

EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y CAPACIDAD DE AGENCIA DE
AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES DEL BARRIO BUENOS AIRES,
GIRARDOT 2023

YESENIA SARRIA ROBLES
MAURA DANIELA BORDA REYES
ASTRID CAROLINA CERQUERA HERRERA

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA X SEMESTRE
GIRARDOT

2023

EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y CAPACIDAD DE AGENCIA DE
AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES DEL BARRIO BUENOS AIRES,
GIRARDOT 2023

YESENIA SARRIA ROBLES

COD: 330219132

MAURA DANIELA BORDA REYES

COD: 330219106

ASTRID CAROLINA CERQUERA HERRERA

COD: 330219113

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de:
Enfermera (o) Profesional

Asesor

GLORIA NAIDU CUEVAS RODRÍGUEZ

Especialista en Administración hospitalaria

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
GIRARDOT

2023

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

Esta investigación, está dedicada en primer lugar a Dios Todo Poderoso por mostrarnos el camino del conocimiento, fortaleza y sobre todo la sabiduría, al igual expresar nuestro sentimiento de gratitud por permitirnos pertenecer a la Universidad de Cundinamarca, para lograr nuestra formación como futuras profesionales en el área de la Salud.

A nuestros padres, cuyo apoyo incondicional, paciencia y amor fueron pilares fundamentales en la culminación de esta meta.

Así mismo, se la dedicamos a amigos y seres queridos, quienes han sido parte de nuestra vida y nos han brindado ánimo y motivación en cada paso del camino.

A todos nuestros profesores que con sus enseñanzas han sido cruciales durante la carrera de Enfermería.

Igualmente, a nuestra asesora de trabajo de grado, la Profesora Gloria Naidu Cuevas Rodríguez, por su infinita paciencia, compromiso, orientación y apoyo constante a lo largo de este enriquecedor viaje académico.

Yesenia, Maura y Astrid

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a todas las personas que fueron impulso durante toda la formación académica, aquellos amigos, familiares, profesores, y a nuestros padres que fueron un pilar importante en todo este proceso.

De manera muy especial a nuestra asesora de trabajo de grado, la profesora Gloria Naidu Cuevas Rodríguez por brindarnos su colaboración y apoyo en el transcurso de esta investigación.

A los profesores Hugo Fernando Ramírez Jaramillo y Edison Huertas Bustos, por apoyarnos para tener contacto con las personas del barrio Buenos Aires y por la información aportada. De igual manera agradecemos al presidente de la Junta de Acción Comunal del Barrio, el profesor Edgar Eduardo Valdés Ortigón por su valiosa colaboración y habernos recibido amablemente, abriendo las puertas de su barrio, para nosotras poder llevar a cabo nuestro trabajo de campo investigativo.

A nosotras, Maura Daniela Borda Reyes, Yesenia Sarria Robles y Astrid Carolina Cerquera Herrera, agradecimientos mutuos por aportar nuestro tiempo, nuestras ganas hacia este proyecto porque sin nuestro compromiso esto no hubiese sido posible.

A todas aquellas personas que de alguna manera contribuyeron con la realización de la presente investigación.

Las Autoras

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
1. PROBLEMA	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
2. JUSTIFICACIÓN	19
3. OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GENERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4. MARCOS DE REFERENCIA	22
4.1 MARCO TEÓRICO	22
4.2 MARCO CONCEPTUAL	27
4.3. MARCO LEGAL	29
4.4. MARCO ÉTICO	31
5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
6. DISEÑO METODOLÓGICO	36
6.1. TIPO DE ESTUDIO	36
6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	36
6.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	36
6.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	36
6.4.1 Plan de procesamiento, tabulación y análisis de la información	39
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	40
8. CONCLUSIONES	59
9. RECOMENDACIONES	61
10. BIBLIOGRAFÍA	62
11. ANEXOS	70

LISTAS DE TABLAS

Pág.

Tabla 1	Operacionalización de Variables	34	Tabla	2
	Características generales de la población estudio n=3540	Tabla		3
	Tabla de contingencia relacionando quienes han recibido estudios en hombres y mujeres según en adultos en el barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia	43	Tabla	4
	Tabla de contingencia de los modelos aditivos según el criterio de Akaike en adultos en el barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia	48	Tabla	5
	Media y desviación estándar de las preguntas de la escala de agencia de cuidado en adultos en el barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia	52	Tabla	6
	Matriz de correlación de los 24 ítems del instrumento de la Escala de agencia de autocuidado	55	Tabla	7
	Tabla de contingencia relacionando la interpretación del nivel de riesgo Framingham y la interpretación de la escala de agencia de autocuidado en adultos en el barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia			56

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1	Gráfico de barras apiladas mostrando la frecuencia de hombres y mujeres según el estado civil en adultos en el barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia	42
Figura 2	Gráfica de dispersión entre la edad y la PAS en adultos del barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia	45
Figura 3	Gráfica de las medias de las personas diabetes y la PAS en adultos del barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia	46
Figura 4	Gráfica de las medias de las personas fumadoras y la PAS en adultos del barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia	47
Figura 5	Gráfica de las medias del género y la escala de agencia de autocuidado en adultos del barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia	50
Tabla 5	Media y desviación estándar de las preguntas de la escala de agencia de cuidado en adultos en el barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia	52
Tabla 6	Matriz de correlación de los 24 ítems del instrumento de la Escala de agencia de autocuidado	55

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento informado para la participación en una investigación	70
Anexo B. Autorización para el tratamiento de datos personales	73
Anexo C. Test minimal	75
Anexo D. Instrumento de caracterización de la población	76
Anexo E. Escala de framingham	77
Anexo F. Escala para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado	78
Anexo G. Solicitud de autorización para el uso del instrumento asa	80
Anexo H. Registro fotográfico de la aplicación de los instrumentos y tamizaje con la población de adultos mayores ubicados en el barrio buenos aires del municipio de girardot.....	80

RESUMEN

El envejecimiento conlleva a una serie de cambios que aumentan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria. Así mismo, afecta en el adulto mayor la capacidad de autocuidado. **Objetivo:** Evaluar el riesgo cardiovascular y capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores del Barrio Buenos Aires del municipio de Girardot a través de escalas de Framingham y ASA con el fin de establecer relación entre las variables de estudio. **Metodología:** Estudio descriptivo correlacional con una muestra de 35 adultos mayores residentes del barrio Buenos Aires, Girardot. Se aplicó la escala Framingham y ASA; previo cumplimiento de criterios de inclusión, guardando el rigor ético correspondiente. **Resultados:** En la población participante predominó el género femenino con una media de edad de 72,3. De acuerdo al test de Framingham, el riesgo fue bajo con una alta capacidad de agencia de autocuidado. **Conclusiones:** La relación entre el riesgo cardiovascular y la capacidad de agencia de autocuidado no fue concluyente para la población participante en el estudio, sin embargo se hace necesario fortalecer las medidas de cuidado de la salud en los adultos mayores.

Palabras clave: Adulto Mayor, Envejecimiento, factores de riesgo, riesgo cardiovascular, Capacidad de autocuidado.

ABSTRACT

Aging leads to a series of changes that increase the risk of suffering from cardiovascular diseases such as high blood pressure, heart failure, coronary heart disease. Likewise, it affects the elderly's ability to self-care. Objective: To evaluate the cardiovascular risk and capacity for self-care agency in older adults in the Buenos Aires neighborhood of the municipality of Girardot through the Framingham and ASA scales in order to establish a relationship between the study variables. Methodology: Descriptive correlational study with a sample of 35 older adults residents of the Buenos Aires neighborhood, Girardot. The Framingham and ASA scales were applied; prior compliance with inclusion criteria, maintaining the corresponding ethical rigor. Results: The female gender predominated in the participating population with a mean age of 72.3. According to the Framingham test, the risk was low with a high capacity for self-care agency. Conclusions: The relationship between cardiovascular risk and the capacity for self-care agency was not conclusive for the population participating in the study; however, it is necessary to strengthen health care measures in older adults.

Keywords: Older Adult, Aging, risk factors, cardiovascular risk, Self-care capacity

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge desde la formulación del problema junto con los objetivos propuestos, lo cual permitió explorar los principales modelos teóricos relacionados con la promoción de la salud y el autocuidado en el adulto mayor.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan a nivel global, una de las principales causas de muerte no solo en otros países, sino también en Colombia, en donde muchas veces los casos están presentes en la población de los adultos mayores. Así mismo, ha incrementado esta población, lo cual puede repercutir los sistemas de atención en salud al generar altos costos en el manejo de enfermedades cardiovasculares y degenerativas, como la hipertensión arterial¹.

Igualmente, experimentan una serie de cambios psicológicos, sociales y biológicos que afectan su salud y bienestar, cómo puede determinarse, estos se reflejan en los estilos de vida y aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares².

En relación con este problema, se requiere tener presente el nivel de conocimiento que pueda poseer esta población, al igual que el contexto relacionado con la figura del autocuidado, aspecto que cada vez es más necesario tenerlo presente como una estrategia en la salud de estas personas para que puedan afrontar de manera efectiva los diferentes factores de riesgo cardiovascular y que estos pueden llevarlos a ser modificados en este proceso.

De acuerdo con lo anterior, el grupo de investigación encontró interesante direccionar este trabajo hacia una contextualización específica dentro del sistema de salud en Colombia. Esto implicó tener en cuenta las diferentes herramientas que abordan el riesgo cardiovascular y la capacidad de autocuidado en la población de los adultos mayores.

¹BOTERO, Beatriz Eugenia y AGUDELO, Luz Marina. Características de la atención en salud para los mayores de 60 años en Manizales, 1998. Colombia Médica. 2001, vol.32, nro. 1. p.p.19-24. [consultado el 10 septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28332105>

²AREIZA, Maritza, *et.al.* Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios. Revista Colombiana de Cardiología [online]. 2018, vol.25, nro.2, pp.162-168. ISSN 0120-5633. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.07.011>

De otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adaptó según el modelo de Framingham, las tablas de predicción del riesgo cardiovascular, una de ellas se implementó en la presente investigación para evaluar el riesgo cardiovascular a 10 años (escala Framingham sin colesterol sanguíneo). De igual forma, se utilizó también la escala de apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) adaptada para la población colombiana.

Por consiguiente, la presente investigación tiene como objetivo evaluar el riesgo cardiovascular y capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores del Barrio Buenos Aires del municipio de Girardot (Cundinamarca), a través de escalas de Framingham y ASA con el fin de establecer relación entre las variables de estudio; teniendo en cuenta que en el municipio de Girardot no se han realizado investigaciones y estudios que puedan generalizar una comparación determinada entre ambas variables. A medida que se identificaba la estratificación de riesgo se realizaba educación incidental sobre estilos de vida saludable, sedentarismo, importancia de la actividad física y hábitos alimenticios, aspectos que podrían coadyuvar a presentar un estado de salud óptima.

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares, pertenecientes a las no transmisibles (ENT), causan anualmente 17,3 millones de muertes³. Los individuos en grupos de edad avanzada presentan un mayor riesgo de padecerlas por diferentes factores, en algunos casos porque carecen de adecuados conocimientos para prevenirlas y adoptar estrategias de promoción de la salud que permita reducir el riesgo al que pueden estar inmersos.

Las personas son consideradas adultas mayores a partir de los 60 años, edad en la que el proceso de envejecimiento se hace más notorio, debido a que no todas las personas gozan de una buena condición de salud. Según datos arrojados por la OMS, indica lo siguiente:

“el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte”⁴.

Al pasar los años se generan una serie de cambios fisiológicos que disminuyen la capacidad de autocuidado del individuo y esto aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares como insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria, fibrilación auricular, arritmias ventriculares y la muerte súbita.

De acuerdo con datos reportados por la OMS⁵, esta población incrementará de 1000 millones en 2020 a 1400 millones en 2030. El envejecimiento es responsable del 15% del aumento en la carga total de la morbilidad y mortalidad atribuible a

³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Día Mundial del Corazón: Enfermedades cardiovasculares causan 1,9 millones de muertes al año en las Américas: OPS. Washington. [consultado el noviembre del 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7252:2012-world-heart-day-cardiovascular-diseases-cause-1-9-million-deaths-year-americas&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Envejecimiento y salud: OMS. [s.l.]: [s.n.]. 1 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

⁵ Ibíd.

enfermedades crónicas⁶, donde una de las principales causas es la hipertensión arterial afectando el 20-40% de las personas, lo cual indica que aproximadamente 250 millones de adultos mayores cursan con tensiones arteriales altas. Anualmente 1,6 millones de muertes se deben a enfermedades cardiovasculares siendo la principal causa los eventos cerebrovasculares con un 80% en países de bajos y medianos recursos. Así mismo, el riesgo cardiovascular aumenta debido al consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno (riesgo 25-30%). Las cardiopatías isquémicas son responsables del 55% de las defunciones relacionadas con estos factores.

Con relación a este tema Vasquez, *et al.*⁷ reveló varios factores de riesgo cardiovascular. Entre ellos se destacan el tabaquismo (32,8%), consumo de alcohol (48,4%), sedentarismo (34%), obesidad, obesidad abdominal, hipertensión arterial (67,2%), diabetes mellitus (37.70%), dislipidemia, índice tobillo / brazo, y el riesgo cardiovascular global.

De acuerdo con el boletín Poblacional indica que, en Colombia en el año 2020, hay 6.808.641 personas Adultas Mayores de 60 años, equivalente al 13,5% de toda la población⁸, y de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, enfermedades como la enfermedad isquémica cardíaca, el accidente cerebrovascular y la hipertensión ocupan los puestos 1°, 3° y 9°, según esta característica se ha determinado que es un nivel de frecuencia relativa entre las diez iniciales causas de muerte en el país⁹.

⁶ ARANCO, Natalia, *et al.* Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. En: Inter-American Development Bank. enero 2018, p. #11. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/porta1/archivosUpload/uploadManual/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.PDF>

⁷ VÁSQUEZ-CARRILLO, Pablo, *et al.* Riesgo cardiovascular global en una población adulta mayor del área rural, Cantón de Garabito, Puntarenas. En: Redalyc. Septiembre 2015, vol. 57, nro 3. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43439778004>

⁸ CUBILLOS ÁLZATE, Julio Cesar; MATAMOROS CÁRDENAS, Mariana y PEREA CARO, Santiago Alberto. Boletines Poblacionales: Personas Adultas Mayores de 60 años. En: Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C. diciembre de 2020. p. 3. [Consultado en 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/280920-boletines-poblacionales-adulto-mayor1-2020.pdf>

⁹ MINISTERIO DE SALUD. Enfermedades cardiovasculares: MINSALUD. [s.l.]: Colombia Potencia de la Vida. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-cardiovasculares.aspx>

A nivel Cundinamarca y de acuerdo con el Análisis de Situación de salud (ASIS) 2022¹⁰, en el departamento hay 3.478.323 habitantes, de los cuales 485.192 son adultos mayores de 60 años, aumentando en un 13,9% desde el año 2015 para este grupo poblacional. Por otra parte, las enfermedades isquémicas del corazón son la principal causa de muerte, seguida de las enfermedades cerebrovasculares y en tercer lugar las enfermedades hipertensivas, comportamiento similar a lo reportado a nivel nacional.

Según el ASIS 2022¹¹ Girardot cuenta con 117.740 habitantes de los cuales el 18,4% (21.678 habitantes) de esta población son adultos mayores. La morbilidad en el municipio de Girardot está asociada principalmente a las enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, seguido de las condiciones mal clasificadas. La primera y segunda sub causas de muerte por enfermedades del sistema circulatorio fueron las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares.

Con respecto, a la estratificación del riesgo cardiovascular, ha sido utilizada la escala Framingham de la OMS¹² basadas en la ecuación de riesgo del estudio Framingham. Estos modelos permiten calcular el riesgo coronario en un periodo de 10 años según factores como sexo, edad, consumo de tabaco, presión arterial y presencia o ausencia de diabetes mellitus.

En este estudio se implementó la escala AMR B adaptada para Colombia, la cual no incluye la medición del colesterol, estimaciones aproximadas del riesgo de enfermedad cardiovascular en personas que no tienen antecedentes de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular u otras enfermedades cardiovasculares establecidas.

En cuanto a la escala ASA, cabe resaltar que la versión original se desarrolló en inglés por estudiantes de doctorado en Enfermería y traductores profesionales en México. Posteriormente, el cuestionario fue revisado por un experto en lengua

¹⁰ GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud de Cundinamarca. Análisis de Situación de Salud - ASIS con Modelo de los Determinantes Sociales en Salud. Bogotá, D.C 2017. Disponible en: https://drive.google.com/drive/folders/196eGFO_Th3Fb-0W8fYm-lIp4gEB2xWUh

¹¹ Ibid.

¹² FERNÁNDEZ DE KIRCHNER, Cristina, *et al.* Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. 2009. Argentina, Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento13.pdf>

española para corregir su estructura gramatical y semántica. Se reescribieron los ítems 4, 6, 13 y 16 en forma más clara, simple, directa y gramaticalmente correcta¹³.

En el presente estudio se implementó la segunda versión en español, adaptada por el Dr. Fred Gustavo Manrique *et al.* para la población colombiana. Esta versión permitirá identificar oportunamente la capacidad que tiene la persona para comprometerse con su autocuidado y los factores de riesgo que interfieren. De acuerdo con Rivera y Díaz, evidencian que se requiere discernir sobre los diferentes factores que puedan ser internos o externos básicos, pero que estos tengan una serie de condiciones que permitan modificar la figura del autocuidado que se encuentra establecido en la edad, el género, las condiciones demográficas, al igual que los estilos de vida, la interacción familiar y por su puesto integrar un sistema de cuidado y bienestar en salud.¹⁴.

En el contexto local de Girardot, las enfermedades cardiovasculares representan un riesgo significativo de morbilidad y mortalidad para esta población, de ahí la necesidad de conocer la capacidad del adulto mayor para implementar medidas de autocuidado.

De acuerdo con este enfoque el autocuidado se convierte en un “acto individual que implica la adquisición de autonomía, pero también es un acto de reciprocidad hacia quienes no pueden satisfacer sus necesidades vitales por sí mismos y requieren asistencia”¹⁵ por parte de los profesionales de la salud, familiares o personas cercanas, para que sean ellos los que puedan generar unos resultados óptimos tanto para los adultos mayores como para los familiares que están inmersos en este proceso.

¹³ FERNÁNDEZ, Alba y MANRIQUE ABRIL, Fred Gustavo, La Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem y sus Indicadores Empíricos. 2010. Editorial Académica Española es una marca comercial de: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH& Co. KG

¹⁴RIVERA ÁLVAREZ, Luz Nelly y DÍAZ, Luz Patricia. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. En: Scielo. 2007. vol. 52. nro 2. [Consultado el 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762007000200005&lng=es&tlng=es.

¹⁵RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, S, *et.al.* Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. En: Scielo. Enfermería Universitaria 2014;11(4):145-153. 2014. Disponible en: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/162>

No obstante, con la revisión de los datos disponibles en diferentes fuentes, el municipio de Girardot Cundinamarca, no cuenta con estudios que evalúen en la población adulta mayor y el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares en relación con la capacidad de tomar decisiones de autocuidado.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo con lo anterior se formula la siguiente pregunta:

¿Cuál es el riesgo cardiovascular y capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores del Barrio Buenos Aires, Girardot 2023?

2. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS¹⁶ las enfermedades cardiovasculares son trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos; en estas se incluyen cardiopatías reumáticas, enfermedades cerebrovasculares y cardiopatías coronarias. Entre las más comunes se encuentran los accidentes cerebrovasculares y los ataques al corazón, que vienen acompañados de una serie de factores de riesgo a los que cada persona se enfrenta por el estilo de vida en la cotidianidad. Algunos de estos factores incluyen: sedentarismo, malos hábitos alimenticios, consumo nocivo de tabaco y alcohol. Dichas enfermedades representan la principal causa de muerte en el mundo y se estima que cobran 17,9 millones de vidas cada año.

El envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles especialmente las cardiovasculares y el consecuente riesgo de mortalidad determina la relevancia de esta investigación, puesto que, identificar el riesgo de manera oportuna reviste una importancia crucial en la atención en salud.

Por otro lado, la pertinencia de conocer la capacidad de las personas para cuidar de sí mismas, tomando en cuenta su habilidad para la toma de decisiones informadas y la adopción de medidas proactivas, se convierte en un elemento fundamental para el diseño de estrategias de salud efectivas y personalizadas; la determinación temprana del riesgo y la promoción del autocuidado tienen un impacto importante en la calidad de vida y el bienestar de la población estudiada, para lo cual se requiere un proceso de acompañamiento de los adultos mayores que les permita mejorar sus estilos de vida saludable.

Teniendo en cuenta lo anterior, se utilizó la escala de Framingham para medir el riesgo cardiovascular de uso libre y avalada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. También se empleó la escala ASA adaptada a la población colombiana por el Dr. Fred Gustavo Manrique Abril, *et. al.*, en la cual se evalúa la capacidad de agencia de autocuidado¹⁷. Estas herramientas son objetivas, precisas y confiables para la población adulta mayor.

¹⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades cardiovasculares. [sitio web]. [consultado el 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

¹⁷ FERNÁNDEZ, Alba Rosa y MANRIQUE-ABRIL, Fred Gustavo. Efecto de la Intervención Educativa en La Agencia de Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. En: Ciencia y enfermería. 2010, vol, XXV, nro. 2. p.p. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_09.pdf

La competencia de investigación dentro del programa de Enfermería, se convierte en un valioso aporte, al centrarse en la línea Vida, valores democráticos, civilidad, libertad y transhumanidad, la cual contribuye significativamente a la mejora del bienestar general mediante proyectos orientados hacia el cuidado de las personas vulnerables como son los adultos mayores con el propósito de prevenir la enfermedad y mantener la salud, basándose en fundamentos teóricos disciplinares y profesionales. Es así como la investigación despierta en el estudiante un pensamiento crítico y autónomo al contribuir al cuidado y al autocuidado de estas personas; se generan beneficios en la formación profesional, fortaleciendo las habilidades, competencias, experiencias y conocimientos en el momento de llevar a cabo el abordaje comunitario hacia la población objeto.

Además de beneficiar a la comunidad científica y al programa de enfermería, la información aquí consignada será de utilidad para futuras propuestas de opción de grado como referencia en investigación y continuidad para otros estudios desde los semilleros de investigación.

Así mismo, este proyecto aportará datos estadísticos relativos a la población adulta mayor del barrio Buenos Aires y al sector salud, siendo información valiosa para las entidades territoriales, la Secretaría de Salud de Cundinamarca y Salud Pública del municipio de Girardot para planear y trabajar intersectorialmente en la implementación de las rutas de Promoción y Mantenimiento de la salud en la población adulta mayor enfocada en las enfermedades cardiovasculares.

La importancia metodológica de esta investigación radica en la ejecución de un proceso riguroso para la selección de la muestra y el establecimiento entre las variables de estudio. En un contexto donde la población de adultos mayores está en constante aumento, la vulnerabilidad de este grupo demográfico resalta la necesidad de llevar a cabo un análisis exhaustivo para la obtención de los datos. La particularidad de esta investigación radica en abordar el vacío de conocimiento existente debido a que no se han realizado estudios previos que relacionen las dos variables de interés.

La ausencia de estudios similares en este municipio, resalta la necesidad de llevar a cabo a esta investigación donde se busca evaluar el riesgo cardiovascular y la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores del Barrio Buenos Aires del municipio de Girardot a través de escalas Framingham y ASA que ayude a obtener información relevante y que permita establecer la relación de las variables de estudio. Esto, debido a que no se conoce el riesgo cardiovascular como tampoco la capacidad de agencia de autocuidado en dicha población.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el riesgo cardiovascular y capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores del Barrio Buenos Aires del municipio de Girardot a través de escalas de Framingham y ASA con el fin de establecer relación entre las variables de estudio.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores del barrio Buenos Aires.

Determinar el riesgo cardiovascular en los adultos mayores mediante la escala de Framingham.

Determinar la capacidad de agencia de autocuidado a través de la escala ASA.

Establecer la relación entre el riesgo cardiovascular y la capacidad de agencia de autocuidado.

4. MARCOS DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEÓRICO

Teóricamente se ha podido evidenciar que el envejecimiento individual ha sido considerado como el proceso de ancianidad irreversible que experimenta cada persona, lo cual lleva consigo una serie de factores de riesgo los cuales son situaciones que aumentan la probabilidad de que la persona pueda sufrir algún daño a su cuerpo y organismo¹⁸, por ende, se ha conceptualizado al adulto mayor como un grupo de población que se ven enfrentados a un proceso humano y normal frente a las características propias del envejecimiento y que cronológicamente pueden ubicarse en edades superiores a los 60 años¹⁹ y tienen mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas.

A medida que van envejeciendo, los adultos mayores se convierten en personas más vulnerables a contraer enfermedades cardiovasculares debido a que sufren una serie de cambios anatómicos y estructurales a nivel de la pared de los vasos sanguíneos, la relajación miocárdica, el llenado ventricular y las respuestas a las catecolaminas²⁰. Esto ocasiona que el corazón tenga que bombear más sangre con mayor fuerza y la relajación miocárdica.

El corazón tiende a aumentar de tamaño con la edad, debido a la hipertrofia de la célula miocárdica. El género es fundamental en esta remodelación y se evidencia en los ventrículos, descubriendo con mayor frecuencia hipertrofia ventricular concéntrica en las mujeres e hipertrofia excéntrica en los hombres, lo cual es producto del aumento de la sobrecarga por presión.

Por otro lado, es importante tener presente que las ECV son una de las principales causas de mortalidad en el mundo, cada año fallecen aproximadamente 17,9 millones de personas. Son caracterizadas por un grupo de trastornos del corazón y

¹⁸ MARTÍNEZ, Aurora. (2023). Definición de Riesgo. Recuperado de: <https://conceptodefinicion.de/riesgo/>. Consultado el 26 de septiembre de 2023

¹⁹ LAGOS K. Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos. Centro de atención del adulto mayor "Tayta Wasi". [Tesis para obtener el título de licenciado de Enfermería] Lima: Universidad Nacional San Marcos, 2015.

²⁰ OCAMPO, José M y GUTIÉRREZ, Javier. Envejecimiento del sistema cardiovascular. Revista Colombiana de Cardiología. En *Scielo*. [Consultado en: agosto de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332005000400002

los vasos sanguíneos que incluyen cardiopatías coronarias y enfermedades cerebrovasculares.

Además, se ha podido identificar que el riesgo cardiovascular ha sido definido como la probabilidad de padecer un evento cardiovascular a través de un determinado período, que habitualmente se establece en 5 ó 10 años²¹. Los factores de riesgo más comunes para desarrollar un evento cardiovascular son la edad, el sexo, antecedentes familiares, hipertensión, dislipidemia, diabetes, obesidad y el cambio en los estilos de vida como el sedentarismo, tabaquismo, inadecuados hábitos alimentarios y consumo excesivo de alcohol. Algunos de estos son prevenibles, dependiendo del cuidado que tengan las persona hacia sí mismas.

Por otro lado, en lo que respecta a la Teoría del Autocuidado se ve reflejada la forma en la que el individuo toma decisiones para mantener su vida, el estado de salud, desarrollo y bienestar. Por ello, la enfermería es una profesión fundamentada en el arte de cuidar y debe responder a la necesidad de ayudar y proporcionar los cuidados básicos para lograr una mejor calidad de vida.

Orem²² en su teoría del déficit de autocuidado, plantea que a lo largo de la vida el ser humano aprende actividades para el cuidado de sí mismo a medida que es afectado por las creencias, cultura, hábitos, costumbres de la familia y sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar estas actividades, y para lograr el propósito de mantener un estado de bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos de autocuidado.

En primer lugar se tienen en cuenta los requisitos universales, éstos son los que necesita un individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral, entre ellos está el mantenimiento de un ingreso suficiente de aire, agua y alimentos, provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal, equilibrio entre actividades y descanso, soledad y comunicación social, prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano, y promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al

²¹ VEGA ABASCAL, Jorge; GUIMARA MOSQUEDA, Mayra y VEGA ABASCAL, Luis. Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. En: Revista Cubana de Medicina General Integral. 2011, vol.27, n.1, pp.91-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252011000100010

²² PRADO SOLAR, Liana Alicia, *et.al.* La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. 23 de octubre de 2014, vol. 36, nro. 6, pp. 835-845. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2014/me146d.pdf>

potencial humano. En segundo lugar, surgen como resultado de los estados que afectan el desarrollo humano. y por último los requisitos de cuidados personales de los trastornos de salud: entre estos se encuentran los que se derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico, situación que puede conllevar a presentar una necesidad de generar una serie de cambios importantes en los estilos de vida de las personas involucradas en este proceso. Aspecto que representa utilidad frente a la aplicación en torno a este tipo de categoría sobre el cuidado y que debe ser intencionado, iniciándose con la propia persona, que debería ser efectiva para ayudar a fomentar las características de la independencia personal.²³

Con respecto a la Agencia de Autocuidado Orem²⁴ en su Teoría déficit de autocuidado lo define como el poder que debe generarse de manera personal para ocuparse con el autocuidado, que se desarrolla en el transcurso de las actividades desarrolladas en su vida diaria mediante del proceso totalmente espontáneo que puede conllevar al proceso de aprendizaje que las personas adultas pueden percibir. Aunque la persona tenga la capacidad de cuidarse no conlleva a que ponga en práctica el uso de la misma. Afectada por elementos internos y externos como Factores básicos condicionantes (FBC), que son propios del ser humano o del ambiente en que vive y estos se relacionan con una conducta dada.

Igualmente, Orem clasificó los FBC en 4 grupos: los descriptivos, del patrón de vida, del sistema de salud y estado de salud, y del estado de desarrollo²⁵. Ofrecen información sobre la persona y los cuidados enfermeros (anamnesis), las medidas de autocuidado habituales que llevan a cabo las personas, aquello que identifica y documenta el profesional de la salud, el paciente y el familiar y los del estado de desarrollo se refiere como la enfermera observa y entiende como una persona toma decisiones para cuidar de sí misma, teniendo en cuenta las condiciones de vida actual y los factores que pueden estar afectando negativamente esta capacidad.

Es aquí, donde el individuo percibe sobre los factores que deben ser controlados o tratados; se compromete de forma implícita al cuidado de su propia salud implementando acciones en pro a satisfacer las necesidades de autocuidado a lo largo del tiempo y/o en situaciones que alteren el estado de salud. Dichas necesidades pueden ser de tipo universal que mantienen viva la condición humana,

²³ Op. Cit. PRADO SOLAR, Liana Alicia, *et.al*.

²⁴ FERNÁNDEZ, Alba Rosa, y MANRIQUE-ABRIL, Fred Gustavo. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. En *Revistas Unal*. 20 agosto de 2010. Consultado 29 septiembre de 2023. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/36656>

²⁵ *Ibíd.*

el bienestar de la persona y promueve acciones para el mantenimiento de salud, de desarrollo que van enfocadas a las expresiones de la persona asociadas a una condición o acontecimiento de la vida y de desviación de la salud que van enfocadas a la apreciación y aceptación de su estado de salud.

De acuerdo con lo anterior es importante tener presente lo que representa la evaluación el riesgo cardiovascular mediante la escala de Framingham que ha sido avalada por la OMS y adicionalmente a esta, es importante determinar la capacidad del contexto que tiene el autocuidado a través de la escala ASA.

Hay que resaltar que la escala de Framingham nace a partir de una investigación prospectiva que se realizó en Framingham, Estados Unidos por parte del Servicio de Salud Pública en 1948, para investigar la epidemiología y factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Actualmente la OMS utiliza la escala de Framingham para evaluar el riesgo cardiovascular en un periodo de 10 años. Existen 2 modelos de tablas, uno de los modelos es aplicable en relación a los escenarios en donde es posible medir el colesterol en sangre, mientras que el otro se ha llevado a cabo en relación a diversos contextos en donde esto no puede ser posible.

Como se ha determinado en la presente investigación, se utilizó la versión modificada de la escala AMR B adaptada para Colombia, la cual no incluye la medición del colesterol sanguíneo y proporciona estimaciones del riesgo de enfermedad cardiovascular en personas que no tienen antecedentes de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular u otras enfermedades cardiovasculares establecidas²⁶.

Vale la pena precisar que la capacidad que se ha generado mediante la Agencia de Autocuidado se ha definido como una capacidad que se desarrolla con el propósito de darle la posibilidad a las personas a enfrentar factores que puedan necesitar para lograr tratarse con el propósito de consolidar sus diferentes funcionamientos como seres humanos y tomar acciones necesarias implementadas en relación al control de éstos, en donde puedan exhibirse las principales herramientas que puedan generar demanda en relación a su propio autocuidado para que así puedan desarrollar sus actividades relativas con el cuidado que son específicas, cuyo

²⁶ Op.Cit., Guía de bolsillo.

objetivo es lograr la adquisición de todos requisitos que se han direccionado con la figura del autocuidado.²⁷

De otro lado, al referirse a la agencia es el momento en el que se involucra el proceso en el que la persona toma decisiones y realiza acciones que contribuyen a su propio bienestar, al igual que con los demás y su propio entorno. Esta escala se emplea para valorar la capacidad de autocuidado de la población objeto; cuestionario que permitirá al estudio de investigación valorar los comportamientos de la población objeto.

Este tipo de medición, consta de 14 ítems tipo Likert de cinco alternativas de respuesta donde uno (nunca) significa el valor más bajo de la adherencia a los tratamientos y cinco (siempre) el más alto. Además, cuenta con una guía anexa de preguntas, que permite comparar la información suministrada por el paciente con datos de la historia clínica, como son el peso, la tensión arterial, entre otros, y con la información del cuidador del paciente²⁸

Nola Pender, expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar humano y creó un modelo de enfermería que diera respuesta a la forma en cómo las personas toman decisiones acerca del cuidado de su propia salud²⁹. Desde este punto de vista, cobra gran interés la prevención y la promoción de la salud de la teoría del modelo de promoción de la salud, a través de la modificación y el control de hábitos y estilos de vida saludables para disminuir el riesgo cardiovascular.

Esta teoría se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse para llevar una vida saludable, es decir, que promover una vida saludable es primordial antes que promover cuidados, porque de ese modo, hay menos gente enferma, se gastan menos recursos y se mejora hacia el futuro. Es fundamental esta teoría para

²⁷ NORIEGA, Wilson y TORRES, Yara. Capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores hospitalizados - cartagena 2019. [consultado el 2022]. Disponible en: <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>

²⁸VELANDIA ARIAS, Anita, y RIVERA ÁLVAREZ, Luz N. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. En: Revista de salud pública. 2009, vvol, 11. nro.4. p.p 538-548. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4a05.pdf>

²⁹ARISTIZÁBAL HOYOS, Gladis Patricia, *et. al.* El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. univ vol.8 no.4 Ciudad de México oct./dic. 2011. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003

el proyecto de investigación debido a que se estudia el autocuidado de los adultos mayores del municipio de Girardot.

4.2 MARCO CONCEPTUAL

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD) una persona adulta mayor es una persona 60 años de edad o más³⁰. La OMS, plantea un punto de vista biológico, considera lo siguiente:

“el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad, en última instancia, a la muerte”³¹.

De allí, surge la importancia que representa evaluar el riesgo cardiovascular y el autocuidado de los adultos mayores.

Según Ferreira el riesgo cardiovascular se define como la probabilidad de padecer un evento cardiovascular en un determinado periodo, al cual toda persona se encuentra expuesta, evidenciándose los de tipo modificables; aquellos a los que cambiando malos hábitos y estilos de vida poco saludables y los no modificables con los que se nace, algunos de ellos son: la edad, sexo, raza, hipertensión arterial, colesterol alto, sobrepeso, abuso de alcohol, entre otros³². Por ello el riesgo cardiovascular para la Dra. Sonia Kunstmann son todos aquellos factores con efecto perjudicial que contribuyen a la aparición de una enfermedad cardiovascular.³³

³⁰ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Envejecimiento y vejez. ¿Quiénes son las personas adultas mayores?. MINSALUD. [s.l.]. [s.n.]. [consultado el 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

³¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Op. cit.

³² FERREIRA-GUERRERO, Diva del Pilar, DÍAZ-VERA, Mabel Piedad y BONILLA-IBAÑEZ, Claudia Patricia. Factores de riesgo cardiovascular modificables en adolescentes escolarizados de Ibagué 2013. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 2017; 35(2): 264-273. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v35n2a10

³³ KUNSTMAN, Sonia y GAINZA, Fernanda. Herramientas para la estimación del riesgo cardiovascular. *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volume 29, Issue 1, January–February 2018, Pages 6-11 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.11.010>

Para medir este tipo de riesgo en la población se utiliza la escala de Framingham, que consiste en una escala de estimación del riesgo coronario, es decir, riesgo a presentar angina de pecho, infarto agudo de miocardio, muerte por enfermedad coronaria, predice la evolución a 10 años. Hay escalas separadas para hombres y mujeres, los factores de riesgo utilizados incluyen edad, presión arterial, tabaquismo y diabetes mellitus. Hay que precisar que esta escala debe aplicarse a personas sin cardiopatía conocida y el riesgo que predice sólo es de enfermedad coronaria y no de otras enfermedades cardíacas o vasculares³⁴.

Respecto a la capacidad de autocuidado, de acuerdo con LEYVA, Rafael, VENEGAS, Omar y MEDEL, Alfredo, mencionan lo siguiente:

“Conocimientos, habilidades y motivación de las personas para realizar de manera efectiva, dentro del marco temporal adecuado, la investigación, juicio y toma de decisiones, y las operaciones reguladoras o de tratamiento necesarias para mantener su propio funcionamiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar.”³⁵

De allí parte este concepto, en donde se determina que es la capacidad que tiene cada individuo de brindarse a sí mismo un cuidado; tomándose para sí una serie de acciones llevadas a cabo de manera autónoma y deliberadamente.

La OMS define al autocuidado, a todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades³⁶. Para su medición se aplica la capacidad de agencia de autocuidado, un instrumento que mide el poder de sus componentes en individuos de población general y que está basada en la Teoría del Déficit de Autocuidado de acuerdo con Dorothea Orem³⁷

³⁴ DÍAZ GÓMEZ, José Manuel. ¿La escala de Framingham predice los eventos cardiovasculares en la población trasplantada renal adulta? En: *Revista nefrología*. vol. 29, nro. 1.[Consultado el 2022]. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X2013757509001799>

³⁵ LEYVA-JIMÉNEZ, Rafael, VENEGAS-ESCOBEDO Omar Efraín y MEDEL-DELGADO Alfredo Guadalupe. La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. *Unidad de Medicina Familiar Núm. 53*, Instituto Mexicano del Seguro Social de Guanajuato. Artículo, Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn114g.pdf>

³⁶ VEGA A, Olga Marina. SUÁREZ R, Josefina y ACOSTA G, Sandra. Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz. *Revista Colombiana de Enfermería*, abril de 2015, Volumen 10, 23 Año 10, p. 45-56. Disponible en: <https://doi.org/10.18270/rce.v10i10.579>

³⁷ RODRÍGUEZ GÁSQUEZ, Mª de los Ángeles, ARREDONDO HOLGUÍN, Edith y SALAMANCA ACEVEDO, Yurany A. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). En: *enfermería Global*.vol. 12, nro 30. [Consultado en: agosto de 2023]. Disponible en:

La implementación de la escala ASA como herramienta es fundamental, permitiendo evaluar el riesgo que tiene un adulto mayor, debido a que presenta en sus conceptualizaciones:

“una estructura compleja de capacidades fundamentales que agrupa las habilidades básicas del individuo (sensación, percepción, memoria y orientación), los componentes de poder (capacidades específicas relacionadas con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado) y, las capacidades para operaciones de autocuidado”³⁸

4.3. MARCO LEGAL

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en un tema importante para la salud pública. Por esta razón se han generado políticas, leyes y estrategias, estableciendo lineamientos para el cuidado de la salud de las personas y así disminuir el riesgo de presentar enfermedades relacionadas con el sistema cardiovascular.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en el año 2015, buscan alcanzar tres dimensiones del desarrollo sostenible; ámbito económico, social y ambiental³⁹ Dentro de los 17 objetivos se destaca el de “Salud y Bienestar”, enfocado en garantizar una vida sana y que se promueva el bienestar de la persona en todas las edades. Para garantizar una vida sana se deben realizar acciones de promoción de la salud, donde se identifiquen los riesgos que presenta la persona, en este caso los adultos mayores, y de esta forma promover el bienestar de la misma.

En Colombia la ley 1751 de 2015⁴⁰ establece que el estado debe desarrollar y aplicar políticas que busquen la promoción de la salud, prevención, atención de la

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200009#:~:text=La%20agencia%20de%20autocuidado%20es,individuo%20para%20comprometerse%20en%20el

³⁸Ibíd.

³⁹ UNICEF. UNICEF y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [En línea]. [Consultado en: septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/unicef-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible>

⁴⁰ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1751 de 2015. (16, febrero, 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. En: Ministerio

enfermedad y rehabilitación de sus efectos a través de medidas colectivas e individuales.

En este contexto la resolución 3280 de 2018⁴¹ adopta los lineamientos para las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que da lugar a las atenciones en salud dirigidas a individuos, familias y comunidades. Entre estas rutas se encuentra la orientada hacia la atención en salud para la etapa de la vejez que incluye la realización de tamizajes para la detección temprana de riesgos cardiovasculares. El instrumento sugerido para dichos tamizajes es la escala de Framingham, la cual fue empleada en esta investigación.

Además, la ley 911 de 2004⁴² establece las responsabilidades deontológicas, en la cual define principios y valores éticos, el acto de cuidado de enfermería, condiciones y responsabilidades, con los sujetos de cuidado, otros colegas del equipo de salud, las instituciones y la sociedad. El artículo 3 describe el cuidado de enfermería como el ser y esencia del ejercicio de la profesión.

Según lo anterior, este proceso surge a partir de una comunicación y una relación humanizada entre el enfermero y el individuo, familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. De acuerdo con lo establecido en el artículo 29 en todo proceso de investigación, en donde pueda participar un Enfermero, éste debe siempre defender la dignidad, integridad y sobre todo los derechos humanos, que representan un principio ético fundamental, siendo este el principal motivo de la presente investigación que se encuentra acogida bajo el parámetro de la Ley 911 de 2004.⁴³

de Salud y Protección Social. p. 2. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

⁴¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. (02, agosto, 2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud. En: MINSALUD. p. 48 - 77. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

⁴² CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. [en línea]. En: Mineducación. Bogotá 5 de octubre de 2004. [consultado el 2022]. Disponible en:
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

⁴³ Ibíd.

Esta investigación, se acogió a la política de protección de datos personales Ley 1581 de 2012⁴⁴, la cual reconoce y protege el derecho de toda persona acceder, actualizar y rectificar la información obtenida en bases de datos o registros que sean tratados por autoridades públicas o privadas. Teniendo en cuenta lo anterior, se aseguró la protección de los derechos de los participantes y de la información obtenida. De aquí la importancia de la autorización del consentimiento informado. Toda la información obtenida será exclusivamente de fin educativo, los datos personales no serán divulgados sin previa autorización. Toda aquella información dada por el participante se regirá bajo el principio de transparencia garantizando que sus datos personales no estarán disponibles para terceros ni en internet u otros medios de comunicación masiva aplicando el principio de seguridad evitando su alteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.

Por otra parte, y dando cumplimiento a los lineamientos institucionales se tiene en cuenta el Acuerdo 000004 “Estatuto de propiedad intelectual” de la Universidad de Cundinamarca confiere esta investigación bajo el derecho moral y patrimonial, a las personas que la realizaron. Los resultados obtenidos en ella son de obra propia y no obedecen a ningún tipo de plagio.⁴⁵

4.4. MARCO ÉTICO

Este proyecto fue guiado por los principios éticos para la investigación médica sobre seres humanos implementado en la declaración de Helsinki. Es un deber proteger la vida, la salud, la intimidad, el respeto y la dignidad del ser humano como parte de sus derechos individuales. Se realizó con el fin de comprender todos aquellos riesgos que causan enfermedades cardiovasculares y establecer la relación entre el ASA y Framingham.⁴⁶

También se consideró el Código de Nuremberg, el cual destaca la importancia de seguir principios médicos morales, éticos y legales al llevar a cabo experimentos médicos en seres humanos. En congruencia con estos principios, este proyecto

⁴⁴ CONGRESO DE COLOMBIA. Política de protección de datos personales. Ley estatutaria 1581 de 2012 [en línea]. Bogotá: El congreso, 17 de octubre de 2012. [consultado el 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>

⁴⁵ COLOMBIA. UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA. Estatuto de propiedad intelectual. Acuerdo 000004 [en línea]. Bogotá: La universidad, 26 de abril de 2018. [consultado el 2022]. Disponible en: <https://www.ucundinamarca.edu.co/selloeditorial/editorial/EstatutodePropiedadIntelectual.pdf>

⁴⁶ ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Declaración de Helsinki de la AMN - Principios éticos para la investigación médicas en seres humanos. [en línea]. [s.l.]. [consultado el 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

resalta especialmente la primacía del consentimiento voluntario. Este concepto fundamental otorga a las personas la autonomía para afirmar que están en condiciones de ejercer su libertad al tomar decisiones y elegir sin ningún tipo de coacción.

Este enfoque se alinea con la resolución 8430 de 1993⁴⁷. En este contexto, la investigación se realizó con el consentimiento informado de los participantes. Antes de firmar, cada participante recibió una explicación clara y precisa sobre la duración, el propósito del mismo, la metodología, inconvenientes, riesgos anticipados y posibles beneficios.

De igual forma, los adultos mayores fueron plenamente informados sobre el derecho de participar o abstenerse, y a retirar su consentimiento en cualquier momento que lo consideren pertinente. Esta garantía respalda la noción central de respetar la autonomía de cada individuo.

La información obtenida en el tamizaje para la detección temprana de riesgo cardiovascular se mantendrá confidencial, al igual que la proporcionada por el participante. Es importante destacar que en todo momento prevaleció la protección de sus derechos, dignidad y bienestar. La privacidad del individuo, sujeto de investigación, será salvaguardada en todo momento. Los estudiantes investigadores involucrados en el tratamiento de datos personales garantizaron mantener la información en estricta reserva inclusive una vez finalicen su relación con las responsabilidades que engloba el proceso de tratamiento de datos.

Por consiguiente, esta investigación es considerada sin riesgo para la salud física, debido a que se empleó como método de investigación la implementación de la escala ASA y Framingham como medio de tamización, donde se obtuvo información de todos aquellos factores de riesgo y autocuidado a los que pueden verse sometidos los adultos mayores. De acuerdo con lo establecido en el artículo 11 considera lo siguiente: no se realizará ninguna intervención que modifique las variables fisiológicas, biológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participen en este estudio⁴⁸.

⁴⁷ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 de 1993. MINSALUD. Bogotá: 04 de octubre de 1993. [Consultado el 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

⁴⁸ *Ibíd.*

Se evidenció la importancia que tiene la ley 266 de 1996⁴⁹, en el artículo 4, los estudiantes investigadores en el ejercicio de la profesión de enfermería aportan al trabajo sectorial conocimientos y habilidades adquiridas durante su formación universitaria mediante la investigación. Así mismo, en el artículo 2, en el principio de individualidad⁵⁰ destacamos la comprensión del entorno y las necesidades individuales para brindar atención humanizada, basada en el respeto de la diversidad cultural y la dignidad humana sin discriminación.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado los participantes firmaron el consentimiento informado (ANEXO A), libre y voluntariamente aceptando los términos de éste; de igual manera la autorización para el tratamiento de datos personales (ANEXO B) donde se les explicó el uso de la información recolectada, la cual tendrá una finalidad únicamente académica e investigativa. Para el uso de la escala ASA se cuenta con la autorización expresa y de manera escrita por parte de los autores. Los investigadores manifiestan no tener conflictos de intereses en el desarrollo de la investigación.

⁴⁹ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 266 de 1996. [En línea]. En: Mineducación. Bogotá 25 de enero de 1996. [Consultado en: noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf

⁵⁰ Ibid.

5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1 Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Unidad de medida	Escala	Valor final
Evaluación del riesgo cardiovascular	El riesgo cardiovascular se define como la probabilidad de padecer un evento cardiovascular en un determinado periodo. Mejorar la exactitud en la predicción del riesgo requiere la evaluación de múltiples factores de riesgo cardiovascular.	Es el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave, mortal o no, en un periodo de 10 años según sexo, edad, consumo de tabaco, valores de presión arterial y presencia o ausencia de diabetes.	Escala de Framingham	Edad	Años	Razón discreta	Número de años
				Sexo	Dicotómica (Femenino o masculino)	Nominal	Femenino Masculino
				Hábito tabáquico	Dicotómica (Sí o no)	Intervalo	Sí No
				Diabetes	Dicotómica (Sí o no)	Intervalo	Sí No
				Presión arterial	Milímetros de Mercurio (mmHg)	Intervalo	

<p>Agencia de autocuidado</p>	<p>La agencia de autocuidado es la capacidad que posee un individuo para cuidar de sí mismo; en ella pueden influir unos elementos que son propios de la persona o del ambiente en que vive, llamados factores básicos condicionantes.</p>	<p>Es el cuestionario de la estructura cognitiva relacionado con salud y autocuidado, que mide creencias y aptitudes, así como las razones para ejecutar acciones de autocuidado.</p>	<p>Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado: Consideradas las habilidades básicas del individuo (Percepción, memoria y orientación). Componente de poder: Está constituido por habilidades que impulsan el individuo a la acción de autocuidarse (Motivación, obtener conocimientos, ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria). Capacidad de operacionalizar el autocuidado: Corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones del mismo y del medio ambiente, que son significativas para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad.</p>	<p>Cuenta con una escala de respuesta tipo Likert con cuatro opciones</p>	<p>1: Nunca 2: Casi nunca 3: Casi siempre 4: Siempre</p> <p>Nominal</p>	<p>Buena capacidad: 79 – 96 Regular capacidad: 61 – 78 Baja capacidad: 43 – 60 Muy baja capacidad: 24 - 42</p>
-------------------------------	--	---	--	---	--	---

Fuente: elaboración propia.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio metodológico es de tipo descriptivo correlacional, pues relaciona dos variables: la evaluación del riesgo cardiovascular y la capacidad de autocuidado mediante escalas, que les dan categoría según el valor numérico de sus respuestas y se utilizó un diseño no experimental transversal porque se recolectaron datos en un momento específico con el fin de analizar y establecer relaciones entre las variables estudiadas.

6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de esta investigación está conformado por todos los adultos mayores de la ciudad de Girardot, la población la conforman los adultos mayores del barrio Buenos Aires y se tomó una muestra representativa de 80 personas, de los cuales se incluyeron 35 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

6.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que fuera Adulto mayor, residente del barrio Buenos Aires del municipio de Girardot con una permanencia mayor a seis meses, con un estado cognitivo conservado o en deterioro leve según el cuestionario de minimental y que acepten participar en el estudio. Se excluyen aquellas personas que hayan sido diagnosticadas con hipertensión arterial y que por alguna razón no finalicen el diligenciamiento de todos los instrumentos.

6.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Teniendo en cuenta previa explicación y firma del consentimiento informado y la ley de protección de datos, se inicia el abordaje de los participantes a través de la técnica de encuesta. Con el fin de determinar el estado cognitivo se aplicó el test de minimental estandarizado para evaluar la integridad de la capacidad cognitiva de la

población adulta mayor. Este, comprende una serie de preguntas y la realización de algunas acciones por parte de la persona evaluada. Se da puntuación a los siguientes síntomas cognitivos: orientación, memoria, atención y cálculo, evocación y lenguaje. La puntuación entre 30 y 27 puntos será clasificada como estado cognitivo normal, entre 24 y 26 deterioro leve y entre 16 y 23 deterioro severo. Verificando que la puntuación de las personas estuviera entre 30 y 24, de esta manera se definió la inclusión dentro del estudio.

Por otra parte, los datos sociodemográficos se recolectaron a través de un instrumento elaborado por las autoras que consistió en realizar la caracterización de la recolección de datos básicos de la población, incluyó nombre completo, identificación, estado civil, género, datos de nacimiento, afiliación al sistema de salud, ubicación sociodemográfica (dirección, zona, tipo de inmueble) y datos de contacto.

El riesgo cardiovascular se midió a través de la escala de Framingham de la OMS que permite conocer el riesgo que tiene un individuo de sufrir de enfermedades cardiovasculares en los próximos 10 años. Este instrumento incluye variables de factores de riesgo modificable y no modificable como: edad, género, Diabetes Mellitus, presión arterial sistólica y tabaquismo. Los resultados permiten clasificar el riesgo en cuatro categorías: menos del 10% (bajo riesgo), lo que sugiere la necesidad de cambios en el estilo de vida; 10%- < 20% (riesgo moderado), 20%- < 30% (alto riesgo) y $\geq 30\%$ (muy alto riesgo).

Por último, la capacidad que debe desarrollarse con los mecanismos y estrategias que se deben estructurar a través del autocuidado y éste se midió mediante un instrumento Appraisal of Self-Care Agency (ASA) adaptada a la población colombiana por el doctor Fred Gustavo Manrique Abril, *et. al.* Como puede observarse, existe una constitución representativa a través de las capacidades en donde se requiere realizar las diferentes operaciones del autocuidado las cuales son transicionales, estimativas y productivas.

En lo que respecta a las dimensiones sobre el autocuidado, es necesario tener en cuenta el nivel de conocimiento que se tenga sobre este mecanismo, donde se puede apreciar que representa un tipo de conducta saludable hacia sí mismo y que la persona puede identificar los factores del riesgo, que le permita transmitir lo que representa su propio bienestar.

Se encuentra la dimensión del tratamiento o farmacoterapia, donde implementa la utilización de los fármacos: dosis, hora y tipo, que ayude a generar un control sobre la presión arterial y asistir al centro de atención de la salud.

Otra dimensión es la alimentación que debe ser llevada a cabo en una dieta, comidas baja en sal, consumo de frutas y verduras, como también los vegetales y reducir los niveles de grasa en el cuerpo.

Una dimensión importante es lo que tiene que ver con la actividad y el respectivo reposo, debido a que es necesario que practiquen ejercicio físico aeróbico, al igual que realizar deporte, caminatas y tener un adecuado descanso en horas adecuadas.

El conocimiento, es necesario porque es a partir de este proceso que se encuentra demarcado con el autocuidado en torno a su propia salud, y para esto se requiere que él mismo ejerza su control de peso y consolidar los hábitos necesarios para su propia salud.

Finalmente se encuentra la interacción social, en donde el adulto mayor debe entrar en una búsqueda que ayude a sobrellevar su cuidado en el momento en que el mismo lo requiera.

Las operaciones estimativas comprenden la investigación de las condiciones y los factores internos y externos significativos para el autocuidado; al igual que las transicionales que determinan el tipo de curso y/o acción que se debe afrontar en relación al autocuidado, mientras que en las productivas se ejecutan acciones de autocuidado⁵¹.

Este instrumento, consta de una encuesta de 24 ítems con respuestas tipo Likert que se diligencian según la perspectiva que la persona tenga de sí misma en su vida diaria, con la siguiente puntuación: Siempre 4, Casi siempre 3, Casi nunca 2, Nunca 1; y clasificando los resultados de la siguiente manera: Capacidad de autocuidado baja de 24 a 48 puntos, media de 49 a 72 puntos y alta de 73 a 96 puntos.

Para el abordaje de las personas, con ayuda del presidente de la junta de acción comunal, se invitó a todos los adultos mayores del barrio buenos aires a un bingo

⁵¹ Op. Cit. MANRIQUE ABRIL, Fred; FERNÁNDEZ, Alba; VELANDIA, Anita.

en el salón comunal del barrio. Antes de empezar el juego las investigadoras recolectaron la información necesaria para la investigación, luego se inició el juego, se les brindó salpicón como refrigerio, y los ganadores se llevaron una anqueta de mercado.

6.4.1 Plan de procesamiento, tabulación y análisis de la información

Para llevar a cabo este proceso se recolectó la información se realizó una tabla en Excel de Office, sobre variables sociales y demográficas (edad, genero, estado civil, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, lugar y fecha de nacimiento, EPS, zona de la vivienda, dirección de residencia, tipo de inmueble, estrato social), cuidador permanente, fumador, diabetes y Presión Arterial Sistólica, nivel de riesgo Framingham y preguntas escala ASA, todo esto relacionado con la población objeto.

Los datos se analizaron por medio de medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar), en las variables cualitativas se revisó frecuencia y porcentajes para describir los datos. Se revisaron las variables cuantitativas con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov.

Se revisaron posibles diferencias usando la prueba de Kruskal-Wallis entre diferentes variables cuantitativas con una de las variables cualitativas. Para la relación de las variables cualitativas se generaron tablas de contingencia y se analizaron con la prueba de Chi-cuadrado, se presentan los resultados en aquellas tablas en que se superaron las cinco observaciones por casilla, de lo contrario, la interpretación de la prueba no sería confiable.

La escala se validó usando el Alpha de Cronbach en la que se consideró como óptimo en la consistencia interna si el valor supera el 0,7; esto entendiendo que el Alpha se calcula de 0 a 1. De igual manera, se realizó la correlación entre los ítems de la escala mostrando como significativo aquellas correlaciones que superaron el 0,5 o inferiores a -0,5. La correlación usada fue la de Spearman, la cual se calcula entre -1 a 1.

Por último, se revisó la posible relación entre el nivel de riesgo de Framingham y la escala de autocuidado creando una tabla de contingencia y analizándola con el coeficiente de Cramer (V Cramer) y posteriormente, infiriendo posibles diferencias de autocuidado según el nivel de riesgo de Framingham por medio de la prueba no

paramétrica de Kruskal-Wallis. Los datos se analizaron con Excel® y R. versión 4.2.2

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la siguiente tabla se detallan las características representativas de la población objeto de estudio tomándose una muestra de n=35, donde se especifican la edad, estado civil, género, nivel de escolaridad, lugar de nacimiento, zona de vivienda, tipo de inmueble, estratificación social, EPS y el cuidador permanente.

Tabla 2 Características generales de la población estudio n=35

	VARIABLE	n	%	MEDIA
Edad	60 – 69	15	43%	72,3
	70 – 79	11	31%	
	>80	9	26%	
Estado civil	Soltero	14	40%	
	Casado	7	20%	
	unión libre	4	11%	
	Viudo	10	29%	
Género	Femenino	20	57%	
	Masculino	15	43%	
Nivel de escolaridad	Sin estudio	1	3%	
	Primaria incompleta	2	6%	
	Primaria	24	68%	
	Bachiller incompleto	2	6%	
	Bachiller	5	14%	
	Técnico-profesional	1	3%	
Lugar de nacimiento	Girardot	24	69%	

	Otro municipio	11	31%
Zona de la vivienda	Urbana	35	100%
	Rural	0	0%
Tipo de inmueble	Propio	15	43%
	Familiar	16	46%
	Arrendado	4	11%
Estrato social	Bajo-bajo	4	11%
	Bajo	31	89%
	Medio-bajo	0	0%
	Medio	0	0%
	Medio-alto	0	0%
	Alto	0	0%
EPS	Subsidiado	21	60%
	Contributivo	14	40%
Cuidador permanente	Si	10	29%
	No	25	71%

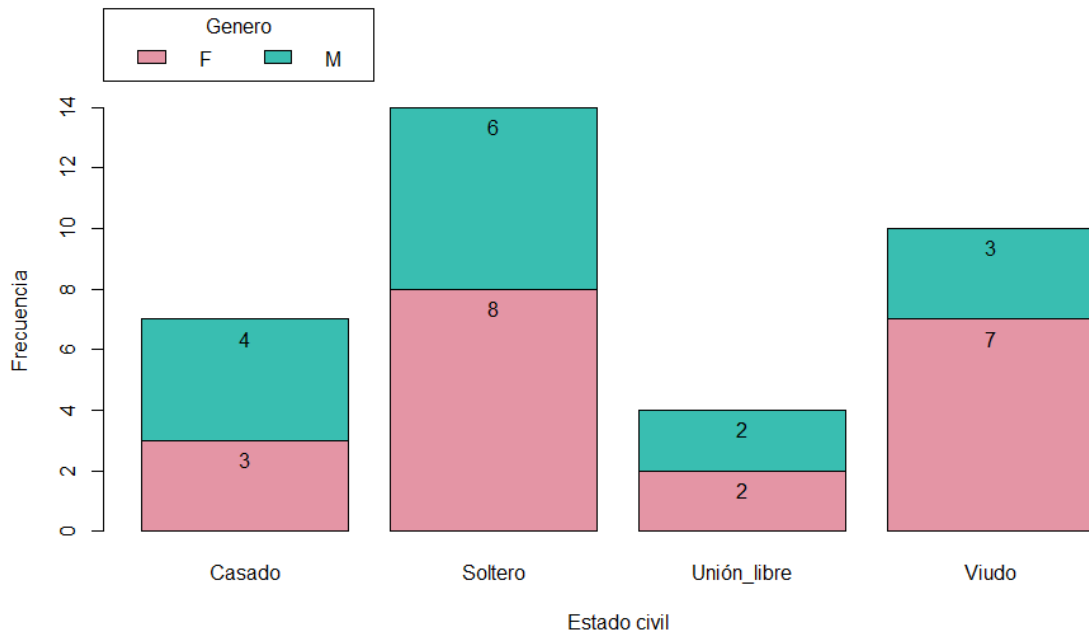
Fuente: elaboración propia.

Se realizó el análisis a 35 adultos con edad promedio de 72 (9,13SD) años y entre los 64 a los 92 años encontrando que la distribución de la edad no es normal ($p=0,48$ Kolmogorov-Smirnov). Dentro del grupo estudiado predominaron las mujeres (57%) con edad promedio de 70 (9,68SD) años y el 43% de hombres con edad promedio de 75 (7,93SD) años sin diferencia estadística de edades entre sexos ($X^2=2,68$; $df=1$; $p=0,10$ Kruskal-Wallis).

El estado civil fue en su mayoría soltero alcanzando el 40% de los participantes, seguido de viudo con el 29%, casado el 20% y en unión libre el 11%. Las mujeres tuvieron mayor frecuencia en la categoría viudo y soltero (figura 1), sin encontrar

evidencia de asociación entre el sexo y el estado civil ($X^2= 1,34$; $df= 1$; $p= 0,72$ prueba de Chi cuadrado)

Figura 1 **Gráfico de barras apiladas mostrando la frecuencia de hombres y mujeres según el estado civil en adultos en el barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia**



Fuente: elaboración propia.

Los resultados tienen similitud con otras investigaciones realizadas, como la reportada por Sisa⁵², quien predijo el riesgo cardiovascular de 1307 adultos mayores ecuatorianos, mediante el modelo SCORE OP, donde la mayoría fueron mujeres (54%) y un promedio de edad de 75 años, resultados semejantes a los obtenidos en la presente investigación.

El estrato socioeconómico observado fue bajo con el 89% de los encuestados y bajo-bajo con el 11% sin encontrar evidencia de asociación entre el estrato social y el sexo ($X^2= 0,09$; $df= 1$; $p= 0,76$ prueba de Chi cuadrado). La mayoría de los adultos

⁵² SISA, Ivan. Evaluación del riesgo cardiovascular en adultos mayores utilizando el modelo SCORE OP en una población latinoamericana: experiencia en Ecuador. En: Elsevier. [en línea]. 2017, p. 3. [consultado el 14 de agosto de 2023]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.07.021>

viven en vivienda familiar con el 46% o propia 43%, tan solo el 11% viven en arriendo, sin evidencia de asociación entre el tipo de vivienda y el estrato socioeconómico ($X^2= 3,51$; $df= 2$; $p= 0,17$ prueba de Chi cuadrado), similar resultado se encontró con el sexo y el tipo de inmueble ($X^2= 0,97$; $df= 2$; $p= 0,62$ prueba de Chi cuadrado).

El nivel de escolaridad principalmente fue primaria con el 69% secundaria el 14% y técnico 6%, sin ninguna escolaridad el 3%, el 8% restante no alcanzaron a finalizar primaria ni bachillerato. Se evidenció que quienes alcanzaron escolaridad técnica, siendo la escolaridad más alta reportada por los adultos encuestados, fueron mujeres; los hombres en el 100% señalaron tener algún grado de escolaridad en contraste con una mujer que dijo no tener estudios. En la tabla 3 se describen los estudios realizados por la población, teniendo en cuenta el género.

Tabla 3 Tabla de contingencia relacionando quienes han recibido estudios en hombres y mujeres según en adultos en el barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia

Realizó estudios	Masculino	Femenino
Si estudió	15	19
No estudió	0	1

Fuente: elaboración propia.

Como se observa en la tabla 3, la mayoría de adultos mayores presentan algún tipo de estudio, donde el mayor número corresponde a primaria. Resultados semejantes a los obtenidos en la investigación realizada por Cruz et al⁵³ en la cual el 53% de los participantes tenían primaria como nivel de escolaridad principal.

Se revisó el apoyo de cuidador entre las personas participantes del estudio, encontrando que el 71% no reportan contar con cuidador y el 29% que accede a

⁵³ CRUZ POTES, José Manuel, VÁSQUEZ MUÑOZ, Juan Camilo y BETANCOURT-PEÑA, Jhonatan. Tamizaje de riesgo cardiovascular y diabetes en el adulto mayor de un centro de atención de adultos mayores en Palmira. Universidad Javeriana. Revisión Sistemática y metanálisis *Salutem Scientia Spiritus* 2022; 8(4):32-38. Disponible en: <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/626/527>

tener cuidador no pertenecen al estrato bajo-bajo. El 20% de quienes tienen apoyo de cuidador fueron las mujeres, mientras que el 9% restante hombres, sin evidencia estadística de diferencia en contar con cuidador entre hombres y mujeres ($X^2= 0,95$; $df= 1$; $p= 0,33$ prueba de Chi cuadrado). De igual manera, se pudo evidenciar que no hubo asociación estadística ($X^2= 0,95$; $df= 1$; $p= 0,36$ prueba de Chi cuadrado) en contar con cuidador en los adultos del estudio que tenían pareja fija (casados o en unión libre) y quienes estaban sin pareja fija (soltero y viudo)

En cuanto a acceso a salud, todos los adultos reportaron tener EPS encontrando cuatro instituciones, de igual manera el 43% pertenecen al régimen subsidiado mientras que el 57% pertenecen al régimen contributivo. La mitad de las mujeres se encontraron en el régimen contributivo y la otra mitad en el subsidiado, mientras que en los hombres se encontró el 73% en régimen subsidiado.

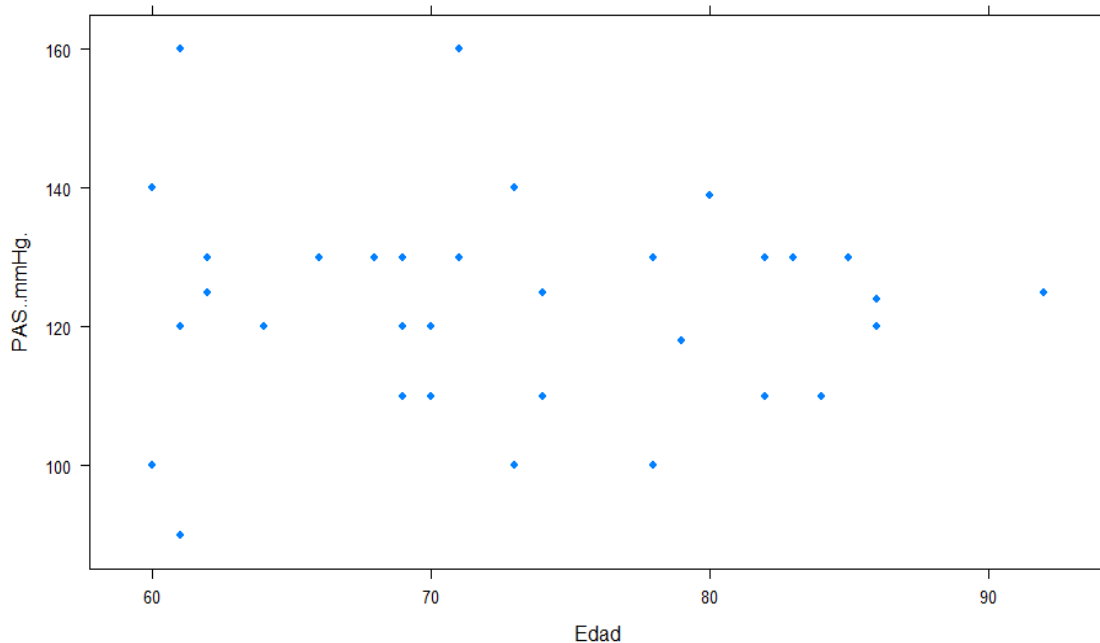
Los datos del régimen de afiliación al sistema de salud son similares a los que muestra Cruz et al⁵⁴ en su estudio, pues en él la mayoría de personas (69,2%) pertenecían al régimen subsidiado, de igual manera en esta investigación predomina el régimen subsidiado.

Nivel de riesgo según Framingham

El nivel de riesgo de Framingham se calculó con los datos de diagnóstico de diabetes, si es fumador y la presión arterial sistólica (PAS). Los adultos que reportaron ser diabéticos fue el 9% de la muestra, el 14% son fumadores y la presión arterial sistólica obtuvo una media de 122,5 mm Hg (SD 15,5 mm Hg), siendo relevante la moda (la medida que más se repite) en 130 mm Hg, medida en el 26% de los adultos, de estos el 56% fueron hombres y el 44% restante mujeres. El 51% del total de la muestra obtuvo mediciones de PAS superior a 120 mm Hg. No se encontró evidencia de correlación entre la edad y la PAS ($p = 0,7$; $r= 0,06$) siendo evidente en la figura 2, en la que no se observa ningún patrón en la gráfica de dispersión.

⁵⁴Ibid. p. 34

Figura 2 **Gráfica de dispersión entre la edad y la PAS en adultos del barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia**



Fuente: elaboración propia.

En la investigación realizada por Cruz *et al.*⁵⁵ se encontraron diferencias con el presente estudio, reportando que el 30,8% de las personas presentaban diabetes; por otra parte, el 69,2% de los adultos eran fumadores, pero actualmente ninguno lo hace. Así mismo la media de la PAS fue de 93,1 mmHg a diferencia del estudio de McGurnaghanen *et al.*⁵⁶. en el que alcanzaron una media de 132 mmHg para la PAS siendo similar a la obtenida en población participante de esta investigación.

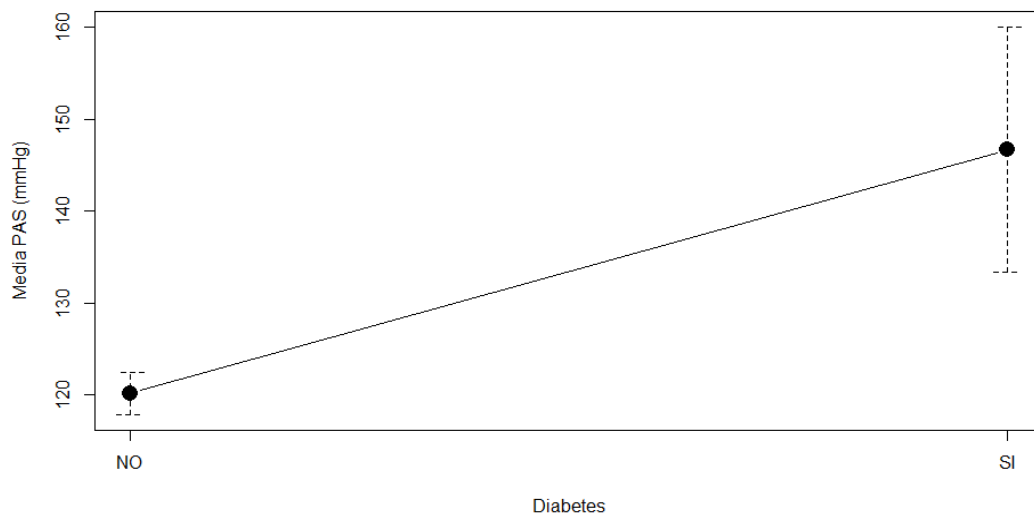
Las personas que reportaron ser diabéticas tuvieron una media en la PAS de 146,7 (SD 23,1 mm Hg), siendo más dispersa que la PAS de aquellos que no sufren de la enfermedad alcanzando una media de 120,2 (SD 12,9 mm Hg), encontrando diferencia de los valores de PAS entre los diabéticos y quienes no tienen dicha

⁵⁵Ibid. p. 36

⁵⁶ MCGURNAGHAN, S, *et.al.* Cardiovascular disease prevalence and risk factor prevalence in Type 2 diabetes: a contemporary análisis. First published: 23 September 2018 DOI: <https://doi.org/10.1111/dme.13825>

patología ($X^2= 12,45$; $df= 1$; $p= 0,04$ prueba de Kruskal-Wallis), como se ve en la figura 3.

Figura 3 **Gráfica de las medias de las personas diabetes y la PAS en adultos del barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia**



Fuente: elaboración propia.

Similares estudios concuerdan en que la hipertensión es la comorbilidad más común de la Diabetes, como el estudio de Julia Teck MD⁵⁷, donde se encontró que la diabetes es un factor de riesgo de hipertensión y que la incidencia aumenta notablemente en una población de pacientes con diabetes. Igualmente reporta el estudio de Sun et al⁵⁸, donde reportan que la diabetes tipo 2 se asocia con un mayor riesgo de hipertensión; el 85,1% de los pacientes con diabetes tipo 2 tenían hipertensión, mientras que el 6,9% de los participantes hipertensos eran diabéticos.

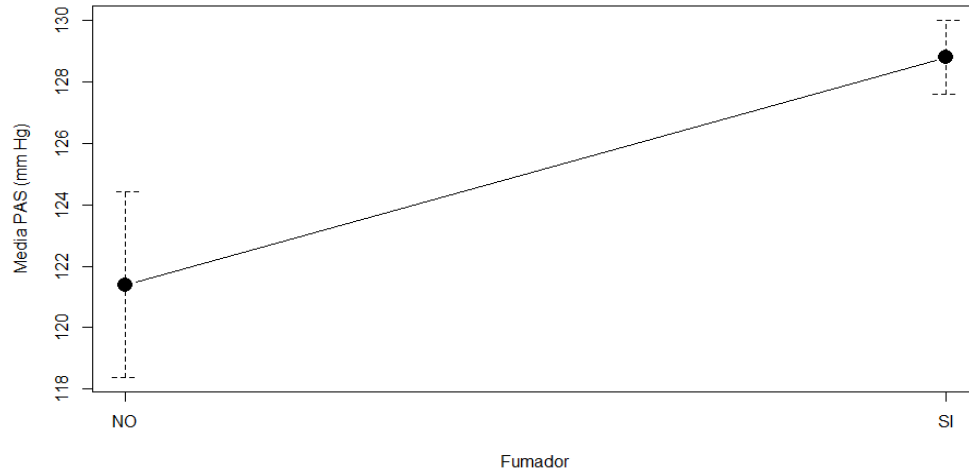
La PAS se encontró con valores mayores en las personas que fuman, alcanzando una media de 128,8 (SD 2,7 mm Hg), y con valores mayores a 124 mm Hg. En las

⁵⁷ TECK, Julia. Diabetes-Associated Comorbidities. Prim Care 2022 Jun;49(2):275-286. doi: 10.1016/j.pop.2021.11.004. Epub 2022 Apr 22. Disponible en: DOI: 10.1016/j.pop.2021.11.004

⁵⁸ DIANJIANYI Sun, et.al. Type 2 Diabetes and Hypertension A Study on Bidirectional Causality. Originally published 16 Jan 2019 <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.314487> Circulation Research. 2019;124:930–937, Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6417940/>

personas no fumadoras se calculó una media de 122,4 (SD 16,5 mm Hg) (figura 4), sin embargo, no hubo evidencia de diferencia en la PAS entre fumadores y no fumadores ($X^2= 2,34$; $df= 1$; $p= 0,13$ prueba de Kruskal-Wallis).

Figura 4 **Gráfica de las medias de las personas fumadoras y la PAS en adultos del barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia**



Fuente: elaboración propia.

En el estudio publicado por Vega *et al.*⁵⁹ indica que las cifras de PAS se encontraron elevadas (140-159 mmHg) en pacientes fumadores; mientras que en los no fumadores predominó en rangos más bajos (120-139 mmHg), determinando que el ser fumador influye en los valores de Presión Arterial Sistólica. Contrario a cifras reportadas en la presente investigación pues la PAS de los fumadores fue más baja.

Por su parte, Mora *et al.* encontraron que cifras de presión arterial sistólica más elevadas se presentaron en los diabéticos fumadores, predominando los rangos de valores entre 160 – 179 mmHg (63,64 %) y ≥ 180 mmHg (60,00 %)⁶⁰.

⁵⁹ VEGA JIMÉNEZ, Junior, *et al.* Factores cardioaterogénicos y riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 hospitalizados. Revista Cubana Medica, Mil vol.47 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2018 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572018000200006

⁶⁰MORA GONZÁLEZ, Maribel; LÓPEZ RODRÍGUEZ, Osvaldo Serguey y MONTOYA SÁNCHEZ, Xiomara. Caracterización clínica y riesgo cardiovascular global en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. Revista MEDIMAY. Vol. 24, No. 1 (2017), Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1041/1447>

Según lo anteriormente evidenciado, se encontró en el nivel de riesgo Framingham que el 69% de los participantes en el estudio tienen riesgo bajo, el 29% riesgo moderado y el 3% riesgo alto (30% a < 40%), siendo una mujer de 71 años de edad, con un PAS de 160 mm Hg, diabética no fumadora.

Los resultados coinciden con los de Arboleda *et al*⁶¹. donde el 96,8% presentó este tipo de riesgo cardiovascular (bajo) seguidos por el moderado y el alto respectivamente. Contrario a los obtenidos en la publicación “Riesgo de enfermedad cardiovascular según el puntaje de Framingham en pacientes con hipertensión arterial de Píllaro, Ecuador. 2017-2018”⁶² se evidenció una marcada disparidad en los niveles de riesgo, donde la mayoría de los participantes tenían un riesgo elevado (59,17%), moderado (29,17%) y bajo (11,67%).

Se usó el modelo lineal generalizado para determinar por medio del criterio de Akaike diferentes modelos que explicaran el nivel de riesgo Framingham y los factores que se tuvieron en cuenta. Según lo observado no se evidenció que estos factores sean determinantes por sí solos en los resultados del índice de Framingham según la tabla 4, encontrando que la diabetes es el factor que parece mejor explicar los resultados de riesgo en el índice. Se encontró que la diabetes fue la que mejor se ajustó al criterio de Akaike, sin embargo, este no es significativo al ser un resultado tan distante de cero.

Tabla 4 Tabla de contingencia de los modelos aditivos según el criterio de Akaike en adultos en el barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia

MODELO	AKAIKE
Diabetes + PAS + Fumador	10,77

⁶¹ARBOLEDA CARVAJAL, Mishel Stefanía; MD, GARCÍA YÁNEZ y Alan Rafael MD. Riesgo Cardiovascular: análisis basado en las tablas de Framingham. En pacientes asistidos en la unidad ambulatoria 309, IESS – SUCÚA. Revista. 2017, vol. 25, nro.1. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v25n1/v25n1a03.pdf>

⁶² ABRIL LÓPEZ, Patricio Alejandro, *et.al*. Risk of cardiovascular disease according to the Framingham score in patients with high blood pressure from Píllaro, Ecuador. 2017-2018. En: Revista de la Facultad de Medicina. 2021, vol.69, nro.3. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112021000300208&lang=es#B21

Diabetes + PAS	8,77
Fumador + PAS	13,05
Diabetes + Fumador	9,82
Diabetes	7,81
PAS	11,72
Fumador	12,77

Fuente: elaboración propia.

No se encuentran estudios que se hayan realizado con Akaike para analizar los factores de riesgo cardiovascular, sin embargo, en el estudio de Nanna *et al*⁶³. utilizaron cuatro grandes estudios de cohortes prospectivos y evaluaron el desempeño mediante ecuaciones de riesgo de cohortes agrupadas (PCE) para predecir el riesgo cardiovascular a 5 años, donde determinaron que la diabetes es un predictor importante de eventos de enfermedad coronaria.

Esto contrasta con la investigación de Neumann *et al.*, donde utilizaron análisis de regresión de Cox para calcular el riesgo previsto cardiovascular a 5 años y para el modelo de riesgo analizaron datos del estudio ASPirin in Reduction Events in the Elderly (ASPREE). Hallaron que la diabetes no fue identificada como un predictor significativo de mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares adversos importantes (MACE)⁶⁴.

A diferencia de este estudio Vega Jiménez *et al.*⁶⁵ analizaron los factores: pacientes diabéticos tipo 2 + presión arterial sistólica + fumadores, donde se hallaron cifras de presión arterial sistólica más elevadas en los pacientes fumadores (43,85 %). Diabéticos + fumadores (23,68 %) presentaron un riesgo alto y el 21,05 % fue

⁶³ NANNA, M, et al. (2020). The Accuracy of Cardiovascular Pooled Cohort Risk Estimates in U.S. Older Adults. Pub Med. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05361-4>

⁶⁴ NEUMANN, Johannes T, *et.al.* Cardiovascular risk prediction in healthy older people GeroScience 44, 403–413 (2022). <https://doi.org/10.1007/s11357-021-00486-z>

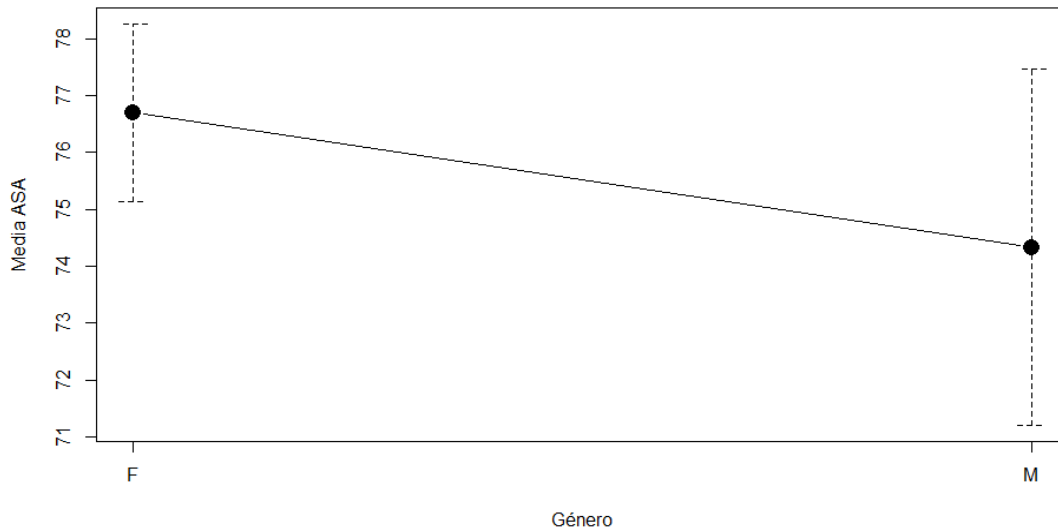
⁶⁵ Op. Cit. VEGA, Junior, et al.

moderado. Estos mismos factores, en el presente estudio, tuvieron un akaike de 10.77 y 9.82 respectivamente.

Escala de agencia de autocuidado

La consistencia interna del instrumento usado fue óptima alcanzando el 0,84 de Alpha de Cronbach. La media del cuestionario completo para los adultos fue de 75,7 (SD 9,4) considerándose como una alta capacidad de autocuidado; en hombres la media fue de 74,3 (SD 12,1) y en mujeres 76,7 (SD 6,9) siendo la misma interpretación que la del grupo completo y sin ser estadísticamente diferentes ($X^2=0,44$; $df=1$; $p=0,50$ prueba de Kruskal-Wallis), sin embargo, las mujeres muestran una media mayor y una desviación estándar más baja que lo calculado en los hombres, por lo que, la amplitud de los datos de las mujeres fue menor a la de los hombres (figura 5).

Figura 5 **Gráfica de las medias del género y la escala de agencia de autocuidado en adultos del barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia**



Fuente: elaboración propia.

Estos resultados fueron contrarios a una investigación de la Universidad Politécnica Amazónica sobre la capacidad de agencia de autocuidado en usuarios del centro integral de atención al adulto mayor de San Luis, Utcubamba – 2023⁶⁶, se encontró

⁶⁶ CASTILLO SUYÓN, Diana Paola. Capacidad de agencia de autocuidado en usuarios que

un nivel regular de capacidad de agencia de autocuidado en el 56,8% de los adultos mayores, seguido del 24,7% con capacidad de agencia de autocuidado buena, mientras que el 18,5% presentó nivel de capacidad de autocuidado deficiente.

En un estudio realizado por Velandia y Rivera en torno al tema relacionado, la “Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular”⁶⁷ se evidenció similitud en el resultado de la media de la capacidad de agencia de autocuidado, la cual correspondió a 78,5 (DS 6,6), donde el 35 % de los participantes presentó buena agencia de autocuidado, el 63 % presentó regular agencia de autocuidado y el 1 % tuvo baja agencia de autocuidado.

La pregunta que obtuvo la calificación más baja (media 1,91 y SD 0,74) fue la referente a “Me faltan las fuerzas necesarias para mantenerme como debo” en comparación con la pregunta “Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo” con una media de 3,83 (SD 0,51). Las preguntas “Si tengo problemas para moverme o desplazarme, me las arreglo para conseguir ayuda”, “Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo”, “Yo examino mi cuerpo para saber si hay algún cambio” y “Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme” mostraron la desviación estándar más alta (Tabla 5).

asisten al centro integral de atención al adulto mayor de San Luis, Utcubamba – 2023. Perú. (Tesis de Grado). Universidad Politécnica Amazónica. Registro: UPA-PITE083 Disponible en: https://repositorio.upa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12897/241/TESIS_%20DIANA%20PAOLA%20CASTILLO%20SUY%c3%93N.pdf?sequence=4&isAllowed=y

⁶⁷ VELANDIA y RIVERA. Op cit., p. 544.

Tabla 5 Media y desviación estándar de las preguntas de la escala de agencia de cuidado en adultos en el barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia

PREGUNTA	Media	SD
A medida que cambian las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud	3,43	0,74
Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas	3,40	0,69
Si tengo problemas para moverme o desplazarme, me las arreglo para conseguir ayuda	2,69	1,16
Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo	3,83	0,51
Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud	3,60	0,55
Me faltan las fuerzas necesarias para mantenerme como debo	1,91	0,74
Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora	3,17	0,75
Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio	3,49	0,61
Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios	2,86	0,91
Cuando hay situaciones que me afectan, yo los manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser	3,40	0,65
Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo	3,00	1,11
cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre	3,14	0,97
Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado	3,63	0,65
Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicación sobre lo que no entiendo	3,37	0,81
Yo examino mi cuerpo para saber si hay algún cambio	3,09	1,04
He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con el fin de mejorar mi salud	3,14	0,88

Cuando tengo que tomar una medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios	3,03	1,01
Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro	3,54	0,82
Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud	3,17	0,92
Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme	2,51	1,15
Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer	3,49	0,70
Si yo no puedo cuidarme, puedo buscar ayuda	3,31	0,83
Puedo sacar tiempo para mí	3,63	0,69
A pesar de mis limitaciones, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	3,11	0,93

Fuente: Adaptada de Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia (p. 227), por MANRIQUE, FERNÁNDEZ y VELANDIA. 2009, Aquichan.

Fuente: elaboración propia.

En un análisis factorial del ASA realizado por Manrique *et al.*⁶⁸ se evidencio similitud en las preguntas “Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme” con una media de 2,50 y DS de 1,04, “Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio” con una media de 3,07 y DS de 1,01, al igual que en esta investigación mostraron la desviación estándar más alta.

En un estudio realizado por Velandia y Rivera⁶⁹ se evidencio que la pregunta que obtuvo la calificación más baja (16,4%) fue “Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo” en comparación con la pregunta de mayor cumplimiento (79,1%) la cual fue “Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud”.

⁶⁸ MANRIQUE ABRIL, Fred; FERNÁNDEZ, Alba, y VELANDIA, Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Revista Aquichan vol.9 No.2 Bogotá Sep./Dec. 2009, Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300003

⁶⁹ VELANDIA y RIVERA. Op cit., p. 545.

Se encontró que existe una correlación fuerte positiva ($r=0,86$) entre la pregunta “Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información sobre qué hacer” y “Si yo no puedo cuidarme, puedo buscar ayuda”. La pregunta “Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo” fue la que mostró mayor número de correlaciones positivas moderadas con las preguntas “Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado”, “Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicación sobre lo que no entiendo” y “Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro”, asimismo, se observó que la pregunta sobre dormir suficiente y la de información sobre la salud mostraron también correlación entre ellos ($r= 0,67$). En total se encontraron 18 correlaciones positivas entre moderadas y leves (Tabla 6).

Tabla 6 Matriz de correlación de los 24 ítems del instrumento de la Escala de agencia de autocuidado

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	1																							
2	0.69	1.00																						
3	0.30	0.20	1.00																					
4	0.43	0.53	0.10	1.00																				
5	0.58	0.51	0.26	0.48	1.00																			
6	-0.09	-0.10	-0.20	-0.19	-0.09	1.00																		
7	0.29	0.20	0.37	0.39	0.38	-0.08	1.00																	
8	0.24	0.36	0.10	0.46	0.50	-0.36	0.46	1.00																
9	-0.04	0.00	-0.32	0.07	0.00	-0.28	-0.05	0.23	1.00															
10	0.24	0.29	0.21	0.12	0.21	-0.29	-0.08	0.09	0.00	1.00														
11	0.14	0.04	-0.27	0.26	0.05	0.21	0.25	0.00	0.06	-0.12	1.00													
12	0.16	0.22	0.35	0.23	0.22	-0.10	0.29	0.18	-0.24	0.05	-0.11	1.00												
13	0.28	0.47	0.11	0.60	0.31	-0.31	0.26	0.32	-0.09	0.22	0.16	0.23	1.00											
14	0.12	0.36	0.19	0.51	0.21	-0.19	0.28	0.16	-0.17	0.32	0.03	0.34	0.67	1.00										
15	0.07	0.11	0.02	0.36	0.32	-0.26	0.09	0.53	0.26	-0.01	0.13	-0.04	0.14	0.24	1.00									
16	0.27	0.39	0.05	0.45	0.42	-0.16	0.32	0.58	0.14	0.15	0.18	0.39	0.30	0.38	0.40	1.00								
17	0.26	0.28	0.33	0.29	0.23	-0.19	0.58	0.12	-0.15	-0.02	0.29	0.47	0.33	0.49	0.05	0.29	1.00							
18	0.53	0.54	0.25	0.51	0.43	-0.07	0.28	0.16	-0.17	0.24	0.19	0.42	0.39	0.58	0.15	0.42	0.51	1.00						
19	0.19	0.35	-0.22	0.31	0.08	-0.06	0.04	0.37	0.10	0.32	0.09	0.17	0.26	0.27	0.17	0.51	0.06	0.30	1.00					
20	0.01	0.07	0.32	0.05	0.01	-0.15	0.10	-0.07	0.07	-0.01	0.07	-0.12	0.03	-0.02	-0.26	-0.07	0.09	0.13	-0.17	1.00				
21	0.15	0.25	0.27	0.16	0.29	-0.14	0.06	0.12	-0.21	0.08	0.08	0.37	0.15	0.19	0.02	0.22	0.35	0.40	0.23	0.23	1.00			
22	0.16	0.23	0.32	0.27	0.28	0.00	0.15	0.10	-0.21	0.09	0.10	0.52	0.17	0.22	0.00	0.22	0.48	0.39	0.23	0.20	0.84	1.00		
23	0.38	0.38	0.14	0.40	0.37	-0.06	0.13	0.09	-0.04	0.41	0.38	0.26	0.34	0.31	0.09	0.24	0.14	0.42	0.15	0.21	0.51	0.52	1.00	
24	0.05	0.11	0.50	0.41	0.15	-0.37	0.52	0.36	-0.15	-0.03	0.06	0.34	0.27	0.22	0.05	0.12	0.34	0.07	-0.02	0.36	0.41	0.45	0.30	1

Fuente: elaboración propia.

No se encontraron estudios para hacer una comparación de los resultados obtenidos sobre la correlación entre los ítems analizados. Sin embargo, Vallejo en su estudio encontraron que el adulto mayor presentó adecuada capacidad y percepción de autocuidado en las categorías: actividad física, alimentación, medicación, adicciones y hábitos tóxicos⁷⁰, lo cual coincide con la alta capacidad de agencia de autocuidado encontrada en esta investigación.

Relación entre el nivel de riesgo Framingham y escala de agencia de autocuidado

La relación entre el nivel de riesgo Framingham se hizo usando la interpretación del test por cada adulto que hizo parte del estudio y la interpretación de la escala de agencia de autocuidado, también por cada adulto. Se creó una tabla de contingencia entre las dos interpretaciones tenidas en cuenta (Tabla 7), sin embargo, por los datos menores a 5 en las frecuencias observadas en la tabla, no fue posible generar un análisis con la prueba de Chi-cuadrado.

Tabla 7 Tabla de contingencia relacionando la interpretación del nivel de riesgo Framingham y la interpretación de la escala de agencia de autocuidado en adultos en el barrio Buenos Aires, Girardot – Colombia

	Nivel de riesgo Framingham		
	Alto	Moderado	Bajo
Alta capacidad de autocuidado	1	7	21
Media capacidad de autocuidado	0	3	3

Fuente: elaboración propia.

Se utilizó el coeficiente V de Cramer para interpretar la fuerza de la posible asociación entre el nivel de riesgo Framingham y la interpretación de la escala de agencia de autocuidado en adultos del barrio Buenos Aires en el municipio de

⁷⁰VALLEJO PINEDA, Daniela. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores Pertenecientes a un barrio de la Comuna 3 de Armenia, Quindío. (Tesis de Grado), Universidad Del Quindío. Facultad de Ciencias de La Salud. Programa Gerontología. 2021. Disponible en: <https://bdigital.uniquindio.edu.co/bitstream/handle/001/6187/PROYECTO%20DE%20GRADO%20DANIELA%20VALLEJO%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Girardot, Colombia, encontrando asociación moderada (V de Cramer= 0,22, p= 0,02) entre las dos variables.

Por otro lado, se analizó si existieron posibles diferencias de la escala de autocuidado según el nivel de riesgo Framingham, encontrando que no hay evidencia de diferencia del autocuidado de aquellos que tuvieron riesgo en el test de Framingham alto, moderado o ligero ($X^2= 1,84$; $df= 2$; $p= 0,40$ prueba de Kruskal-Wallis), lo que puede explicar la relación moderada que se obtuvo en el coeficiente de Cramer.

Contrario a la investigación realizada por Fernández y Manrique-Abril⁷¹ donde fue necesario realizar una intervención educativa para lograr una pequeña diferencia 1,5 pero no significativa $p=0,35$. A los 15 días y al mes de seguimiento después de la intervención educativa, la agencia de autocuidado aumentó en 26,4 puntos en el grupo experimental y en 1,9 puntos en el grupo de control, cuando se usó medición basal.

No se encontraron estudios en literatura revisada, investigaciones que relacionen las 2 variables riesgo cardiovascular y capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores. Morales *et al.* realizó un estudio en adolescentes mediante la prueba Kruskal-Wallis reveló un nivel de significancia superior a 0,5 demostrando que no existe una distribución similar de capacidad de agencia de autocuidado con las categorías de clasificación de la presión arterial. Lo que indica, que los adolescentes con mayor capacidad de autocuidado presentan menores factores de riesgo cardiovascular en el futuro. Si un adolescente cuida de sí mismo al llevar a cabo actividades para prevención de procesos de enfermedad, puede convertirse en un agente de autocuidado.⁷²

Durante la determinación del riesgo cardiovascular y la agencia de autocuidado, se generó un espacio con estas personas para la educación incidental, la cual permitió brindar información valiosa sobre cómo prevenir y controlar eficazmente los factores de riesgo en su vida diaria y fortalecer la toma de decisiones en pro al bienestar en general.

⁷¹ Op. Cit. FERNÁNDEZ, Alba Rosa y MANRIQUE-ABRIL, Fred Gustavo.

⁷² MORALES AGUILAR, Rosa y FLÓREZ FLÓREZ, Magda Lucia. Agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. *av.enferm.* Bogotá May/Aug. 2016, vol.34, nro.2 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000200002

Con base en las recomendaciones al utilizar las herramientas de la OMS⁷³ y de acuerdo al riesgo identificado en cada uno de los participantes, se realizó educación sobre:

Abandono o evitación del consumo de tabaco y evitar el consumo de alcohol.⁷⁴

Mantener una buena alimentación: reducir el consumo de alimentos ricos en azúcares y harinas, evitar alimentos preparados con grasas reutilizadas y la comida de la calle sin control de calidad, así como limitar el consumo de alimentos procesados. Al cocinar, se recomienda utilizar menos sal, azúcar y salsas, sin añadirlos después de la cocción. Además, es esencial consumir diariamente cuatro a cinco porciones de frutas y verduras en su forma natural, junto con cereales integrales y leguminosas⁷⁵.

Realizar actividad física un mínimo de 30 minutos de actividad física moderada al día o 150 minutos a la semana para mantener un peso ideal en complemento con la alimentación equilibrada.

⁷³ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resultados de riesgo y recomendaciones al utilizar las herramientas de la OMS. MINSALUD. [Consultado el 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/valoraturiesgo/LDRRecomendaciones/Mensajes%20aplicativo%20conoce%20tu%20riesgoOMS.pdf>

⁷⁴ Ibíd. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

⁷⁵ Ibíd. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

8. CONCLUSIONES

El nivel de escolaridad que no supera la primaria y estrato socioeconómico bajo no inciden en la capacidad de agencia de autocuidado es decir que independiente de estas condiciones sociales la disposición y autonomía que tenga el adulto mayor para decidir sobre la propia salud, comprender y aplicar conocimientos sobre el cuidado de sí mismo representa un aspecto importante para tener en cuenta en los participantes del estudio.

El nivel de riesgo cardiovascular encontrado en el estudio fue en su mayoría bajo, lo que probablemente estuvo determinado por la exclusión de adultos mayores con diagnóstico de hipertensión, sin embargo, es relevante considerar aquellas personas con nivel moderado teniendo en cuenta que debido el proceso de envejecimiento diferentes factores pueden influir e incrementar el riesgo.

La capacidad de agencia de autocuidado que se evidencio en la población fue alta sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo, se observó que las mujeres tienden a mostrar una media ligeramente más alta y una desviación estándar más baja.

Al identificar una mayor deficiencia en la población frente a los requisitos de autocuidado de tipo universal como: “mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo” y el “mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos”, se corrobora la teoría del déficit de autocuidado debido a que el estado de salud es un factor básico condicionante que influye en la agencia de autocuidado y en consecuencia el riesgo cardiovascular de una persona.

La relación entre el riesgo cardiovascular y la capacidad de agencia de autocuidado no fue concluyente para la población participante en el estudio, sin embargo se hace necesario fortalecer las medidas de cuidado de la salud en los adultos mayores.

9. RECOMENDACIONES

Desde la universidad y el programa de CASSA UDEC dar continuidad a la investigación abordando pautas de autocuidado con el fin de empoderar a los adultos mayores en la toma de decisiones informadas sobre su salud y ofrecer educación continua en la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Realizar otros estudios donde se incluyan a personas con diagnóstico de hipertensión arterial que permita determinar la capacidad de agencia de autocuidado y compararlos con los resultados de esta investigación.

Los entes territoriales de salud pública, instauren estrategias de autocuidado en colaboración con profesionales de la salud enfocadas a modos y estilos de vida saludable, dieta, actividad física, factores de riesgo, tratamiento farmacológico y promover la asistencia a las instituciones de salud del municipio. Así mismo llevar a cabo un acompañamiento continuo, donde se promueva la participación activa de la población adulta mayor con el fin de crear un entorno propicio para la reducción de factores de riesgo cardiovascular.

10. BIBLIOGRAFÍA

- ABRIL LÓPEZ, Patricio Alejandro, et.al. Risk of cardiovascular disease according to the Framingham score in patients with high blood pressure from Pillaro, Ecuador. 2017-2018. En: Revista de la Facultad de Medicina. 2021, vol.69, nro.3. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112021000300208&lang=es#B21
- ARANCO, Natalia, et. al. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. En: Inter-American Development Bank. enero 2018. Disponible en: <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.PDF>
- ARBOLEDA CARVAJAL, Mishel Stefanía; MD, GARCÍA YÁNEZ y Alan Rafael MD. Riesgo Cardiovascular: análisis basado en las tablas de Framingham. En pacientes asistidos en la unidad ambulatoria 309, IESS – SUCÚA. Revista. 2017, vol. 25, nro.1. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v25n1/v25n1a03.pdf>
- AREIZA, Maritza, et.al. Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios. Revista Colombiana de Cardiología [online]. 2018, vol.25, nro.2, pp.162-168. ISSN 0120-5633. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.07.011>
- ARISTIZÁBAL HOYOS, Gladis Patricia, et. al. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. univ vol.8 no.4 Ciudad de México oct./dic. 2011. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003
- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Declaración de Helsinki de la AMN - Principios éticos para la investigación médicas en seres humanos. [en línea]. [s.l.]. [consultado el 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- BOTERO, Beatriz Eugenia y AGUDELO, Luz Marina. Características de la atención en salud para los mayores de 60 años en Manizales, 1998. Colombia Médica. 2001, vol.32, nro. 1. p.p.19-24. [consultado el 10 septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28332105>

- CASTILLO SUYÓN, Diana Paola. Capacidad de agencia de autocuidado en usuarios que asisten al centro integral de atención al adulto mayor de San Luis, Utcubamba – 2023. Perú. (Tesis de Grado). Universidad Politécnica Amazónica. Registro: UPA-PITE083 Disponible en: https://repositorio.upa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12897/241/TESIS_%20ODIANA%20PAOLA%20CASTILLO%20SUY%c3%93N.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1751 de 2015. (16, febrero, 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. En: Ministerio de Salud y Protección Social. p. 2. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- COLOMBIA. UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA. Estatuto de propiedad intelectual. Acuerdo 000004 [en línea]. Bogotá: La universidad, 26 de abril de 2018. [consultado el 2022]. Disponible en: <https://www.ucundinamarca.edu.co/selloeditorial/editorial/EstatutodePropiedadIntelectual.pdf>
- CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 266 de 1996. [En línea]. En: Mineducación. Bogotá 25 de enero de 1996. [Consultado en: noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf
- CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. [en línea]. En: Mineducación. Bogotá 5 de octubre de 2004. [consultado el 2022]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
- CONGRESO DE COLOMBIA. Política de protección de datos personales. Ley estatutaria 1581 de 2012 [en línea]. Bogotá: El congreso, 17 de octubre de 2012. [consultado el 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
- CRUZ POTES, José Manuel, VÁSQUEZ MUÑOZ, Juan Camilo y BETANCOURT-PEÑA, Jhonatan. Tamizaje de riesgo cardiovascular y diabetes en el adulto mayor de un centro de atención de adultos mayores en Palmira. Universidad Javeriana. Revisión Sistemática y metanálisis *Salutem Scientia Spiritus* 2022; 8(4):32-38. Disponible en: <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/626/527>
- CUBILLOS ÁLZATE, Julio Cesar; MATAMOROS CÁRDENAS, Mariana y PEREA CARO, Santiago Alberto. Boletines Poblacionales: Personas Adultas Mayores de 60 años. En: Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C. diciembre

de 2020. [Consultado en 2023]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/280920-boletines-poblacionales-adulto-mayorl-2020.pdf>

DIANJIANYI Sun, et.al. Type 2 Diabetes and Hypertension A Study on Bidirectional Causality. Originally published 16 Jan 2019 <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.314487> Circulation Research. 2019;124:930–937, Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6417940/>

DÍAZ GÓMEZ, José Manuel. ¿La escala de Framingham predice los eventos cardiovasculares en la población trasplantada renal adulta? En: Revista nefrología. vol. 29, nro. 1. [Consultado el 2022]. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X2013757509001799>

FERNÁNDEZ DE KIRCHNER, Cristina, et al. Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. 2009. Argentina, Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento13.pdf>

FERNÁNDEZ, Alba Rosa y MANRIQUE-ABRIL, Fred Gustavo. Efecto de la Intervención Educativa en La Agencia de Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. En: Ciencia y enfermería. 2010, vol, XXV, nro. 2. p.p. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_09.pdf

FERNÁNDEZ, Alba Rosa, y MANRIQUE-ABRIL, Fred Gustavo. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. En Revistas Unal. 20 agosto de 2010. Consultado 29 septiembre de 2023. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/36656>

FERNÁNDEZ, Alba y MANRIQUE ABRIL, Fred Gustavo, La Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem y sus Indicadores Empíricos. 2010. Editorial Académica Española es una marca comercial de: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG

FERREIRA-GUERRERO, Diva del Pilar, DÍAZ-VERA, Mabel Piedad y BONILLA-IBÁÑEZ, Claudia Patricia. Factores de riesgo cardiovascular modificables en adolescentes escolarizados de Ibagué 2013. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2017; 35(2): 264-273. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v35n2a10

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud de Cundinamarca. Análisis de Situación de Salud - ASIS con Modelo de los Determinantes Sociales en Salud. Bogotá, D.C 2017.

Disponible en: https://drive.google.com/drive/folders/196eGFO_Th3Fb-0W8fYm-llp4gEB2xWUh

KUNSTMAN, Sonia y GAINZA, Fernanda. Herramientas para la estimación del riesgo cardiovascular. Revista Médica Clínica Las Condes, Volume 29, Issue 1, January–February 2018, Pages 6-11 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.11.010>

LAGOS K. Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos. Centro de atención del adulto mayor “Tayta Wasi”. [Tesis para obtener el título de licenciado de Enfermería] Lima: Universidad Nacional San Marcos, 2015.

LEYVA-JIMÉNEZ, Rafael, VENEGAS-ESCOBEDO Omar Efraín y MEDEL-DELGADO Alfredo Guadalupe. La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. Unidad de Medicina Familiar Núm. 53, Instituto Mexicano del Seguro Social de Guanajuato. Artículo, Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn114g.pdf>

MANRIQUE ABRIL, Fred; FERNÁNDEZ, Alba, y VELANDIA, Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Revista Aquichan vol.9 No.2 Bogotá Sep./Dec. 2009, Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300003

MARTÍNEZ, Aurora. (2023). Definición de Riesgo. Recuperado de: <https://conceptodefinicion.de/riesgo/>. Consultado el 26 de septiembre de 2023

MCGURNAGHAN, S, et.al. Cardiovascular disease prevalence and risk factor prevalence in Type 2 diabetes: a contemporary análisis. First published: 23 September 2018 DOI: <https://doi.org/10.1111/dme.13825>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Envejecimiento y vejez. ¿Quiénes son las personas adultas mayores?. MINSALUD. [s.l.]. [s.n.]. [consultado el 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 3280 de 2018. (02, agosto, 2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud. En: MINSALUD. p. 48 - 77. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resultados de riesgo y recomendaciones al utilizar las herramientas de la OMS. MINSALUD. [Consultado el 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/valoraturiesgo/LDRecomendaciones/Mensajes%20aplicativo%20conoce%20tu%20riesgoOMS.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD. Enfermedades cardiovasculares: MINSALUD. [s.l.]: Colombia Potencia de la Vida. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-cardiovasculares.aspx>
- MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 de 1993. MINSALUD. Bogotá: 04 de octubre de 1993. [Consultado el 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- MORA GONZÁLEZ, Maribel; LÓPEZ RODRÍGUEZ, Osvaldo Serguey y MONTOYA SÁNCHEZ, Xiomara. Caracterización clínica y riesgo cardiovascular global en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. Revista MEDIMAY. Vol. 24, No. 1 (2017), Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1041/1447>
- MORALES AGUILAR, Rosa y FLÓREZ FLÓREZ, Magda Lucia. Agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. av.enferm. Bogotá May/Aug. 2016, vol.34, nro.2 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000200002
- NANNA, M, et al. (2020). The Accuracy of Cardiovascular Pooled Cohort Risk Estimates in U.S. Older Adults. Pub Med. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05361-4>
- NEUMANN, Johannes T, et.al. Cardiovascular risk prediction in healthy older people GeroScience 44, 403–413 (2022). <https://doi.org/10.1007/s11357-021-00486-z>
- NORIEGA, Wilson y TORRES, Yara. Capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores hospitalizados - cartagena 2019. [consultado el 2022]. Disponible en: <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>
- OCAMPO, José M y GUTIÉRREZ, Javier. Envejecimiento del sistema cardiovascular. Revista Colombiana de Cardiología. En Scielo. [Consultado

en: agosto de 2022]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332005000400002

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades cardiovasculares. [sitio web]. [consultado el 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Envejecimiento y salud: OMS. [s.l.]: [s.n.]. 1 de octubre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Día Mundial del Corazón: Enfermedades cardiovasculares causan 1,9 millones de muertes al año en las Américas: OPS. Washington. [consultado el noviembre del 2022]. Disponible en:
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7252:2012-world-heart-day-cardiovascular-diseases-cause-1-9-million-deaths-year-americas&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

PRADO SOLAR, Liana Alicia, et.al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. 23 de octubre de 2014, vol. 36, nro. 6, pp. 835-845. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2014/me146d.pdf>

RIVERA ÁLVAREZ, Luz Nelly y DÍAZ, Luz Patricia. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. En: Scielo. 2007. vol. 52. nro 2. [Consultado el 2022]. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762007000200005&lng=es&tlng=es.

RODRÍGUEZ GÁSQUEZ, M^a de los Ángeles, ARREDONDO HOLGUÍN, Edith y SALAMANCA ACEVEDO, Yurany A. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). En: enfermería Global.vol. 12, nro 30. [Consultado en: agosto de 2023]. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200009#:~:text=La%20agencia%20de%20autocuidado%20es,individuo%20para%20comprometerse%20en%20el

RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, S, et.al. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. En: Scielo. Enfermería Universitaria 2014;11(4):145-153. 2014. Disponible en: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/162>

- SISA, Ivan. Evaluación del riesgo cardiovascular en adultos mayores utilizando el modelo SCORE OP en una población latinoamericana: experiencia en Ecuador. En: Elsevier. [en línea]. 2017, p. 3. [consultado el 14 de agosto de 2023]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.07.021>
- TECK, Julia. Diabetes-Associated Comorbidities. Prim Care 2022 Jun;49(2):275-286. doi: 10.1016/j.pop.2021.11.004. Epub 2022 Apr 22. Disponible en: DOI: 10.1016/j.pop.2021.11.004
- UNICEF. UNICEF y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [En línea]. [Consultado en: septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/unicef-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible>
- VALLEJO PINEDA, Daniela. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores Pertenecientes a un barrio de la Comuna 3 de Armenia, Quindío. (Tesis de Grado), Universidad Del Quindío. Facultad de Ciencias de La Salud. Programa Gerontología. 2021. Disponible en: <https://bdigital.uniquindio.edu.co/bitstream/handle/001/6187/PROYECTO%20DE%20GRADO%20DANIELA%20VALLEJO%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- VÁSQUEZ-CARRILLO, Pablo, et. al. Riesgo cardiovascular global en una población adulta mayor del área rural, Cantón de Garabito, Puntarenas. En: Redalyc. Septiembre 2015, vol. 57, nro 3. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43439778004>
- VEGA A, Olga Marina. SUÁREZ R, Josefina y ACOSTA G, Sandra. Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz. Revista Colombiana de Enfermería, abril de 2015, Volumen 10, 23 Año 10, p. 45-56 Disponible en: <https://doi.org/10.18270/rce.v10i10.579>
- VEGA ABASCAL, Jorge; GUIMARA MOSQUEDA, Mayra y VEGA ABASCAL, Luis. Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. En: Revista Cubana de Medicina General Integral. 2011, vol.27, n.1, pp.91-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252011000100010
- VEGA JIMÉNEZ, Junior, et.al. Factores cardioaterogénicos y riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 hospitalizados. Revista Cubana Medica, Mil vol.47 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2018 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572018000200006

VELANDIA ARIAS, Anita, y RIVERA ÁLVAREZ, Luz N. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. En: Revista de salud pública. 2009, vvol, 11. nro.4. p.p 538-548. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n4/v11n4>

11. ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UNA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación:	
Nombre del (a) investigador (a):	
Rol dentro del proyecto: (seleccionar según corresponda)	<input type="radio"/> Investigador Principal <input type="radio"/> Co-investigador <input type="radio"/> Tesista <input type="radio"/> Auxiliar de Investigación <input type="radio"/> Semillerista <input type="radio"/> Asesor Externo <input type="radio"/> Otro <input type="text"/>
Cargo:	
Correo institucional:	
Número de Teléfono:	
Proyecto de: (Ej: Tesis, Convocatoria de investigación interna, Convocatoria de investigación externa, Investigación de la Alianza, externo, etc.)	

A través del presente documento, manifiesto que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante de la presente investigación contribuyendo a la fase de recolección de información. Que me informaron de los riesgos y beneficios de la investigación y la prueba, así como, del derecho que tengo en conocer los resultados finales obtenidos en la investigación. Que soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme de responder total o parcialmente las preguntas que me sean formuladas y para renunciar a mi colaboración cuando a bien lo considere y sin necesidad de justificación alguna. De igual forma se me informó que mi participación se hará a título gratuito, por lo que no recibiré estipendio o compensación de ninguna índole por contribuir a este proceso de investigación. Así mismo, indico que puedo rehusarme a participar y/o retirarme del estudio en cualquier momento que desee después de haber ingresado.⁷⁶

- Sé que los riesgos de la autorización de investigación y las pruebas son: *(detallar los riesgos que asume el participante)*

--

⁷⁶ UDEC. (2020). Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información SGSI. Disponible en: <https://www.ucundinamarca.edu.co/sgsi/>

- El objetivo de la investigación es:

- Se espera que los resultados de la investigación contribuyan a:

AVISO DE PRIVACIDAD

La Universidad de Cundinamarca, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1074 de 2015, comunica que, en desarrollo de sus actividades académicas, comerciales o laborales, solicita y recolecta Información y datos personales de los Titulares que de manera permanente o temporal acceden o buscan acceder a los servicios prestados por la Institución, y que serán tratados según las finalidades descritas en el documento ESG-SSI-M001 - MANUAL DE POLÍTICAS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN.

Dicha información reposa en nuestras bases de datos y sobre la misma puede ejercer sus derechos de acceso, actualización, rectificación y supresión de conformidad con nuestra Política Institucional de Tratamiento de Datos Personales disponible aquí: www.ucundinamarca.edu.co/index.php/proteccion-de-datos-personales.

El tratamiento de datos de menores responde y respeta el interés superior de estos, así como asegura el respeto por sus derechos fundamentales. Igualmente, la Universidad de Cundinamarca informa que el tratamiento de los datos sensibles registrados en el instrumento en mención, se realizará bajo estrictos estándares de seguridad y confidencialidad, implementando medidas administrativas, técnicas y jurídicas, de obligatorio cumplimiento para los funcionarios administrativos, docentes y terceros involucrados en la actividad, considerando en todo momento que el Titular tiene la libre facultad de no autorizar el tratamiento de sus datos sensibles

Para ejercer sus derechos ante el responsable del tratamiento de la información personal, es decir, la Universidad de Cundinamarca, puede dirigirse a sus instalaciones a la Oficina de Atención al Ciudadano o comunicarse con nosotros a través del correo protecciondedatos@ucundinamarca.edu.co.

Voluntariedad y confidencialidad: La participación en la investigación es completamente voluntaria. Al firmar este consentimiento informado, usted está autorizando a que la

información sea utilizada con los propósitos investigativos mencionados, de modo que no será usada con ningún otro fin.⁷⁷

Los datos que se generen de este proyecto serán presentados en publicaciones nacionales y de ser posible en publicaciones internacionales, manteniendo la confidencialidad de sus datos personales.⁷⁸

Dado en el municipio/ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Acepto

(Firma del Investigador)

Nombre completo investigador⁷⁹

CC

Correo electrónico:

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ *Nota: este formato deberá ser diligenciado de manera individual por cada uno de los participantes del proyecto (Investigador Principal, Coinvestigadores, estudiantes semilleristas, entre otros)*

ANEXO B. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la Universidad de Cundinamarca, la cual en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, del Decreto 1377 de 2013 y el Decreto Único reglamentario 1074 de 2015 en los capítulos 25 y 26, informa que:

1. La Universidad actuará como responsables del Tratamiento de Datos Personales de los cuales soy titular, conforme a la política de Tratamiento de Datos Personales de la Universidad disponible en el portal institucional www.ucundinamarca.edu.co, con las siguientes finalidades, favor indique con una X los ítems a los cuales usted otorga autorización:

a.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Participación en actividades relacionadas con el desarrollo de proyectos de investigación de la Universidad de Cundinamarca.
b.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Autoriza la captura y uso de imagen y video para publicación y divulgación del proyecto de investigación en el que participa, así como medios de comunicación impresos y digitales de la Universidad de Cundinamarca
c.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	En caso de requerirse, captura de datos biométricos para el desarrollo de proyectos de investigación de la Universidad de Cundinamarca.
d.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Comunicación vía correo electrónico o telefónico en el contexto del proyecto de investigación de la Universidad de Cundinamarca.

2. Como titular de los datos tengo la facultad de contestar o no las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados que traten sobre información sensible o sobre datos de menores de edad.

Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo, la orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.⁸⁰

3. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico protecciondedatos@ucundinamarca.edu.co
4. Declaro que se me ha informado de manera clara y comprensible que mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a revocarla o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos.
5. Leído lo anterior y al diligenciar este formulario autorizo de manera previa, explícita e inequívoca a la Universidad de Cundinamarca, para el tratamiento de los datos personales suministrados dentro de las finalidades legales, aquí contempladas. Declaro ser el titular de la información reportada en este formulario y que la he suministrado de forma voluntaria, completa, confiable, veraz, exacta y verídica, además reconozco que los datos suministrados

⁸⁰ UDEC. (2020). Autorización para el Tratamiento de Datos Personales. Disponible en: https://www.ucundinamarca.edu.co/sgsi/wp-content/uploads/2021/07/ESG-SSI-F003_V1.pdf

a la Universidad son ciertos, dejando por sentado que no se ha omitido o adulterado ninguna información.⁸¹

Nota: Por favor diligencie y remita este documento, no se aceptan tachones o enmendaduras

INFORMACIÓN DEL TITULAR	
*Nombre(s)	*Apellido(s)
*Tipo Documento CC () CE () TI () Pasaporte () País pasaporte ()	*Identificación No.
*Fecha Exp. Documento de Identidad: Año Mes Día <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	*Fecha diligenciamiento del presente documento: Año Mes Día <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
* Proyecto de Investigación en el que participará: _____	*¿Asiste de forma voluntaria? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
*¿Se encuentra en óptimas condiciones de salud? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de tener alguna alergia, afección o padecimiento favor indicarlo a continuación: _____	*Correo /Email Teléfono fijo/celular:
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE QUE EL TITULAR SEA MENOR DE EDAD)	
*Nombre(s):	*Apellido(s):
*Tipo Documento CC () CE () TI () Pasaporte () País pasaporte ()	*Identificación No.
*Fecha Exp. Documento de Identidad: Año Mes Día <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	*Correo /Email Teléfono fijo/celular:
Madre: <input type="checkbox"/> Padre: <input type="checkbox"/> Representante Legal (Asignado por ICBF o Entidad legal) <input type="checkbox"/> En caso de ser Representante Legal favor adjuntar copia del documento legal.	*Fecha diligenciamiento del presente documento: Año Mes Día <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
* FIRMA DE PADRE, MADRE O REPRESENTANTE LEGAL	

Código Serie Documental (Ver Tabla de Retención Documental).⁸²

⁸¹ Ibid.

⁸² Ibid.

ANEXO C. TEST MINIMENTAL

PUNTAJE	ORIENTACIÓN		
/5	Diga en que:	1. Año	0
		2. Mes	0
		3. Día	0
		4. Día/semana	0
		5. Hora	0
/5	En que:	1. País	0
		2. Ciudad	0
		3. Departamento	0
		4. Hospital/ lugar	0
		5. Piso/ Sector	0

MEMORIA

/3	Diga tres nombres: <u>casa, mesa, árbol</u> . Un segundo para cada uno. Luego pida al paciente que los repita. Un punto por cada una. Repítalos hasta que el paciente los registre. Anota el número de ensayos requeridos_____	0
-----------	--	---

ATENCIÓN Y CALCULO

/5	Restar 100 – 7 en forma sucesiva. Pare a la quinta respuesta. Registre un punto por cada respuesta correcta (93, 86, 79, 72, 65)	0
	Decir los meses del año al revés (Diciembre, Noviembre, Octubre, Septiembre, Agosto). Realizar uno u otro: (números o meses).	0

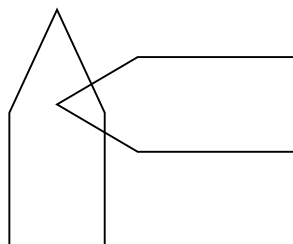
EVOCACIÓN

/3	De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerde.	0
-----------	---	---

LENGUAJE

/2	Denominar dos objetos (reloj, lápiz)	0
/1	Repetir: <u>En un trigal había cinco perros.</u>	0
/3	Comprensión: obedecer una orden en tres etapas: "Tome la <u>hoja con su mano derecha, dóblela y póngala en el suelo</u> "	(0)
/1	Lea y obedezca las siguientes ordenes: "cierre los ojos"	0
/1	Escriba una frase (sujeto – verbo)	0
/1	Copie el diseño	0

⁸³



PUNTAJE /30

INTERPRETACIÓN

30 a 27 Pts = Normal

24 a 26 Pts = Deterioro leve

16 a 23 Pts = Deterioro Severo

⁸³ Sevilla, Diego. (2015). Procedimientos para evaluación de ancianos. P. 33. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/8823942/>

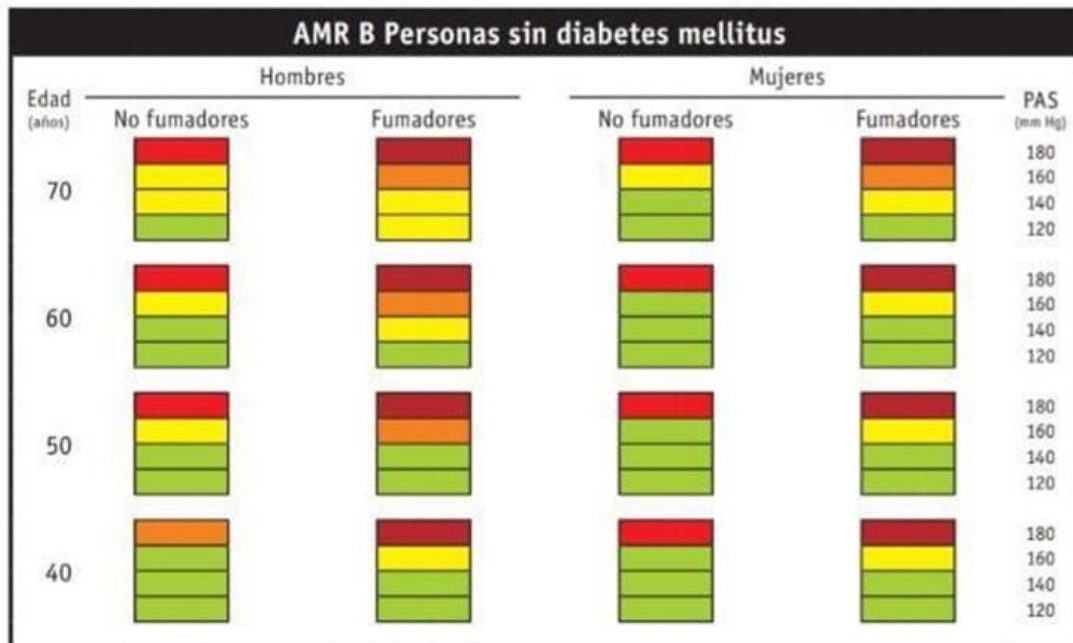
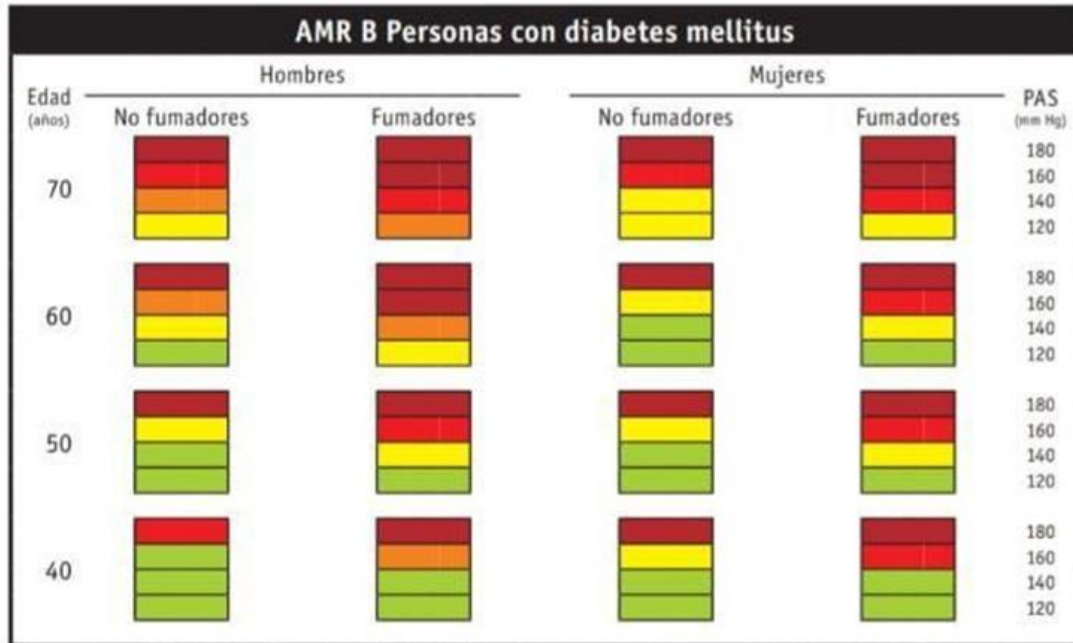
ANEXO D. INSTRUMENTO DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		DD/MM/AAAA					
NOMBRE COMPLETO							
EDAD		TIPO Y NÚMERO DOCUMENTO					
ESTADO CIVIL		SOLTERO	CASADO/A <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	VIUDO/A <input type="checkbox"/>	GÉNERO	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
LUGAR DE NACIMIENTO		DEPARTAMENTO/CIUDAD					
FECHA DE NACIMIENTO		DD/MM/AAAA			EPS		
ZONA DE LA VIVIENDA		RURAL	URBANA	DIR. RESIDENCIA		CIUDAD/BARRIO	
TIPO DE INMUEBLE		PROPIA <input type="checkbox"/>	FAMILIAR <input type="checkbox"/>	ARRENDADA <input type="checkbox"/>	ESTRATO SOCIAL	1,2,3...6	
CELULAR/TELÉFONO					CUIDADOR PERMANENTE	SI O NO	

Fuente: elaboración propia.

ANEXO E. ESCALA DE FRAMINGHAM

Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥40%



84

⁸⁴ Op. Cit. OMS, (2008)., p. 16.

ANEXO F. ESCALA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Fecha: _____ Ciudad: _____
 Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M ___ F ___ Fecha de nacimiento: _____
 Lugar de residencia: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Consentimiento informado:

Previamente informado acerca del contenido y la metodología de la presente investigación, acepto de manera voluntaria participar en el mismo, y autorizo la publicación de los resultados en entidades científicas y/o académica guardando mis datos de identificación.

Firma: _____ c.c _____

Escala para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado

Instrucciones

Los enunciados que se listan a continuación son utilizados por algunas personas para describirse a sí mismo en su forma habitual de ser. Por favor lea cada uno de ellos, marque el número que corresponda al grado que mejor le describe como usted es. No hay respuesta correcta o incorrecta solo asegúrese de que selecciona la que mejor corresponde a su capacidad o a sus habilidades:

Item	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas				
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.				
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.				
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora				
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.				
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios				
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo el manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo.				
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansada.				


14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud				
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.				
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.				
19. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.				
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.				
22. Si yo no puedo cuidarme busco ayuda				
23. Puedo sacar tiempo para mí.				
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				


85


⁸⁵ Escala de Agencia de Autocuidado. (2020), La Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem y sus Indicadores Empíricos.
file:///C:/Users/user/Downloads/escala%20ASA%20%202009%20manrique%20y%20fernandez.pdf

ANEXO G. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO DEL INSTRUMENTO ASA

Solicitud autorización instrumento ASA 🔗 6 🔍 📄

 Fred Gustavo Manrique Abril <fgmanriquea@unal.edu.co> 😊 ↶ ↷ 📅 ⋮
Para: MAIRA ALEJANDRA LOZANO RODRIGUEZ Lun 03/10/2022 19:19

 escala ASA 2009 manrique y ...
43 KB

 escala asa investigacion gisp...
743 KB

📄 Mostrar los 3 datos adjuntos (3 MB) ☁ Guardar todo en OneDrive - Universidad de Cundinamarca ⬇ Descargar todo

Buena tarde Maira Alejandra, luego de ver su correo, envio la version del asa en pdf, en word y el libro de capacidad de autocuidado. Pueden usar esta version colombiana adaptada por nosotros y debe ser citada con las referencias correspondientes, de igual manera agradezco compartirmos la base de datos de su aplicacion para mejorar los procesos de validacion. cordial saludo

Fred Gustavo Manrique-Abril PhD
Profesor Titular
Universidad Nacional de Colombia- Sede Bogotá
Departamento de Salud de Colectivos

Facultad de Enfermería
Sede Bogotá
Carrera 30 No. 45-03. Edificio 228. Oficina 304
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17086
Universidad Nacional de Colombia

ANEXO H. Registro Fotográfico de la aplicación de los instrumentos y tamizaje con la población de Adultos Mayores ubicados en el Barrio Buenos Aires del municipio de Girardot.



