



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Capacidad de agencia de autocuidado y consumo de cigarrillo en estudiantes de pregrado de enfermería

Sandra Julieth Calvera Millán

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Bogotá, Colombia
2020

Capacidad de agencia de autocuidado y consumo de cigarrillo en estudiantes de pregrado de enfermería

Sandra Julieth Calvera Millán

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Maestría de Enfermería- Investigación

Directora:

MSc, Enf. Magda Lucía Flórez Flórez.

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Bogotá, Colombia
2020

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

Sandra Calvera

Nombre

Fecha: 01 de agosto de 2020

Resumen

Capacidad de agencia de autocuidado y consumo de cigarrillo en estudiantes de pregrado de enfermería

El consumo de cigarrillo es un problema de salud pública y gran parte de los fumadores iniciaron su consumo en la juventud. Es importante conocer la relación entre consumo de cigarrillo y la agencia de autocuidado en estudiantes de enfermería, ya que estos serán promotores de estilos de vida saludables.

Objetivo: Identificar la relación entre el consumo de cigarrillo con la capacidad de agencia de autocuidado en estudiantes de enfermería de una universidad pública en Colombia.

Materiales y métodos: estudio transversal analítico en estudiantes de enfermería de I-X semestre durante octubre de 2019. Mediante muestreo aleatorio simple estratificado por semestre se escogieron 247 alumnos, a quienes se les aplicó el cuestionario para clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) y la escala de apreciación de la agencia de autocuidado para Colombia; también se midieron variables demográficas y académicas. Se emplearon las pruebas de Chi² y el coeficiente de Spearman para el análisis estadístico.

Resultados: el 60% fueron mujeres, la edad promedio es de 21±3 años y el 55% están entre I-V semestre. El 7%, 64% y 29% presentaron baja, media y buena agencia de autocuidado; el 19% (46 estudiantes) manifestaron fumar. No se encontró correlación entre las puntuaciones de las dos escalas ($\rho = -0,067$; $p = 0,296$).

Conclusiones: no se encontró correlación entre el puntaje de las escalas de agencia de autocuidado y consumo de cigarrillo en los estudiantes evaluados de enfermería. Otras investigaciones deberían probar la misma hipótesis en diferentes poblaciones universitaria, al tiempo que empleen otras herramientas de evaluación de consumo de cigarrillo.

Palabras claves: estudiantes de enfermería; autocuidado; fumar cigarrillos.

Abstract

Self-care agency and cigarette smoking in undergraduate nursing students

Cigarette smoking is a public health problem and many smokers started in youth. It is important to know the relationship between cigarette smoking and the self-care agency in nursing students, due they will be promoters of healthy lifestyles.

Objective: To identify the relationship between cigarette smoking and self-care agency capacity in nursing students from a public university in Colombia.

Methods: cross-sectional study in nursing students from I to X semester in October 2019. A random sampling stratified by semester was used. The sample size was 247 students; they full the questionnaire for classification of cigarette consumers (C4) and the scale of appreciation of the self-care agency for Colombia; Demographic and academic variables were measured. The Chi2 and Spearman's coefficient tests were used for statistical analysis.

Results: 60% were women, the average age was 21 ± 3 years, and 55% were between I to V semester. The 7%, 64% and 29% presented low, médium, and good self-care agency; 19% (46 students) reported smoking. No correlation was found between the scores of the two scales ($\rho -0.067$; $p0.296$).

Conclusions: no correlation was found between the score of the self-care agency scale and cigarette consumption in the nursing students. Other researches should test the same hypothesis in different university students and use other tools for evaluating cigarette smoking.

Keywords: nursing students; self-care; Smoking.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	I
Abstract.....	II
LISTA DE TABLA	V
LISTA DE FIGURAS	VI
1. MARCO DE REFERENCIA.....	7
1.1 Área temática y fenómeno de estudio	7
1.2 Descripción del problema	7
1.3 Justificación	10
1.3.1 Significancia social	10
1.3.2 Significancia teórica.....	12
1.3.3 Significancia disciplinar	13
1.4 Objetivos	15
1.5 Definición de conceptos.....	15
1.5.1 Capacidad de agencia de autocuidado	15
1.5.2 Consumo de cigarrillo.....	16
1.5.3 Estudiante de enfermería	16
2. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Autocuidado y Capacidad de agencia de autocuidado	17
2.2 Consumo de cigarrillo	20
2.3 Capacidad de agencia de autocuidado y Consumo de cigarrillo	22
3. MARCO DE DISEÑO	24
3.1 Diseño de estudio	24
3.2 Población	24
3.3 Muestra	25
3.4 Muestreo	28
3.5 Procedimiento para recolección de información.....	28
3.6 Identificación de variables	29
3.7 Instrumentos.....	33
3.8 Hipótesis	34

3.9	Análisis estadístico.....	35
3.10	Sesgos.....	35
3.11	Prueba piloto.....	36
3.12	Consideraciones éticas.....	37
4.	RESULTADOS.....	40
4.1	Descripción de la población.....	40
4.2	Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado.....	42
4.3	Descripción del consumo de cigarrillo.....	47
4.4	Relación entre capacidad de agencia de autocuidado y consumo de cigarrillo .	50
5.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	57
5.1	Descripción de la población.....	57
5.2	Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado.....	58
5.3	Descripción del consumo de cigarrillo.....	60
5.4	Relación entre capacidad de agencia de autocuidado y consumo de cigarrillo .	61
5.5	Limitaciones y recomendaciones.....	67
6.	CONCLUSIONES.....	69
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	70

LISTA DE TABLA

Tabla 1 Población total y su distribución por número de matrícula	25
Tabla 2 Distribución de la muestra a estudiar según el número de matrícula.	26
Tabla 3 Identificación de las variables del estudio, según los objetivos de la investigación.	29
Tabla 4 Definición de variables independientes.....	30
Tabla 5 Definición de variables dependientes.....	32
Tabla 6 Identificación y control de sesgos en el estudio.....	35
Tabla 7 Características demográficas de la población.	41
Tabla 8 Capacidad de agencia de autocuidado, según características demográficas.....	43
Tabla 9 Porcentaje de respuestas a cada ítem de la escala de agencia de autocuidado.....	44
Tabla 10 Clasificación del consumo de cigarrillo, por características demográficas.	48
Tabla 11 Consumo cigarrillo por sexo	49
Tabla 12 Correlación entre puntaje C4 y puntaje de agencia de autocuidado, según características de la población	51
Tabla 13 Ítems de escala de capacidad de agencia de autocuidado según clasificación del consumo de cigarrillo	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Dispersión de la puntuación de la agencia de autocuidado y C4	51
Figura 2 Clasificación de consumo de cigarrillo, según clasificación de capacidad de agencia de autocuidado.....	53

1.MARCO DE REFERENCIA

1.1 Área temática y fenómeno de estudio

Los estilos de vida son patrones de comportamiento de un individuo y presentan una consistencia en el tiempo; estos factores son influenciados por patrones, variables o condiciones internas (pensamientos, creencias, motivos, emociones, habilidades, etc.) y externas (condiciones socioeconómicas, familiares, sociales, culturales, medioambientales, etc.) (1). Uno de los estilos de vida no saludable más evidente en los jóvenes universitarios es el consumo de cigarrillo, mostrando altas tasas de consumo (2) y siendo este la causa principal del desarrollo de enfermedades y muertes prematuras (3).

En los estudiantes de enfermería, el hábito de fumar cigarrillo es relevante, se desconocen las razones de su persistencia a lo largo de la formación universitaria y a su vez este hábito podría afectar en el futuro sus actitudes hacia la prevención del consumo del mismo (4). Por lo tanto, es importante evitar prácticas no saludables para prevenir enfermedades en la población joven, y más aún en los futuros enfermeros, quienes se convertirán en referentes para la promoción de estilos de vida saludable (5).

Determinar la relación entre el consumo de cigarrillo y la capacidad de agencia de autocuidado en estudiantes del pregrado de enfermería, permitirá a los encargados de fomentar estilos de vida saludable en la Facultad, disponer de información relacionada al consumo de cigarrillo en estudiantes de enfermería. También podría servir como punto de partida para la planeación de futuros estudios, acordes con este campo de investigación.

1.2 Descripción del problema

El consumo de cigarrillo es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo esta la causa de más de 8 millones de fallecimientos anuales, 7 millones de estas muertes por

consumo directo y el restante por exposición involuntaria al humo, convirtiéndose en el principal factor de riesgo de muertes prevenible en el mundo(6).

El consumo de cigarrillo es el causante de enfermedades como: cáncer (de boca, garganta y pulmonar), infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, demencia , disfunción eréctil, entre otros (7); sin embargo, pese al gran número de muertes y enfermedades que se registran como consecuencia del consumo de cigarrillo, es relevante la baja percepción del riesgo que tienen quienes fuman, ya que no ven relevantes las consecuencias negativas que este consumo tiene en su salud y en las personas que se encuentran a su alrededor como fumadores pasivos. Gran parte de los fumadores activos, iniciaron su consumo en la adolescencia y juventud e incluso empezaron a fumar antes de los 21 años, siendo esta población la más vulnerable para el inicio y prevalencia del consumo de cigarrillo, debido a las cambios sociales a las que se encuentran los adolescentes y jóvenes (8).

Estudios nacionales e internacionales han documentado el alto consumo de cigarrillo en adultos y jóvenes (2,9), siendo este el causante de enfermedades crónicas, alteraciones mentales y afectar el funcionamiento familiar, económico y social de los individuos (2,9,10). Los estudiantes universitarios muestran altas tasas de consumo de cigarrillo (2), a nivel internacional los estudiantes de pregrado de enfermería tienen un consumo variado de cigarrillo (6-60%) (2,11,12) y en Colombia puede estar entre 10-40% (12,13), aunque hasta el momento solo se dispone de estudios en universidades como universidad de Caldas, Cartagena, Antioquia, Javeriana y Pamplona (8,12–14).

Las intervenciones más empleadas para la interrupción del consumo de cigarrillo son la farmacoterapia y diversas maneras de consejería (15). Las estrategias de consejería se enfocan hacia los cambios conductuales (16) y el éxito de estas intervenciones radica en la motivación (17), educación, soporte que reciba el paciente y hábitos propios del personal de salud que da la consejería (4) los cuales son elementos determinantes para la adecuada toma de decisiones y de adherencia para la prevención y/o cesación del consumo de cigarrillo (18). Lo anteriormente descrito se puede explicar desde la capacidad de agencia de autocuidado, ya que dentro del desarrollo de esta, se encuentra hacer juzgamientos de las acciones que puedan ser sanas o perjudiciales, tomar con base a estos juzgamientos decisiones sobre el autocuidado, guiados por la búsqueda del

bienestar propio (19) y finalmente, realizar prácticas o actividades de cuidado propio y mantenerlas a lo largo del tiempo (20).

Los tratamientos de cesación de cigarrillo han cobrado gran relevancia, debido a que es posible reducir el consumo de cigarrillo en jóvenes mediante la prevención en la iniciación del consumo (16), en dicha intervención es fundamental el personal de enfermería como un fuerte promotor de estilos de vida saludable y la actitud hacia esta actividad se ve condicionada por sus propios estilos de vida (4) que a su vez derivan de su agencia de autocuidado, lo que permite inferir que la capacidad de agencia de autocuidado está directamente relacionada a su actitud hacia la promoción de la salud (21). Por lo anterior se considera que, si los profesionales en enfermería tienen una agencia de autocuidado alta, no fumarán y por ende también reflejarán estos comportamientos saludables al momento de brindar una consejería ante la prevención del consumo de cigarrillo.

Hasta el momento, la capacidad de agencia de autocuidado ha sido poco evaluada en estudiantes de enfermería y la relación de esta con el consumo de cigarrillo sólo ha sido reportada en un estudio descriptivo en estudiantes del área de la salud (involucrando estudiantes de enfermería) de una universidad privada en Barranquilla (22); los participantes fueron de I-III semestre y se encontró que el 53,7% fumaban y el 10,5%, 63,2% y 26,3% tenían baja, media y alta grado de capacidad de agencia de autocuidado respectivamente; el mismo estudio evaluó la relación de agencia de autocuidado con el consumo de cigarrillo, indicando que no existe relación. Sin embargo, este único estudio no es suficiente para definir la relación entre agencia y consumo de cigarrillo, debido a que la población de estudio difiere de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, en cuanto que los estudiantes encuestados pertenecían únicamente a una universidad privada de otra ciudad, el estudio se realizó en estudiantes de primer a tercer semestre, participaron 133 estudiantes y solo el 20% (27 estudiantes) de la población evaluada correspondía a enfermería.

Por lo anterior, se considera que si se lograra identificar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el consumo de cigarrillo en estudiantes de enfermería, se podría aportar a la cesación y prevención del consumo de cigarrillo en jóvenes universitarios y garantizar que el personal de enfermería brinde una adecuada consejería que repercutirá positivamente en la cesación del consumo de cigarrillo en la comunidad, ya que como es

mencionado en otro estudio (4), los estilos de vida que tenga una persona repercute en la actitud al momento de brindar una consejería.

Por lo ya expuesto, el vacío del conocimiento se fundamenta en los pocos estudios encontrados hasta el momento sobre la capacidad de agencia de autocuidado y el consumo de cigarrillo en estudiantes de enfermería. Este estudio permitirá a los encargados de fomentar estilos de vida saludable en la Facultad, disponer de información relacionada al consumo de cigarrillo en estudiantes de enfermería. También podría servir como punto de partida para la planeación de futuros estudios, acordes con este campo de investigación. Por lo anterior, este estudio se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación entre el consumo de cigarrillo y la capacidad de agencia de autocuidado en estudiantes de pregrado de enfermería en la Universidad Nacional de Colombia?

1.3 Justificación

1.3.1 Significancia social

El consumo de cigarrillo en jóvenes está condicionado por factores personales, sociales y ambientales, dentro de los factores asociados que estimulan a este consumo en jóvenes universitarios se evidencia la influencia que ejerce el grupo de amigos, reconocerlo como un acto recreativo (23), la disponibilidad y el fácil acceso a este (24). En estudiantes de enfermería algunos consideran este consumo como algo estimulante (25), aunado a esto, los estudiantes de enfermería se ven expuestos a cambios que pueden repercutir en el consumo del cigarrillo, como lo son: su práctica académica en el ámbito hospitalario, relaciones interpersonales intensas con pacientes y compañeros, observan situaciones de muerte de pacientes que le pueden afectar, se enfrenta a cambios de horarios clínicos irregulares y aumenta el estrés (26), dicha exposición puede fomentar el inicio de fumar o aumentar el consumo de este en quienes ya fuman. Aunado a esto, una de las principales razones por las cuales se sigue evidenciando el consumo de cigarrillo en la población joven es la baja percepción del riesgo, es decir, la mayoría de jóvenes no identifican o minimizan

las consecuencias negativas del consumo de cigarrillo, creyendo que el consumo de este no repercutirá negativamente en su organismo, ni en su vida (8,25).

De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas para 2013 en Colombia, el cual evaluó 32.605 personas entre los 12-65 años, el 42,1% de la población encuestada a consumido tabaco alguna vez en la vida, 13% en el último mes y la población de 18-34 años presentan la mayor prevalencia de consumo en el último mes (16%) (27). Igualmente, para el 2015 la Encuesta Nacional de salud mental en Colombia realizada en 15.351 participantes a partir de los 7 años de edad, describe que el grupo de edad de 18-44 años presenta una prevalencia de vida de consumo de tabaco del 15,9% (24).

Por otra, parte el alto consumo de cigarrillo puede afectar el funcionamiento familiar, económico y social de los individuos (27), por lo que la Organización mundial de la salud (OMS) recomienda continuar la lucha contra el consumo de cigarrillo, considerándolo *“una amenaza para el desarrollo”*, ya que es el causante del 10% al 12% de la mortalidad en el país y causante de enfermedades no transmisibles, las cuales cuestan anualmente al país 24 billones de pesos (28). Por lo anterior, se continúa incentivando la prevención del consumo de cigarrillo, ya que si se mitiga, se logran reducir los costos sanitarios y la población será más saludable (28). El personal de enfermería es pionero en guiar hacia la prevención de enfermedades y promover estilos de vida saludable que mantengan un buen estado de salud, es por esto que se hace importante centrar la atención en los estudiantes de enfermería en aras de cesar el consumo de cigarrillo en esta población y a su vez garantizar su actuar positivo ante la prevención y cesación del consumo de cigarrillo en la comunidad atendida por ellos, lo que tendría un impacto positivo a nivel social, familia y económico.

Los resultados de estudios realizados demarcan la necesidad de abordar cuestiones de prevención del consumo de cigarrillo, asistencia a los consumidores y educación sobre abuso de sustancias psicoactivas (11). En concordancia con los autores Nair JM et al., la información sobre el consumo de cigarrillos en estudiantes de enfermería puede usarse para orientar y/o monitorear políticas de prevención del consumo y además para la implementación de programas de asistencia dentro de la universidad (25,29), lo que también se podría realizar con los resultados del consumo de cigarrillo. Con la realización

de este estudio se logrará identificar el consumo de cigarrillo en estudiantes de enfermería y su relación con la capacidad de agencia de autocuidado, si existiese asociación, se podrían crear estrategias enfocadas a la prevención del consumo de cigarrillo potencializando la capacidad de agencia de autocuidado en los estudiantes de pregrado de enfermería y así garantizar una repercusión positiva a nivel social que aportará en la prevención y cesación del consumo de cigarrillo no solo en ellos, sino además en la población que intervengan.

1.3.2 Significancia teórica

En diversos países, las prevalencias de consumo habitual de cigarrillo pueden variar entre 6% como en Italia y hasta 63% en Estados Unidos (12). En una universidad en Reino Unido el 28% de los estudiantes fumaban (27% mujeres y 38% de los hombres) (26); en Estados Unidos participaron 14 instituciones y el 37% de los estudiantes de enfermería utilizó tabaco en el último año de manera recreacional (11); en Nuevo León-México, participaron dos instituciones y el 56% de los estudiantes de enfermería han consumido tabaco alguna vez en la vida, 30,7% en el último mes y 23,5% en la última semana (29). Por lo anterior, se denota que la literatura sustenta que el consumo de cigarrillo es una problemática presente en estudiantes de enfermería a nivel internacional.

La prevalencia de consumo de tabaco o cigarrillo en estudiantes de enfermería en Colombia ha sido estudiada en algunas universidades y en diferentes años. En 435 estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia, el 39,5% han consumido cigarrillo alguna vez en la vida y el 14,4% fuman actualmente (12); en la Universidad de Caldas evaluaron 92 estudiantes de enfermería y encontraron que el 16,3% fumaban (30); en la Universidad Javeriana de Bogotá, de las 237 estudiantes de enfermería evaluadas, 22% fumaban (14); en la Universidad de Cartagena se evaluaron 69 estudiantes de enfermería, donde el 29% de los evaluados manifestaron consumir cigarrillo (8). En la Universidad de Pamplona, de 120 estudiantes de enfermería sólo el 10% fuman (13).

De manera paralela, la capacidad de agencia de autocuidado en estudiantes de enfermería ha sido poco estudiada. Estudios en México (31,32) y Chile (33) sólo han contemplado su evaluación en algunos semestres o años del programa de enfermería, mientras que en Colombia, hasta la fecha la agencia de autocuidado ha sido poco investigada en

estudiantes de enfermería, donde una investigación en 133 estudiantes del área de la salud en Barranquilla (involucrando 20% de estudiantes de enfermería) (22) identificó que el 10,5%, 63,2% y 26,3% tenían baja, media y alta grado de capacidad de agencia de autocuidado respectivamente.

La relación de capacidad de agencia de autocuidado con el consumo de cigarrillo en estudiantes de enfermería ha sido poco estudiada. El estudio en Barranquilla (22) identificó que no existe relación, sin embargo, no es suficiente información para extrapolar dichos hallazgos a los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, debido a que los estudiantes encuestados pertenecían a una universidad privada de otra ciudad, el estudio se realizó en estudiantes de primer a tercer semestre, sólo participaron 133 estudiantes y solo el 20% de la población correspondía a enfermería.

Además, otro reporte tuvo como objetivo examinar la relación entre la presión sanguínea y el ejercicio de agencia de autocuidado en afroamericanos con alto riesgo de hipertensión (110 adultos, 44.5% mujeres y edad media de 46años), encontrando que la agencia de autocuidado se asoció de manera inversa con fumar cigarrillo (34).

A pesar de los dos reportes encontrados, los dos estudios emplearon población que difiere en la distribución de edad y sexo, no detallan información respecto a capacidad de agencia de autocuidado y consumo de cigarrillo y no tienen un enfoque o precisión de los resultados hacia estudiantes de enfermería.

Como síntesis de la significancia teórica, la descripción del fenómeno del consumo de cigarrillo esta medianamente descrito en instituciones nacionales, la evaluación de capacidad de agencia de autocuidado aun es incipiente y sólo dos reportes dan detalles de una relación entre cigarrillo y capacidad de agencia de autocuidado, pero no responde de manera precisa la pregunta de investigación, lo cual deja abierta la posibilidad a investigar estos fenómenos a partir de la teoría de enfermería planteada por Dorothea Orem.

1.3.3 Significancia disciplinar

Esta investigación contribuirá a la enfermería desde tres flancos: visibilizar la problemática de consumo de cigarrillo en estudiantes de enfermería, relacionar una teoría de enfermería con el consumo de cigarrillo y la información podría ser empleada para generar futuras estrategias relacionadas al consumo de cigarrillo.

Primero, la problemática del consumo de cigarrillo ha sido poco conocida en los estudiantes de enfermería, debido a que se han encontrado pocos artículos referentes al consumo de cigarrillo en estudiantes de enfermería. Esta carencia de información puede deberse a la sobreprotección de la imagen de la enfermera, falta de interés en estudiar a los estudiantes de enfermería, falta de financiación de la investigación y/o falta de recopilación de información de uso de dichas sustancias en cada institución universitaria (25,35,36).

En segundo lugar, y de acuerdo a la revisión bibliográfica y a la significancia teórica expuesta anteriormente, no hay precedentes de la evaluación de la relación entre consumo de cigarrillo y la capacidad de agencia de autocuidado en población sana, particularmente estudiantes de enfermería. La agencia de autocuidado ha sido estudiada en diversas patologías durante los últimos 10 años, encontrando alta capacidad de agencia de autocuidado entre 10,7% y 80% de las personas con las siguientes enfermedades: insuficiencia renal (37–39), hipertensión (40,41), asma (42), insuficiencia cardiaca congestiva (43), diabetes mellitus (44) y enfermedad cardiovascular (45). También describen que las personas con baja capacidad de agencia de autocuidado presentan menor percepción del estado de salud (37), estrés (38), depresión (38), menor conocimiento de la enfermedad (42,44) y sedentarismo (45).

Según lo expuesto anteriormente, la investigación de la capacidad de agencia de autocuidado ha prevalecido en las enfermedades crónicas; sin embargo, el fenómeno también puede ser estudiado desde la perspectiva del individuo sin enfermedad, entre ellos el estudiante de enfermería, quien se espera que sea un referente de autocuidado.

El tercer aporte que hace esta investigación a la disciplina es que los resultados de esta investigación serán referentes para desarrollar estrategias de fortalecimiento de la agencia de autocuidado y disminución del consumo de cigarrillo en estudiantes de pregrado en enfermería (26,46–48). Considerando que el rol principal de la enfermera es promover la

salud y prevenir la enfermedad, una enfermera que fume puede generar un conflicto con su rol de promotor de salud y emana una imagen negativa como modelo para el paciente y el equipo de trabajo (26); por tanto, es importante fomentar el conocimiento y las conductas saludables desde la formación universitaria, como el no consumir cigarrillo, lo que culminará en el autocuidado del futuro profesional y en el cuidado de las personas de su entorno (25).

1.4 Objetivos

Objetivo General

Identificar la relación entre el consumo de cigarrillo con la capacidad de agencia de autocuidado en estudiantes de pregrado de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia durante el 2019-2.

Objetivos específicos

1. Caracterizar las variables demográficas de los estudiantes de pregrado de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.
2. Describir la capacidad de agencia de autocuidado en estudiantes de pregrado de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.
3. Caracterizar el consumo de cigarrillo en estudiantes de pregrado de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

1.5 Definición de conceptos

En esta sección se especifican los conceptos o definiciones que se utilizaron en esta investigación.

1.5.1 Capacidad de agencia de autocuidado

La capacidad de agencia de autocuidado es *“la cualidad, aptitud o habilidad de la persona que le permite realizar una acción intencionada para participar en el autocuidado; habilidad que es desarrollada en el curso de la vida diaria por medio del proceso espontáneo de aprendizaje que incluye: atender, entender, regular, adquirir conocimiento, tomar decisiones y actuar”*(43).

1.5.2 Consumo de cigarrillo

El consumo de cigarrillos se define como el acto de fumar 1 o más cigarrillos en los últimos 6 meses, lo que inicialmente permite clasificar a los participantes en dos grupos: consumidores y no consumidores. Asimismo, según el cuestionario de clasificación de consumidores de cigarrillo, los consumidores o fumadores de cigarrillo se pueden clasificar en cinco niveles de consumo (no fuma, leve, moderado, alto y dependiente), a partir de la puntuación que arroja la escala que oscila entre 0 y 30 (0 indica que no fuma y nunca lo ha probado; 30 indica que es dependiente a la nicotina) (49).

1.5.3 Estudiante de enfermería

De acuerdo al estatuto estudiantil de la Universidad Nacional de Colombia en sus disposiciones Académicas, la calidad de estudiante de la Universidad Nacional de Colombia se adquiere cuando la persona que ha sido admitida a un programa de pregrado realiza su matrícula inicial; este estudiante deberá inscribir asignaturas relacionadas al plan de estudios (programa de pregrado) (50). Por lo anterior, se considera que un estudiante de enfermería es una persona admitida al programa de enfermería y tiene inscritas asignaturas correspondientes al plan de estudios de enfermería (51). Este estudiante de enfermería tendrá como características ser de sexo masculino o femenino y ser mayor de 18 años.

2.MARCO TEÓRICO

2.1 Autocuidado y Capacidad de agencia de autocuidado

Esta investigación se enmarca en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, de donde emerge la agencia de autocuidado, es decir, la capacidad de agencia de autocuidado es la manera en que se expresa la agencia de autocuidado.

Autocuidado son aquellas actividades que el individuo realiza por voluntad propia y se dirigen hacia el mantenimiento de su vida, su salud y su bienestar; estas se ven influenciadas por la edad del individuo, la etapa de desarrollo en la que se encuentra, sus expectativas de vida personales, origen sociocultural, condición de salud y los recursos personales físicos y metafísicos con los que cuenta en cualquier momento (52). Según Orem, son tres los requisitos de autocuidado (52) :

1. **Requisitos de autocuidado universales:** aquellos asociados con el proceso de evolución del individuo.
2. **Requisitos de autocuidado de desarrollo:** aquellos relacionados con los distintos momentos del ciclo vital.
3. **Requisitos de autocuidado por desviación de la salud:** son las requeridas durante los cambios de bienestar o la condición holística de la persona como resultado de algún malestar, lesión o enfermedad.

La agencia de autocuidado descrita también por Dorothea Orem dentro de la teoría del autocuidado, se enfoca en el poder que tiene cada persona para ocuparse de su propio cuidado, este es un fenómeno activo, donde se requiere que cada persona sea consciente de su estado de salud y elegirá realizar una acción adecuada en aras de su bienestar. Este concepto fue definido por Orem como:

“la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y

debería hacerse, con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo” (20).

La capacidad de agencia de autocuidado es *“la capacidad de actuar autónoma y deliberadamente, y en forma de cuidado hacia uno mismo. Se entiende por agencia el introducirse en el mundo del ser humano y su proceso de toma de decisiones para el mantenimiento de la salud y la realización de acciones que contribuyan al bienestar consigo mismo, con los otros y su entorno” (53).* Así mismo, la capacidad de agencia de autocuidado varía respecto al rango de desarrollo desde niños hasta su vejez, también varía con el estado de salud, factores que influyen la educación, experiencias de vida, exposición a influencias culturales y uso de recursos de la vida diaria. La capacidad de agencia de autocuidado es condicionada por factores que afectan su desarrollo y su operatividad (19).

La agencia de autocuidado es entendida como el desarrollo de capacidades de los individuos enmarcadas en el nombre de operaciones de autocuidado, las 3 fases en las que se desarrolla la agencia de autocuidado son (19):

1. Operaciones estimativas: conocer los requisitos e ideas del autocuidado.
2. Operaciones transicionales: hacer juzgamientos y decisiones sobre autocuidado.
3. Operación productiva: desarrollar acciones para reunir los requisitos de autocuidado.

Componentes de poder de la agencia de autocuidado (19):

1. Capacidad para mantener la atención y ejercer la vigilancia necesaria con respecto a uno mismo como agente de autocuidado, teniendo en cuenta condicionantes y factores internos y externos
2. Uso controlado de la energía física disponible, suficiente para iniciar y continuar operaciones de autocuidado.
3. Capacidad de control de la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de movimientos requeridos para la iniciación y complementación de operaciones de autocuidado.

4. Habilidad para razonar sobre autocuidado dentro de un marco de autocuidado de referencia.
5. Motivación, es decir, orientación para autocuidado en acuerdo con sus características y sus ideas de vida, salud y bienestar
6. Orientación de objetivos para su autocuidado en acuerdo con sus características e ideas de vida, salud y bienestar.
7. Habilidad para tomar decisiones para el cuidado de sí mismo y operacionalizar estas decisiones.
8. Habilidad para adquirir conocimientos técnicos sobre autocuidado de fuentes fiables y operacionalizar esto.
9. Tener un conjunto de habilidades cognitivas, perceptuales, manipulativas, comunicativas e interpersonales, adaptadas para el desarrollo de operaciones de autocuidado
10. Habilidad para ordenar acciones discretas de autocuidado o sistemas de acciones interrelacionadas con pre y subsecuente acción hacia el logro del objetivo de autocuidado.
11. Habilidades para desarrollar consistentemente operaciones de autocuidado integrándolas con aspectos relevantes de la vida personal, familiar y comunitaria.

Grados de desarrollo de la agencia de autocuidado (19):

1. *Subdesarrollada*: cuando las capacidades para desarrollar operaciones en la fase de toma de decisiones y fase productiva no son evidentes, como sucede en los niños.
2. *En desarrollo*: son capacidades desarrolladas y pueden operar, pero a veces no son ejercidas, lo cual puede suceder por decisión, por olvido, o por factores de tiempo o lugar o disponibilidad de recursos.
3. *Desarrollada pero no establecida*:
 - a. En necesidad de continuo desarrollo
 - b. En proceso de continuo desarrollo
 - c. En necesidad de renovación
 - d. En proceso de renovación.

4. *Desarrollada y estable:*
 - a. En necesidad de renovación
 - b. En proceso de renovación
 - c. Renovada y estabilizada

5. *En desarrollo, pero declinando:* La necesidad y proceso de desarrollo o renovación se puede deber a situaciones humanas, como el aprendizaje y/o la movilización a estados más avanzados de desarrollo personal.

En síntesis, dentro de la agencia de autocuidado se encuentran todas las habilidades de entender cosas específicas, sus características y el significado de las mismas; la habilidad para decidir qué hacer; la habilidad para actuar, lograr un cambio y autoregularse. La finalidad de la agencia de autocuidado es satisfacer los requisitos del autocuidado en un momento determinado (20).

2.2 Consumo de cigarrillo

La literatura ha reportado en distintas publicaciones diversos factores que se relacionan con el consumo de cigarrillo en universitarios, particularmente en los estudiantes de enfermería, los cuales se describen en el resto de esta sección.

Para empezar, se encuentran factores personales que se relacionan con el consumo de cigarrillo en universitarios, como la curiosidad y la construcción de personalidad durante la adolescencia. La curiosidad puede funcionar como un impulso para probar por primera vez el cigarrillo; al mismo tiempo, durante la adolescencia se encuentra la construcción de la personalidad, donde se manifiesta sensación de inseguridad, curiosidad, baja autoestima, preconceptos y valoraciones, lo cual convierte a los jóvenes en ser propensos al consumo de cualquier sustancia adictiva (25,54).

En segundo lugar, los factores biológicos sexo masculino y edad adolescente también se han relacionado con el consumo de cigarrillo en universitarios, incluyendo los estudiantes de enfermería. No se conoce la razón de la asociación con el sexo masculino, pero presuntamente se debe a la aprobación social de fumar en los hombres, la estigmatización

en las mujeres y la presión social que surge en los grupos de amigos hombres; en cuanto a la edad, el inicio durante la adolescencia (la edad de inicio de consumo de cigarrillo en Colombia es de 13 años) se puede deber a la errada concepción a que fumar representa autonomía y éxito (54,55). La presión social es un factor relacionado al inicio del consumo de cigarrillo, siendo un amigo o un familiar quien incita el consumo de cigarrillo, con el fin de obtener aceptación social (25,54).

En cuanto a la familia, existen dos factores: disfunción familiar y migración. Ser parte de una familia disfuncional o con problemas familiares también se relaciona con mayor probabilidad de consumo de cigarrillo, presuntamente por la falta de autoridad, desapego a las reglas, depresión y demás alteraciones entorno a esa problemática (25,56,57).

Por otra parte, el alejarse de su ciudad de origen, lo que implica desapegarse de su familia y cambiar de ambiente, puede generar en los universitarios un mayor riesgo de iniciar o consumir cigarrillo, debido a que: se alejan del cuidado y valoración de su familia, aumenta la sensación de libertad, pueden sufrir de depresión y soledad (usando el consumo de cigarrillo como la forma de afrontarlos) y se expone a entornos relacionados al consumo de cigarrillo (25,57).

Un lugar frecuente para el inicio del consumo de cigarrillo es en medio de fiestas o celebraciones, debido a que se está en un estado de alegría y/o emoción. Además, también se ha descrito que las universidades son un ambiente propicio para el consumo de cigarrillo, particularmente facultades de la salud e ingeniería, debido a los cambios que lleva consigo la vida universitaria, los nuevos amigos y el ambiente que la rodea (facilidad de acceso a los cigarrillos) (54,55).

Por último, se ha reportado que el estrés en el ambiente académico genera mayor consumo de cigarrillo, llegando a aumentar en periodos de exámenes, al iniciar la universidad, cursar los primeros semestres de la carrera y ante el bajo rendimiento académico (54).

En síntesis, el estudiante universitario, que abarca al estudiante de enfermería, está expuesto a uno o varios factores, en múltiples momentos y a diversos grados de intensidad,

lo que aumenta el riesgo de tener un consumo de cigarrillo. Dichos factores abarcan aspectos personales, biológicos, sociales, familiares, contexto universitario y académicos.

2.3 Capacidad de agencia de autocuidado y Consumo de cigarrillo

La capacidad de agencia de autocuidado es cambiante según la situación a la que el individuo se enfrente, su edad, su estado de salud y demás factores que puedan influir en ésta, como lo son la educación, experiencias de vida, exposición a influencias culturales y el uso de recursos en su vida diaria (19), de igual forma el consumo del cigarrillo también se puede presentar o aumentar dependiendo de diversos factores en los que se circunscribe cada individuo (25,54).

El inicio o aumento del consumo de cigarrillo y/o la modificación de la capacidad de agencia de autocuidado en el universitario se puede deber a su estado de adolescencia. En la adolescencia se presentan cambios bio-psico-sociales, además ocurren modificaciones y adaptaciones a nuevas estructuras psicológicas y ambientales (58), posterior a esta, el individuo inicia su etapa joven donde optará por el aumento en la interacción social, definirá su identidad e iniciará a tomar responsabilidades (25,54).

Además de lo ya expuesto, se espera que el estudiante de enfermería tenga un mayor conocimiento sobre estilos de vida saludable y conozca las consecuencias del consumo de cigarrillo, lo que potencializa su habilidad para razonar sobre su autocuidado, tomar decisiones sobre su cuidado y emprender acciones de autocuidado relevantes para su vida personal, familiar y social (19,25,26).

Por lo anterior y de acuerdo con la problemática planteada, identificar la relación entre capacidad de agencia de autocuidado y cigarrillo, parte del hecho de que todas las personas tienen la habilidad de asumir prácticas, autoregularse y lograr cambios que promuevan su salud, y que los estudiantes de pregrado de enfermería durante su formación adquieren herramientas y conocimiento de las consecuencias perjudiciales del cigarrillo.

Por esto, el presente estudio sustenta su enfoque en la capacidad de agencia de autocuidado, debido a que la acción del consumo de cigarrillo tiene cabida dentro de uno de los requisitos universales del autocuidado: “*la prevención de los peligros para la vida, el desarrollo y el bienestar humano*” (52) y en los componentes de poder de la agencia de autocuidado, dentro de los cuales se encuentran la habilidad para tomar decisiones para el cuidado de sí mismo, de acuerdo a sus motivaciones y sus ideas de vida, salud y bienestar (19).

3.MARCO DE DISEÑO

3.1 Diseño de estudio

El presente estudio tuvo un abordaje cuantitativo, de tipo no experimental, de corte transversal y alcance correlacional. De acuerdo a Hernández Sampieri (59) y Polit y Tatano (60), se considera que es correlacional porque la presente investigación pretende evaluar la interrelación entre consumo de cigarrillo y capacidad de agencia de autocuidado y es no experimental debido a que la investigación no contempla la manipulación de las variables en la población.

Desde la perspectiva de la enfermería (60–62), los estudios correlacionales tienen como fin conocer la relación, grado de asociación o tendencia entre dos conceptos, categorías o variables, lo que implica que pueden responder preguntas de investigación relacionadas al cambio o asociación entre las variables. Es de resaltar, que las variables o mediciones a correlacionar deben provenir del mismo sujeto para asegurar la validez de sus resultados y la estimación de su relación se mide por medio de un coeficiente de correlación, el cual permitirá conocer la fuerza y dirección de la asociación.

De acuerdo a la jerarquía de los estudios, los estudios correlacionales tienen un nivel IV de evidencia (60), estando por encima de estudios descriptivos y de opiniones de expertos, y sólo es superado por estudios experimentales, revisiones sistemáticas de experimentos y meta-análisis de experimentos.

3.2 Población

La población del estudio estuvo conformada por todos los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia durante el periodo 2019-2. La población total de estudiantes de pregrado de enfermería para el periodo 2019-2 fue de 668 personas y se distribuyeron según el número de matrículas, así (Tabla 1):

Tabla 1 Población total y su distribución por número de matrícula

Población total y su distribución por número de matrícula		
No. matrícula	No. De estudiantes	% Población
1	67	10,0%
2	58	8,7%
3	92	13,8%
4	83	12,4%
5	69	10,3%
6	57	8,5%
7	65	9,7%
8	35	5,2%
9	45	6,7%
10	31	4,6%
11	34	5,1%
12	9	1,3%
13	17	2,5%
14	4	0,6%
17	1	0,1%
18	1	0,1%
Total	668	100%

3.3 Muestra

Para el cálculo de los tamaños de muestra se utilizó el software Epi-Info 7.2, se basó en los objetivos del estudio y los cálculos de tamaño de muestra fueron:

- *Consumo de cigarrillo*: teniendo en cuenta una frecuencia anticipada del consumo de cigarrillo del 22% (según el estudio de consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios U. Javeriana en Bogotá), con margen de error de 5 y nivel de confianza 95%, el tamaño de muestra sería de 189 estudiantes.
- *Capacidad agencia de autocuidado*: a partir de la información del estudio de Morales (22), se contemplan los porcentajes anticipados de agencia de autocuidado (bajo 10,5%; Media 63,2%; alto 26,3%); con margen de error de 5 y

nivel de confianza 95%, el tamaño de muestra para cada nivel de agencia sería: 119, 233 y 206 respectivamente.

- *Correlación entre consumo de cigarrillo y capacidad de agencia de autocuidado:* Hasta el momento no se han encontrado estudios que detallen esta asociación que permita realizar el cálculo de la muestra, por tal razón, se determinó indagar un coeficiente de correlación débil de 0,2 (60,63–65) con una confianza al 95% y potencia al 80%, dando un tamaño de muestra de 193 estudiantes.
- *Tamaño de muestra seleccionado:* una vez calculados los tamaños de muestra necesarios para responder cada uno de los objetivos del estudio, se adoptó el de mayor cantidad (233 estudiantes), ya que es suficiente para responder todos los objetivos del estudio y permite disminuir el error de muestreo (que la muestra no represente a la población) (60).
- *Ajuste por pérdida de población:* Al tamaño máximo de la muestra (233) se le adiciona un 10% previendo posible pérdida de sujetos durante la recolección de datos, dando un total de tamaño de muestra de 256 sujetos.
- La cantidad de sujetos de la muestra para el estudio se distribuyeron de la misma manera en que ocurre en la población (Tabla 2)

Tabla 2 Distribución de la muestra a estudiar según el número de matrícula.

Distribución de la muestra a estudiar según el número de matrícula.			
No. matrícula	No. De estudiantes en la población	% de estudiantes en la población	Distribución de la muestra
1	67	10,0%	26
2	58	8,7%	22
3	92	13,8%	35
4	83	12,4%	32
5	69	10,3%	26
6	57	8,5%	22
7	65	9,7%	25
8	35	5,2%	13

Distribución de la muestra a estudiar según el número de matrícula.			
No. matrícula	No. De estudiantes en la población	% de estudiantes en la población	Distribución de la muestra
9	45	6,7%	17
10	31	4,6%	12
11	34	5,1%	13
12	9	1,3%	3
13	17	2,5%	7
14	4	0,6%	2
17	1	0,1%	1
18	1	0,1%	1
Total	668	100,0%	257

Criterios de inclusión: estudiantes Hombres o mujeres, de 18 o más años de edad, matriculados en el programa de pregrado de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá y durante el periodo 2019-2.

Criterio de exclusión:

La capacidad de agencia de autocuidado puede variar por diversas circunstancias personales y socioculturales; en la población de estudio se pueden presentar en poca o baja cantidad situaciones particulares que pueden determinar un comportamiento de autocuidado diferente al del resto de la población. Al incluir estas condiciones de baja presencia se puede incurrir en un error de muestreo, es decir, que la muestra seleccionada no represente de manera adecuada a la población (19,33,60). Por lo tanto, se decidió excluir a las siguientes personas:

- Estudiantes Hombres o mujeres con alguna limitación física o cognitiva que le impida desarrollar la encuesta por sí mismo.
- Estudiantes de pregrado de enfermería que estén en intercambio con otras instituciones.
- Mujeres que declaren estar en embarazo.

3.4 Muestreo

Se utilizó un muestreo aleatorio simple estratificado por matrícula (60), con el fin de garantizar que la distribución de cada semestre en la población se represente de igual manera en la muestra. Para la selección de los sujetos de cada semestre se empleó una lista de estudiantes y se seleccionaron por medio de números aleatorios generados en Excel.

3.5 Procedimiento para recolección de información

Para la recolección de información del estudio, se contó con el apoyo de una auxiliar de investigación (enfermera con conocimientos en investigación), quien fue debidamente capacitada para realizar la implementación del formulario a los estudiantes de pregrado escogidos a través de aleatorización. La auxiliar de investigación contó con los siguientes documentos y elementos:

- Cronograma: donde se describieron las asignaturas, salones y horarios de los estudiantes seleccionados en el muestreo.
- Dispositivo móvil: Debido a que el formulario se diligenció de manera virtual, se dispuso de un celular, en caso que algún estudiante no tuviera un celular donde diligenciar el formulario.
- Consentimientos informados impresos: Los cuales fueron diligenciados y firmados por los estudiantes que desearan participar en el estudio.
- Documentos que certificaron el aval del proyecto: aval del comité de ética, CABU, comité asesor de carrera y aprobación para la ejecución del proyecto por el consejo de Facultad. Además, se contó con la colaboración y autorización de la profesora Luz Mery Hernández Molina (Coordinadora de carrera) para el desarrollo de dicho proyecto de investigación.

La recolección de información se llevó de la siguiente manera:

1. A los estudiantes escogidos a través del muestreo se les envió por e-mail la invitación a participar en el estudio.
2. Se identificaron las asignaturas donde se encontraban los estudiantes seleccionados en la aleatorización.
3. A los coordinadores de cada asignatura identificada previamente, mediante email, se les pidió la colaboración para que otorgaran 15 minutos antes de finalizar las asignaturas para poder brindar la información del proyecto y así captar más fácilmente a los estudiantes escogidos para el estudio.
4. La auxiliar de investigación pasó por los salones de las asignaturas, se presentó con el docente que estaba a cargo (quien tenía previo conocimiento y había otorgado el aval para el desarrollo de este estudio), informó que esperaba contar con la participación de los estudiantes a quienes se les envió el correo electrónico de invitación a participar en el proyecto y les indicó el momento y lugar en el que realizarían el diligenciamiento del cuestionario.
5. A los estudiantes que acudieron a la invitación anterior, se les entregó el consentimiento informado.
6. Posterior a la firma del consentimiento informado, accedieron al formulario a través de un link enviado por e-mail (mediante el uso de un celular, Tablet o computador que poseían). La auxiliar de investigación permaneció con los estudiantes hasta que finalizaron el diligenciamiento del formulario.

3.6 Identificación de variables

En esta sección se describen las variables evaluadas en la investigación, detallándolas según el objetivo del estudio (Tabla 3) y si es independiente (tabla 4) o dependiente (Tabla 5).

Tabla 3 Identificación de las variables del estudio, según los objetivos de la investigación.

Identificación de las variables del estudio, según los objetivos de la investigación	
Objetivo	Variables
Caracterizar las variables demográficas de la población estudiada	sexo, edad, estrato socioeconómico, estado civil, personas con quien vive, lugar

Identificación de las variables del estudio, según los objetivos de la investigación	
Objetivo	Variables
	de procedencia, religión, número de hijos, trabajo, antecedentes familiares de consumo de cigarrillo.
Describir las capacidades de agencia de autocuidado en estudiantes de pregrado de enfermería	Capacidad de agencia de autocuidado (que se obtiene a partir de la Escala Apreciación de agencia de autocuidado)
Caracterizar el consumo de cigarrillo en estudiantes de pregrado de enfermería.	Clasificación de consumo de cigarrillo.

Tabla 4 Definición de variables independientes.

Definición de variables independientes				
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala operacional	Escala de medición
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina (66).	Condición biológica reportada por el sujeto.	1: hombre 2: mujer	Nominal Dicotoma
Edad	Tiempo que ha vivido una persona (66).	Años cumplidos entre la fecha de nacimiento y la fecha del estudio.	Años	Razón Discreta
Estrato socioeconómico	Es una clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos (67).	Ubicación socioeconómica según recibos de servicios públicos.	1 a 6	Ordinal Politómica
Estado civil	Condición de una persona en relación con su estado conyugal (66).	Condición de una persona en relación con su estado marital.	1 Soltero 2 Casado 3 Viudo 4 Separado 5 Unión libre	Nominal Politómica
Personas con quien vive	Vínculo consanguíneo o de afinidad existente entre cada uno de los miembros del hogar y el sujeto (67).	Vínculo familiar o de afinidad entre el sujeto de investigación y los residentes del mismo hogar.	1. Con otros familiares 2. Extensa 3. Monoparental 4. Nuclear 5. Pareja 6. Vive solo	Nominal Politómica

Definición de variables independientes				
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala operacional	Escala de medición
Lugar de procedencia	Origen, principio de donde nace una persona (66).	Ciudad de origen.	1. Bogotá 2. Municipios aledaños a Bogotá 3. Otras ciudades	Nominal Politómica
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad (66).	Religión practicada por el estudiante.	1 católica 2 Evangélico y pentecostal 3 Protestante 4 Mormón 5 Otros no cristianos (judío, musulmán, budista, hinduista, taoísta) 6 Ateo.	Nominal Politómica
Número de hijos	Número de nacimientos (67).	Número de hijos biológicos o adoptados.	0 o más hijos	Razón Discreta
Trabajo	Actividad humana que es retribuida (66).	Reconocimiento de actividad económica retribuida.	Formal Informal Becario o monitor No trabaja	Nominal Politómica
Antecedente familiar de consumo de cigarrillo	Historia de consumo actual de cigarrillo por parte de uno o más miembros de la familia.	Historia de consumo actual de cigarrillo por parte de uno o más miembros de la familia.	0 ningún familiar consume o ha consumido cigarrillo 1 algún familiar consumió cigarrillo 2 algún familiar consume actualmente cigarrillo	Nominal Politómica
Capacidad de agencia de autocuidado	Capacidad de actuar autónoma y deliberadamente y en forma de cuidado hacia uno mismo (53).	Definición del grado de agencia de autocuidado según la herramienta "Apreciación de la agencia de autocuidado".	1. Muy baja 2. Baja 3. Media 4. Buena	Ordinal Politómica

Tabla 5 Definición de variables dependientes.

Definición de variables dependientes				
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala operacional	Escala de medición
Consumo de cigarrillo en la vida	La persona declara que ha usado cigarrillo una o más veces en cualquier período de su vida (27).	Consumo de uno o más cigarrillos en algún momento de su vida.	0 no 1 si	Nominal Dicotómica
Inicio de consumo de cigarrillo en la vida	La persona declara en tiempo pasado cuando inicio a fumar(49).	Hace cuánto tiempo empezó a fumar.	Menos de un año Un año Más de un año Entre 3 y 5 años Más de 5 años Más de 10 años	Ordinal Politémica
Consumo de cigarrillos durante el día	La persona declara el número de cigarrillo que consume durante un día (49).	Número de cigarrillos que fuma en un día normal de consumo.	Menos de 10 11 a 20 cigarrillos 21 a 30 cigarrillos 31 o más cigarrillos	Ordinal Politémica
Tiempo que tarda posterior a despertarse en fumar su primer cigarrillo	La persona declara el tiempo en que tarda posterior a despertarse en consumir su primer cigarrillo del día (49).	Cuánto tarda en tiempo después de despertarse en fumar su primer cigarrillo.	Menos de 5 minutos Entre 6 y 10 minutos. Entre 31 y 1 hora Más de una hora.	Ordinal Politémica
Clasificación de consumidores de cigarrillo	Clasificación del tipo de consumidor de cigarrillo.	Puntaje obtenido en la escala c4.	0-30 puntos	Razón Discreta
			Baja 1 a 4 Moderado 5 a 8 Alto 9 a 18 Dependiente 19 a 30	Ordinal Politémica

3.7 Instrumentos

Evaluación del consumo de cigarrillo

Se utilizó el instrumento “Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (c4)” (49). Este cuestionario fue diseñado a partir de cuestionarios previos y sometido a revisión por jurados (concordancia del 92%), lo cual le confiere una alta validez de contenido. Tiene una alta validez de constructo y confiabilidad por tener un alpha de Cronbach de 0,9. Las propiedades del instrumento fueron evaluadas en jóvenes universitarios colombianos (49).

El cuestionario c4 está compuesto por 15 preguntas de selección múltiple y única respuesta; a cada respuesta se le asigna un puntaje, llegando el cuestionario a puntuar entre 0 y 30. Un puntaje de 0 indica que el sujeto no fuma y el de 30 que el individuo es dependiente a la nicotina. Teniendo en cuenta que el objetivo del cuestionario es diferenciar de manera sensible los tipos de consumo existentes, que van más allá de una simple división dicotómica entre duros y blandos, o dependientes y no dependientes, ya que existen fumadores de distintos tipos y grados de consumo, los autores (49) proponen que de acuerdo al puntaje, el sujeto se puede ubicar en alguna de estas categorías:

- No fumador: 0 puntos
- Fumador bajo: 1 a 4 puntos
- Fumador moderado: 5 a 8 puntos
- Fumador alto: 9 a 18 puntos
- Dependiente a nicotina: 19 a 30 puntos

Capacidad de agencia de autocuidado

Para la medición de la capacidad de agencia de autocuidado se escogió la escala de “apreciación de la agencia de Autocuidado”, que ha sido traducida y validada en población colombiana (53,68). La validez de constructo se debe a la construcción a partir de la experiencia y conocimientos de múltiples investigadores seguidores de la teoría de Orem. La confiabilidad del instrumento medido por el Alpha de Cronbach es superior a 0,7 en todos los países donde ha sido evaluada. La validez de contenido e idioma español se

debe a la realizada por estudiantes de doctorado en Latinoamérica y en la Universidad Nacional de Colombia. En Colombia, la validez de constructo y la confiabilidad es alta (alpha de cronbach 0,74) (53).

La escala está conformada por 24 preguntas y que se califican en una escala Likert de 1 a 4, donde 1 es nunca y 4 representa siempre (53). Es decir, los valores de la escala son de 24 a 96 y entre mayor sea el puntaje, mayor capacidad de agencia de autocuidado se observa en el individuo. La clasificación del puntaje de agencia fue de la siguiente manera (53,69,70):

- Muy baja: 24-43
- Baja: 44-62
- Media: 63-81
- Buena: 82-96

Para el uso de la escala de agencia de autocuidado se solicitó permiso a la facultad de enfermería posgrados área curricular. Para el uso de la escala C4 se hizo uso de la licencia *creative commons* (CC BY-SA 4.0) de la revista en la cual se encuentra publicada. El proceso de recolección de datos se realizó mediante un formulario autodiligenciado en la plataforma google formularios. Dicho formulario contiene variables e instrumentos descritos previamente.

3.8 Hipótesis

Hipótesis de investigación

Los estudiantes con mayor puntaje en la escala “apreciación de agencia de autocuidado” tienen menor o nulo consumo de cigarrillo en comparación a los estudiantes con menor puntaje en la escala.

Hipótesis estadísticas

- $H_0: \rho=0$, que significa que no hay una correlación lineal entre el consumo de cigarrillo (puntaje del cuestionario C4) y la capacidad de agencia de autocuidado (puntaje de la escala “apreciación de agencia de autocuidado”).

- Ha: $\rho \neq 0$, que indica que existe una correlación lineal entre el consumo de cigarrillo (puntaje del cuestionario C4) y la capacidad de agencia de autocuidado (puntaje de la escala “apreciación de agencia de autocuidado”).

3.9 Análisis estadístico

Estadística descriptiva (59,60):

- Las variables con escala de medición nominal u ordinal fueron descritas mediante porcentajes y frecuencias.
- Las variables con escala de medición de intervalo o razón fueron descritas mediante promedios y desviaciones estándar.

Estadística inferencial:

- Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) para evaluar la correlación entre el puntaje de la escala de apreciación de agencia de autocuidado y el puntaje del cuestionario de clasificación de consumidores de cigarrillo -c4-. Se optó por el coeficiente de Spearman debido a que los datos no cumplieron criterios de normalidad (evaluado mediante prueba de Shapiro Wilk).

3.10 Sesgos

Se identificaron y se controlaron diferentes sesgos, previo a la realización del estudio, durante la recolección de la información y durante al análisis de los datos. Los sesgos controlados se describen en la tabla 6 (60).

Tabla 6 Identificación y control de sesgos en el estudio.

Identificación y control de sesgos en el estudio	
Sesgo	Control del sesgo
Sesgo de selección	Se realizó selección aleatoria y estratificada de la población.
Sesgo de participación diferencial debido a la condición de fumar	Calculo de tamaño de muestra y selección aleatoria de los sujetos.
Sesgo de detección diferencial	A todos los participantes se les aplicó el mismo cuestionario y se les dio las mismas instrucciones.
Sesgo de falta de respuesta	Se adicionó un 10% al tamaño de muestra calculado, previendo el porcentaje máximo de no respondedores.

Identificación y control de sesgos en el estudio	
Sesgo	Control del sesgo
Sesgo de información	Se realizó cruce de bases de datos con las bases dadas por la coordinación de carrera para identificar el número de matrícula real de cada uno de los estudiantes, ya que fue con dicha base que se realizó la aleatorización.
Error de medición	Se utilizaron escalas con buenas cualidades psicométricas (alta confiabilidad y validadas en población colombiana).
Error de medición diferencial	A todos los participantes se les aplicó el mismo cuestionario y se les dio las mismas instrucciones.

3.11 Prueba piloto

Se realizó un estudio piloto con el objetivo de probar todos los procedimientos y elementos del trabajo de campo para la recolección de información (71,72). El número de estudiantes que participaron en la prueba piloto fue de 14 estudiantes, a partir de la fórmula para cálculo de tamaño de muestra en estudios piloto (73) y determinando a juicio de la investigadora que cualquier evento indeseado en el estudio tendría una probabilidad del 20%. Una vez seleccionados los 14 sujetos, se les envió un correo electrónico invitándolos a participar en el estudio e indicándoles el lugar y la hora en la que se les esperó; durante el encuentro se les realizó el proceso de consentimiento informado y diligenciamiento del formulario virtual.

La prueba piloto fue realizada por la auxiliar de investigación y con la supervisión de la investigadora principal. A los estudiantes se les pidió diligenciar el formulario virtual, solicitando una respuesta sincera; al mismo tiempo, se tomó el tiempo que tardaron para completar el formulario.

Los resultados de la prueba piloto permitieron probar todos los procedimientos y elementos del trabajo de campo para la recolección de información. En la prueba piloto se pudo verificar:

1. Proceso de aplicación del muestreo y reclutamiento en el trabajo de campo.
2. Claridad en las instrucciones para recolectar la información.
3. Versatilidad del formulario de recolección de manera virtual.

4. Tiempo para responder el formulario de la investigación (7 minutos).
5. Evaluar el flujo o secuencia de las preguntas en el formulario.
6. Pertinencia de la redacción y lenguaje empleado en las preguntas del formulario.
7. Verificar el dominio de la auxiliar de investigación en aplicar el formulario.

Posterior a la realización de la prueba piloto, se obtuvo el aval por parte de la Directora de Tesis Magda Lucía Flórez para continuar con la recolección de datos en los demás estudiantes seleccionados.

3.12 Consideraciones éticas

Este estudio se ajustó a los principios científicos, éticos y se consideró una investigación con riesgo mínimo, debido a que el consumo de cigarrillo puede considerarse como información sensible (Resolución No. 008430 de 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud). La recolección de información del presente estudio se realizó mediante un formulario virtual (enviado vía e-mail), posterior al diligenciamiento del consentimiento informado.

En cuanto a la confidencialidad de los participantes y seguridad de la información, únicamente la investigadora tiene acceso a la base de datos conformada a partir de las respuestas de los participantes; también es la encargada de almacenar los consentimientos informados en el predio de su residencia durante un año, después serán destruidos y desechados.

Los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía se respetaron de la siguiente manera:

- Beneficencia: dar a conocer a la Facultad de Enfermería los hallazgos de este estudio, con el fin de que realicen las acciones que consideren pertinentes (que no son del alcance de esta investigación). Se dan a conocer mediante la sustentación pública de esta tesis y la disponibilidad de la investigación en el repositorio institucional de la Universidad Nacional de Colombia.

- No maleficencia: La información que se solicitó no es sensible a excepción de la condición de fumar, en cuyo caso podría serlo debido a la misma conducta; no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio. Esta investigación fue realizada por personal de investigación con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano. Se garantizó el anonimato y confidencialidad de la información; el anonimato fue mediante la asignación de un código numérico a cada participante y eliminando cualquier registro que permita identificar a algún participante en la base de datos; garantizando la confidencialidad, la información únicamente se utilizó para el objetivo de la investigación y sólo la investigadora tiene acceso y guarda de la información. Prevaleció con rigurosidad el criterio de respeto a la dignidad y la protección de los derechos y del bienestar de los participantes.
- Justicia: todos los participantes tuvieron las mismas condiciones para participar en este estudio. Todos los estudiantes del pregrado de enfermería tuvieron la misma probabilidad de participar y fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio estratificado. La investigación no generó ningún tipo de costo para la universidad ni tampoco para el estudiante participante, todos los costos fueron asumidos por el investigador. Tampoco se recibió pago o compensación alguna por su participación.
- Autonomía: La participación de los individuos fue enteramente voluntaria, en especial respetando la decisión de cada individuo de no participar en el estudio. Se manejó consentimiento informado por escrito, debido a que la población de estudio se encuentra entre edades con escolarización y por ende tienen la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación de éste tipo.

En cuanto a la propiedad intelectual de esta investigación, se acató lo descrito en el reglamento de propiedad intelectual descrito por el Consejo académico de la Universidad Nacional de Colombia (74):

- Principio de buena fe, favorabilidad, cooperación y respeto al conocimiento tradicional y folclor.

- Confidencialidad: los resultados de la investigación podrán ser consultados por otras personas, mediante el repositorio institucional. Es de aclarar, que la información de cada sujeto de investigación es confidencial y sólo podrá ser consultada por la investigadora. Igualmente, en esta investigación no se están obteniendo resultados susceptibles de ser protegidos por propiedad industrial.
- No hay conflictos de interés con los resultados de esta investigación.
- Derechos de autor: los derechos patrimoniales, morales y conexos de esta investigación seguirán siendo de la investigadora y en ningún caso podrán ser cedidos, teniendo en cuenta que no hubo un contrato previo al inicio del estudio.
- Esta investigación no generará modelos de utilidad, marca o patente. Sin embargo, no se exonera de futuras aplicaciones, que deberán ser previamente solicitadas y aceptadas por la autora y acudiendo al principio de cooperación.
- El uso de los espacios de la universidad en esta investigación (salones y espacios comunes) no se consideran dentro del presupuesto, ya que según este acuerdo 035 *“no se considera uso de las instalaciones o recursos de la universidad el uso de bibliotecas, espacios de estudio o equipos de cómputo”*.

4.RESULTADOS

Con el fin de responder los objetivos planteados en esta investigación, la presentación de los resultados seguirá el orden de los objetivos. Se iniciará con la descripción de la población detallando los aspectos demográficos y segregando la información según el sexo de los participantes.

A continuación, se describe la capacidad de agencia de autocuidado de los estudiantes de enfermería, presentando de manera narrativa los resultados de las categorías de capacidad de agencia (baja, media y buena) y en dos cuadros las categorías de capacidad de agencia por características demográficas y las respuestas a cada ítem de la escala de apreciación de la agencia de Autocuidado.

Luego se realiza la descripción del consumo de cigarrillo, iniciando con la narración de la clasificación del consumo de cigarrillo (no consumo y sí consumo), se presentarán en una tabla las características demográficas según la clasificación del consumo de cigarrillo (no consumo y sí consumo) y se terminará con una tabla que describe el consumo de cigarrillo en las personas que si consumen cigarrillo.

Finalmente, la relación entre consumo de cigarrillo y capacidad de agencia de autocuidado se presentará mediante el coeficiente de correlación de Spearman (con su respectiva gráfica) entre el puntaje de la escala de apreciación de la agencia de Autocuidado con el puntaje de la escala C4 y el número de cigarrillos al día; también se presentará una gráfica que ilustra la relación entre las categorías de capacidad de agencia de autocuidado (baja, media y buena) y las categorías de clasificación del consumo de cigarrillo (No consumo, Moderado, Alto y dependiente). Para finalizar, se expone una tabla con los resultados de cada ítem de la escala de apreciación de capacidad de agencia de autocuidado según la clasificación de consumo de cigarrillo (no consumo y sí consumo).

4.1 Descripción de la población

Participaron 247 estudiantes, de los cuales 60,3% fueron mujeres y con una edad promedio de 20,9 años. La mayoría de estudiantes pertenecen a estrato socioeconómico 2-3 y son

solteros; la mayoría hacen parte de una familia nuclear y son procedentes de Bogotá. Más de la mitad de los estudiantes se declaran católicos, no tienen hijos y no trabajan (tabla 7).

Tabla 7 Características demográficas de la población.

Características demográficas de la población			
	Hombre 98 (39,7%)	Mujer 149 (60,3%)	Total 247 (100%)
Edad †	21,2 (3,3)	20,7 (3,1)	20,9 (3,2)
Estrato: ‡			
1	6,1	8,1	7,3
2	40,8	32,2	35,6
3	42,9	51,0	47,8
4	10,2	8,1	8,9
6	0	0,7	0,4
Estado civil: ‡			
Casado	1,0	0,7	0,8
Soltero	96,9	97,3	97,2
Unión	2,0	2,0	2,0
Con quien vive: ‡			
Con otros familiares	9,2	10,7	10,1
Extensa	11,2	10,7	10,9
Monoparental	24,5	27,5	26,3
Nuclear	32,7	37,6	35,6
Pareja	0	0,7	0,4
Vive solo	22,4	12,8	16,6
Procedencia: ‡			
Bogotá	64,3	61,1	62,3
Municipios aledaños	12,2	10,7	11,3
Otras ciudades	23,5	28,2	26,3
Religión: ‡			
Ateo	31,6	20,1	24,7
Católico	43,9	63,1	55,5
Evangélico	4,1	4,7	4,5
Otros no cristianos	14,3	5,4	8,9
Protestantes	6,1	6,7	6,5
Número de hijos: ‡			
0	95,9	95,3	95,5
1	3,1	4,7	4,0
2	1,0	0	0,4

Características demográficas de la población			
	Hombre 98 (39,7%)	Mujer 149 (60,3%)	Total 247 (100%)
Trabajo: ‡			
No trabaja	55,1	69,1	63,6
Formal	5,1	7,4	6,5
Informal	36,7	17,4	25,1
Becario/monitor	3,1	6,0	4,9
Matricula: †			
1	13,3	8,7	10,5
2	8,2	9,4	8,9
3	13,3	13,4	13,4
4	9,2	14,1	12,1
5	10,2	10,7	10,5
6	9,2	7,4	8,1
7	8,2	10,7	9,7
8	5,1	4,7	4,9
9	6,1	6,7	6,5
10	6,1	4,0	4,9
11	6,1	4,7	5,3
12	2,0	0,7	1,2
13	2,0	2,7	2,4
14	1,0	0,7	0,8
17	0	0,7	0,4
18	0	0,7	0,4
†: valores presentados como promedio y (desviación estándar)			
‡: valores presentados como porcentajes			

4.2 Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado

En cuanto a la capacidad de agencia de autocuidado, ningún estudiante presentó una muy baja agencia, 6,9% baja, 64,4% media y 28,7% buena agencia de autocuidado. La buena capacidad de agencia de autocuidado se encontró más en mujeres, estrato 3, solteros, pertenecientes a familia nuclear, personas sin hijos y que no trabajan (tabla 8).

Tabla 8 Capacidad de agencia de autocuidado, según características demográficas.

Capacidad de agencia de autocuidado, según características demográficas			
	Baja 17 (6,9%)	Media 159 (64,4%)	Buena 71 (28,7%)
Sexo: ‡			
Hombre	29,4	39,6	42,3
Mujer	70,6	60,4	57,7
Edad, en años †	21,5 (4,1)	20,8 (3,4)	21,0 (2,5)
Estrato: ‡			
1	11,8	7,5	5,6
2	47,1	34,6	35,2
3	35,3	47,8	50,7
4	5,9	9,4	8,5
6	0	0,6	0
Estado civil: ‡			
Casado	0	1,3	0
Soltero	100	96,9	97,2
Unión	0	1,9	2,8
Con quien vive: ‡			
Con otros familiares	11,8	10,1	9,9
Extensa	11,8	12,6	7,0
Monoparental	41,2	26,4	22,5
Nuclear	17,6	34,0	43,7
Pareja	0	0,6	0
Vive solo	17,6	16,4	16,9
Procedencia: ‡			
Bogotá	64,7	63,5	59,2
Municipios aledaños	11,8	9,4	15,5
Otras ciudades	23,5	27,0	25,4
Religión: ‡			
Ateo	17,6	28,3	18,3
Católico	64,7	50,9	63,4
Evangélico	0	5,7	2,8
Otros no cristianos	5,9	7,5	12,7
Protestantes	11,8	7,5	2,8
Número de Hijos: ‡			
0	94,1	94,3	98,6
1	5,9	5,0	1,4
2	0	0,6	0
Trabajo: ‡			
No trabaja	76,5	59,7	69,0
Formal	11,8	6,9	4,2
Informal	11,8	28,9	19,7
Beuario/monitor	0	4,4	7,0

Capacidad de agencia de autocuidado, según características demográficas			
	Baja 17 (6,9%)	Media 159 (64,4%)	Buena 71 (28,7%)
Matricula: ‡			
1	35,3	7,5	11,3
2	5,9	10,7	5,6
3	17,6	15,7	7,0
4	11,8	13,2	9,9
5	5,9	10,1	12,7
6	0	10,1	5,6
7	0	11,3	8,5
8	0	6,3	2,8
9	0	7,5	5,6
10	7,6	1,3	9,9
11	0	3,8	9,9
12	0	0,6	2,8
13	0	0,6	7,0
14	0	1,3	0
17	5,9	0	0
18	0	0	1,4
†: valores presentados como promedio y (desviación estándar)			
‡: valores presentados como porcentajes			

En cuanto a las preguntas de la escala de apreciación de capacidad de agencia de autocuidado, en la tabla 9 se pueden consultar los porcentajes de estudiantes que puntuaron de nunca a siempre ante cada pregunta (la categoría de intermedio agrupa las opciones de casi nunca y casi siempre).

Tabla 9 Porcentaje de respuestas a cada ítem de la escala de agencia de autocuidado.

Porcentaje de respuestas a cada ítem de la escala de agencia de autocuidado.	
Ítem agencia autocuidado	Total n 247 (%)
A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud	
-Nunca	1.2
-Intermedio	76.5
-Siempre	22.3

Porcentaje de respuestas a cada ítem de la escala de agencia de autocuidado.	
Ítem agencia autocuidado	Total n 247 (%)
Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas	
-Nunca	0.8
-Intermedio	84.6
-Siempre	14.6
Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda	
-Nunca	8.5
-Intermedio	70.9
-Siempre	20.6
Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo	
-Nunca	0
-Intermedio	54.7
-Siempre	45.3
Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud	
-Nunca	0
-Intermedio	80.6
-Siempre	19.4
Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo	
-Nunca	0.8
-Intermedio	73.3
-Siempre	25.9
Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora	
-Nunca	0
-Intermedio	78.1
-Siempre	21.9
Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio	
-Nunca	20.6
-Intermedio	56.3
-Siempre	23.1
Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimentarios.	
-Nunca	9.3
-Intermedio	82.6
-Siempre	8.1
Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser	
-Nunca	1.6
-Intermedio	75.7
-Siempre	22.7

Porcentaje de respuestas a cada ítem de la escala de agencia de autocuidado.	
Ítem agencia autocuidado	Total n 247 (%)
Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo	
-Nunca	17.4
-Intermedio	76.9
-Siempre	5.7
Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de -Siempre	
-Nunca	2.8
-Intermedio	81.8
-Siempre	15.4
Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado(a)	
-Nunca	11.3
-Intermedio	79.4
-Siempre	9.3
Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo	
-Nunca	0.8
-Intermedio	61.1
-Siempre	38.1
Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio	
-Nunca	0.4
-Intermedio	66.4
-Siempre	33.2
He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud	
-Nunca	0
-Intermedio	87.9
-Siempre	12.1
Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios	
-Nunca	8.9
-Intermedio	78.1
-Siempre	13.0
Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro	
-Nunca	0
-Intermedio	82.6
-Siempre	17.4
Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud	
-Nunca	0
-Intermedio	83.4
-Siempre	16.6

Porcentaje de respuestas a cada ítem de la escala de agencia de autocuidado.	
Ítem agencia autocuidado	Total n 247 (%)
Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme	
-Nunca	15.4
-Intermedio	81.4
-Siempre	3.2
Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir información necesaria sobre qué hacer	
-Nunca	0.8
-Intermedio	77.7
-Siempre	21.5
Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda	
-Nunca	1.6
-Intermedio	76.5
-Siempre	21.9
Puedo sacar tiempo para mí	
-Nunca	1.6
-Intermedio	87.4
-Siempre	10.9
A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta	
-Nunca	5.7
-Intermedio	10.9
-Siempre	23.5

4.3 Descripción del consumo de cigarrillo

El 18,6% de la población encuestada fuma (46 estudiantes), lo cual es más prevalente en hombres que en mujeres (Tabla 10). Respecto a la escala C4, se encontró que el 81,4% de la población encuestada no fuma, 0,4% son fumadores moderados, 15,8% son de consumo alto y 2,4% son fumadores dependientes. La descripción del consumo de cigarrillo se observa en la tabla 11.

Tabla 10 Clasificación del consumo de cigarrillo, por características demográficas.

Clasificación del consumo de cigarrillo, por características demográficas		
	Consumo cigarrillo	
	No 201 (81.4%)	Si 46 (18.6%)
Sexo: ‡		
Hombre	34.8	60.9
Mujer	65.2	39.1
Edad, en años †	20.9 (3.2)	20.8 (3.2)
Estrato: ‡		
1	7.5	6.5
2	35.3	37.0
3	48.8	43.5
4	8.0	13.0
6	0.5	0
Estado civil: ‡		
Casado	0.5	2.2
Soltero	97.1	97.8
Unión	2.5	0
Con quien vive: ‡		
Con otros familiares	11.4	4.3
Extensa	11.9	6.5
Monoparental	24.4	34.8
Nuclear	35.8	34.8
Pareja	0.5	0
Vive solo	15.9	19.6
Procedencia: ‡		
Bogotá	61.2	67.4
Municipios aledaños	10.9	13.0
Otras ciudades	27.9	19.6
Religión: ‡		
Ateo	22.4	34.8
Católico	56.7	50.0
Evangélico	5.5	0
Otros no cristianos	8.0	13.0
Protestantes	7.5	2.2
Número de Hijos: ‡		
0	95.5	95.7
1	4.0	4.3
2	0.5	0
Trabajo: ‡		
No trabaja	65.7	54.3
Formal	5.5	10.9
Informal	22.9	34.8
Becario/monitor	6.0	0

Clasificación del consumo de cigarrillo, por características demográficas		
	Consumo cigarrillo	
	No 201 (81.4%)	Si 46 (18.6%)
Matricula: ‡		
1	10.0	13.0
2	8.0	13.0
3	12.9	15.2
4	13.9	4.3
5	10.4	10.9
6	7.5	10.9
7	10.0	8.7
8	5.5	2.2
9	6.5	6.5
10	4.5	6.5
11	5.5	4.3
12	0.5	4.3
13	3.0	0
14	1.0	0
17	0.5	0
18	0.5	0
‡: valores presentados como promedio y (desviación estándar)		
‡: valores presentados como porcentajes		

Tabla 11 Consumo cigarrillo por sexo

Consumo cigarrillo por sexo			
	Hombre 28 (28,6%)	Mujer 18 (12,1%)	Total 46 (100%)
Clasificación fumador: ‡			
Moderado	3,6	0	2,2
Alto	78,6	94,4	84,8
Dependiente	17,9	5,6	13,0
Más de 6 meses en su vida: ‡	57,1	44,4	52,2
Empezó a fumar hace: ‡			
Menos de una año	17,9	27,8	21,7
Un año	3,6	5,6	4,3
Más de una año	25,0	22,2	23,9
Entre 3-5 años	28,6	22,2	26,1
Más de 5 años	21,4	16,7	19,6
Más de 10 años	3,6	5,6	4,3
No, cigarrillos en el día: ‡			
10 o menos	96,4	94,4	95,7
11 a 20	3,6	5,6	4,3

Consumo cigarrillo por sexo			
	Hombre 28 (28,6%)	Mujer 18 (12,1%)	Total 46 (100%)
¿Cuánto tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?: ‡			
Más de 1 hora	89,3	88,9	89,1
Entre 31 min y 1 hora	7,1	5,6	6,5
Menos de 5 minutos	3,6	5,6	4,3
¿Cómo fuma los cigarrillos?: ‡			
Tiene el humo en la boca	32,1	16,7	26,1
Traga el humo	67,9	83,3	73,9
Desea dejar de fumar, sí: ‡			
	67,9	66,7	67,4
Ha intentado dejar de fumar, sí: ‡			
	67,9	83,3	73,9
Fumar le ha acarreado problemas de salud, sí: ‡			
	28,6	16,7	23,9
‡: valores presentados como porcentajes			

4.4 Relación entre capacidad de agencia de autocuidado y consumo de cigarrillo

La hipótesis de investigación planteaba que los estudiantes con mayor puntaje en la escala “apreciación de agencia de autocuidado” tienen menor o nulo consumo de cigarrillo en comparación a los estudiantes con menor puntaje en la escala; a partir del puntaje de las escalas de capacidad de agencia de autocuidado y el C4, se encontró que no existe correlación entre capacidad de agencia de autocuidado y consumo de cigarrillo en toda la población y tampoco en subgrupos (Tabla 12) (Figura 1).

Figura 1 Dispersión de la puntuación de la agencia de autocuidado y C4

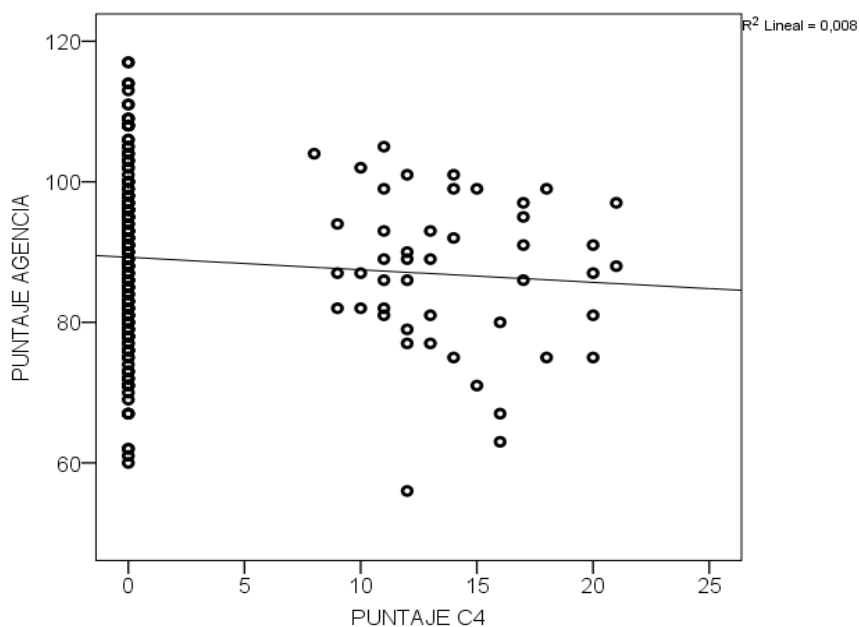


Tabla 12 Correlación entre puntaje C4 y puntaje de agencia de autocuidado, según características de la población

Correlación entre puntaje C4 y puntaje de agencia de autocuidado, según características de la población			
	n	rho	valor p
Población total	247	-0,067	0,296
Sexo:			
Mujer	149	-0.184	0.025
Hombre	98	0.021	0.836
Estrato:			
1	18	-0.213	0.396
2	88	-0.138	0.201
3	118	-0.033	0.723
4	22	-0.024	0.916
6	1	---	---
Estado civil:			
Soltero	240	-0.068	0.293
Otro	7	0.000	1.00

Correlación entre puntaje C4 y puntaje de agencia de autocuidado, según características de la población			
	n	rho	valor p
Con quien vive:			
Vive solo	41	-0.214	0.178
Padres	180	-0.070	0.353
Otros familiares	26	0.275	0.174
Procedencia:			
Bogotá	154	-0.055	0.497
Municipios aledaños	28	-0.027	0.893
Otras ciudades	65	-0.102	0.420
Procedencia:			
Bogotá	154	-0.055	0.497
Fuera de Bogotá	93	-0.084	0.416
Procedencia:			
Bogotá-Región	182	-0.047	0.533
Otras ciudades	65	-0.102	0.420
Religión:			
Ateo	61	-0.116	0.376
Cristianos	148	-0.083	0.317
Otros	38	0.127	0.448
Número de Hijos:			
0	236	-0.076	0.248
1	10	0.100	0.784
2	1	---	---
Trabajo:			
Si	90	-0.133	0.212
No	157	-0.040	0.619
Año carrera:			
1	48	-0.169	0.252
2	63	-0.167	0.190
3	46	0.074	0.624
4	36	0.183	0.285
5	28	-0.310	0.109
6	26	0.009	0.965

Con respecto a la relación entre las categorías de capacidad de agencia de autocuidado y clasificación de fumador, se evidencia que el 100% de los consumidores moderados de cigarrillo tiene una buena capacidad de agencia de autocuidado, mientras que en las

demás clasificaciones de consumo de cigarrillo la capacidad de agencia de autocuidado varía de manera diferente (Figura 2).

Finalmente, en la tabla 13 se pueden consultar las respuestas a cada ítem de la escala de apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado y la clasificación de consumo de cigarrillo (Consumo si/no de cigarrillo).

Figura 2 Clasificación de consumo de cigarrillo, según clasificación de capacidad de agencia de autocuidado.

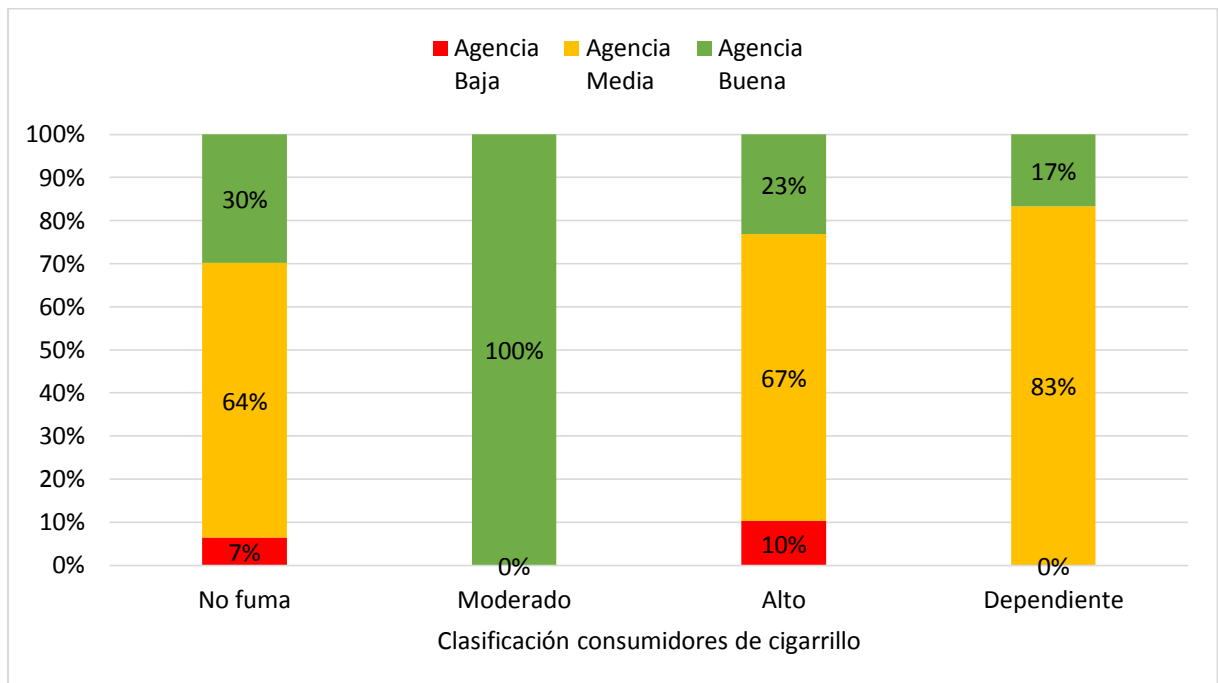


Tabla 13 Ítems de escala de capacidad de agencia de autocuidado según clasificación del consumo de cigarrillo

Ítems de escala de capacidad de agencia de autocuidado según clasificación del consumo de cigarrillo		
Ítem agencia autocuidado	Consumo de cigarrillo	
	No	Si
A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud:		
-Nunca	1.5	0
-Intermedio	76.1	78.3
-Siempre	22.4	21.7

Ítems de escala de capacidad de agencia de autocuidado según clasificación del consumo de cigarrillo		
Ítem agencia autocuidado	Consumo de cigarrillo	
	No	Si
Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas:		
-Nunca	1.0	0
-Intermedio	85.6	80.4
-Siempre	13.4	19.6
Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda:		
-Nunca	8.5	8.7
-Intermedio	71.6	67.4
-Siempre	19.9	23.9
Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo:		
-Nunca	0	0
-Intermedio	53.7	58.7
-Siempre	46.3	41.3
Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud:		
-Nunca	0	0
-Intermedio	80.1	82.6
-Siempre	19.9	17.4
Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo:		
-Nunca	1.0	0
-Intermedio	71.1	82.6
-Siempre	27.9	17.4
Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora:		
-Nunca	0	0
-Intermedio	77.6	80.4
-Siempre	22.4	19.6
Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio:		
-Nunca	20.9	19.6
-Intermedio	55.2	60.9
-Siempre	23.9	19.6
Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimentarios:		
-Nunca	9.0	10.9
-Intermedio	82.0	84.8
-Siempre	9.0	4.3
Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser:		
-Nunca	1.0	4.3
-Intermedio	76.6	71.7
-Siempre	22.4	23.9

Ítems de escala de capacidad de agencia de autocuidado según clasificación del consumo de cigarrillo		
Ítem agencia autocuidado	Consumo de cigarrillo	
	No	Si
Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo:		
-Nunca	17.4	17.4
-Intermedio	77.6	73.9
-Siempre	5.0	8.7
Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre:		
-Nunca	1.0	10.9
-Intermedio	83.1	76.1
-Siempre	15.9	13.0
Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado(a):		
-Nunca	9.0	21.7
-Intermedio	82.6	65.2
-Siempre	8.5	13.0
Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo:		
-Nunca	1.0	0
-Intermedio	61.2	60.9
-Siempre	37.8	39.1
Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio:		
-Nunca	0.5	0
-Intermedio	67.7	60.9
-Siempre	31.8	39.1
He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud:		
-Nunca	0	0
-Intermedio	86.6	93.5
-Siempre	13.4	6.5
Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios:		
-Nunca	7.5	15.2
-Intermedio	79.1	73.9
-Siempre	13.4	10.9
Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro:		
-Nunca	0	0
-Intermedio	83.1	80.4
-Siempre	16.9	19.6
Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud:		
-Nunca	0	0
-Intermedio	83.1	84.8
-Siempre	16.9	15.2

Ítems de escala de capacidad de agencia de autocuidado según clasificación del consumo de cigarrillo		
Ítem agencia autocuidado	Consumo de cigarrillo	
	No	Si
Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme:		
-Nunca	14.9	17.4
-Intermedio	81.6	80.4
-Siempre	3.5	2.2
Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir información necesaria sobre qué hacer:		
-Nunca	0	4.3
-Intermedio	77.6	78.3
-Siempre	22.4	17.4
Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda:		
-Nunca	1.0	4.3
-Intermedio	74.6	84.8
-Siempre	24.4	10.9
Puedo sacar tiempo para mí:		
-Nunca	1.0	4.3
-Intermedio	89.1	80.4
-Siempre	10.0	15.2
A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta:		
-Nunca	6.5	2.2
-Intermedio	71.1	69.6
-Siempre	22.4	28.3

5.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presentación de la discusión de resultados sigue el orden de los objetivos y comprende la interpretación y explicación de los resultados encontrados, la comparación de resultados con otros reportes previos, la identificación de fortalezas y limitaciones de esta investigación y la elaboración de recomendaciones para próximas investigaciones.

Se iniciará con la discusión de la descripción de la población, resaltando los hallazgos relevantes y su interpretación. Después se discute la descripción de la capacidad de agencia de autocuidado y del consumo de cigarrillo, donde se comparan los resultados con otros reportes previos y la razón de sus semejanzas y diferencias. Luego, la discusión de resultados se enfocará hacia la relación entre capacidad de agencia de autocuidado y consumo de cigarrillo, empezando con la comparación de resultados, diferencias y semejanzas con estudios previos y terminará con la explicación de los resultados.

La última parte de la discusión de resultados se enfoca en la identificación de limitaciones de esta investigación, que, junto a la discusión de los hallazgos de esta investigación, permite emitir recomendaciones para las próximas investigaciones.

5.1 Descripción de la población

En la población estudiada se encontró una relación mujeres: hombres de 3:2, indicando que existe una predominancia del sexo femenino; el promedio de edad de la población es de 21 años, el 2,8% declaran un estado civil de unión o casados, sin embargo, solo el 0,4% conviven con la pareja.

Se puede interpretar que existe una correspondencia entre con quién vive y el lugar de procedencia, debido a que el 26,3% proceden de otras ciudades y cerca del 26,7% viven solos o con otros familiares. Lo anterior implica que 1 de cada 4 estudiantes proviene de fuera de la ciudad y por ende está dejando a su familia (padre y/o madre) y alterando su patrón de convivencia para estudiar.

Por último, llama la atención que el 45% de los hombres y el 30% de las mujeres trabaje, debido a que esta población puede estar en riesgo de sufrir bajo rendimiento académico, alteraciones del sueño, estrés, depresión, ansiedad y hábitos alimentarios inadecuados (75–77).

5.2 Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado

En la búsqueda de la literatura, se pudo evidenciar la limitada disponibilidad de estudios sobre agencia de autocuidado en estudiantes de enfermería. Los resultados de la presente investigación permitieron determinar que en la población evaluada, la capacidad de agencia de autocuidado es 6,9% baja, 64,4% media y 28,7% buena, similar a lo reportado en el estudio de Morales (22) (10,5%, 63,1% y 26,3% respectivamente), a pesar de sus diferencias en características demográficas: evaluación de 133 estudiantes de 17 a 20 años, de I a III semestres y de 11 programas de la salud (20% eran enfermería).

La investigación de Rodríguez et al. (78) en 187 estudiantes de IV-VIII semestre de enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia-Bucaramanga, durante el 2017 y aplicando la misma escala de agencia de autocuidado que la presente investigación, describieron que el 2% tienen agencia baja, 79% media y 19% buena agencia de autocuidado, al tiempo que indican que no hay diferencia según el sexo, estado civil, hijos y religión, lo cual es equiparable a lo encontrado en el presente estudio.

Las similitudes entre los estudios anteriores apuntan a que la agencia de autocuidado en la mayoría de estudiantes de enfermería en Colombia es de media a buena, pero debido a que esta es la única investigación que ha abarcado exclusivamente a todos los estudiantes de un programa de enfermería, se requieren estudios adicionales que afiancen la plausibilidad de estos hallazgos.

Al mismo tiempo, una investigación realizada en la Universidad de Bio Bio de Chile (33), en 146 estudiantes de enfermería de II a IV año, reportó que el 50% tenían agencia media y 50% agencia alta; un estudio similar fue llevado a cabo por Rocha et al. (79) en 281 estudiantes (24% de enfermería) de nuevo ingreso a una universidad en México durante

el 2012, donde aplicaron la escala de agencia de autocuidado y encontraron que el 54% y 42% presentaron media y buena agencia de autocuidado respectivamente. Estos reportes difieren a lo encontrado en esta investigación, insinuando que la agencia de autocuidado en enfermería podría variar entre países, debido a las inherentes diferencias culturales entre las naciones, a las diferencias en el pensum entre los programas de enfermería y a la heterogeneidad de semestres involucrados en cada estudio.

Conviene subrayar que en esta investigación la capacidad de agencia de autocuidado es similar entre hombres y mujeres, edad, estado civil, procedencia, religión y si trabaja; al mismo tiempo, la capacidad de agencia es diferente según el estrato (agencia baja en estratos 1 y 2) y según el número de matrícula (mejora levemente conforme incrementa el número de matrículas). Lo anterior difiere de lo reportado en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Bio Bio, donde la alta capacidad de agencia de autocuidado es mayor en mujeres y decrece el porcentaje de alta capacidad conforme avanzan los años de la carrera. Esta variación entre los estudios podría deberse a las diferencias culturales entre los países, a las diferencias en el pensum entre los programas de enfermería y/o a las diferencias generacionales de la población (en el estudio de Bio Bio fue en el año 2010 y la actual fue en el 2019) (33,78).

Por otra parte, en la Universidad de Sonora, evaluaron el autocuidado en estudiantes de enfermería mediante cuestionarios diferentes al de la presente investigación y no categoriza el grado de capacidad de agencia, sólo se enfocaron en acciones, como actividad física regular, sueño, vida sexual, etc. No obstante, manifiestan que los estudiantes de enfermería presentan deficiencias en su autocuidado (31).

Además, en la Universidad Autónoma Metropolitana, México, mediante un instrumento que identifica las "Capacidades de Autocuidado en Enfermedades Crónico-Degenerativas no Transmisibles, Salud Sexual-Reproductiva y Prevención de Adicciones", describieron que el 34% y 61% de los estudiantes evaluados presentaron "muy buena" y "buena" autopercepción de capacidades de autocuidado respectivamente. Estos resultados no son comparables con los de la presente investigación, debido a que el estudio de México involucró estudiantes de ingreso a la universidad y de múltiples programas académicos, sin discriminar o detallar los estudiantes de enfermería (32).

Para terminar esta sección, la tabla 10 permite evidenciar que la mayoría de estudiantes responden en opciones intermedias (casos nunca o casi siempre) y el porcentaje de estudiantes que responden como siempre está entre 0,8% y 38,1%, lo que refleja la poca constancia en acciones que permiten cuidar de su salud o por ser aceptados socialmente (23). Esto no es alentador y debe ser abordado desde la academia, debido a que serán futuros profesionales de la salud, quienes con sus hábitos (que adquieren durante la vida universitaria) motivaran o impulsaran los cambios en los futuros pacientes (4,21,25).

5.3 Descripción del consumo de cigarrillo

Los resultados de la investigación muestran que el consumo de cigarrillo es un estilo de vida poco saludable y prevalente en los estudiantes de enfermería (80–83), lo cual se evidencia con el consumo de cigarrillo reportado en otros programas de enfermería de México (25%-68%) (29,84,85), Estados Unidos (36%-63%) (11,12), Brasil (6%) (86), Reino Unido (28%) (26), Italia (6%) (12), España (16%) (87) y Portugal (25%) (88).

Además, esta investigación encontró que el 18,6% de los estudiantes de enfermería fuman, lo cual se asemeja al consumo de cigarrillo en universitarios de Colombia, el cual se obtuvo de una revisión sistemática de estudios sobre estilos de vida en universitarios (89) y un reporte nacional (2), encontrando que el valor para Colombia oscila entre un 17,2% y 38,7%.

Al mismo tiempo, el consumo de cigarrillo y tabaco ha sido previamente evaluado en estudiantes de enfermería, indicando que en Antioquia (12,83), Bogotá (14), Cartagena (25), Santa Marta (82) y Cúcuta (13) el consumo de cigarrillo puede estar entre 9% y 24%, lo cual indica que el comportamiento del consumo de cigarrillo en la población evaluada de la presente investigación es similar a los de otros programas de pregrado en enfermería de Colombia. Adicionalmente, también se encuentra que en dichas instituciones la distribución de sexo y el promedio de edad es similar al reportado en esta investigación.

Junto a lo anterior, para la evaluación del consumo de cigarrillo y tabaco, estos trabajos han empleado herramientas como el AUDIT (14), Fagerström (8,12,14), CEVJU (13) y una batería de 50 preguntas (25), que miden de diferentes formas el consumo de cigarrillo y

clasifican erróneamente ciertos tipos de consumo de cigarrillo, razón por la cual se creó y validó en universitarios el C4 (49), convirtiendo a esta investigación en el primer reporte en estudiantes de enfermería que lo emplea.

El consumo de cigarrillo en estudiantes de enfermería es relevante no solo por ser un estilo de vida no saludable, también porque el consumo de cigarrillo en esta población está asociado con otros desenlaces indeseables, como abuso de otras sustancias psicoactivas (86), pérdida de asignaturas (90), tristeza, ansiedad, estrés (88) y consumo de alcohol (83).

En cuanto a factores relacionados al consumo de cigarrillo, se ha descrito que ser del sexo masculino y estar en los primeros semestres de la carrera se asocian con el consumo de cigarrillo, lo cual también se corrobora en los resultados de esta investigación (55,87,88). En cuanto a aspectos sociales, la disfunción familiar, problemas entre miembros de la familia, la búsqueda de aceptación por parte de sus pares y la sensación de soledad, son factores que aumentan la probabilidad del consumo de cigarrillo, lo que podría explicar en cierta parte el porcentaje de consumidores de cigarrillo, en especial en los que viven con una familia monoparental, nuclear o solos (25,56,57,91)

Por último, un resultado sobresaliente es que el consumo de cigarrillo es bajo en los años o semestres superiores, lo que se puede deber a la aplicación de los conocimientos adquiridos para el cuidado de sí mismo (92), sin embargo, el consumo de cigarrillo puede persistir en la etapa laboral, por lo tanto, las cifras presentadas sobre el consumo de cigarrillo y los factores que podrían estar influenciando dicho consumo, permiten inferir, al igual que en estudios previos (84,87), que el rol de estudiante de enfermería no es un factor protector contra el consumo de cigarrillo, lo cual se explica en la siguiente sección.

5.4 Relación entre capacidad de agencia de autocuidado y consumo de cigarrillo

El consumo de cigarrillo observado en el estudio podría interpretarse como un bajo compromiso hacia el autocuidado (80,85,92) y por tanto la hipótesis de investigación planteaba que los estudiantes con mayor puntaje en la escala de “capacidad de agencia de autocuidado” tienen menor o nulo consumo de cigarrillo, sin embargo los resultados de

la investigación indican que no hay correlación entre la puntuación de la escala “apreciación de la agencia de Autocuidado” y el puntaje del cuestionario C4, es decir, no hay relación entre el consumo de cigarrillo y capacidad de agencia de autocuidado.

Si se comparan las categoría de capacidad de agencia de autocuidado y el consumo de cigarrillo tampoco se encontró relación entre capacidad de agencia y consumo de cigarrillo, semejante a lo reportado por el estudio de Morales (22) en 133 estudiantes del área de la salud de III semestre en Cartagena (20% de los participantes eran de enfermería), mediante la encuesta mundial sobre tabaquismo de la OMS y la escala de capacidad de agencia de autocuidado, describió que el índice de tabaquismo se distribuía de manera similar entre los niveles bajo, media y buena agencia, lo cual es semejante a los hallazgos descritos en la actual investigación.

Se puede indicar que la hipótesis de investigación no fue confirmada debido a tres razones que se desarrollan en el resto de la sección: primero, la inapropiada percepción de riesgo sobre el consumo de cigarrillo y la adolescencia, lo cual hizo que la puntuación entre los consumidores y no consumidores de cigarrillo fueran iguales; segundo, la hipótesis de investigación se sustentaba en el hecho que los estudiantes de enfermería, por su formación actual y el rol que se espera de ellos en el futuro tuvieran una capacidad de agencia desarrollada y estable, pero las respuestas en los ítems de la escala de “apreciación de la agencia de Autocuidado” indican que no es así; por último, los participantes posiblemente se encuentran en grados intermedios de desarrollo de su capacidad de agencia de autocuidado, el cual está mediado por el estado de adolescencia, estrés, soporte familiar y entorno social, que a su vez son factores relacionados al consumo de cigarrillo.

La falta de relación entre las puntuaciones de las dos escalas (agencia de autocuidado y C4) se podría deber al efecto confusor de la percepción de riesgo (tendencia a minimizar o ignorar los efectos del consumo de cigarrillo) que tienen los estudiantes sobre el consumo de cigarrillo (2,8,25). Es evidente al observar las respuestas de los participantes, tanto los fumadores como no fumadores que respondieron “siempre” y “casi siempre” en las preguntas relacionadas a acciones y cambios para mejorar su salud, lo cual generó una puntuación similar de capacidad de agencia de autocuidado en todos los grupos de clasificación de consumo de cigarrillo. Este hallazgo se podría interpretar como una

incongruencia entre fumar y a su vez realizar acciones de cambio para mejorar su salud, pero en realidad sustenta el hecho que la percepción del consumo de cigarrillo por quienes fuman no es vista como algo que afecte su salud y es por esto que no se toman acciones en aras de cesar dicho consumo.

A pesar de la falta de relación entre las puntuaciones de las dos escalas (agencia de autocuidado y C4), se reconoce que la capacidad de agencia de autocuidado es cambiante según la situación a la que el individuo se enfrente, su edad, su estado de salud, la educación, experiencias de vida, exposición a influencias culturales y el uso de recursos en su vida diaria (19); de igual forma, el consumo del cigarrillo también se puede presentar o aumentar dependiendo de diversos factores en los que se circunscribe cada individuo (25,54,93). Por lo cual, diversos factores pueden estar interactuando conjuntamente y en diversos grados sobre el consumo de cigarrillo y la capacidad de agencia de autocuidado en los universitarios, como son: estado de adolescencia, presión social, apoyo familiar y estrés.

El inicio o aumento del consumo de cigarrillo junto a la modificación de la capacidad de agencia de autocuidado en el universitario se puede deber a su estado de adolescencia. En la adolescencia se presentan cambios bio-psico-sociales, además ocurren modificaciones y adaptaciones a nuevas estructuras psicológicas y ambientales (58), posterior a esta, el individuo inicia su etapa joven donde optará por el aumento en la interacción social, definirá su identidad e iniciará a tomar responsabilidades (25,54). En consecuencia, el comportamiento de cada individuo será completamente diferente y responderá al entorno en el cual se encuentre.

Lo anterior puede ser la explicación de la modificación de la capacidad de agencia de autocuidado y de la prevalencia del consumo de cigarrillo en estudiantes de pregrado, ya que el consumo de cigarrillo puede ser percibido tanto por adolescentes como jóvenes a una actividad para encajar socialmente y la capacidad de agencia de autocuidado también cambiará conforme a la percepción positiva o negativa que cada persona tenga sobre el consumo de cigarrillo, es decir, independientemente de sus conocimientos sobre cuidados de la salud, los jóvenes pueden llegar a generar una estructura argumentativa personal que les permite autojustificar la inconsistencia entre lo que saben y sus prácticas de autocuidado (93,94).

En cuanto a la presión social, la población joven es más vulnerable para el inicio y prevalencia del consumo de cigarrillo debido a las transiciones sociales a las que se enfrenta el sujeto (8). Los jóvenes están condicionados por factores personales, sociales y ambientales, que los conllevan al consumo de cigarrillo como lo es la influencia que puede ejercer el grupo de amigos, volviéndose este hábito parte de un acto recreativo (23,91,93); dicha interacción social influencia a que el individuo fume así sea de manera esporádica en aras de permanecer y encajar en un grupo de amigos cuya una de sus características es el consumo de cigarrillo. En otras palabras, la presión social es relevante para el inicio del consumo del cigarrillo, encontrándose que es usualmente un amigo quien incita al consumo y quien lo acepta lo hace con el fin de obtener una aceptación social (25,54,91,93), dicha aceptación es importante en el ámbito universitario.

Por lo anterior, fumar por permanecer y encajar en un grupo de amigos repercute en su percepción sobre la capacidad de agencia de autocuidado, ya que si bien el individuo puede generar dichos comportamientos que afectan negativamente su salud, como lo es el consumo de cigarrillo, no lo percibe como un acto negativo, debido a que este le permite pertenecer y encajar en el ámbito social del cual quiere hacer parte y esto puede denotar más importancia para su bienestar. Esto se puede evidenciar al comparar las respuestas en los ítems “He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud”, “Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud” y “Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora”, en los cuales los fumadores tuvieron menor porcentaje de respuesta “siempre” respecto a los no fumadores; al mismo tiempo, el ítem “reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas” respondieron en mayor porcentaje “siempre” los que fuman.

Así mismo, la relación o soporte familiar está relacionada al consumo de cigarrillo y se ve reflejada en la capacidad de agencia de autocuidado. Los resultados de esta investigación indican que los consumidores de cigarrillo usualmente viven solos (20% Vs 16%) o con solo uno de sus padres (35% vs 24%), por consiguiente, los consumidores de cigarrillo pueden tener un soporte familiar disminuido que les impide desarrollar plenamente su capacidad de agencia, como se sustenta en los bajos porcentajes de respuesta “siempre” en los ítems de “Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda”, “Si mi salud se ve afectada

yo puedo conseguir información necesaria sobre qué hacer” y “Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios” (25,56,57,80).

En lo que se refiere a estrés, consumo de cigarrillo y capacidad de agencia de autocuidado, los resultados de la investigación permiten inferir que existe un nexo entre estos tres fenómenos. Primero, el estrés afecta la calidad del sueño y se encontró que el 22% de los consumidores de cigarrillo nunca pueden dormir lo suficiente como para sentirse descansado(a); segundo, el estrés es una respuesta que permite adaptarse a las circunstancias que se presentan, pero sólo el 22% y 17% de los consumidores de cigarrillo respondieron siempre a los ítems “a medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud” y “hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud”; finalmente, el estrés del estudiante puede estar manteniendo el consumo de cigarrillo, debido a que 24% de los consumidores de cigarrillo respondieron siempre al ítem “cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser” (1,8,80,88,91,95–98).

Recapitulando, no se encontró correlación entre el consumo de cigarrillo y la capacidad de agencia de autocuidado; sin embargo, los factores que se relacionan con el consumo de cigarrillo (estado de adolescencia, estrés, soporte familiar, entorno social) también influyen las acciones de autocuidado.

En efecto, para Orem, el autocuidado se origina de un comportamiento aprendido y las acciones o actividades de autocuidado se aprenden a partir de la interacción con el entorno o contexto sociocultural en que se vive, incluyendo el entorno cultural, social y familiar. En otras palabras, la finalidad de la agencia de autocuidado es satisfacer los requisitos del autocuidado en un momento determinado, involucrando las habilidades de entender cosas específicas (sus características y el significado de las mismas), la habilidad para decidir qué hacer y la habilidad para actuar, lograr un cambio y autoregularse (20).

Así mismo, la capacidad de agencia de autocuidado (que es la manera en que se expresa la agencia de autocuidado) varía o está condicionada por el grado de desarrollo (niñez a vejez), al estado de salud, factores que influyen la educación, experiencias de vida, exposición a influencias culturales y uso de recursos de la vida diaria; por lo tanto, la

capacidad de agencia de autocuidado es condicionada por factores que afectan su desarrollo y su operatividad (19,33,52,53), como serían los ya discutidos previamente (estado de adolescencia, estrés, soporte familiar, entorno social).

Además, Orem distingue que la agencia de autocuidado (expresada por la capacidad de agencia de autocuidado) posee cinco grados de desarrollo (ver arriba, sección 2.1), que oscilan entre subdesarrollada hasta desarrollada en decline. Esto es relevante, debido a que podría justificar la falta de correlación entre la escala de capacidad de agencia de autocuidado y el consumo de cigarrillo en estudiantes de pregrado de enfermería, como se explica en los siguientes párrafos.

La hipótesis de investigación planteaba una correlación negativa (a mayor puntaje de capacidad de agencia, menor o nulo consumo de cigarrillo en estudiantes de enfermería), la cual podría corresponder a una capacidad de agencia desarrollada y estable, caracterizada por estilos y hábitos de vida saludable consolidados. En otras palabras, la conexión entre la hipótesis de investigación y la teoría de autocuidado de Orem se basó en el rol principal del futuro enfermero(a) (promover la salud y prevenir la enfermedad) (26) y lo que se espera del estudiante de enfermería, que es: un mayor conocimiento sobre estilos de vida saludable y las consecuencias del consumo de cigarrillo, lo que potencializa su habilidad para razonar sobre su autocuidado, tomar decisiones sobre su cuidado y emprender acciones de autocuidado relevantes para su vida personal, familiar y social (19,25,26).

Sin embargo, los hallazgos apuntan a que no hay correlación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el consumo de cigarrillo en los estudiantes de enfermería, lo cual se podría deber a que la población evaluada no se acopla plenamente a lo esperado desde la hipótesis de investigación y su nexo con la teoría de Orem, es decir, la falta de correlación también se podría deber a que los estudiantes de enfermería poseen diversos grados intermedios de desarrollo de la agencia de autocuidado: pueden estar en un grado de “en desarrollo”, donde de manera intermitente y voluntaria o involuntaria se ejercen acciones de autocuidado; otros pueden tener un grado de “desarrollada pero no establecida”, caracterizada por la necesidad de desarrollo/renovación o proceso de desarrollo/renovación.

Lo anterior se infiere a partir de los resultados de esta investigación: por una parte, los consumidores de cigarrillo en múltiples ítems de la escala de “apreciación de la agencia de Autocuidado” respondieron de forma similar a los que no consumen cigarrillo; paralelamente, algunos ítems presentaron mayor porcentaje de “siempre” en los consumidores de cigarrillo, pero no son valores cercanos al 100%, es decir, el ítem no está “siempre” presente en toda la población. Estas diferencias y semejanzas entre las respuestas de los consumidores y no consumidores de cigarrillo, generaron una puntuación similar entre los dos grupos (sí/no consumo de cigarrillo), lo que se expresó en la falta de correlación entre la puntuación de la capacidad de agencia de autocuidado y la puntuación del c4.

Finalmente, y considerando lo discutido anteriormente, las universidades y programas de enfermería deberían flexibilizar e incluir en los currículos formación enfocada hacia el cuidado de sí mismo, partiendo de las expectativas y necesidades de cada grupo. Además, a nivel de la universidad, se deberán potenciar cambios en el entorno físico y social, favoreciendo un ambiente en que los estudiantes aprendan de otros sobre prácticas saludables y que el autocuidado forme parte de la vida cotidiana de los estudiantes (79,99). En cuanto al currículo de enfermería, y por qué no otros programas de la salud, dentro de los requisitos de enseñanza se debería incluir el autocuidado de sí mismo como parte del proceso de enseñanza-aprendizaje, es decir “primero cuidar de sí mismo, para luego cuidar de otros” (92,99,100).

5.5 Limitaciones y recomendaciones

Respecto a limitaciones, esta investigación cumplió con lo estipulado en el protocolo de investigación, durante la ejecución del mismo no se presentaron limitaciones que afectaran la investigación.

En relación a los hallazgos, la facultad de Enfermería podría emplear esta información para sustentar o justificar estrategias que promuevan la disminución del consumo de cigarrillo en los futuros y actuales estudiantes.

Por otra parte, para futuras investigaciones se recomienda:

- Incluir otros programas de enfermería de la ciudad, del País y extranjeros, lo cual permitirá verificar si los hallazgos de esta investigación se reproducen en otros ámbitos.
- Probar la misma hipótesis de investigación, involucrando otras escalas y estrategias de medición del consumo de cigarrillo.
- Las próximas investigaciones podrían enfocarse sobre los factores relacionados con la capacidad de agencia de autocuidado en estudiantes de enfermería.
- Probar la hipótesis de investigación en otros estilos de vida saludables y no saludables, como alcohol, conductas sexuales, alimentación, entre otros.

6. CONCLUSIONES

La población de estudiantes de pregrado de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia está conformada principalmente por mujeres (60%), la mitad de los estudiantes están cursando alguna de las primeras cinco matriculas, son de estado civil soltero (96,8%), la mayoría son procedentes de Bogotá (Bogotá 63,1 %, municipios aledaños a Bogotá 10,8% y procedentes de otras ciudades del país 26,1%) no tienen hijos (94,8%) y no trabajan (63,6%) y el 55,2% de la población es católica. La mayoría de los estudiantes encuestados pertenecen al estrato 3 (47,2%) y 2 (36%).

Se puede concluir que la mayoría de los estudiantes evaluados tiene de media (64,4%) a buena (28,7%) capacidad de agencia de autocuidado, siendo más prevalente en mujeres, en estratos 2 y 3, estudiantes solteros, aquellos que conviven con sus padres, en los procedentes de Bogotá y en los que no trabajan.

En cuanto al consumo de cigarrillo, el 18,6% de los estudiantes fuman, lo que significa que aproximadamente 1 de cada 5 estudiantes fuma, reportan un valor de hasta 5 cigarrillos por día y es más acentuado en hombres. En cuanto a la clasificación del tipo de consumidor de cigarrillo, la mayoría se encuentran como consumidores moderados o altos.

La puntuación y clasificación de capacidad de agencia de autocuidado no correlaciona con el consumo de cigarrillo, debido a que los estudiantes pueden tener inapropiada percepción del riesgo del consumo de cigarrillo, diversos grados de desarrollo de la capacidad de agencia de autocuidado y están sujetos a la acción de los factores de estado de adolescencia, estrés, soporte familiar y entorno social sobre la capacidad de agencia de autocuidado y el consumo de cigarrillo.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Lema L, Salazar I, Varela M, Tamayo J, Rubio A, Botero A. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensam Psicológico*. 2009;5(12):71–88.
2. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]; Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA]. III Estudio epidemiológico andino sobre alteraciones en las funciones ejecutivas y consumo de drogas en la población universitaria de Colombia , 2016. 2017;1:47.
3. IETS., IECS., INC. Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en Colombia [Internet]. Buenos aires-Argentina; 2013. Available from: <https://www.iecs.org.ar>
4. Martín V, Molina A, Fernández D, Fernández T, De Abajo S, Delgado M. Effectiveness of a course on the prevention and control of the smoking habit on its prevalence and incidence among students of health sciences. *J Adv Nurs*. 2011;67(4):747–55.
5. Monrreal MM, Carlota E, Cabriales G, Laura A, Cervantes C, Leura DS, et al. Healthy Life Styles in Colombian Health Professionals: Exploratory Study. *Rev Med*. 2007;15(2):23.
6. OMS. OMS Tabaco [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
7. OMS. OMS. 2019; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324847/WHO-NMH-PND-19.1-spa.pdf?ua=1>
8. Arrieta K, Ballesteros C, Vergara D. Percepción del riesgo de fumar y consumo de cigarrillo en estudiantes de enfermería, odontología y química farmacéutica de la Universidad de Cartagena. Universidad de Cartagena; 2016.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016. [Internet]. ASIS 2016. 2016. Available from: <https://www.minsalud.gov.co>
10. Social M-M de S y P. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
11. Baldwin JN, Bartek JK, Scott DM, Davis-Hall RE, Desimone EM. Survey of alcohol and other drug use attitudes and behaviors in nursing students. *Subst Abuse*. 2009;30(3):230–8.

12. Rodríguez M, Pineda A, Vélez L. Características del consumo de tabaco en estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia (Colombia). *Investig y Educ en enfermería*. 2010;28(3):370–83.
13. Velandia M, Arenas J, Ortega N. Estilos de vida en los estudiantes de enfermería. *Cienc y Cuid*. 2015;12(1):27–39.
14. López M, Villar M, Edilaine G. Consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada de Bogotá, Colombia. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(3):707–13.
15. Steliga M. Smoking cessation in clinical practice: How to get patients to stop. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*. 2018;30(1):87–91.
16. Fanshawe T, Halliwell W, Lindson N, Aveyard P, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;11(CD003289).
17. Reid R, Pritchard G, Walker K, Aitken D, Mullen K, Pipe A. Managing smoking cessation. *CMAJ*. 2016;188(17–18):E484–E492.
18. Prokhorov A, Calabro K, Tamí-Maury I. Nicotine and tobacco use prevention among youth and families. *Semin Oncol Nurs*. 2016;32(3):197–205.
19. Orem D. *Nursing. Concepts of practice*. 6th ed. Missouri: Mosby; 2001. 542 p.
20. Guirao J. La agencia de autocuidado. Una perspectiva desde la complejidad. *Educare21*. 2003;2.
21. Gómez L. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2015;47(2):209–13. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/suis/v47n2/v47n2a13.pdf
22. Morales Aguilar R del S, Florez M. Agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. *Av Enferm*. 2016;34(2):125–36.
23. Del Refugio Martínez Rodríguez M, De Jesús M, Hernández C, Candelaria M, Esparza B, Oviedo AD, et al. Drogas lícitas e ilícitas: consumo de los estudiantes en una Facultad de Enfermería. *Enf Neurol*. 2011;10(3):130–4.
24. MINSALUD M de S y PS. *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Tomo I. 2015. 384 p.
25. Montalvo Prieto A, Castillo Ávila IY. Knowledge, attitudes, and practices regarding legal and illegal substances by nursing students from Cartagena (Colombia). *Invest educ enferm*. 2013;31(1):63–9.

26. Watson H, Whyte R, Schartau E, Jamieson E. Survey of student nurses and midwives: smoking and alcohol use. *Br J Nurs*. 2006;15(22):1212–6.
27. Ministerio de Justicia y derecho., Ministerio de salud y protección., UNODC., CICAD., OEA., INL. Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. Vol. 9. 2013.
28. OMS. “El tabaco, una amenaza para el desarrollo” [Internet]. 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-tabaco-una-amenaza-para-el-desarrollo-OMS.aspx>
29. Telumbre-Terrero JY, Esparza-Almanza SE, Alonso-Castillo BA, Alonso-Castillo MT de J. Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de enfermería. *Enfermería actual Costa Rica*. 2016;30(1):1–16.
30. Pinzon L, Tobon O. Prevalencia del consumo de cigarrillo y características de los estudiantes fumadores de la facultad de ciencias para la salud de la Universidad de Caldas. Universidad de Caldas; 1999.
31. Ortega Falcon M del R, Reynoso Gómez JG, Figueroa Ibarra C. Autocuidado presente en estudiantes de enfermería de la universidad de sonora. *Sanus*. :5–11.
32. Rivas J, Valencia A, Verde E, Correa E, Aguilera M, Feliciano M. Autopercepción de capacidades de autocuidado en estudiantes universitarios sobre enfermedades crónicas, sexualidad y adicciones. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2019;27(2):64–72.
33. Rebolledo D. Autocuidado en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bio: un análisis según el modelo de autocuidado de Dorothea Orem. Universidad Austral de Chile; 2010.
34. Felder E. Self-care agency and blood pressure control. *J Hum Hypertens*. 1990;4(2):124–6.
35. Nair JM, Nemeth LS, Williams PH, Newman SD, Sommers MS. Alcohol Misuse Among Nursing Students. *J Addict Nurs*. 2015;26(2):71–80.
36. Nair JM, Nemeth LS, Sommers M, Newman S, Amella E. Alcohol Use, Misuse, and Abuse Among Nursing Students. *J Addict Nurs*. 2016;27(1):12–23.
37. Cantilio-Medina CP, Blanco-Ochoa J de J. Agencia de autocuidado de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis. *Enferm nefrol*. 2017;20(4):330–41.
38. Bettoni LC, Ottaviani AC, Orlandi F de S. Relationship between self-care and depression and anxiety symptoms in individuals undergoing hemodialysis. *Rev da Rede Enferm do Nord*. 2017;18(2):181–6.

39. Carrillo Algarra AJ. Análisis de la capacidad de autocuidados en pacientes en diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol.* 2015;18(1):31–40.
40. Marina O, Angarita V. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia). *Salud Uninorte.* 2014;30:133–46.
41. Rosa Fernández A, Gustavo Manrique-abril F. Effect of the Educational Intervention in the Self-Care Agency for Elderly Hypertensive in Boyacá-Colombia, Suramérica. *Cienc y Enferm.* 2010;2(2):83–97.
42. Saldaña Ayala AJ, García Cuamea FI, Enríquez Reyna MC, Herrera Castillo JM. Nivel de conocimientos y autocuidado de adultos con asma de la consulta de neumología. *Rev enferm Hered.* 2016;9(33):103–8.
43. Gázquez R, Ángeles MDL, Holguín A, Acevedo S, Andrea Y. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enferm Glob.* 2013;30:183–95.
44. Herrera A, Andrade Y, Hernández O, Manrique J, Faria K, Machado M. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. *Av en Enfermería.* 2012;30(2):39–46.
45. Loaiza C, Jiménez M, Valencia M, Valencia C, Rodríguez J. Factores de riesgo cardiovascular modificables y agencia de autocuidado en funcionarios de una institución universitaria de la ciudad de Manizales, Colombia, 2014. *Arch Med.* 2015;15(2):266–81.
46. Boulton MA, Nosek LJ. How Do Nursing Students Perceive Substance Abusing Nurses? *Arch Psychiatr Nurs.* 2014;28(1):29–34.
47. Holloway AS, Webster BJ. Alcohol education and training in pre-registration nursing: A national survey to determine curriculum content in the United Kingdom (UK). *Nurse Educ Today.* 2013;33(9):992–7.
48. Cund A. Alcohol education revisited: Exploring how much time we devote to alcohol education in the nursing curriculum. *Nurse Educ Pract.* 2013;13(1):35–9.
49. Londoño Perez C, Rodríguez Rodríguez I, Gantiva Díaz CA. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (c4) para jóvenes. *Divers Perspect en Psicol.* 2011;7(2):281–91.
50. Consejo superior universitario. Estatuto estudiantil de la Universidad Nacional de Colombia en sus disposiciones Académicas [Internet]. Colombia; 2008. Available from: http://www.legal.unal.edu.co/rlunal/home/doc.jsp?d_i=34983
51. Consejo académico. Por el cual modifica la estructura del plan de estudios del

programa curricular de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia y se deroga el Acuerdo 146 de 2008 del Consejo Académico. [Internet]. Colombia; 2014. Available from: http://www.legal.unal.edu.co/rlunal/home/doc.jsp?d_i=73191&tmt=25645&subtm=52745

52. Cutcliffe J, McKenna H, Hyrkäs K. Modelos de enfermería. Aplicación a la práctica. 1st ed. Mexico: Manual moderno; 2011. 273 p.
53. Velandia Arias A, Rivera Alvarez LN. Confiabilidad de la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. *Av enferm.* 2009;27(1):38–47.
54. Barreto A, Bonilla P, Calderon J, Cantillo M, Viña J, Quitián H. Factores asociados al inicio del hábito de fumar en estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia. *Univ Medica.* 2018;59(2):1–7.
55. Mantilla S, Villamizar C, Peltzer K. Consumo de alcohol, tabaquismo y características sociodemográficas en estudiantes universitarios. *Rev Univ Sal.* 2016;18(1):7–15.
56. Cogollo Z, Arrieta K, Blanco S, Ramo L, Zapata K, Rodríguez Y. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Rev salud pública.* 2011;13(3):470–9.
57. Vásquez L. Adultos jóvenes: población en riesgo para iniciar el consumo de tabaco. *Med Unab.* 2014;17(2):61–2.
58. Silva Diverio I, editor. Aproximaciones conceptuales. In: *La adolescencia y su interrelación con el entorno.* Madrid, España: injuve; 2006. p. 156.
59. Hernandez Sampieri R, Fernandez C, Baptista P. *Metodología de la investigación.* 6th ed. Mexico: McGraw Hill; 2014.
60. Polite D, Tatano C. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
61. LoBiondo-Wood G, Haber J. *Nursing Research: methods and critical appraisal for evidence-based practice.* 8th ed. Missouri: El Sevier; 2014. 619 p.
62. Burns N. *Investigación en enfermería.* 3rd ed. Madrid: El Sevier; 2004. 554 p.
63. MM. M. A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J.* 2012;24(3):69–71.
64. Shober P, Boer C SL. *Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation.*

- Anesth Analg. 2018;126(5):1763–8.
65. Main, Maria E. and Ogaz VL. Common statistical tests and interpretation in nursing research. *Intern J Faith Comm Nurs*. 2016;2(3):5–9.
 66. Real academia española. Diccionario de la lengua Española. [Internet]. [cited 2018 Oct 7]. Available from: <http://www.rae.es/>
 67. Departamento Administrativo Nacional de estadística. DANE información estratégica [Internet]. [cited 2018 Oct 1]. Available from: www.dane.gov.co
 68. Manrique-abril F, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*. 2009;9(3):222–35.
 69. Zuluaga Alzate L. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida de las personas que tienen dispositivos cardiacos implantables. Universidad Nacional de Colombia; 2013.
 70. Gutierrez Barreiro R. Asocaión entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca. Universidad Nacional de Colombia; 2016.
 71. Rosenbloom DA MN. Defining and understanding pilot and other feasibility studies. *Am J Nurs*. 2017;117(3):38–45.
 72. B. R. The definition, purpose and value of pilot research. *Geriatric Nursing. Geriatr Nurs (Minneap)*. 2015;36(2):s1–2.
 73. W Viechtbauer, L Smits, D Kotz, L Budé, M Spigt, J Serroyen RC. A simple formula for the calculation of sample size in pilot studies. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(11):1375–9.
 74. Consejo académico Universidad Nacional de Colombia. Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia [Internet]. Colombia; 2003. Available from: http://www.legal.unal.edu.co/rlunal/home/doc.jsp?d_i=34248&tmt=25477&subtm=51383
 75. Deliens T, Clarys P, De Bourdeaudhuij I, Deforche B. Weight, socio-demographics, and health behaviour related correlates of academic performance in first year university students. *Nutr J*. 2013;12(1):162–71.
 76. Trockel M, Barnes M, Egget D. Health-related variables and academic performance among first-year college students: implications for sleep and other behaviors. *J Am Coll Heal*. 2000;49(3):125–31.
 77. Valladares M, Durán E, Matheus A. Association between eating behavior and

- academic performance in university students. *J Am Coll Nutr.* 2016;35(8):699–703.
78. Rodríguez Gómez M, Trespalacios Ferreira V, Gutiérrez Blanco MA, Villamizar Osorio ML, Torres CC. Agencia de autocuidado, conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo biológico en estudiantes de enfermería. *Rev Cuid.* 2018 Dec 20;10(1).
 79. Del Rocío Rocha Rodríguez * Amaya González M, Juárez E, Olvera Martínez A, Agripina Márquez Ponce P, Rosales Guevara S, García M. Agencia de autocuidado en alumnos de nuevo ingreso en la unidad académica multidisciplinaria zona media. *Cienc Y Enferm XXI.* 2015;(1):103–13.
 80. García C, Gómez V, Morales M, Chaparro-Díaz L, Carreño-Moreno S. Classification of mexican nursing students according to a healthy lifestyle index. *Cienc y Enferm.* 2019;25.
 81. Ferreira F, Mota L, Brito I, Santos M. Nursing students' health profile: epidemiological diagnosis based on the PRECEDE-PROCEED model. *Rev Enf Ref.* 2017 Dec 18;4(15):91–100.
 82. Canova-Barrios C. Estilo de vida de estudiantes universitarios de enfermería de Santa Marta, Colombia. *Rev Colomb Enfermería.* 2017 Apr 25;12(14):23.
 83. De Los Ángeles Rodríguez-Gázquez M, Chaparro-Hernandez S, González-López JR. Lifestyles of nursing students from a Colombian public university. *Invest educ enferm.* 2016;34(1):94–103.
 84. Reza CG, Ferreira M de A, Silva RC da, Gandarilla JV, Solano Solano G, Martínez VG. Profile of Mexican students in nursing clinics. *Esc Anna Nery.* 2016;20(1).
 85. Cruz-Sánchez E, Orosio-Méndez M, Cruz-Ramírez T, Bernardino-García A, Vásquez-Domínguez L, Galindo-Palma N, et al. Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de enfermería de una universidad pública. *Enferm univ.* 2016 Oct;13(4):226–32.
 86. Sousa B de OP, Souza ALT de, Souza J de, Santos SA Dos, Santos MA Dos, Pillon SC. Nursing students: medication use, psychoactive substances and health conditions. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Supl 1):e20190003.
 87. Rodríguez-Muñoz PM, Carmona-Torres JM, Rodríguez-Borrego MA. Influence of tobacco, alcohol consumption, eating habits and physical activity in nursing students. *Rev Lat-America Enferm.* 2020;28.
 88. Saraiva A, Chaves C, Duarte J, Amaral M. Tobacco dependence in nursing students. *Rev Enf Ref.* 2017 Mar 27;IV Série(12):9–18.

89. Rangel Caballero LG, Gamboa Delgado E, Murillo López A. Prevalencia de factores de riesgo comportamentales modificables asociados a enfermedades no transmisibles en estudiantes universitarios latinoamericanos: una revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2017;34(5):1185–97.
90. Cardozo O CE, Tiga L DC, Fajardo P MT, Vargas H DC. Pérdida de asignaturas en los estudiantes de enfermería: aspectos económicos, familiares y psicosociales. *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2016 Oct 1;48(4):486–95. Available from: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/5832/6131>
91. González Consuegra RV. Creencias en fumadores pertenecientes a un programa de salud cardiovascular. *Index Enferm.* 2004;46(13):18–22.
92. Siappo CLG, Núñez YR, Cabral IE. Nursing students' experiences in selfcare during training process in a private university in Chimbote, Peru. *Esc Anna Nery.* 2016;20(1).
93. Velasco Salamanca M, Londoño Pérez C, Forero MF, Páez D, Romero M, Ruíz C. Identidad de consumo, motivos y creencias en jóvenes fumadores y no fumadores colombianos. *Drugs Addict Behav.* 2017 Jul 1;2(2):170.
94. Galdames Cruz S, Jamet Rivera P, Bonilla Espinoza A, Quintero Carvajal F, Rojas Muñoz V. Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. *Hacia promoció Salud* [Internet]. 2019 Jan 1;24(1):28–43. Available from: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista24\(1\)_4.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista24(1)_4.pdf)
95. Salazar, Torres; Isabe C, Lemasoto LF, Arevalos Varela MT, Cardona Tamayo J a., Alarcon Duarte C. Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Rev Salud Publica.* 2010;12(4):599–611.
96. Duarte C, Varela M, Salazar I, Lema L, Tamayo J. Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. *Hacia la Promoción la Salud.* 2012;17(1):92–104.
97. Ballesteros P. Variables fisiológicas del estrés en estudiantes universitarios. In: VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR [Internet]. Buenos aires-Argentina: Acta académica; 2014. p. 26–8. Available from: <https://www.aacademica.org/000-035/355>
98. Varela M, Ochoa A, Tovar J. Tipologías de estilos de vida en jóvenes universitarios. *Rev Univ Salud.* 2016;18(2):246–56.

99. Garrido Amable O, Vargas Yzquierdo J, Garrido Amable G, Amable Ambrós ZM. Rol de la universidad en la promoción y autocuidado de salud. *Rev Ciencias Médicas*. 2015;19(5):926–37.
100. Del Pilar M, Pico M. Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios, Manizales, 2010-2011. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31(2):178–86.