



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS

**CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCAUIDADO
DE LAS PERSONAS QUE PADECEN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

**Yida Nalleli Jiménez Rodríguez
Número De Cuenta: 303102250**

Directora académica

MTRA. MARGARITA CÁRDENAS JIMÉNEZ

OCTUBRE 2011





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO A :
MTRA.SANDRA HERNANDEZ CORRAL
DR. ROLANDO ESPINOSA MORALES

POR SU ASESORÍA PARA LA REALIZACIÓN DE ÉSTE TRABAJO

Dedicado

Principalmente a Dios:

Por su bondad infinita, por haberme dado la gracia de terminar mis estudios como Lic. En enfermería, Por haberme dado la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible alcanzar este triunfo. Por ayudarme a la culminación de este trabajo que fue realizado en uno de los momentos más difíciles de mi vida.

A mis padres

Edith Rodríguez Jiménez y Amado Jiménez Castrejón por su cariño, su apoyo, su dedicación y empeño, por ayudarme a ser una persona mejor cada día y por tanto esfuerzo y trabajo para darme lo necesario para cumplir con mis sueños gracias por todo su amor espero poder pagar de alguna manera todo el apoyo que solo ustedes saben darme en los momentos que así lo he necesitado.

A mi hermano

Por estar a mi lado para reír, llorar, y para compartir cada uno de los momentos de nuestra vida gracias Rodrigo por crecer a mi lado, ya estamos en el camino.

A mi amor Juan Manuel

Gracias por tu apoyo desde el inicio, por la comprensión y el amor que me permite sentir poder lograr lo que me proponga. Gracias por escucharme y por tus consejos (eso es algo que haces muy bien). Gracias por ser parte de mi vida; eres lo mejor que me ha pasado.

A las maestras Margarita Cárdenas Jiménez y Sofía Rodríguez Jiménez

Por el apoyo brindado durante mi formación académica por su dedicación y paciencia para la realización de este trabajo ya que sin ellas no hubiera sido tan fácil y especialmente gracias por el ejemplo y por enseñarme al arte de la enfermería. Gracias tias.

A mi abui Anita

Por encomendarme siempre con Dios para que saliera adelante. Yo se que sus oraciones fueron escuchadas.

A mis abuelitos Yida y Rodo gracias por su cariño, amor y apoyo.

A toda mi familia

Que de una u otra manera estuvieron pendientes a lo largo de este proceso, gracias por su apoyo incondicional.

A mis amigos

Por todo el tiempo compartido a lo largo de la carrera, por su comprensión, paciencia y consejos para superar tantos momentos difíciles

TABLA DE CONTENIDO

		Pag
INTRODUCCIÓN		10
I.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
II.	JUSTIFICACIÓN	13
III.	OBJETIVO	15
IV.	MARCO TEÓRICO	16
	a). El autocuidado.	16
	b). Espondilitis anquilosante.	32
	c). Educación para la salud dirigida a las personas con Espondilitis Anquilosante.	34
IV.	MATERIAL Y MÉTODOS	39
V.	RESULTADOS	41
	a). Variables Socio demográficas	42
	b). Análisis de la capacidad de agencia de autocuidado	43
VI.	CONCLUSIONES	63
VII.	PROPUESTAS	66
BIBLIOGRAFÍA		67
ANEXOS		70

LISTA DE TABLAS

		Pag.
TABLA 1	Variables socio demográficas (Edad, Sexo, Estado civil, Ocupación y Antecedentes heredofamiliares)	42

LISTA DE GRÁFICAS

Pag.

GRAFICA 1	Edad	43
GRAFICA 2	Sexo	44
GRAFICA 3	Estado Civil	44
GRAFICA 4	Ocupación	45
GRAFICA 5	Antecedentes heredofamiliares	46
GRAFICA 6	Capacidad de agencia de autocuidado	46
GRAFICA 7	Ayuda por parte de amigos	47
GRAFICA 8	Búsqueda de ayuda por incapacidad	48
GRAFICA 9	Verificación de formas para el mantenimiento de la salud	50
GRAFICA 10	Acciones necesarias para mantener limpio alrededor	51
GRAFICA 11	Acciones para el mantenimiento de la salud en primer lugar	51
GRAFICA 12	Búsqueda de mejores formas para el cuidado de la salud	52
GRAFICA 13	Cambio de la frecuencia con que se baña	53
GRAFICA 14	Explicación de dudas en la búsqueda de la información	53
GRAFICA 15	Revisión de cambios corporales	54
GRAFICA 16	Cambios de hábitos para el mantenimiento de la salud	55
GRAFICA 17	Orientación sobre efectos secundarios	55
GRAFICA 18	Capacidad para evaluar prácticas para el mantenimiento de la salud	56

GRAFICA19	En caso de afectación de la salud consigue información sobre qué hacer	57
GRAFICA 20	Dedicación de tiempo propio	57
GRÁFICA 21	Interacción social	58
GRÁFICA 22	Bienestar personal	59
GRÁFICA 23	Actividad y reposo	60
GRÁFICA 24	Capacidad de agencia de autocuidado	61
GRÁFICA 25	Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	62

ANEXOS

		Pag.
1	Consentimiento informado	72
2	Encuesta para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado.	73

INTRODUCCIÓN

Este estudio se realizó en el Instituto Nacional De Rehabilitación durante el periodo del servicio social en el servicio de reumatología donde son atendidas las personas con Espondilitis Anquilosante, enfermedad autoinmune que causa discapacidad ya que se inflaman y anquilosan las articulaciones lo cual dificulta la realización del autocuidado y actividades cotidianas.

Si bien en México, no se ha profundizado en el estudio de este problema de salud, es cierto que las personas que la padecen paulatinamente sufre alteraciones que limitan su movilidad física en detrimento de la integridad emocional de quién la padece y genera problemas laborales cuando se encuentra en un estadio avanzado.

El trabajo de la profesional de la enfermería con las personas que padecen esta enfermedad es fundamental, de su labor depende que hagan una autoevaluación de su corporeidad previo a su padecimiento y posterior a él, de sus limitaciones, de sus potencialidades y como desarrollarlas en beneficio de su salud.

Es por esto que este trabajo está centrado en indagar sobre la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con Espondilitis Anquilosante por medio de un estudio descriptivo transversal a través de una de la escala de valoración de la capacidad de autocuidado de 24 preguntas elaborado por Marjorie Eisenberg y validado al español en 1998 por la Dra. Esther Gallegos Cabiliales.

Esta escala se trabajó con 14 personas con Espondilitis Anquilosante que quisieron participar en el estudio.

Con base en los datos arrojados por las encuestas se obtuvieron los resultados de las capacidades de autocuidado de cada una de las personas, los cuales dan pauta a las propuestas que se presentan.

Se propone la realización de planes de cuidado impresos específicos para estas personas con el fin de promover su autocuidado para mantener su salud, prevenir limitaciones mayores y atender su deficiencia.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Espondilitis Anquilosante condiciona la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad. Se desconocen la frecuencia, la incidencia y la prevalencia en la población general mexicana. En cualquier país, la incidencia y la prevalencia de la espondilitis anquilosante en la población general dependen de la prevalencia del factor de histocompatibilidad (HLA-B27). Así, se estima que entre el 0.5 y el 1.0% de los portadores de este marcador en cualquier país tienen la enfermedad (Akkoc y Khan 2006). Teniendo en cuenta estas cifras y el hecho de que la prevalencia promedio del HLA-B27 en México es del 5%, se estima que el número de personas con espondilitis anquilosante en México se encuentra entre 4.160 y 93.600 casos (Mould 2008).

La edad al inicio de la enfermedad, la afección de las articulaciones periféricas y la presencia de entésis periféricas son factores determinantes del pronóstico de espondilitis. Los índices de discapacidad e invalidez temporal y permanente, así como el costo de la enfermedad, son elevados (Peláez, Burgos, Vázquez 2006).

En la Unidad de investigación del servicio de reumatología, del Instituto Nacional de Rehabilitación, a las personas con espondilitis anquilosante, se le realizan una serie de estudios que permiten establecer el nivel de avance de su enfermedad y sus limitaciones con el objeto de determinar la terapéutica a seguir, en este contexto el profesional de enfermería se centra en la realización de mediciones antropométricas, valoración sobre la progresión de la enfermedad y la capacidad funcional entre otros, sin que se profundice en las capacidades que tienen las personas para

autocuidarse y si no lo hacen, indagar cuales son los factores que condicionan su autocuidado.

II. JUSTIFICACIÓN

La Espondilitis Anquilosante es una enfermedad inflamatoria crónica degenerativa que causa limitación funcional y discapacidad en personas en edad reproductiva lo cual conlleva a una serie de repercusiones: económicas, físicas, psicológicas y sociales en la persona que la padece.

La agencia de autocuidado (Cavanagh,S.J. 1993) de los adultos se ve limitada debido a las alteraciones que sufre la columna vertebral, las articulaciones periféricas, uveítis, alteraciones intestinales, rigidez corporal matutina relacionada con el descanso, alteración mecánica de la función respiratoria entre otros, todas estas manifestaciones inciden en la respuesta humana y en el afrontamiento hacia su salud y vida, por ello la valoración de las capacidades incidirá directamente en el tipo de cuidado que cada persona requiera para asumir la responsabilidad implicada en el autocuidado.

En el ámbito asistencial, la educación y la promoción de la salud deberían abarcar todos los niveles de prevención, desde los consejos dirigidos a fomentar los hábitos de vida saludables hasta las recomendaciones para la mejora del cumplimiento terapéutico y el fomento del autocuidado (Nebot 1992).

En la terapia de las personas con problemas reumáticos, la educación constituye el punto de partida de toda intervención, sólo con conocimientos adecuados sobre su enfermedad, participará activa y positivamente en el diagnóstico y la terapéutica a lo largo del tiempo

necesario. Esta educación se debe extender al entorno, especialmente a la familia, pues ellos pueden contribuir al bienestar de la persona.

Se debe favorecer que la persona conozca y realice actividades para recuperar la salud y mantenerla, a esto se ha denominado la promoción del autocuidado; la meta es que adopte conductas positivas y acciones que permitan controlar su enfermedad y mantener la salud (Calvo 2007).

Se debe ayudar para que la persona conozca y realice actividades para recuperar la salud y mantenerla, a esto se ha denominado la promoción del autocuidado; la meta es que adopte conductas positivas y acciones que permitan controlar su enfermedad y mantener la salud (Calvo 2007).

III. OBJETIVO

Indagar cual es la capacidad de agencia de autocuidado del adulto con desviación de la salud por espondilitis anquilosante.

IV. MARCO TEÓRICO.

a) El autocuidado

Orem (1993), define su modelo del déficit de autocuidado como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: *Teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y sistemas de enfermería.*

La teoría del déficit de autocuidado expresa la visión de que los seres humanos maduros y en proceso de maduración han de desarrollar capacidades para cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales. Las personas que se ocupan de su autocuidado, tienen la agencia o la capacidad de actuar intencionadamente para regular los factores que afectan a su propio funcionamiento y desarrollo (Orem, 1993).

Para Orem (1993), la persona y el entorno son identificados como una unidad caracterizada por intercambios ser persona-entorno y por el impacto de uno sobre el otro.

En la práctica de enfermería la teoría del déficit de autocuidado guía a las enfermeras para valorar la demanda de autocuidado terapéutico de las personas, en la determinación del sistema de enfermería que se requiere para que la persona cubra sus requisitos de autocuidado y en la realización de guías de acciones a través de las cuales se cubran los componentes de la demanda de cuidados; así como en la realización de observaciones críticas sobre los primeros contactos con la persona

cuidada para determinar la evidencia de que está funcionando el sistema de enfermería planeado.

El autocuidado permanente es esencial para la vida, la salud y el bienestar personal, de ahí que las enfermeras deben asegurar su provisión continuada cuando las personas están bajo su cuidado.

Orem en su teoría propone que existen:

- ✓ Requisitos de autocuidado universales
- ✓ De desarrollo
- ✓ De desviación a la salud

Los requisitos de autocuidado universales satisfacen necesidades (Orem, 1993): de agua, aire, alimentos, eliminación/excreción, actividad y reposo prevención de peligros, soledad e interacción social, promoción del funcionamiento y desarrollo humano, mismas que aluden a las necesidades básicas, de relación e impulso de las personas.

Los requisitos de desarrollo, garantizan el crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la senectud y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo como: Privación educacional, problemas de adaptación social, pérdida de seres queridos, de posesiones o de la seguridad laboral, cambio de residencia a un lugar desconocido, mala salud o incapacidad y enfermedad terminal, lo que hace suponer que las personas que sufren espondilitis anquilosante pueden presentar déficit en sus requisito de desarrollo, dado las limitantes que este problema le ocasionan.

Los requisitos de desviación a la salud, llevan a la persona a Buscar asistencia médica segura, seguir una terapia medicamentosa, aceptar

una nueva imagen corporal y los cuidados necesarios para fortalecer el autoconcepto y a prender a vivir con la enfermedad; situación evidente en las personas que padecen espondilitis anquilosante.

La demanda de autocuidado terapéutico es la cantidad y el tipo de acciones o actividades que la persona debería realizar para alcanzar requisitos de autocuidado, si la demanda es superior a la capacidad de la persona surge el déficit de autocuidado.

□

Edad, sexo, estado de salud, orientación sociocultural, sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad de recursos son factores que afectan las capacidades de autocuidado de las personas a los cuales Orem llamó *factores de condicionamiento básico*, mismos que serán considerados para el presente estudio debido a que es importante identificar cual o cuales factores están determinando las capacidades de autocuidado en las personas que sufren de espondilitis anquilosante (Orem, 1993).

Agencia (capacidad) de autocuidado

Orem usa la palabra "agente" para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica (Orem 1991). Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera *agentes de autocuidado*. La capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de agencia de autocuidado.

Se considera que los individuos que saben cómo satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus propios requerimientos.

La agencia de autocuidado es definida por Orem (1993) como la "compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus propias necesidades a lo largo del tiempo" (Orem 1993), en este proyecto, se utiliza el término *capacidad*, en vez de agencia con fines de que se clarifique las implicaciones que tiene dicha capacidad para favorecer un cuidado personal óptimo.

La capacidad de autocuidado de las personas, varía con respecto a su desarrollo desde la infancia hasta la senectud por las siguientes situaciones: el estado de salud, factores atribuidos a la educación y con las experiencias vitales en la medida en que permitan el aprendizaje, las influencias culturales y el uso de recursos en la vida diaria, también está condicionada por factores que afectan su desarrollo y su operatividad.

La capacidad de autocuidado puede estudiarse en relación con las *potencialidades de la persona* como ser integral, racional, biológico y emocional, que entran en juego cuando ésta realiza algún tipo de acción incluyendo sus habilidades y conocimientos sobre su salud para ocuparse de una gama de acciones concretas.

Los tipos de habilidades para tener una capacidad de autocuidado que han sido desarrolladas por Orem (1993) y el Grupo de la Conferencia de

Desarrollo de Enfermería - NDCG (Nursing Development Conference Group) son:

- *Las capacidades fundamentales y disposición de autocuidado.* Consisten en habilidades básicas del individuo como la sensación, percepción, memoria y orientación.
- *Los componentes de poder* (capacidades que lo facilitan) son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad de la persona para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado.
- *Capacidades para operaciones de autocuidado,* son las habilidades de la persona más inmediatas (Donohue, 1994).

Algunas de las características para ser participante creativo en el autocuidado es la comprensión de los acontecimientos del entorno, una actitud reflexiva sobre los pensamientos saludables que se dan por sí mismo en la persona, escuchar, escribir las reflexiones que escucha o que se hace de sí misma y realizar una continua auto evaluación sobre sus hábitos y las necesidades de cambio (Donohue J. 1994)

El arte de la enfermería incluye hacer una determinación global de las razones por las que las personas pueden ser ayudadas a través de la enfermería. Un aspecto importante de su determinación es diagnosticar las habilidades de una persona para su autocuidado ahora o en el futuro y apreciar estas habilidades en relación con la demanda de autocuidado terapéutico de la persona.

Si se carece de una valoración concreta de la agencia de autocuidado, las enfermeras no estarán preparadas para:

- 1) Emitir juicios sobre el déficit existente o proyectado y las razones de su existencia;
- 2) Seleccionar métodos de ayuda validos y fidedignos; o..
- 3) Prescribir o diseñar sistemas de enfermería.

El autocuidado es realizado en gran medida como un hábito, pero las personas que no han pensado que en el rol de cuidarse así mismo pueden necesitar ayuda para constituirse como agentes de autocuidado a fin de comprender los valores con los que sus hábitos les comprometen y para apreciar la adecuación de sus habilidades. (Orem, 1993).

Requisitos de autocuidado

Otro aspecto importante dentro de la teoría en cuestión, son los requisitos de autocuidado, entendidos como un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo y son para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo circunstancias y condiciones específicas.

Un requisito de autocuidado formulado comprende:

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

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos del cuidado, son las razones por las que se emplea el

autocuidado y expresan los resultados deseados, (los objetivos del autocuidado).

Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo y de desviación a la salud.

Requisitos de autocuidado universales (Cavanagh 1993)

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzar mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diferentes etapas del círculo vital. Son comunes a todos los seres humanos de acuerdo a su edad, estado del desarrollo, factores ambientales y otros, están asociados a los procesos vitales, al mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento humanos y al bienestar general. Se proponen ocho requisitos para todas las personas, estos son:

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

La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales y con el talento de las personas.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Los requisitos de autocuidado de desarrollo son expresiones especializadas de los requisitos universales que han sido particularizadas para los procesos de desarrollo, o son nuevos requisitos derivados de una condición (p. ej., el embarazo).

Los requisitos de desarrollo promueven los procesos de la vida y la madurez, previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos. Hay dos tipos de requisitos de autocuidado del desarrollo; el tipo 2 tiene dos subtipos (Cavanagh 1993).

1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración durante:

- a) los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento
- b) la etapa de vida neonatal
- c) la infancia
- d) la adolescencia
- e) la edad adulta
- f) el embarazo

2. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

Subtipo 2.1: Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones.

Subtipo 2.2: Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones

Entre las condiciones se incluyen:

- a) Deprivación educacional
- b) Problemas de adaptación social
- c) Fracaso de una individualización saludable
- d) Pérdida de familiares, amigos y asociados
- e) Pérdida de posesiones y seguridad laboral
- f) Cambio brusco de residencia, a un entorno desconocido
- g) Problemas asociados con la posición
- h) Mala salud o incapacidad
- i) Condiciones de vida opresiva
- j) Enfermedad terminal y muerte inminente

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud

Estos requisitos existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades y para los individuos que están sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras duran.

La enfermedad o lesión no sólo afecta a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integrado; cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave, autismo, estado de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de aquellas personas se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o tratamiento.

Las medidas tomadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según las necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

Hay seis categorías de requisitos de desviación de la salud(Cavanagh 1993).

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en caso de exposición a agentes biológicos o físicos o a condiciones ambientales asociadas con enfermedades humanas.
2. Tener conciencia de los efectos y resultados de estados de enfermedad, incluyendo los efectos del desarrollo.
3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnosticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de enfermedades, o a la regulación del funcionamiento humano integral, a la corrección de deformidades y anomalías o a la compensación de incapacidades.

4. Prestar atención o regular los efectos de las medidas de los cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
5. Modificar el autoconcepto (y la autoimagen) para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados a la salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones, estados de enfermedad y con los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado.

Demanda de autocuidado terapéutico

Las demandas de cuidados aparecen por distintas circunstancias que se dan a lo largo de ese proceso, o simplemente para promover una existencia de calidad. Cuando la enfermera coopera con los individuos, proporcionándoles cuidados, sus creencias y valores determinan, en gran medida, las características de la relación terapéutica que se establezca. Junto a ella, el marco de referencia que haya adoptado (Duran 1999).

El nombre de demanda de autocuidado terapéutico fue introducido por el Nursing Development Conference Group en 1970 y es utilizado para referirse a la cantidad y el tipo de autocuidado que las personas deberían de realizar o han realizado para sí mismas dentro de un marco temporal. La demanda de autocuidado terapéutico es un cálculo en un momento específico de grupos de acciones que se cree tienen fiabilidad en el control de los factores que afectan al funcionamiento y desarrollo humano. El cálculo está basado en los datos sobre los individuos y sus situaciones vitales (Cely, Espinosa, Mateus, 2008).

Los factores que demandan una acción reguladora y son expresados como requisitos de autocuidado están asociados con la edad y el sexo de los individuos, su estado de salud y desarrollo y sus patrones de vida estas características distintivas entre los hombres, mujeres y niños, junto con otras características, se llaman, dentro del contexto de la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado, factores condicionantes básicos (Cely, Espinosa, Mateus, 2008).

Factores condicionantes básicos

Los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de sí mismos, afectan a la tipo y cantidad de autocuidados requeridos, se denominan factores condicionantes básicos. Fueron enumerados a principios de la década de los 70 por el Nursing Development Conference Group.

Entre los factores se incluyen:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado de desarrollo.
4. Estado de salud.
5. Orientación sociocultural.
6. Factores del sistema de cuidado de salud; por ejemplo, diagnostico medico y modalidades del tratamiento.
7. Factores del sistema familiar.
8. Patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente.
9. Factores ambientales.
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos.

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

Déficit de autocuidado

El termino *déficit de autocuidado* se refiere a la relación entre la capacidad y la demanda de autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades, debido a las limitaciones existentes, no son suficientes para satisfacer los componentes de sus demandas terapéuticas. Está asociado con los tipos de componentes que forman la demanda de autocuidado terapéutico y con el número y variedad de las limitaciones que se tengan.

Los déficits de autocuidado se identifican como completos o parciales. Un déficit de autocuidado completo significa que no hay capacidad de satisfacer la demanda de autocuidado.

El déficit parcial puede ser extenso o puede limitarse a una incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos dentro de la demanda de cuidado terapéutico.

El déficit debe contemplarse como la relación entre las habilidades de un individuo y las demandas que se le hacen; en sí mismo no es un trastorno, aun que el individuo también puede tener problemas físicos y psicológicos.

Agencia de cuidado dependiente

Orem (1993) reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería este concepto se denomina *agencia de autocuidado dependiente*. En esencia es la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras (como los niños, adolescentes o adultos con limitaciones relacionadas con la salud) tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos, y satisfacerlos total o parcialmente (Orem 1993).

El énfasis está en satisfacer o modificar los requisitos de auto cuidado universales, del desarrollo o de la desviación de la salud. Orem (1993) describe al individuo que proporciona cuidados a otros con el fin de satisfacer sus necesidades de autocuidado como *agente de cuidado dependiente*; en las situaciones en la que la enfermera proporciona cuidados, usa la *agencia de enfermería*.

El desarrollo de la agencia de autocuidado dependiente por los individuos generalmente es una respuesta a las necesidades de los miembros de la familia o amigos para ayudarles en su continuo autocuidado. La agencia dependiente se desarrolla para satisfacer las necesidades conocidas, existentes y, a veces, en proceso de aparición, de las personas a las que hay que ayudar o cuidar.

Sistemas de enfermería

La teoría de los sistemas de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de cuidado de enfermería y la relación entre las propiedades de la persona y la enfermera.

Los sistemas de enfermería son formados a través del ejercicio deliberado de las capacidades especializadas de enfermería dentro del contexto de su situación interpersonal con personas con déficit derivados de su salud o asociados con ella para la producción de cuidados continuados, efectivos y completos para sí mismas o para las personas que dependen de ellas, a fin de asegurar que las demandas de autocuidado terapéutico son conocidas y satisfechas, y que se protege la agencia de autocuidado o se regula las de desarrollo(Orem, 1993).

Los sistemas de enfermería pueden ser formados para los individuos, para personas que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico con componentes similares o que tienen limitaciones similares para ocuparse de ellos mismos, para familias, o para otras unidades multipersonales.

El diseño de un *sistema de enfermería* incluye los siguientes objetivos (Orem 19993):

- Crear un sistema de relaciones para satisfacer los requerimientos de autocuidado en el presente y futuro.
- Especificar el momento y duración del contacto enfermera persona, y las razones para el.
- Identificar las contribuciones de la enfermera y la persona en la satisfacción de la demanda de autocuidado.

Orem considera que existen tres tipos de sistemas de enfermería: *totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte educativo.*

Totalmente compensatorio. Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para la persona que cuida. Con frecuencia es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo hasta el momento en el que la persona pueda reanudar su propio cuidado o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Parcialmente compensatorio. Este tipo de sistema de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio (Orem 1991). La enfermera debe actuar con un papel compensatorio y la persona cuidada está mucho más implicada en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

De apoyo/ educación. Este sistema de enfermería será apropiado para la persona que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a nuevas condiciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede simplificar simplemente alentarlos (Orem 1991). Generalmente el papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe a la persona, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias. La enfermera puede tener el papel de constructora si solo se requiere información periódica o actualización. El objetivo de la enfermera en este sistema de enfermería es regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que la persona cuida de sí misma.

Esquema 1



Después de adoptar un sistema particular o parte de un sistema, la enfermera está en disposición de decidir cómo lograr mejor los objetivos de cuidado con la persona.

b). Espondilitis Anquilosante

La espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria de la columna vertebral que afecta, generalmente, a personas entre la segunda y cuarta década de la vida. Se caracteriza por la aparición de dolor lumbar de características inflamatorias, que despierta durante el reposo nocturno, asociado a rigidez espinal matutina, y acompañado, en ocasiones, de artritis y entesitis. Su prevalencia se estima entre el 0,05

y el 0,25% de la población. Afecta más a varones que a mujeres en una proporción 5:1. Los cuidados enfermeros, en esta enfermedad, pueden ser muy importantes para facilitar el autocuidado y su afrontamiento y deberían estar centrados en programas estructurados de Educación para la Salud dirigidos específicamente a estos enfermos.

Se considera que la afección de las entesis es la base histopatológica de las espondiloartropatías. Las entesis son las áreas anatómicas en donde los tendones, fascias y ligamentos se insertan a los huesos. La inflamación de las entesis (entesitis), a menudo en relación con tejido sinovial cercano (tendosinovitis, bursitis y artritis), es la responsable de todas las manifestaciones de la enfermedad.

Es una enfermedad reumática crónica de etiología desconocida que afecta predominantemente al esqueleto axial: pelvis, columna vertebral y tórax.

El término Espondilitis Anquilosante proviene del griego spondylos- vértebra- y ankylos- rigidez o fusión articular, que hace referencia a la soldadura y fusión que ocasionalmente se produce entre las vértebras, como consecuencia final de la inflamación mantenida. Como resultado final se produce una pérdida de la movilidad de la columna, acompañada de importante discapacidad.

El dolor y la limitación funcional dificultan la realización de actividades de la vida diaria básicas, así como la actividad laboral y el descanso nocturno. Estos factores ocasionan importantes consecuencias personales, familiares, económicas y sociales para el enfermo. (De la Torre 2008).

Manifestaciones extra articulares y complicaciones (De la Torre 2008).

Uveítis anterior

Un 25-40% de los pacientes padecen episodios de “ojo rojo” debido a la inflamación de distintas estructuras del globo ocular, sobre todo en el iris y de forma ocasional en la conjuntiva. Son unilaterales y curan en días o semanas.

Enfermedad pulmonar

La inflamación y posterior fusión de las articulaciones costovertebrales comporta una reducción de los movimientos de la caja torácica y alteraciones ventilatorias restrictivas.

Enfermedad intestinal

Además de la asociación con la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn, se ha observado inflamación intestinal.

Manejo del régimen terapéutico

El objetivo fundamental del régimen terapéutico es iniciar de manera precoz un tratamiento adecuado con el fin de reducir el dolor y la rigidez articular, prevenir la anquilosis y, por lo tanto, la limitación funcional y la deformidad. El tratamiento de la EA se basa fundamentalmente en el uso de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE's) y el ejercicio físico, con una eficacia demostrada sobre todo en el control de los síntomas vertebrales.

Se dispone, también, de fármacos modificadores de la enfermedad, como la salazopirina y de terapias biológicas. La educación sanitaria y la cirugía en casos seleccionados forman parte también del tratamiento (Sanmart 2004).

c). Educación para la salud dirigida a las personas con Espondilitis Anquilosante.

Los programas de educación son considerados como parte esencial del tratamiento no farmacológico en personas con Espondilitis Anquilosante, los objetivos son:

- ✓ Dar a conocer la enfermedad y su manejo,
- ✓ Promover actitudes positivas en relación a la enfermedad.
- ✓ Aumentar la auto-eficacia y el autocuidado del enfermo.

Se recomienda la inclusión de los siguientes temas: normas para la protección y el cuidado de la columna vertebral, actividad física recomendada, manejo farmacológico y no farmacológico del dolor.

Normas para la protección y el cuidado de la columna vertebral:

El mantenimiento de una postura correcta durante el trabajo y el descanso diurno y nocturno es fundamental para contrarrestar posibles alteraciones de la columna vertebral. El colchón debe ser duro. No es recomendable el uso de corsés o fajas para inmovilizar y sujetar la columna.

Actividad física:

La realización de ejercicio físico que incluya ejercicios específicos de espalda mejora el dolor, la rigidez, la función y la calidad de vida de los pacientes con EA (Elyan y Khan 2006). Si es posible, se recomienda la asistencia inicial a sesiones de rehabilitación o fisioterapia para el aprendizaje de ejercicios adecuados para la persona con el fin de que éste mantenga la realización regular de los mismos. La práctica de

ejercicio físico que favorezca la extensión de la espalda y la movilidad articular en hombros y caderas, es también recomendable.

El mejor tipo de deporte para personas con espondilitis anquilosante es la natación puesto que permite ejercitar de forma armónica y equilibrada los músculos y articulaciones de la espalda susceptibles de lesionarse por la enfermedad. Además, la realización de ejercicios de estiramiento mejora la movilidad y la expansión torácica. Durante períodos de agudización inflamatoria, se interrumpirá la realización de ejercicio físico, incidiendo, más que nunca, en la adopción de posturas correctas. Se recomienda también el abandono del hábito del tabaco, por el riesgo añadido que supone para el desarrollo de alteraciones severas de la función respiratoria.

Manejo farmacológico y no farmacológico del dolor.

Hidroterapia: La realización regular de ejercicios en el agua facilita la movilización articular puesto que las articulaciones no se encuentran sometidas a carga y permite mantener la movilidad y la función física durante un tiempo prolongado.

Ultrasonidos: Su objetivo es reducir la inflamación y el dolor articular. Aplicación de frío/calor: ambos reducen el dolor, la inflamación y la rigidez. Pueden aplicarse bien por medio de bolsas de frío o calor, duchas o baños con agua caliente (temperatura del agua entre 24 °C y 28 °C).

AINE'S: Se recomendará su uso como fármacos sintomáticos.

Ayudas técnicas: Debido a la dificultad para movilizar el esqueleto axial, algunos pacientes pueden precisar de ayudas técnicas que faciliten su aseo y vestimenta diaria, además de modificaciones en su entorno

laboral.

La auto-administración de cuestionarios específicos es la mejor alternativa para evaluar cambios en la progresión de la enfermedad de pacientes con EA. Existen diferentes tipos de cuestionarios, en función de la variable de resultado a estudio (Calin 1995)

Valoración de la actividad de la enfermedad:

BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). Es un cuestionario compuesto por seis ítems referidas a cinco síntomas fundamentales en la EA: fatiga, dolor axial, dolor articular y presencia de tumefacción, entesitis, rigidez matutina.

Valoración de la función física:

BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index). Se trata de un cuestionario compuesto por ocho ítems relacionados con el estado funcional más dos ítems relacionados con la capacidad de manejo para la realización de actividades de la vida diaria básicas.

Valoración de salud general:

BAS-G (Bath Ankylosing Spondylitis Global Score) (Calin 1995). El objetivo de esta valoración es conocer el efecto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente durante la última semana y durante los últimos 6 meses en una escala de 0 (muy bien) a 10 (muy mal).

Artritis y entesitis:

La afectación axial y la periférica de la EA deben medirse por separado. El recuento articular debe incluir 28 articulaciones. La evaluación de la presencia de entesopatía es más complicada y recae esencialmente en el dolor evocado a la palpación. Sobre las entesis, el MASES (Maastricht

Ankylosing Spondylitis Enthesitis Scale), que incluye 13 entesis valoradas. (Heuft 2003)

La ecografía es un instrumento útil para medir entesitis activa, pero su utilización en la práctica diaria no está generalizada. Es un método práctico, barato y capaz de detectar entesopatía donde la exploración no llega, pero tiene una escasa reproducibilidad interobservador. (Heuft 2003)

Movilidad vertebral:

El grupo ASAS ha incluido dentro del conjunto mínimo la distancia occipucio-pared, la expansión torácica (Viitanen 1995) el índice de Schober modificado (Mol 1974) la flexión lateral de la columna y/o el BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index)(Jenkinson 1994) un índice validado que incluye la medición de la rotación cervical, la distancia occipuciopared, la flexión lateral de la columna, la flexión lumbar y la distancia intermaleolar (que reflejan afectación axial segmentaria).

La ecografía es un instrumento útil para medir entesitis activa, pero su utilización en la práctica diaria no está generalizada. Es un método práctico, barato y capaz de detectar entesopatía donde la exploración no llega, pero tiene una escasa reproducibilidad interobservador. (Heuft 2003).

Según un estudio realizado en la universidad Rey Juan Carlos en Madrid España (2006) sobre la Relación entre movilidad, funcionalidad y calidad de vida en pacientes con espondilitis anquilosante.

La calidad de vida no parece estar relacionada con la pérdida de movilidad que presentan las personas con espondilitis anquilosante, la funcionalidad y el índice de actividad sí se relacionan con la percepción de su calidad de vida, a mayor funcionalidad, mejor calidad de vida, y viceversa. La movilidad también se asocia con la funcionalidad y la actividad: a menor movilidad, menor funcionalidad, y viceversa (Fernández, Alonso y Miangolarra 2006).

IV.- MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño metodológico utilizado en esta investigación fue de abordaje cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal.

La población de este estudio fueron las personas con Espondilitis Anquilosante que asisten al servicio de Reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación en el periodo de septiembre 2010 a agosto del 2011.

El tamaño de la muestra correspondió a 14, siendo la totalidad de las personas que asisten al servicio de reumatología dispuestas a participar en el estudio.

Criterios de inclusión: Las personas participantes en esta investigación reunían los siguientes criterios:

- Personas diagnosticadas con espondilitis
- Pertenecientes al servicio de reumatología
- Personas que fueran mayores de edad
- Personas que aceptaran participar

Descripción del instrumento para la obtención de la información:

Para la obtención de la información se aplicó la escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998.

La escala se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo likert, donde el número uno (nunca) significa el valor más bajo de capacidad de agencia de autocuidado y el cinco (siempre) el valor más alto. Cada persona puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos con una confiabilidad de 70%.

Los 24 ítems se agrupan en cinco categorías las cuales hacen referencia a la valoración en cuanto a actividad y reposo, interacción social, alimentación, bienestar personal, promoción y funcionamiento del desarrollo personal (Anexo 2) para finalmente obtener el resultado de la evaluación donde se encuentran tres niveles de resultado: capacidad de agencia de autocuidado ALTA con un puntaje entre 120 y 97 puntos, una capacidad de agencia de autocuidado MEDIA con un puntaje entre 96 y 49 puntos, una capacidad de agencia de autocuidado BAJA con un puntaje entre 48 y 1 punto.

Aspectos Éticos

Para el desarrollo de esta investigación se solicitó aprobación del jefe del servicio de reumatología. Posteriormente se explicó a las personas el objetivo y propósitos de dicho trabajo, finalmente se entregó un consentimiento informado (anexo 1) en el cual se preservaba la privacidad de los datos personales de dicha población a estudiar.

V.- RESULTADOS

Marco de análisis y resultados

Para el análisis de los resultados se realizó un conteo y tabulación manual de las encuestas de la escala de la capacidad de agencia de autocuidado para personas con Espondilitis anquilosante, aplicada en el Instituto Nacional De Rehabilitación en el periodo comprendido entre Agosto del 2010 y Junio del 2011.

Después de obtener los resultados numéricos, se realizó por medio del programa Excel las gráficas correspondientes a los datos de la encuesta con su propio análisis, entre ellos se incluyeron las variables sociodemográficas (edad, sexo y antecedentes heredofamiliares), la capacidad de agencia de autocuidado en la totalidad de la muestra y las cinco categorías evaluadas en la misma.

a). Variables Sociodemográficas.

Tabla 1.
Variables socio demográficas (Edad, Sexo, Estado civil, Ocupación y Antecedentes heredofamiliares)

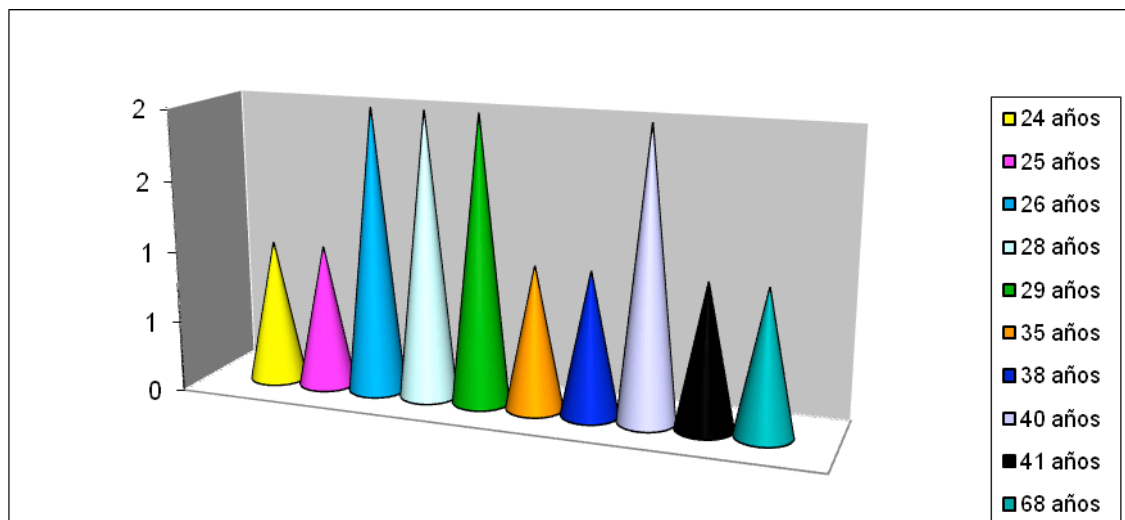
VARIABLES		PARTICIPANTES	PORCENTAJES
EDAD	ADULTO JOVEN 18- 40 años	12	85.7%
	ADULTO MEDIO 41- 65 años	2	14.3%
SEXO	MASCULINO	10	71.5 %
	FEMENINO	4	8.5%
ESTADO CIVIL	SOLTERO	8	57.1%
	CASADO	5	35.7%
	UNION LIBRE	1	7.2%

OCUPACION	ASALARIADO	5	35.7%
	PROFESIONISTA POR SU CUENTA	1	7.2%
	DESEMPLEADO	2	14.2%
	ESTUDIANTE	3	21.5%
	HOGAR	2	14.2%
	JUBILADO	1	7.2%
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	NO	9	64.3%
	SI	5	35.7%
	TIPO	Artritis Reumatoide	

Fuente: Encuesta aplicada a 14 participantes.

La tabla N° 1 muestra la distribución de la población estudiada de acuerdo con las variables sociodemográficas de la siguiente manera:

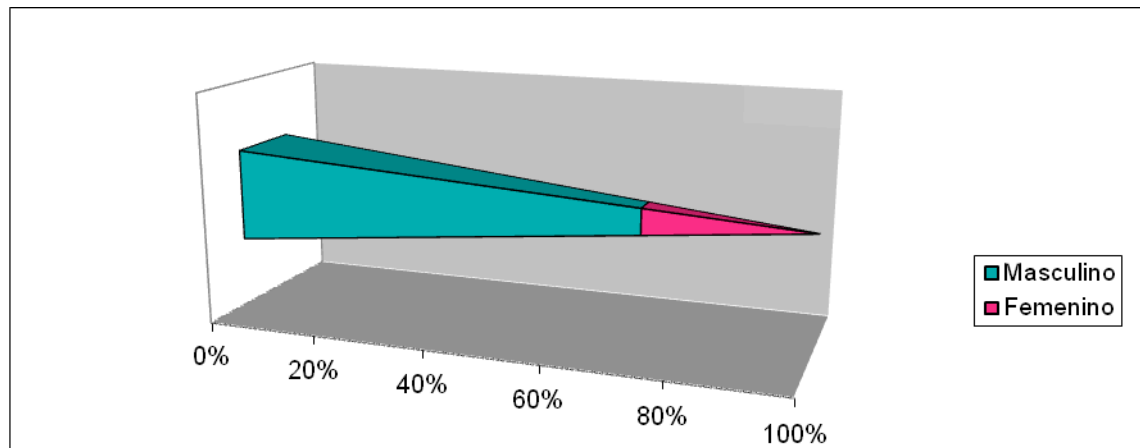
Gráfica No.1
Edad



Fuente: Fuente: Cuadro 1 Variables socio demográficas

- Edad. La muestra refleja que la edad de los participantes en un 85.7% corresponden a la clasificación de adulto joven y un 14.3% corresponden a adultos medios, lo que resulta preocupante ya que esta enfermedad afecta mayoritariamente a jóvenes que están en etapa de preparación y construcción de su futuro profesional y laboral así como el desarrollo pleno de su personalidad, por tanto sus expectativas personales y laborales se ven limitadas.

Gráfica No. 2
Sexo

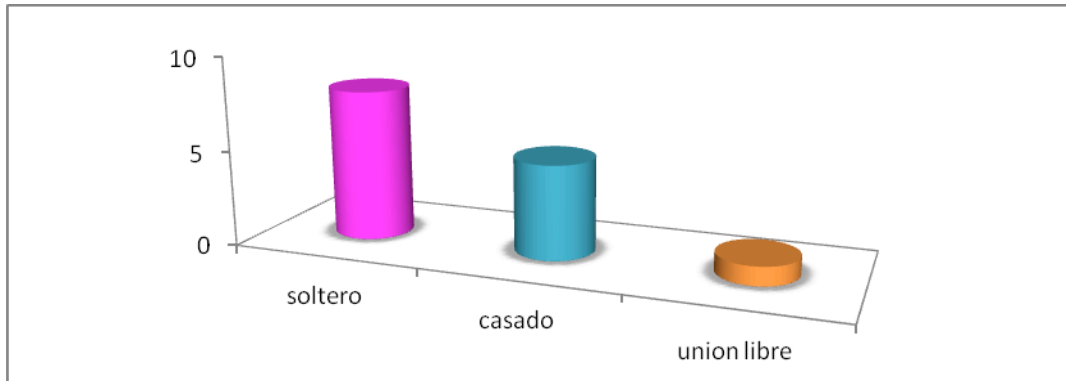


Fuente: Cuadro 1 Variables socio demográficas.

- Sexo. Muestra que la población analizada con respecto al sexo, está formada en su mayoría por el sexo masculino con 10 participantes equivalente al 71.1%, contra 4 participantes del sexo femenino equivalente a 28.5%. esto indica que al considerar al sexo masculino como "el sexo fuerte" ven lastimada su

autoestima, lo mismo ocurre en las mujeres que sienten que se limita su actividad cotidiana.

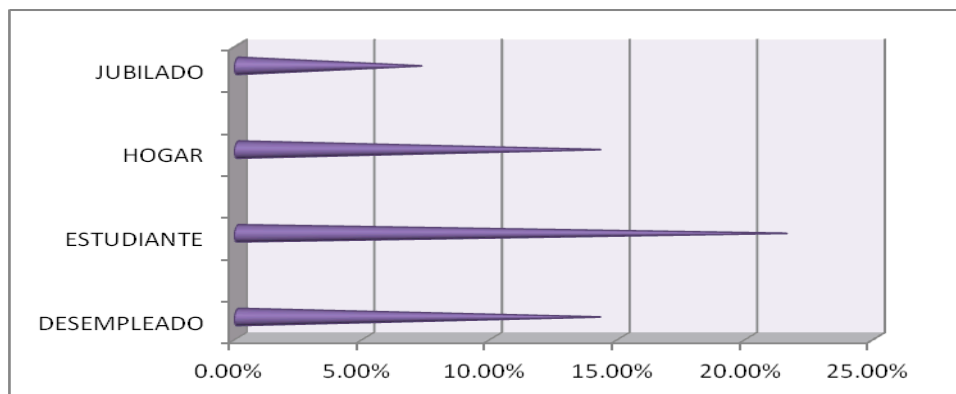
Gráfica No.3
Estadocivil



Fuente: Cuadro 1 Variables socio demográficas

Estado civil. Muestra que 8 de los participantes correspondientes a un 35.7% de la población estudiada es soltera con relación al estado civil lo que se puede relacionar con la corta edad de la población estudiada, ya que 8 de los participantes son menores de treinta años, 5 de los participantes se encontraron casados, esto perteneciente a un 35.7% de la población y 1 participante perteneciente a un 7.2% de la población vivía en unión libre, en cuanto a la categoría de viudo y divorciado no se obtuvo muestra en la población de estudio, esta situación refleja que una buena parte poseen una responsabilidad al interior de su familia agregándose al padecimiento que presentan.

Gráfica 4
Ocupación

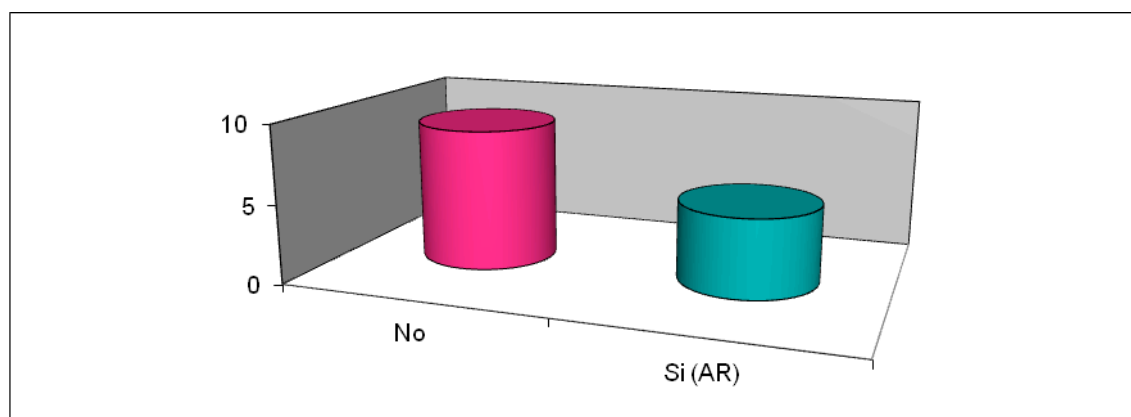


Fuente: Cuadro 1 Variables socio demográficas

- Ocupación. La muestra según su ocupación, refleja que el 35.7% (5 participantes) son asalariados, un 21.5% de la muestra, 3 participantes son estudiantes, 2 participantes, correspondientes a un 14.2% se dedican al hogar, y con un 7.2% correspondiente a 1 participante se encuentra a la categoría de jubilado y profesionalista por su cuenta respectivamente.

Grafica Nº 5.

Antecedentes Heredofamiliares



Fuente: Cuadro 1 Variables socio demográficas

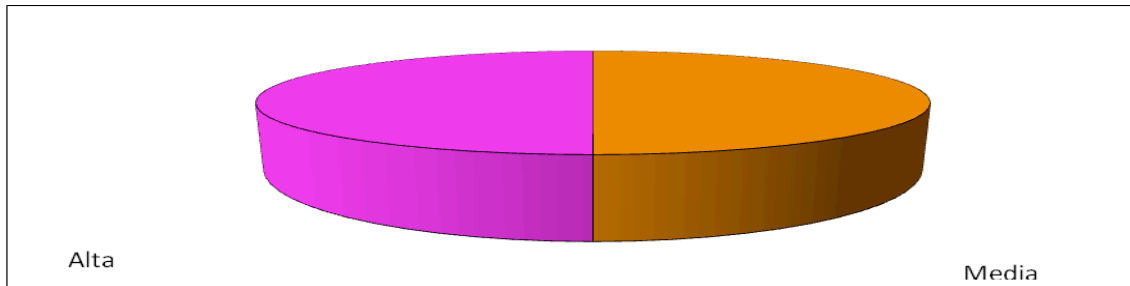
- Antecedentes heredofamiliares. Refleja que la mayoría de la muestra perteneciente a un 64.3% no tienen antecedentes heredofamiliares esto correspondiente a 9 participantes, por el contrario los pacientes que tienen antecedentes heredofamiliares se mostraron con un 35.7% correspondiente a 5 personas con antecedentes de Artritis Reumatoide por parte de su abuela.

B). Análisis de la capacidad de agencia de autocuidado

- *Capacidad de agencia de autocuidado del total de la muestra*

Grafica N° 6.

Capacidad de Agencia de Autocuidado



Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010

Como se observa en la grafica anterior el análisis general de la capacidad de autocuidado de la población participante en el estudio, mostró similitud entre la capacidad de agencia de autocuidado alta y media, con 7 participantes respetivamente y ninguno se reporta en la capacidad baja.

A simple vista pareciera que las personas que acuden al servicio de reumatología del instituto Nacional de Rehabilitación poseen la suficiente capacidad de autocuidado para atender los problemas que surgen de su padecimiento, sin embargo al revisar las categorías establecidas en la

escala de valoración (Eisenberg y Evers, 1993) las manifestaciones son diferentes, mismas que se presentan a continuación:

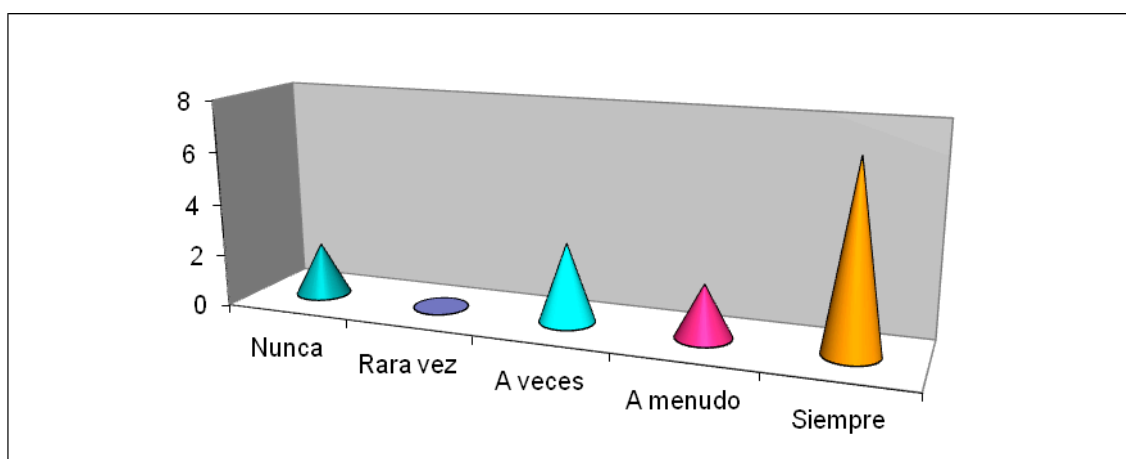
Capacidad de Autocuidado por categorías

-*Interacción Social* (Preguntas 12 y 22).

Estas hacen referencia a la red de apoyo con las que cuentan las personas con Espondilitis Anquilosante.

Grafica N° 7

Ayuda por parte de amigos

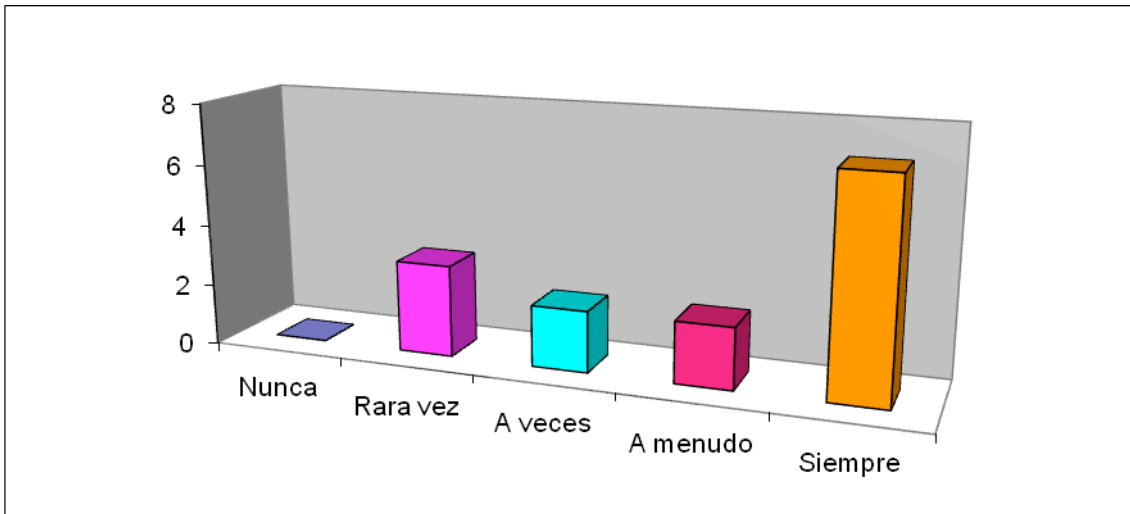


Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010

La grafica muestra que 9 personas siempre y a menudo buscan ayuda de sus amigos los cuales son de mucho tiempo atrás y a quienes recurren cuando necesitan ayuda; a veces y nunca recurren a sus amigos lo que hace pensar que no lo hacen ya sea porque se aíslan socialmente al saber la enfermedad que tienen y no tienen la confianza de externar lo que les pasa con sus amigos o son personas que no han cultivado la amistad con personas fuera de su familia.

Grafica N° 8

Búsqueda de ayuda por incapacidad



Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

La grafica anterior denota que 5 personas refieren que rara vez y a veces buscan ayuda si se encuentran en situación de incapacidad debido a su enfermedad, 2 personas lo hacen a menudo y 7 buscan ayuda en caso de incapacidad, esta situación denota que no todas las personas que padecen espondilitis anquilosante no están seguras de tener una red de apoyo que le sustente en situaciones críticas.

La categoría de interacción social mostró que la mitad del grupo estudiado buscan apoyo en la red conformada por amigos o familiares quienes conocen sobre su estado de salud y pueden aportar de forma positiva en su proceso salud- enfermedad, lo cual ayuda a tener una capacidad de agencia de autocuidado alta, sin embargo la otra mitad de la población cuenta con una red de apoyo débil, porque no pide ayuda en caso de discapacidad y tampoco involucra a los amigos y familiares lo que hace que su capacidad de agencia de autocuidado esté disminuida.

Por tal razón existen factores modificantes de la interacción social, los cuales pueden ser positivos o negativos; como ejemplo alguno de los factores que contribuyen a que exista una buena interacción social es contar con amigos y/o familiares que puedan brindarles apoyo en situaciones difíciles.

Otro factor modificable de la interacción social es la etapa de la enfermedad por la cual este cursando la persona. En etapas iniciales hay factores que influyen negativamente como el temor, la negación y el desconocimiento de la enfermedad. Posteriormente la auto aceptación del individuo proporciona que este se interese en buscar ayuda lo cual beneficiara su capacidad de autocuidado.

- *BIENESTAR PERSONAL*

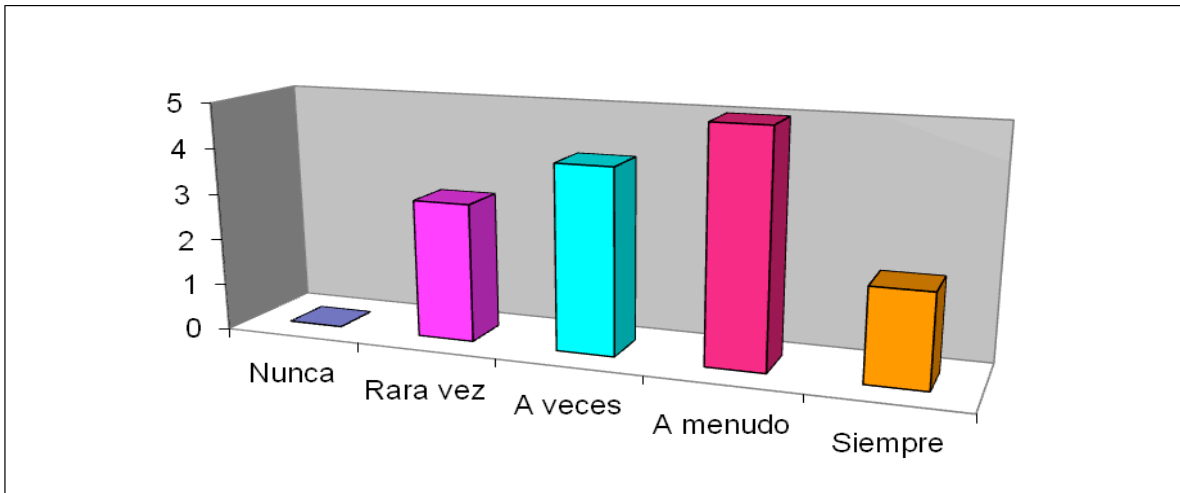
(Se obtuvo mediante las preguntas 2,4,5,7,8,14,15,16,17,19,21 y 23 de la escala de apreciación de autocuidado Anexo 2)

Esta categoría incluye el mayor número de preguntas de la encuesta conformada por 12 ítems es decir el (50%) de la encuesta a los que la autora Esther Gallegos le da más importancia.

En general esta categoría evalúa la integridad de conocimientos acerca de su enfermedad, detección de cambios corporales, comodidad, higiene y proceso de la enfermedad.

Grafica N° 9

Verificación de formas para el mantenimiento de la salud

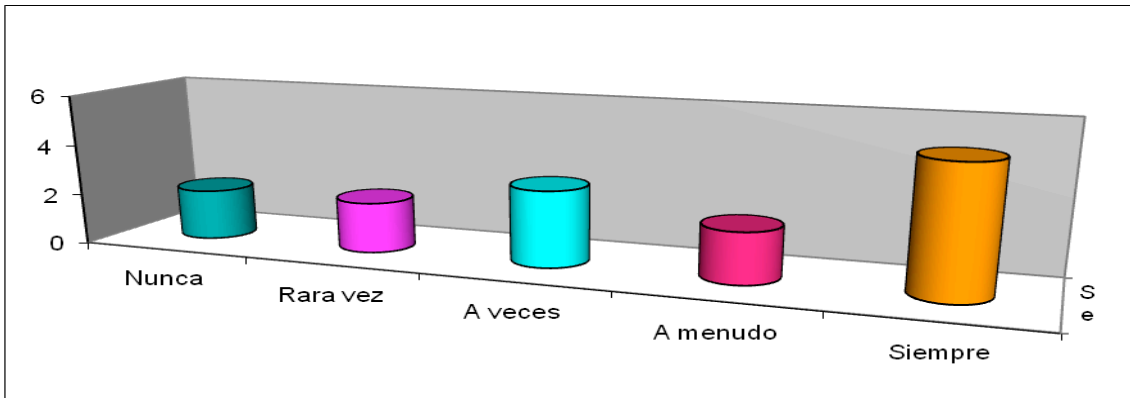


Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

Esta grafica muestra que solo 2 participantes siempre verifican si las formas habituales que practican para mantener su salud son buenas, 3 personas rara vez verifican formas de mantenimiento de la salud, 4 participantes a veces lo hacen y 5 personas a menudo revisan si las formas habituales que practican para el mantenimiento de su salud son buenas.

Grafica Nº 10

Acciones necesarias para mantener limpio el alrededor

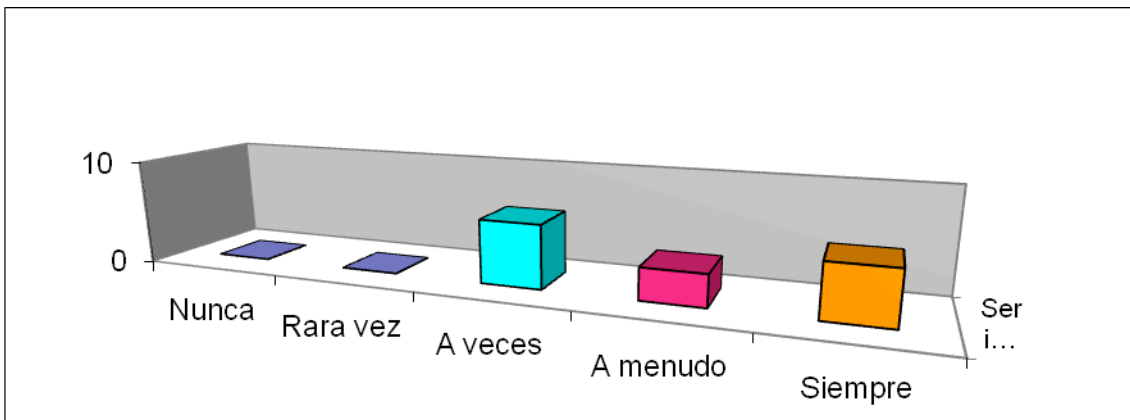


Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

La grafica 10 muestra que nunca, rara vez y a menudo dos personas respectivamente hacen lo necesario para mantener limpio su alrededor, 3 participantes a veces y 5 personas siempre realizan lo necesario para mantener limpio su alrededor.

Grafica Nº 11

Acciones para el mantenimiento de la salud en primer lugar



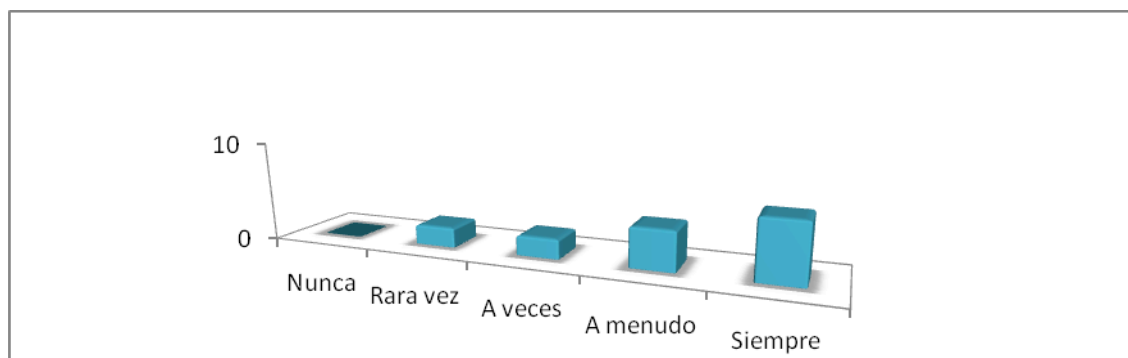
Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

La grafica anterior muestra que 6 personas a veces, ponen en primer lugar lo que necesitan hacer para mantenerse con salud si llegara a ser

necesario, 5 personas siempre ponen en primer lugar lo que necesitan hacer para mantener su salud y 3 personas lo hacen a veces.

Grafica 12

Búsqueda de mejores formas para el cuidado de la salud

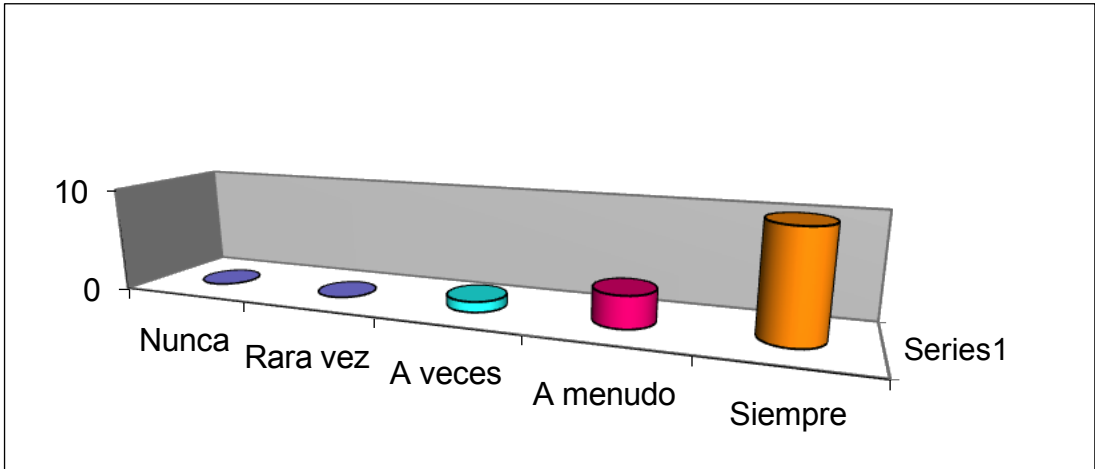


Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

La grafica 12 refleja que 6 personas siempre practican búsqueda de mejores formas de cuidar su salud. 2 participantes lo hacen a veces, 2 rara vez y cuatro a menudo buscan mejores formas de cuidar su salud.

Grafica Nº 13

Frecuencia con la que se baña

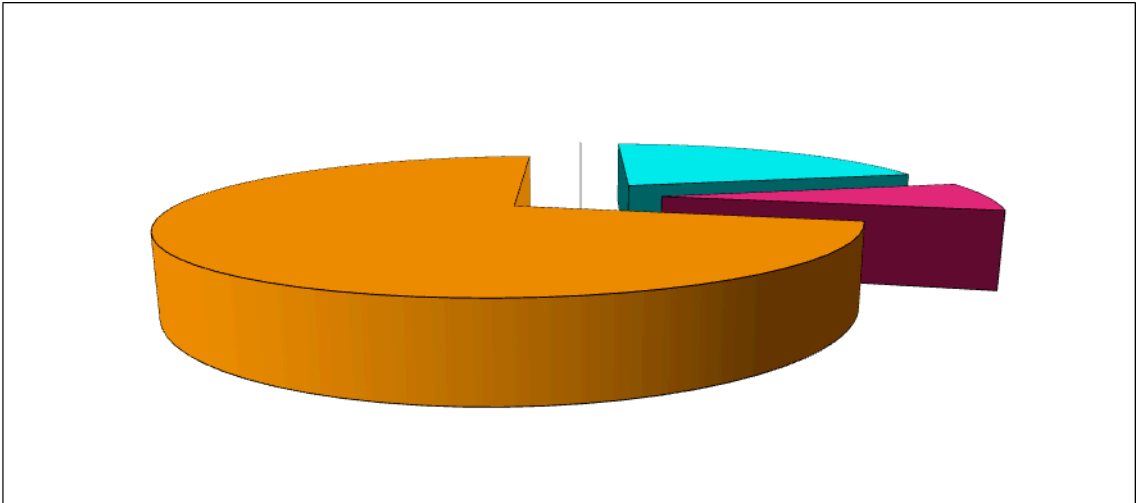


Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

La grafica anterior refleja que 10 personas mantienen su limpieza a través de establecer cambios en la frecuencia con la que se bañan, 3 participantes la realizan a menudo, 1 persona lo hace a veces.

Grafica N° 14

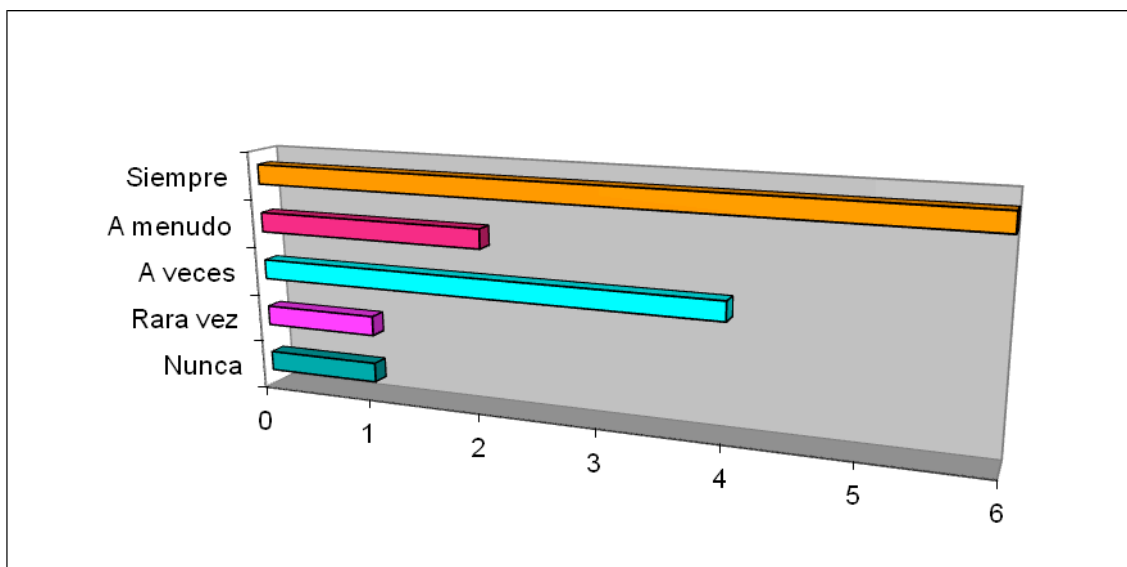
Explicación de dudas en la búsqueda de información



Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

La grafica 14 muestra que 10 participantes siempre piden explicación de lo que no entienden cuando obtienen información sobre su salud, 3 personas lo hacen a veces, 1 participante a menudo pide explicación sobre la información obtenida.

Grafica Nº 15
Revisión de cambios corporales

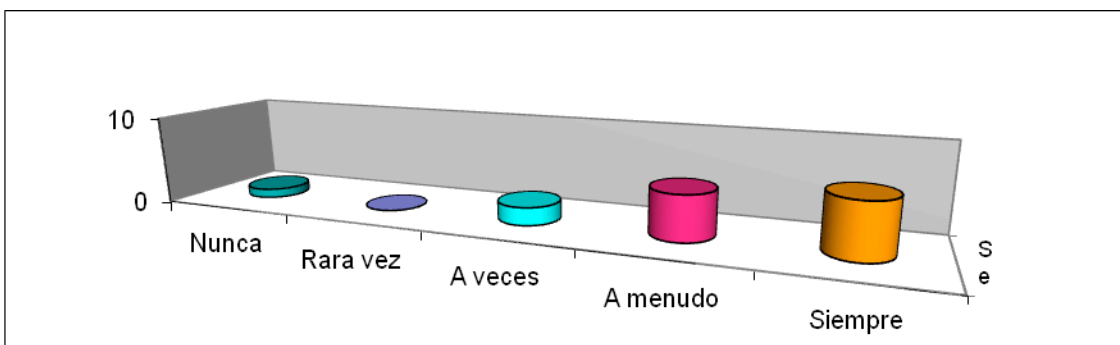


Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

Esta grafica muestra que 6 personas siempre revisan su cuerpo para observar algún cambio, 4 participantes a veces lo revisan, 2 participantes a menudo lo hacen y 1 persona rara vez y nunca respectivamente revisan su cuerpo para detectar si hay algún cambio.

Grafica Nº 16

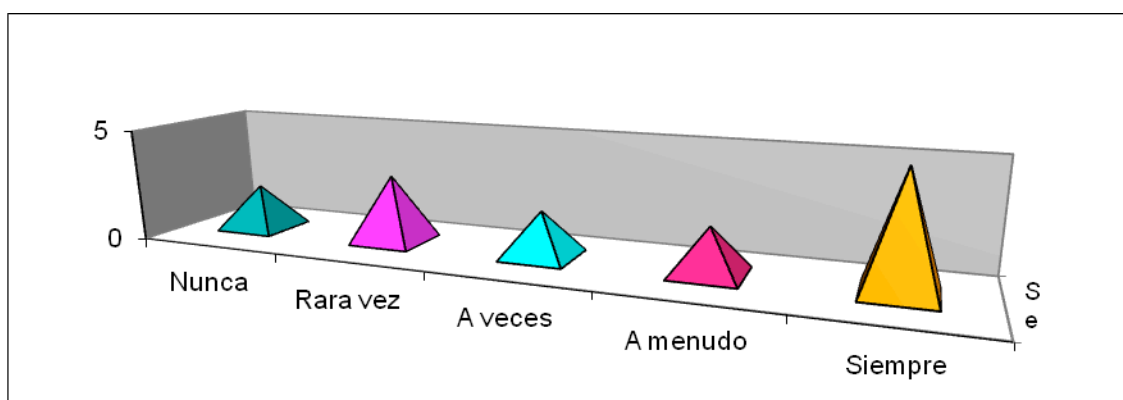
Cambio de hábitos para el mantenimiento de la salud



Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010

La grafica 16 indica que 6 participantes de los encuestados siempre han sido capaces de cambiar hábitos que tenían muy arraigados con tal de mejorar su salud, 5 personas a menudo, 2 personas a veces y 1 persona nunca, han sido capaces de cambiar hábitos que tenían muy arraigados con tal de mejorar su salud.

Grafica Nº 17 Orientación sobre efectos secundarios

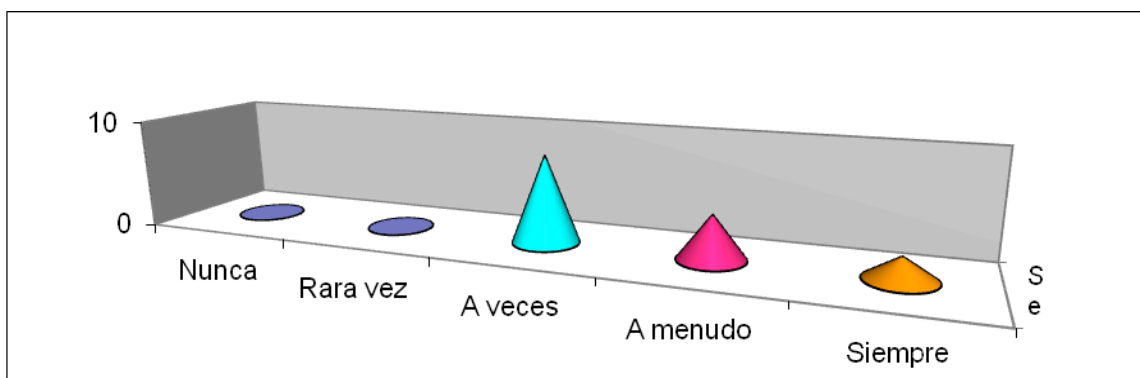


Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

Esta gráfica refleja que 5 encuestados siempre cuentan con una persona que les brinda información sobre efectos secundarios cuando tienen que tomar un medicamento nuevo, 3 participantes rara vez cuentan con esta información y 2 pacientes nunca, a menudo y a veces respectivamente cuentan con una persona que les brinda información sobre los efectos secundarios.

Grafica Nº 18

Capacidad para evaluar prácticas del mantenimiento de la salud

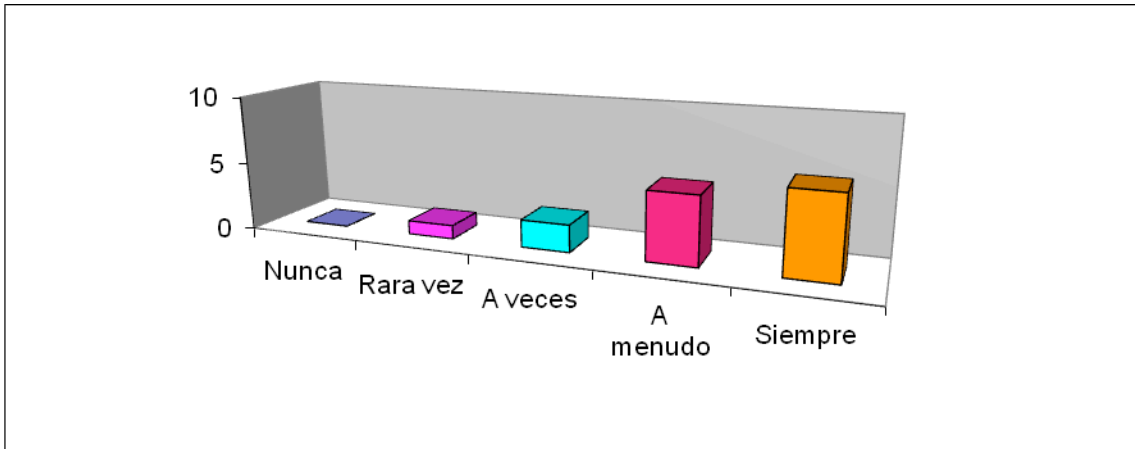


Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

La grafica refleja que 8 personas a veces realizan evaluaciones de las practicas que llevan a cabo para el mantenimiento de su salud, 4 participantes lo hacen a menudo y sólo 2 personas lo hacen siempre

Grafica N° 19

En caso de afectación de la salud consigue información sobre qué hacer

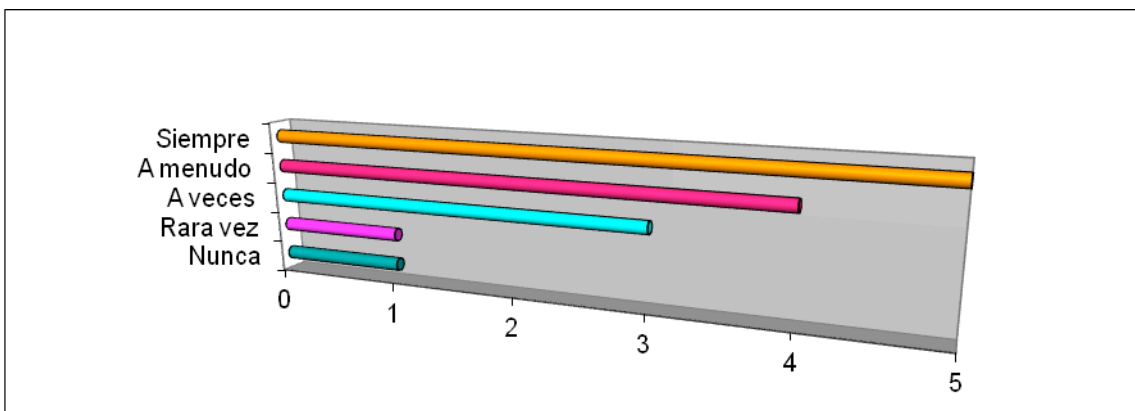


Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

La grafica N° 19 muestra que 6 personas siempre consiguen información sobre qué hacer en caso de ver afectada su salud, 5 participantes a menudo consigue información, 2 personas lo hacen a veces y un paciente rara vez lo hace.

Grafica N° 20

Dedicación de tiempo propio



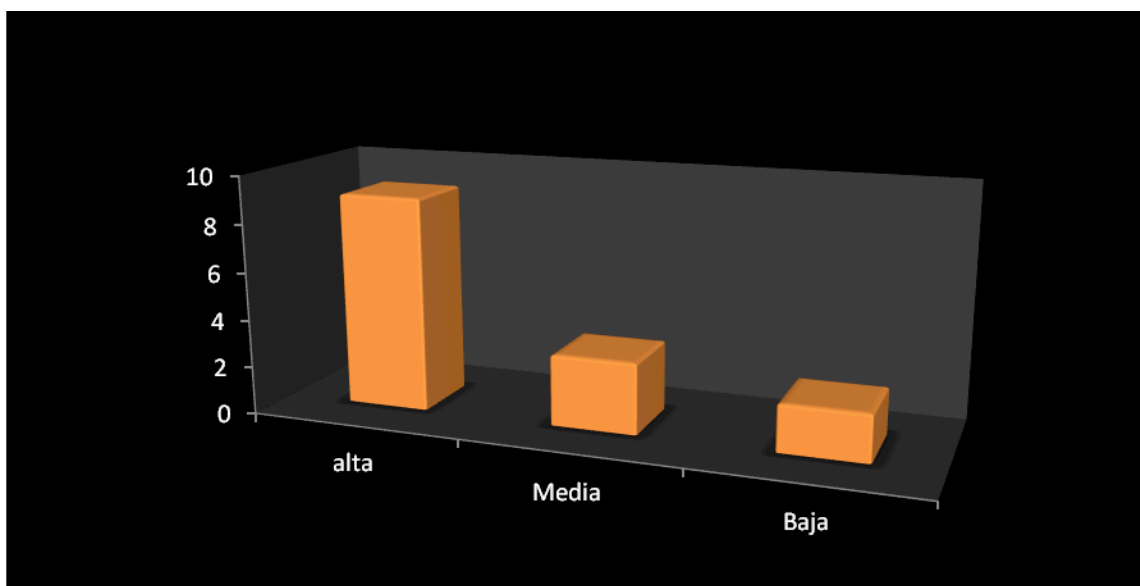
Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

La grafica Nº 20 muestra que 5 personas siempre pueden dedicar tiempo para ellas, 4 participantes a menudo lo dedican, 3 personas a veces lo hacen y 1 persona nunca y rara vez respectivamente pueden dedicar tiempo para ellas.

Análisis por categorías de la capacidad de agencia de autocuidado

Gráfica No. 21

Interacción social

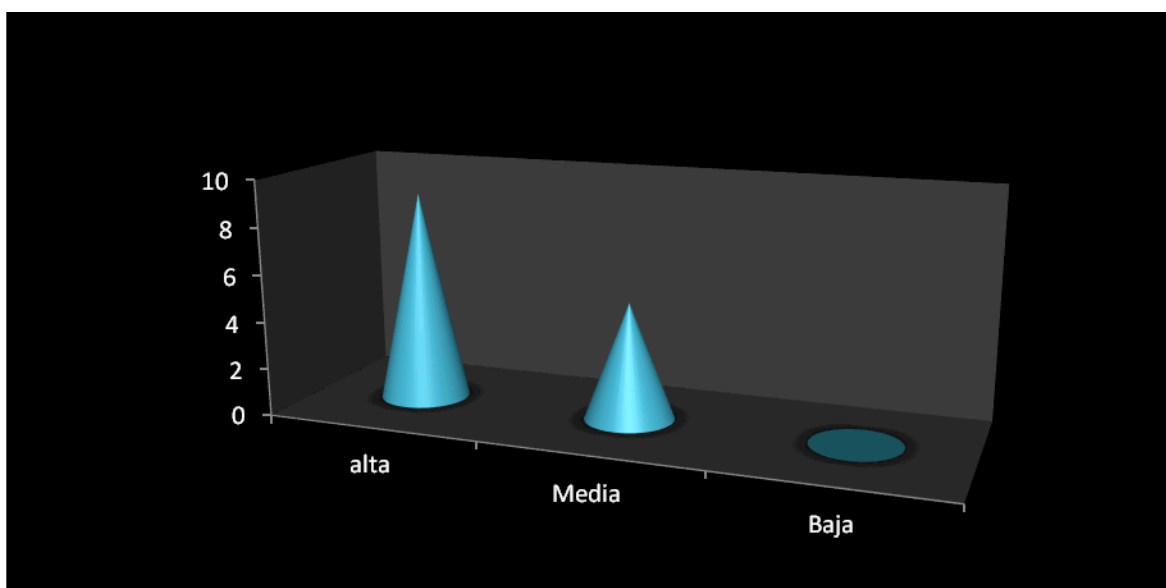


Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

La categoría de interacción social mostró que 9 personas tienen alta interacción es decir siempre buscan apoyo en la red conformada por amigos o familiares quienes conocen sobre su estado de salud y pueden aportar de forma positiva en su proceso salud- enfermedad, lo cual ayuda a tener una capacidad de agencia de autocuidado Alta, sin embargo 2 personas tienen baja interacción, de tal manera que su red

de apoyo es débil, porque no pide ayuda en caso de discapacidad y tampoco involucra a los amigos y familiares lo que hace que su capacidad de agencia de autocuidado esté disminuida.

Gráfica No. 22
Bienestar personal



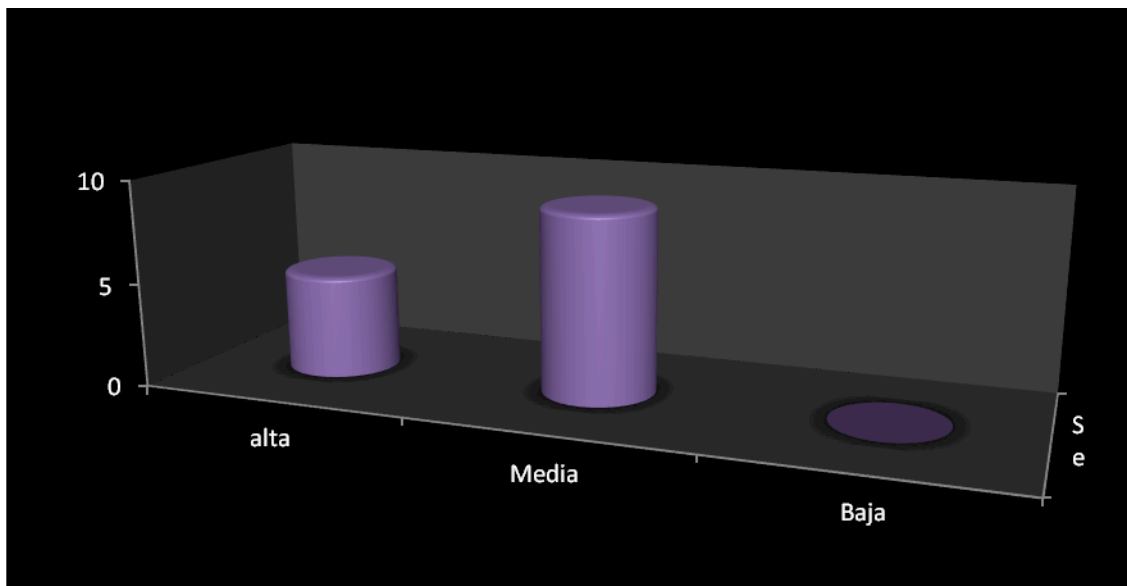
Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

Esta categoría evalúa la integridad en conocimientos acerca de la enfermedad, proceso de la mismas, detección temprana de cambios en el organismo, higiene y comodidad.

Se observa una capacidad de agencia de autocuidado alta en 9 personas con relación al bienestar personal, es decir cumplen con los parámetros que indican un buen manejo del estado de salud y han aprendido a conocer los cambios propios de la enfermedad. 5 personas cuentan con

una capacidad de agencia de autocuidado media lo que indica que existen deficiencias en algunos de los parámetros evaluados en esta categoría.

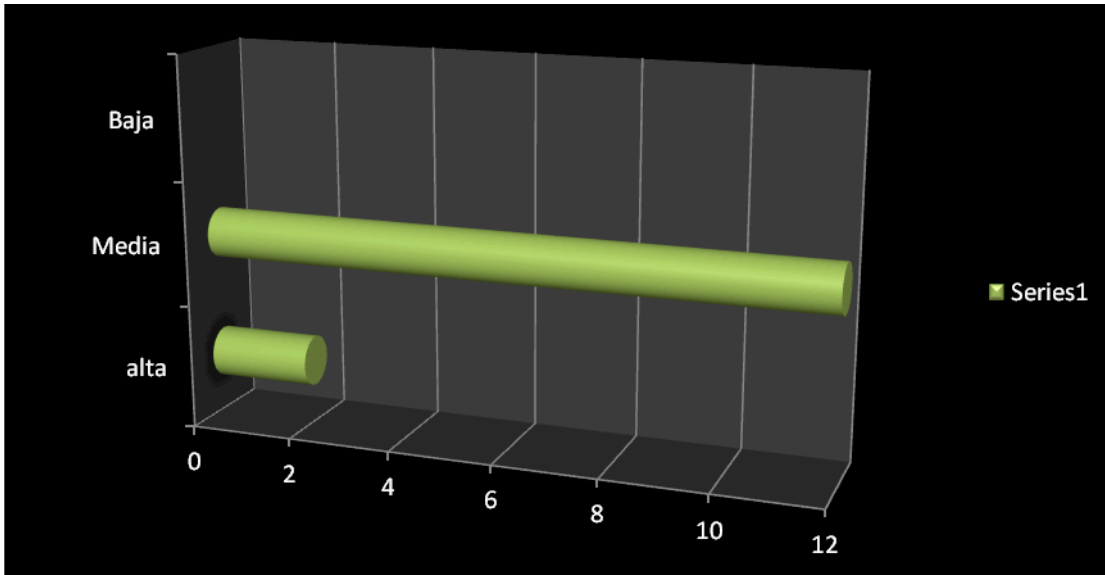
Gráfica No. 23
Actividad y reposo



Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

La gráfica muestra la capacidad de agencia de autocuidado media de 9 personas en relación a la actividad y reposo, lo cual indica que dentro de sus actividades diarias puede que no tenga periodos de descanso ó que lo fomenten más que la actividad física, o viceversa, lo cual impide que se tenga una capacidad de autocuidado alta. Mientras que 5 personas tuvieron una capacidad de autocuidado alta, lo que refleja un equilibrio entre la actividad y el reposo.

Gráfica No. 24
Capacidad de agencia de autocuidado

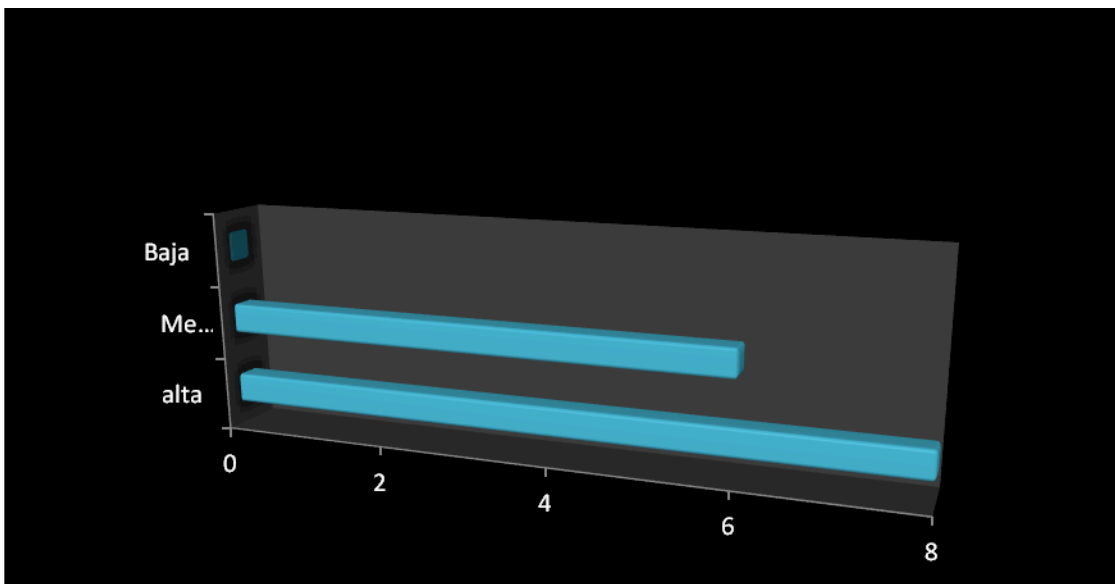


Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

En esta gráfica se observa una capacidad de agencia de autocuidado media con relación al consumo adecuado de alimentos (12), es decir que no siempre tienen una ingesta de alimentos balanceada.

Gráfica No.25

Promoción del funcionamiento y desarrollo personal



Fuente: Escala de valoración de la capacidad de autocuidado desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. Aplicada a 14 personas con espondilitis anquilosante. Octubre 2010.

Esta gráfica muestra la capacidad de agencia de autocuidado alta en 8 personas lo que sugiere que la población de estudio tiene gran compromiso frente al cuidado de ellos mismos, de su entorno y han aprendido a controlar el efecto de la enfermedad y un buen estado de ánimo, además de cuidar el entorno propio y el de su familia, lo que disminuye el grado de discapacidad. Cinco personas no cuentan con los parámetros adecuados del mantenimiento del funcionamiento y desarrollo personal, por lo cual puede poner en riesgo su integridad física.

VI.- CONCLUSIONES

El fomento del autocuidado en personas con Espondilitis Anquilosante es vital para retardar la deformidad y la limitación funcional que genera, por lo tanto conocer la capacidad de agencia de autocuidado permite a la enfermera proponer las intervenciones que requiere la persona y crear una experiencia de aprendizaje interactiva utilizando la enseñanza, la asesoría de acciones que modifiquen sus conductas en pro del bienestar de las personas, brindar información acerca de los servicios que tienen para el mantenimiento de su salud.

De esta manera la persona podrá participar activamente en su autocuidado y el mantenimiento de su salud.

Las personas con EA y sus familias deben estar al tanto de que la enfermedad puede afectar la vida cotidiana. Los padres, los maestros, amigos y familiares pueden ayudar a planear las metas y actividades educacionales apropiadas con el fin de mantener una rutina de lo más normal que se pueda.

Las personas con EA pueden tener problemas para relacionarse con otras, pueden necesitar ayuda para aprender a manejar el "ser diferentes" sobre todo cuando presentan limitaciones físicas; para manejar el estrés que le ocasionan las cosas especiales que deben hacer (tales como interrumpir actividades para elongarse, o tomar la medicación durante el horario escolar o laboral), por lo que es necesaria una orientación especial para sobrellevar los cambios que la enfermedad propicia.

La fatiga (o cansancio) puede ser un factor importante. En particular, puede influir en las habilidades de la persona para hacer las tareas de la vida diaria. La atención cuidadosa en un esquema equilibrado de escuela o trabajo, ejercicios y descanso puede ayudar a tratar y mejorar el cansancio.

La EA es un desorden crónico. Puede durar años, con periodos de remisión y periodos de recaídas, puede persistir hasta la adultez, el autocuidado está dirigido a evitar la pérdida de la función y preservar las articulaciones sanas.

La mayoría de las personas con EA no están significativamente discapacitadas y pueden continuar llevando vidas productivas, es por eso que la atención de la persona debe realizarse por medio de un equipo multidisciplinar, en el que cada profesional tenga un rol definido e integrado, lo que permite obtener mejores consecuencias de salud, resultando muy eficaz en la conservación de la función y la productividad de estas personas.

La actividad de enfermería debe estar encaminadas a proporcionar a la persona un cuidado holística, de tal forma que se promueva el autocuidado, teniendo en cuenta no sólo la enfermedad, sino también el estrés psicológico, las relaciones familiares y sociales, y la problemática laboral.

Es conveniente establecer una red de atención, estableciendo un enlace y referencia con otros profesionales para la detección de problemas y su derivación precoz a otros profesionales y a su vez, para poner en conocimiento a la persona que padece esta enfermedad, la existencia de asociaciones u organismos de potencial ayuda.

La escala de valoración del autocuidado elaborado por M. Eisenberg permite tener un conocimiento específico de las manifestaciones de autocuidado de cada una de las personas que participaron en la investigación y que acuden para su atención al Instituto Nacional de Rehabilitación.

VII.- PROPUESTAS

Los cuidados enfermeros en personas con Espondilitis Anquilosante, deben estar encaminados a favorecer el autocuidado. En este sentido se propone la elaboración de programas de Educación para la Salud dirigidos específicamente a:

Reducir el dolor, prevenir la anquilosis a través de la realización de ejercicio físico, alentar el apego al tratamiento farmacológico y favorecer una terapéutica psicológica que contribuya a disminuir la discapacidad que genera este padecimiento.

Diagnosticar la enfermedad en una fase más temprana. Ya que un diagnóstico a tiempo ayudaría a determinar el sistema de enfermería que la persona necesita, permitiría la planeación de las terapias que la persona debe realizar para que de esa manera también prevenir muchas de las secuelas, fundamentalmente la deformidad de las articulaciones y su soldadura.

BIBLIOGRAFÍA.

Akkoc N, Khan MA. (2006) "Epidemiology of ankylosing spondylitis and related spondyloarthropathies". En: Weisman M.H, Van der Heijde, D, Reveille, J.D. *Ankylosing spondylitis and the spondyloarthropathies*. Philadelphia: Mosby Elsevier.

Calvo QA. (2007) "El dolor en el paciente reumático". *Acta médica peruana*. [on line]. mayo/agos, vol.24, no.2 [citado 21 Enero 2011], p.46-50. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1728-5917.

Cavanagh S.J. (1993) *Modelo de Orem. Aplicación práctica*. Barcelona, Masson-Salvat.

Cely, M.M.I., Espinosa, M.X.V., Mateus, R.J.A. (2008). "Capacidad de agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA". Bogotá, Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería.

De la Torre, J. Batle GE. (2008) "La espondilitis anquilosante. Actualización de cuidados enfermeros en reumatología" *Metas de Enfermería*. oct; 11(8): 13-20

Donahue J. (1994) "Teoría del déficit de autocuidado". En: Marriner A, Raile M. *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid: Harcourt Brace.

Durán, M.M. (1999) "La Intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad. Una reflexión desde la ética". *Rev. Rol Enf.* 22-4. 17

Fernández C. (2006) Relación entre movilidad, funcionalidad y calidad de vida en pacientes con espondilitis anquilosante. *Fisioterapia*; 28(3):143-151.

Levi, L. (2001) "Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for action". En: *Copingwith stress and depression related problems in Europe. Final Report European Union Presidency, Brussels, 25-27/10/*: 17-20.

Mould,Q. J, Peláez, B. I, Vázquez,M. J, Terán, E. L, Esquivel,V. J, Ventura L; grupo REUMAIMPACT. (2008) "El costo de las principales enfermedades reumáticas inflamatorias desde la perspectiva del paciente en México". *Gaceta Médica Mexico*;144:225-32

Nebot M. (1992) "Educación sanitaria ¿dónde estamos?" *Atención Primaria*; 9: 508-11.

Nursing Development Conference Group, Orem, DE, Editor: *Concepts formalization in nursing: process and product*, Boston, 1979, Brown & Co., p. 132-134

Orem, D.E. (1993) *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona, Masson- Salvat.

Peláez, B. I, Burgos,V. R, Vázquez,M. J, Hernández,G. A, Bernard A, Garza M. (2006) "Medición del estado de salud (sf-36) en enfermedades reumáticas: estudio multicéntrico". *Reumatol Clin.*;2 (Supl 1):60.

Rivera MS, Herrera LM. (2006) "Fundamentos fenomenológicos para el cuidado comprensivo de enfermería "en Texto y Contexto Enfermería, Florianópolis. 15(esp.) : 158-63.

ANEXOS



ANEXO1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A LA PERSONA CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

FECHA _____

Yo _____ identificado con numero de registro del Instituto Nacional de Rehabilitación _____ acepto participar voluntariamente en el estudio realizado por la pasante de enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México, por medio del cual se valorará la Capacidad de Agencia de Autocuidado de las personas afectadas con Espondilitis Anquilosante, con el conocimiento que los datos personales producto de esta investigación no serán publicados y se mantendrán en estricta confidencialidad

Firma del enfermo

Testigo

Nalleli Jiménez R.
Responsable



ANEXO 2

ENCUESTA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO.

DATOS DEMOGRAFICOS.

A continuación encontrará una solicitud de información la cual es necesaria para el análisis de los resultados de esta investigación.

Agradezco llenar completamente esta solicitud teniendo en cuenta la confidencialidad de la información.

1.- Nombre _____

2.- Fecha de nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--

3.- Dirección del Hogar _____

4.- Estado y ciudad de residencia _____

5.- Estado y ciudad de nacimiento _____

6.- Teléfono _____

7.- Sexo 1. Masculino _____
2. Femenino _____

8.- Estado Civil. 0. Soltero(a) _____ 1. Casado(a) _____ 2. Viudo(a) _____
3. Unión libre _____ 4. Divorciado(a) _____

9.- Años de educación 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 >17

10.- Ocupación actual. 0. Asalariado _____ 1. Comercio Informal _____

2. Profesionista por su cuenta _____ 3. Agricultor _____
4. Desempleado _____ 5. Estudiante _____ 6. Hogar _____
7. Jubilado _____

11.- Familiares con enfermedades reumáticas 0. No _____ 1. Si _____

12.- 1. AR _____ 2. LEG _____ 3. EA _____ 4. Psoriasis _____ 5. Otra _____



Escala de valoración de agencia de autocuidado

Desarrollada por Isenberg y Evers en 1993, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998

Escala para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Nunca
1. Según cambian las circunstancias, ¿Hago ajustes para mantener mi salud?					
2.- Verifico si las formas habituales que practico para mantener mi salud son buenas.					
3.- ¿Hago ajustes o cambios si tengo problemas para moverme o desplazarme?					
4.- Hago lo necesario para mantener limpio mi alrededor					
5.- Si es necesario ¿Pongo en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud?					
6.- ¿Tengo energía para cuidarme como debo?					
7.- ¿Busco mejores formas de cuidar mi salud?					
8.- Con tal de mantenerme limpio, ¿cambio la frecuencia con la que me baño para mantenerme limpio?					

Escala para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Nunca
9.- ¿Me alimento de acuerdo a mi situación de salud y mantengo un peso adecuado?					
10.- ¿Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser?					
11.- ¿Hago ejercicio y descanso un poco durante el día?					
12.- ¿Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda?					
13.- ¿Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado?					
14.- ¿Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo?					
15.- ¿Reviso 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.- ¿Cuándo tengo que tomar una medicina nueva 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 estemos libres de correr peligros?					

Escala para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Nunca
19.- ¿Soy capaz de evaluar que tanto me sirven las acciones que practico para mantener mi salud?					
20.- ¿Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil dedicar tiempo para cuidarme?					
21.- ¿Si mi salud se ve afectada puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer?					
22.- ¿Si me encuentro en incapacidad busco ayuda?					
23.- ¿Puedo dedicar tiempo para mí?					
24.- ¿Aun con limitaciones para moverme soy capaz de cuidarme como a mi me gusta?					