

Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana*

Scale reliability "Self-care Agency Appreciation" (SAA), second version in Spanish, adapted for the Colombian population

Confiabilidade da escala "Apreciação da Agência de Autocuidado" (ASA), segunda versão em espanhol, adaptada ao povo colombiano

ANITA VELANDIA ARIAS** Y LUZ NELLY RIVERA ÁLVAREZ***

Resumen

Objetivo: establecer la confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA) de Evers e Isenberg, segunda versión en español, y describir la capacidad de agencia de autocuidado en personas con factor de riesgo cardiovascular que asisten al programa de crónicos del servicio de consulta externa de un hospital de Bogotá, Colombia.

Metodología: diseño descriptivo con abordaje cuantitativo que permitió evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en una muestra de 201 personas con factores de riesgo cardiovascular que asistieron al programa de crónicos en un hospital de Bogotá, mediante el empleo de la escala ASA, segunda versión en español. A esta escala se le realizó la medición

de la confiabilidad a través del cálculo del valor del coeficiente de alfa-Cronbach.

Resultados: se encontró que el 35,8% de los participantes tuvo buena capacidad de agencia de autocuidado y el 62,6%, regular. Se aplicó el coeficiente de confiabilidad alfa-Cronbach a la escala ASA y se obtuvo un valor de 0,744.

Conclusiones: se observa una diferencia de 0,026 por debajo del valor reportado en la medición de confiabilidad de la escala ASA, realizada por la doctora Gallegos, primera versión en español, para un contexto mexicano; estos resultados significan que los 24 ítems analizados de la escala miden un mismo concepto y por lo tanto se concluye que el instrumento posee consistencia interna.

* Producto de la tesis de maestría de Enfermería con énfasis en el cuidado de la salud cardiovascular: Velandia A. "Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular que asisten a consulta externa en un hospital de Bogotá, Colombia". Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2008.

** Enfermera, Universidad de Cundinamarca. Magíster en Enfermería con énfasis en el cuidado de la salud cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia. Jefe Unidad de Cuidado Intermedio, Hospital Tunjuelito. anita_velandia@hotmail.com; Bogotá, Colombia

*** Enfermera y magíster en Enfermería con énfasis en el cuidado de la salud cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Enfermería en unidad de cuidado intensivo, Universidad de Navarra. Especialista en Pedagogía, Universidad Pedagógica Nacional. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Doctoranda en Educación y Sociedad, Universidad de Barcelona. Inriveraa@unal.edu.co; Bogotá, Colombia.

Recibido: 11-06-08

Aprobado: 07-11-08

Palabras clave: autocuidado, enfermería, teoría de enfermería, atención de enfermería, educación en enfermería, enfermería en salud pública, investigación en enfermería. (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Purpose: To establish the scale reliability "Self-care Agency Appreciation" (SAA) of Evers and Isenberg, second version in Spanish, and to describe the capacity of self-care agency among people with cardiovascular factor risks who attend the out-patient chronic patients program service of a hospital in Bogotá, Colombia.

Method: descriptive design with a quantitative approach that enabled us to evaluate the self-care agency capacity in a sample of 201 patients with cardiovascular risk factors who attended the chronic patients program of a hospital in Bogotá, through the use of the SAA scale, second version in Spanish. Reliability was measured thru this scale by calculating the alfa-Cronbach's reliability coefficient value.

Results: it was found that 35,8% of the participants had a good self-care agency capability and 62,6%, an average one. The alfa-Cronbach's reliability coefficient was applied to the SAA scale and a value of 0,744 was obtained.

Conclusions: A difference of 0,026 is observed below the value reported in the reliability measure of the SAA scale carried out by doctor Gallegos, first version in Spanish, within a Mexican context; these results mean that the 24 items of the scale analyzed measure the same concept and therefore one concludes that the instrument has internal consistency.

Key words: Selfcare, Nursing, Nursign theory, Nursing care, Education Nursing, Public Health Nursing, Nursing Research.

Resumo

Objetivo: estabelecer a confiabilidade da escala "Apreciação da agência de autocuidado" (ASA) de Evers e Isenberg, segunda versão em espanhol, e descreve a capacidade de agência de autocuidado em pessoas com fatores de risco cardiovascular que utilizam o programa de crônicos do serviço de consulta externa de um hospital de Bogotá, Colômbia.

Metodologia: delineamento descritivo com abordagem quantitativa que permitiu avaliar a capacidade de agência de autocuidado dentro de uma amostra de 201 pessoas com fatores de risco cardiovascular que utilizaram o programa de crônicos em um hospital de Bogotá, mediante o uso da escala ASA, segunda versão em espanhol. A escala foi submetida a uma medição de confiabilidade através do cálculo do valor do coeficiente de alfa-Cronbach.

Resultados: 35,8% dos participantes mostraram boa capacidade de agência de autocuidado e 62,6%, apresentou uma capacidade regular. Aplicou-se o coeficiente de confiabilidade alfa-Cronbach à escala ASA cujo valor foi de 0,744.

Conclusões: verifica-se uma diferença de 0,026 por baixo do valor atingido na medição de confiabilidade da escala ASA, realizada pela doutora Gallegos, primeira versão em espanhol, para um contexto mexicano; estes resultados mostram que os 24 itens analisados da escala mensuram um mesmo conceito e, por tanto, conclui-se que o instrumento dispõe de consistência interna.

Palavras chave: Autocuidado, Enfermagem, Teoria de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Educação em Enfermagem, Enfermagem em Saúde Pública, Pesquisa em Enfermagem.

INTRODUCCIÓN

Como punto de partida, el presente artículo aporta, a la comunidad científica de Enfermería, la confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado", de Isenberg y Evers, segunda versión en español adaptada para población colombiana, la cual ha sido sometida a estudios de validación y confiabilidad en versión español mexicano (1), y en Colombia su uso ha sido ampliamente extendido, con adaptaciones transculturales resultantes y acordes a la población colombiana (2, 3).

Esta escala evalúa la capacidad de agencia que tiene el individuo para comprometerse con su autocuidado. El concepto de agencia de autocuidado lo estudia ampliamente la teórica Dorothea Orem, quien lo define como la capacidad de actuar autónoma (implícita aquí la responsabilidad) y deliberadamente, y en forma de cuidado hacia uno mismo; hablar de agencia supone introducirse en el mundo complejo del ser humano y su proceso de toma de decisiones para el mantenimiento de su salud y la realización de acciones que contribuyan al bienestar consigo mismo, con los otros y con su entorno.

Foucault (1996) ha denominado las *prácticas del cuidado de sí*, prácticas que hablan de un sujeto de acción en tanto refieren a un modo singular de posición de este con respecto a lo que lo rodea, a los objetos que tiene a su disposición, pero también a los otros con los cuales está en relación, a su propio cuerpo y a sí mismo (4). De igual manera, Guirao-Goris plantea:

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad; es así como cuidar representa un conjunto de actos de vida que tienen por objetivo que se desarrolle y mantenga el autocuidado. Cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a

cualquier persona que, temporal o definitivamente, no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere de ayuda (5).

O en palabras de Hansmann, un ser humano reflexionado en quien es y alineado con el mundo está –con los pies en el suelo–.

Aprender a cuidar el mundo natural, especialmente el que se nos presenta de forma más inmediata en nuestro propio cuerpo, escuchándolo para saber lo que necesita. Al reconocer nuestras necesidades naturales y responsabilizarnos de cubrirlas, podemos [...] convertirnos en seres humanos adultos con los pies en el suelo. Al ser conscientes, no solo intelectualmente sino también sensorialmente, de nuestra conexión con todo lo que compone el mundo: con otros seres humanos, animales, plantas, [...] tendremos más facilidad y apoyo para saber cómo contribuir a cuidar la vida en todas sus manifestaciones naturales y socio-culturales (6).

A continuación presentaremos, en primer lugar, la historia que ha experimentado la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” (Appraisal of self-care agency scale); en segundo lugar, se describirá la capacidad de agencia de autocuidado que tienen las personas con factor de riesgo cardiovascular que asisten al programa crónicos de un hospital de Bogotá, y por último los resultados de la medición de la confiabilidad de la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA), segunda versión en español.

No obstante, cabe señalar que los resultados presentados son producto de una investigación con abordaje cuantitativo, y éstos a su vez son un referente para el profesional de enfermería. Pero no tendrían valor si no se complementan con la interacción dialéctica entre la enfermera como sujeto y la persona cuidada como sujeto, en un diálogo de saberes y a su vez reflexivo.

HISTORIA DE LA ESCALA “APRECIACIÓN DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO”

Esta escala fue elaborada por Isenberg y Evers, seguidoras de Orem, pertenecientes al Grupo de la Conferencia de Desarrollo de la Enfermería (NDCG), sobre las facultades de la agencia de autocuidado, y ha sido ampliamente estudiada en grupos de investigadoras americanas y holandesas a fin de medir la capacidad que tiene el individuo para realizar las *operaciones productivas* de la agencia de autocuidado (7).

Las capacidades para operaciones de autocuidado se entienden como las habilidades del ser humano más inmediatas para realizar prácticas de autocuidado; el individuo investiga condiciones y factores de sí mismo y del medio ambiente que son significativas para su autocuidado (definidas por Orem como *operaciones estimativas*), el individuo toma juicios y decisiones sobre lo que puede, debe hacer y haría para encontrar los requisitos de autocuidado (*operaciones transicionales*) y el individuo construye medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado por sí mismo (*operaciones productivas*) (8).

La escala ASA fue el producto del primer trabajo colaborativo, que comenzó en 1983 cuando Isenberg fue invitada como consultora a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Maastricht, en Holanda, para desarrollar investigaciones basadas en teoría de enfermería. El equipo que participó en el desarrollo y prueba sicométrica de esta escala incluyó a los profesores Hans Philipsen, George Evers, Ger Brauns, Harriet Smeets e Isenberg (9).

Esta escala ha demostrado ser válida y confiable con diversas muestras de población norteamericana, según reportan Brown, West y Vannoy (10). La validez de constructo de la escala fue estudiada por Evers e Isenberg; en el estudio de Evers con una población holandesa de viejos la agencia de autocuidado estuvo inversamente relacionada con la dependencia social; en el estudio de Isenberg en pacientes que esperaban un baipás coronario la agencia de autocuidado, tal como mide esta escala, se relacionó positivamente con el estado de salud.

La escala ha sido utilizada en diferentes poblaciones en que la validez conceptual de la traducción se ha probado con grupos de adultos de la tercera edad (65 y más años) en Holanda, Noruega y Dinamarca, y la validez de constructo se demostró por el poder del instrumento para discriminar grupos con diferencias conocidas en su nivel de dependencia. La validez externa se demostró con grupos muestrales de diferentes países con características similares en cuanto a sus capacidades de autocuidado, quienes mantuvieron medidas semejantes al responder la escala. La confiabilidad del instrumento fue mayor de 0,70 en casi la totalidad de los estudios (11).

La escala consta de 24 ítems con un formato de respuestas de cinco alternativas donde el número uno

(totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de la capacidad de agencia de autocuidado y el cinco (totalmente de acuerdo) el más alto.

Traducción de la escala al español

La escala ASA ha sido traducida a varios idiomas, en países de Europa, Asia oriental y de Latinoamérica. Este proyecto colaborativo le dio al equipo la oportunidad de identificar conocimiento universal de enfermería y, por medio de comparación transcultural, identificar conocimiento culturalmente específico (1).

La escala ASA, originalmente desarrollada en idioma inglés, fue traducida al español por dos estudiantes del doctorado en Enfermería y tres traductores profesionales. Las cinco traducciones fueron analizadas y comparadas por las estudiantes de doctorado a fin de construir un solo cuestionario. Como resultado de esta revisión, los ítems 4, 6, 13 y 16 fueron reescritos en forma más simple, discreta y gramaticalmente correcta. Las instrucciones también sufrieron modificaciones para hacerlas comprensibles. Esta traducción en español fue aprobada por la investigadora; se dio a tres traductores profesionales para su traducción al idioma inglés, donde se consolidó una sola, la cual fue puesta a consideración de una de las autoras de la escala para que la evaluara en función de la forma original. La conclusión de la autora fue que la escala ASA en versión en inglés era equivalente a la escala ASA en versión en español (1).

Para confirmar validez y confiabilidad de la escala en español, Esther C. Gallegos Cabriales (1) empleó la escala en versión español en un grupo de adultos diabéticos, y desarrolló un estudio descriptivo, correlacional y transversal con una muestra de 192 adultos diabéticos, de los cuales 120 estaban hospitalizados y 72 recibían atención ambulatoria, y confirmó la relación teórica entre los conceptos factores condicionantes básicos (estado de salud) y capacidad de agencia de autocuidado.

En este estudio, Esther Gallegos determinó la validez conceptual y confiabilidad de la escala, versión en español, obteniendo un valor alfa de Cronbach de 0,77, lo que significa que los ítems de la escala miden un mismo concepto (consistencia interna), y confirmó la validez conceptual de la escala al discriminar el grupo de pacientes con diabetes hospitalizados, de los ambulatorios, por una diferencia de medias a favor de los segundos;

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

Experiencia del uso de la escala ASA en Centroamérica y Colombia

Las docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia han empleado la escala ASA en español, en diferentes investigaciones en el país, con la resultante modificación de la escala Likert y la forma de las respuestas (pasando de totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo y totalmente de acuerdo, al formato de respuestas nunca, casi nunca, casi siempre y siempre). Lo anterior debido a que los ítems de la escala se utilizan para describir a las personas en su capacidad para comprometerse con el autocuidado y no para señalar si están de acuerdo o no con los enunciados. Por otro lado, se modificó la escala Likert a 4 puntos, eliminando la opción intermedia (la tercera), ya que esto permitía que el entrevistado se ubicara en un punto medio, sin detenerse a pensar en la realidad de su agencia de autocuidado (6, 9); el formato de respuestas resultante quedó con las siguientes opciones: uno (nunca) significa el valor más bajo de agencia de autocuidado, dos (casi nunca), tres (casi siempre) y cuatro (siempre) significa el valor más alto. Estos cambios se consultaron con la doctora Gallegos (comunicación electrónica en mayo 22 de 2004) (2, 11).

La experiencia con el uso de esta versión en español con otros grupos en Centroamérica y Colombia ha hecho necesario ajustar el léxico de los ítems de la escala ASA, primera versión en español, con unas variaciones al lenguaje que más comúnmente se habla y entiende en el país, sin que se cambie el sentido de ninguno de los ítems (2).

Esta segunda versión en español fue revisada y adaptada por la profesora Edilma de Reales de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con permiso de la doctora Gallegos, en 2004, modificando la forma de redacción de los ítems de manera que fueran más claros y comprensibles para la población colombiana, sin cambiar el sentido de ninguno de ellos. Además fue revisada en cuanto a su corrección y comprensión idiomática por 10 enfermeras y profesoras

de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en 2005, versión que se empleó para el desarrollo de la presente investigación.

METODOLOGÍA

Descripción general

Este estudio se realizó en el programa de crónicos del servicio de consulta externa de un hospital de Bogotá, de mayo a julio de 2007. La muestra final fue de 201 personas con factores de riesgo cardiovascular como: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, sedentarismo. Durante la realización del estudio se encontró que tres de las personas habían fallecido para la fecha de recolección de la información, y la ubicación de seis de las personas seleccionadas no fue posible por cambio de dirección (es necesario aclarar que al realizar el cálculo de la muestra, ésta se sobrestimó en un 3%). El estudio fue de tipo descriptivo con abordaje cuantitativo, lo que permitió valorar la capacidad de agencia de autocuidado de la población participante, mediante el empleo de la escala ASA y su correspondiente análisis de la información a la luz de la teoría de Dorothea Orem.

Las personas seleccionadas cumplieron los siguientes criterios: mujeres y hombres mayores de 18 años con algún factor de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, sedentarismo; y personas conscientes que pudieran comunicarse y aceptaran voluntariamente participar en la investigación.

Por otro lado, se realizó la medición de la confiabilidad de la escala, segunda versión en español, empleando el coeficiente de confiabilidad alfa-Cronbach, lo que además permitió soportar científicamente los resultados de la investigación.

Procedimiento

Previo al inicio de recolección de datos se explicó a cada participante el objetivo del estudio, los principios éticos de autonomía, confidencialidad, veracidad de la información y derecho a retirarse cuando la persona lo determinara, y por último se obtuvo su consentimiento informado por escrito para participar.

Para la recolección de la información se contó con una sala dispuesta para reuniones educativas del programa en

el hospital, donde además se midió la tensión arterial, el peso, la talla y el nivel de actividad física de cada participante; posteriormente se empleó la escala.

La información se analizó empleando el programa SPSS v.12 y para el análisis entre variables se empleó el programa SPAD. Este último permite extraer las tendencias más destacadas, jerarquizarlas, y eliminar los efectos marginales o puntuales que perturban la percepción global de los hechos recogidos en los datos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El 78% de los participantes correspondieron al género femenino y el 22% al masculino; la edad promedio fue de 65,6, con una edad mínima de 36 años y una edad máxima de 89 (DS 11,3). Los resultados mostraron que la edad mínima de los hombres participantes en el estudio fue de 48 años y la máxima 85; para las mujeres la edad mínima fue de 36 años y máxima 89. El factor de riesgo cardiovascular con mayor presencia en el grupo fue la hipertensión arterial; esta se presentó con mayor prevalencia en el rango de 65 a 79 años (43%).

En el estudio de Peñalosa (12) se concluye que algunos de los factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial, aumentan con la edad. Está demostrado que la hipertensión arterial aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular en 2 o 3 veces para cualquier edad tanto en hombres como en mujeres (13).

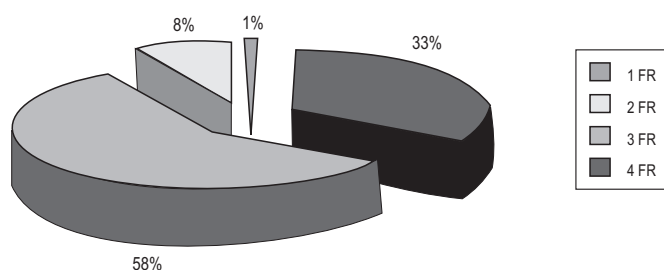
Según Palank, la mayoría de los estudios sobre género y su relación con los comportamientos de salud en adultos muestran una mayor tendencia de las mujeres a comprometerse en actividades de promoción de la salud que los hombres (14); esto puede explicar la tendencia del género femenino a participar y vincularse en el programa de crónicos del hospital.

Respecto a las condiciones socioeconómicas, el 62% de la población era del estrato 2 y el 35% del estrato 1, cuya ocupación predominante fue la estancia en el hogar (85,6%). El estatus socioeconómico se ha descrito como uno de los predictores más fuertes y consistentes respecto a la experiencia de morbilidad y mortalidad de una persona. Más explícitamente lo expone Medina al afirmar: "Cuando nos relacionamos con las personas a las que 'cuidamos', constatamos el impacto de las 'políticas

de salud' y el contexto social, económico y político en sus vidas" (15).

El *perfil clínico* de las personas participantes del estudio está determinado por los factores de riesgo cardiovascular: sedentarismo, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Se encontró que el 58,2% de las personas encuestadas presentó tres factores de riesgo cardiovascular, el 33,3% dos factores de riesgo, el 8% los cuatro factores de riesgo y apenas el 0,5% de los participantes presentó solo un factor de riesgo cardiovascular que correspondió a hipertensión arterial (ver gráfica 1). El 59,8% de las mujeres participantes tenían tres factores de riesgo, mientras que en el género masculino la tendencia fue del 52,2% (ver tabla 1).



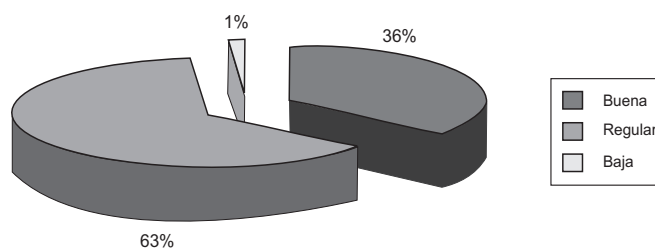
Gráfica 1. Distribución porcentual según número de factores de riesgo (FR) de las personas del programa de crónicos, 2007.

Capacidad de agencia de autocuidado

La media resultante de la capacidad de agencia de autocuidado en los participantes correspondió a 78,47, con una desviación estándar de 6,57; la encuesta con puntuación más baja fue de 57 puntos y la más alta de 92 puntos, frente a un rango real de la escala de 24 a 96 puntos.

Se encontró que el 35% de las personas con factor de riesgo cardiovascular presentó buena capacidad de agencia de autocuidado, el 63% regular capacidad, el 1% baja capacidad y ninguna persona se ubicó en la categoría de muy baja capacidad de agencia de autocuidado. Los resultados del estudio muestran similitud con otros, por ejemplo Monge (16) y Rivera (11), en los cuales predominaron las respuestas en la categoría media.

Por otro lado, los resultados contrastan con los estudios de Orjuela (17) y Peñalosa (12), que mostraron que

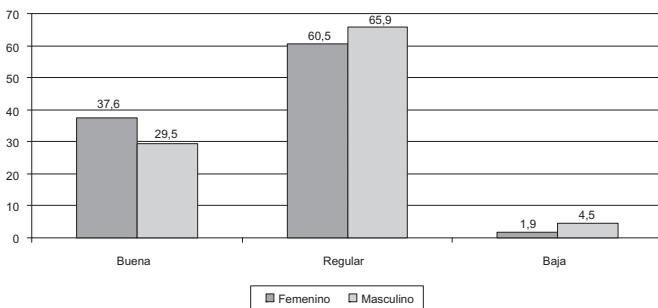


Gráfica 2. Distribución porcentual de la capacidad de agencia de autocuidado de las personas del programa de crónicos, 2007.

Tabla 1. Distribución porcentual del perfil clínico por género, 2007.

Perfil clínico		Femenino		Masculino	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de actividad física	Sedentario	152	96,8	41	93,2
	No satisfactoriamente bueno	4	2,5	2	4,5
	Aceptable	1	0,6	1	2,3
Índice de masa corporal	Desnutrición	3	1,9	0	0,0
	Normal	47	29,9	19	43,2
	Sobrepeso	65	41,4	20	45,5
	Obesidad	42	26,8	5	11,4
Hipertensión arterial		152	96,8	43	97,7
Diabetes mellitus		16	10,2	7	15,9

los participantes se ubican en muy buenas capacidades de agencia de autocuidado.

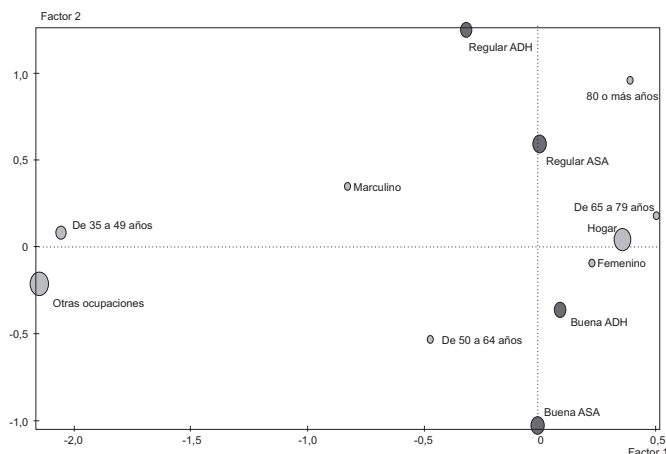


Gráfica 3. Distribución porcentual por género de la capacidad de agencia de autocuidado de las personas del programa de crónicos, 2007.

En la gráfica 4 se presenta el análisis de las variables género, edad, ocupación, capacidad de agencia de autocuidado y adherencia. Se presenta una asociación fuerte entre *regular capacidad* de agencia de autocuidado y personas con ocupación 'hogar', una asociación débil pero presente entre *regular capacidad* de agencia de autocuidado, con el género femenino y personas con edades de 65 a 79 años. Se presenta asociación entre *buen capacidad* de agencia de autocuidado con las personas en el rango de edad de 50 a 64 años. Por último, las personas con edades de 35 a 49 años y las personas que desempeñan otras ocupaciones, variables con asociación fuerte entre ellas por estar directamente relacionadas con la edad productiva, no presentaron asociación con la *capacidad de agencia de autocuidado*.

Se observan similitudes entre los porcentajes tanto del género femenino como del masculino, a excepción de la categoría buena agencia de autocuidado, que muestra al género femenino con 37,6% frente al 29,5% reportado por los hombres; por otro lado, se evidencia la regular capacidad de agencia de autocuidado en la población (60,5% en las mujeres y 65,9% en los hombres). Por último, el 1,9% de las mujeres tiene baja capacidad de agencia autocuidado frente al 4,5% reportada por los hombres.

Los anteriores resultados permiten señalar que la mayoría de los participantes presentó regular capacidad de agencia de autocuidado, y además de ubicarse en un estado de desviación de la salud, presentaron dos o más factores de riesgo cardiovascular, lo que permite concluir



Gráfica 4. Asociación entre género, edad y ocupación con la agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento.

que es prioritario el trabajo educativo y preventivo en esta población, a través de la reflexión crítica y el diálogo intersubjetivo (enfermera-persona cuidada).

Al analizar los ítems de la escala ASA a la luz de la teoría de Orem (18), los resultados muestran que las personas que presentan factores de riesgo cardiovascular satisfacen requisitos de autocuidado en estado de alteración de la salud, como buscar asistencia médica o del equipo de salud apropiada, modificar el autoconcepto y la autoimagen como parte de la necesidad de mejorar su estado de salud y tener conciencia de atender los efectos de condiciones patológicas. Así mismo, algunas habilidades del individuo que se destacan están relacionadas con componentes de poder, por ejemplo: máxima atención y vigilancia especialmente sobre efectos secundarios, repertorio de habilidades (cognitivas, de percepción, comunicación e interpersonales) para el autocuidado e integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida.

Los ítems de la escala ASA con menor puntuación se relacionan con componentes de poder citados por Orem (19): uso controlado de la energía física, para la iniciación, continuación de las operaciones de autocuidado, toma de decisiones sobre autocuidado, y operacionalización de estas decisiones; adquisición, conservación y operacionalización de técnicas de autocuidado. Los resultados reflejan que los requisitos de autocuidado en estado de desviación de la salud en esta población que se ven comprometidos son:

- Llevar a cabo efectivamente tratamientos y medidas de rehabilitación, especialmente los de tipo no

Tabla 2. Medición de la confiabilidad global y de cada ítem de la escala ASA, 2a. versión en español, adaptada para población colombiana.

Reliability Analysis – Scale (Alpha)					
Nº ítem	Media de la escala si ítem es suprimido	Varianza de la escala si ítem es suprimido	Ítem corregido –total de la correlación	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa si el ítem es suprimido
ASA_1	75,5871	41,3936	,4072	,3413	,6699
ASA_2	75,6219	40,5263	,5008	,4892	,6627
ASA_3	75,9502	41,3475	,1955	,3731	,6853
ASA_4	75,6169	43,3875	,0588	,3496	,6966
ASA_5	75,3731	42,4351	,3385	,3302	,6764
ASA_6	76,5920	44,8927	-,0894	,2751	,7192
ASA_7	75,7811	42,0918	,2160	,3416	,6819
ASA_8	75,5274	42,4805	,1841	,3204	,6844
ASA_9	76,0398	40,2184	,3989	,3167	,6660
ASA_10	75,8408	42,2145	,2465	,2668	,6797
ASA_11	76,5572	44,6080	-,0552	,2209	,7091
ASA_12	76,4328	42,4867	,0747	,2764	,7012
ASA_13	75,8308	43,0912	,1026	,3226	,6916
ASA_14	75,4975	41,0112	,3858	,3786	,6693
ASA_15	76,0647	38,0708	,4598	,4837	,6555
ASA_16	75,6766	40,2699	,4836	,4709	,6621
ASA_17	75,6318	39,7238	,4288	,4092	,6626
ASA_18	75,7313	41,5675	,2607	,3271	,6781
ASA_19	75,6020	40,5208	,4462	,4488	,6647
ASA_20	76,6368	44,2024	-,0364	,2440	,7113
ASA_21	75,4527	42,1590	,3779	,3727	,6742
ASA_22	75,6567	40,7266	,3611	,3150	,6697
ASA_23	75,7164	39,2642	,5089	,5139	,6564
ASA_24	75,7861	41,6890	,3194	,4161	,6746

Alfa = ,6891.

Escala estandarizada de alfa = ,7440.

farmacológico y que están relacionados con actividad física, reposo y control de peso.

– Ser consciente de dar atención a la regulación de las anteriores medidas.

Resultados de la confiabilidad de la escala ASA

El procedimiento para la medición de la confiabilidad de la escala ASA fue el siguiente:

- a) Se aplicó la escala ASA a 201 personas.
- b) Se obtuvieron los resultados.
- c) Se realizó un análisis factorial por medio de una matriz de coeficientes de correlación entre todos los ítems.
- d) Se elaboró la matriz de correlación con los coeficientes obtenidos.
- e) Se calculó el promedio de las correlaciones y el número de correlaciones no repetidas o excluidas.
- f) Con los valores anteriores se calculó el valor del coeficiente de alfa-Cronbach.

En la tabla 2 presentamos el resultado de la medición de la confiabilidad de la escala ASA, que permite determinar la consistencia interna de la misma, empleando el coeficiente de confiabilidad alfa-Cronbach global y el coeficiente alfa-Cronbach resultante si se suprimiera el ítem.

Se aplicó la escala ASA a 201 personas con factor de riesgo cardiovascular y se obtuvo una media de 79,12, una desviación estándar de 6,69 y una varianza (desviación estándar al cuadrado) de 44,78.

El alfa de Cronbach total fue de 0,689 sin corrección y el estandarizado fue de 0,744; se observa una diferencia de 0,026 por debajo del valor reportado en la medición de confiabilidad de la escala ASA, realizada por la doctora Gallegos, primera versión en español, para un contexto mexicano; estos resultados significan que los 24 ítems analizados de la escala miden un mismo concepto y por lo tanto podemos concluir que el instrumento posee consistencia interna.

CONCLUSIONES

Cuidar a personas que cuentan con factores de riesgo cardiovascular exige al profesional de enfermería una mirada introspectiva y autorreflexiva de sus propios factores de riesgo; este diálogo personal, reflexivo y contextual le permitirá identificar percepciones, barreras, creencias y valores que se construyen respecto al autocuidado y al mantenimiento de la salud.

Los requisitos de autocuidado en estados de alteración de la salud demandan del individuo modificar la imagen de sí mismo y aceptarse y comprometerse con el mantenimiento de la salud y con la necesidad de cuidado profesional. Se constata que los participantes contaron con regulares capacidades para comprometerse con su

autocuidado y además se halló insatisfacción de necesidades de autocuidado en requisitos de autocuidado universal; por ejemplo: mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, ingesta de alimentos adecuada que mantenga a la persona en su peso ideal y cuidado del cuerpo en forma adecuada.

En cuanto a la capacidad de agencia de autocuidado en las personas con factores de riesgo cardiovascular se encontró tendencia a una regular agencia de autocuidado en los participantes y que estos dedican poco tiempo; de acuerdo con Orem, la agencia de autocuidado es la capacidad de actuar autónoma y deliberadamente, y en forma de cuidado hacia uno mismo intencional activo; requiere de las personas la capacidad para usar la razón y comprender su estado de salud y la capacidad para la toma de decisiones.

El trabajo interdisciplinar es el hilo conductor para abordar la complejidad del autocuidado, orientado hacia la reducción de los factores de riesgo cardiovascular, la elaboración de estrategias preventivas para cada grupo de edad, la búsqueda de espacios de reflexión acerca de lo que la persona con factor de riesgo cardiovascular sabe, siente y hace frente al cuidado de sí mismo, la capacidad de identificar prácticas de autocuidado saludables, desfavorables e inocuas y, mediante un proceso educativo, contextualizar y reflexionar sobre las barreras para el autocuidado.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a la profesora Edilma de Reales, quien con su sabiduría y carisma, nos brindó orientación, ideas reflexivas y la motivación requerida para seguir adelante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Gallegos Cabriales E. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Autocuidado. *Desarrollo científico de Enfermería*. 1998; 6. (9): 260-266.
- (2) Bastidas Sánchez CV. 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. *Revista Avances de Enfermería*. 2007; XXV (2): 65-75.

- (3) Rivera Álvarez LN. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Revista de salud pública*. 2006; 8 (3): 235-247.
- (4) Foucault M. *Hermenéutica del sujeto*. La Plata: Altamira, 1996. Citado por: Ocampo Talero AM, Méndez París S, Pavajeau Delgado C. Las subjetividades como centro de la formación ciudadana. *Univ. Psychol*. 2008; 7(3): 837-851.
- (5) Guirao-Goris JA. La agencia de autocuidado, una perspectiva desde la complejidad. *E-ducare 21 Aprendiendo a cuidar* [Revista electrónica] Disponible en: 1. <http://webs.ono.com/adolf/agencia.pdf>. (Consulta julio 11 de 2007)
- (6) Hansmann B. La Hazaña de estar con los pies en el suelo. En: *Con los pies en el suelo. Forma del cuerpo y visión del mundo*. Barcelona: 1997, 15-37 p.
- (7) Isenberg, MA. Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. En: Parker M. *Nursing Theories and Nursing practice*. Philadelphia: F.A. Davis Co; 2001, p.125.
- (8) Rivera Álvarez LN. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. *Revista Avances de Enfermería*. 2006; XXIV (2): 91-98.
- (9) Gast H, Denyes M, Campbell J, Hartweg D, Schott- Baer D, Isenberg M. Self-care agency: conceptualizations and operationalizations. *Adv Nurs Sci*. 1989; 12 (1): 26-38.
- (10) Brown, West, Vannoy. En: Gallegos Cabriales E. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Autocuidado. *Desarrollo científico de Enfermería*. 1998; 6. (9): 260-266.
- (11) Rivera Álvarez LN. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. Tesis de grado (Magíster en enfermería en el cuidado de la Salud Cardiovascular). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2006.
- (12) Peñalosa M, Reales E. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial, pertenecientes al convenio del magisterio e inscritos en el programa de patología crónica de la fundación medicopreventiva, en San José de Cúcuta. Tesis de grado (magíster en enfermería en el cuidado de la salud cardiovascular). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2004.
- (13) Gutiérrez O, Matiz H. Enfermedad coronaria en la mujer. En: *Enfermedad coronaria, manejo práctico*. Escuela Colombiana de Medicina. Bogotá: 1994; 14, 2ª ed.
- (14) Palank C. Determinantes de comportamientos de promoción de la salud: una revisión de la investigación actual. *Clínicas de Enfermería de Norteamérica*; 1991: 815-827.
- (15) Medina Moya JL. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes S.A. 1998
- (16) Monge MN. Comparación de agencia de autocuidado en dos grupos de mujeres adultas, uno de ellos con hipertensión arterial en control y el otro con enfermedad cardiovascular en el Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras. Tesis de grado (magíster en enfermería en el cuidado de la salud cardiovascular). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2004.
- (17) Orjuela MF. Capacidad de agencia de autocuidado en personas en la etapa preoperatorio de cirugía cardíaca. Tesis de grado (magíster en enfermería en el cuidado de la salud cardiovascular). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2006.
- (18) Donohue J. Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid: Harcourt Brace; 1994.
- (19) Orem DE. *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson Salvat, 1993.