más de 1 hora ()
P26.4. No aplica ()
- P27. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado al día?
- P27.1. Mínimo 30 minutos ()
P27.2. De 30 minutos a 1 hora () /___/___/
P27.3. Más de 1 hora ()
P27.4. Más de 2 horas ()
- P28. ¿Padece usted alguna de las siguientes enfermedades?
- P28.1. Tabaquismo – TAB ()
P28.2. Etilismo - ETL ()
P28.3. Obesidad – OBD ()
P28.4. Hipertensión arterial – HTA ()
P28.5. Diabetes Mellitus – DM ()
P28.6. Dislipidemia – DLP ()
P28.7. Ninguna – NGN ()
- P29. ¿Ha sufrido un infarto cardíaco?
- P29.1. Sí ()
P29.2. No () /___/___/
- P30. ¿Le han realizado un cateterismo cardíaco?
- P30.1. Sí ()
P30.2. No () /___/___/

P31. ¿Hace cuánto tiempo le realizaron el cateterismo cardíaco?

P31.1. Hace 1 mes o menos ()

P31.2. Hace 3 meses ()

P31.3. Hace 6 meses ()

P31.4. Hace 1 año o más ()

P31.5. No aplica ()

/__ /__ /

P32. ¿Hace cuánto tiempo se realizó el último examen de glucosa en sangre?

P32.1. No me he realizado exámenes de glucosa en sangre ()

P32.2. Hace 1 mes o menos ()

P32.3. Hace 3 meses ()

P32.4. Hace 6 meses ()

P32.5. Hace 1 año o más ()

/__ /__ /

P33. ¿Hace cuánto tiempo se realizó el último análisis de lípidos (colesterol, triglicéridos o grasas) en sangre?

P33.1. No me he realizado exámenes de lípidos en sangre ()

P33.2. Hace 1 mes o menos ()

P33.3. Hace 3 meses ()

P33.4. Hace 6 meses ()

P33.5. Hace 1 año o más ()

/__ /__ /

P34. ¿Cumple usted de forma estricta con la medicación indicada para el tratamiento de su enfermedad cardíaca?

P34.1. Si ()

P34.2. No ()

P34.3. No aplica ()

/__ /__ /

P35. En caso de que su respuesta sea no, indique ¿cuáles son los motivos por los que no cumple con su tratamiento?

P35.1. Olvida tomarlos ()

P35.2. Son difíciles de encontrar ()

P35.3. Son muy caros ()

P35.4. Piensa que no son necesarios ()

P35.5. Le producen efectos secundarios innecesarios ()

P35.6. No aplica ()

/__ /__ /

P36. Escala de ASA

A continuación se le presenta las opciones de la escala de ASA (Apreciación de Agencia de Autocuidado), la cual es un instrumento que se utiliza para medir acciones de cuidado efectivo en personas con enfermedades crónicas.

Seleccione con una X (equis) en la casilla que más se aproxima a su nivel de cumplimiento:

Afirmaciones	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4
P36.1. A medida que cambian las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
P36.2. Reviso si las actividades que practico para mantenerme con salud son buenas.				
P36.3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme, me las arreglo para conseguir ayuda.				
P36.4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
P36.5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.				
P36.6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
P36.7. Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora.				
P36.8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.				
P36.9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.				

/__ /__ /

/__ /__ /

/__ /__ /

/__ /__ /

/__ /__ /

/__ /__ /

/__ /__ /

/__ /__ /

/__ /__ /

Afirmaciones	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4
P36.10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de forma que pueda mantener mi forma de ser.				
P36.11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo.				
P36.12. Cuando necesito ayuda, puedo recurrir a mis amigos siempre.				
P36.13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.				
P36.14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
P36.15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
P36.16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				
P36.17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina, cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.				
P36.18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.				
P36.19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.				

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

**Espacio para la
codificación de datos.**

Afirmaciones	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4
P36.20. Debido a mis ocupaciones diarias, me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
P36.21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.				
P36.22. Si no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.				
P36.23. Puedo sacar tiempo para mí.				
P36.24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

/_/_/_/

/_/_/_/

/_/_/_/

/_/_/_/

/_/_/_/

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo KRIS CHAVERRI ALFARO, mayor de edad, portadora de la cédula de identidad número 1-1278-0637, egresada de la carrera de ENFERMERÍA de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS PROPENSAS A DESARROLLAR ENFERMEDAD CORONARIA Y SU EFECTIVIDAD SEGÚN ESCALA DE ASA, CENTRO CARDIOVASCULAR SM, MARZO 2018, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 10 días del mes de abril del año dos mil 2018.



Cédula: 1-1278-0637

CARTA DE APROBACIÓN DEL CENTRO MÉDICO

CARTA DE APROBACIÓN DEL CENTRO MÉDICO

San José, 12 de febrero 2018

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE ENFERMERÍA
SEDE ARANJUEZ

Por medio de la presente autorizo a la señorita Kris Chaverri Alfaro, cédula de identidad 1-1278-0637 a realizar la investigación: "Prácticas de autocuidado en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria y su efectividad, según Escala de ASA, en el Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, marzo 2018", en el centro médico Sáenz Madrigal, para optar por el grado de licenciatura en la carrera de Enfermería.

Atentamente,

Dr. Manuel E. Sáenz M.
Cardiólogo e Intervencionista
Cod. 1705

Dr. Manuel Eduardo Sáenz Madrigal
Centro Cardiovascular SM

CARTAS DE ACEPTACIÓN

CARTA DEL TUTOR

San José, 10 de abril de 2018.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

El estudiante **Kris Chaverri Alfaro**, cédula de identidad número **1-1278-0637**, ha desarrollado de forma satisfactoria el trabajo de investigación denominado: **“Prácticas de autocuidado en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria y su efectividad según escala de ASA, Centro Cardiovascular SM, marzo 2018”** la cual fue elaborada para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

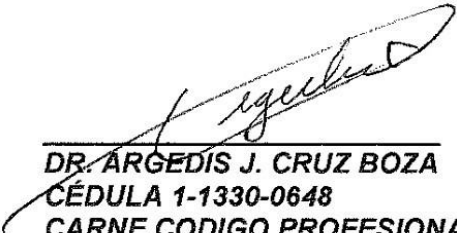
En mi calidad tutor académico, he verificado que se ha seguido a cabalidad las indicaciones brindadas durante el proceso de elaboración de anteproyecto, recogida de datos, análisis y presentación de los resultados; evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		100%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura, para continuar las etapas finales de defensa pública.

Atentamente,


DR. ARGEDIS J. CRUZ BOZA
CÉDULA 1-1330-0648
CARNE CODIGO PROFESIONAL E9801

CARTA DEL LECTOR

San José 25 de abril de 2018

MSc
Zaida Rodríguez Cordero
Directora
Carrera de enfermería

Estimada señora:

La estudiante Kris Chaverri Alfaro, cédula de identidad número 1-1278-0637, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "Prácticas de autocuidado en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria y su efectividad según escala de ASA, Centro Cardiovascular SM marzo 2018.", el cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo tiene la nota de 96 por lo que cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente



Dra. Fulvia Elizondo Sibaja MSc
Cedula de identidad 1-0676-0607
Carné Colegio Profesional No 2295

Carta de Aprobación del Filólogo

San José, 29 abril 2018

Señores

Comisión de Tesis

Universidad Hispanoamericana, Sede Aranjuez

Estimados señores:

En calidad de filólogo, hago constar que he revisado la tesis para optar por el grado académico **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**, la cual sugiero que cumple con los requisitos, según el reglamento de la Universidad Hispanoamericana, bajo el título: **“PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS PROPENSAS POR DESARROLLAR ENFERMEDAD CORONARIA Y SU EFECTIVIDAD SEGÚN, ESCALA DE ASA, CENTRO CARDIOVASCULAR SM, MARZO 2018”**, elaborada por la estudiante **KRIS CHAVERRI ALFARO**.

La revisión se hizo en la parte morfosintáctica, forma, estilo, redacción, puntuación y ortografía; por lo cual el trabajo está listo en tales aspectos para ser presentado ante la Universidad.

Sin otro particular, suscribe atentamente;



Carlos Barrantes Ramírez

Filólogo

Cédula 1-0312-0358

Carné 16308 del Colegio de Licenciados y profesionales en Letras, Filosofía, Ciencias y Artes

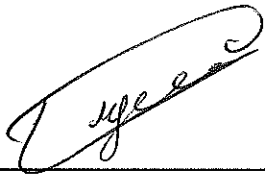
San José, 14 de mayo de 2018.

Máster
Zaida Rodríguez Cordero
Directora
Carrera de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante **Kris Chaverri Alfaro**, cédula de identidad número **1-1278-0637**, ha presentado el documento digital de la tesis denominada: **“Prácticas de autocuidado en personas propensas a desarrollar enfermedad coronaria y su efectividad según escala de ASA, Centro Cardiovascular SM, Goicoechea, marzo 2018”**, para efectos de revisión y comprobación. Tras su lectura puedo dar fe que contiene todas las correcciones que el Tribunal Examinador indicó en el momento de la defensa oral, por lo que manifiesto mi aval como tutor para la entrega de documentos finales de graduación.

Atentamente:



Dr. Argedis J. Cruz-Boza, Lic.
Cédula identidad 1-1330-0648
Carné Colegio Profesional E-9801