

Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardiaca

Behaviors and self-care agency capacity of adults with heart failure

Comportamentos e capacidade de agência de autocuidado de adultos com insuficiência cardíaca

EDITH ARREDONDO HOLGUÍN*

Resumen

Este estudio tiene como objetivo describir comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de pacientes con insuficiencia cardiaca de una clínica cardiovascular de Medellín entre noviembre de 2007 y mayo de 2008. Es un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo. La muestra fue de 206 adultos con insuficiencia cardiaca diagnosticados por sintomatología clínica, fracción de eyección menor o igual a 40%. Se usaron para la recolección de datos la Escala Capacidad de Agencia de Autocuidado desarrollada por Isemberg y Evers et ál. (1993), traducida por Gallego, que mide el nivel de agencia de autocuidado, y la Escala Comportamientos de Autocuidado validada en Colombia en 2007 por Arredondo, que mide la frecuencia de comportamientos de autocuidado de adultos con insuficiencia cardiaca en la solicitud de ayuda, adaptación a vivir con la enfermedad y el régimen terapéutico, modificación del autoconcepto y acepta-

ción de sí mismo, vivir con efectos de la insuficiencia cardiaca y el tratamiento.

Concluye que el mayor número de pacientes eran hombres; que factores básicos condicionantes como el apoyo de la familia, desempeño de un trabajo, afiliación al sistema de salud, nivel socioeconómico y acceso a un nivel educativo fueron importantes para los pacientes.

La frecuencia de comportamientos de autocuidado fue media en los adultos en la mayoría de las dimensiones y el nivel de agencia fue alto y muy alto. Igualmente se concluyó que no hay una correlación entre agencia y comportamientos de autocuidado. Lo que plantea que los adultos tienen el conocimiento pero no han tomado la decisión de realizar acciones de autocuidado.

Palabras clave: insuficiencia cardíaca, autocuidado, adulto, enfermería (Fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

The objective of this study is to describe behaviors and self-care agency capacity of patients with heart failure in a cardiovascular clinic in Medellín (Province of Antioquia) between November 2007 and May 2008. It is a descriptive study with a quantitative approach. The sample was taken among 206 adults with heart failure who were diagnosed through clinical symptomatology, ejection fraction under or equal to 40%. Collection of data was done using the Self-care Agency Capacity

* Enfermera, Universidad de Antioquia, especialista en Cuidado al Adulto en Estado Crítico de Salud, Universidad de Antioquia, magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, profesora asistente, Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Integrante del Grupo de Investigación la Práctica de la Enfermería en el Contexto Social (Gipecs). Artículo derivado de la tesis para optar al título de magíster en Enfermería con énfasis en Salud Cardiovascular. Asesora Fanny Rincón Osorio. tapua412@tone.udea.edu.co. Medellín, Colombia.

Recibido: 14-07-09

Aprobado: 4-06-10

Scale developed by Isemberg and Evers et al. (1993) and translated by Gallego, which measures the self-care agency, and the Self-care behaviors scale validated in Colombia in 2007 by Arredondo, which measures the frequency of self-care behaviors of adults with heart failure when requesting help, adjusting to a life with the illness and therapeutic regime, modifying self-esteem and acceptance of oneself, living with the effects of heart failure and the related treatment.

It concludes that the majority of patients were males; that basic conditioning factors such as family support, work performance, affiliation to health system, socio-economic level and education level access were important for the patients.

The self-care behavior frequency was average in adults in the majority of the dimensions and the level of agency was high to very high. Similarly, it was concluded that there is no correlation between agency and self-care behavior, which states that adults have the knowledge but have not made the decision of conducting self-care actions.

Key words: heart failure, self care, adult, nursing

Resumo

Este estudo objetiva a descrição de comportamentos e capacidade de agência de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca de uma clínica cardiovascular de Medellín entre novembro de 2007 e maio de 2008. É um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi de 206 adultos com insuficiência cardíaca diagnosticados por sintomatologia clínica, fração de ejeção menor ou igual do que 40%. Para coletar os dados, utilizou-se a Escala Capacidade de Agência de Autocuidado desenvolvida por Isemberg y Evers et ál. (1993), traduzida por Gallego, que mensura o nível de agência de autocuidado, e a Escala de Comportamentos de Autocuidado validada na Colômbia em 2007 por Arredondo, que mensura a frequência de comportamentos de cuidado em adultos com insuficiência cardíaca no tocante ao pedido de ajuda, à adaptação a viver com a doença e o regime terapéutico, a alteração do autoconceito e aceitação de si mesmo, viver com efeitos da insuficiência cardíaca e o tratamento.

Conclui-se que o maior número de pacientes eram homens e que fatores básicos condicionantes como o apoio familiar, desempenho de um trabalho, afiliação ao sistema de saúde, nível socioeconômico e acesso a um nível educativo foram importantes para os pacientes.

A frequência de comportamentos de autocuidado foi média nos adultos na maioria das dimensões e o nível de agência foi alto e muito alto. Igualmente, conclui-se que não tem relação alguma entre agência e comportamentos de autocuidado. Isto propõe que os adultos conhecem mas ainda não tomaram a decisão de executarem ações de autocuidado.

Palavras chave: insuficiência cardíaca, autocuidado, adulto, enfermagem

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca es un problema de salud que afecta a las personas que la padecen, al Estado y al sector salud que se encarga de su tratamiento. La Organización Mundial de la Salud (1) en 2007 ubica la enfermedad cardiovascular en las primeras cinco causas de mortalidad en adultos de ambos sexos y proyecta que para 2030 se ubicará en igual posición con otras como la insuficiencia cardíaca.

La Organización Panamericana de la Salud (2) plantea que, para 2017, 53 millones de personas jóvenes morirán por enfermedades crónicas, entre las que se encuentran la insuficiencia cardíaca; lo que tendrá un impacto importante en los años de vida perdidos de hombres y mujeres.

En Estados Unidos The American Heart Association (3) estima que 7,6 millones de norteamericanos sufren enfermedad cardíaca cada año y que 5 millones de estos desarrollan la insuficiencia cardíaca. La atención profesional de estos pacientes, el costo del tratamiento, la hospitalización y los años productivos perdidos generan en Norteamérica gastos por 21 billones de dólares cada año.

En Colombia este panorama es similar ya que la insuficiencia cardíaca disminuye años productivos de la población debido a que la supervivencia de las personas con esta enfermedad a 5 años es del 25% en los hombres y 38% en mujeres (4, 5).

En Antioquia y Medellín la insuficiencia cardíaca ocupa en 2006 las primeras 5 causas de mortalidad, egreso hospitalario, consulta y rehospitalización en hombres entre 40 y 65 años y más (6).

Los programas de enfermería basados en la teoría de autocuidado contribuyen a reducir estadísticamente la frecuencia de readmisiones por la enfermedad, la estadía hospitalaria, los costos por cuidados de salud profesional y tratamientos (7, 8).

Los comportamientos de autocuidado son conductas efectivas y positivas que llevan a una persona a tomar decisiones y a practicar actividades que le ayudan a conservar la salud o afrontar la enfermedad; estos están influenciados por la motivación, el empoderamiento, las creencias, los hábitos y prácticas que caracterizan las formas de vida y cultura del individuo (9, 10).

La agencia de autocuidado es una compleja capacidad humana que permite a los adultos discernir acerca

de factores que deben controlar o excluir para hacer posible la regulación de la acción intencionada de autocuidado; se desarrolla en la persona, durante la vida diaria, por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, que se complementa con la curiosidad intelectual, la experiencia, la instrucción y la supervisión de otros dentro de su entorno (11).

La insuficiencia cardíaca es un síndrome caracterizado por el deterioro fisiológico del corazón, que impide que este bombee la sangre necesaria para los requerimientos metabólicos celulares de los tejidos de todos los órganos del cuerpo; lo cual se traduce en incapacidad en quien la padece para realizar actividades cotidianas como descansar, alimentarse, movilizarse y realizarse dentro de sus roles familiares y sociales (12). La insuficiencia cardíaca produce además una incapacidad física para el desarrollo de actividades laborales, afectivas y sociales de la persona (13).

Avalos (1999) plantea que las clínicas de insuficiencia cardíaca basadas en el autocuidado logran que los pacientes que asisten a ellos desarrollen actividades de cuidado en su vida con la enfermedad y mejoren condiciones fisiológicas, la rehabilitación y la independencia en las actividades de la vida diaria (14).

METODOLOGÍA

Este estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal, en él se describen los comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de personas con insuficiencia cardíaca y la correlación que se da entre estas dos variables.

La selección de la muestra se realiza teniendo como criterios de inclusión: hombre o mujer mayor de 18 años con insuficiencia cardíaca confirmada por diagnóstico médico, ecocardiografía y sintomatología clínica, que consultaran en la clínica cardiovascular, en estadio funcional según clasificación NYHA, clase I y II o III compensada. Se excluyen pacientes con alteración del estado mental, hospitalizados, descompensados en su enfermedad.

De una población de 695 personas que consultaron en el periodo mayo de 2007 a mayo del 2008 con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, se calculó una muestra de 206 pacientes mediante la fórmula de Kerlinger y Howard, la cual asume una probabilidad de ocurrencia con un riesgo de cometer un error tipo I del 5%. El muestreo

de este estudio se hizo por conveniencia para la factibilidad del estudio en relación con el tiempo y los recursos de la investigación, por lo tanto la inferencia de resultados se hace solo al grupo de estudio en el contexto institucional.

Identificados los pacientes en el listado de la población, se revisaba la historia clínica para verificar si el paciente cumplía los criterios de inclusión y se contactaba en la consulta externa, el laboratorio de ecografía y el servicio de rehabilitación (en estos servicios se entrevistó a 147 pacientes). Los pacientes que no asistieron a la clínica durante el periodo de recolección de la muestra fueron contactados telefónicamente en su domicilio y entrevistados en su casa (59 pacientes).

Instrumentos de recolección

The Heart Failure Self Care Behavior Scale. Mide la frecuencia de comportamientos de autocuidado. Desarrollada por Jaarsma y validada por Artinian en 2002, a partir del instrumento SCAS (Self Care Assessment Schedule); ha sido sometida a validación facial, de contenido y de constructo, en Estados Unidos, España, Suecia, Holanda, Italia y otros. En 8 estudios realizados entre 1984 y 2006 ha obtenido un nivel de confiabilidad entre 0,62 y 0,84 (15, 16).

Para el presente estudio en Colombia se realiza la validación facial al instrumento con la autorización de Artinian y la asesoría de la Universidad Nacional, obteniendo un instrumento adaptado a la cultura y el lenguaje de nuestro contexto. La “Escala de comportamientos de autocuidado de pacientes con falla cardíaca modificada en Colombia 2007” tiene una confiabilidad de 0,72; 28 ítems y 6 dimensiones (solicitud de ayuda; adaptación a vivir con la enfermedad; adaptación al régimen terapéutico; crear conciencia del tratamiento, modificar el autoconcepto y la aceptación de sí mismo, aprender a vivir con la insuficiencia cardíaca y los efectos del tratamiento) miden los comportamientos a partir de una escala de Likert donde 0 significa nunca, 1 pocas veces, 2 la mayor parte del tiempo y 3 todo el tiempo.

El instrumento presenta ítems negativos (16 y 24), con los cuales se realizó un procedimiento de inversión numérico en la escala, que se tuvo en cuenta en el análisis y la evaluación global de la frecuencia de comportamientos.

Escala Capacidad de Agencia de Autocuidado. Desarrollada por Isemberg & Evers, describe el nivel de capacidad de agencia de autocuidado. En este estudio se usó el instrumento “Valoración de las capacidades de agencia de autocuidado”, validado en 1998 en México, previa autorización a la Universidad Nacional de Colombia. La confiabilidad del instrumento es de 0,77 y de 0,70 (17).

Consta de 24 ítems con 5 categorías de evaluación que, según Peñaloza (18), se agrupan en 5 afirmaciones derivadas de los requisitos de autocuidado: mantenimiento de un consumo de alimento suficiente; preservación entre la actividad y el reposo; preservación del equilibrio entre la soledad y la interacción social; prevención de riesgos para la vida humana, la función del cuerpo y el bienestar personal; promoción del desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y limitaciones conocidas. La escala se evalúa en una escala de Likert de 1 a 5.

Para la recolección de variables sociodemográficas y clínicas se usó una encuesta que consta de 12 ítems, planeados a partir de los factores básicos condicionantes, la cual fue construida por la investigadora.

La técnica para la recolección de la información fue la entrevista dirigida con una duración promedio de 30 minutos; la información fue realizada por la investigadora en la sala de espera, en el servicio de rehabilitación cardíaca y en el domicilio de los pacientes.

Durante las entrevistas se controlaron aspectos que pudieran interferir en la calidad de las respuestas, como el ruido, el espacio y la privacidad, buscando espacios que favorecieran la tranquilidad del paciente o reprogramando las entrevistas.

Aspectos legales y principios éticos

La participación en la investigación fue voluntaria después de conocer el consentimiento informado y los objetivos de la misma.

Es una investigación sin riesgo dado que “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio”. Se mantuvo el principio de confidencialidad y veracidad en relación con la información obtenida durante la entrevista (19).

La Ley 266 de enfermería orientó el mantenimiento de los principios de autonomía, integralidad, individualidad y respeto por los derechos humanos de los pacientes (20).

Plan de análisis estadístico

Los datos del estudio se tabularon desde una matriz en Excel y posteriormente se analizaron en el programa SPSS versión 15.0, para el resumen de la estadística descriptiva.

Las variables cuantitativas se analizaron a través de medidas de tendencia central, como la media, la mediana, la moda y la desviación estándar; y las cualitativas se analizaron a partir de la distribución de frecuencias y se representaron en gráficos como la torta y los histogramas.

Para medir la *frecuencia de comportamiento de autocuidado* se utilizó la estadística descriptiva. El número de 24 ítems del instrumento se multiplica por las opciones de respuesta en la escala Likert (0, 1, 2, 3), la cual puede alcanzar un valor entre 0 y 84 puntos. Estos

Tabla 1. Evaluación de frecuencia de comportamientos de autocuidado adaptados según este estudio.

Calificación	Significado	Valor asignado al criterio	Porcentaje	Frecuencia de comportamientos de autocuidado
0	Nunca	0	0	Muy baja
1	Pocas veces	1 - 28	1 - 33%	Baja
2	La mayor parte del tiempo	29 - 56	34 - 66%	Media
3	Todo el tiempo	57 - 84	67 - 100%	Alta

Fuente: el estudio.

valores se transforman en una escala de proporción donde los valores más altos corresponden a una frecuencia alta y media de comportamientos de autocuidado y los valores bajos corresponden a una muy baja y baja frecuencia de comportamientos de autocuidado.

El comportamiento de autocuidado por dimensiones se obtuvo multiplicando el número de ítems de cada dimensión por las opciones de respuesta en la escala de Likert (1 a 3).

De acuerdo con lo anterior, la dimensión solicitud de ayuda: con los ítems 4, 5, 6, 10, 15, 25, queda con un valor posible de evaluación entre 6 y 18; adaptación a vivir con la enfermedad: con los ítems 2, 3, 11, 13, 14, con un valor posible de evaluación entre 5 y 15; la adaptación al régimen terapéutico: con los ítems 1, 7, 8, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 21, 22, con un valor posible de evaluación entre 12 y 36; modificar el autoconcepto: con los ítems 12, 28, con un valor entre 2 y 6; aprender a vivir con los efectos de la enfermedad y el tratamiento: con los ítems 9, 26, 27, con un valor entre 3 y 9; crear conciencia de

monitorear efectos del tratamiento, con un valor de 0 porque no tiene ítems.

Para la interpretación de los resultados de la escala en términos de frecuencia de comportamientos de autocuidado se aplicó una regla de tres simple para asignar a cada categoría un porcentaje y relacionarlo con la calificación cualitativa (baja, media y alta). La opción de muy baja se omitió dado que en ninguno de los casos las personas respondieron a la encuesta 0 (cero) en todos los ítems. Ver el ejemplo de la tabla 2.

Para medir la *capacidad de agencia de autocuidado* se multiplica el número de ítems del instrumento por las opciones de respuesta en la escala de Likert (1 a 5); se plantea un valor entre 24 y 120 puntos. Estos valores se transforman en una escala de proporción como se muestra en la tabla 3.

El nivel de agencia por afirmaciones se obtuvo multiplicando el número de ítems de cada afirmación por la opción de respuesta en la escala de Likert (1 a 5), así: mantenimiento de un consumo de alimento suficiente: con el ítem 9 queda con un valor posible entre 1 y 5;

Tabla 2. Evaluación de los comportamientos de autocuidado en la solicitud de ayuda.

Dimensión	No. ítems	Puntaje obtenido	Fc de comportamientos de autocuidado
Solicitud de ayuda	6 ítems	0 a 5,9	Baja
		6,1 a 11,9	Media
		12,1 a 18	Alta

Fuente: el estudio.

Tabla 3. Evaluación de nivel de agencia de autocuidado, adaptado según este estudio.

Calificación	Puntaje de la escala	Significado	Porcentaje	Nivel de agencia de autocuidado
1	1 - 24	Nunca	0 - 20	Muy bajo
2	25 - 48	Rara vez	21 - 40	Bajo
3	49 - 72	A veces	41 - 60	Medio
4	73 - 96	A menudo	61 - 80	Alto
5	97 - 120	Siempre	81 - 100	Muy alto

Fuente: el estudio.

equilibrio entre soledad e interacción social: con el ítem 23 queda con un valor entre 1 y 5; preservación de equilibrio entre actividad y reposo: con los ítems 3, 4, 6, 8, 11, 13, 20, 24 queda con un valor entre 8 y 40; prevención de riesgos para la vida humana, funcionamiento del cuerpo y bienestar personal: con los ítems 1, 2, 5, 7, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22 queda con un valor entre 11 y 55; promoción del funcionamiento y el desarrollo personal dentro de grupos sociales: con los ítems 10, 12, 18, con valores entre 3 y 15.

Para la interpretación de los resultados de la escala en términos de nivel de agencia de autocuidado se aplicó una regla de tres simple para asignar a cada categoría un porcentaje y relacionarlo con la calificación cualitativa (bajo, muy bajo, medio, alto y muy alto nivel de agencia de autocuidado), como en el ejemplo de la tabla 4.

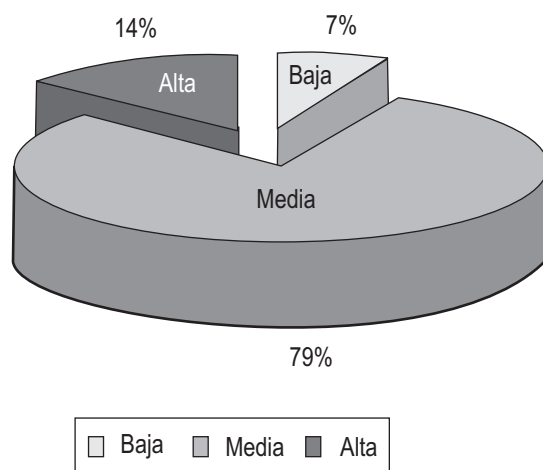


Gráfico 1. Frecuencia global de comportamientos de autocuidado de pacientes con falla cardíaca.

Fuente: datos del estudio.

Tabla 4. Evaluación de la agencia de autocuidado en la afirmación de promoción del funcionamiento y desarrollo personal.

Afirmación	Ítems	Puntaje obtenido	Nivel de agencia comportamientos de autocuidado
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	3	1 a 3	Muy bajo
		3,1 a 6	Bajo
		6,1 a 9	Medio
		9,1 a 12	Alto
		12,1	Muy alto

Fuente: el estudio.

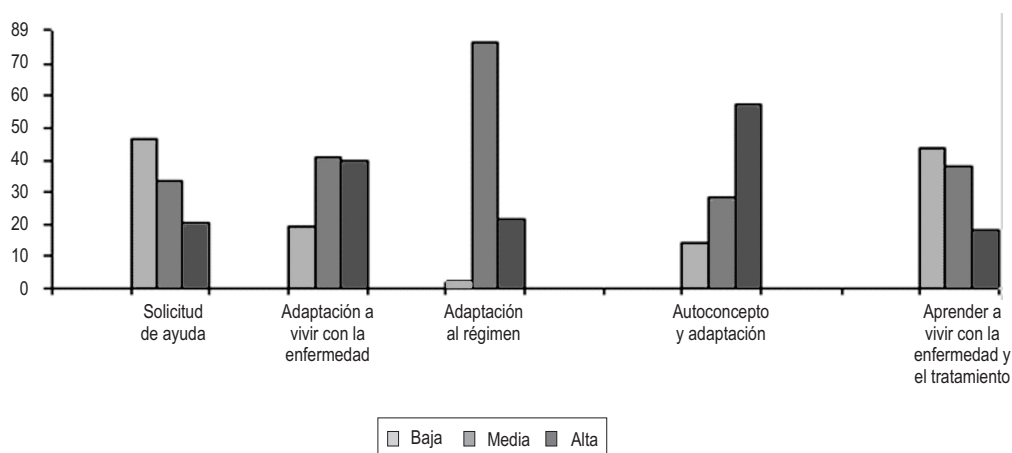


Gráfico 2. Frecuencia de comportamientos de autocuidado de pacientes con falla cardíaca según dimensiones.

Fuente: datos del estudio.

RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica y clínica de los pacientes con insuficiencia cardiaca

De 206 personas, el 65,5% (135) fueron hombres y el 34,5% (71) mujeres. El promedio de edad es de 60 años. El 41,3% (85) de los pacientes pertenecían al estrato socioeconómico 3, al 4 el 16% (33), al 5 el 15% (31), al 2 el 3,4% (7) y al 6 solamente el 2,4% (5).

El 68% (142) de los pacientes estaban casados al momento del estudio, viudos el 14,6% (30), solteros el 10,7% (22) y el 5,8% (12) restante separados.

El 97% (197) de los pacientes estaban afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 1% al régimen subsidiado y el 2% (5) asumen de forma particular los costos del tratamiento.

El nivel de escolaridad de los pacientes fue básica primaria en un 43,2% (89), secundaria en 18% (37), 13,1% (27) con estudios universitarios, con formación técnica el 10,2% (21) y con primaria incompleta 15,5% (32).

La familia representó el principal apoyo para el 94,2% (194) de las personas, el restante 5,8% (12) manifestó recibir ayuda de la institución de salud.

En relación con las actividades que realizan, se encontró que el 42,7% (88) se dedicaban al trabajo, el 24,8% (51) a las actividades lúdicas, el 21,8% (45) a las

actividades del hogar y 10,7% (22) manifestaron no realizar ningún tipo de actividad.

La capacidad funcional de los pacientes del estudio, según clasificación NYHA, fue de 59,7% (123) en clase I, de 33% (68) en clase II y 7,3% (15) en clase III.

La frecuencia global de comportamientos de autocuidado es alta en el 14% de los pacientes, media en el 79% y baja en el 7%.

Tienen baja frecuencia de comportamientos de autocuidado en la solicitud de ayuda el 46,1% (95) de los pacientes y en la adaptación a vivir con la enfermedad el 43,7% (90). Frecuencia media en la adaptación al régimen terapéutico el 76,2% (157) y en la adaptación a vivir con la enfermedad el 40,8% (84).

En la dimensión modificar el autoconcepto, la frecuencia es alta en el 56,8% (117) de los pacientes.

El nivel fue muy alto para el 50% (103), alto para el 47,6% (98) y mediano para el 2,4% (5) de los pacientes.

Es *muy alto* en el mantenimiento del equilibrio entre actividad e interacción social en un 74,3% (153) de los pacientes; en el mantenimientos de un consumo suficiente de alimento en el 50% (103), y en la prevención de riesgos para la vida, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar en un 60,2% (124). Es *alto* en la preservación del equilibrio entre actividad y reposo para el 56,8% (117) de los pacientes y en la promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales para el 41,3% (85).

Correlación entre capacidad y comportamientos de agencia de autocuidado

La relación entre 4 pares de variables, teniendo en cuenta el coeficiente de correlación de Spearman (r_s), la significancia según $p = 0,05$ y el nivel de aceptación de la correlación, se presenta en la tabla 5.

Según el coeficiente de Spearman se encuentra una relación positiva pero débil entre los comportamientos y la capacidad de agencia de autocuidado.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio concluyen, al igual que otros en el mundo, que los hombres son los que en mayor proporción sufren la enfermedad, pero es importante que

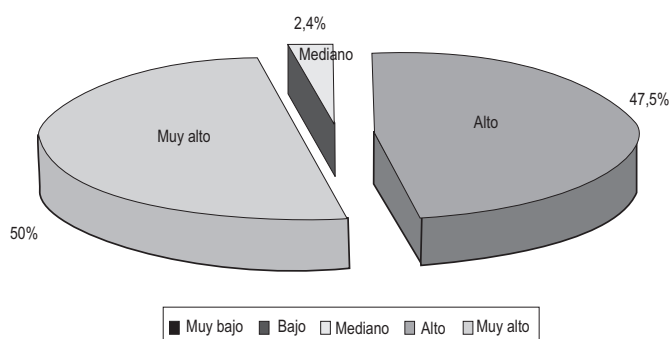


Gráfico 3. Nivel general de agencia de autocuidado de los pacientes con falla cardiaca.

Fuente: datos del estudio.

Tabla 5. Coeficiente de correlación de Spearman y nivel de aceptación entre comportamientos y agencia de autocuidado de pacientes con falla cardíaca.

Agencia	Comportamientos	r_s	Valor p	Nivel de aceptación		
				Débil ($< \pm 0,30$)	Moderado ($\pm 0,31 - 0,70$)	Fuerte ($> \pm 0,70$)
Alimentos suficientes	Adaptación terapia	0,513	0,000	X		
Actividad Reposo	Adaptación enfermedad	0,196	0,005	x		
Prevención riesgos	Adaptación terapia	0,312	0,000	X		
Desarrollo personal	Modificar autoconcepto	0,148	0,034	x		

desde enfermería se investiguen fenómenos en la mujer como el subdiagnóstico, la no consulta frente a síntomas leves y moderados de la enfermedad y el curso de la enfermedad sin falla ventricular (21).

En relación con la edad, confirman que la población de adultos mayores es la más afectada, lo que conlleva el deterioro de la calidad de vida y del pronóstico de esta población (22), por lo cual es importante que practiquen comportamientos de autocuidado que logren detener las complicaciones de la enfermedad.

La educación de los pacientes se concentra en los niveles de primaria y muy pocos en el universitario; no asisten a un programa de educación en enfermería, lo que puede influir en el nivel de comportamientos de autocuidado, a pesar de que tienen un alto nivel de agencia; al respecto, Jaarsma propone que, en la medida que la educación es de más alto nivel, las prácticas de autocuidado se cualifican, logrando mejorar el bienestar y reduciendo complicaciones, readmisiones hospitalarias y costos del tratamiento.

La familia es el apoyo más representativo para los pacientes en la medida que acompañan, enseñan y asumen actividades de autocuidado cuando el paciente no puede hacerlo (23, 24).

Los comportamientos de autocuidado están afectados por una baja solicitud de ayuda e incapacidad para vivir con los efectos de la enfermedad y el tratamiento. Los pacientes no consultan excepto cuando tienen disnea y no monitorizan signos de descompensación de la enfermedad. No se han adaptado a vivir con la enfermedad y los cambios en la vida que plantea el tratamiento.

Desarrollan comportamientos de autocuidado en la dieta saludable, el control del tabaco y el alcohol.

Frente al cuidado de la persona, el autocuidado es una función humana que requiere un aprendizaje continuo que inicia con la construcción de un concepto de sí mismo y de las demandas terapéuticas de autocuidado y, en la medida que se repiten en el tiempo, la persona se motiva, reflexiona, hace juicios y toma decisiones a fin de satisfacer los requisitos de autocuidado.

Los pacientes tienen una capacidad de agencia de autocuidado frente a los requisitos de mantenimiento del consumo de alimentos suficientes, equilibrio entre soledad e interacción, prevención de riesgos para la vida humana y el bienestar personal; sin embargo, los niveles de agencia no en todos los casos llevan a la persona a la acción, ya esta puede buscar los requisitos de autocuidado, desarrollar la capacidad de agencia, pero no tomar la decisión de iniciar las acciones para cuidar de sí, debido a la compleja relación que existe entre todos los elementos que integran la agencia y por supuesto al ser humano.

La correlación estadística entre agencia y comportamientos de autocuidado es positiva, pero débil. Teóricamente puede explicarse en la medida que la agencia plantea niveles jerárquicos en que primero las personas desarrollan capacidades fundamentales y se disponen para el autocuidado, posteriormente desarrollan componentes de poder que permiten comprometerse con el autocuidado y finalmente se operacionalizan acciones de manera permanente. Los pacientes se encuentran en un primer nivel de desarrollo de la agencia, por tener

conciencia de la importancia de cuidarse, pero falta que avancen hacia la acción.

CONCLUSIONES

El desarrollo de comportamientos de autocuidado en el adulto con insuficiencia cardiaca plantea un reto para los profesionales de enfermería que sustentan teórica y prácticamente el cuidado del paciente con insuficiencia.

La familia y la institución de salud son fuentes de apoyo que ayudan al paciente a superar la incertidumbre frente al futuro, al afrontamiento de los síntomas de la enfermedad y los motiva cuando pierden su capacidad de autocuidado.

Solicitar ayuda, fortalecer su autoconcepto, adaptarse a la nueva situación, monitorear su enfermedad y motivarse frente a su propio cuidado son elementos que un paciente adquiere si el profesional de enfermería diseña programas dirigidos a cuidar al ser humano y su familia en sus dimensiones biológicas, logrando infundir confianza y esperanza.

El desarrollo de comportamientos de cuidado en el adulto con insuficiencia cardiaca plantea un reto para los profesionales de enfermería que sustentan teórica y prácticamente el cuidado del paciente con insuficiencia cardiaca desde la teoría del autocuidado, pues requieren estos de una valoración integral de sí y de su entorno y un acompañamiento permanente para lograr identificar y potenciar los recursos que posee la persona y su familia para realizar acciones de autocuidado o buscarlos cuando no los tiene, y en ello debe haber una participación colectiva del equipo de salud y no solo desde el paciente.

El nivel de capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardiaca indica que los pacientes tienen una conciencia y han reflexionado acerca de la importancia de los requisitos de autocuidado. Es decir, tienen el conocimiento pero deben continuar hasta la acción (el comportamiento propiamente dicho), convirtiéndolo en un acto consciente y cotidiano de su vida.

El autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardiaca requiere de mayor investigación por los profesionales de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Future health: Projected deaths selected causes to 2030. In: World health statistics 2007. Francia: World Health Organization; 2007, pp. 12-46.
- (2) Organización Panamericana de la Salud. Panorama de la salud en la región de las Américas 2007. Washington: OPS; 2007, pp. 19-22.
- (3) Bennett S et al. Comparison of quality of life measures in heart failure. *Nurs. Res.* 2003; 4(52):207-216.
- (4) Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección de Censos y Demografía. Estadísticas vitales: mortalidad. Bogotá: Dane; 2004. 4 p.
- (5) Tenorio C, Rodríguez A. Insuficiencia cardiaca. En: Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. *Cardiología*. 6ª ed. Medellín: Corporación para las Investigaciones Biomédicas (CIB); 2003, pp. 125-137.
- (6) Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Indicadores básicos. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2006, pp. 39-44.
- (7) Lupón J, Parajón T, Urrutia A, González B, Herreros J, Altimir S et al. Reducción de los ingresos por insuficiencia cardiaca en el primer año de seguimiento en una unidad multidisciplinaria. *Rev. Esp. Cardiol.* 2005; 58:374-80 [consultado marzo de 2010]. En: http://www.elsevier.es/cardio/ctl_servlet.
- (8) Achury D. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. *Aquichan.* 2007; 7(2):139-160.
- (9) Herr S, Southard B. Motivating and empowering patients for self-learning. En: Wenger NK, Smith L, Sivarajan E. *Cardiac rehabilitation: A guide to practice in the 21st century*. New York: Marcel Decaer; 1999, pp. 371-387.
- (10) Orem D. La Enfermería como un servicio de ayuda. En: *Normas prácticas en Enfermería*. Madrid: Pirámide; 1983, pp. 79-115.
- (11) Gurao-Goris J. La agencia de autocuidado. Una perspectiva desde la complejidad. *Educare.* 2003 [consultado 3 octubre de 2007]. En: http://www.uv.es/joguigo/Sitio/5F45EC69-0045-4D2E-BA8F-938FB3A89_files/agencia.pdf
- (12) Riedinger MS et al. Quality of life in women with heart failure, normative group and patients with other chronic conditions. *Am. J. Crit. Care.* 2002; 11(3):211-219.
- (13) Bosworth H et al. Congestive heart failure patients of quality of life; the integration of physical and psychosocial factors. *Aging. Ment. Health.* 2004; 8(1):83-99.
- (14) Avalos AB. Clínicas de insuficiencia cardiaca. La importancia del autocuidado. *Rev. Enferm. Hosp. Ital.* 1999; 2(6): 37-42.

- (15) Jaarsma T et al. Self care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung*. 2000; 29(5):319-330.
- (16) Artinian N, Magnan M, Sloan M, Lange M. Self care behaviour among patients with heart failure. *Heart Lung*. 2002; 31(3):161-172.
- (17) Gallegos E. Valoración de las capacidades de autocuidado. *Desarrollo Científ. Enferm*. 1998; 6(9):260-266.
- (18) Peñaloza M. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Médico Preventiva. *Av. Enferm*. 2006; 24(2):3-79.
- (19) Ministerio de Salud, República de Colombia, Normas científica, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Resolución No. 008430 de 1993 (Oct. 4, 1993).
- (20) Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC). El objeto de los principios de la práctica profesional; 1996, pp. 5-7.
- (21) Mosterd HA, Bruyne M. Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in the general population. The Rotterdam Study. *Europe Heart Journal*. 1999; 20:447-455.
- (22) Ho K, Pinsky J, Kannel W, Levy D. The epidemiology of heart failure: The Framingham Study. *Journal American College Cardiology*. 1993; 22 [Suppl A]:6A-13A.
- (23) Molloy G, Johnston D, Witham M. Family caregiving and congestive heart failure. *The European Journal of Heart Failure*. 2005; 7:592-603.
- (24) Dumbar S et al. Family influence on heart failure self care and outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2008; 23(3):258-265.