

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Fisioterapia y Kinesiología

Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes del Servicio de Rehabilitación de la Universidad del Norte

Evelyn Celeste Giangreco Silvero¹, Felipe Miguel Oviedo Frutos¹

¹Carrera de Fisioterapia y Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, sede Asunción, Asunción, Paraguay.

Enviado: 20 de agosto de 2024

Aceptado: 15 de octubre de 2024

Publicado: 25 de octubre de 2024

DOI: [10.5281/zenodo.22755438](https://doi.org/10.5281/zenodo.22755438)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La agencia de autocuidado —la capacidad de una persona para evaluar continuamente sus necesidades de salud y participar en actividades de autocuidado destinadas a promover y mantener su bienestar— es un componente central de la teoría de Dorothea Orem, con relevancia directa para la rehabilitación. El objetivo fue analizar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes del servicio de Rehabilitación de la Universidad del Norte, Asunción, durante 2023. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, no experimental, de campo y descriptivo. Muestra de 38 pacientes. Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA), versión validada para población colombiana (5 dimensiones, 24 ítems). **Resultados:** Edad media 42,9 años; sexo femenino 55 %; nacionalidad paraguaya 95 %; solteros 63 %; trabajadores 37 %; formación universitaria 55 %. Agencia de autocuidado global: alto 74 %, medio 16 %, bajo 11 %. Por dimensiones: alto en interacción social (74 %), bienestar personal (97 %), actividad y reposo (68 %) y promoción del funcionamiento (100 %); consumo de alimentos predominantemente moderado (74 %). **Conclusiones:** Capacidad de agencia de autocuidado mayoritariamente alta, seguida de moderada, con menor desempeño relativo en consumo de alimentos dentro de un perfil global favorable.

Palabras clave: autocuidado, agencia, pacientes, fisioterapia

Autor correspondiente: Felipe Miguel Oviedo Frutos. Carrera de Fisioterapia y Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, sede Asunción, Asunción, Paraguay

Financiación: Esta investigación no recibió financiación específica de organismos públicos, comerciales ni de entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

INTRODUCCIÓN

La agencia de autocuidado es la capacidad de una persona para evaluar continuamente sus necesidades de salud y participar en actividades destinadas a promover y mantener su bienestar; se desarrolla a lo largo de la vida y no ocurre únicamente cuando surgen problemas de salud. Este constructo se enmarca en la teoría general del autocuidado de Dorothea Orem, cuyo fundamento filosófico y sociológico ha sido objeto de análisis teóricos recientes que reafirman su vigencia y a la vez señalan la necesidad de un refinamiento continuo del modelo para su aplicación clínica actual (1,2,3).

Para medir la capacidad de agencia de autocuidado se desarrolló la escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA), producto de la colaboración de Isenberg y Evers en el marco del Grupo de la Conferencia de Desarrollo de la Enfermería. Su validez y confiabilidad han sido evaluadas en diversos contextos culturales, incluyendo su traducción y validación al neerlandés (4) y estudios comparativos de sus versiones noruega, danesa y neerlandesa (5), así como pruebas transculturales específicas en Noruega (6), lo que respalda su uso como instrumento genérico aplicable en distintas poblaciones.

La aplicación de programas de cuidado basados en la teoría de Orem ha mostrado beneficios en pacientes con enfermedades crónicas: intervenciones educativas fundamentadas en este modelo han mejorado la agencia de autocuidado y la calidad de vida en pacientes con enfermedad coronaria (7) y con hipertensión arterial (8), y se ha documentado su utilidad en el autocuidado de inmigrantes mayores con diabetes (9). Una revisión sistemática con metaanálisis de dosis-respuesta confirmó que los programas de cuidado basados en la teoría de Orem producen beneficios significativos en adultos con enfermedades crónicas (10).

El autocuidado tiene, además, una relación directa con los resultados de la rehabilitación física. Las barreras a la adherencia al tratamiento en fisioterapia ambulatoria han sido documentadas en revisiones sistemáticas (11), al igual que los predictores de adherencia a las terapias físicas realizadas en el domicilio (12). En pacientes post-ACV, la adherencia a la rehabilitación y los síntomas depresivos se han asociado longitudinalmente con la capacidad de autocuidado y la calidad de vida (13), y revisiones sistemáticas recientes han evaluado la efectividad de distintas estrategias para mejorar la adherencia

a la fisioterapia en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera (14). De forma más amplia, los determinantes sociales de la salud —como el acceso a la atención primaria— condicionan la capacidad de las personas para participar activamente en su propio cuidado (15).

En poblaciones de mayor vulnerabilidad, como los adultos mayores o los pacientes oncológicos, se han implementado intervenciones específicas de acompañamiento en la agencia de autocuidado, como programas de coaching de enfermería en pacientes de edad avanzada sometidos a laringectomía total (16) y estudios descriptivos sobre calidad de vida y agencia de autocuidado en pacientes intervenidos por cáncer colorrectal (17). Asimismo, las intervenciones educativas estructuradas —incluyendo el seguimiento telefónico basado en la teoría de Orem (18) y los programas de educación de apoyo liderados por enfermería para la reducción de HbA1c en pacientes diabéticos (19)— han demostrado mejorar la capacidad de autocuidado de los pacientes.

En el servicio de Rehabilitación de la Universidad del Norte acuden pacientes con diversas afecciones que reciben planes de tratamiento individualizados, pero se desconoce si son capaces de cuidarse a sí mismos. El propósito de este estudio fue analizar la capacidad de agencia de autocuidado de esta población, con el fin de que los datos obtenidos permitan establecer planes o estrategias que mejoren los resultados de los protocolos de rehabilitación y que los pacientes puedan mantener niveles óptimos de salud tras la finalización de las terapias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de campo y de tipo descriptivo, llevado a cabo en el servicio de Rehabilitación de la Universidad del Norte (General Santos c/ 25 de Mayo, Asunción, Paraguay) entre octubre y diciembre de 2023.

La población de estudio estuvo constituida por pacientes que acuden al servicio de Rehabilitación de la Universidad del Norte. Se incluyó a jóvenes y adultos que acudían a dicho servicio; se excluyó a quienes no desearon participar o se ausentaron los días de la recolección de datos. El muestreo fue no probabilístico, de tipo intencional u opinático, con los elementos escogidos con base en criterios preestablecidos por la investigadora. La muestra quedó conformada por 38 pacientes.

Se presentó el proyecto de investigación al director de la carrera de Fisioterapia y Kinesiólogía para su evaluación y aprobación, y se solicitó permiso al regente del servicio de Rehabilitación para iniciar la recolección de datos. Se explicó a cada paciente el objetivo, los beneficios y los alcances de la investigación, y se garantizó la confidencialidad de la información antes de solicitar la firma del consentimiento informado.

El instrumento de recolección de datos combinó un registro sociodemográfico y clínico (sexo, edad, nacionalidad, estado civil, ocupación, nivel de estudio, formación profesional, residencia, índice de masa corporal, enfermedad de base, tratamiento farmacológico y seguro de salud) con la Escala de Apresiasión de Agencia de Autocuidado (ASA), en su versión validada para población colombiana. La escala consta de 24 ítems distribuidos en 5 dimensiones —interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos, y promoción del funcionamiento y desarrollo personal—, con respuestas tipo Likert de 1 (nunca) a 4 (siempre); tres ítems de puntuación invertida se recodificaron antes del análisis. La puntuación total oscila entre 24 y 96 puntos, y se clasifica en nivel alto (superior a 76 puntos), promedio (igual o mayor a 70 y menor a 76) o bajo (inferior a 69).

Los datos se procesaron mediante hoja de cálculo electrónica y se presentan como frecuencias y porcentajes. El estudio se ajustó a las normas éticas internacionales establecidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO), la Declaración de Helsinki (AMM) y el Código Internacional de Ética Bio-médica en Seres Humanos (CIOMS/OMS). La información personal de los pacientes no fue publicada ni distribuida.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 38 pacientes. La edad de la muestra osciló entre 15 y 82 años, con una media de 42,9 años. El 55 % de los participantes fue de sexo femenino y el 45 % de sexo masculino. El 95 % refirió nacionalidad paraguaya y el 5 % uruguaya. Respecto del estado civil, el 63 % era soltero, el 24 % casado, el 8 % viudo, y el 3 % comprometido o separado, respectivamente.

En cuanto a la ocupación, el 37 % de los participantes era trabajador, el 18 % estudiante, el 13 % se dedicaba al hogar, el 11 % era jubilado, el 11 % trabajador autó-

no, el 8 % estudiante y trabajador simultáneamente, y el 3 % comerciante. El 74 % de la muestra tenía nivel de estudio bachiller y el 24 % secundaria; en cuanto a la formación profesional, el 55 % tenía formación universitaria y el 42 % no tenía ninguna formación profesional. Respecto de la residencia, el 37 % vivía en casa propia y el 37 % con sus padres, el 16 % en vivienda alquilada y el 11 % en vivienda compartida.

En cuanto al estado de salud, el índice de masa corporal fue normal en el 34 % de la muestra y con sobrepeso en otro 34 %, mientras que el 32 % presentó obesidad. El 61 % no presentaba ninguna patología de base, el 18 % tenía hipertensión arterial, el 5 % diabetes, y el 16 % otras condiciones. El 55 % no recibía tratamiento farmacológico. Respecto de la cobertura de salud, el 66 % de la muestra no contaba con ningún seguro de salud, el 21 % tenía seguro público y el 13 % seguro privado.

Respecto de la capacidad de agencia de autocuidado por dimensiones, en la dimensión de interacción social el 74 % de la muestra presentó un nivel alto y el 26 % un nivel medio. En la dimensión de bienestar personal, el 97 % presentó un nivel alto y el 3 % un nivel medio. En la dimensión de actividad y reposo, el 68 % presentó un nivel alto y el 32 % un nivel medio. En la dimensión de consumo suficiente de alimentos, el 74 % presentó un nivel moderado, el 21 % un nivel alto y el 5 % un nivel bajo. En la dimensión de promoción del funcionamiento y desarrollo personal, el 100 % de la muestra presentó un nivel alto.

Según la puntuación total de la escala ASA, el 74 % de la muestra presentó un nivel de agencia de autocuidado alto, el 16 % un nivel medio y el 11 % un nivel bajo.

DISCUSIÓN

En este estudio, la capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes que acuden al servicio de Rehabilitación de la Universidad del Norte fue, en su mayoría, alta (74 %), seguida de moderada (16 %), con un desempeño particularmente elevado en las dimensiones de promoción del funcionamiento y desarrollo personal (100 %) y bienestar personal (97 %). Este perfil favorable es coherente con las características sociodemográficas de la muestra —mayoritariamente joven-adulta, con formación universitaria y sin patología de base—, factores que la evidencia asocia con una mayor capacidad de autocuidado en el marco de la teoría de Orem (1,2,3).

La dimensión de consumo de alimentos fue la de menor desempeño relativo, con un nivel predominantemente moderado (74 %) en lugar de alto. Este hallazgo es relevante porque la capacidad de autocuidado en la alimentación no depende únicamente de la voluntad individual, sino también de determinantes sociales del acceso a la salud y a una alimentación adecuada (15), y sugiere una oportunidad concreta de intervención: programas educativos estructurados —como los basados en la teoría de Orem con seguimiento telefónico (18) o los programas de educación de apoyo liderados por enfermería (19)— han demostrado ser eficaces para mejorar componentes específicos de la agencia de autocuidado en poblaciones con perfiles similares.

El hallazgo de una capacidad de autocuidado global alta en esta muestra es coherente con la evidencia sobre el impacto positivo de las intervenciones basadas en la teoría de Orem en pacientes con enfermedades crónicas, que han mostrado mejoras en la agencia de autocuidado y la calidad de vida en enfermedad coronaria (7), hipertensión arterial (8) y diabetes (9), confirmadas además por una revisión sistemática con metaanálisis de dosis-respuesta (10). La elevada capacidad de autocuidado observada en las dimensiones de bienestar personal e interacción social respalda, asimismo, la relevancia de intervenciones dirigidas específicamente al acompañamiento de la agencia de autocuidado en poblaciones que reciben tratamiento continuo, como las implementadas en pacientes de edad avanzada y en pacientes oncológicos (16,17).

Estos resultados tienen implicancias directas para la práctica fisioterapéutica: la adherencia a la rehabilitación depende, en parte, de la capacidad de autocuidado del paciente, y las barreras a dicha adherencia han sido ampliamente documentadas en la literatura (11,12), con evidencia reciente de su asociación con la calidad de vida y el autocuidado en poblaciones específicas, como los pacientes post-ACV (13). Revisiones sistemáticas sobre estrategias para mejorar la adherencia en fisioterapia, por ejemplo en pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera, respaldan la incorporación de componentes educativos y de acompañamiento activo del autocuidado como parte del protocolo de rehabilitación (14).

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran el tamaño muestral reducido, el muestreo no probabilístico de tipo intencional y el diseño transversal, que impiden establecer relaciones causales y limitan la extrapolación de los hallazgos a otras poblaciones de pacientes en

rehabilitación. Entre sus fortalezas se destaca el uso de un instrumento validado (escala ASA) que permitió una evaluación estandarizada y multidimensional de la agencia de autocuidado en una población en la que no existían estudios previos en el contexto paraguayo. En conclusión, la capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes que acuden al servicio de Rehabilitación de la Universidad del Norte fue en su mayoría alta, seguida de moderada, lo que resalta el valor de incorporar la promoción sistemática del autocuidado —especialmente en la dimensión de consumo de alimentos— como parte del abordaje interdisciplinario de la rehabilitación.

REFERENCIAS

1. Tanaka M. Orem's nursing self-care deficit theory: a theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nurs Forum*. 2022;57(3):480-5. <https://doi.org/10.1111/nuf.12696>
2. Hartweg DL, Metcalfe SA. Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: relevance and need for refinement. *Nurs Sci Q*. 2022;35(1):70-6. <https://doi.org/10.1177/08943184211051369>
3. Taylor SG, Geden E, Isaramalai S, Wongvatuny S. Orem's self-care deficit nursing theory: its philosophic foundation and the state of the science. *Nurs Sci Q*. 2000;13(2):104-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11847693/>
4. Evers GC, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. *Int J Nurs Stud*. 1993;30(4):331-42. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(93\)90105-4](https://doi.org/10.1016/0020-7489(93)90105-4)
5. van Achterberg T, Lorensen M, Isenberg MA, Evers GC, Levin E, Philipsen H. The Norwegian, Danish and Dutch version of the Appraisal of Self-care Agency Scale; comparing reliability aspects. *Scand J Caring Sci*. 1991;5(2):101-8. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1991.tb00091.x>
6. Lorensen M, Holter IM, Evers GC, Isenberg MA, van Achterberg T. Cross-cultural testing of the "appraisal of self-care agency: ASA scale" in Norway. *Int J Nurs Stud*. 1993;30(1):15-23. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(93\)90089-d](https://doi.org/10.1016/0020-7489(93)90089-d)
7. Tok Yildiz F, Kaşıkçı M. Impact of training based on Orem's theory on self-care agency and quality of life in patients with coronary artery disease. *J Nurs Res*. 2020;28(6):e125. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000406>
8. Khademian Z, Kazemi Ara F, Gholamzadeh S. The effect of self care education based on Orem's nursing theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension: a quasi-experimental study. *Int J*

- Community Based Nurs Midwifery. 2020;8(2):140-9.
<https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.81690.0>
9. Kim JE, Dee V. Utilization of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory in self-care among older Korean immigrants with diabetes in the United States. *Res Theory Nurs Pract.* 2024;38(1):91-104.
<https://doi.org/10.1891/RTNP-2022-0144>
 10. Nasiri M, Jafari Z, Rakhshan M, Yarahmadi F, Zonoori S, Akbari F, et al. Application of Orem's theory-based caring programs among chronically ill adults: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Int Nurs Rev.* 2023;70(1):59-77.
<https://doi.org/10.1111/inr.12808>
 11. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *Man Ther.* 2010;15(3):220-8. <https://doi.org/10.1016/j.math.2009.12.004>
 12. Essery R, Geraghty AWA, Kirby S, Yardley L. Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2017;39(6):519-34.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1153160>
 13. Wang J, Kuo WY, Chen MC, Chen CY. Impact of rehabilitation adherence and depressive symptoms on post-stroke self-care ability and quality of life: a longitudinal study. *Top Stroke Rehabil.* 2024;31(4):361-71. <https://doi.org/10.1080/10749357.2023.2259652>
 14. Pérez-Maletzki J, Dominguez-Navarro F, Hernández-Guillen D, Roig-Casasús S, Blasco JM. Effectiveness of strategies to improve adherence to physical therapy in patients with knee and hip osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil.* 2024;46(21):4915-30.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2288678>
 15. Alemu FW, Yuan J, Kadish S, Son S, Khan SS, Nulla SM, et al. Social determinants of unmet need for primary care: a systematic review. *Syst Rev.* 2024;13(1):252. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02647-5>
 16. Zheng L, Luo Z, Wang H, Liu S, Li X, Peng D, et al. Effectiveness of a nurse-led coaching of self-care agency intervention for elderly patients with total laryngectomy: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2022;12(8):e061238.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061238>
 17. Aktaş N, Baykara ZG. Determination of quality of life and self-care agency in patients who underwent colorectal cancer surgery: a prospective descriptive study. *Wound Manag Prev.* 2021;67(1):18-26.
<https://doi.org/10.25270/wmp.2021.1.1826>
 18. Ökten Ç, Özer Z. Orem's theory with educational telephone follow-ups: a randomized controlled trial. *Nurs Sci Q.* 2022;35(4):444-54.
<https://doi.org/10.1177/08943184221115126>
 19. Changsieng P, Pichayapinyo P, Lagampan S, Lapvongwatana P. Implementation of self-care deficits assessment and a nurse-led supportive education program in community hospitals for behavior change and HbA1c reduction: a cluster randomized controlled trial. *J Prim Care Community Health.* 2023;14:21501319231181106.
<https://doi.org/10.1177/21501319231181106>