



Neiva, 17 de mayo del 2023

Señores
CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
Ciudad de Neiva

El (Los) suscrito(s):

Joseph Santiago Cuenca Cardoso, con C.C. No. 1010143778,

Jhon Alexander Idárraga Giraldo, con C.C. No. 1075272184,

Carol Lizeth Liévano Lozano, con C.C. No. 1003803530,

Andrés Felipe Medina Pérez, con C.C. No. 1003802586,

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado Agencia de autocuidado en un grupo de adulto mayor de Neiva (Huila) según el modelo de Dorothea Orem, presentado y aprobado en el año 2023 como requisito para optar al título de Enfermero;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 2

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE: *Andrés Felipe Medina Peréz*

Firma: *Andrés Medina*

EL AUTOR/ESTUDIANTE *Carol Lizabeth Jarama Torano*

Firma: *Lizabeth Jarama*

EL AUTOR/ESTUDIANTE: *Joseph Santiago Cuena Cuaboso*

Firma: *Joseph S.*

EL AUTOR/ESTUDIANTE: *John Alexander Idaracay C*

Firma: *John Alexander Idaracay C*



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Agencia de autocuidado en un grupo de adulto mayor de Neiva (Huila) según el modelo de Dorothea Orem

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Medina Pérez	Andrés Felipe
Liévano Lozano	Carol Lizeth
Cuenca Cardozo	Joseph Cuenca
Idárraga Giraldo	Jhon Alexander

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Diaz Sánchez	Ruth

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Enfermero Profesional

FACULTAD: Facultad de Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Programa de enfermería

CIUDAD: Neiva **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2023 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 68

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):



Diagramas___ Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general___
Grabados___ Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___
Retratos___ Sin ilustraciones_ X___ Tablas o Cuadros_ X__

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o Meritoria*):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

Inglés

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. Enfermería | Nursing |
| 2. Adulto Mayor | Elderly |
| 3. Cardiovascular | Cardiovascular |
| 4. Autocuidado | Self-care |
| 5. Enfermedades Crónicas | <u>Chronic diseases</u> |

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

El envejecimiento poblacional es una preocupación emergente a nivel mundial, la proporción de adultos mayores aumenta rápidamente. Este fenómeno conlleva mayores dependencias económicas, físicas y de salud. La agencia de autocuidado es crucial para abordar esta problemática, permitiendo a los adultos mayores tomar medidas para mantener su salud y bienestar.

Objetivo: Determinar la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores del grupo promoviendo salud para vivir de la ciudad de Neiva, durante el segundo semestre del año 2022.

Metodología: Tipo de estudio cuantitativo descriptivo transversal, la población de estudio estuvo conformada con (N=240) adultos, el cual fue calculado con el programa STATA dando como tamaño de la muestra de (n=149) adultos mayores. Se recolecto la información con dos instrumentos sobre variables sociodemográficas y de riesgo



cardiovascular; y la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado en Colombia (ASA), se contó con aval del comité de ética.

Resultados: El estudio revela que el 59,7% de los adultos mayores poseen alta agencia de autocuidado, mientras que el 38,9% necesita apoyo adicional. Los resultados resaltan la importancia de intervenciones específicas para mejorar su capacidad de autocuidado y calidad de vida. Las dimensiones más fuertes son las personales, consumo de alimentos y actividad/reposo.

Conclusiones: Este estudio identifica variables sociodemográficas favorables y factores de riesgo cardiovascular en adultos mayores, destacando un alto nivel de agencia de autocuidado (59,7%). El sexo y el tiempo de pertenencia al grupo influyen en el autocuidado, evidenciado en las intervenciones de enfermería realizadas.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Population aging is an emerging concern worldwide, with the proportion of older adults increasing rapidly. This phenomenon brings with it increased economic, physical and health dependencies. Self-care agency is crucial to address this issue, enabling older adults to take action to maintain their health and well-being.

Objective: To determine the capacity of self-care agency in older adults of the group promoting health for living in the city of Neiva, during the second semester of the year 2022.

Methodology: Type of cross-sectional descriptive quantitative study, the study population consisted of (N=240) adults, which was calculated with the STATA program giving a sample size of (n=149) older adults. Information was collected with two instruments on sociodemographic variables and cardiovascular risk; and the Self-Care Agency Assessment Scale in Colombia (ASA), which was endorsed by the ethics committee.

Results: The study reveals that 59.7% of older adults have high self-care agency, while 38.9% need additional support. The results highlight the importance of specific interventions to improve their self-care capacity and quality of life. The strongest dimensions are personal, food consumption and activity/rest.

Conclusions: This study identifies favorable sociodemographic variables and cardiovascular risk factors in older adults, highlighting a high level of self-care agency (59.7%). Gender and length of group membership influence self-care, as evidenced by the nursing interventions performed.



APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: *Bryan Antón M.*

Firma: *Bryan Antón M.*

Nombre Jurado: *Rosa Lisset Selayor Herrón.*

Firma: *Rosa Lisset Selayor*

Nombre Jurado: *Reinaldo Gutierrez Banao*

Firma: *Reinaldo Gutierrez B.*

AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN UN GRUPO DE ADULTO MAYOR DE NEIVA
(HUILA) SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM

JOSEPH SANTIAGO CUENCA CARDOSO
JOHN ALEXANDER IDÁRRAGA GIRALDO
CAROL LIZETH LIÉVANO LOZANO
ANDRÉS FELIPE MEDINA PÉREZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA – HUILA
2023

AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN UN GRUPO DE ADULTO MAYOR DE NEIVA
(HUILA) SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM

JOSEPH SANTIAGO CUENCA CARDOSO
JOHN ALEXANDER IDÁRRAGA GIRALDO
CAROL LIZETH LIÉVANO LOZANO
ANDRÉS FELIPE MEDINA PÉREZ

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar el título de
Enfermero

Asesora:
RUTH DIAZ SÁNCHEZ
Enfermera

Magister en asesoría familiar y gestión de programas para la familia
Grupo de Investigación Cuidar-Línea de Investigación Cuidado Holístico

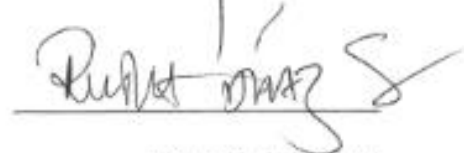
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA – HUILA
2023

Nota de aceptación

Aprobado



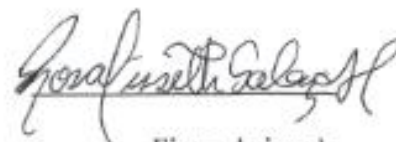
Firma del presidente del jurado



Firma de la asesora



Firma de jurado



Firma de jurado

AGRADECIMIENTO

Al concluir esta etapa maravillosa de nuestra vida como lo es la universidad queremos extender un profundo agradecimiento a quienes hicieron posible este sueño, aquellos que junto a nosotros caminaron en todo momento y siempre fueron apoyo, motivación y fortaleza para cumplir nuestras expectativas y metas.

Nuestra gratitud, al programa de Enfermería, y mayor y más sincero agradecimiento a nuestra asesora de proyecto de grado, Magister Ruth Diaz Sánchez, y a cada docente que con su apoyo y enseñanza construyeron las bases de nuestra vida profesional.

DEDICATORIA

Queremos hacer mención en especial a Dios, a nuestros padres, y a los docentes que participaron y aportaron su granito de arena para apoyar nuestro proyecto, gracias a ustedes por demostrarnos paciencia, y por ayudarnos a superar los obstáculos que se nos presentaron.

Joseph Santiago
John Alexander
Carol Lizeth
Andrés Felipe

CONTENIDO

	Pág.
1. JUSTIFICACIÓN	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3. OBJETIVOS	17
3.1. OBJETIVO GENERAL	17
3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS	17
4. MARCO TEÓRICO	18
4.1. AUTOCAUIDADO	18
4.2. AGENCIA DE AUTOCAUIDADO	18
4.3. ADULTO MAYOR	19
4.3.1. Persona	19
4.3.2. Salud	19
4.3.3. Enfermería	20
5. MARCO DE REFERENCIA	21
5.1. INTERNACIONAL	21
5.2. NACIONAL	23
5.3. LOCAL	24
6. ASPECTOS METODOLÓGICOS	25
6.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	25
6.2. DISEÑO	25

6.3. ÁREA DE ESTUDIO	Pág. 25
6.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	25
6.4.1. La población	26
6.4.2. La muestra	26
6.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	26
6.5.1. Inclusión	26
6.5.2. Exclusión	26
6.6. FASES DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	27
6.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	30
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
8. RESULTADOS	35
9. DISCUSIÓN	47
10. RECOMENDACIONES	49
11. CONCLUSIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXO	55

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Caracterización de variables socio demográficas del grupo promoviendo salud para vivir	.35
Tabla 2. Caracterización de variables de riesgo cardiovascular de los adultos mayores del grupo promoviendo salud para vivir	38
Tabla 3. Promedio de respuestas para el instrumento de la Agencia de Autocuidado en adultos mayores del grupo promoviendo salud para vivir	40
Tabla 4. Resultados del instrumento Agencia de Autocuidado (ASA)	42
Tabla 5. Resultados por dimensiones del instrumento Agencia de Autocuidado (ASA)	43
Tabla 6. Relación de Agencia de Autocuidado y variables	44

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Caracterización Sociodemográfica	56
Anexo B. Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado	57
Anexo C. Consentimiento y desistimiento informados	59
Anexo D. Autorización uso de la escala ASA	64
Anexo E. Declaración de no conflictos de intereses	65

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es una preocupación emergente a nivel mundial, la proporción de adultos mayores aumenta rápidamente. Este fenómeno conlleva mayores dependencias económicas, físicas y de salud. La agencia de autocuidado es crucial para abordar esta problemática, permitiendo a los adultos mayores tomar medidas para mantener su salud y bienestar.

Objetivo: Determinar la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores del grupo promoviendo salud para vivir de la ciudad de Neiva, durante el segundo semestre del año 2022.

Metodología: Tipo de estudio cuantitativo descriptivo transversal, la población de estudio estuvo conformada con (N=240) adultos, el cual fue calculado con el programa STATA dando como tamaño de la muestra de (n=149) adultos mayores. Se recolectó la información con dos instrumentos sobre variables sociodemográficas y de riesgo cardiovascular; y la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado en Colombia (ASA). se contó con aval del comité de ética.

Resultados: El estudio revela que el 59,7% de los adultos mayores poseen alta agencia de autocuidado, mientras que el 38,9% necesita apoyo adicional. Los resultados resaltan la importancia de intervenciones específicas para mejorar su capacidad de autocuidado y calidad de vida. Las dimensiones más fuertes son las personales, consumo de alimentos y actividad/reposo.

Conclusiones: Este estudio identifica variables sociodemográficas favorables y factores de riesgo cardiovascular en adultos mayores, destacando un alto nivel de agencia de autocuidado (59,7%). El sexo y el tiempo de pertenencia al grupo influyen en el autocuidado, evidenciado en las intervenciones de enfermería realizadas.

Palabras clave: Enfermería, Adulto Mayor, Cardiovascular, Autocuidado y enfermedades crónicas

ABSTRACT

Population aging is an emerging concern worldwide, with the proportion of older adults increasing rapidly. This phenomenon brings with it increased economic, physical and health dependencies. Self-care agency is crucial to address this issue, enabling older adults to take action to maintain their health and well-being.

Objective: To determine the capacity of self-care agency in older adults of the group promoting health for living in the city of Neiva, during the second semester of the year 2022.

Methodology: Type of cross-sectional descriptive quantitative study, the study population consisted of (N=240) adults, which was calculated with the STATA program giving a sample size of (n=149) older adults. Information was collected with two instruments on sociodemographic variables and cardiovascular risk; and the Self-Care Agency Assessment Scale in Colombia (ASA), which was endorsed by the ethics committee.

Results: The study reveals that 59.7% of older adults have high self-care agency, while 38.9% need additional support. The results highlight the importance of specific interventions to improve their self-care capacity and quality of life. The strongest dimensions are personal, food consumption and activity/rest.

Conclusions: This study identifies favorable sociodemographic variables and cardiovascular risk factors in older adults, highlighting a high level of self-care agency (59.7%). Gender and length of group membership influence self-care, as evidenced by the nursing interventions performed.

Keywords: Nursing, Elderly, Cardiovascular, Self-care and chronic diseases.

1. JUSTIFICACIÓN

Las intervenciones de los profesionales de enfermería deben ser guiadas de acuerdo con los conocimientos previos y las capacidades de los pacientes, este punto de partida le brinda al profesional una base para establecer acciones de cuidado que pueden estar guiadas desde la educación para la salud e incentivar al paciente a ser gestor de su bienestar (6).

En este sentido, la potenciación del autocuidado en los adultos mayores conlleva a mejorar la calidad de vida, la salud y el bienestar de los mismos, más aún para aquellos que padecen una enfermedad crónica. El autocuidado se asocia con conceptos de autogestión, autonomía del paciente y el empoderamiento, todos relacionados con la capacidad que tienen las personas para continuar con su vida por sí misma, como un todo, aun sin contar con ayuda, usando su capacidad de elección hacia el desarrollo de estrategias que mantengan o mejoren su salud (6).

Desde la disciplina de enfermería, la descripción de la agencia de autocuidado en adultos mayores conlleva a identificar las necesidades de la población, que a nivel general pueden ser estimadas por características propias del proceso de envejecimiento, sin embargo, el curso de vida siempre es permeado por diversos factores que permiten se vivencie de forma diferente. El caracterizar a un grupo consolidado, permite gestionar estrategias específicas para la gestión de su autocuidado.

Teóricamente se ha descrito que la agencia de autocuidado en adultos mayores aumenta posterior a la intervención educativa dada por enfermería (11,12). De este modo, el aporte disciplinar de este proyecto se enfoca no solo desde el fundamento teórico con Dorothea Orem, sino que además les permite a los enfermeros en formación participar en las actividades de capacitación e intervenciones para aumentar los niveles de agencia de autocuidado (13).

En relación con el aporte teórico, de acuerdo con la búsqueda de artículos realizada, se han desarrollado investigaciones al nivel internacional y nacional acerca del tema, en el Huila solo se halló un repositorio acerca del tema, en una población con patología cardíaca.

El valor social de este trabajo radica en la necesidad de cuantificar la agencia de autocuidado que poseen los adultos mayores de Neiva, y con ello dar claridad

acerca de los hábitos, capacidades y disposición que hay en los adultos mayores, y cómo esto influye directamente en su patología y estilo de vida.

La investigación es viable debido al trabajo articulado desde el ámbito investigativo que se ha venido desarrollando con el grupo promoviendo salud para vivir y la Universidad Surcolombiana, en relación con los recursos humanos se cuenta con la asesoría y un grupo de trabajo con conocimientos amplios acerca de la temática a investigar.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con el devenir de los tiempos, el envejecimiento ha dejado ser una problemática específica de países desarrollados, para convertirse en una realidad emergente en la población mundial. Según Varela y Gallego (2015), la población mayor de 60 años se convertirá en un segmento demográfico amplio, previendo que, a finales de la década de 2050, el grupo estará totalizado en millones de personas(1).Entes a nivel internacional, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) reafirman la problemática, aseverando que entre los años 2000 y 2050 la proporción de adultos mayores de 60 años se duplicará pasando de 11 a 22% (2,3).

En Colombia el Ministerio de Salud y Proyección Social describe teniendo como base las cifras del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 realizado por el DANE, que la población mayor a 59 años pasó de 2.142.219 en el año 1985, a 5.752.958 en el año 2018. Con un crecimiento anual del 3.5%, superior al 1,7% de la población total. La pirámide con base poblacional amplia de 1985 se transforma a un perfil constrictivo en el 2018, tendiendo al envejecimiento poblacional, debido a los siguientes factores: Disminución de la fecundidad, disminución de la mortalidad y aumento de la expectativa de vida (4).

En suma, las proyecciones de cambio demográfico a nivel nacional para el periodo 2018 – 2070 indican que la esperanza de vida al nacer en años será de 77, 92 para los hombres y de 83.53 para las mujeres, aumentando significativamente en relación con los 73.32 y 79.75 promedio de años para hombres y mujeres respectivamente, descritos en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 (5).

El aumento de la población adulta mayor es proporcional a un alza en la dependencia económica, física y en salud, en este curso de vida las personas presentan áreas de capacidad restringida debido a la disminución fisiológica de sus capacidades físicas, sociales y cognitivas(6), esta problemática se exagera ante la ausencia de redes sociales de apoyo que contribuyan en el mantenimiento de la calidad de vida del adulto mayor(7).

Ante el escenario planteado, la agencia del autocuidado se convierte en una estrategia determinante para mitigar la problemática descrita, de acuerdo con Dandicourt el autocuidado es un concepto introducido por Dorothea Orem en 1969, y es definido como una *actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida*

por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que le afectan en beneficio de su vida, salud o bienestar(8).

De este modo, Orem convierte el autocuidado en una decisión individual e introspectiva para tomar acciones frente a factores de riesgo modificables, que contribuyan al mantenimiento de la salud y el bienestar de cada uno. En complemento, el modelo descrito por la teórica describe que existen unos factores condicionantes básicos que integran al individuo y que afectan su capacidad para ocuparse de su autocuidado, como lo son la edad, el sexo, el nivel educativo, factores familiares, el nivel de salud y el entorno(8)

Los estudios realizados con la población adulta mayor han encontrado deficiente agencia de autocuidado en los participantes, para el caso de puntajes positivos se han encontrado relacionadas con variables de carácter individual como lo son la edad sobre los 50 años, nivel socioeconómico alto, casados, grados educativos tecnológicos o universitarios, y aquellos que practicaban actividades recreativas (9).

Estudios como los de Fernández 2011, indican que la baja agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes deben ser identificados, caracterizados e intervenidos, pues se traducen en necesidades de cuidado que requieren intervención por la disciplina enfermera, siendo el cuidado y la promoción del mismo uno de sus ejes transversales (10).

Por tanto, el identificar la agencia de autocuidado en adultos mayores de acuerdo con la teoría de autocuidado, parte del hecho de concebir que los pacientes pueden aprender a cuidarse a sí mismos a través de la comunicación interpersonal siendo guiados por la disciplina enfermera. Muchas dimensiones, como el seguimiento de los patrones del tratamiento farmacológico y no farmacológico, de posibles complicaciones y el acceso a la asistencia médica cuando sea necesario, así como la obtención de información sobre la enfermedad, pueden ser evaluados dentro del ámbito del autocuidado (6).

El grupo promoviendo la salud para vivir, fue constituido hace aproximadamente 12 años siendo precursores adultos mayores de la comuna número uno, quienes se reunían para desarrollar actividad física en los campos deportivos de la universidad Surcolombiana de la ciudad de Neiva Huila, aun así y habiéndose posteriormente integrado a proyectos propios de la casa de estudios, no se han realizado intervenciones para la medición de la agencia de autocuidado.

Ante la necesidad de explorar y describir el grado de la variable (agencia de autocuidado) en los adultos mayores de este grupo, esta propuesta investigativa se plantea la siguiente pregunta de investigación: *¿cuál es la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores del grupo promoviendo salud para vivir de la ciudad de Neiva, durante el segundo semestre del año 2022?*

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores del grupo promoviendo salud para vivir de la ciudad de Neiva, durante el segundo semestre del año 2022.

3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas los adultos mayores que asisten al grupo promoviendo salud para vivir.
- Caracterizar variables de riesgo cardiovascular de los adultos mayores que asisten al grupo promoviendo la salud para vivir.
- Interpretar las dimensiones de agencia de autocuidado de los adultos mayores del grupo promoviendo salud para vivir.
- Identificar la relación entre las variables sociodemográficas y la capacidad de agencia de autocuidado de los adultos mayores que asisten al grupo promoviendo salud para vivir.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. AUTOCUIDADO

Es la identificación y toma de decisiones realizadas voluntariamente por el ser humano aprendidas en el transcurso del desarrollo de su vida diaria, en base a sus necesidades físicas, emocionales, mentales y espirituales, a través del control de aquellos factores externos o internos que pudiese interferir con su proceso vital. El autocuidado es pieza importante al momento de la promoción de salud y prevención de la enfermedad, más allá del contexto individual, haciéndole frente incluso a las discapacidades físicas y mentales a través del acompañamiento a nivel familiar y comunitario. “El autocuidado es un fenómeno activo, que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir el curso de acción apropiado”(14)

Rodríguez et al, 2013 indica que este constructo es muy utilizado en la disciplina enfermera, desde que Dorotea Orem lo conceptualizó en la Teoría General de Enfermería, la cual tiene tres subteorías (autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería). mientras que el concepto capacidad de agencia de autocuidado lo define como la cualidad, aptitud o habilidad de la persona que le permite realizar una acción intencionada para participar en el autocuidado; habilidad que es desarrollada en el curso de la vida diaria por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje que incluye: atender, entender, regular, adquirir conocimientos, tomar decisiones y actuar. Orem denominó factores básicos condicionantes (FBC) a los factores internos y externos que modifican la capacidad de la persona para cuidarse de sí, entre ellos: la edad, el sexo, la etapa evolutiva de desarrollo, los patrones de vida, las condiciones socioeconómicas, los factores socioculturales, el sistema familiar, el medio ambiente, el estado de salud y el sistema de salud. (9)

4.2. AGENCIA DE AUTOCUIDADO

En 1969 la teorista Dorotea Orem introduce por primera vez el concepto de autocuidado en salud, definiéndolo como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Sumado a lo anterior, la persona capaz de llevar a cabo dichas conductas, tareas y acciones encaminadas

a su salud y bienestar, eran reconocidas como agentes de autocuidado. Por lo tanto, la capacidad que tiene una persona para satisfacer sus propias necesidades orientadas a su salud se conoce hoy día como agencia de autocuidado. En suma, los seres humanos se caracterizan por la constante evolución y capacidad de adaptación que manejan, bien sea respecto a si mismos o a su entorno. No obstante, existen individuos que carecen de dicha cualidad y eso hace que la demanda total a la que se enfrentan exceda su capacidad para responder a ella y es allí cuando se emplea el término, introducido a la enfermería, por Orem, déficit de autocuidado, refiriéndose a la incapacidad de una persona para llevar a cabo las acciones necesarias para suplir su autocuidado, es decir cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar en pro de su salud y bienestar, y es cuando se requiere ayuda, bien sea de un familiar, amigo o algún miembro de la salud, para suplir aquellas demandas que impiden el desarrollo de salud y bienestar(15) (17).

4.3. ADULTO MAYOR

Son múltiples las maneras y condiciones en las que envejece una persona, son diferentes los descensos y deterioros de las capacidades físicas, biológicas y psicológicas por las que se atraviesa. En Colombia, una persona es considerada adulto mayor cuando llega a la edad de 60 años. Es en ese momento en el que comienza esta nueva etapa, este nuevo curso vital intrínseco e irreversible denominado vejez, caracterizado por la construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas (16) .

Tomando como base teórica los conceptos meta paradigmáticos de Dorotea Orem, se establece(17):

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

4.3.2. Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo

progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

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

Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.(17)

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1. INTERNACIONAL

En Japón Tanimura et al. 2017, realizaron un estudio cuantitativo longitudinal con 133 participantes mayores de 65 años o más, con el fin de identificar la relación entre el autocuidado agencia, estilo de vida, condición física y fragilidad entre las personas mayores que vivían en la comunidad en una zona rural de Japón. Los hallazgos indicaron que mejorar la agencia de autocuidado, el ejercicio regular y las habilidades de manejo de enfermedades crónicas y discapacidades pueden disminuir la progresión de la fragilidad (12).

Ong-artborirak y Seangpraw 2019, establecieron como objetivo, estudiar la asociación entre los comportamientos de autocuidado y la calidad de vida en los ancianos de grupos étnicos minoritarios seleccionando como área de estudio tres provincias de la parte norte de Tailandia, con un total de 810 ciudadanos de edad avanzada participantes, los resultados indicaron que la promoción de la salud para mejorar los comportamientos de autocuidado deben alentarse a través de la cultura, la tradición y las creencias de grupos étnicos particulares. Los servicios de salud proactivos y la concientización sobre la salud deben ser promovidos por las agencias de salud y las organizaciones relacionadas para mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida entre las personas mayores de los grupos étnicos minoritarios(18).

En México, Peza et al. 2019 busco mediante un estudio cuantitativo, de alcance correlacional, cuasiexperimental con adultos mayores que viven con diabetes mellitus 2, evaluar la agencia de autocuidado en la vida diaria del adulto mayor que vive con diabetes mellitus 2, antes y después del apoyo educativo de enfermería. En la evaluación de agencia de autocuidado se encontró en la primera medición 83.3% con calificación muy buena y 16.7 buena, pasando al 100% muy buena en la segunda medición. Wilcoxon $z=-2.572$ $p=.01$. Concluyendo que la agencia de autocuidado en los adultos mayores que viven con diabetes mellitus tipo 2 aumenta posterior al apoyo educativo(11).

Yoshimura et al. 2021, investigó la relación entre actividad física y agencia de autocuidado, factores demográficos y condición física en adultos mayores de la ciudad de Hino zona rural de la prefectura de Tottori (Japón), los resultados indicaron mayor proporción de mujeres que de hombres realizaban actividad física.

Independientemente de la edad y el sexo, muchos de los participantes realizaron ejercicios de estiramiento, caminar, ejercicios de radio, ejercicios de televisión y participaron en círculos comunitarios. Los participantes que realizaban actividades físicas tenían puntuaciones de agencia de autocuidado significativamente más altas que los participantes inactivos. Entre los participantes activos, la puntuación de agencia de autocuidado fue significativamente mayor para las mujeres que para los hombres ($p = 0,04$) y también fue significativamente mayor para los participantes de ≥ 75 años en comparación con los de < 75 años. Los individuos con alta agencia de autocuidado tendían a participar en programas locales y realizar actividades físicas breves en casa. En sus conclusiones se describe la necesidad de apoyo por expertos en salud de la comunidad para promover la actividad física adecuada entre los adultos mayores adaptada a la edad y el sexo, especialmente entre los adultos mayores que tienen una agencia baja de autocuidado(19).

En Turquía, Zubaroğlu Yanardağ, Özmen, y Sümeyye (2021), realizaron un estudio cuantitativo correlacional con 394 personas mayores que residían en el centro de la ciudad de la provincia de Burdur con el fin de indagar acerca de las relaciones entre la agencia de autocuidado y las percepciones de bienestar de las personas mayores y revelar si la agencia de autocuidado y el bienestar difieren o no en función de algunas características sociodemográficas, encontrando que al aumentar las percepciones sobre la agencia de autocuidado aumentó estadísticamente las percepciones de bienestar ($t = 9,069; p < 0,001$). Además, se determinó que los puntajes de bienestar de los participantes mostraron diferencias significativas en cuanto a los grupos de edad, y sus puntajes de agencia de autocuidado y bienestar mostraron diferencias estadísticamente significativas según el nivel educativo (6).

Dural et al. 2022 investigó el efecto del apoyo social percibido sobre la agencia de autocuidado y la soledad entre los ancianos musulmanes utilizando un diseño transversal, incluyendo a 965 ancianos, los resultados indicaron una correlación positiva entre el apoyo social percibido y la agencia de autocuidado y una correlación negativa entre el apoyo social percibido y la soledad en los ancianos musulmanes(20)

Bati, Polat and Akkus (2022) realizaron un estudio cuantitativo correlacional con 163 ancianos de un hospital universitario, buscando determinar la relación entre la agencia de autocuidado y la ansiedad ante la muerte en ancianos. Allí se encontró una correlación positiva muy débil entre la agencia de autocuidado y la ansiedad ante la muerte ($p = 0,044$, $r = 0,158$). Los adultos mayores sin ingresos regulares tenían niveles más altos de ansiedad ante la muerte en comparación con aquellos

con ingresos regulares ($p < 0,05$). Se encontró una diferencia significativa en los niveles de ansiedad ante la muerte con respecto al sexo y estado civil ($p < 0,05$)(13).

5.2. NACIONAL

En Medellín Rodríguez et al. 2013, desarrollaron un estudio cuantitativo transversal, con una muestra por conveniencia de 266 personas con insuficiencia cardiaca de dos instituciones hospitalarias de la ciudad de Medellín (Colombia) desde 2007 a 2011, buscando explorar la asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado con algunos factores básicos condicionantes relacionados con la agencia de autocuidado. Encontrando que capacidad de agencia de autocuidado fue deficiente en el 47,0% de los participantes. Los mayores puntajes de ASA se encontraron en las personas de 50 años, en los niveles socioeconómicos más altos, en los casados, en los que tenían educación tecnológica o universitaria, los que practicaban actividades recreativas, los que tenían cualquier tipo de apoyo social, estaban en clase funcional I y en la fracción de eyección de 40%. En análisis de regresión logística mostró que la agencia de autocuidado suficiente está relacionada con la fracción de eyección, la edad y el estado (9)

En Boyacá, Fernández y Manrique 2011, realizaron un estudio cuantitativo transversal con 240 adultos mayores, para determinar la agencia de autocuidado y los factores básicos condicionantes en adultos mayores con hipertensión arterial, encontrando baja agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes que ameritan la atención por enfermería.(10)

En Florencia, estudiaron la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con insuficiencia Renal Crónica en diálisis, así como su relación con las características sociodemográficas y clínicas. La población estuvo conformada por 111 personas dializadas en una unidad renal de Florencia (Colombia). Los resultados indicaron una edad promedio de la población 56 años (DE: +14); género masculino 55.9%; su capacidad de agencia de autocuidado fue alta y media (80,2% y 19,8%) respectivamente; se encontró significación entre la variable capacidad de autocuidado y edad, que indica que, a mayor edad, disminuye la capacidad de autocuidado ($p=0,024 < 0,05$), además manifestaron mejor percepción del estado de salud aquellas personas con mayor grado de capacidad de agencia de autocuidado ($p=0,004 < 0,05$). Concluyendo que capacidad de agencia de autocuidado de las personas dializadas, se caracterizó por estar entre los niveles de alta y media capacidad, sin embargo, se requiere de intervenciones del profesional de

Enfermería y del equipo de salud, basadas en las necesidades individuales para mantener y mejorar su autocuidado.

5.3. LOCAL

Un repositorio del autor Reinaldo Gutiérrez, tuvo como objetivo describir la relación que existe entre la capacidad de agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en personas con cardiopatía isquémica que asisten a la Fase II del programa de rehabilitación cardíaca en la Clínica Medilaser de la ciudad de Neiva. El diseño del estudio fue descriptivo, de correlación, con abordaje cuantitativo y de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 61 personas, a quienes voluntariamente se les aplicó a escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado, hallando como resultado una relación débil positiva con el coeficiente de correlación de Rho de Spearman de p ($r=0,221, p<0,05$) y como resultado del análisis de correlación de las variables que conformaban los respectivos instrumentos, mediante análisis de correlación canónica, se encontró una relación de ($r_c=0.879, p<0.05$), Confirmando la naturaleza próxima entre la el autocuidado y la autoeficacia. Análisis adicionales del estudio, determinaron que el autocuidado se relaciona de manera significativa con el cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito, en cuanto a la autoeficacia se encontró una relación con el tabaquismo (21).

6. ASPECTOS METODOLÓGICOS

6.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Para determinar el nivel de agencia de autocuidado de los adultos mayores del grupo “promoviendo salud para vivir” de la ciudad de Neiva, se desarrolló un estudio desde el enfoque cuantitativo definido por Sampieri 2014 (22) como un conjunto de procesos organizado de forma secuencial, en este caso para obtener la medición de unas variables específicas en una muestra.

6.2. DISEÑO

Desde el enfoque cuantitativo, se desarrolló un estudio transversal descriptivo, el cual busca indagar el nivel o estado de una o más variables en una población en un único momento de tiempo(22). Para el caso de este proyecto la variable principal es la agencia de autocuidado junto a variables sociodemográfica para la caracterización de los participantes del estudio.

6.3. ÁREA DE ESTUDIO

El Diseño del estudio SE ORIENTA DESDE la premisa del paradigma positivista (racionalista, cuantitativo), que pretende explicar y predecir hechos a partir de relaciones causa-efecto, en donde el investigador busca la neutralidad y prevalece la objetividad(23).

La investigación se desarrolló en la ciudad de Neiva, capital del departamento del Huila, ubicada al sur colombiano. El barrio Santa Inés se encuentra ubicado en la comuna noroccidental de Neiva conformada por 19 barrios, con área urbana sobre el margen derecho del río Magdalena, entre las cuencas hídricas del río la Ceibas y la quebrada Mampuesto.

La población a abordada se reúne periódicamente para dar cumplimiento a aspectos propios del grupo en la sede central de la Universidad Sur colombiana.

6.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

6.4.1. La población: Objeto de estudio, estuvo conformada por 240 adultos mayores pertenecientes al grupo promoviendo salud para vivir en la ciudad de Neiva.

6.4.2. La muestra: Dado que se contó con una población (N: 240) de adultos mayores, dato aportado por el coordinador del grupo, el número de unidades muestrales necesarias para conformar la muestra (n) calculado con programa STATA con un error máximo del 5%, y un nivel de confianza del 95%:

- Tamaño del universo: 240 adultos mayores del grupo salud para vivir.
- Error máximo aceptable del: 5%
- Porcentaje estimado de la muestra: 50%
- Nivel de confianza del 95%
- Tamaño de muestra: 149

6.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

6.5.1. Inclusión:

- Pertenecer activamente al grupo salud para vivir.
- Estar vinculados al grupo con una antigüedad mínima de seis meses.
- Mujeres y hombres con edades superiores a los 60 años.
- Adultos mayores que deseen participar voluntariamente del estudio.

6.5.2. Exclusión:

- Padecer alguna enfermedad que afecte la esfera mental.
- Adultos mayores con discapacidad auditiva. Proceso de recolección de la información

6.6. FASES DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En la fase 1 se presentó el proyecto ante el comité técnico (junta directiva del proyecto) obteniendo el aval para su ejecución. Seguidamente se socializo con los adultos mayores pertenecientes al grupo Promoviendo Salud para Vivir, de igual forma, se les informo que su participación era voluntaria por lo que firmaron el consentimiento informado previo conocimiento de mismo.

Fase 2: Se inicio la recolección de datos en el mes de diciembre del 2022, donde se aplicaron los instrumentos caracterización de variables y agencia de autocuidado, de manera personalizada.

Se realizó la toma de signos vitales a los adultos mayores, esta, se realizó en el consultorio de enfermería, ubicado en el área de bienestar universitario de la Universidad Surcolombiana. Allí se logró medir la tensión arterial, perímetro abdominal, peso y talla de cada adulto mayor participante del estudio, guardando su privacidad, con esta actividad se finalizó la recolección de la informa por parte de los investigadores.

En la fase 3, Se realizó la tabulación de los resultados con la asesoría de un estadístico y utilizando el programa Python para tabular y clasificar la información recolectada en tablas, según los objetivos del estudio. Se utilizaron las siguientes medidas para el análisis de la información: la moda, mediana, percentiles y desviación estándar, permitiendo el estudio estadístico de los datos recolectados y la obtención de los resultados.

Los datos se recolectaron de manera presencial en las instalaciones de la Universidad Surcolombiana, sede central por los investigadores, mediante dos instrumentos de recolección de la información: El primero, fue estructurado por los investigadores con el fin de dar cumplimiento a los objetivos específicos de esta investigación, realizando la caracterización de las variables (Anexo A) teniendo en cuenta a las siguientes variables:

Variab les	Descripción	Categoría o dimensiones	Escala de medición
Edad	Número de años cumplidos a partir de la fecha de nacimiento.	Edad en años	Ordinal
Sexo	características fenotípicas que distinguen al hombre de la mujer.	Hombre Mujer	Nominal
Ocupación	Actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura	Empleado Ama de casa Independiente Pensionados	Nominal
Estrato socioeconómico	Es un instrumento de equidad social para el cobro de los servicios públicos domiciliarios	1- 2 – 3- 4	Ordinal
Escolaridad	Nivel académico	Ninguna Primaria incompleta Primaria Secundaria incompleta Secundaria Pregrado Posgrado	Nominal
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	Soltero Casado Viduo Divorciado Unión libre	Nominal
Ingreso económico	Cantidad de dinero mensual que se recibe por su actividad productiva.	Menos de 1 SMLV 1 SMLV Más de 1 SMLV	Ordinal
Red de apoyo familiar y social	Conjunto flexible de personas con las que mantenemos un contacto frecuente y un vínculo social cercano.	Si ____ No_____ Quienes____	Nominal
Antigüedad en el grupo de	Tiempo que transcurre entre la vinculación al grupo y la fecha de realización del estudio en años	Menos de 1 año De 1 a 5 años Más de 5 años	Ordinal

adulto mayor			
Relaciones con la red de apoyo familiar	Cualificación acerca de su percepción de apoyo o solidaridad por la red familiar	Fuertes Débil Estresante	Nominal
Peso	Masa corporal medida en kilogramos	Peso en kilogramos	Razón
Talla	Suma de longitud de los segmentos y subsegmentos corporales	Talla en centímetros	Razón
Presión arterial	Fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias	<120 mm Hg PAS y < 80 mm Hg PAD 120-129 mm Hg PAS y < 80 mm hg PAD 130-139 mm Hg PAS y 80-89 mm hg PAD 140-159 mm Hg PAS y 90 - 99 mm hg PAD > o = 160 mm Hg y > O = 100	Ordinal
Perímetro de cintura medido por debajo de las costillas (cm)	Valor en centímetros de la circunferencia abdominal.	Hombre: Menor de 94 cm Mayor o igual a 94 cm Mujer: Menor de 90 cm Mayor o igual a 90 cm	Razón
IMC	Peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros	Bajo peso (<18,5) Peso normal (18,5-24,9) Sobrepeso (25 - 29,9) Obesidad grado I (entre 30 a 34,9)	Razón

		Obesidad Grado II (entre 35 a 39,9) Obesidad grado III (Mayor o igual a 40)	
Enfermedad Crónica	Presencia de una patología crónica no trasmisible	Hipertensión Diabetes Hipertensión y diabetes Otra: _____	Nominal

Para estimar la variable agencia de autocuidado se utilizó el instrumento Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado en Colombia (ASA) (ANEXO B) el cual está constituido por 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert, donde el 1 (nunca) y 4 (siempre). La capacidad de agencia de autocuidado en la escala ASA se evaluó según las siguientes categorías:

Rango	Grado de agencia de autocuidado
24- 43	Muy baja agencia de autocuidado
44- 62	Baja agencia de autocuidado
63-81	Regular agencia de autocuidado
82 - 96	Alta agencia de autocuidado

El instrumento está avalado por la Universidad Nacional de Colombia, y creado por Isenberg, basado en el modelo de la teórica antes expuesta, ajustado y adaptado al castellano por Esther Gallego, y acondicionado y adaptado al contexto colombiano por Edilma Gutiérrez de Reales, y con la participación de colaboradores: Fred Manrique Abril y Alba Fernández, validado en adultos mayores.

6.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los cuestionarios se aplicaron a la muestra y posteriormente fueron tabulados en una matriz de Excel, el análisis de la información se realizó mediante el lenguaje de programación Python de carácter gratuito, con el fin de llevar a cabo un análisis estadístico descriptivo de cada variable. Al ser un estudio de enfoque cuantitativo se hizo necesario de estadística descriptiva y las medidas de tendencia central (moda, mediana y media), ya que mediante esta se organizaron los datos de forma numérica para su respectivo análisis, de esta forma se logró: con la mediana, dividir

los datos por la mitad, la moda se usó para hallar el dato con mayor frecuencia en la distribución y la media para definir el promedio de los datos obtenidos.

Lo anterior se complementó con porcentajes que ayudaron a desarrollar la distribución de frecuencias, usando porcentajes válidos y porcentajes acumulados, lo cual se soportó a través de tablas y gráficos que contribuyeron el análisis de frecuencia.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el estudio se tomó en cuenta los criterios éticos planteados por el Ministerio de Salud de Colombia en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 “Por lo cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud” (24). Según el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por tratarse de un proyecto de investigación cuantitativo transversal la clasificación del nivel de riesgo para los participantes es sin riesgo, ya que no pone en riesgo la integridad física ni mental de los sujetos del estudio.

Los principios éticos que se tuvieron en cuenta, según la presente normatividad y el tipo de estudio. En el Título II, Capítulo I, artículo 6, literales d, e, f, g, señalan la importancia de *dar a conocer a las personas que participan en las investigaciones los riesgos mínimos*, así como el consentimiento informado y que la investigación se adelantó por profesionales con experiencia en el área, previo respaldo de una institución investigadora y de la institución donde se realizó la investigación. El Artículo 8, que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Por lo anterior, a fin de mantener la privacidad y confidencialidad de los y las participantes en el estudio, los nombres no aparecieron en los instrumentos de recolección de datos de esta investigación, estos solo fueron conocidos por los investigadores.

La información obtenida en este estudio sólo fue utilizada para los fines de esta investigación, al respecto, el Artículo 14 plantea que se entiende por consentimiento informado (ANEXO C) el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

El Artículo 15 exige que el consentimiento informado deberá presentar la información completa sobre el proyecto de investigación, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla. Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes.

Estos son los lineamientos para un consentimiento informado con buenas prácticas investigativas:

De acuerdo con la Ley estatutaria 1581 de 2012 (25) , por la cual se dictan las disposiciones para la protección de datos personales, cuyo objeto contenido en artículo 1° describe : *“Desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de constitución política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma”*, para el desarrollo de esta investigación se garantizará la confidencialidad y privacidad de los datos e información suministrada por los participantes bajo la forma del acuerdo de confidencialidad que será firmado por los investigadores.

Así mismo, se garantiza el cumplimiento del decreto 1337 de 2013 (26) por el cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012, derogado parcialmente por el decreto 1081 de 2015, bajo la premisa de que solo se solicitarán datos públicos definidos en el artículo 3° numeral dos, dejando de lado la solicitud de datos sensibles descritos en el mismo con numeral tres, no se realizará transferencia ni transmisión de los mismos. De acuerdo con lo descrito los artículos 4° y 5° se garantizó la protección de datos personales y autorización para el tratamiento de los mismos, manteniendo la prioridad de recolectar datos personales solo bajo la autorización del titular. Así mismo, teniendo en cuenta el artículo 9° el cual describe la revocatoria de autorización y/o supresión del dato, aclarando que en todo momento los titulares poseen la facultad de revocar la autorización otorgada para el tratamiento de sus datos y/o supresión de sus datos, es decir hacer efectivo el desistimiento informado (ANEXO D).

Con lo expuesto, a continuación, se detallan elementos de importancia con relación a las consideraciones éticas del proyecto de investigación:

- **Riesgo- beneficio:** Esta investigación no presentó ningún riesgo para los participantes, debido que no se realizó ninguna modificación o intervención en los mismos. Ofrecerá beneficios contribuyendo a la identificación de nivel de agencia de autocuidado en el grupo de adulto mayor, permitiendo así la gestión de estrategias que promuevan la gestión del autocuidado y por tanto contribuir al cuidado y mantenimiento de su salud de forma integral.

- Alcance: Dados los objetivos planteados se logró un alcance descriptivo cuyos elementos contribuyan a la generación de estrategias en salud para la gestión del autocuidado en adultos mayores del grupo. El radio de acción de los resultados aplica a nivel regional y nacional, siendo los resultados del estudio proyecciones de las necesidades en salud desde la agencia de autocuidado para adultos mayores, logrando de esta manera el diseño de estrategias asertivas para el abordaje de la población.
- Impacto: Se busca que los resultados de este estudio contribuyan a la salud pública al minimizar las consecuencias de la ausencia de autocuidado en los adultos mayores, representados en enfermedades crónicas no transmisibles.
- Costo-Beneficio: La identificación del grado de agencia de autocuidado en adultos mayores beneficia en primer lugar a los líderes del grupo promoviendo la salud para vivir, porque brinda herramientas para potenciar acciones de autocuidado en sus integrantes. A los adultos mayores porque a partir de la socialización de los resultados se podrán definir acciones no solo colectivas, sino individuales con relación a sus factores de riesgo modificables para el mantenimiento de la salud.

A los coinvestigadores porque el desarrollo de esta propuesta les permitirá graduarse como profesionales de enfermería, enriqueciendo además sus conocimientos para el ejercicio de su profesión.

En términos de costos, no se encontró ninguno que sea perjudicial para los participantes ya que no serán expuestos a riesgos; solamente se encontró un costo económico que es necesario para la impresión de los diferentes instrumentos que serán aplicados, además del transporte necesario para el desplazamiento de los coinvestigadores.

8. RESULTADOS

Este proyecto tuvo como objetivo principal investigar cuál es la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores del grupo promoviendo salud para vivir de la ciudad de Neiva, durante el segundo semestre del año 2022, la muestra tomada fue de 149 adultos mayores con un rango de edad entre 60 y 90 años, para ello se realizaron dos encuestas, una para la caracterización socio demográficas y el segundo, el instrumento agencia de autocuidado, estos datos fueron recolectados en la Universidad Surcolombiana ubicada en la ciudad de Neiva, en la comuna 1 y se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 1. Caracterización de variables socio demográficas del grupo promoviendo salud para vivir.

		Resultados	Media, Q1 y Q3
N		149	
Edad, mediana [Q1,Q3]		67.0	60.0,72.0
Sexo, n (%)	Hombre	31	20.8%
	Mujer	118	79.2%
Estado Civil, n (%)	Casado	59	39.6%
	Separado	32	21.5%
	Soltero	13	8.7%
	Unió libre	8	5.4%
	Viudo	37	24.8%
Escolaridad, n (%)	Postgrado	14	9.4%
	Pregrado	17	11.4%
	Primaria	20	13.4%
	Primaria incompleta	6	4.0%
	Secundaria	64	43.0%
Ocupación, n (%)	Secundaria incompleta	28	18.8%
	Desempleado	44	29.5%
	Empleado	9	6.0%
	Independiente	46	30.9%
Ingreso Socioeconómico, n (%)	Pensionado	50	33.6%
	Mas de un (1) SMLV	57	38.3%
	Menos de 1 SMLV	37	24.8%
Estrato Socioeconómico, mediana [Q1,Q3]	Un (1) SMLV	55	36.9%
	1	2.0	2.0,2.0
2			

	3		
	4		
Red de apoyo familiar , n (%)	No	7	4.7%
	Si	142	95.3%
¿Quién es su red de apoyo?, n (%)	Amigos	1	0.7%
	Esposa	15	10.1%
	Esposo	38	25.5%
	Hermanos	2	1.3%
	Hijos	84	56.4%
	Nietos	1	0.7%
	Ninguno	7	4.7%
	Prima	1	0.7%
Relaciones con la red de apoyo familiar, n (%)	Débil	5	3.4%
	Estresante	3	2.0%
	Fuerte	134	89.9%
	No aplica	7	4.7%

En la presente tabla (Tabla 1) se encuentran las variables sociodemográficas, las cuales arrojaron que la muestra estudiada posee una edad media de 67 años, dentro de los cuales el sexo que predominó con 79,2% son mujeres. Así mismo, en el estado civil, se evidenció que predominaron los casados con un 39,6%, seguido de los viudos con 24.8% respectivamente.

En cuanto a la escolaridad de los adultos mayores participantes en este estudio, se encontró que el 43% ha completado la educación secundaria. Respecto al estado laboral, el 33,6% de los participantes se encuentra pensionado, mientras que el 30,9% trabaja de forma independiente. Es importante destacar que el 38,3% de los adultos mayores cuentan con un ingreso económico superior a un salario mínimo legal vigente. Finalmente, con relación al estrato socioeconómico, se determinó que la media de los adultos mayores participantes se ubica en el estrato socioeconómico 2 (ver Tabla 1).

Por otra parte, en la red de apoyo familiar, el 95,3% de los participantes describen a sus hijos como su principal apoyo (56,4%), seguido por sus conyugues con un 35,6%. Es importante destacar que la relación con esta red de apoyo se cataloga como fuerte, lo que alude a estar caracterizada por un alto grado de cercanía, confianza, apoyo emocional y colaboración en la toma de decisiones.

La red de apoyo familiar fuerte y estable es un factor protector para la salud de los adultos mayores, ya que les brinda una sensación de seguridad emocional y ayuda a disminuir el estrés y la carga emocional que pueden generar las enfermedades crónicas y las limitaciones propias del envejecimiento. Además, una red de apoyo sólida puede ayudar a mejorar el bienestar emocional y social, lo que a su vez puede influir positivamente en la salud física y mental de los adultos mayores. Por lo tanto, es importante fomentar y fortalecer esta red de apoyo en los adultos mayores para promover su bienestar y calidad de vida.

Estos resultados destacan la importancia del soporte social y familiar en la toma de decisiones del adulto mayor respecto a su cuidado personal. En resumen, el estado civil, la red de apoyo y la educación son factores importantes que contribuyen en la agencia de autocuidado de los adultos mayores.

Tabla 2. Caracterización de variables de riesgo cardiovascular de los adultos mayores del grupo promoviendo salud para vivir.

		Resultados	Media, Q1 y Q3
N		149	
Índice de masa corporal, mediana [Q1,Q3]		27.0	24.4,29.7
Perímetro Abdominal , mediana	Hombres	95	
	Mujeres	89	
Padece de alguna enfermedad crónica no transmisibles, n (%)	No	37	24.8%
	Si	112	75.2%
Tipo de enfermedad crónica no transmisible, n (%)	Artritis	1	0.7%
	Artrosis	1	0.7%
	Cáncer	3	2.0%
	Diabetes	19	12.8%
	Fibromialgia	2	1.3%
	Gastritis	2	1.3%
	Gastritis, tiroides	1	0.7%
	Hipertensión arterial	54	36.2%
	HTA y diabetes	12	8.1%
	Hipertrigliceridemia	1	0.7%
	Ninguna	37	24.8%
	Osteoporosis	3	2.0%
	Tiroides	12	8.1%
	Trombocitopenia	1	0.7%
Categoría de la Tensión Arterial, n (%)	Elevada	23	15.4%
	Hipertensión Nivel 1	45	30.2%
	Hipertensión Nivel 2	51	34.2%
	Normal	30	20.1%
Peso, mediana [Q1,Q3]		72.0	62.0,80.0
Talla, media (SD)		161.8	7.5

Al evaluar las variables que influyen en el riesgo cardiovascular de los adultos mayores, se observó que los adultos mayores presentan una media de 72kg en el peso y de 161.8cm en la talla. Estos valores son importantes para evaluar su estado nutricional, ya que el peso y la talla son factores clave en la valoración del índice de masa corporal (IMC).

Por otra parte, el Índice de Masa Corporal (IMC) tuvo una media de 27 kg/m², indicando que el 68,4% de los adultos mayores presentan sobrepeso. Asimismo, al perímetro abdominal, se observó que las mujeres presentaron una media de 87,95 y los hombres de 96,5, lo que representa que gran parte de la población posee un alto nivel de grasa abdominal. Estos resultados sugieren que una proporción significativa de los adultos mayores participantes presentan factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Los detalles pueden consultarse en la Tabla 2.

Para las enfermedades crónicas no transmisibles, un 73,8% de los adultos refiere padecer alguna, en su mayoría la hipertensión arterial con un 36,2%, mientras que un 24,8% que refieren no tener ninguna (Ver Tabla 2).

En la evaluación de la tensión arterial de los adultos mayores en este estudio, se utilizó como escala de referencia la creada por la Asociación Americana del Corazón. Se encontró que un 34,2% de los participantes presentan hipertensión nivel 2 y un 30,2% presentan hipertensión grado 1, lo que indica que más del 60% de los adultos mayores evaluados tienen hipertensión arterial.

Estos hallazgos destacan la necesidad de implementar intervenciones de prevención y promoción de la salud que aborden estos factores de riesgo en la población de adultos mayores. Por lo tanto, es importante diseñar programas de salud específicos, que promuevan hábitos saludables, el autocuidado y el bienestar emocional y social. Además, se debe enfatizar la importancia de llevar un estilo de vida saludable, que incluya una alimentación equilibrada y actividad física adecuada, para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Finalmente, se encontró que el 53% de los adultos mayores pertenecían al grupo por más de 5 años y el 34,2% llevan de 1 a 5 años. Estos resultados indican la importancia de fomentar la participación a largo plazo de los adultos mayores en programas de cuidado y promoción de la salud, y de adaptar estos programas a las necesidades específicas de esta población. Los detalles de estos resultados se pueden consultar en la Tabla 2.

Tabla 3. Promedio de respuestas para el instrumento de la Agencia de Autocuidado en adultos mayores del grupo promoviendo salud para vivir.

N	n		%	
	149			
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantenerme con salud.], n (%)	1	2	1.3%	
	2	1	0.7%	
	3	32	21.5%	
	4	114	76.5%	
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.], n (%)	1	4	2.7%	
	2	3	2%	
	3	39	26.2%	
	4	103	69.1%	
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.], n (%)	1	9	6%	
	2	13	8.7%	
	3	24	16.1%	
	4	103	69.1%	
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.], n (%)	1	1	0.7%	
	2	2	1.3%	
	3	11	7.4%	
	4	135	90.6%	
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.], n (%)	1	3	2%	
	2	3	2%	
	3	26	17.4%	
	4	117	78.5%	
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.], n (%)	1	75	50.3%	
	2	31	20.8%	
	3	21	14.1%	
	4	22	14.8%	
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.], n (%)	1	4	2.7%	
	2	14	9.4%	
	3	44	29.5%	
	4	87	58.4%	
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.], n (%)	1	11	7.4%	
	2	13	8.7%	
	3	22	14.8%	
	4	103	69.1%	
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.], n (%)	1	7	4.7%	
	2	23	15.4%	
	3	37	24.8%	

	4	82	55%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser], n (%)	1	4	2.7%
	2	12	8.1%
	3	51	34.2%
	4	82	55%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.], n (%)	1	38	25.5%
	2	33	22.1%
	3	42	28.2%
	4	36	24.2%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.], n (%)	1	26	17.4%
	2	12	8.1%
	3	25	16.8%
	4	86	57.7%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.], n (%)	1	1	0.7%
	2	19	12.8%
	3	31	20.8%
	4	98	65.8%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.], n (%)	1	4	2.7%
	2	6	4%
	3	25	16.8%
	4	114	76.5%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.], n (%)	1	15	10.1%
	2	14	9.4%
	3	26	17.4%
	4	94	63.1%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.], n (%)	1	3	2%
	2	11	7.4%
	3	39	26.2%
	4	96	64.4%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.], n (%)	1	22	14.8%
	2	9	6%
	3	33	22.1%
	4	85	57%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.], n (%)	1	1	0.7%
	2	5	3.4%
	3	32	21.5%
	4	111	74.5%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.], n (%)	1	2	1.3%
	2	8	5.4%
	3	32	21.5%

	4	107	71.8%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Debido a mis preocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.], n (%)	1	41	27.5%
	2	30	20.1%
	3	29	19.5%
	4	49	32.9%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.], n (%)	1	1	0.7%
	2	5	3.4%
	3	28	18.8%
	4	115	77.2%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda], n (%)	1	3	2.0%
	2	5	3.4%
	3	25	16.8%
	4	116	77.9%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [Puedo sacar tiempo para mí], n (%)	1	1	0.7%
	2	5	3.4%
	3	22	14.8%
	4	121	81.2%
Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado [A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta], n (%)	2	3	2.0%
	3	26	17.4%
	4	120	80.5%

Tabla 4. Resultados del instrumento Agencia de Autocuidado (ASA)

Agencia de autocuidado, n (%)	Alta	89	59,7%
	Regular	58	38,9%
	Baja	2	1,3%
	Muy baja	0	0

Los resultados del instrumento de Agencia de Autocuidado sugieren que la mayoría de los adultos mayores que participaron en el este estudio poseen una Agencia de autocuidado alta, con un porcentaje del 59,7%. Esto indica que la mayoría de los adultos mayores tienen la capacidad de asumir la responsabilidad de su propio cuidado y tomar medidas para mantener su salud y bienestar. Sin embargo, se encontró que un 38,9% de los adultos mayores tienen una agencia de autocuidado regular, lo que sugiere que pueden necesitar apoyo adicional para mejorar su capacidad de autocuidado y promover su bienestar. Estos resultados son importantes para diseñar intervenciones específicas que aborden las necesidades de los adultos mayores y que fomenten su capacidad de autocuidado, mejorando

así su calidad de vida. Los detalles de estos resultados pueden consultarse en la Tabla 4.

Tabla 5. Resultados por dimensiones del instrumento Agencia de Autocuidado (ASA)

Social, mediana [Q1,Q3]	7.0	6.0,8.0
Personal, mediana [Q1,Q3]	44.0	41.0,46.0
Consumo suficiente de alimento, mediana [Q1,Q3]	4.0	3.0,4.0
Funcionamiento y desarrollo personal, mediana [Q1,Q3]	15.0	14.0,16.0
Actividad y reposo, mediana [Q1,Q3]	14.0	12.0,16.0

La presente tabla clasifica las 5 dimensiones del instrumento de Agencia de autocuidado, donde se encontró que las dimensiones más fuertes son, la personal, con una media de respuestas de 44 y una distribución no normal cuyo percentil 1 es 41 y su percentil 3 es 46; el consumo suficiente de alimento, con una media de 4, y una distribución no normal con percentil 1 de 3 y percentil 3 de 4; y finalmente la dimensión de actividad y reposo con una media de 14 y una distribución no normal con un percentil 1 de 12 y un percentil 3 de 16.

Tabla 6. Relación de Agencia de Autocuidado y variables.

		Total	Alta	Baja	Regular	Valor - P
N		149	89	2	58	
Sexo, n (%)	Hombre	20.8%	19.1%	100%	20.7%	0.021
	Mujer	79.2%	80.9%		79.3%	
Escolaridad, n (%)	Postgrado	9.4%	6.7%		13.8%	0.053
	Pregrado	11.4%	11.2%	50%	10.3%	
	Primaria	13.4%	13.5%		13.8%	
	Primaria incompleta	4%	2.2%	50%	5.2%	
	Secundaria	43%	46.1%		39.7%	
	Secundaria incompleta	18.8%	20.2%		17.2%	
Ocupación, n (%)	Desempleado	29.5%	32.6%	50%	24.1%	0.111
	Empleado	6%	5.6%	50%	5.2%	
	Independiente	30.9%	27.0%		37.9%	
	Pensionado	33.6%	34.8%		32.8%	
Ingreso Socioeconómico, n (%)	Mas de un(1) SMLV	38.3%	36.0%	50%	41.4%	0.871
	Menos de1 SMLV	24.8%	27.0%		22.4%	
	Un (1) SMLV	36.9%	37.1%	50%	36.2%	
Estrato Socioeconómico, mediana[Q1,Q3]		2.0, 2.0	2.0, 2.0	2.2, 2.8	2.0,2.0	0.627
Red de apoyo familiar, n (%)	No	4.7%	4.5%		5.2%	0.934
	Si	95.3%	95.5%	100%	94.8%	
¿Quién es su red de apoyo?, n (%)	Esposa	10.1%	10.1%	50%	8.6%	0.930
	Esposo	25.5%	24.7%		27.6%	
	Hermanos	1.3%	1.1%		1.7%	
	Hijos	56.4%	57.3%	50%	55.2%	
	Nietos	0.7%	1.1%			
	Ninguno	4.7%	4.5%		5.2%	
	Prima	0.7%	1.1%			
Amigos	0.7%			1.7%		
Relaciones con la red de apoyo familiar, (%)	Débil	3.4%	4.5%		1.7%	0.980
	Estresante	2%	2.2%		1.7%	
	Fuerte	89.9%	88.8%	100%	91.4%	
	No aplica	4.7%	4.5%		5.2%	
Peso, median [Q1,Q3]		62.0,80.0	61.4,78.0	92.5,117.5	64.6,80.0	0.102
Talla, mean (SD)		7.5%	7.2%	0.7%	7.8%	0.118

Índice de masa corporal, median [Q1,Q3]		24.4, 29.7	24.4,29.0	32.1, 41.0	24.6, 30.4	0.254
Perímetro Abdominal, median [Q1,Q3]		83.0, 95.0	81.0, 95.0	104.0, 122.0	86.0, 98.0	0.096
Padece de alguna enfermedad crónica no transmisibles, n (%)	No	26.2%	25.8%		27.6%	0.679
	Si	73.8%	74.2%	100%	72.4%	
Tipo de enfermedad crónica no trasmisible, n (%)	Artritis	0.7%	1.1%			0.980
	Artrosis	0.7%	1.1%			
	Cáncer	2.0%	1.1%		3.4%	
	Diabetes	12.8%	14.6%		10.3%	
	Fibromialgia	1.3%	2.2%			
	Gastritis	1.3%	1.1%		1.7%	
	hipertensión arterial	36.2%	33.7%	100%	37.9%	
	hipertensión arterial y diabetes	8.1%	6.7%		10.3%	
	Hipertrigliceridemia	0.7%	1.1%			
	Ninguna	24.8%	24.7%		25.9%	
	Osteoporosis	2%	3.4%			
	Tiroides	8.1%	7.9%		8.6%	
	Trombocitopenia	0.7%	1.1%			
	Gastritis, tiroides	0.7%			1.7%	
Antigüedad en el grupo de adulto mayor, n (%)	De1a5años	34.2%	25.8%	100%	44.8%	0.046
	Masde5años	53%	60.7%		43.1%	
	Menosde1año	12.8%	13.5%		12.1%	
total, median [Q1,Q3]		78.0, 86.0	83.0, 89.0	53.0, 59.0	74.0, 79.0	<0.001
Categoría de la Tensión Arterial, n (%)	Elevada	15.4%	16.9%		13.8%	0.071
	Htalv1	30.2%	38.2%		19.0%	
	Htalv2	34.2%	28.1%	100%	41.4%	
	Normal	20.1%	16.9%		25.9%	

Se encontraron dos variables dependientes, el sexo y el tiempo de permanencia en el grupo. En este sentido, la población femenina, fue quien tenían una mejor agencia de autocuidado. De igual forma, se encontró que a medida que el tiempo de participación del adulto mayor en el grupo de promoción de la salud aumenta, también lo hace su agencia de autocuidado, evidenciando así la importancia de las

intervenciones realizadas desde el programa de enfermería de la mano con la universidad Sur Colombiana. Adicionalmente la escolaridad no posee una relación con el autocuidado, sin embargo, su valor está muy cercano al límite estadístico (Ver Tabla 6).

Finalmente, los resultados de este estudio sugieren la necesidad de diseñar intervenciones de prevención y promoción de la salud que aborden los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en la población de adultos mayores. En este sentido, enfermería tiene un papel fundamental en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado en los adultos mayores, ya que pueden promover, diseñar e implementar programas enfocados en mejorar los estilos de vida saludable y la capacidad de autocuidado de la población. Por lo tanto, es importante continuar con estos espacios de enseñanza para mejorar la calidad de vida de la población y promover el bienestar emocional, social y físico de los adultos mayores.

9. DISCUSIÓN

En este estudio, se evaluó la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores del grupo Promoviendo salud para vivir en la ciudad de Neiva. Para ello, se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, red de apoyo y tiempo en el grupo, y variables de riesgo cardiovascular como enfermedades crónicas no transmisibles, tipo de enfermedad, peso, índice de masa corporal, tensión arterial y perímetro abdominal. El objetivo principal de esta evaluación fue determinar si existe una dependencia estadística entre estas variables y el nivel de autocuidado, evaluado mediante la escala ASA.

En cuanto a la capacidad de agencia de autocuidado de la población total; se obtuvo un nivel de agencia de autocuidado Alta en el 59,7% de los adultos mayores, el 38,9% obtuvo un nivel regular (Ver Tabla 4); la mayoría de la población mantiene un nivel Alto que se relaciona con una dependencia estadística en las variables de tiempo de antigüedad en el grupo y sexo, en el caso de la primera encontramos que reafirma la teoría de Dorothea Orem (27), quien plantea que enfermería es la encargada de realizar intervenciones encaminadas en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado del individuo, lo que consolida la idea de entre mayor tiempo pasan los adultos mayores en el grupo bajo las intervenciones de enfermería, mayor es el nivel de agencia de autocuidado que poseen.

En relación con la capacidad de agencia de autocuidado del individuo, la perspectiva de Dorothea Orem (27) sugiere que la enfermería tiene un papel fundamental en su fortalecimiento. En este sentido, se valida el anterior postulado con los resultados obtenidos en la investigación, donde se observó que el 59,7% de los adultos mayores presentó un nivel de agencia de autocuidado Alta, mientras que el 38,9% obtuvo un nivel regular, como se muestra en la Tabla 4. Además, se encontró una dependencia estadística en las variables de tiempo de antigüedad en el grupo y sexo, lo que sugiere la existencia de una relación directamente proporcional, donde a mayor tiempo de intervención de enfermería, mayor es el nivel de agencia de autocuidado que poseen los adultos mayores. No obstante, es importante considerar la perspectiva de otros autores, como Smith y Moore (31), quienes encontraron una correlación positiva entre la edad y la disminución de la agencia de autocuidado en adultos mayores, sin embargo, difiere con los resultados encontrados. En consecuencia, se sugiere la necesidad de diseñar intervenciones específicas que aborden las necesidades individuales de los adultos mayores y que

consideren la diversidad de factores que pueden influir en la agencia de autocuidado.

De igual forma se encontró que el 79,2% de la población del grupo Promoviendo salud para vivir son mujeres, lo que se atribuye a que es el sexo con mayor prevalencia en el grupo. Así mismo, es importante señalar la dependencia estadística encontrada, ya que son las mujeres quienes poseen una alta agencia de autocuidado tal como se puede observar en la Tabla 6. Este hallazgo es similar al encontrado en el estudio realizado por D Noriega L. y Torres R. (28), quienes encontraron una población de mujeres con un mayor nivel de autocuidado en comparación con los hombres.

En la investigación se encontró que el nivel educativo de los adultos mayores no tiene una relación directa con su capacidad de autocuidado personal, lo que contradice las afirmaciones de Fernández & Manrique (29) que indican que una educación limitada afecta la capacidad de autocuidado al crear una barrera en la comprensión de las instrucciones y recomendaciones dadas por el personal de salud. En resumen, se puede concluir que la educación formal no es un factor determinante en la capacidad de autocuidado de los adultos mayores evaluados en este estudio. Este hallazgo es importante para que los enfermeros diseñen intervenciones que aborden las necesidades individuales de los adultos mayores y consideren otros factores que puedan afectar su capacidad de autocuidado.

En el estudio, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y el nivel de agencia de autocuidado de los adultos mayores evaluados. Estos hallazgos difieren de lo planteado por Álvarez y Patricia Díaz (30), quienes encontraron una relación positiva entre la hipertensión arterial y la capacidad de autocuidado. Según los autores citados, los pacientes con hipertensión arterial tienen una mayor comprensión e integración de las habilidades necesarias para el autocuidado. Sin embargo, en el estudio no se encontró evidencia para respaldar esta afirmación

10.RECOMENDACIONES

Por medio del programa de enfermería de la universidad Surcolombiana se recomienda trabajar en el fortalecimiento y la creación de nuevos espacios, grupos e intervenciones enfocados en el autocuidado de los adultos mayores de Neiva y el Huila.

De la misma manera, se debe continuar con el desarrollo, la aplicación e implementación de nuevas investigaciones con un enfoque holístico de la población de adultos mayores, debido a su constante aumento no solo en Colombia si no también en el mundo.

En los programas de promoción y prevención que brinda la institución universitaria para pacientes hipertensos, se recomiendan actividades dirigidas a mejorar la educación sobre temas relacionados con la enfermedad, tratamiento y un estilo de vida saludable que permita a los pacientes mejorar su salud y evitar complicaciones de su enfermedad.

Se recomienda que los profesionales de enfermería tengan en cuenta los aspectos mencionados en este estudio para brindar una adecuada atención a los adultos mayores de manera integral, brindándoles herramientas que les permita fortalecer las habilidades que éstos poseen en cuanto a su autocuidado.

11. CONCLUSIONES

Las variables sociodemográficas que contribuyen de manera favorable en la población estudiada son: el estado civil, la escolaridad, el ingreso económico, la red de apoyo y la relación con fuerte con esta.

Los adultos mayores presentaron factores de riesgos cardiovascular, especialmente referido en el sobrepeso expresado en un 50% de los adultos con un IMC de 27, una mediana de perímetro abdominal en hombres de 95cm siendo un alto nivel de grasa abdominal, las cifras tensionales nos arrojan que más del 60% tienen una hipertensión grado 1 y 2.

En el grupo la agencia de autocuidado tiene un nivel alto (59,7%), obteniendo un buen puntaje en las dimensiones de funcionamiento y desarrollo personal, mientras que en la dimensión de actividad y reposo se obtuvo un menor puntaje.

Las variables dependientes de sexo y tiempo de pertenencia al grupo, influyen directamente en el nivel de agencia de autocuidado, lo que permite evidenciar en esta variable la trayectoria del programa de enfermería, educando con intervenciones en salud al grupo de adultos mayores del proyecto Promoviendo Salud para Vivir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osorio Bayter, Lourdes; Salinas Ramos FRM. The sectoral dimension of Colombian cooperativism through a Social Network Analysis. CIRIEC-España Rev Econ Pública, Soc y Coop. 2018;(92):121–54.
2. Salud(OMS) O mundial de la S. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015;
3. Hermida PD. Actitudes y significados acerca de la jubilación: Un estudio comparativo de acuerdo al género en adultos mayores. Lib Rev Psicol. 2016;16:57–66.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Sala situacional de la Población Adulta Mayor. 2018. p. 9–13.
5. DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Segunda entrega Prelim. 2018;
6. Zubaroğlu Yanardağ M, Özmen Ö, Sümeyye Ö. Investigating Self-Care Agency and Well-Being of Elderly People Melek. Soc Work Public Heal ISSN. 2021;36(4):496–508.
7. Roldán-Ramírez EL, Díaz-Sánchez R, Vargas CA. Redes sociales de apoyo formales e informales para la reducción de pobreza del adulto mayor y su familia. Salud UIS. 2022;55(1).
8. Dandicourt Thomas C. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad Nursing care with a community approach. Rev Cuba Med Gen Integr. 2018;34(1):55–62.
9. Rodríguez Gázquez M de los Á, Arredondo Holguín E, Salamanca Acevedo YA. Enfermería global. Enfermería Glob. 2013;12(30):183–95.
10. Fernández AR, Manrique-Abril F. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. Av en Enfermería. 2011;(1):30–41.
11. Trejo García C, Maldonado Muñiz G, Peza Alejandro FI. Agencia de autocuidado en la vida diaria del adulto mayor que vive con diabetes

mmelitus tipo 2 antes y después del apoyo educativo de enfermeras. XIKUA Boletín Científico la Esc Super Tlahuelilpan. 2019;7(14):19–22.

12. Tanimura C, Matsumoto H, Tokushima Y, Yoshimura J, Tanishima S, Hagino H. Self-care agency, lifestyle, and physical condition predict future frailty in community-dwelling older people. *Nurs Heal Sci*. 2018;20(1):31–8.
13. Batı S, Polat HT, Akkuş H. Determination of the Relationship Between Self-Care Agency and Death Anxiety Among Elderly Individuals. *Omega (United States)*. 2022;
14. Guirao Goris JA. La agencia de autocuidados . Una perspectiva. *Enfermeria21*. 2003;21(Nov):7.
15. Peña N, Salas C. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Glob*. 2010;(19):1–14.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Resolución 3280. 2018;348.
17. Liana M, Prado A, Maricela González L, Noelvis M, Gómez P, Lic II, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención The theory Deficit of selfcare: Dorothea Orem, starting-point for quality in health care. *Rev Médica Electrónica*. 2014;36(6):835–45.
18. Ong-Artborirak P, Seangpraw K. Association between self-care behaviors and quality of life among elderly minority groups on the border of Thailand. *J Multidiscip Healthc*. 2019;12:1049–59.
19. Yoshimura J, Tanimura C, Matsumoto H, Tokushima Y, Inoue K, Park D, et al. Relationship of physical activity to self-care agency and physical condition among older adults in a rural area. *Yonago Acta Med*. 2021;64(1):18–29.
20. Dural G, Kavak Budak F, Özdemir AA, Gültekin A. Effect of Perceived Social Support on Self-care Agency and Loneliness Among Elderly Muslim People.

J Relig Health. 2022;61(2):1505–13.

21. Gutierrez R. Autocuidado Y Autoeficacia Asisten a Rehabilitación. Tesis. 2016.
22. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista LP. Metodología de la investigación. Sexta Edic. Mc Graw Hill. 2014. 152–157 p.
23. Coello Valdés E, Blanco Balbeíto N, Reyes Orama Y. Los paradigmas cuantitativos y cualitativos en el conocimiento de las ciencias médicas. EduMecCentro. 2012;4(2):137–46.
24. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Minist Salud y Protección Soc República Colomb. 1993;1993(Octubre 4):1–19.
25. Congreso de la República de Colombia. Ley estatutaria 1585 de 2012. Nuevo Régimen de insolvencia de la persona natural no comerciante 2 ed. 2012 p. 87–102.
26. Congreso de la República de Colombia. DECRETO 1377 DE 2013 (Junio. 2013 p. 1–9.
27. Espino MPM, Bouza ET. Application of Dorothea Orem's model in a case of a person with neoplastic pain. Gerokomos. 2013;24(4):168–77.
28. NORIEGA LOPEZ WD, TORRES RODRIGUEZ YA. CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS HOSPITALIZADOS - CARTAGENA 2019 [Internet]. [Cartagena]: Universidad de Cartagena; 2019 [cited 2022 Aug 8]. Available from: [https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/15334/PROYECTO INFORME FINAL CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS CART.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/15334/PROYECTO%20INFORME%20FINAL%20CAPACIDAD%20DE%20AGENCIA%20DE%20AUTOCUIDADO%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20HOSPITALIZADOS%20CART.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
29. Fernández AR, Manrique-Abril FG. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. Av en Enfermería [Internet]. 2011 Jan 1 [cited 2023 Feb 3];29(1):30–41. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846>

30. Rivera Álvarez LN, Díaz LP. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. Cuad Hosp Clínicas [Internet]. 2007 [cited 2023 Feb 3];52(2):30–8. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762007000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXO

Anexo A. Caracterización Sociodemográfica

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN UN GRUPO DE ADULTO MAYOR DE NEIVA (HUILA) SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM	
1. Sexo: M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	2. Edad: <input type="text"/> años
3. Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	
4. Escolaridad: Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>	
5. Ocupación: Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>	
6. Ingreso económico: Menos de 1 SMLV <input type="checkbox"/> Un (1) SMLV <input type="checkbox"/> Más de un (1) SMLV <input type="checkbox"/>	
7. Estrato socio económico: Uno (1) <input type="checkbox"/> Dos (2) <input type="checkbox"/> Tres (3) <input type="checkbox"/> Cuatro (4) <input type="checkbox"/>	
8. Red de apoyo familiar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Quiénes?: _____	
9. Relaciones con la red de apoyo familiar: Fuerte <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/> Estresante: <input type="checkbox"/>	
10. Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ PA: _____ TAS/TAD: _____ mmhg	
11. Padece de alguna enfermedad crónica no trasmisible: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
12. Tipo de enfermedad crónica no trasmisible: Hipertensión arterial: <input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> Hipertensión y diabetes <input type="checkbox"/> Otra: _____	
13. Antigüedad en el grupo de adulto mayor: Menos de 1 año: <input type="checkbox"/> De 1 a 5 años: <input type="checkbox"/> Más de 5 años: <input type="checkbox"/>	

Anexo B. Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado

Instrumento de Capacidad de Agencia Autocuidado	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantenerme con salud.	1	2	3	4
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	1	2	3	4
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	1	2	3	4
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	1	2	3	4
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	1	2	3	4
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	1	2	3	4
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	1	2	3	4
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	1	2	3	4
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	1	2	3	4
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser	1	2	3	4
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.	1	2	3	4
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	1	2	3	4
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	1	2	3	4
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	1	2	3	4
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	1	2	3	4
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	1	2	3	4
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	1	2	3	4
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	1	2	3	4
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	1	2	3	4

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto de Investigación:

Agencia de autocuidado en un grupo de adulto mayor de Neiva (Huila) según el modelo de Dorothea Orem.

Investigadora Principal

Ruth Diaz Sánchez

Coinvestigadores

Andrés Felipe Medina Giraldo

Carol Lizeth Liévano Lozano

Joseph Santiago Cuenca Cardoso

Jhon Alexander Idárraga Giraldo

Instituciones vinculadas:

Universidad Surcolombiana Neiva-Huila

Sede donde se realiza el estudio:

Facultad ciencias de la salud de la Universidad Surcolombiana Neiva-Huila

Descripción del de la investigación:

A usted se le está invitando a participar en una investigación del programa de enfermería, antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los apartados que estructuran la investigación. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme el consentimiento informado, del cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. **Justificación del estudio:** Investigar el grado de agencia de autocuidado en el adulto mayor del grupo promoviendo salud para vivir, permitirá identificar las necesidades de educación e intervención en salud desde enfermería, para potenciar mediante intervenciones colectivas el desarrollo de actividades que

promuevan la adecuada gestión del autocuidado en este curso de vida, contribuyendo a la salud individual de los integrantes del grupo.

2. **Objetivo del estudio:** Determinar la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores del grupo promoviendo salud para vivir de la ciudad de Neiva, durante el segundo semestre del año 2022.

3. **Beneficios del estudio:** El valor social de este trabajo radica en la necesidad de cuantificar la agencia de autocuidado que poseen los adultos mayores del grupo promoviendo salud para vivir y con ello, identificar y potenciar los hábitos, capacidades y disposición que hay en la población adulta mayor y cómo esto influye directamente en su salud y bienestar.

Procedimientos del estudio: Como participante de esta investigación, se aplicará en primer lugar un instrumento que contine preguntas acerca de su edad, sexo, ocupación, salario, antecedentes patológicos, entre otras variables que de acuerdo con la revisión literaria son indispensables en este estudio. En conjunto, le será aplicado el cuestionario de Agencia de autocuidado (Escala ASA). Ambos cuestionarios serán anónimos, velando en todo momento por el respeto a sus derechos y salvaguardando la integridad, intimidad y confidencialidad de la información.

La participación en la investigación inicia una vez se firme el presente consentimiento y hasta que finalice el proyecto o hasta que el paciente solicite la suspensión de su participación en el estudio en cualquier momento, para lo cual podrá firmar el desistimiento informado.

La investigación estará bajo la dirección de la enfermera Ruth Diaz Sánchez, profesional Magister en Asesoría Familiar y Gestión de Programas para la Familia, tanto ella, como cada uno de investigadores están dispuestos a brindar cualquier asesoría que se requiera una vez finalizada su participación en el estudio.

Los resultados de la investigación se presentarán con integridad y exactitud. Al finalizar la investigación, usted recibirá la información sobre los resultados de la misma. Al publicar los resultados de la investigación se mantendrá en estricta confidencialidad en la identidad de quienes aportaron información, por el grupo de investigadores investigadores.

4. **Riesgos asociados al estudio:** Según artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 este proyecto de investigación se clasifica como investigación sin riesgo siendo un estudio en el que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.
5. **Aclaraciones:**
- La participación es voluntaria.
 - No tendrá que hacer gasto económico alguno durante el estudio y no recibirá pago por su participación.
 - No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
 - Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
 - En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
 - Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado.

Antes de iniciar la investigación se responderán todas las dudas, inquietudes y preguntas que tenga, para lo cual, se puede comunicar con Ruth Diaz Sanchez, al número telefónico 3175139754.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, _____ C.C N°. _____
de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevistó. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto, deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación denominado: Agencia de autocuidado en un grupo de adulto mayor de Neiva (Huila) según el modelo de Dorothea Orem.

Nombres y Apellidos del Participante: _____

C.C. N° _____

Firma del Participante _____

Nombres y Apellidos del testigo: _____

Firma del testigo: _____

C.C. N°. _____

He explicado al Sr.(a) _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y apellido del investigador: _____

Firma del Investigador: _____

Fecha: _____

**DESISTIMIENTO INFORMADO PARA PRESCINDIR DE LA PARTICIPACIÓN
EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía número _____ de la ciudad de _____ he participado voluntariamente en el estudio “Agencia de autocuidado en un grupo de adulto mayor de Neiva (Huila) según el modelo de Dorothea Orem.” hasta el día de hoy (día / mes / año), donde haciendo uso de mi derecho de retirarme voluntariamente en cualquier fase del desarrollo del estudio, sin que esto ocasione ningún tipo de represalia contra mí, decido a partir de este momento no participar más en esta investigación, siendo expuestos mis motivos de desistimiento a continuación:

Como constancia del desistimiento en la participación de este estudio firman a continuación

Firma de la persona que desiste de su participación en el estudio
CC. _____

Fecha: (día / mes / año)

Firma de testigo (si aplica)
CC. _____

Fecha: (día / mes / año)

Anexo D. Autorización uso de la escala ASA

5/10/22, 17:25

Correo de Universidad Surcolombiana - Solicitud respetuosa



RUTH DIAZ SANCHEZ <ruth.diaz@usco.edu.co>

Solicitud respetuosa

Posgrados Área Curricular De Enfermería <posacenf_febog@unal.edu.co>
Para: RUTH DIAZ SANCHEZ <ruth.diaz@usco.edu.co>

2 de junio de 2022, 16:26

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Posgrados del Área Curricular de Enfermería - Facultad de Enfermería

Celebración 20 años del Doctorado en Enfermería
Semana del 23 al 27 de mayo

Con orgullo 54 egresados y 31 estudiantes activos

Estimada profesora Ruth Díaz

Atento saludo, de acuerdo a su comunicación, me permito enviar el archivo de autorización que reposa en esta coordinación emitido por la profesora pensionada Edilma de Reales.

Cordialmente,

Viviana Marycel Céspedes Cuevas

Coordinadora Posgrados Área Curricular de Enfermería

Facultad de Enfermería, Sede Bogotá

Universidad Nacional de [Colombia](#)

Carrera 30 No. 45-03. Edificio 228. Oficina 4-04.

Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17044 - 17047 - 17051

[El texto citado está oculto]

Aviso legal: El contenido de este mensaje y los archivos adjuntos son confidenciales y de uso exclusivo de la Universidad Nacional de Colombia. Se encuentran dirigidos sólo para el uso del destinatario al cual van enviados. La reproducción, lectura y/o copia se encuentran prohibidas a cualquier persona diferente a este y puede ser ilegal. Si usted lo ha recibido por error, informarnos y eliminarlo de su correo. Los Datos Personales serán tratados conforme a la Ley 1581 de 2012 y a nuestra Política de Datos Personales que podrá consultar en la página web www.unal.edu.co. Las opiniones, informaciones, conclusiones y cualquier otro tipo de dato contenido en este correo electrónico, no relacionados con la actividad de la Universidad Nacional de Colombia, se entienden como personales y de ninguna manera son avaladas por la Universidad.

26042016autorizacionASA.pdf
127K

Anexo E. Declaración de no conflictos de intereses

Yo, JOSEPH SANTIAGO CUENCA CARDOZO identificado con C.C. 1010143778 actuando en nombre propio y como investigador principal del proyecto ““Agencia de autocuidado en un grupo de adulto mayor de Neiva (Huila) según el modelo de Dorothea Orem”. ACLARO:

Primero: que no existe ningún tipo de conflicto de interés personal, ni institucional que me impida llevar a cabo el proyecto de investigación arriba mencionado.

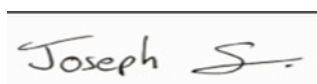
Segundo: que en caso de presentarse alguna situación que genere algún tipo de conflicto de interés para desempeñar el rol de investigador principal en el proyecto, inmediatamente lo manifestaré formalmente a quien sea el asesor principal de este proyecto, con la finalidad de que sea terminado mi rol, sin que se afecten las actividades que estén bajo mi responsabilidad.

Tercero: que ante la identificación de situaciones que generen algún tipo de conflicto de interés en relación con algún caso, lo expresaré de forma inmediata y formal al Asesor principal y al Comité de Ética, Bioética e Investigación Científica, y se puedan tomar de manera oportuna las medidas pertinentes para excluir mi participación en el respectivo caso.

Cuarto: que, ante la existencia de conflicto de interés identificados por el Comité, aceptaré las determinaciones que se tomen para excluir mi participación en algún caso o para dar por terminado mi participación como miembro investigador del proyecto.

La presente declaración, se firma con plena conciencia y comprensión de su contenido y alcance, a los 16 días del mes de agosto del año 2022:

Atentamente,



JOSEPH SANTIAGO CUENCA CARDOZO

Firma y C.C. 1010143778

DECLARACIÓN DE NO CONFLICTOS DE INTERESES

Yo, CAROL LIZETH LIEVANO LOZANO identificada con C.C. 1003803530 actuando en nombre propio y como investigadora principal del proyecto ““Agencia de autocuidado en un grupo de adulto mayor de Neiva (Huila) según el modelo de Dorothea Orem”. ACLARO:

Primero: que no existe ningún tipo de conflicto de interés personal, ni institucional que me impida llevar a cabo el proyecto de investigación arriba mencionado.

Segundo: que en caso de presentarse alguna situación que genere algún tipo de conflicto de interés para desempeñar el rol de investigador principal en el proyecto, inmediatamente lo manifestaré formalmente a quien sea el asesor principal de este proyecto, con la finalidad de que sea terminado mi rol, sin que se afecten las actividades que estén bajo mi responsabilidad.

Tercero: que ante la identificación de situaciones que generen algún tipo de conflicto de interés en relación con algún caso, lo expresaré de forma inmediata y formal al Asesor principal y al Comité de Ética, Bioética e Investigación Científica, y se puedan tomar de manera oportuna las medidas pertinentes para excluir mi participación en el respectivo caso.

Cuarto: que, ante la existencia de conflicto de interés identificados por el Comité, aceptaré las determinaciones que se tomen para excluir mi participación en algún caso o para dar por terminado mi participación como miembro investigador del proyecto.

La presente declaración, se firma con plena conciencia y comprensión de su contenido y alcance, a los 16 días del mes de agosto del año 2022:

Atentamente,



CAROL LIZETH LIEVANO LOZANO

Firma y C.C. 1003803530

DECLARACIÓN DE NO CONFLICTOS DE INTERESES

Yo, Andrés Felipe Medina Pérez identificada con C.C. 1003802586, actuando en nombre propio y como investigador principal del proyecto ““Agencia de autocuidado en un grupo de adulto mayor de Neiva (Huila) según el modelo de Dorothea Orem”. ACLARO:

Primero: que no existe ningún tipo de conflicto de interés personal, ni institucional que me impida llevar a cabo el proyecto de investigación arriba mencionado.

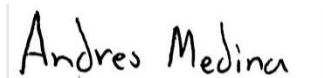
Segundo: que en caso de presentarse alguna situación que genere algún tipo de conflicto de interés para desempeñar el rol de investigador principal en el proyecto, inmediatamente lo manifestaré formalmente a quien sea el asesor principal de este proyecto, con la finalidad de que sea terminado mi rol, sin que se afecten las actividades que estén bajo mi responsabilidad.

Tercero: que ante la identificación de situaciones que generen algún tipo de conflicto de interés en relación con algún caso, lo expresaré de forma inmediata y formal al Asesor principal y al Comité de Ética, Bioética e Investigación Científica, y se puedan tomar de manera oportuna las medidas pertinentes para excluir mi participación en el respectivo caso.

Cuarto: que, ante la existencia de conflicto de interés identificados por el Comité, aceptaré las determinaciones que se tomen para excluir mi participación en algún caso o para dar por terminado mi participación como miembro investigador del proyecto.

La presente declaración, se firma con plena conciencia y comprensión de su contenido y alcance, a los 16 días del mes de agosto del año 2022:

Atentamente,



ANDRES FELIPE MEDINA PEREZ

Firma y C.C. 1003802586

DECLARACIÓN DE NO CONFLICTOS DE INTERESES

Yo, JHON ALEXANDER IDARRAGA GIRALDO identificada con C.C. 1075272184, actuando en nombre propio y como investigador principal del proyecto ““Agencia de autocuidado en un grupo de adulto mayor de Neiva (Huila) según el modelo de Dorothea Orem”. ACLARO:

Primero: que no existe ningún tipo de conflicto de interés personal, ni institucional que me impida llevar a cabo el proyecto de investigación arriba mencionado.

Segundo: que en caso de presentarse alguna situación que genere algún tipo de conflicto de interés para desempeñar el rol de investigador.

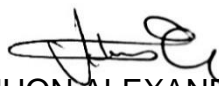
inmediatamente lo manifestaré formalmente a quien sea el asesor principal de este proyecto, con la finalidad de que sea terminado mi rol, sin que se afecten las actividades que estén bajo mi responsabilidad.

Tercero: que ante la identificación de situaciones que generen algún tipo de conflicto de interés en relación con algún caso, lo expresaré de forma inmediata y formal al Asesor principal y al Comité de Ética, Bioética e Investigación Científica, y se puedan tomar de manera oportuna las medidas pertinentes para excluir mi participación en el respectivo caso.

Cuarto: que, ante la existencia de conflicto de interés identificados por el Comité, aceptaré las determinaciones que se tomen para excluir mi participación en algún caso o para dar por terminado mi participación como miembro investigador del proyecto.

La presente declaración, se firma con plena conciencia y comprensión de su contenido y alcance, a los 16 días del mes de agosto del año 2022:

Atentamente,



JHON ALEXANDER IDARRAGA

Firma y C.C. 1075272184