

Validación de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado Revisada en una muestra colombiana*

Validation of the Self-Care Agency Rating Scale-Revised in a Colombian Sample

Validação da Self-Care Agency Rating Scale-Revised em uma amostra colombiana

Fecha de recepción: 2 de mayo de 2022 | Fecha de aprobación: 3 de octubre de 2022 | Fecha de publicación: 15 de febrero de 2023

Nathaly Berrío García^a

Universidad de Antioquia, Colombia

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3574-4101>

Juan Pablo Sánchez Escudero

Universidad de Antioquia, Colombia

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4375-2865>

Germán Fernando Vieco Gómez

Universidad de Antioquia, Colombia

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0234-6262>

* Artículo original de investigación

Financiación: Esta investigación fue desarrollada en el marco del proyecto “Diseño y validación de un instrumento predictivo de efectos para la salud mental en personas en situación de aislamiento por COVID-19 y propuesta de guía de práctica clínica para profesionales de la salud”, financiado por el “Comité para el Desarrollo de la Investigación” de la Universidad de Antioquia.

^a Autora de correspondencia. Correo electrónico: nathaly.berrio@udea.edu.co

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.veva>

Cómo citar este artículo: Berrío García N, Sánchez Escudero JP, Vieco Gómez GF. Validación de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado Revisada en una muestra colombiana. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2023; 25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.veva>

Resumen

Introducción: la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado Revisada es un instrumento diseñado para valorar el autocuidado de la salud en población clínica; sin embargo, se desconocen estudios sobre sus propiedades psicométricas en población general no-clínica colombiana. **Objetivo:** validar la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado Revisada en una muestra de 306 participantes voluntarios en Colombia. **Método:** estudio de diseño metodológico psicométrico realizado entre octubre y diciembre de 2021. Para el análisis de la validez de estructura se aplicaron técnicas de análisis factorial, exploratorio y confirmatorio. De manera complementaria, se evaluó la validez de contenido a través de un panel de expertos. Finalmente, como evidencia de la confiabilidad del instrumento se analizó su consistencia interna mediante el coeficiente Omega de McDonald. **Resultados:** los hallazgos muestran que el ASA-R muestra una estructura unidimensional que explica el 61,99 % de la varianza total. La valoración de la relevancia, claridad, precisión y comprensión de los ítems tuvo resultados cuyo promedio osciló entre una V de Aiken de 0,79 y 0,99. La consistencia interna mostró un índice satisfactorio para la escala total ($\omega=0,93$). **Conclusiones:** la versión del ASA-R presentada en este artículo posee propiedades métricas adecuadas y se recomienda su uso para medir agencia de autocuidado de la salud en población sana colombiana.

Palabras clave: autocuidado, validez, confiabilidad, psicometría

Abstract

Introduction: The Revised Self-Care Agency Rating Scale is an instrument designed to assess health self-care in clinical population. However, studies on its psychometric properties in the general non-clinical Colombian population are unknown. **Objective:** To validate the

Revised Self-Care Agency Rating Scale with a sample of 306 volunteer participants in Colombia. **Method:** Psychometric methodological study carried out between October and December 2021. For the analysis of the validity of the structure, factorial, exploratory and confirmatory analysis techniques were applied. In a complementary way, the content validity was evaluated through a panel of experts. Finally, as evidence of the instrument's reliability, its internal consistency was analyzed using McDonald's Omega coefficient. **Results:** The findings show that the ASA-R shows a one-dimensional structure that explains 61.99 % of the total variance. The assessment of the relevance, clarity, precision and comprehension of the items had results that had an average that ranged from an Aiken's V between 0.79 and 0.99. The internal consistency showed a satisfactory index for the total scale ($\omega=0.93$). **Conclusions:** The version of the ASA-R presented in this article has adequate metric properties and its use is recommended to measure health self-care agency in a healthy Colombian population.

Keywords: self-care, validity, reliability, psychometrics

Resumo

Introdução: a Revised Self-Care Agency Rating Scale é um instrumento desenvolvido para avaliar o autocuidado em saúde em uma população clínica; no entanto, estudos sobre suas propriedades psicométricas na população colombiana não clínica geral são desconhecidos. **Objetivo:** validar a Self-Care Agency Rating Scale-Revised em uma amostra de 306 participantes voluntários na Colômbia. **Método:** Estudo de desenho metodológico psicométrico realizado entre outubro e dezembro de 2021. Para a análise da validade da estrutura, foram aplicadas as técnicas de análise fatorial, exploratória e confirmatória; de forma complementar, a validade de conteúdo foi avaliada por meio de um painel de especialistas. Por fim, como evidência da confiabilidade do instrumento, sua consistência interna foi analisada por meio do coeficiente Ômega de McDonald's. **Resultados:** os achados mostram que o ASA-R apresenta uma estrutura unidimensional que explica 61,99 % da variância total. A avaliação da relevância, clareza, precisão e compreensão dos itens teve resultados cuja média variou de um V de Aiken entre 0,79 e 0,99. A consistência interna

apresentou índice satisfatório para a escala total ($\omega=0,93$). **Conclusões:** a versão do ASA-R apresentada neste artigo possui propriedades métricas adequadas e seu uso é recomendado para medir a agência de autocuidado em saúde em uma população colombiana saudável.

Palavras-chave: autocuidado, validade, confiabilidade, psicometria

Introducción

El autocuidado son las actividades que los individuos realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (1). Son aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, controlarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario (2).

Por otra parte, el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. Además, las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden y están condicionadas por muchos factores que incluyen edad, madurez y cultura (3).

Asimismo, la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada, la cual está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Los individuos, sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado. En ciertas circunstancias, un individuo puede decidir, por cualquier razón, no iniciar la conducta de autocuidado cuando es necesario. Las razones incluyen ansiedad, temor u otras prioridades (1).

Cuando los individuos se enfrentan al hecho de tener necesidades de autocuidado, experimentan y prueban distintos métodos para superar sus dificultades. Cuando identifican las formas para satisfacer las necesidades conocidas, desarrollan hábitos de autocuidado (1).

En consecuencia, la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado Revisada (ASA-R) está diseñada para evaluar las capacidades para realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas, de acuerdo con el modelo clásico de Orem para la comprensión del autocuidado. Las operaciones estimativas implican la investigación de las condiciones y los factores internos y externos significativos para el autocuidado; las transicionales indican el tipo de acción o curso que se debería tomar con respecto al autocuidado; y las productivas llevan a cabo las acciones de autocuidado (4).

Es una escala ampliamente utilizada en el ámbito de la salud a nivel mundial para evaluar las habilidades del individuo en las prácticas de autocuidado (4-8). La mayoría de los estudios de validación reportados en la literatura científica, con base en el modelo de Orem, han sido realizados con poblaciones clínicas (4,8-12), y son escasos los que se han llevado a cabo en población sana (5-7,13). De los estudios de validación en población sana, ninguno se ha llevado a cabo en participantes colombianos, lo que implica que los diversos profesionales de la salud que trabajan en programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, aún no cuentan con una herramienta que aporte al adecuado diagnóstico de las habilidades de autocuidado (14). Adicionalmente, las versiones breves de las escalas tienen ventajas considerables para que la evaluación de las variables en salud sea más ágil, pero conservando las propiedades psicométricas adecuadas en la medición (15). Por tanto, el presente estudio tuvo como objetivo validar la ASA-R en español (5) en una muestra colombiana de población sana.

Método

Se llevó a cabo un estudio de diseño metodológico de tipo psicométrico para el análisis de la evidencia de validez de contenido, constructo y confiabilidad (16) de la versión española de la Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado Revisada (ASA-R) (5), previa autorización de los autores.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tuvieron en cuenta, tanto las recomendaciones de Naeem (17), que sugiere un mínimo de 10 sujetos por ítem, como de Lloret-Segura et al.

(18), y Zamora et al. (19), que sugieren un número estándar de acuerdo con resultados de estudios de simulación e interpretabilidad de las cargas factoriales, respectivamente. De esta manera, teniendo en cuenta que el ASA-R está compuesto por 15 ítems, se estimó que la muestra debería estar compuesta por mínimo 150 participantes e, idealmente, 250.

Los participantes se enrolaron en el estudio a través de convocatoria abierta. La invitación se distribuyó a través de correos institucionales y redes sociales, configurando un muestreo no probabilístico de voluntarios. Los datos se recolectaron mediante un cuestionario de Google Forms y se utilizó el correo institucional de los investigadores para informar a los participantes el propósito del estudio, el consentimiento informado para acceder a este y la URL donde se localizaba el instrumento.

Para el análisis de la validez de contenido un grupo de tres expertos con experiencia en la validación de instrumentos de evaluación psicológica adaptó lingüísticamente el instrumento para población colombiana, de acuerdo con recomendaciones generales para el área (16). Tras la adaptación lingüística se mantuvo el número de ítems originales, así como la escala de respuesta de cinco opciones de respuesta (i.e. desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”).

Posteriormente se registró la percepción de los jueces expertos con respecto a los criterios de relevancia, claridad, precisión y comprensión de los ítems (20-22). Para analizar el nivel de concordancia entre la opinión de los expertos se calculó el coeficiente V de Aiken con intervalos de confianza al 95 % (23); valores con puntajes no significativos ($p > 0,05$) fueron eliminados de la escala, de acuerdo con las recomendaciones de Ecurra Mayaute (23).

Para el análisis de la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio a fin de determinar la dimensionalidad de la escala. La adecuación muestral de los datos se analizó mediante el índice Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. El número de factores se determinó mediante un análisis paralelo (18) y análisis del gráfico de sedimentación. Para la extracción de los factores se utilizó el método de máxima

verosimilitud y, finalmente, se utilizó una rotación oblimin para obtener una solución factorial interpretable (18).

Para determinar el ajuste de la solución factorial a los datos y el modelo teórico se utilizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) (18). El ajuste general del modelo se analizó mediante medidas de ajuste absoluto, incremental y de la parsimonia, interpretadas de acuerdo con puntos de corte recomendados para el área (24-26).

Como evidencia de la confiabilidad de la prueba se estimaron los coeficientes Omega de McDonald y Alpha de Cronbach como medidas de consistencia interna (27). Los coeficientes se interpretaron de acuerdo con las recomendaciones de Viladrich et al. (27). Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante el *software* RStudio versión 1.4.1717.

La investigación contó con el aval del Comité de Ética de la institución, cumpliendo estrictamente los requisitos normativos exigidos por la Declaración de Helsinki, que describe los principios éticos fundamentales para la investigación con seres humanos. El estudio se clasificó como *investigación sin riesgo* según la Resolución 8430 de 1993 (28).

Resultados

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra de participantes. Todos los participantes incluidos en el análisis aceptaron voluntariamente el tratamiento de datos personales y consintieron su participación en el estudio.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la muestra

	Hombre (n= 120)	Mujer (n= 186)	General (n= 306)
Edad en años cumplidos			
Media (DE)	36,4 (12,3)	37,4 (12,3)	37,0 (12,3)
Mediana [mín, máx]	34,0 [20,0, 74,0]	37,0 [18,0, 67,0]	35,5 [18,0, 74,0]
Escolaridad			
Doctorado	8 (6,7 %)	19 (10,2 %)	27 (8,8 %)
Especialización	19 (15,8 %)	30 (16,1 %)	49 (16,0 %)
Maestría	33 (27,5 %)	45 (24,2 %)	78 (25,5 %)
Pregrado	37 (30,8 %)	64 (34,4 %)	101 (33,0 %)
Técnica	5 (4,2 %)	7 (3,8 %)	12 (3,9 %)
Tecnología	8 (6,7 %)	4 (2,2 %)	12 (3,9 %)
Básica y media	10 (8,3 %)	17(9,1 %)	27 (8,8 %)
Estrato socioeconómico			
Bajo (1,2,3)	78 (65,0 %)	112 (60,2 %)	190 (62,1 %)
Medio (4)	21 (17,5 %)	44 (23,7 %)	65 (21,2 %)
Alto (5,6)	21 (17,5 %)	30 (16,1 %)	51 (16,7 %)
Estatus laboral			
Desempleado	29 (24,2 %)	45 (24,2 %)	74 (24,2 %)
Empleado	72 (60,0 %)	110 (59,1 %)	182 (59,5 %)
Independiente	19 (15,8 %)	31 (16,7 %)	50 (16,3 %)

Fuente: elaboración propia

Para el análisis de la validez de contenido se calculó el coeficiente V de Aiken y su respectivo intervalo de confianza, a partir de la valoración de los jueces expertos respecto a la relevancia, claridad, precisión y comprensión. Atendiendo a criterios de interpretación para el área. El coeficiente V de Aiken evidenció acuerdo sustancial entre los expertos sobre la validez de contenido de los ítems que integran la escala (0,91) (tabla 2).

Tabla 2. V de Aiken para los ítems de la escala

Ítem	Relevancia	Claridad	Precisión	Comprensión
	V* (IC95 %)	V* (IC95 %)	V* (IC95 %)	V* (IC95 %)
1	0,89 (0,56 - 0,98)	0,56 (0,27 - 0,81)	0,56 (0,27 - 0,81)	0,78 (0,45 - 0,94)
2	1 (0,70 - 1,00)	0,78 (0,45 - 0,94)	0,56 (0,27 - 0,81)	1 (0,70 - 1,00)
3	1 (0,70 - 1,00)	0,78 (0,45 - 0,94)	0,56 (0,27 - 0,81)	0,78 (0,45 - 0,94)
4	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	0,78 (0,45 - 0,94)	0,78 (0,45 - 0,94)
5	1 (0,70 - 1,00)	0,78 (0,45 - 0,94)	0,78 (0,45 - 0,94)	0,78 (0,45 - 0,94)
6	1 (0,70 - 1,00)	0,78 (0,45 - 0,94)	0,78 (0,45 - 0,94)	0,78 (0,45 - 0,94)
7	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)
8	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)
9	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	0,78 (0,45 - 0,94)	1 (0,70 - 1,00)
10	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	0,78 (0,45 - 0,94)	1 (0,70 - 1,00)
11	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)
12	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	0,78 (0,45 - 0,94)	1 (0,70 - 1,00)
13	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	0,78 (0,45 - 0,94)	1 (0,70 - 1,00)
14	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)
15	1 (0,70 - 1,00)	1 (0,70 - 1,00)	0,78 (0,45 - 0,94)	1 (0,70 - 1,00)
V* por criterio	0,99	0,91	0,79	0,93
V* total	0,91			

* Coeficiente V de Aiken

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con las pruebas de adecuación muestral, se concluyó que la matriz de correlación de los ítems era susceptible de ser analizada mediante AF, en tanto se presentó una adecuada proporción de varianza entre las variables ($KMO=0.914$) y no se trataba de una matriz de identidad ($B = 2734.98$; $p<.001$).

De acuerdo con el análisis paralelo y el gráfico de sedimentación, se extrajeron dos factores mediante el método de máxima verosimilitud combinado con el método de rotación oblimin, recomendado en la bibliografía por ofrecer estructuras factoriales interpretables, y permitir la asociación entre los factores (18). Los resultados del AFE se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Análisis factorial exploratorio

Ítem	Factor 1	Factor 2	Unicidad	Correlación ítem total
ASA001	0,83		0,30	0,74
ASA002	0,76		0,44	0,65
ASA003	0,82		0,31	0,74
ASA004		0,52	0,68	-0,36
ASA005	0,78		0,36	0,74
ASA006	0,77		0,30	0,79
ASA007	0,57		0,70	0,45
ASA008	0,73		0,44	0,69
ASA009	0,83		0,29	0,76
ASA010	0,65		0,57	0,60
ASA011		0,77	0,35	-0,47
ASA012	0,67		0,57	0,49
ASA013	0,65		0,61	0,49
ASA014		0,82	0,33	-0,37
ASA015		0,84	0,30	-0,34

Fuente: elaboración propia

El AFE reveló una estructura factorial de dos dimensiones que explicaba un 56,25 % de la varianza total. Teniendo en cuenta que los ítems 4,11,14 y 15 presentaban una correlación negativa con el total de la escala –que no estaba justificada por su redacción– y que el factor 2 no era interpretable teóricamente, los ítems fueron eliminados de la escala. Posteriormente, se corrió nuevamente el AFE con los parámetros mencionados anteriormente.

De esta manera, la nueva estructura unifactorial quedó compuesta por los ítems restantes, a excepción del ítem 7 que presentó una carga factorial inferior a 0.4. La nueva solución factorial explicó el 61,99 % de la varianza total. Al analizar la agrupación de los reactivos por su carga factorial y contrastarlos con el modelo inicial de ASA-R, se determinó que todos los reactivos pertenecen a la misma dimensión. Los ítems incluidos en la versión final de la escala reflejan la dimensión de tenencia y desarrollo de la capacidad para el autocuidado (5).

La adecuación de esta nueva solución factorial a los datos se analizó mediante AFC. Los resultados del ajuste del modelo se presentan en la tabla 4. De acuerdo con los resultados, el modelo presenta un ajuste adecuado a los datos.

Tabla 4. Ajuste del modelo

Medidas de ajuste	Estadístico
Ajuste absoluto	
SRMR	0,037
X ²	53,19 (20); p<,001
X ² /Gl	2,65
RMSEA (CI90 %)	0,07 (0,05-0,10)
Ajuste incremental	
CFI	0,998
TLI	0,997
Medidas de parsimonia	
AIC	0,440

Fuente: elaboración propia

En el anexo se presenta la versión final de la escala y las correspondientes cargas factoriales para cada ítem. La fiabilidad de la escala global como constructo mostró una consistencia interna alta ($\omega = 0,93$; $\alpha = 0.93$).

Discusión

Se analizaron las propiedades psicométricas de la ASA-R valorando sus evidencias de validez de constructo y consistencia interna en una muestra de participantes colombianos. La versión final de la escala quedó conformada por ocho ítems que evalúan si las personas tienen y desarrollan capacidad para el autocuidado. La versión aquí validada es la más corta de las existentes, puesto que en la literatura científica se reportan versiones de 15 (5-6,9) y 24 ítems (4,8,12).

Por otra parte, el AFE sugirió para los colombianos participantes, una estructura de escala unifactorial que difiere de los resultados de la mayoría de los estudios previos sobre la escala ASA-R, los cuales establecen modelos de entre tres y nueve factores para medir la agencia de autocuidado de la salud (4,6,8-11). Solo una validación previa en una muestra de adolescentes chilenos encontró una solución de un factor con 21 ítems (13). Por su parte el AFC mostró un ajuste adecuado del modelo unifactorial con ocho ítems, de acuerdo con los estándares para la evaluación de la bondad de ajuste en este tipo de análisis (24,26).

Además, los resultados obtenidos en V de Aiken reflejan relevancia, claridad, precisión y comprensión para cada uno de los ítems, así como globalmente para la escala, condición necesaria para hacer interpretaciones de las puntuaciones en las pruebas, lo que conlleva concluir una adecuada validez de contenido para la escala ASA-R versión reducida colombiana (23). Cabe aclarar que en otros estudios no se han reportado mediciones de la validez de contenido para ninguna versión anterior de la ASA-R (4,6,8-9,12).

En relación con la consistencia interna, la escala muestra excelente coeficiente ($\omega=0,93$; $\alpha=0.93$), en correspondencia con medidas de otras investigaciones que reportan resultados similares con Alfa de Cronbach (4,6,8-9,11,13). Al respecto, Kline sostiene que para instrumentos de uso clínico se recomienda un índice de fiabilidad de 0,85 o superior, y para

investigación de 0,70 o más (15). En consecuencia, la ASA-R versión reducida colombiana es una prueba fiable que permitirá mediciones consistentes y acordes al modelo teórico.

Esta tercera versión propuesta es similar a las anteriores (4,6,8-11), pero aporta nuevas evidencias de las propiedades psicométricas de una estructura unifactorial del constructo en población adulta joven con alta escolaridad. En estudios previos la evidencia de la validez de constructo se limitó a la exploración de la estructura factorial de los ítems (6,8,10-11), mientras que el análisis de la validez de contenido por jueces expertos no se encontró en la mayoría de los casos. Es necesario anotar que la tendencia encontrada en estudios previos fue el uso de Análisis de componentes principales con rotación Varimax, procedimiento no recomendado en la actualidad para el análisis de la estructura factorial de los cuestionarios de auto-reporte en salud (ver 18, para una discusión detallada).

Aunque, en general, los resultados del estudio brindan apoyo psicométrico a la ASA-R, se han de reconocer algunas limitaciones. El tamaño muestral fue suficiente para elaborar los análisis estadísticos y estimar el modelo, y se empleó un criterio psicométrico para calcularlo. Se recomienda replicar el estudio con muestras de mayor tamaño y heterogeneidad. Por otro lado, la aplicación del instrumento mediante formulario online pudo generar sesgos de respuesta; no obstante, se empleó un instrumento autoadministrado y de fácil comprensión.

Conclusión

Los resultados obtenidos de la ASA-R, en su versión colombiana reducida demuestran índices de fiabilidad y validez dentro de lo esperado y un excelente ajuste a los datos bajo una estructura unidimensional. Las propiedades psicométricas confirman que el instrumento es apropiado y útil para medir la agencia de autocuidado de la salud en población colombiana sana, por lo que se recomienda su uso en futuras investigaciones de manera crítica, dadas las características del muestreo y los participantes.

Referencias

1. Orem DE. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat; 1993. 423 p.

2. Vega-Michel C, Gutiérrez EC. Autocuidado de la salud II. Guadalajara: Manual Moderno; 2019. 117 p.
3. Cavanagh SJ. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson-Salvat; 1993. 167 p.
4. Manrique-Abril F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*. 2009;9(3):222-35.
5. Alhambra-Borrás T, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, Sánchez-García J. The Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised (ASA-R): Adaptation and Validation in a Sample of Spanish Older Adults. *Span J Psychol*. 2017;20:E48. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.52>
6. Damásio BF, Koller SH. The Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(10):2071-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00165312>
7. Sousa VD, Zauszniewski JA, Bergquist-Beringer S, Musil CM, Neese JB, Jaber AF. Reliability, validity and factor structure of the Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R). *J Eval Clin Pract*. 2010;16(6):1031-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01242.x>
8. Leiva Díaz V, Cubillo Vargas K, Porras Gutiérrez Y, Ramírez Villegas T, Sirias Wong I. Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. *Enferm Actual Costa Rica Online*. 2015;12(29):63-78. Disponible en: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19888>
9. Stacciarini TSG, Pace AE. Confirmatory factor analysis of the Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [citado 2022 marzo 19];25. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1378.2856>
10. Saldaña DMA, Sepúlveda GJ, Colmenares SMR. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Investig*

- En Enferm Imagen Desarro. 2009;11(2):9-25. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1615>
11. Díaz VL, Vargas KC, Gutiérrez YP, Villegas TR, Wong IS. Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica. *Enferm Actual Costa Rica Online*. 2016;12(31):113-30. Disponible en: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i31.25486>
 12. Velandia Arias A, Rivera Álvarez LN. Confiabilidad de la escala apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. *Av En Enferm*. 2009;27(1):38-47. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12953>
 13. Espinoza-Venegas M, Huaiquián-Silva J, Sanhueza-Alvarado O, Luengo-Machuca L, Valderrama-Alarcón M, Ortiz-Rebolledo N. Validación de escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en adolescentes chilenos. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2020 [citado 2022 marzo 21];24. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0172>
 14. Berrío García N, Vieco Gómez GF. El autocuidado: entre la prevención y la promoción de la salud en el trabajo. *Rev Cuba Salud Trab*. 2021;22(Supl):69-76. Disponible en: <http://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsyt/article/view/277>
 15. Kline P. *The Handbook of Psychological Testing*. New York: Psychology Press; 2000. 756 p.
 16. Ruiz ÁJ, Gómez-Restrepo C. *Epidemiología Clínica: Investigación Clínica Aplicada*. 2ª ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2015. 643 p.
 17. Qureshi NA, Suthar V, Magsi H, Javed M, Pathan M, Qureshi B. Application of Principal Component Analysis (PCA) to Medical Data. *Indian J Sci Technol*. d2017;10(20):1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.17485/ijst/2017/v10i20/91294>
 18. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. *El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada*. An

- Psicol. 2014;30(3):1151-69. Disponible en:
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
19. Zamora Muñoz S, Monroy Cazorla L, Chávez Álvarez C. Análisis factorial: una técnica para evaluar la dimensionalidad de las pruebas. Cuaderno técnico 6 [Internet]. México D.F.: Ceneval; 2009 [citado 2022 oct 12]. Disponible en: <https://xdoc.mx/documents/analisis-factorial-5e1e217908cb9>
20. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res.* 2003;27(2):94-104. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>
21. Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar AR. Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. *J Caring Sci.* junio de 2015;4(2):165-78. Disponible en: <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.017>
22. Castillo-Sierra DM, González-Consuegra RV, Olaya-Sánchez A. Validez y confiabilidad del cuestionario Florida versión en español. *Rev Colomb Cardiol.* 2018;25(2):131-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.12.018>
23. Escurra Mayaute LM. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Rev Psicol.* 1988;6(1-2):103-11. Disponible en: <https://doi.org/10.18800/psico.198801-02.008>
24. Escobedo Portillo MT, Hernández Gómez JA, Estebané Ortega V, Martínez Moreno G. Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Cienc Trab.* 2016;18(55):16-22. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0718-24492016000100004>
25. Ruiz MA, Pardo A, Martín RS. Modelos De Ecuaciones Estructurales. *Papeles Psicólogo.* 2010;31(1):34-45.
26. Salas Vargas AA, Navarro Camacho R, Montero Rojas E. Un modelo de ecuaciones estructurales para el estudio de factores que afectan la competencia lectora y la alfabetización matemática: una aproximación bayesiana con datos de PISA 2009.

Estad Esp; 59194: 167-92 [Internet]. 2017 [citado 2022 enero 30]; Disponible en:
<https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/82695>

27. Viladrich C, Angulo-Brunet A, Doval E. Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *An Psicol Ann Psychol*. 2017;33(3):755-82. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>

28. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. 1993. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Anexos

Anexo 1. Escala de Valoración de Agencia de Autocuidado Revisada

Instrucciones:

Las siguientes frases describen acciones para el autocuidado de su salud. Responda de acuerdo con su experiencia para cada una. No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Tenga en cuenta la siguiente regla para responder al cuestionario.

