



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

## ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA SUBESCALA. TIPOS DE AUTOCUIDADO DEL CUESTIONARIO SELF-CARE OF HOME DWELLING ELDERLY (SCHDE)

Eduarda Maria Ferreira Sequeira

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

## TESIS DOCTORAL

Eduarda Maria Ferreira Sequeira

**Adaptación transcultural y validación al castellano de la  
subescala Tipos de Autocuidado del cuestionario Self-Care of  
Home Dwelling Elderly (SCHDE)**



Universitat Rovira i Virgili

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA SUBESCALA.

TIPOS DE AUTOCUIDADO DEL CUESTIONARIO SELF-CARE OF HOME DWELLING ELDERLY (SCHDE)

Eduarda Maria Ferreira Sequeira

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA SUBESCALA.

TIPOS DE AUTOCUIDADO DEL CUESTIONARIO SELF-CARE OF HOME DWELLING ELDERLY (SCHDE)

Eduarda Maria Ferreira Sequeira

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA SUBESCALA.

TIPOS DE AUTOCUIDADO DEL CUESTIONARIO SELF-CARE OF HOME DWELLING ELDERLY (SCHDE)

Eduarda Maria Ferreira Sequeira

Eduarda Maria Ferreira Sequeira

**Adaptación transcultural y validación al castellano de la  
subescala Tipos de Autocuidado del cuestionario Self-Care of  
Home Dwelling Elderly (SCHDE)**

TESIS DOCTORAL

Dirigida por la Dra. Mar Lleixà, Dra. Carme Ferré y  
por el Dr. Juan Roldan

Departamento de Enfermería



Tarragona  
2017

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA SUBESCALA.

TIPOS DE AUTOCUIDADO DEL CUESTIONARIO SELF-CARE OF HOME DWELLING ELDERLY (SCHDE)

Eduarda Maria Ferreira Sequeira



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D' INFERMERIA

La Dra. Carmen Ferré Grau, la Dra Mar Lleixà Fortuño y el Dr Juan Francisco Roldán Merino, profesores del Departamento de Enfermería de la URV.

DECLARAN:

Que el estudio titulado "Adaptación transcultural y validación al castellano de la subescala Tipos de Autocuidado del cuestionario Self-Care of Home Dwelling Elderly (SCHDE)", que presenta Eduarda Ferreira Sequeira para la obtención del título de doctora, ha sido realizado bajo nuestra dirección y cumple los requisitos necesarios para su presentación y defensa pública. Esta tesis opta a mención europea, la Doctoranda ha realizado una estancia en la escuela Superior de Enfermagen de Oporto bajo la supervisión de la profesora Alice Brito.

Dra. Mar Lleixà Fortuño

Dra. Carmen Ferré Grau

Dr. Juan Francisco Roldán Merino

Tarragona, Mayo del 2017



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA SUBESCALA.

TIPOS DE AUTOCUIDADO DEL CUESTIONARIO SELF-CARE OF HOME DWELLING ELDERLY (SCHDE)

Eduarda Maria Ferreira Sequeira

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Doctor Juan Francisco Roldán Merino por todo su esmero e implicación y por compartir conmigo su saber, así como por su comprensión ante mis dificultades.

A la Doctora Mar Lleixà Fortuño por toda su entrega, disponibilidad, apoyo y motivación en los momentos más difíciles y por compartir sus conocimientos y opiniones, que han sido de gran ayuda para mis reflexiones.

A la Doctora Carmen Ferre Grau por su apoyo y disponibilidad.

A la Doctora Alice Brito y al Doutor Filipe Pereira, docentes de la Escuela Superior de Enfermería de Oporto por su constante aliento y orientación en mis estudios.

A todos los enfermeros y psicólogos de las Residencias y Centros de Día de la Fundación Vallparadís que han colaborado con su tiempo en la recogida de datos para la presente investigación, facilitándome el trabajo de campo.

A los enfermeros del CAP de Cambrils, en especial a la directora de Enfermería por su ayuda y por el interés que mostró desde un primer momento.

A mis compañeras de trabajo, en especial a Montserrat Costa y a Neus Martinez, por su comprensión y aliento.

A todos mis amigos por su amistad y condescendencia ante mis ausencias.

Y muy especialmente a mis padres y a mi hermana que con su apoyo incondicional siempre han confiado, motivado y me han alentado en el logro de mis metas.

A todos, GRACIAS.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA SUBESCALA.  
TIPOS DE AUTOCUIDADO DEL CUESTIONARIO SELF-CARE OF HOME DWELLING ELDERLY (SCHDE)  
Eduarda Maria Ferreira Sequeira

## ÍNDICE

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA SUBESCALA.

TIPOS DE AUTOCUIDADO DEL CUESTIONARIO SELF-CARE OF HOME DWELLING ELDERLY (SCHDE)

Eduarda Maria Ferreira Sequeira

## ÍNDICE

<b>Resumen .....</b>	<b>1</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>5</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>9</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>13</b>
<b>1. Marco Teorico .....</b>	<b>21</b>
<b>1.1. Introducción .....</b>	<b>23</b>
<b>1.2. El Autocuidado.....</b>	<b>23</b>
<b>1.2.1. Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de Orem.....</b>	<b>28</b>
<b>1.3. Modelo de Backman &amp; Hentinem .....</b>	<b>34</b>
<b>1.3.1. Los perfiles de autocuidado y la Teoria de transiciones de Meleis .....</b>	<b>41</b>
<b>1.4. Instrumentos de valoración del autocuidado .....</b>	<b>44</b>
<b>1.4.1. Revisión de los Instrumentos de valoración del autocuidado .....</b>	<b>44</b>
<b>1.4.2. El Self-Care of Home Dwelling Elderly .....</b>	<b>49</b>
<b>2. Justificación del estudio .....</b>	<b>57</b>
<b>3. Objetivos e Hipotesis.....</b>	<b>61</b>
<b>3.1. Objetivos.....</b>	<b>63</b>
<b>3.1.1. Objetivo General .....</b>	<b>63</b>
<b>3.1.2. Objetivos Específicos .....</b>	<b>63</b>

<b>3.2. Hipótesis .....</b>	<b>65</b>
<b>4. Metodología.....</b>	<b>67</b>
<b>4.1. Tipo de estudio.....</b>	<b>69</b>
<b>4.2. Contexto del estudio .....</b>	<b>69</b>
<b>4.3. Población/ Muestra .....</b>	<b>71</b>
<b>4.3.1. Tipo de muestreo .....</b>	<b>72</b>
<b>4.3.2. Calculo del tamaño de la muestra .....</b>	<b>72</b>
<b>4.4. Variables.....</b>	<b>72</b>
<b>4.5. Instrumento de recoGIDA de daTos .....</b>	<b>73</b>
<b>4.5.1. Formulario de datos sociodemográficos y clínicos .....</b>	<b>74</b>
<b>4.5.2. Subescala de Tipos de Autocuidado del SCHDE.....</b>	<b>74</b>
<b>4.6. Aspectos éticos.....</b>	<b>77</b>
<b>4.7. Desarrollo del estudio y análisis estadísticO.....</b>	<b>79</b>
<b>4.7.1. 1ª Fase: Proceso de adaptación transcultural al     castellano de la subescala de Tipos de Autocuidado del     SCHDE .....</b>	<b>80</b>
<b>4.7.2. 2ª Fase: Validación de la subescala Tipos de     Autocuidado del SCHDE .....</b>	<b>84</b>
<b>4.7.2.1. Características psicométricas.....</b>	<b>86</b>
<b>4.7.2.1.1. Análisis de la validez.....</b>	<b>86</b>
<b>4.7.2.1.2. Análisis de la fiabilidad .....</b>	<b>90</b>
<b>5. Resultados.....</b>	<b>97</b>
<b>6. Discusión de resultados .....</b>	<b>141</b>

**7. Limitaciones del estudio y Futuras Lineas de Investigación**  
**149**

**8. Conclusiones..... 155**

**9. Aportaciones derivadas de la tesis ..... 161**

**10. Bibliografia ..... 165**

**11. Anexos..... 183**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA SUBESCALA.

TIPOS DE AUTOCUIDADO DEL CUESTIONARIO SELF-CARE OF HOME DWELLING ELDERLY (SCHDE)

Eduarda Maria Ferreira Sequeira

## ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla I- Componentes de poder de la agencia de autocuidado
- Tabla II- Resumen de los Perfiles de autocuidado (adaptado de Backman & Hentinen, 1999)
- Tabla III- Instrumentos de valoración del Autocuidado
- Tabla IV: Subescalas del SCHDE
- Tabla V: Coeficientes de *Alpha de Cronbach* del SCHDE original (finlandés)
- Tabla VI: Coeficientes de *Alpha de Cronbach* del instrumento inglés
- Tabla VII – Estudios realizados con el SCHDE (original)
- Tabla VIII: Distribución de ítems según el Tipo de Autocuidado
- Tabla IX: Estudios realizados con la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE
- Tabla X: Directrices de la Comisión Internacional de Tests para la traducción y adaptación de los tests
- Tabla XI: Interpretación de CCI (adaptado de Fleiss, 1981)
- Tabla XII- Versión castellana de la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE
- Tabla XIII- Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio ( $\lambda_{ij}$ )
- Tabla XIV - Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio
- Tabla XV: Correlaciones entre cada una de las dimensiones y el total de la escala de Tipos de Autocuidado
- Tabla XVI – Coeficiente de consistencia interna (*Alpha de Cronbach*) de la escala Tipos de Autocuidado

Tabla XVII - Correlación ítem total de la escala Tipos de Autocuidado

Tabla XVIII: CCI de las dimensiones de la escala Tipos de Autocuidado

Tabla XIX- Distribución de las diferencias absolutas entre las medidas de las escalas de Tipos de Autocuidado

Tabla XX: Estadísticos descriptivos de los 28 ítems de la escala Tipos de Autocuidado

Tabla XXI: Características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio

Tabla XXII: Relación entre la puntuación media total de la Escala Tipos de Autocuidado y el Genero

Tabla XXIII: Puntuaciones T para la Escala Tipos de Autocuidado

Tabla XXIV: Puntuaciones T para la dimensión Autocuidado Responsable de Escala Tipos de Autocuidado

Tabla XXV: Puntuaciones T para la dimensión Autocuidado Formalmente Guiado de Escala Tipos de Autocuidado

Tabla XXVI: Puntuaciones T para la dimensión Autocuidado Independiente de Escala Tipos de Autocuidado

Tabla XXVII: Puntuaciones T para la dimensión Autocuidado de Abandono de Escala Tipos de Autocuidado

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Parámetros estandarizados del modelo

Figura 2- Análisis de correlación entre las puntuaciones totales del test-retest de la escala Tipos de autocuidado

Figura 3- Método de Bland y Altman: Diferencia de las puntuaciones frente a la media de las dos escalas Tipos de autocuidado

Figura 4- Histograma de las diferencias de las puntuaciones de las dos escalas de Tipos de Autocuidado

Figura 5- Gráfico de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la Escala Tipos de Autocuidado

Figura 6- Gráfico de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la Escala Tipos de Autocuidado según Género

Figura 7: Distribución de los participantes según tipos de atención recibida

Figura 8- Perfil gráfico con las puntuaciones directas para cada dimensión y para el total de la Escala Tipos de Autocuidado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA SUBESCALA.

TIPOS DE AUTOCUIDADO DEL CUESTIONARIO SELF-CARE OF HOME DWELLING ELDERLY (SCHDE)

Eduarda Maria Ferreira Sequeira

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD - Actividades Básicas de la Vida Diaria

AFC - Análisis Factorial Confirmatorio

AGFI - *Adjusted Goodness-of-fit Index*

BBNFI - *Bentler Bonnet Normed Fit Index*

BBNNFI - *Bentler Bonnet Non Normed Fit Index*

CAP - Centro de Atención Primaria

CCI - Coeficiente de Correlación Intraclase

DE - Desviación Estándar

GDS - Escala de Deterioro Global de Reisberg

GFI - *Goodness- of- fit Index*

GLS - Mínimos Cuadrados Generalizados

ITC - *International Test Comission*

p – Nivel de significación

PD - Puntuaciones Directas

SCHDE - Self Care of Home Dwelling Elderly

RMSEA - *Root Mean Square Error of Aproximation*

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SRMS - *Standardized Root Mean Square Residual*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN AL CASTELLANO DE LA SUBESCALA.

TIPOS DE AUTOCUIDADO DEL CUESTIONARIO SELF-CARE OF HOME DWELLING ELDERLY (SCHDE)

Eduarda Maria Ferreira Sequeira

## RESUMEN

El autocuidado es un concepto central de la disciplina de Enfermería, siendo el enfoque y la meta de los cuidados de enfermería. Se define como las acciones que cada uno realiza hacia sí mismo para regular los factores que afectan a su desarrollo y funcionamiento.

Backman y Hentinen, en sus estudios sobre el concepto, han desarrollado un modelo, basado en las historias de vida y experiencias de cada persona, donde identifican cuatro perfiles de autocuidado: Responsable, Formalmente Guiado, Independiente y de Abandono.

Como enfermeros, nuestra función es la de promover las capacidades de las personas para cuidar de su salud, adaptándose a las diferentes etapas de su vida y, concretizando así, su autocuidado.

El aumento del envejecimiento poblacional en nuestro país y consecuente pérdida de sus capacidades de autocuidado es una gran preocupación de la salud de la población.

Así, reconociendo la influencia que los perfiles de autocuidado pueden presentar sobre las transiciones de cada persona y teniendo presente que en España faltan instrumentos que evalúen este concepto, surgió la necesidad de realizar este estudio.

El objetivo general de esta investigación fue adaptar transculturalmente y validar al castellano la subescala de Tipos de Autocuidado del cuestionario Self-Care of Home Dwelling Elderly.



Se trata de un estudio métrico, descriptivo y transversal, que se desarrolló en una muestra de 216 personas mayores de 75 años en Tarragona, provincia de Cataluña y que poseían un valor en la Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS) inferior o igual a 3.

En una primera fase se realizó el proceso de traducción y adaptación cultural de la versión inglesa de la escala al castellano, obteniéndose la versión castellana de la Escala de Tipos de Autocuidado del Self-Care of Home Dwelling Elderly.

La segunda fase consistió en el análisis métrico de la escala. Se analizó la validez de constructo a través de un análisis factorial confirmatorio, mediante la estimación de parámetros por el método de mínimos cuadrados generalizados. La validez convergente discriminante fue estudiada a través del análisis de la correlación de la escala Tipos de Autocuidado, calculando el coeficiente de Pearson entre las diferentes dimensiones de la escala y también entre el resultado de cada dimensión y la escala total.

La fiabilidad del instrumento fue analizada a través del cálculo del *Alpha de Cronbach* y de la estabilidad temporal test-retest con el cálculo del coeficiente de correlación intraclase.

Por último, para la interpretación clínica de la escala se calcularon los valores poblacionales de referencia mediante baremos y puntuaciones típicas T.

De los 216 participantes, 52,3% de los participantes eran mujeres, con una media de 82,1 años de edad (DE 10,7) y la mayoría, 57,9%, vivían en su domicilio. El coeficiente *Alpha de Cronbach* para el total de la escala fue de 0,902 y para cada

dimensión se obtuvieron valores superiores a 0,70 en 3 de las 4 dimensiones de la escala. El coeficiente de correlación intraclase total fue de 0,976 y para todas las dimensiones también fue igual o superior a 0,80. En el análisis de las diferencias individuales se obtuvo una media (de la variable diferencia) entre las dos escalas de -0,5 y una desviación estándar de 6,05, ajustándose la mayoría de las diferencias a los límites de concordancia. Se obtuvo un porcentaje de acuerdo de 91,8% para diferencias entre las dos mediciones de hasta 10 puntos y una concordancia del 84,5% para diferencias de hasta 5 puntos. El análisis factorial confirmatorio mostró la existencia de 4 dimensiones y 28 ítems. La prueba de Chi-cuadrado fue estadísticamente significativa, obteniéndose una razón de ajuste de 3,03, considerándose que el ajuste era bueno. Los restantes índices, tanto el de ajuste absoluto como el ajuste incremental y de parsimonia, han presentado la misma tendencia, considerando que el modelo se ajustaba convenientemente. Sobre la validez-convergente-discriminante verificamos que las correlaciones más fuertes ocurrían entre las dimensiones y la escala total, confirmando una buena validez.

En lo que concierne a las características psicométricas del instrumento, en nuestro estudio la estructura factorial obtenida fue ligeramente diferente al modelo propuesto, pero los resultados han demostrado que se ajusta convenientemente, por lo que presenta validez de constructo. La escala también ha mostrado tener una buena validez convergente discriminante. En relación a la

fiabilidad, la escala presenta buena fiabilidad tanto en términos de consistencia interna como de estabilidad temporal.

Se concluyó que la versión castellana del instrumentos es fiable y válida y que permite obtener el perfil de Autocuidado presentado por las personas mayores, con el fin de implementar intervenciones de enfermería personalizadas y adecuadas a cada uno y así facilitar el proceso de transición, relativo al autocuidado, de las personas mayores en esta etapa de su vida.

**Palabras clave:** autocuidado, perfil de Autocuidado, envejecimiento, cuidados de enfermería

## **ABSTRACT**

Self-care is a central concept of Nursing, being the focus and the goal of nursing care. It's defined as the actions that each one performs towards itself to regulate the factors that affect its development and functioning.

Backman and Hentinen, in their studies about the concept, have developed a model, based on each person's stories and experiences, where they identify four self-care types: Responsible, Formally Guided, Independent and Abandon.

As nurses, our role is to promote people's abilities to take care of their health, adapting to the different stages of their life and then realizing their self-care.

The increase of elderly population in our country, and consequent loss of self-care capacities, is a major concern about the health of the population.

So, recognizing the influence that the self-care profiles can present on the transitions of each person and keeping in mind that in Spain there are no instruments that evaluate this concept, it became necessary to carry out this study.

The general objective of this research was to transculturally adapt and validate the Types Self-Care subscale of the Self-Care of Home Dwelling Elderly questionnaire into Spanish.

It was carried out a descriptive, metric and transversal study on a sample of 216 people, aged 75 years in Tarragona, province of

Catalonia, who had a value in the Reisberg Global Impairment Scale (GDS) smaller or equal to 3.

In the first phase the translation and cultural adaptation of the English version of the scale of the Self-Care of Home Dwelling Elderly into Spanish was carried out.

The second phase consisted on the metric analysis of the scale.

The construct validity was analyzed through a confirmatory factorial analysis, through the estimation of parameters by the generalized least squares method. The discriminant convergent validity was studied through the correlation analysis of the Types of Self-Care scale, calculating the Pearson coefficient between the different dimensions of the scale and also between the result of each dimension and the total scale. The reliability of the instrument was analyzed by calculating the Cronbach's Alpha and the temporary stability test-retest with the calculation of the intraclass correlation coefficient.

Finally, for clinical interpretation of the scale, the reference population values were calculated using typical scales and scores T.

Of the 216 participants, 52.3% of the participants were women, with an age average of 82.1 years (DE 10.7) and the majority, 57.9%, lived at home. The Cronbach Alpha coefficient for the total scale was 0.902 and for each dimension values above 0.70 were obtained in 3 of the 4 dimensions of the scale. The total intraclass correlation coefficient was 0.976 and for all dimensions

was also equal or greater than 0.80. In the analysis of the individual differences we obtained an average (of the difference variable) between the two scales of -0.5 and a standard deviation of 6.05, with most of the differences being adjusted to the limits of agreement. 91.8% of agreement was obtained for differences between the two measurements up to 10 points and a concordance of 84.5% for differences up to 5 points. Confirmatory factor analysis showed the existence of 4 dimensions and 28 items. Chi-square test was statistically significant, obtaining an adjustment ratio of 3.03, considering that the fit was good. The other indicators, the absolute adjustment and the incremental and parsimony adjustment, have presented the same trend, considering that the model fit properly. On the convergent-discriminant validity we verified that the strongest correlations occurred between the dimensions and the total scale, confirming a good validity.

Regarding the psychometric characteristics of the instrument, in our study the factorial structure obtained was slightly different from the proposed model, but the results have shown that it is conveniently adjusted, so it has construct validity. The scale has also shown to have good discriminant convergent validity. In terms of reliability, the scale shows good reliability both in terms of internal consistency and temporal stability.

It was concluded that the spanish version of the instruments is reliable and valid and that it allow us to know the self-care profile presented by the elderly, in order to implement personalized and appropriated nursing interventions to each one,

and facilitate the transition process of the elderly, relative to the self-care, at this stage of their lives.

**Keywords:** self care, self care profile, aging, nursing care

## RESUMO

O Autocuidado é um conceito central da disciplina de enfermagem, sendo o foco e objetivo dos cuidados de enfermagem. É definido como as ações que cada um executa a si próprio para regular os fatores que afetam o seu desenvolvimento e funcionamento.

*Backman e Hentinen*, nos seus estudos sobre o conceito, desenvolveram um modelo baseado nas histórias de vida e experiências de cada pessoa onde identificaram quatro perfis de autocuidado: Responsável, Formalmente Guiado, Independente e Abandono.

Como enfermeiros, o nosso papel é de promover as capacidades das pessoas para cuidar da sua saúde, adaptando-se às diferentes fases da sua vida e concretizando, assim, o seu autocuidado.

O aumento da população idosa no nosso país e conseqüente perda de capacidades de autocuidado é uma grande preocupação da saúde da população. Assim, reconhecendo a influência que os perfis de autocuidado podem ter sobre as transições de cada um e, tendo em conta que em Espanha faltam instrumentos para avaliar este conceito, tornou-se necessário realizar este estudo.



O objetivo geral da investigação foi adaptar culturalmente e validar a Escala Tipos de Autocuidado do *Self-care of Home Dwelling Elderly* ao castelhano.

Realizou-se um estudo métrico, descritivo e transversal, numa amostra de 216 pessoas com mais de 75 anos, de Tarragona, na província de Catalunha, que tinham um valor na escala Deterioração Global de *Reisberg* (GDS) igual ou menor a 3.

Numa primeira fase, traduziu-se e adaptou-se transculturalmente a versão inglesa da escala Tipos de Autocuidado do *Self-Care of Home Dwelling Elderly* ao castelhano.

A segunda fase consistiu na análise métrica da escala. A validade de construto foi analisada através duma análise fatorial de confirmação, por meio da estimativa de parâmetros com o método dos mínimos quadrados generalizados. A validade convergente-discriminante foi estudada pela análise de correlações da escala Tipos de Autocuidado, calculando o coeficiente de correlação de *Pearson* entre as diferentes dimensões da escala e também entre cada dimensão e a escala total. A fiabilidade do instrumento foi analisada pelo cálculo do *Alpha de Cronbach* e da estabilidade temporal do teste-(re)teste calculando o coeficiente de correlação intraclass. Finalmente, para a interpretação clínica da escala, calcularam-se os valores de referência da população utilizando escalas e valores padrão T.

Dos 216 participantes, 52,3% eram mulheres, com uma idade média de 82,1 anos (DE 10,7) e a maioria, 57,9%, viviam em

casa. O *Alpha de Chronbach* para a escala total foi de 0,902 e, em 3 de 4 dimensões da escala, os valores obtidos foram superiores a 0,70. O coeficiente de correlação intraclasse total foi de 0,976 e, para todas as dimensões, também foi igual o superior a 0,80. Na análise das diferenças individuais (da variável diferença) obteve-se uma média entre as duas escalas de -0,5 e um desvio padrão de 6,05, ajustando--se a maioria das diferenças aos limites de acordo. Obteve-se uma percentagem de 91,8% de acordo para diferenças entre as duas medições de até 10 pontos e uma concordância de 84,5% para as diferenças de até 5 pontos. A análise fatorial confirmatória mostrou a existência de quatro dimensões e 28 itens. O teste do qui-quadrado foi estatisticamente significativo, obtendo-se um ajuste de razão de 3,03, considerando-se que o ajuste era bom. Os índices restantes, tanto os de ajuste absoluto como os de ajuste incremental e de parcimónia, apresentaram a mesma tendência, considerando que o modelo se ajusta adequadamente. Relativamente à validade convergente-discriminante, verificámos que as maiores correlações existem entre as dimensões e a escala total, confirmando uma boa validade.

Em relação às características psicométricas do instrumento, no nosso estudo, a estrutura fatorial obtida foi ligeiramente diferente ao modelo proposto, mas os resultados mostraram que se adapta convenientemente, por isso, tem validade de construto. A escala também mostrou ter uma boa validade convergente discriminante. No que diz respeito à fiabilidade, a escala tem uma boa fiabilidade em termos de consistência interna e estabilidade temporal.

Concluiu-se que a versão em espanhol do instrumento é válida e fiável e que permite conhecer o perfil Autocuidado apresentado pelos idosos, com o fim de planificar intervenções de enfermagem personalizadas e adequadas a cada um e facilitar o seu processo de transição, relativo ao autocuidado, nesta fase da sua vida.

**Palavras-chave:** autocuidado, perfil de autocuidado, envelhecimento, cuidados de enfermagem

## **INTRODUCCIÓN**



## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como tema principal de estudio el Autocuidado, ya que como es fundamental para el funcionamiento humano es un dominio de la disciplina de Enfermería. *“El autocuidado como valor inherente a cada ser humano y percibido esté como un deber y un derecho para consigo mismo y con la sociedad, es una estrategia que responde a las metas y prioridades de enfermería...”* (Álvarez, 2006, p.237).

Si el concepto es importante para la disciplina también lo será para la profesión (Silva, 2007). Como indican Tejas y Estévez (2007) *“el enfermero se trazará de acciones para enseñar a la persona a lograr el autocuidado...”* (p.5). Su capacidad para observar y orientar los pacientes, de involucrarlos en las actividades de vida diaria y su visión de la persona como un todo, hacen que los cuidados de enfermería sean fundamentales para la promoción del autocuidado (Hoogerduijn et al., 2006; Zrínyi y Zékányné, 2007).

Los enfermeros, como profesionales de salud, tienen la función de promover las capacidades de las personas para cuidar de su salud y enfermedad, para que así se adapten y concreten el autocuidado (Meleis, 2005; Silva, 2007). De este modo, el autocuidado es un foco de interés de la Enfermería, ya que como nos refiere Sidani (2003, p.65) *“Self-care is the focus and the goal of nursing care.”*.

La importancia de este concepto en la salud está relacionada, como nos indica Marques (2007), al aumento de las patologías crónicas no transmisibles, al aumento de la esperanza media de vida

y de la morbilidad por accidentes (de trabajo, de conducción...). Esto conducirá al aumento del número de personas con pérdidas significativas en su autonomía, lo que hará que sean fundamentales respuestas eficientes de los servicios de salud para ayudar las personas a mantener su autocuidado (Sapag et al, 2010; Gilbert, Hagerty & Taggart, 2012; WHO, 2012).

Varios estudios demuestran que el porcentaje de adultos mayores con limitaciones en su capacidad funcional incrementa con la edad y que es en esta franja de edad de la población que se encuentran más situaciones de dependencia y pérdida de autonomía (Oliver et al, 2009; Virués-Ortega et al, 2011).

Los datos de la *World Health Organization* - WHO (2012) confirman esta situación, afirmando que la población con 60 años o más ha duplicado desde 1980 y que se estima que llegará a los 2 billones en 2050. Esta organización también reafirma que las personas mayores tienden a perder su capacidad de vivir independientemente, necesitando cuidados más adecuados.

España no es ajena a esta situación y actualmente es uno de los países con el ritmo de envejecimiento más rápido. El número de personas mayores ha crecido y se pronostica un aumento del número de personas con dependencia (López, 2011; Serrano-Parra, 2012; Garrido-Abejar, 2012). Por este motivo, la incapacidad/dependencia de las personas mayores en España es una gran preocupación de la salud de la población (Virués-Ortega et al, 2011).

Stabell y colaboradores (2004) han conceptualizado dependencia como la situación resultante de la pérdida de la

capacidad física y mental de las personas. Más tarde, Hoogerduijn et al (2006) y Silva-Smith y Kovach (2006), han corroborado esta definición, pero han añadido que la dependencia está también relacionada con la pérdida de independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD); o sea, la persona deja de ser capaz de realizar por sí sola, las ABVD y necesita del apoyo de otros.

Como ya nos hemos referido, el desarrollo de nuevas capacidades para la adaptación a cambios en la vida (transiciones), son áreas de trabajo de los profesionales de enfermería (Pereira, 2007; Silva, 2007).

El perfil de autocuidado de las personas, como indican los estudios de Backman, Hentinen y colaboradores (1999, 2001, 2007), representa algo muy íntimo que está incluido en la biografía de las personas, así que no puede ser separado de su vida. Está relacionado con su pasado y puede influir en su presente y futuro. Un conocimiento más profundo sobre el tema es necesario para que se puedan realizar cuidados más significativos y conseguir más resultados en salud, en lo que se refiere al autocuidado.

De esta manera surgió la necesidad de realizar esta investigación, con el objetivo de adaptar y validar la subescala de autocuidado al castellano, para disponer de instrumentos fiables que nos permitan conocer el perfil de autocuidado de las personas mayores dependientes en este país y posteriormente individualizar y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en países de habla hispana. En la revisión bibliográfica efectuada no se han hallado estudios ni instrumentos de este tipo en este idioma. La presente



escala (finlandesa) ya ha sido traducida y validada en Eslovenia y Portugal.

La tesis que se presenta se ha organizado en 10 capítulos, partiendo de un inicio más conceptual seguido de los resultados para llegar a una parte más reflexiva.

El primer capítulo se refiere al marco teórico sobre el tema del autocuidado y se comentan los estudios previos a la investigación.

El capítulo dos corresponde a la justificación del tema de estudio, tanto desde el punto de vista profesional como personal.

En el capítulo 3 se presentan los objetivos y las hipótesis de la investigación.

El capítulo cuatro describe la metodología de la investigación, presenta el diseño del estudio, las cuestiones relacionadas con la población y muestra, las variables, los procedimientos de recogida y análisis de los datos y los aspectos éticos del estudio.

En el capítulo cinco se presentan los resultados de la investigación y en el capítulo seis se comenta la discusión de los resultados obtenidos, que son comparados con los estudios anteriores comentados en el marco teórico.

El capítulo siete expone las limitaciones del estudio y presenta futuras líneas de investigación.

En el capítulo ocho se presentan las conclusiones del estudio, teniendo en cuenta los objetivos y las hipótesis definidas anteriormente y en el capítulo nueve se presentan las aportaciones científicas derivadas de la tesis.

El capítulo diez, contiene las referencias bibliográficas consultadas para la realización de este trabajo y finalmente, el capítulo once incluye todos los anexos.



## **1. MARCO TEÓRICO**



## **1. MARCO TEÓRICO**

### **1.1. INTRODUCCIÓN**

El autocuidado se entiende como una conducta que las personas dirigen hacia sí mismas para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento. El Autocuidado es un área muy importante para la disciplina de Enfermería. Este concepto ha acompañado todo el proceso de afirmación de la disciplina por la importancia que tiene en el cotidiano profesional de los enfermeros.

En general, los problemas de salud de las personas están asociados a limitaciones, dependencias o pérdida de autonomía en el autocuidado por lo que es muy importante toda la investigación sobre el tema (Araujo, 2007; Dorantes-Mendonza et al, 2007).

El presente estudio contribuirá a la investigación sobre un nuevo concepto - los perfiles de autocuidado. Este concepto se está desarrollando actualmente en el ámbito de la Enfermería y es muy importante para la misma por el significado que puede tener en la comprensión de las experiencias vividas por las personas con “problemas” en el autocuidado, posibilitando así la creación de cuidados de enfermería más adecuados e individualizados.

### **1.2. EL AUTOCUIDADO**

La idea de autocuidado fue introducida en la enfermería en 1950 por Henderson (Henderson, 1991 cit por Hoy, Wagner i Hall,

2007). El concepto fue analizado a fondo en 1970 por los estudios de Dorothea Orem (Orem, 1991; Sidani, 2003; Amador-Díaz, Márquez- Celedonio i Sabido-Sighler, 2007).

Orem define el autocuidado como “*el cuidado personal que los seres humanos necesitan diariamente y que puede ser modificado por el estado de salud, las condiciones ambientales, los efectos de los cuidados médicos y otros factores.*” (Orem, 1991, p. 68). Lo considera como la capacidad de actuar de manera autónoma y deliberada, y en forma de cuidado hacia uno mismo (Orem cit. por Arias y Alvarez, 2009).

El autocuidado también puede ser definido como las actividades que las personas realizan por su cuenta, con el fin de seguir viviendo, mantener su salud y prolongarla. Enfocando, así, la responsabilidad en la práctica del mismo (Orem, 1991; Soderhamn, 2000; Soderhamn, 2001; Tejas y Estévez, 2007; Amador-Díaz, Márquez- Celedonio y Sabido-Sighler, 2007; Naue, 2008; Soderhamn, Bachrach-Lindstrom & Ek, 2008). Este concepto incluye las Actividades de Vida Diaria (AVD), que son actividades aprendidas con el tiempo, que se tornan costumbres y que duran toda la vida de la persona (Carpenito-Moyet, 1998).

El NANDA International (2012) define el autocuidado como la “*habilidad para llevar a cabo las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria*”(p.40).

Las actividades de autocuidado indican no solo lo que se realiza (higiene personal, utilizar el WC, alimentación) sino también cómo, cuándo y con quién se realizan (Carpenito-Moyet, 1998; Soderhamn, Bachrach-Lindstrom & Ek, 2008).

Uribe citado por Leonardo (2001) y más tarde por Briceño et al (2007, p.327) concibe el autocuidado como “*un camino a seguir por cualquier persona, familia, grupo social o centros laborales para preservar, mantener o recuperar la salud...*” (p.198).

En 2005, el Departamento de Salud de Inglaterra define que el autocuidado es el cuidado que cada persona realiza para mantener su salud y bienestar pero añade los cuidados realizados a sus familias, amigos y a otras personas (Department of Health, 2005). Esta definición se distingue de las anteriores pues añade que el autocuidado es el cuidar de uno mismo y cuidar de otros que son cercanos.

El Departamento de Salud, así como Orem (1991) y varios otros autores, asumen que existen varios factores que influyen en el autocuidado y la implicación de las personas en el mismo. Estos son: la historia y experiencia personal de cada uno; el grado de conocimiento; sus valores y creencias; el ambiente cultural; la capacidad cognitiva y literaria; la confianza, autoestima, autoeficacia y autocontrol; la evaluación de la realidad y de las opciones que hay; la evaluación de la información y de la manera cómo ha sido explicada; la existencia de beneficios en el apoyo al autocuidado y el apoyo de los profesionales de salud (Department of Health, 2005).

Según la literatura disponible, estos factores se pueden clasificar en cinco categorías distintas: los factores cognitivos, los factores psicológicos, los factores físicos, los factores demográficos y los factores socioculturales (Orem, 1991; Sveen et al., 1999; Backman & Hentinen, 2001; Sidani, 2003; Sacco-Peterson &



Borell, 2004; Callaghan, 2005; Álvarez, 2006; Amador-Díaz, Márquez-Celedonio & Sabido-Sighler, 2007; Sánchez, 2007; Proot et al., 2007; Fernandez & Manrique-Abril, 2011; Muñoz-Torres et al, 2011).

Los factores cognitivos están relacionados con las capacidades de aprendizaje, de resolución de problemas y de organización, con la memoria, con los conocimientos existentes y con la percepción de eficacia del tratamiento.

Los factores psicológicos corresponden a la personalidad, autoestima, auto-disciplina, y autoconcepto de las personas, así como a la motivación que presentan y a la percepción de la capacidad de autorealización.

Los factores físicos están asociados a la destreza, a la capacidad psicomotora y a la incapacidad. Estas tres categorías corresponden a los factores más personales e intrínsecos de cada uno.

Los factores demográficos y socioculturales son, como veremos a continuación, las influencias “externas” a la persona. Los factores demográficos se refieren a la edad, al género, al nivel de formación escolar, al nivel socioeconómico y al estilo de vida de cada uno.

Los factores socioculturales están asociados al soporte familiar, al soporte social, a los valores y prácticas culturales, a los valores y creencias de la salud y a los recursos materiales disponibles.

Según Orem (1991) y corroborado por los estudios de Méndez (2010), la alteración percibida de su estado de salud es el factor que más influye en el autocuidado.

Para nuestra investigación, y de acuerdo con la teoría de Backman y Hentinen (2001), los factores que merecen especial atención son los relacionados con la historia de vida de cada persona.

Gallo et al (2009) consideran que *“el autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema en acción. (...) debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos...”*. Estos autores refuerzan la idea de que el autocuidado corresponde a actividades aprendidas pero se apartan de la idea que el autocuidado corresponde solo a las AVD, pues asume que el mismo varía según las necesidades de cada uno y puede ser diferente de persona a persona.

Refieren también que el autocuidado es algo constante en la vida de las personas, ya que se debe aplicar de manera continua en el tiempo, por lo que podemos asumir que hay características que se van solidificando en la historia de vida de cada uno (Gallo et al, 2009; Holguín; 2010).

Relacionando esto con las categorías de factores, con especial atención a los personales (que influyen la manera como cada uno vive y realiza su autocuidado) y con los resultados de los

primeros estudios de Backman & Hentinen (1999) surge lo que llamamos “perfiles de autocuidado”.

### 1.2.1. Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de Orem

A pesar que la presente investigación no se basa en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem pero teniendo en cuenta la importancia de esta teoría para el desarrollo de la enfermería y del concepto de autocuidado, se ha creído conveniente dedicar un apartado a destacar los aspectos más relevantes de la Teoría desarrollada por esta autora.

Como se ha referido anteriormente, el concepto de autocuidado solo ha sido formalizado en 1970 con los estudios de Dorothea Orem (Orem, 1991; Sidani, 2003; Amador-Díaz, Márquez- Celedonio i Sabido-Sighler, 2007). Sus estudios sobre el tema le han permitido formular la Teoría de Enfermería sobre el Déficit de Autocuidado que tiene por base otras tres teorías que se interrelacionan:

1. Teoría del Autocuidado
2. Teoría del Déficit de Autocuidado
3. Teoría de los Sistemas de Enfermería

La Teoría del Autocuidado es esencial para la comprensión de las otras dos teorías y tiene como idea central que el autocuidado es una actividad aprendida por uno mismo y orientada para un

objetivo. Lo considera como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por la persona hacia sí misma, de manera a controlar los factores que afectan su funcionamiento y su desarrollo en beneficio de la vida, salud o bienestar (Orem, 1991; Soderhamn, 2000; Roldán Merino, 2011). Sin embargo, tal como nos refiere Orem (1991) cit. por Roldán Merino (2011, pp. 30) *“los lactantes, niños y personas mayores precisan de cuidados completos o ayuda en la realización de las actividades de autocuidado”*.

En sus estudios, Orem (1991) identifica tres tipos de requisitos de autocuidado: los universales, los de desarrollo y los de desviación de la salud, que expresan los tipos de autocuidado que el individuo requiere (Roldán-Merino, 2011; Albacar- Riobóo, 2014).

### **Requisitos de autocuidado universales**

Son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo de vida, de acuerdo con su edad, estadio de desarrollo, factores ambientales y otros. Están asociados a los procesos de vida, al mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento humano y al bienestar general. Por ejemplo, mantener aporte de aire, agua y alimentos suficiente (Orem, 1991; Roldán-Merino, 2011; Albacar- Riobóo, 2014).

## **Requisitos de autocuidado de desarrollo**

Están relacionados con los procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante la vida y que pueden afectar de manera negativa al desarrollo (Orem, 1991; Roldán-Merino, 2011; Albacar- Riobóo, 2014).

## **Requisitos de desviación de la salud**

Existen para las personas enfermas o lesionadas, que tienen formas específicas de patologías incluyendo defectos genéticos e incapacidades y que poseen un diagnóstico y tratamiento médico. Para satisfacer estos requisitos se requiere una base de conocimientos médicos científicos y tecnológicos (Orem, 1991; Roldán-Merino, 2011; Albacar- Riobóo, 2014).

La Teoría del Déficit de Autocuidado tiene su origen en la finalidad de la enfermería y se basa en la relación existente entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado (Roldán-Merino, 2011; Albacar- Riobóo, 2014).

La agencia de autocuidado se refiere a la capacidad de la persona para realizar deliberadamente comportamientos que satisfagan sus necesidades o requisitos de autocuidado. Se estructura en tres dominios fundamentales de la persona que le posibilitan el desarrollo de acciones de autocuidado:

-las habilidades básicas personales para realizar operaciones de autocuidado;

-los diez componentes de poder que capacitan la persona para la realización de operaciones de autocuidado (tabla I);

Tabla I- Componentes de poder de la agencia de autocuidado

<b>Componentes</b>
1- Habilidad para mantener la atención y ejercitar el requisito de vigilancia con respecto a uno mismo como agente de autocuidado, y sobre las condiciones y factores internos y externos significativos para el autocuidado.
2- Uso controlado de la energía física disponible y suficiente para el inicio y continuación de las operaciones de autocuidado.
3- Controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos requeridos para el inicio y finalización de las operaciones de autocuidado.
4- Habilidad para razonar dentro del marco de autocuidado de referencia.
5- Motivación.
6- Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo y para concretizarlas.
7- Habilidad para adquirir conocimiento técnico sobre el autocuidado de fuentes autorizadas, recordarlo y hacerlo operativo.
8- Posesión de un repertorio de habilidades cognitivas, perceptivas, manipulativas, de comunicación y interpersonales, adaptadas al desempeño de las acciones de autocuidado.
9- Habilidad de ordenar acciones de autocuidado o sistemas de actuación en relación con las acciones prioritarias o consecuentes, para el logro final de los objetivos reguladores del autocuidado.
10- Habilidad para realizar operaciones efectivas de autocuidado, integrándolas en los aspectos relevantes de la persona, familia y de la comunidad.

(Orem, 1991)

- las capacidades operativas para desarrollar acciones de autocuidado (Orem, 1991; Fernández & Manrique-Abril, 2011; Roldán-Merino, 2011).

La agencia de autocuidado puede ser realizada por uno mismo o por un agente de cuidado dependiente en las situaciones en que una persona reconoce y cubre las demandas terapéuticas de alguien socialmente dependiente de ella (por ejemplo, el hijo dependiente de sus padres) (Orem, 1991; Roldán-Merino, 2011; Albacar- Riobóo, 2014).

La demanda de autocuidado representa la totalidad de acciones necesarias en determinado momento, durante un determinado periodo de tiempo para cubrir los requisitos de autocuidado de una persona, en relación a sus condiciones y circunstancias. Esta demanda varía a lo largo de la vida y está influenciada por los factores básicos condicionantes (Orem, 1991; Sidani, 2003; Roldán-Merino, 2011; Albacar- Riobóo, 2014).

El déficit de autocuidado ocurre cuando *“la demanda para el autocuidado es mayor que la capacidad y/o los conocimientos de la persona”* para mantener su autocuidado (Roldán-Merino, 2011 pp. 35). En estas situaciones, el papel de la enfermería consiste en identificar la demanda de autocuidado, la limitación y la ayuda necesaria para la agencia de autocuidado, las capacidades y el potencial de la persona para realizar sus autocuidados (Roldán-Merino, 2011; Albacar- Riobóo, 2014).

Esta teoría determina cuándo y por qué se necesitan intervenciones de enfermería.

La Teoría de los Sistemas de Enfermería, es el componente organizativo de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de Orem, y establece la actuación de los enfermeros y la relación entre enfermeros y pacientes según el sistema de enfermería más adecuado (Orem, 1991; Roldán-Merino, 2011; Albacar- Riobóo, 2014).

Los sistemas de enfermería se forman cuando las enfermeras desarrollan y diseñan planes de cuidados de enfermería cuyo objetivo es ayudar a la persona a cubrir sus necesidades de autocuidado. Hay tres tipos de sistemas de enfermería, según la relación enfermero-paciente:

- Totalmente compensatorio- la enfermera compensa la incapacidad total del paciente para realizar acciones de autocuidado.
- Parcialmente compensatorio- enfermera y paciente colaboran activamente en las acciones de autocuidado.
- De apoyo educativo- el paciente realiza el autocuidado, regula el ejercicio y desarrolla la agencia de autocuidado. La enfermera participa en la regulación del ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado.

(Roldán-Merino, 2011; Albacar- Riobóo, 2014)



### 1.3. MODELO DE BACKMAN & HENTINEM

La investigación aquí presentada se basa en la Teoría de perfiles de autocuidados de Backman y Hentinem.

El primer estudio de Backman y Hentinen sobre los perfiles de autocuidado fue realizado en 1999, utilizando la *Grounded Theory*. El estudio tenía como objetivo desarrollar un modelo explicativo del autocuidado de las personas mayores con atención domiciliaria, residentes en la ciudad de Oulu en Finlandia. Con el estudio crearon un modelo explicativo donde identificaron y caracterizaron cuatro perfiles de autocuidado, cada uno con diferentes significados: el *Autocuidado Responsable*, el *Autocuidado Formalmente Guiado*, el *Autocuidado Independiente* y el *Autocuidado de Abandono*.

Según los autores anteriormente referidos, el autocuidado está íntimamente relacionado con el pasado y la experiencia de vida de las personas. Los antecedentes personales, la personalidad de cada uno, las experiencias de vida y el envejecimiento son factores capaces de influenciar el perfil de autocuidado de cada persona (Backman & Hentinen, 1999; Backman & Hentinen, 2001).

Los estudios de Backman y Hentinen así como los que les han dado continuidad, tienen en el centro de su investigación las personas mayores. Es comprensible ya que es en esa franja de edad que surgen más limitaciones en la realización del autocuidado (López, 2011; Virués-Ortega et al, 2011).

En relación a los cuatro perfiles de autocuidado identificados por Backman y Hentinen, es importante referir que los resultados de

los estudios de estos autores demuestran que hay personas que presentan “mezclas” o combinaciones de los diferentes perfiles. Así que el conocimiento de los cuatro perfiles (puros) nos permite, posteriormente, describir los “perfiles personales” de cada persona. En los estudios originales, sin embargo, sí ha sido posible identificar participantes que han adherido perfectamente a cada uno de los perfiles puros, lo que ha posibilitado su identificación y caracterización (ver tabla II).

Tabla II- Resumen de los Perfiles de autocuidado (adaptado de Backman & Hentinen, 1999)

Perfil de autocuidado	Características
Responsable	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Responsables con sus cuidados y su salud.</li> <li>-Cooperan con los profesionales de salud, se interesan por sus tratamientos y quieren participar en la toma de decisiones.</li> <li>-Están orientados hacia adelante en la vida y confían en el futuro.</li> <li>-Envejecimiento y experiencias de la vida son en su mayoría positivas.</li> <li>-La vida tiene significado y la disfrutan activamente y socialmente de ella.</li> </ul>
Formalmente Guiado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Siguen las instrucciones de los profesionales de salud relativas a sus tratamientos de forma precisa y sin crítica.</li> <li>-Aceptan la vida tal como es.</li> <li>-Las limitaciones provocadas por el envejecimiento son inevitables.</li> <li>-El envejecimiento conlleva una parte natural de contactos sociales y el estrechamiento de la reducción de la actividad.</li> <li>-La institucionalización es una opción realista en el futuro.</li> </ul>
Independiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No piden ayuda a los profesionales de salud y toman decisiones independientes en relación a sus cuidados y tratamientos.</li> <li>-El cuidado se caracteriza por la experiencia y creatividad.</li> <li>-Orientación para el futuro intentando preservar la estabilidad de la vida.</li> <li>-La casa es su lugar de seguridad y donde quieren quedar-se hasta el final de sus días.</li> </ul>
Abandono	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de responsabilidad consigo mismo.</li> <li>-Sentimientos de impotencia, resignación y voluntad de desistir.</li> <li>-Relacionado con la tristeza y a situaciones crónicas de depresión.</li> <li>-Inseguridad en relación al futuro y miedo al dolor, a la incapacidad y a la muerte.</li> <li>-Personas introvertidas que siempre han sentido que eran miserables</li> <li>-Experiencia de envejecimiento negativo.</li> </ul>

En el Autocuidado Responsable se incluyen las personas que se responsabilizan por todas las actividades de vida diaria y por las acciones para cuidar de la salud y enfermedad. Son personas que quieren estar informadas de todo sobre cualquier tratamiento y que quieren decidir si lo hacen o no; buscan saber los motivos de los síntomas que presentan y que posibilidades de tratamiento hay, y si notan que algo no está bien, buscan ayuda y apoyo de los profesionales de salud, creando vínculos que en general duran mucho tiempo. Estas personas tienen mucho cuidado con su condición física, practican ejercicio y siguen una alimentación saludable. Aceptan el envejecimiento como algo natural y buscan el apoyo de los enfermeros para que los orienten para una vida activa.

El perfil de autocuidado Formalmente Guiado incluye las personas que cumplen los cuidados a tener con la salud, pero de manera pasiva, ya que no cuestionan los motivos y solamente hacen lo que se les dice. Tienen una visión realista de las consecuencias del envejecimiento y aceptan que el mismo va creando limitaciones en la realización de las actividades. Estas personas atribuyen el control de su salud a los enfermeros, y esperan mucho de estos profesionales. En este perfil hay una tendencia a aceptar la vida tal como es.

En relación al perfil de autocuidado Independiente, el mismo tiene por base el deseo de la persona de oír “su voz interior”. Así que las personas de este perfil presentan maneras originales de cuidar de su salud y enfermedades, haciendo lo que ellas creen que es mejor para sí mismas. Cuando algo no está bien estas personas no piden ayuda de los profesionales de salud, muchas veces

rechazan sus consejos, e intentan solucionar, solas, el problema. Para las personas incluidas en este perfil, la casa es su lugar de seguridad y donde quieren quedarse hasta el final de sus días. Y eso puede significar que se quedan aisladas de la sociedad y con limitaciones en su autonomía.

Por fin, el perfil de autocuidado de Abandono se caracteriza por abandono y falta de responsabilidad consigo mismo. Son personas que “descuidan” sus cuidados y que nunca han sido capaces de gestionar su vida. El sentimiento de impotencia, sea porque no sabe leer o porque no se pueden mover, es predominante. Y estas incapacidades están asociadas a una fuerte voluntad de desistir. Este perfil de autocuidado está íntimamente relacionado con la tristeza y a situaciones crónicas de depresión. Las personas de este perfil son inseguras en relación al futuro y tienen mucho miedo al dolor, a la incapacidad, a la pérdida de control y a la muerte. Son introvertidas y siempre han sentido que en toda su vida han sido miserables y que no han sido respetados. Son el gran desafío de la enfermería, necesitando mucho apoyo y supervisión por parte de estos profesionales de salud.

Teniendo en cuenta las características definitorias de cada perfil, verificamos que toda la información y estudios sobre el tema, están basados en descripciones autobiográficas de las personas.

Así, y para conseguir un buen aprovechamiento de la información conseguida, son necesarios realizar cuidados terapéuticos personalizados y adecuados a cada persona, según el perfil de autocuidado que presente.

Más tarde, en 2001, Backman y Hentinen realizaron una nueva investigación sobre los factores que influyen en el autocuidado de las personas mayores con atención domiciliaria. Este estudio tenía como objetivo conocer de qué manera la capacidad funcional, la satisfacción con la vida y la autoestima estaban relacionadas con los perfiles de autocuidado definidos en el estudio de 1999.

Así, realizaron un estudio cuantitativo y longitudinal, y los resultados han confirmado la existencia de relaciones entre los factores y los perfiles de autocuidado.

En relación a la capacidad funcional, los resultados han demostrado que las personas con perfiles de autocuidado independiente también eran más independientes en la realización de las actividades de vida diaria y aquellas con un perfil de autocuidado de abandono no realizaban las actividades de vida diaria sin ayuda. Las personas mayores pertenecientes a los otros dos perfiles de autocuidado (responsable y formalmente guiado) realizaban las actividades de vida diaria solas, aunque con alguna dificultad. Es importante referir que la relación entre el autocuidado y la capacidad funcional se desarrolla en dos sentidos: la capacidad funcional tiene efecto sobre el autocuidado y viceversa. O sea, cuando la capacidad funcional de las personas mayores se mantiene, ellas evidencian características de los perfiles responsable y/o formalmente guiado, al mismo tiempo las personas responsables en su autocuidado tienden a tener mayor capacidad funcional.

Relacionando la satisfacción con la vida con los perfiles de autocuidado, los resultados han evidenciado que la persona mayor

con un perfil de autocuidado de abandono presentaba baja satisfacción con la vida mientras que las personas pertenecientes al perfil de autocuidado formalmente guiado, referían niveles más elevados de satisfacción con la vida.

Por fin, en lo que se refiere a la autoestima, los participantes con perfiles de autocuidado responsable, formalmente guiado e independiente, presentaron alta autoestima. Al revés, las personas mayores con características del perfil de autocuidado de abandono han revelado tener niveles más bajos de autoestima.

En conclusión, podemos asumir que estos tres factores, capacidad funcional, satisfacción con la vida y autoestima, se relacionan con el autocuidado y que este es muy importante en la vida de cada persona. Esto es fundamental para los cuidados prácticos de enfermería, ya que nos posibilita conocer los comportamientos de autocuidado de las personas y así maximizar sus capacidades.

Los resultados obtenidos con los dos estudios referenciados anteriormente, hicieron que en 2007, Räsänen, Kyngäs y Backman decidieron realizar una nueva investigación en Finlandia, con el objetivo de crear un instrumento que probara esa misma teoría y que pudiera ser utilizado durante la práctica clínica para evaluar el perfil de autocuidado de las personas mayores con atención domiciliaria y los factores asociados que lo influyen, surgiendo así el SCHDE (anexo I). Más adelante, en el subapartado de Instrumentos de valoración del autocuidado se detalla el cuestionario obtenido, a partir del cual se desarrolla nuestra investigación.

### 1.3.1. Los perfiles de autocuidado y la Teoría de transiciones de Meleis

Como sabemos, durante toda la vida experimentamos situaciones de compromiso del autocuidado, que implican cambios en las capacidades físicas, en los conceptos que tenemos de nosotros mismos y en las capacidades adaptativas necesarias para concretar las transiciones (Meleis et al, 2000; Meleis, 2005; Silva, 2007).

Este concepto, “*as a central concept in nursing*” (Meleis, 2010, p.52) ha sido utilizado y profundizado por Meleis y colaboradores en los últimos 20/25 años.

El nombre transición deriva del latín *transitiōne* y del verbo *transire*, que significa ir para otro lado (Abreu, 2008; Meleis, 2010). Es concebido como el pasaje o movimiento de un estado, condición o lugar para otro (Meleis, 2010). Esta autora considera que la transición es un proceso que implica obligatoriamente un cambio en la vida, en la salud, lo que hace necesario que exista una adaptación (Meleis et al., 2000; Meleis, 2005; Meleis, 2010). Todavía no todos los cambios significan realizar una transición (Meleis et al., 2000).

La función de la enfermería como ciencia humana, consiste en identificar las transiciones, descubrir los factores que las influyen y así ayudar a las personas a realizarlas de manera saludable. La persona es, así, visualizada como un agente dinámico y central a los cuidados de enfermería, que es desafiada a afrontar los cambios en sus papeles y comportamientos, lo que corresponde a transiciones.



Con los diversos estudios de Meleis sobre el tema, la autora ha desarrollado una teoría sobre las transiciones que engloba tres aspectos fundamentales de la misma: la naturaleza de la transición, las condiciones de la transición y los patrones de respuestas ante la misma.

De acuerdo con la naturaleza, las transiciones importantes para la enfermería pueden ser clasificadas: de desarrollo, situacionales, organizacionales o pueden estar relacionadas con la salud y enfermedad. Las transiciones son complejas y multidimensionales pero incluyen diferentes propiedades como la consciencia (relacionada con la percepción, conocimiento y reconocimiento de experiencias de la transición); la implicación en el proceso de transición, los cambios y la diferencia (relacionados con el significado que el cambio supone para la persona); el tiempo de la transición y los puntos críticos y eventos de vida de la persona que vive la transición (Meleis et al, 2000; Meleis, 2005; Meleis, 2010).

Las condiciones de la transición se relacionan con los factores que pueden facilitar o inhibir las transiciones. Según Meleis y colaboradores esos factores se pueden categorizar en tres dimensiones: los personales, los de la comunidad y los de la sociedad (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

En los factores personales están incluidos los significados que la persona tiene de la situación, sus valores culturales y condiciones económicas. También están incluidos los conocimientos de la persona sobre la transición que está viviendo. Es importante referir que esta dimensión no se encierra en los

factores referidos y que corresponden solamente a los factores que la investigación frecuentemente identifica. Así que podemos considerar los perfiles de autocuidado de las personas como un factor personal de las transiciones, capaz de influir en el suceso de la misma (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). Dentro de los factores relativos a la comunidad, podemos incluir el apoyo familiar y el soporte que la persona tiene disponible. En relación a los factores de la sociedad, se incluyen la legislación, los reglamentos y organización de los servicios de salud (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

El último punto de la teoría de Meleis, se refiere a los patrones de respuesta de las personas ante la transición, donde se incluyen los indicadores de proceso (interacción, confianza y adaptación) y los indicadores de resultado (“la maestría” en la obtención de nuevas capacidades para enfrentar la transición) (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

La teoría propuesta por Meleis permite un mayor conocimiento sobre las transiciones, sobre los factores que las facilitan o inhiben, y posibilita la aplicación de cuidados de enfermería más adecuados a cada persona. Así, y reconociendo la influencia que los perfiles de autocuidado pueden presentar sobre las transiciones como factor condicionante de las mismas, consideramos adecuado profundizar el tema y aumentar nuestro conocimiento sobre el mismo.

## 1.4. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL AUTOCUIDADO

Para planificar los cuidados enfermeros relativos al autocuidado, es necesario valorar los requisitos de autocuidado de cada persona.

La revisión bibliográfica sobre el tema nos demuestra que disponemos de diferentes instrumentos, desarrollados a lo largo de los años y basados sobre todo en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. En nuestra revisión, no hemos identificado ningún instrumento en castellano que permita identificar y evaluar el concepto de “perfil de autocuidado”.

### 1.4.1. Revisión de los Instrumentos de valoración del autocuidado

En 2003, Sidani realizó una revisión de los instrumentos creados para valorar el autocuidado, basados en la teoría de esta autora, desde el año 1979 al 2000. Identificó cinco instrumentos utilizados para medir el concepto de agencia de autocuidado y 32 que valoraban el concepto de comportamiento de autocuidado.

Muñoz-Mendonza y colaboradores, en 2005, realizarán una revisión de la literatura sobre los instrumentos de medición del autocuidado con una perspectiva más amplia, desde el año 1994 al 2003. Identificaran 27 instrumentos que miden el autocuidado y que se basan en la teoría social de Bandura, en la teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Orem y en la teoría del estrés y el

afrentamiento de Lazarus y Folkman (Munõz- Mendonza et al, 2005; Roldán-Merino, 2011).

En 2011, Roldán-Merino, también realizó una revisión sobre los instrumentos de valoración de los conceptos de autocuidado según la Teoría de D. Orem.

La tabla III presenta un resumen de los principales instrumentos de valoración del autocuidado resultantes de las revisiones bibliográficas realizadas por los autores referidos anteriormente.

Tabla III- Instrumentos de valoración del Autocuidado

<b>Instrumento</b>	<b>Población</b>	<b>Autor/ año</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Tipo de escala</b>
The exercise of Self-Care Agency (ESCA)	Adultos (alumnos de enfermería y psicología)	Kearne y Fleischner, 1979	-Autoestima -Respuesta activa hacia respuestas pasivas a situaciones -Conocimientos -Motivación	Likert
The Denyes Self-Care Agency instrument (DSCAI)	Niños y adolescentes	Denyés, 1980	-Capacidad para tomar decisiones -Valoración relativa de la salud -Conocimientos -Niveles de energía física -Sentimientos -Atención a la salud	Likert
The Denyes Self-Care Practice instrument (DSCPI)	Adolescentes saludables	Denyés, 1980	-Nutrición y salud -Descanso e interacción social	0 a 100
The perception of Self-Care Agency Questionnaire (PSCA)	Adultos	Hanson & Beckel, 1985	-Motivación -Capacidades cognitivas para tomar decisiones -Limitaciones cognitivas -Capacidad de movimiento -Repertorio de habilidades	Likert
The Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA)	Adultos > 65 años	Evers et al, 1986	-Combina el poder de los componentes de autocuidado con las capacidades de desempeñar productivamente operaciones de autocuidado	Likert
Dependent Care Agent Questionnaire	Cuidadores de niños, madres primerizas (padres de niños con cáncer y padres de niños saludables)	Moore JB, Gaffney y KF, 1989	-Requisitos de autocuidado -Responsabilidad social -Interacción social	Likert

Tabla III- Instrumentos de valoración del Autocuidado  
(continuación)

Instrumento	Población	Autor/ año	Dimensiones	Tipo de escala
Self-As-Carer Inventory (SCI)		Geden y Taylor, 1991	-Conocimiento de sí mismo -El juicio y decisiones que afectan la producción de autocuidado -Consciencia de sí mismo -Las habilidades físicas y satisfacción con las actividades del autocuidado	Likert
Self-Care of Older Persons Evaluation (SCOPE)	Personas mayores en rehabilitación	Dellasega & Clark, 1995)	-Dominios de autocuidado universales (alimentación, procesos de eliminación, actividad y descanso, baño, prevención de peligros e interacción social)	Likert
The mental Health-Related Self-Care Agency Scale (MH-SCA)	Mujeres adultas diagnosticadas de depresión	West y Isenberg, 1997	-La capacidad para mantener la atención -La vigilancia del ejercicio con respecto a uno mismo -Uso controlado de la energía disponible -Motivación -Capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de sí mismo -Capacidad para adquirir conocimiento técnicos -Repertorio de habilidades cognitivas y perceptivas -Capacidad para ordenar distintas acciones de autocuidado	Likert
Cuestionario basado en la Teoría de Orem de Clark	Adultos mayores	Clark, 1998	-Nutrición -Descanso -Sueño -Forma física -Actividad -Manejo del estrés -Apoyo social -Seguridad ambiental	Preg. abierta

Tabla III- Instrumentos de valoración del Autocuidado  
(continuación)

Instrumento	Población	Autor/ año	Dimensiones	Tipo de escala
			-Calidad de vida -Permanecer activo y independiente	
Self-Care of Home Dwelling Elderly (SCHDE)	Adultos mayores (> 75años)	Räsänen, Kyngäs y Backman, 2007	-Tipos/Perfil de autocuidado -Satisfacción con la vida -Autoestima -Capacidad Física	Likert
The Barnason Efficacy Expectation Scale (BEES)	Pacientes con injerto de bypass coronario	Barnason et al, 2002	-Funcionamiento físico -Funcionamiento psicosocial -Modificación de la dieta -Ejercicio y modificación de la actividad -Manejar autocuidado	The Barnason Efficacy and Expectation Scale (BEES)
Escala de requisitos de Autocuidado (ERA)	Personas con esquizofrenia	Roldan - Merino, 2011	-Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos -Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación -Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo -Mantenimiento de equilibrio entre la soledad y la interacción social -Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano -Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales	Likert

Sobre la valoración de los perfiles de autocuidado, el estudio de Räsänen, Kyngäs y Backman en 2007, que desarrolla el *Self-Care of Home Dwelling Elderly* (SCHDE) en su versión original (finlandesa), fue el único instrumento encontrado.

#### 1.4.2. El Self-Care of Home Dwelling Elderly

Como ya se ha comentado anteriormente, el SCHDE es un instrumento que permite evaluar el perfil de autocuidado de las personas mayores y los factores asociados que lo influyen.

El SCHDE (anexo I) tiene origen en Finlandia y su versión original fue desarrollada en ese mismo idioma. Fue creada por Räsänen, Kyngäs y Backman en 2007 y tiene por base la teoría de perfiles de autocuidado resultante de los estudios de Backman y Hentinen (1999, 2001) y Backman (2001). Consiste en una escala de Likert ordinal con 91 ítems en su totalidad. Es un cuestionario, formado por una parte inicial de descripción de los datos sociodemográficos del participante y por cinco subescalas que evalúan el perfil de autocuidado, la orientación para el autocuidado, la satisfacción con la vida, la autoestima y la capacidad funcional de los participantes (tabla IV).



Tabla IV: Subescalas del SCHDE

Subescalas	Nº ítems
Tipos de autocuidado	42 ítems
Orientación para el autocuidado	14 ítems
Satisfacción con la vida	5 ítems
Autoestima	10 ítems
Capacidad funcional	11 ítems

(Räsänen, Kyngäs y Backman, 2007)

Las subescalas de tipos de autocuidado y de orientación para el autocuidado poseen cinco opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo, parcialmente en desacuerdo, no aplicable, parcialmente de acuerdo y totalmente de acuerdo.

Las subescalas de satisfacción con la vida y de autoestima también presentan otras cinco opciones de respuesta: muy en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, ligeramente de acuerdo y totalmente de acuerdo. La primera fue desarrollada (traducida y adaptada al finlandés) teniendo por base la “*Satisfaction With Life Scale*” (SWLS) de Diener’s et al (1985). La subescala de autoestima fue creada, traduciendo y adaptando la “*Self-Esteem Scale*” de Rosenberg (1965) también al finlandés.

La subescala de capacidad funcional fue desarrollada teniendo como base estudios anteriores, realizados en Finlandia, que miden la capacidad funcional de las personas mayores. En esta subescala los participantes tenían tres opciones de respuesta: puedo manejar de forma independiente sin dificultades, puedo manejar

independientemente pero con dificultades, no puedo administrar de forma independiente.

En relación a las características psicométricas, en concreto la fiabilidad del instrumento original, se muestra en la Tabla V los valores del *Alpha de Cronbach* para cada subescala.

Tabla V: Coeficientes de *Alpha de Cronbach* del SCHDE original (finlandés)

<b>Categorías del instrumento</b>	<b>Numero de ítems</b>	<b><i>Alpha de Cronbach</i></b>
Tipos de autocuidado	42	0,72
Orientación para el autocuidado	14	0,82
Satisfacción con la vida	5	0,80
Autoestima	10	0,80
Capacidad funcional	11	0,90

(Räsänen, Kyngäs y Backman, 2007)

El instrumento original demostró tener buena fiabilidad debido a que los valores obtenidos variaban entre 0,72 y 0,90. Las escalas pueden ser utilizadas por separado ya que cada una posee su propio valor de *Alpha de Cronbach*.

Otros estudios han sido realizados posteriormente en Eslovenia (Zeleznik, 2007) y nuevamente en Finlandia (Räsänen et al, 2016) usando el SCHDE.

En 2007, Danika Zelznick, en su investigación realizó un estudio sobre el autocuidado de las personas mayores en Eslovenia, y utilizó, por primera vez, el instrumento creado por Räsänen, Kyngäs y Backman en 2007. Para su estudio, ella y las autoras tradujeron y validaron el instrumento al inglés, aplicando el cuestionario a 302 personas en Eslovenia, con edades superiores a 75 años.

En relación a la consistencia interna y fiabilidad del instrumento en inglés esta fue obtenida a través del cálculo del *Alpha de Cronbach* (tabla VI).

Tabla VI: Coeficientes de *Alpha de Cronbach* del instrumento inglés

<b>Categorías del instrumento</b>	<b>del</b>	<b>Numero de ítems</b>	<b><i>Alpha de Cronbach</i></b>
Tipos de autocuidado		42	0,75
Orientación para el autocuidado		14	0,60
Satisfacción con la vida		5	0,84
Autoestima		10	0,75
Capacidad funcional		11	0,95

(Zeleznick, 2007)

Esos valores varían entre 0,60 – 0,95, demostrando tener buena consistencia interna y fiabilidad el instrumento final en inglés. Los resultados obtenidos fueron similares a los obtenidos en los estudios originales (Zelznick, 2007). La versión inglesa del instrumento (obtenida en el estudio de Zeleznick de adaptación y

validación al inglés de la escala) es la que sirve de base para la presente investigación, a partir de la sugerencia de las autoras, cuando se contactó con ellas para solicitar los permisos que se detallan en el apartado de metodología.

Räsänen (2016), en su investigación, volvió a aplicar el SCHDE (versión original) en Finlandia pero a una muestra más numerosa de participantes (n=180), tal como fue sugerido por Backman y Hentinen (2001). Este nuevo estudio pretendía verificar la existencia de posibles alteraciones en los resultados; sin embargo, los resultados obtenidos también fueron similares a los estudios originales. Los valores de *Alpha de Cronbach* obtenidos por Räsänen (2016) variaron entre 0,66 y 0,89 (Räsänen et al, 2014; Räsänen, 2016)

A continuación se presenta una tabla resumen de los estudios realizados utilizando la versión original del SCHDE (tabla VII).

Tabla VII – Estudios realizados con el SCHDE

<b>Autor (Año)</b>	<b>País y muestra (n)</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
Zeleznick, 2007	Eslovenia (n=302)	-Tipos de autocuidado -Orientación para el autocuidado -Satisfacción con la vida -Autoestima -Capacidad funcional	0,60 – 0,95
Rasanen, 2016	Finlandia n=180	-Tipos de autocuidado -Orientación para el autocuidado -Satisfacción con la vida -Autoestima -Capacidad funcional	0,66 – 0,89

Teniendo en cuenta lo referenciado anteriormente, es importante referir que en esta investigación, solamente utilizaremos la subescala de Tipos de Autocuidado ya que pretendemos adaptar y validar esta subescala al castellano para identificar el perfil de autocuidado de la población. Esto permitirá aumentar el conocimiento sobre el perfil de la población, adaptar los cuidados de enfermería, personalizarlos y adecuarlos para facilitar las transiciones de las personas durante todas las etapas de su vida.

La subescala posee 42 ítems, con una puntuación tipos Likert de 1 a 5, y las respuestas corresponden respectivamente a: totalmente en desacuerdo, parcialmente en desacuerdo, no aplicable, parcialmente de acuerdo y totalmente de acuerdo.

Los ítems de esta subescala asientan, como nos refiere la teoría, en la historia de vida de la persona, la aceptación del futuro y del envejecimiento, la gestión de la medicación y en las tareas de la vida diaria.



## **2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**





## 2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las experiencias vividas con mis pacientes en mi trabajo diario como enfermera asistencial en el ámbito geriátrico, así como mis experiencias personales con familiares y amigos de avanzada edad, me han despertado un creciente interés sobre el autocuidado de las personas mayores y me han hecho reflexionar sobre mi práctica profesional.

Como enfermeros nuestra práctica clínica está basada en conocimientos técnicos y científicos pero es nuestra capacidad empática y humana la que personaliza y adapta los cuidados a cada persona, convirtiéndolos en cuidados de enfermería.

En capítulos anteriores ya destacamos que la teoría de las transiciones de Meleis demuestra cómo cada persona vive sus experiencias de manera distinta, y que el perfil de autocuidado es un factor condicionante en el proceso de transición de cada persona.

También la revisión bibliográfica realizada sobre el tema del autocuidado demostró que existen diversos instrumentos en España que valoran varias dimensiones del autocuidado en personas de diferentes franjas de edad, pero sobre el “concepto de perfil de autocuidado” en personas mayores no se ha encontrado ningún instrumento específico que lo evalúe.

Así, reconociendo la influencia que los perfiles de autocuidado pueden presentar sobre las transiciones, y teniendo presente que en España faltan instrumentos que permitan identificar y evaluar el concepto de “perfil de autocuidado” durante la práctica clínica, consideramos adecuado profundizar en el tema, ampliar

nuestro conocimiento sobre el mismo y, adaptar y validar al castellano la subescala de Tipos de Autocuidado del SCHDE para poder ser usado en países de habla hispana. Se ha decidido utilizar solamente esta subescala una vez que, como referido anteriormente, todas las subescalas del instrumento original son independientes y poseen su propio valor de *Alpha de Cronbach*. Se utiliza la versión en inglés como sugerencia de las autoras del instrumento original.

De esta manera dispondremos de un instrumento fiable para evaluar los perfiles de autocuidado, lo que nos permitirá valorar las necesidades de las personas mayores, para atenderlas y ofrecerles unos cuidados de mayor calidad y seguridad, y así poder facilitarles las transiciones que ocurren en esta etapa de su vida.

### **3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**



### 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

#### 3.1. OBJETIVOS

##### 3.1.1. Objetivo General

La presente investigación pretende **adaptar transculturalmente y validar la subescala de Tipos de Autocuidado del cuestionario Self-Care of Home Dwelling Elderly al castellano.**

##### 3.1.2. Objetivos Específicos

Teniendo en cuenta el objetivo general de la investigación, los objetivos específicos para este estudio fueron:

1. Realizar una adaptación transcultural de la subescala de Tipos de Autocuidado del Self- Care of Home Dwelling Elderly.
2. Analizar la validez de la versión castellana de la subescala de Tipos de Autocuidado del Self- Care of Home Dwelling Elderly en relación al constructo y la validez convergente-discriminante.
3. Analizar la fiabilidad de la versión castellana de la subescala de Tipos de Autocuidado del Self- Care of

Home Dwelling Elderly en términos de consistencia interna y estabilidad temporal.

4. Describir las variables sociodemográficas de los participantes del estudio.
5. Baremar la subescala de Tipos de Autocuidado según la teoría de Backman y Hentinem para personas mayores según el género.

### 3.2. HIPÓTESIS

Las hipótesis definidas para la investigación son las siguientes:

- La versión castellana de la subescala Tipos de Autocuidado del Self Care of Home Dwelling Elderly presenta una consistencia interna similar al instrumento validado al original.
  
- La versión castellana de la subescala Tipos de Autocuidado del Self Care of Home Dwelling Elderly presenta una estabilidad temporal superior al 70%.





## **4. METODOLOGÍA**



## **4. METODOLOGÍA**

El capítulo actual tiene como objetivo la descripción de los materiales y métodos utilizados para el desarrollo de la investigación. Se inicia con la definición del tipo de estudio y todas las cuestiones relacionadas con el diseño del estudio. Después sigue la descripción de los aspectos relacionados con la recogida y análisis de los datos.

### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

El estudio realizado es un estudio de carácter métrico que se incluye en un paradigma de investigación cuantitativa. Se ha desarrollado en dos fases.

La primera fase corresponde al proceso de adaptación transcultural al castellano de la subescala de Tipos de Autocuidado del SCHDE.

La segunda fase ha sido la validación de la subescala de Tipos de Autocuidado del SCHDE. Análisis métrico.

### **4.2. CONTEXTO DEL ESTUDIO**

La empresa Mutua de Terrassa es una mutua de previsión social que ha creado la Fundación Vallparadís con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas. Esta empresa actúa tanto a nivel público (concertado) como a nivel privado.

Actualmente, en lo que se refiere a la atención a las personas mayores, la Fundación gestiona 10 centros: 7 residencias y centros de día y 3 centros de día en Cataluña:

Centros gestionados:

- L'Ametlla: Residencia y centro de día para personas mayores, socio sanitario, larga estancia
- Baix Camp: Residencia y centro de día para personas mayores
- Ca n'Anglada: Centro de día para personas mayores
- Falguera: Residencia y centro de día para personas mayores
- Móra la Nova: Residencia y centro de día para personas mayores
- Poblenou: Residencia y centro de día para personas mayores
- Les Arenes: Centro de día para personas mayores
- Residencia Tursia: Residencia y centro de día para personas mayores de titularidad municipal
- Roureda: Centro de día para personas mayores
- Residencia Horta: Residencia y centro de día para personas mayores

Dispone de un total de 481 plazas de residentes y 246 plazas de centro de día.

Además, para poder obtener un mayor tamaño muestral, una vez iniciada la investigación se amplió el contexto del estudio y se

decidió incorporar los usuarios del CAP de Cambrils, gestionado por el Grupo Sagessa, en la provincia de Tarragona.

#### 4.3. POBLACIÓN/ MUESTRA

La población estudiada han sido los 481 residentes y 246 usuarios de centro de día de los centros gestionados por la empresa Mutua de Terrassa – Fundación Vallparadís y las personas que acuden al CAP de Cambrils, que cumplían los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Edad superior a 75 años;
- Ausencia de graves problemas auditivos que dificulten la audición y comprensión del cuestionario;
- Hablar y/o entender castellano;
- Aceptar participar voluntariamente en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Que presenten un GDS (Escala de Deterioro Global de Reisberg) superior a 3

#### 4.3.1. Tipo de muestreo

Se ha realizado un muestreo no probabilístico intencional, donde se ha seleccionado una muestra de la población accesible mediante un muestreo consecutivo de las personas que cumplían los criterios de inclusión, hasta completar el tamaño de la muestra necesario.

#### 4.3.2. Calculo del tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se han utilizado las normativas de Norman y Streiner, que consideran que la misma debe ser entre 5 y 20 participantes por cada ítem que forma parte de la subescala (Norman & Streiner, 1996; Streiner 2003). En este estudio como debido al número de ítems que configuran la escala inicial se acordó incluir a cinco participantes por cada ítem. Así, en el presente estudio, fue necesaria una muestra mínima de 210 personas, ya que la escala está formada por 42 ítems.

### 4.4. VARIABLES

Las variables del estudio se dividen en dos categorías: las variables sociodemográficas y clínicas de los participantes y las variables relacionadas con el perfil de autocuidado.

- Variables socio demográficas y clínicas
  - **Centro**

- **Género** – Masculino o Femenino
- **Edad** – Años en el momento del estudio
- **Tiempo de ingreso en el centro** – En meses en el momento del estudio
- **Estado civil** – Soltero, Viudo, Casado o Divorciado
- **Educación** – Sin estudios, Estudios primarios, Estudios secundarios o Universitario
- **Convivencia** – Residencia, centro de día o domicilio
- **Motivo de la atención** – claudicación familiar, problemática social, aspectos de salud o otros
- **Índice de Barthel**- de 0 a 100

➤ **Variables relacionadas con el Perfil de Autocuidado identificadas en la versión inglesa.**

- Autocuidado Responsable
- Autocuidado Formalmente Guiado
- Autocuidado Independiente
- Autocuidado de Abandono.

#### 4.5. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

El instrumento de recogida de datos está formado por dos apartados, uno contiene las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra y el otro corresponde a los ítems de la subescala de Tipos de Autocuidado del SCHDE. Ambos se describen a continuación.



#### 4.5.1. Formulario de recogida de datos sociodemográficos y clínicos

Para recoger las variables que hacen referencia a las características sociodemográficas y clínicas de la muestra, se construyó un formulario que se adjunta en el anexo II.

Se han recogido datos sobre el centro donde se encuentra el participante, el género, la edad, los meses que lleva ingresado en el centro, el nivel de educación, la convivencia que tiene, los motivos que lo llevarán a ingresar en el centro y el valor del Índice de Barthel (indicativo de la capacidad funcional del participante) que presentaba en la entrevista.

#### 4.5.2. Subescala de Tipos de Autocuidado del SCHDE

La subescala que en esta investigación se adapta y valida, es la versión inglesa de la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE. Está formada originalmente por 42 ítems que se fundamentan, como nos refiere la teoría, en la historia de vida de la persona, la aceptación del futuro y del envejecimiento, la gestión de la medicación y en las tareas de la vida diaria.

Cada ítem se evalúa mediante una escala tipo Likert con puntuaciones que oscilan entre 1 y 5, y las respuestas corresponden respectivamente a: totalmente en desacuerdo, parcialmente en desacuerdo, no aplicable, parcialmente de acuerdo y totalmente de

acuerdo. Estos ítems se agrupan en cuatro dimensiones según el tipo de autocuidado.

La distribución de los ítems según el Tipo de Autocuidado se muestra en la tabla VIII. Esta distribución ha sido realizada teniendo en cuenta la interpretación de expertos sobre el tema.

Tabla VIII: Distribución de ítems según el Tipo de Autocuidado

<b>Dimensiones</b>	<b>Ítems</b>
<b>Autocuidado Responsable</b>	4*,8,10,13,14,15,16,26,27,28,29,30,40
<b>Autocuidado Formalmente Guiado</b>	1*,2*,3*,18,19,22,32*,33,34*,35*
<b>Autocuidado Independiente</b>	5,9,11,17,20*,21*,23,24,31*,36,38,39*
<b>Autocuidado de Abandono</b>	6*,7*,12*,25,37*,41*,42*

\*ítems invertidos

Las propiedades métricas de esta subescala se han analizado en diferentes estudios de validación y en diferentes idiomas. Además de los dos estudios referenciados anteriormente (Zeleznick, 2007 y Rasanen, 2016), otros tres estudios fueron realizados en Portugal, pero utilizando solamente la subescala de Tipos de Autocuidado: Sequeira (2011), Rodrigues (2011) y Mota (2011).

En el estudio realizado por Sequeira (2011), en la Universidad Católica Portuguesa, se adaptó al portugués la subescala de los Tipos de Autocuidado del SCHDE. Se aplicó el

cuestionario adaptado a 112 participantes con más de 18 años, inscritos en la Unidad de Salud Familiar de Valadares. Se comprobó la fiabilidad obteniendo un *Alpha de Cronbach* de 0,63 para esa subescala.

Rodrigues (2011) y Mota (2011) en sus estudios, utilizaron la versión portuguesa de la subescala Tipos de autocuidado desarrollada por Sequeira (2011) y la aplicaron, respectivamente, a 161 participantes con más de 18 años e ingresados en la planta de medicina de un Hospital en Oporto (Portugal) y a 100 participantes con más de 18 años y sometidos a un trasplante hepático hacía más de seis meses y seguidos en consultas de control de un Hospital central en Oporto. El valor de *Alpha de Cronbach* obtenido en cada una de esas investigaciones fue de 0,48 y 0,64, respectivamente.

Los tres estudios portugueses referenciados anteriormente, están incluidos dentro de una investigación más amplia, que actualmente se encuentra en desarrollo, de adaptación y validación de la subescala de los Tipos de Autocuidado en ese país, y que está pendiente de publicar los resultados. En el momento de realizar esta investigación no hemos podido tener acceso a los mismos.

En la tabla IX se presenta un resumen de los estudios realizados utilizando la subescala de Tipos de Autocuidado.

Tabla IX: Estudios realizados con la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE

<b>Autor (Año)</b>	<b>País y muestra (n)</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
Sequeira, 2011	Portugal (n=112)	Tipos de autocuidado	0,63
Rodrigues, 2011	Portugal (n=161)	Tipos de autocuidado	0,48
Mota, 2011	Portugal (n=100)	Tipos de autocuidado	0,64

Fuente: elaboración propia

#### 4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Los principios éticos son muy importantes en cualquier investigación, ya que son estos los que permiten proteger a las personas que participan en el estudio científico, así como garantizar que el estudio es sólido ante la mirada ética y moral.

Así, y antes de cualquier otra consideración, se obtuvo la autorización de las autoras de la escala para su utilización (anexo III). Fueron las propias autoras que sugirieron utilizar la versión inglesa del cuestionario SCHDE.

En esta investigación se obtuvo la autorización del comité de ética de la institución Mutua de Terrassa – Fundación Vallparadís (anexo IV), a quien pertenecen los centros donde se ha realizado la recogida de datos y la autorización de los responsables del CAP de Cambrils (anexo V).

Posteriormente para la obtención del consentimiento de los participantes se han tenido en cuenta los aspectos indicados a continuación:

### **Evaluación riesgo beneficio**

El estudio realizado no suponía ningún riesgo para los participantes. La única incomodidad identificada fue el hecho de que los participantes deberían disponer de 40 minutos de su tiempo para contestar a los ítems del cuestionario, lo que podría provocar alguna alteración en su rutina diaria.

### **Consentimiento informado**

A cada participante se entregó el documento de Consentimiento Informado que contenía la información relevante y necesaria para que el participante pudiera decidir sobre su participación en el estudio (anexo VI). En todo el momento se ha asegurado el anonimato y confidencialidad de los datos recogidos.

Los enfermeros y/o psicólogos que colaboraran en la recogida de datos han informado los participantes del carácter voluntario de su participación, explicando que se podían retirar del estudio en cualquier momento si fuera esa su voluntad, y les han referido que la misma no suponía ninguna alteración en los cuidados recibidos. Los colaboradores han contestado a sus dudas y preguntas y, según la normativa vigente, han obtenido el consentimiento por escrito.

## **Confidencialidad de los datos**

Con el objetivo de garantizar la confidencialidad de los datos del estudio, solamente la investigadora principal y colaboradores de la recogida de datos han tenido acceso a los mismos.

Los datos han sido introducidos en un documento, que se trató según lo dispuesto en la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, exclusivamente para el desarrollo y finalidad del estudio. La identificación de los participantes se ha realizado mediante la atribución de un código de identificación donde no constaba ni el nombre ni ningún dato de carácter personal.

Durante la realización de la investigación se ha garantizado la responsabilidad personal y profesional, de manera a que los sentimientos y valores de los investigadores no influenciasen en la objetividad de la investigación para que los resultados obtenidos fuesen válidos y fidedignos.

### **4.7. DESARROLLO DEL ESTUDIO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Como ya se ha comentado anteriormente, la presente investigación se ha dividido en dos fases que seguidamente serán explicadas, así como el análisis estadístico realizado en cada una.

#### 4.7.1. **1ª Fase:** Proceso de adaptación transcultural al castellano de la subescala de Tipos de Autocuidado del SCHDE

Para realizar la adaptación transcultural de la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE, y después de haber obtenido la autorización de los autores del SCHDE (anexo III) para la utilización del cuestionario, se ha procedido a la traducción de la subescala del inglés al castellano, siguiendo las directrices del *International Test Commission* descritas por Muñiz y colaboradores (2013) (Tabla X).

Tabla X: Directrices de la Comisión Internacional de Tests para la traducción y adaptación de los tests

<p><b>1. Directrices previas</b></p> <p>DP1. Antes de comenzar con la adaptación hay que obtener los permisos pertinentes de quien ostente los derechos de propiedad intelectual del test.</p> <p>DP2. Cumplir con las leyes y prácticas profesionales relativas al uso de tests que estén vigentes en el país o países implicados.</p> <p>DP3. Seleccionar el diseño de adaptación de tests más adecuado.</p> <p>DP4. Evaluar la relevancia del constructo o constructos medidos por el test en las poblaciones de interés.</p> <p>DP5. Evaluar la influencia de cualquier diferencia cultural o lingüística en las poblaciones de interés que sea relevante para el test a adaptar.</p>
<p><b>2. Directrices de desarrollo</b></p> <p>DD1. Asegurarse, mediante la selección de expertos cualificados, de que el proceso de adaptación tiene en cuenta las diferencias lingüísticas, psicológicas y culturales entre las poblaciones de interés.</p> <p>DD2. Utilizar diseños y procedimientos racionales apropiados para asegurar la adecuación de la adaptación del test a la población a la que va dirigido.</p> <p>DD3. Ofrecer información y evidencias que garanticen que las instrucciones del test y el contenido de los ítems tienen un significado similar en todas las poblaciones a las que va dirigido el test.</p> <p>DD4. Ofrecer información y evidencias que garanticen que el formato de los ítems, las escalas de respuesta, las reglas de corrección, las convenciones utilizadas, las formas de aplicación y demás aspectos son adecuados para todas las poblaciones de interés.</p> <p>DD5. Recoger datos mediante estudios piloto sobre el test adaptado, y efectuar análisis de ítems y estudios de fiabilidad y validación que sirvan de base para llevar a cabo las revisiones necesarias y adoptar decisiones sobre la validez del test adaptado.</p>
<p><b>3. Directrices de confirmación</b></p> <p>DC1. Definir las características de la muestra que sean pertinentes para el uso del test, y seleccionar un tamaño de muestra suficiente que sea adecuado para las exigencias de los análisis empíricos.</p> <p>DC2. Ofrecer información empírica pertinente sobre la equivalencia del constructo, equivalencia del método y equivalencia entre los</p>



Tabla X: Directrices de la Comisión Internacional de Tests para la traducción y adaptación de los tests (continuación)

<p>ítems en todas las poblaciones implicadas.</p> <p>DC3. Recoger información y evidencias sobre la fiabilidad y la validez de la versión adaptada del test en las poblaciones implicadas.</p> <p>DC4. Establecer el nivel de comparabilidad entre las puntuaciones de distintas poblaciones por medio de análisis de datos o diseños de equiparación adecuados.</p>
<p><b>4. Directrices sobre la aplicación</b></p> <p>DA1. Preparar los materiales y las instrucciones para la aplicación de modo que minimicen cualquier diferencia cultural y lingüística que pueda ser debida a los procedimientos de aplicación y a los formatos de respuesta, y que puedan afectar a la validez de las inferencias derivadas de las puntuaciones.</p> <p>DA2. Especificar las condiciones de aplicación del test que deben seguirse en todas las poblaciones a las que va dirigido.</p>
<p><b>5. Directrices sobre puntuación e interpretación</b></p> <p>DPI1. Interpretar las diferencias de las puntuaciones entre los grupos teniendo en cuenta la información demográfica pertinente.</p> <p>DPI2. Comparar las puntuaciones entre poblaciones únicamente en el nivel de invarianza establecida para la escala de puntuación utilizada en las comparaciones.</p>
<p><b>6. Directrices sobre la documentación</b></p> <p>DC1. Proporcionar documentación técnica que recoja cualquier cambio en el test adaptado, incluyendo la información y las evidencias sobre la equivalencia entre las versiones adaptadas.</p> <p>DC2. Proporcionar documentación a los usuarios con el fin de garantizar un uso correcto del test adaptado en la población a la que va dirigido.</p>

(Muñiz y colaboradores, 2013)

## Traducción

El proceso de traducción se ha realizado a partir de la versión en inglés, que ya se encontraba validado en ese idioma. Recordamos que la versión original era finlandesa, pero, por

sugerencia de las propias autoras, se ha utilizado esta versión para el proceso de adaptación como ya se ha comentado con anterioridad.

Se realizaron dos traducciones independientes del inglés al castellano por traductores bilingües. Las mismas fueron revisadas por un comité donde se incluyeron especialistas en el campo de evaluación, que revisaron la equivalencia semántica (Carvajal et al, 2011; Pedro-Gómez et al, 2011; Muñiz et al, 2013). De esta manera se obtuvo, así, una versión en castellano de la subescala Tipos de Autocuidado de SCHDE – versión 1.

### **Retrotraducción**

La versión 1 fue retrotraducida, del castellano al inglés, por dos traductores expertos en estos idiomas. Las versiones obtenidas fueron comparadas entre sí y se han consensuado criterios entre traductores e investigadora hasta obtener la versión 2.

A continuación, esta versión fue comparada con la original, nuevamente por un grupo de especialistas e investigadora para clarificar y perfeccionar conceptos surgiendo así la versión 3 de la subescala designada por versión castellana de la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE (Carvajal et al, 2011; Pedro-Gómez et al, 2011; Muñiz et al, 2013).

### **Prueba piloto**

Las pruebas piloto permiten al investigador obtener datos sobre la comprensión de los ítems, sobre posibles errores de

contenido, sobre el tiempo necesario para la ejecución del cuestionario y sobre la reacción de los participantes durante la prueba (Carvajal et al, 2011; Pedro-Gómez et al, 2011; Muñiz et al, 2013).

La versión en castellano de la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE, junto al formulario de datos sociodemográficos y el consentimiento informado, fue aplicada a siete personas mayores que cumplían los criterios de inclusión. Al acabar de realizar la prueba los participantes fueron entrevistados con el objetivo que realizasen comentarios y observaciones sobre la escala, los ítems, su comprensión y relevancia. El tiempo de aplicación del cuestionario también fue calculado en minutos.

#### 4.7.2. **2ª Fase:** Análisis de las propiedades métricas de la subescala Tipos de Autocuidado de SCHDE

Con la versión final resultante del proceso de adaptación se realizó la validación comprobando sus propiedades psicométricas (Carvajal et al, 2011; Muñiz et al, 2013).

El análisis métrico y estadístico de esta fase, se ha realizado utilizando los programas informáticos SPSS versión 23.0 y el EQS versión 6.1 Han sido aplicados todos los procedimientos y tests adecuados a las variables del estudio y al tipo de muestreo y también se han seguido las estrategias de análisis estadístico que se han realizado en estudios anteriores, para poder comparar los resultados con estos estudios.

## **Proceso de recogida de datos**

Se incorporaron en el estudio todos los sujetos que estaban ingresados o acudieron a los centros y al CAP de Cambrils y que cumplían con los criterios de inclusión. La realización de estas entrevistas se llevó a cabo en los centros o residencias, en el CAP o en el domicilio de la persona, previo contacto telefónico.

A los sujetos seleccionados se les informó sobre el estudio y se les solicitó su participación en el mismo. A todos aquellos que aceptaron participar voluntariamente se les pidió la firma del consentimiento informado para poder suministrarles los cuestionarios.

La primera aplicación del cuestionario fue realizada por los enfermeros y/o psicólogos del centro, que aceptaron participar en el proceso de recogida de datos. En algunos centros esta colaboración no ha sido posible, por lo que la aplicación ha sido realizada por la propia investigadora.

En un segundo momento, el cuestionario fue administrado por la investigadora principal del estudio a los usuarios dispuestos a volver a participar (algunos no querían, otros habían fallecido y otros ya no se encontraban en condiciones cognitivas para su realización) con el objetivo de realizar el retest y obtener datos sobre la concordancia inter-observador.

Los participantes se reclutaron de forma consecutiva hasta completar el tamaño total de la muestra.

## **Análisis estadístico**

### **4.7.2.1. Características psicométricas**

#### **4.7.2.1.1. Análisis de la validez**

La validez de la subescala consiste en verificar si mide lo que tiene que medir (Fortin, 2000; Hill & Hill, 2000; LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Polit, Beck & Hungler, 2004; Carvajal et al., 2011).

Para evaluar la validez de la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE, se ha verificado la validez de constructo y la validez convergente-discriminante.

#### **Validez de constructo**

La validez de constructo está directamente relacionada con la validez de contenido, necesitando que exista una estructura teórica que defina/delimita el concepto. Se ha intentado comprender si los resultados prácticos de la utilización del instrumento corresponden a las expectativas de la teoría de base del mismo instrumento (Fortin, 2000; Carvajal et al, 2011).

La validez de constructo se ha evaluado realizando un análisis factorial confirmatorio una vez que se trata de un instrumento adaptado (Carretero-Dios & Pérez, 2005; Carvajal et al, 2011).

*“El AFC es una técnica basada en el análisis de estructuras de covarianzas, que tiene como objetivo determinar si un modelo de medida especificado por el investigador, basándose en hipótesis teóricas o en un análisis factorial exploratorio (AFE) previo, es consistente con la realidad (Rial, Varela, Abalo, & Lévy, 2006). En el AFC se pone a prueba la hipótesis de que un determinado constructo está compuesto por un conjunto de dimensiones o factores latentes que lo definen. Los modelos de AFC permiten contrastar la validez ajustando un modelo que la asuma y diagnosticando su bondad de ajuste (validación de constructo). En este modelo, cada ítem satura únicamente sobre el factor-dimensión del que se supone que constituye un indicador válido” (Roldán Merino, 2011, p. 117).*

#### Estimación de los parámetros

La estimación de los parámetros de modelos se calculó con el método de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS). *“Este método tiene las mismas propiedades que el método de máxima verosimilitud, aunque bajas consideraciones de normalidad multivariable menos rigurosas, utilizándose sobre todo para los ítems de nivel de medida ordinal” (Roldán Merino, 2011, p. 125).*

#### Evaluación del ajuste de modelo

Según Bollen y Long (1993) existen diferentes medidas que permiten determinar la bondad de ajuste de un modelo.

Tradicionalmente se utiliza la prueba del Chi- cuadrado como indicador de ajuste de modelo para así determinar la bondad

de ajuste. Sin embargo este indicador es muy sensible al tamaño muestral, por lo que actualmente se recomienda la evaluación de tres tipologías de índice de ajuste global (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

En esta investigación se calcularon las siguientes medidas:

**-Índices de ajuste absoluto:** determinan el grado de exactitud en que un modelo hipotetizado predice, satisfactoriamente, a partir de los parámetros estimados, la matriz de correlaciones observadas (Roldán Merino, 2011; Berenguer-Poblet, 2014). En este estudio se utilizó el índice GFI (*Goodness-of-fit Index*), el RMSEA (*Root Mean Square Error of Aproximation*) y el SRMS (*Standardized Root Mean Square Residual*). El GFI varía entre 0 y 1 y se consideran como modelos adecuados lo que presentan un índice de GFI próximo a 0,90 (Browne & Cudeck, 1993). El RMSEA es considerado óptimo cuando presenta valor entre 0 y 0,05 y aceptable cuando los valores varían entre 0,05 y 0,08 (Bollen & Long, 1993; Lévy & Varela, 2006). El índice SRMS es considerado aceptable cuando el valor es menor de 0,08 (Lévy & Varela, 2006).

**-Índice de ajuste incremental:** comparan el ajuste global del modelo analizado con uno de referencia, normalmente nulo, que no posee ninguna relación entre las variables. Para la presente investigación se ha utilizado el índice AGFI (*Adjusted Goodness-of-fit Index*), el índice BBNFI (*Bentler Bonnet Normed Fit Index*) y el BBNNFI (*Bentler Bonnet Non Normed Fit Index*). Los índices

referidos oscilan entre 0 y 1 y se consideran como modelos adecuados los que tienen un índice próximo a 0,90 y un ajuste perfecto cuando su valor es 1 (Lévy & Varela, 2006).

**-Índice de parsimonia:** relacionan el ajuste de modelo con el número de coeficientes necesarios para conseguir el nivel de ajuste. En esta investigación se ha calculado la Chi-cuadrado normalizada, definida como el ratio entre el valor de Chi-cuadrado y el número de grados de libertad. Valores entre 2 y 6 son aceptables, considerándose un buen indicador si el valor oscila entre 1 y 3 (Rial et al, 2006; Berenguer-Poblet, 2014).

### **Validez convergente- discriminante**

La validez convergente se establece para examinar la correlación entre una medida y otra que se cree estar relacionada.

La validez discriminante está relacionada con la capacidad que una escala tiene para distinguir entre diferentes subgrupos.

En esta investigación se estudió la validez convergente-discriminante a través del análisis de la correlación de la subescala Tipos de Autocuidado. Para eso se calculó el coeficiente de Pearson entre las diferentes dimensiones de la subescala y también entre el resultado de cada dimensión y la subescala total. Se ha partido de la hipótesis que la correlación entre cada dimensión y la subescala total debe ser más fuerte que la correlación entre las diferentes dimensiones (Fayers & Machin, 2000).



#### 4.7.2.1.2. Análisis de la fiabilidad

La fiabilidad se refiere a la estabilidad de la medida cuando la misma se repite en varias ocasiones (Badia, Alonso & Caballero, 2007; Carvajal et al, 2011).

La fiabilidad se ha evaluado comprobando la consistencia interna del instrumento y calculando la estabilidad temporal del instrumento.

#### Consistencia Interna

La consistencia interna de un instrumento se refiere al nivel de correlación que hay entre los ítems de la escala (Oviedo & Campo-Arias, 2005). Se calculó con el índice de *Alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ).

Los valores del *Alfa de Cronbach* están comprendidos entre 0 y 1, aceptando que el valor ha de ser igual o superior a 0,7 para considerar que un instrumento tiene una buena consistencia interna. De acuerdo con Hill & Hill (2000) un  $\alpha$  menor que 0,6 es “inaceptable” para cualquier instrumento. Por otro lado, Oviedo y Campo-Arias también defienden que un  $\alpha$  superior a 0.9 indican una redundancia o duplicación de los ítems. A más, para instrumentos formados por más de 20 ítems, es recomendable calcular este valor para las diferentes subescalas que forman la escala total (Oviedo & Campo-Arias, 2005).

Así, para la subescala de Tipos de Autocuidado se ha realizado un análisis de la consistencia interna mediante el

coeficiente *Alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ), tanto para la totalidad de la escala como para cada una de las dimensiones.

También se ha calculado el coeficiente de homogeneidad de los ítems corregidos, estimando las correlaciones de cada uno de los ítems con la subescala total y con cada una de sus dimensiones correspondientes y se ha aceptado como valor mínimo una correlación de 0,20 (Clark & Watson, 1995).

### **Estabilidad temporal test-retest**

La fiabilidad del test-retest se obtiene después de aplicar el cuestionario dos veces, a las mismas personas, en un tiempo limitado. El objetivo es valorar la capacidad de la subescala de reproducir resultados similares en condiciones idénticas (Cardoso et al., 2010).

Se ha evaluado la estabilidad temporal estudiando la concordancia inter-observador mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclase (CCI). Se ha establecido un intervalo de confianza de 95%. Los valores del CCI están comprendidos entre 0 y 1 aceptando que el valor ha de ser superior o igual a 0,7 para considerar que hay una buena concordancia (Streiner, 2003 Streiner & Kottner, 2014). La tabla XI presenta los valores para interpretación del CCI.

Tabla XI: Interpretación de CCI (adaptado de Fleiss, 1981)

<b>Concordancia</b>	<b>Valores CCI</b>
Muy Buena	> 0,90
Buena	Entre 0,70 y 0,90
Moderada	Entre 0,51 y 0,70
Mediocre	Entre 0,31 y 0,50
Nula	< 0,31

Se estimó que se necesitaba una administración completa del cuestionario como mínimo a 100 usuarios, de diferentes centros de atención, en dos ocasiones (test-retest) para detectar un coeficiente de correlación intraclase (CCI) superior o igual a 0,70 (Streiner, 2003) entre ambas administraciones, considerando un valor alfa de 0,05 y una potencia del 80% en un contraste bilateral (Zou, 2012).

Adicionalmente, se ha calculado el coeficiente de correlación de Pearson, que mide el grado en que un conjunto de puntos, en un diagrama de dispersión, se acerca a la situación donde todos están sobre una línea recta (Szklo & Nieto, 2003).

Sin embargo, esta medida es poco apropiada y se debe utilizar con cautela una vez que presenta algunas limitaciones: es sensible a la presencia de factores externos y no es sensible a diferencias sistemáticas entre dos medidas.

Como información adicional al CCI, también se realizó el análisis de las diferencias individuales de Bland y Altman (2010), construyendo los límites de concordancia a través del cálculo de la media y de la desviación estándar (DE) de la diferencia entre dos

medidas. La mayoría de las diferencias, siguen una distribución normal si se localizan entre la media y dos DE de la variable de diferencia.

Para realizar este método, se construye una gráfica donde el eje de ordenadas (y) representa la diferencia entre las dos medidas y el eje de abscisas (x) representa la media de ambas mediciones. Así, se puede observar si la magnitud de las diferencias entre las medidas es similar para todos los valores de las variables o si las diferencias entre las medidas son mayores a medida que aumenta el valor de la variable. En el caso que las diferencias no se alteren según los valores de la variable, se analizan las diferencias individuales calculando los límites de concordancia, realizando un gráfico que nos permite evaluar la magnitud del desacuerdo.

Como complemento al método de Bland y Altman, varios autores sugieren otras alternativas para el cálculo de la concordancia de variables cuantitativas, por lo que se ha considerado adecuado calcular también en este estudio (Luiz et al, 2003). La propuesta más reciente consiste en la construcción gráficos de acuerdo-supervivencia, que expresan el grado de concordancia como función de las diferencias absolutas entre medidas. Se construye una gráfica similar a las curvas de Kaplan-Meier y en el eje de ordenadas (y) se representan la proporción de casos y el eje de abscisas (x) se representan las diferencias absolutas en las mediciones. Así, el grado de acuerdo para cada diferencia absoluta se calcula como la distancia entre la curva y el límite superior del eje de ordenadas (Martínez-González, Sánchez-Villegas & Faulin-Fajardo, 2006). Estas curvas también se pueden construir según la categoría de la

variable. En este estudio se construyó la curva de supervivencia para el variable género (masculino, femenino), utilizando el test de Long Rank para evaluar estadísticamente si la diferencia entre las curvas era significativa.

Una vez finalizadas la adaptación y validación del instrumento, se ha obtenido la versión definitiva en castellano de la subescala de Tipos de Autocuidado del SCHDE. Esta versión definitiva permitió identificar el tipo/perfil de autocuidado de la muestra estudiada.

Con la versión definitiva de la escala se han realizado los siguientes análisis complementarios:

#### **- Descripción de la muestra del estudio**

Primero se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables del estudio, calculando para todas las variables cualitativas el porcentaje y su frecuencia y para las variables cuantitativas la media y desviación estándar.

#### **- Análisis descriptivo de los ítems de la subescala Tipos de Autocuidado**

Se calculó la puntuación media de la subescala Tipos de Autocuidado y su desviación estándar y para cada ítem de la escala

se calculó los valores de porcentaje de respuesta mínima y máxima, media y desviación estándar.

### **- Análisis del proceso de respuesta**

Se han analizado el efecto techo y suelo para evaluar la variabilidad de respuesta. El efecto techo corresponde al porcentaje de participantes con la puntuación más alta de cada dimensión. El efecto suelo es el porcentaje de personas con la puntuación más baja de cada dimensión. Se considera que hay este efecto si el porcentaje de respuesta agrupada es superior o igual a 15% (Ware & Gandek, 1998).

### **- Baremación de la Subescala de Tipos de Autocuidado**

La técnica de obtención de baremos nos permite comparar la puntuación obtenida en el cuestionario con las obtenidas por los participantes donde se barema el test. *“El objetivo de transformar las puntuaciones mediante la baremación, es averiguar la ubicación del sujeto en un grupo, dando así la idea comparativa de su puntuación en relación con sus semejantes”* (Burjalés-Martí, 2014, p.140)

En este estudio se baremó según el género.

La puntuación obtenida en cada dimensión de la subescala de Tipos de autocuidado se utilizó para baremación de la subescala en puntuaciones típicas (T), de media 50 y desviación típica 10. De

esta manera es posible una mejor interpretación de los resultados ya que la puntuación T indica la distancia en unidades típicas por encima o por debajo de la media 50.

En primer lugar, se calcularon las puntuaciones típicas (Z) que *“indican el número de desviaciones típicas ( $S_x$ ) que un sujeto se separa de la media de su grupo de referencia”*, y se calculan según la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{X - \bar{X}}{S_x}$$

Teniendo en cuenta que estos resultados puedan ser negativos, se utilizaron las puntuaciones T:

$$T = 50 + 10 Z$$

## **5. RESULTADOS**





## 5. RESULTADOS

Los resultados de la investigación serán presentados en el presente capítulo en función de los objetivos específicos planteados en esta investigación.

- **Objetivo específico 1:** *Realizar una adaptación transcultural de la subescala de Tipos de Autocuidado del SCHDE.*

Como se ha referido anteriormente en la metodología, la versión en inglés fue traducida al castellano por dos traductores independientes, y las dos versiones inglesas fueron revisadas por un grupo de especialistas para consensuar la versión castellana, obteniendo-se así la versión 1.

Posteriormente, la versión 1 fue retrotraducida, del castellano al inglés, por dos traductores expertos en estos idiomas, y las versiones obtenidas fueron, también, comparadas entre sí. Se han consensuado criterios entre traductores e investigadora sobre la nueva versión inglesa y se obtuvo la versión 2.

La versión 2 fue comparada con la original, por un grupo de especialistas e investigadora donde surgió la versión 3 designada por versión castellana de la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE (Tabla XII).

Después de realización de la prueba piloto no se han identificado necesidades de alteración de los ítems del cuestionario.

Se ha verificado que el tiempo de aplicación del cuestionario variaba entre 20 y 40 min por persona.

Con esta versión definitiva se han verificado las propiedades métricas de la subescala.

Tabla XII- Versión castellana de la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No aplicable	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tuve que empezar a trabajar en la adolescencia temprana					
2. Sacrifiqué mi vida a cuidar del hogar y de los niños					
3. He trabajado muy duro durante toda mi vida					
4. Siempre fui el principal sostén económico de mi familia					
5. Siempre he decidido cómo quería vivir					
6. Los acontecimientos del pasado me han hecho ser más frío					
7. Hay hechos dolorosos en mi pasado reciente					
8. Aún me siento muy joven					
9. Los problemas de la edad no afectan demasiado a mi vida					
10. Me considero una persona relativamente					

Tabla XII- Versión castellana de la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE (continuación)

sana, aunque tomo medicación					
11. Estoy tan en forma como cuando era joven					
12. Mi vida está dominada por diversos dolores, achaques y otros problemas					
13. Quiero ser responsable de mi medicación					
14. Cuando siento que necesito ayuda contacto de pronto con los profesionales de salud					
15. Mi cooperación con los médicos y enfermeras es natural y equitativa					
16. Conozco mi(s) enfermedad(es) y, con la información dada por los profesionales de salud, sé cómo cuidarme					
17. Disfruto haciendo las tareas cotidianas de la casa					
18. Tomo las medicinas que me ha recetado el médico de manera obediente					
19. No necesito saber para qué sirven las medicinas que tomo, confío en mi médico					
20. Tomo las medicinas cuando me apetece					

Tabla XII- Versión castellana de la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE (continuación)

21.Utilizo mis propios métodos para tratar las enfermedades diagnosticadas por el médico en vez de pedir ayuda					
22.Considero que los tratamientos que me han recetado son de gran ayuda					
23.Sé perfectamente qué cosas me causan problemas					
24.Todavía soy capaz de cuidarme					
25.Dejo que otra persona se encargue de las tareas cotidianas					
26.Disfruto con la compañía de otras personas					
27.Tengo una buena y estrecha relación con mis hijos y/u otras personas cercanas					
28.Mis días están llenos de cosas significativas y estimulantes para mí					
29.Aunque me estoy haciendo mayor, creo que sigo avanzando					

Tabla XII- Versión castellana de la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE (continuación)

en la vida					
30.Confío en el futuro y creo que habrá gente que se hará cargo de mí					
31.A medida que me hago mayor, inevitablemente paso menos tiempo en compañía de otras personas					
32.Tengo que adaptarme a la idea que de que envejezco					
33.A medida que me hago mayor, debo dejar las cosas que ya no puedo hacer					
34.En la vejez, tengo que dejar que los otros se encarguen de mis necesidades					
35.Tengo que aceptar lo que el futuro me traiga					
36.Me hago cargo de mis propias necesidades y no necesito la ayuda de nadie					
37.Estoy dependiente de la ayuda de mi familia y amigos					

Tabla XII- Versión castellana de la subescala Tipos de Autocuidado del SCHDE (continuación)

38. Para mí es importante no ser una carga para nadie					
39. Voy a seguir viviendo en casa, independientemente de lo enfermo/a que esté					
40. Tengo algunas relaciones interpersonales que me resulten útiles					
41. Siento que ya no sirvo para nada					
42. Me da miedo el futuro					

- **Objetivo específico 2:** *Analizar la validez de la versión castellana de la subescala de Tipos de Autocuidado del SCHDE en relación al constructo y la validez convergente-discriminante.*

### **Validez de constructo: Análisis Factorial**

Se construyó un modelo de 4 dimensiones basado en los cuatro tipos de autocuidado propuestos por las autoras del instrumento original.

Para analizar la validez de constructo de la escala Tipos de Autocuidado, se realizó inicialmente un análisis factorial

confirmatorio con los 42 ítems que configuran el modelo. El método seleccionado fue el de Mínimos Cuadrados Generalizados.

De los 42 ítems que configuraban inicialmente la subescala, 14 ítems (1, 2, 3, 4, 17, 19, 21, 25, 31, 32, 33, 34, 35, y 39) fueron eliminados por presentar cargas factoriales estandarizadas inferiores a 0,20 (Clark & Watson, 1995).

Las distribuciones de los 28 ítems seleccionados para el análisis factorial definitivo y sus cargas factoriales se muestran en la tabla XIII. Todas las saturaciones fueron estadísticamente significativas.

Tabla XIII- Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio ( $\lambda_{ij}$ )

Ítems de la escala	Responsable	Formalmente Guiado	Independiente	Abandono
8. Aún me siento muy joven	,594*			
10. Me considero una persona relativamente sana, aunque tomo medicación	,559*			
13. Quiero ser responsable de mi medicación	,533*			
14. Cuando siento que necesito ayuda contacto de pronto con los profesionales de salud	,526*			
15. Mi cooperación con los médicos y enfermeras es natural y equitativa	,681*			
16. Conozco mi(s) enfermedad(es) y, con la información dada por	,724*			



Tabla XIII- Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio ( $\lambda_{ij}$ ) (continuación)

Ítems de la escala	Responsable	Formalmente Guiado	Independiente	Abandono
los profesionales de salud, sé como cuidarme				
26. Disfruto con la compañía de otras personas	,532*			
27. Tengo una buena y estrecha relación con mis hijos y/u otras personas cercanas	,529*			
28. Mis días están llenos de cosas significativas y estimulantes para mí	,688*			
29. Aunque me estoy haciendo mayor, creo que sigo avanzando en la vida	,652*			
30. Confío en el futuro y creo que habrá gente que se hará cargo de mí	,648*			
40. Tengo algunas relaciones interpersonales que me resulten útiles	,525*			
18. Tomo las medicinas que me ha recetado el médico de manera obediente		,603*		
22. Considero que los tratamientos que me han recetado son de gran ayuda		,732*		
5. Siempre he decidido cómo quería vivir			,406*	
9. Los problemas de la edad no afectan demasiado a mi vida			,617*	
11. Estoy tan en forma como cuando era joven			,434*	

Tabla XIII- Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio ( $\lambda_{ij}$ ) (continuación)

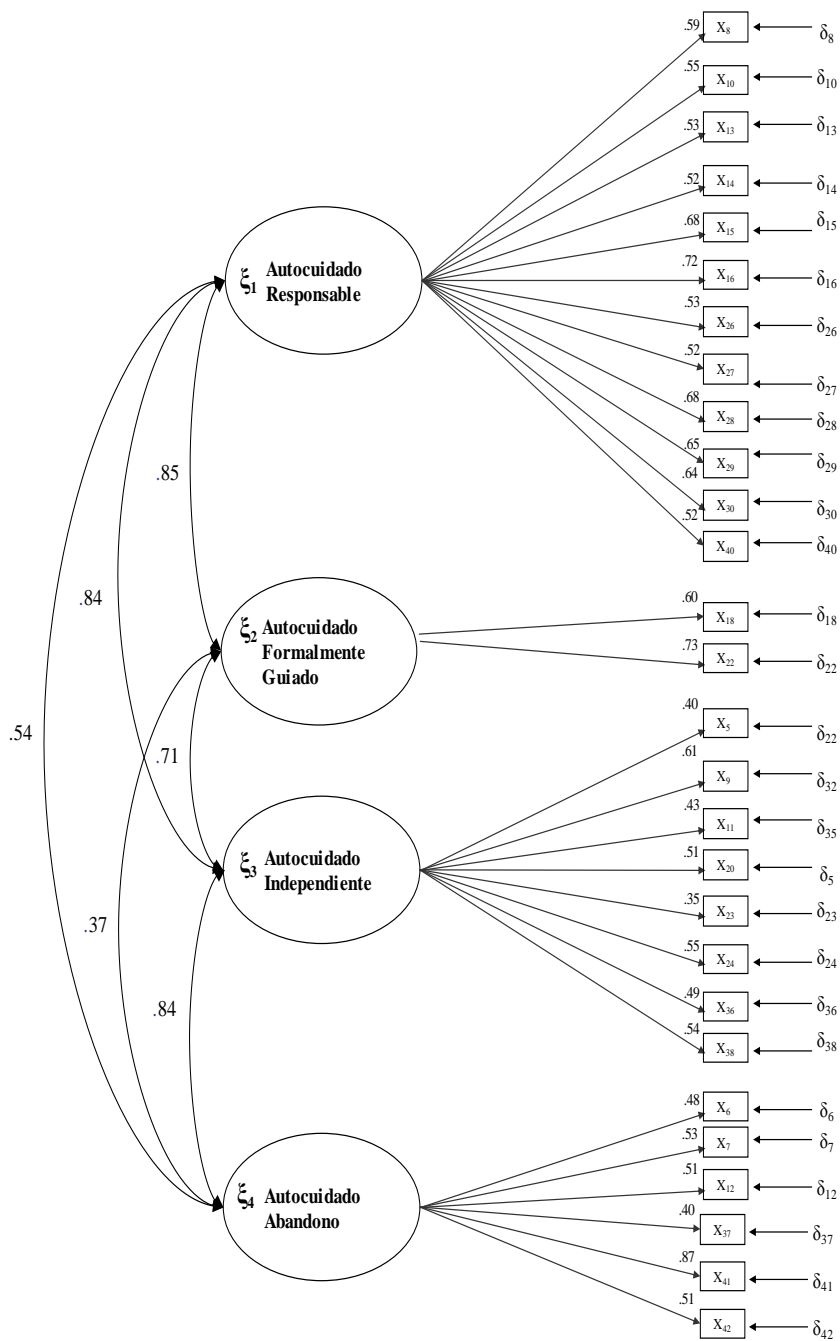
Ítems de la escala	Responsable	Formalmente Guiado	Independiente	Abandono
20. Tomo las medicinas cuando me apetece			,518*	
23. Sé perfectamente qué cosas me causan problemas			,356*	
24. Todavía soy capaz de cuidarme			,557*	
36. Me hago cargo de mis propias necesidades y no necesito la ayuda de nadie			,497*	
38. Para mí es importante no ser una carga para nadie			,548*	
6. Los acontecimientos del pasado me han hecho ser más frío				,484*
7. Hay hechos dolorosos en mi pasado reciente				,530*
12. Mi vida está dominada por diversos dolores, achaques y otros problemas				,512*
37. Estoy dependiente de la ayuda de mi familia y amigos				,403*
41. Siento que ya no sirvo para nada				,871*
42. Me da miedo el futuro				,513*

\*correlación significativa a 0,05

En cuanto a las correlaciones entre las dimensiones (factores), todas presentaron unas correlaciones elevadas con el resto de dimensiones a excepción de la dimensión Autocuidado

Formalmente Guiado con la dimensión Autocuidado de Abandono que presento una menor correlación (Figura 1).

Figura 1- Parámetros estandarizados del modelo



En la tabla XIV se muestran los índices de bondad de ajuste del modelo estimado. La prueba del Chi-cuadrado es estadísticamente significativa y se obtuvo una razón de ajuste de 3,03, considerándose que presenta un buen ajuste. Así mismo se calcularon los restantes índices de ajuste global, como el de ajuste absoluto, ajuste incremental y de parsimonia, y todos han presentado la misma tendencia, concluyéndose que el modelo se ajusta convenientemente.

Tabla XIV - Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio

INDICE	VALOR
BBNFI	,73
BBNNFI	,82
GFI	,92
AGFI	,91
SRMR	,08
RMSEA	,06
$\alpha$ Cronbach	,90
Prueba de Bondad de Ajuste	$\chi^2 = 1043,14$ ; $gl = 344$ ; $p = ,0001$
Razón de ajuste	$\chi^2 / gl = 3,03$ entre 2-6

BBNFI: Bentler Bonnet Normed Fit Index. BBNNFI: Bentler Bonnet Non Normed Fit Index. GFI: Goodness of Fit Index. AGFI: Adjusted Goodnes of Fit Index. RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; SRMR: Standarized Root Mean Square Residual.

A partir de este punto, cada vez que nos referimos a “**escala**” nos referimos a la versión final en castellano de la subescala de tipos de autocuidado con los 28 ítems, y cada vez que se referencie **dimensión** nos referimos a un tipo de autocuidado.

### **Validez convergente-discriminante**

En relación al análisis de las correlaciones entre las dimensiones y la escala total de Tipos de Autocuidado, verificamos que se confirma la hipótesis, y que existen correlaciones estadísticamente significativas, y que las más fuertes se verifican entre las subescalas y la escala total (Tabla XV). La dimensión de Autocuidado Responsable se correlaciona muy fuertemente con la escala total ( $r = 0,897$ ), mientras que la dimensión de Autocuidado Formalmente Guiado, aunque presenta una correlación estadísticamente significativa, presenta valores de correlación más bajos con la escala total ( $r = 0,610$ ).

La correlación más fuerte entre dimensiones es la presentada entre el Autocuidado Responsable y el Autocuidado Independiente ( $r = 0,666$ ), mientras que la relación más débil entre las dimensiones se verifica entre en Autocuidado Formalmente Guiado y el Autocuidado de Abandono ( $r = 0,237$ ).

Como referido, todas las correlaciones son significativas, considerando el nivel de significación  $p < 0,001$ .

Tabla XV: Correlaciones entre cada una de las dimensiones y el total de la escala de Tipos de Autocuidado

	Autocuidado Responsable	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado Independiente	Autocuidado Abandono	Escala Total
Autocuidado Responsable	1				
Autocuidado Formalmente Guiado	,621*	1			
Autocuidado Independiente	,666*	,439*	1		
Autocuidado Abandono	,421*	,237*	,620*	1	
Escala Total	,897*	,610*	,869*	,732*	1

Coefficiente de Pearson \*Todas las correlaciones son significativas

- **Objetivo específico 3:** *Analizar la fiabilidad de la versión castellana de la subescala de Tipos de Autocuidado del SCHDE en términos de consistencia interna y estabilidad temporal.*

### **Análisis de la consistencia interna**

El valor de *Alpha de Cronbach* obtenido para la referida escala de Tipos de Autocuidado fue de 0,902 lo que nos indica que la escala presenta buena fiabilidad. También se ha calculado la fiabilidad de cada dimensión presentando valores de 0,867 para la dimensión de Autocuidado Responsable, 0,612 para el Autocuidado

Formalmente Guiado, 0,716 para el Autocuidado Independiente y de 0,738 para el Autocuidado de Abandono.

También se han calculado los valores de *Alpha de Cronbach* excluyendo cada ítem o pregunta de la escala, observándose que la exclusión de ningún ítem mejoraría de manera relevante la consistencia interna de la escala total (Tabla XVI).



Tabla XVI – Coeficiente de consistencia interna (*Alpha de Cronbach*) de la escala Tipos de Autocuidado

Ítems	Total subescala	Total subescala sin ítem	Total escala sin ítem
<b>Autocuidado Responsable</b>	<b>,867</b>		
8. Aún me siento muy joven		,861	,897
10. Me considero una persona relativamente sana, aunque tomo medicación		,861	,898
13. Quiero ser responsable de mi medicación		,863	,899
14. Cuando siento que necesito ayuda contacto de pronto con los profesionales de salud		,861	,900
15. Mi cooperación con los médicos y enfermeras es natural y equitativa		,856	,898
16. Conozco mi(s) enfermedad(es) y, con la información dada por los profesionales de salud, sé cómo cuidarme		,850	,896
26. Disfruto con la compañía de otras personas		,855	,900
27. Tengo una buena y estrecha relación con mis hijos y/u otras personas cercanas		,860	,900
28. Mis días están llenos de cosas significativas y estimulantes para mí		,847	,896
29. Aunque me estoy haciendo mayor, creo que sigo avanzando en la vida		,850	,897
30. Confío en el futuro y creo que habrá gente que se hará cargo de mí		,851	,898
40. Tengo algunas relaciones interpersonales que me resulten útiles		,855	,900
<b>Autocuidado Formalmente Guiado</b>	<b>,612</b>		
18. Tomo las medicinas que me ha recetado el médico de manera obediente		,999	,900
22. Considero que los tratamientos que me han recetado son de gran ayuda		,999	,899

Tabla XVI – Coeficiente de consistencia interna (*Alpha de Cronbach*) de la escala Tipos de Autocuidado (continuación)

Ítems	Total subescala	Total subescala sin ítem	Total escala sin ítem
<b>Autocuidado Independiente</b>	<b>,716</b>		
5. Siempre he decidido cómo quería vivir		,718	,901
9. Los problemas de la edad no afectan demasiado a mi vida		,664	,897
11. Estoy tan en forma como cuando era joven		,691	,900
20. Tomo las medicinas cuando me apetece		,712	,900
23. Sé perfectamente qué cosas me causan problemas		,704	,902
24. Todavía soy capaz de cuidarme		,649	,898
36. Me hago cargo de mis propias necesidades y no necesito la ayuda de nadie		,663	,899
38. Para mí es importante no ser una carga para nadie		,691	,899
<b>Autocuidado de Abandono</b>	<b>,738</b>		
6. Los acontecimientos del pasado me han hecho ser más frío		,679	,901
7. Hay hechos dolorosos en mi pasado reciente		,683	,901
12. Mi vida está dominada por diversos dolores, achaques y otros problemas		,683	,901
37. Estoy dependiente de la ayuda de mi familia y amigos		,744	,903
41. Siento que ya no sirvo para nada		,685	,895
42. Me da miedo el futuro		,724	,901
<b>Total Escala</b>	<b>,902</b>		

El coeficiente de homogeneidad de los ítems corregidos para cada dimensión o subescala se presenta en la Tabla XVII, donde se puede observar que en todas se han obtenido valores de correlación superiores o próximos 0,20.

Tabla XVII - Correlación ítem total de la escala Tipos de Autocuidado

Ítems	Correlación ítem total de la escala corregida	Correlación ítem subescala /dimensión corregida
<b>Autocuidado Responsable</b>		
8. Aún me siento muy joven	,481	,581
10. Me considero una persona relativamente sana, aunque tomo medicación	,476	,527
13. Quiero ser responsable de mi medicación	,441	,490
14. Cuando siento que necesito ayuda contacto de pronto con los profesionales de salud	,468	,434
15. Mi cooperación con los médicos y enfermeras es natural y equitativa	,615	,589
16. Conozco mi(s) enfermedad(es) y, con la información dada por los profesionales de salud, sé cómo cuidarme	,641	,652
26. Disfruto con la compañía de otras personas	,558	,446
27. Tengo una buena y estrecha relación con mis hijos y/u otras personas cercanas	,478	,452
28. Mis días están llenos de cosas significativas y estimulantes para mí	,679	,605
29. Aunque me estoy haciendo mayor, creo que sigo avanzando en la vida	,631	,563
30. Confío en el futuro y creo que habrá gente que se hará cargo de mí	,634	,559
40. Tengo algunas relaciones interpersonales que me resulten útiles	,563	,425
<b>Autocuidado Formalmente Guiado</b>		
18. Tomo las medicinas que me ha recetado el médico de manera obediente	,441	,428
22. Considero que los tratamientos que me han recetado son de gran ayuda	,441	,533

Tabla XVII - Correlación ítem total de la escala Tipos de Autocuidado (continuación)

Ítems	Correlación ítem total de la escala corregida	Correlación ítem subescala /dimensión corregida
<b>Autocuidado Independiente</b>		
5. Siempre he decidido cómo quería vivir	,278	,380
9. Los problemas de la edad no afectan demasiado a mi vida	,507	,584
11. Estoy tan en forma como cuando era joven	,392	,423
20. Tomo las medicinas cuando me apetece	,273	,466
23. Sé perfectamente qué cosas me causan problemas	,327	,318
24. Todavía soy capaz de cuidarme	,585	,521
36. Me hago cargo de mis propias necesidades y no necesito la ayuda de nadie	,513	,477
38. Para mí es importante no ser una carga para nadie	,408	,485
<b>Autocuidado Abandono</b>		
6. Los acontecimientos del pasado me han hecho ser más frío	,549	,381
7. Hay hechos dolorosos en mi pasado reciente	,534	,409
12. Mi vida está dominada por diversos dolores, achaques y otros problemas	,534	,391
37. Estoy dependiente de la ayuda de mi familia y amigos	,304	,290
41. Siento que ya no sirvo para nada	,530	,646
42. Me da miedo el futuro	,394	,387

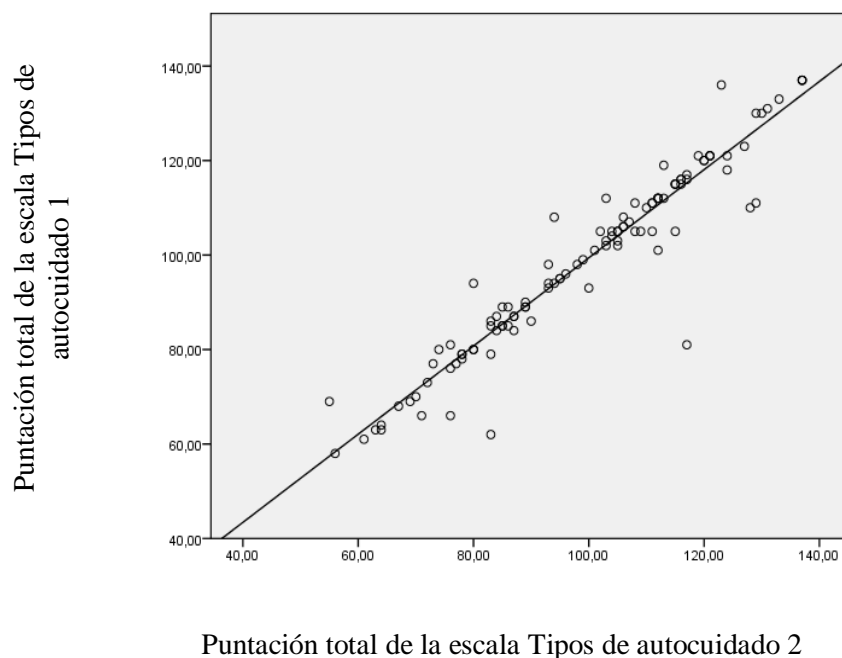
### **Análisis de la estabilidad temporal. Test-retest**

Finalmente para analizar la estabilidad temporal no todos los participantes cumplimentaron en dos ocasiones la escala. Algunos de los motivos por lo que no todos los participantes acudieran a la

segunda entrevista fueron por fallecimiento, por empeoramiento de su capacidad cognitiva, porque no deseaban continuar en el estudio o porque no ha sido posible nuevo contacto. Sin embargo, para determinar la estabilidad temporal de un instrumento, se estima que se necesitan una administración completa de la escala como mínimo a 60 participantes, para detectar un coeficiente de correlación intraclass de acuerdo superior o igual a 0,70 (Streiner & Norman, 2003) entre ambas administraciones. Finalmente en este estudio 110 participantes cumplieron en dos ocasiones la escala.

El coeficiente de correlación de Pearson entre las dos escalas fue de 0,953 ( $p < 0,0001$ ) (Figura 2).

Figura 2- Análisis de correlación entre las puntuaciones totales del test-retest de la escala Tipos de autocuidado



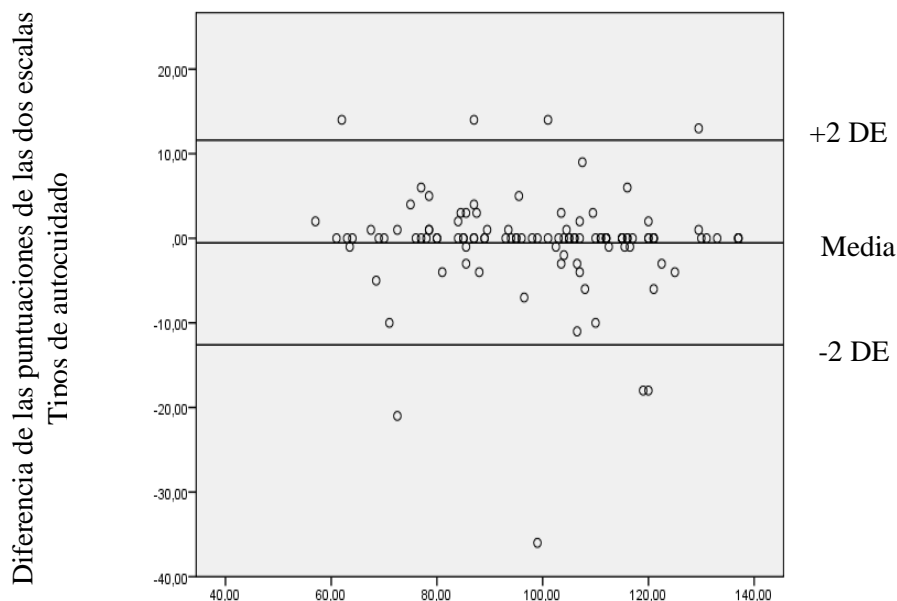
Se ha calculado el CCI del cuestionario total y de cada una de las dimensiones. El CCI total fue de 0,976 y para las diferentes dimensiones del cuestionario este coeficiente también fue igual o superior a 0,80 en todos los casos (Tabla XVIII).

Tabla XVIII: CCI de las dimensiones de la escala Tipos de Autocuidado

<b>Tipos de Autocuidado</b>	<b>CCI</b>	<b>IC 95%</b>
Autocuidado Responsable	0,966	0,950- 0,977
Autocuidado Formalmente Guiado	0,800	0,709-0,863
Autocuidado Independiente	0,976	0,966-0,984
Autocuidado Abandono	0,979	0,969-0,986
<b>Total</b>	0,976	0,965- 0,983

Para el método de Bland y Altman (2010), se analizaron las diferencias individuales y se obtuvo una media de la variable diferencia entre las dos escalas Tipos de Autocuidado de -0,5 y una desviación estándar de 6.05, donde la mayoría de las diferencias se situaron aproximadamente entre la media y dos desviaciones estándar de la variable diferencia (Figura 3).

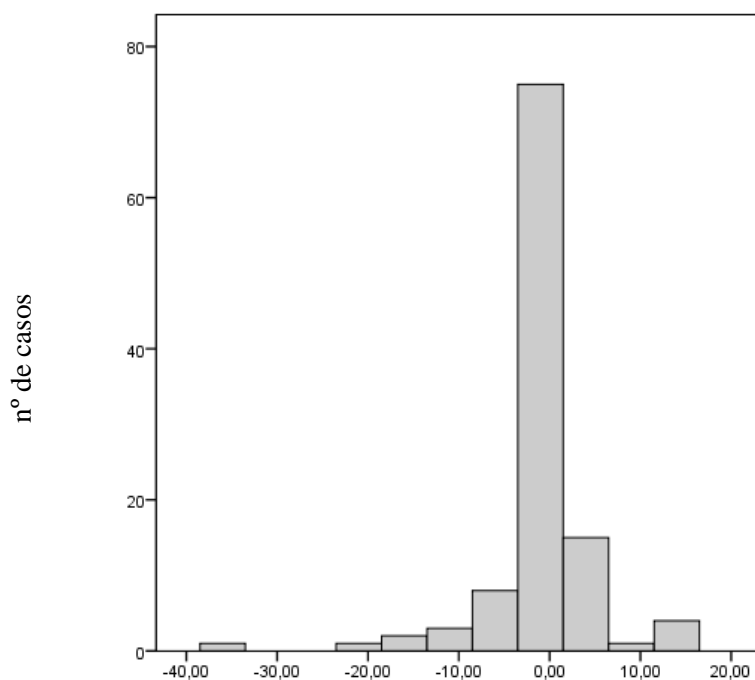
Figura 3- Método de Bland y Altman: Diferencia de las puntuaciones frente a la media de las dos escalas Tipos de Autocuidado



Media de las puntuaciones de las dos escalas Tipo de Autocuidado  
Diferencia de media = -0,5 (IC 95% = -12,6 ; 11,6)

Seguidamente se ha creado el histograma de diferencias entre las dos medidas (Figura 4). Aquí se observa que las diferencias son homogéneas y que la mayoría se ajusta a los límites de concordancia (-12,6 y 11,6), con tendencia a la estabilidad.

Figura 4- Histograma de las diferencias de las puntuaciones de las dos escalas de Tipos de Autocuidado



Diferencias de las puntuaciones de las dos escalas de Tipos de Autocuidado  
Media = -0,5 (DE 6,05)

En la tabla XIX se muestra la magnitud de la diferencia, en términos absolutos, de las dos puntuaciones de la escala de Tipos de Autocuidado en 110 participantes, así como el porcentaje acumulado de casos en los que se supera cada una de estas diferencias.



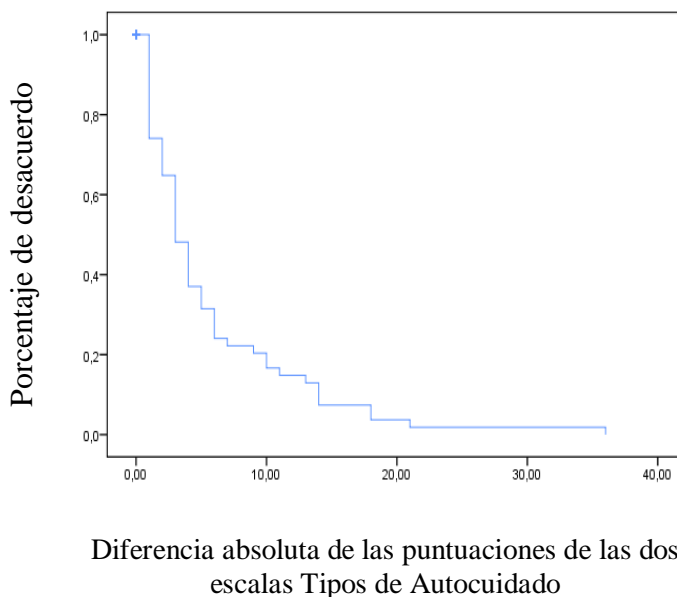
Tabla XIX- Distribución de las diferencias absolutas entre las medidas de las escalas de Tipos de Autocuidado

Diferencia absoluta	Frecuencia	Porcentaje acumulado
,00	56	50,9
1,00	14	63,6
2,00	5	68,2
3,00	9	76,4
4,00	6	81,8
5,00	3	84,5
6,00	4	88,2
7,00	1	89,1
9,00	1	90,0
10,00	2	91,8
11,00	1	92,7
13,00	1	93,6
14,00	3	96,4
18,00	2	98,2
21,00	1	99,1
36,00	1	100,0
<b>Total</b>	110	

A partir de estos datos se ha construido el gráfico de supervivencia entre dos mediciones de la escala Tipos de Autocuidado (Figura 5), en el que se muestra el desacuerdo existente entre ambas mediciones con la escala Tipos de Autocuidado. Según este gráfico, se obtiene un porcentaje de acuerdo de 91,8% para diferencias entre las dos mediciones de hasta

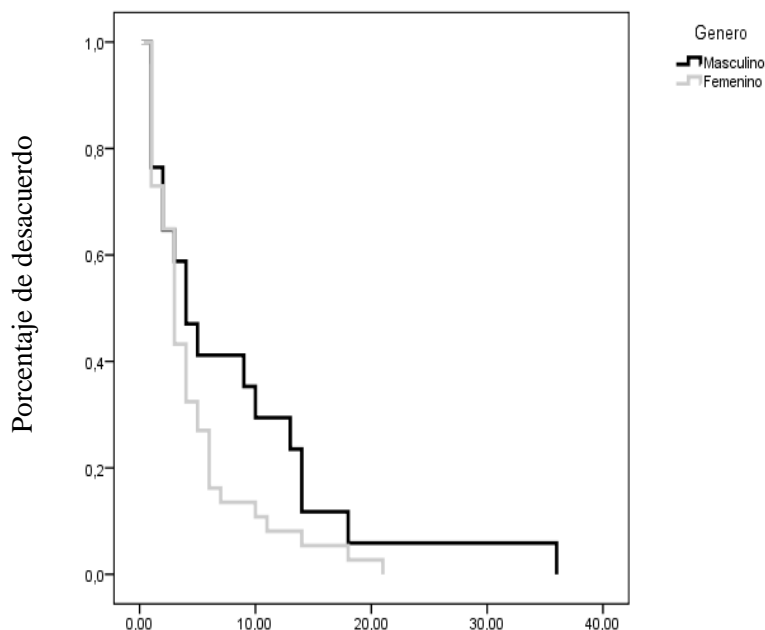
10 puntos y una concordancia del 84,5% para diferencias de hasta 5 puntos.

Figura 5- Gráfico de acuerdo – Supervivencia entre dos mediciones de la Escala Tipos de Autocuidado



Consecutivamente se realizó el mismo gráfico de acuerdo-supervivencia para la variable Género, comparando las diferentes curvas con el test Log- Rank. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las dos curvas. Esto significa que el porcentaje de concordancia no varía en las diferentes categorías de la variable (Figura 6).

Figura 6- Gráfico de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la Escala Tipos de Autocuidado según Género



Diferencia absoluta de las puntuaciones de las dos escalas  
Tipos de Autocuidado

### **Análisis descriptivo de los ítems de la escala Tipos de Autocuidado**

En la tabla XX se muestra la media, desviación estándar, porcentaje de respuesta mínima y máxima de los 28 ítems de la escala de Tipos de Autocuidado.

Tabla XX: Estadísticos descriptivos de los 28 ítems de la escala  
Tipos de Autocuidado

Ítems	Media	DE	% Suelo	% Techo
<b>Autocuidado Responsable</b>	<b>3,60</b>			
8. Aún me siento muy joven	2,9	1,5	27,3	18,5
10. Me considero una persona relativamente sana, aunque tomo medicación	3,3	1,5	14,8	27,8
13. Quiero ser responsable de mi medicación	3,6	1,5	14,4	36,6
14. Cuando siento que necesito ayuda contacto de pronto con los profesionales de salud	3,9	1,4	6,5	48,1
15. Mi cooperación con los médicos y enfermeras es natural y equitativa	4,3	0,9	0,9	52,8
16. Conozco mi(s) enfermedad(es) y, con la información dada por los profesionales de salud, sé cómo cuidarme	3,6	1,4	9,7	35,2
26. Disfruto con la compañía de otras personas	4,0	1,4	8,3	51,9
27. Tengo una buena y estrecha relación con mis hijos y/u otras personas cercanas	4,3	1,1	4,2	63,4
28. Mis días están llenos de cosas significativas y estimulantes para mí	3,1	1,5	21,8	20,8
29. Aunque me estoy haciendo mayor, creo que sigo avanzando en la vida	2,9	1,6	31,0	22,7
30. Confío en el futuro y creo que habrá gente que se hará cargo de mí	3,7	1,3	6,9	37,5
40. Tengo algunas relaciones interpersonales que me resulten útiles	3,5	1,3	8,3	24,1
<b>Autocuidado Formalmente Guiado</b>	<b>4,28</b>			
18. Tomo las medicinas que me ha recetado el médico de manera obediente	4,4	1,0	2,8	69,4
22. Considero que los tratamientos que me han recetado son de gran ayuda	4,1	1,0	0,5	43,5

Tabla XX: Estadísticos descriptivos de los 28 ítems de la escala  
 Tipos de Autocuidado (continuación)

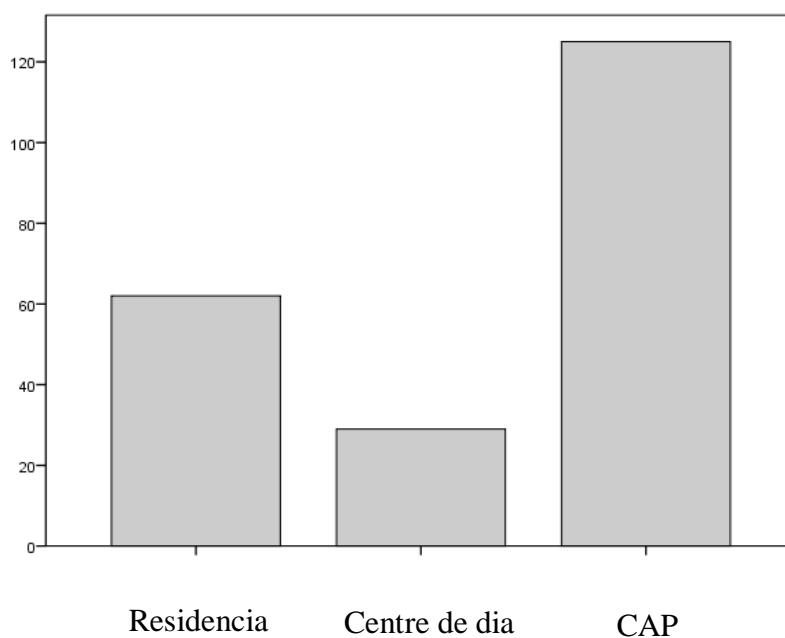
Ítems	Media	DE	% Suelo	% Techo
<b>Autocuidado Independiente</b>	<b>3,44</b>			
5. Siempre he decidido cómo quería vivir	3,1	1,5	18,5	19,9
9. Los problemas de la edad no afectan demasiado a mi vida	2,8	1,6	29,2	19,9
11. Estoy tan en forma como cuando era joven	1,9	1,2	49,1	4,6
20. Tomo las medicinas cuando me apetece	4,5	1,1	1,9	75,0
23. Sé perfectamente qué cosas me causan problemas	3,7	1,2	3,7	29,2
24. Todavía soy capaz de cuidarme	3,9	1,3	7,4	43,1
36. Me hago cargo de mis propias necesidades y no necesito la ayuda de nadie	3,3	1,5	18,5	25,0
38. Para mí es importante no ser una carga para nadie	4,4	1,0	0,9	59,7
<b>Autocuidado de Abandono</b>	<b>3,25</b>			
6. Los acontecimientos del pasado me han hecho ser más frío	3,2	1,6	17,6	34,7
7. Hay hechos dolorosos en mi pasado reciente	3,0	1,7	25,0	32,4
12. Mi vida está dominada por diversos dolores, achaques y otros problemas	3,3	1,7	25,5	38,9
37. Estoy dependiente de la ayuda de mi familia y amigos	3,4	1,5	12,5	29,6
41. Siento que ya no sirvo para nada	3,6	1,6	17,1	47,7
42. Me da miedo el futuro	3,0	1,7	25,9	33,3

- **Objetivo específico 4:** *Describir las variables sociodemográficas de los participantes del estudio.*

La versión definitiva de la escala Tipos de Autocuidado fue aplicada a 216 personas pertenecientes a 10 Residencias y Centros

de Día de la Fundación Vallparadís y usuarios del CAP de Cambrils. De los participantes del estudio, 125 eran personas usuarias del CAP de Cambrils. La distribución de la población del estudio según el tipo de atención recibida se representa en la Figura 7.

Figura 7: Distribución de los participantes según tipos de atención recibida



En la tabla XXI se describen las principales características sociodemográficas y clínicas de la muestra del estudio.

Como observamos, la media de edad fue de 82,1 años (DE 10,7) y un 66,7% de los participantes eran del sexo femenino. 47,7% de los participantes eran viudos y 46,3% estaban casados en

el momento del estudio. El 51,4 % eran analfabetos y 42,6% tenían estudios primarios. Solamente dos de los participantes tenían estudios universitarios.

Respecto a la convivencia, la mayoría de los participantes del estudio, 57,9%, vivían en domicilio mientras 28,7% eran residentes en Residencias Geriátricas y 13,4% eran usuarios de Centros de día. De los usuarios de centro de día y/o residencia (n=80) hemos analizado también el motivo de ingreso en estos centros, todo y que esta información no ha sido posible recoger en todos los centros. Verificamos que 53,75% de los usuarios han presentado como motivo de ingreso aspectos de salud, y 16,25% han tenido otro motivo que no fuera la salud, la problemática social o claudicación familiar.

El valor del índice de Barthel no se ha podido recoger de todos los participantes ya que algunos centros no disponían de esta información. Aun así, de los 198 participantes sobre los cuales hemos obtenido esta información, verificamos que la media de este valor era de 86,1 (DE 19,8), lo que significa que los participantes presentaban buen grado de autonomía para la realización de las ABVD.

Tabla XXI: Características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio

	n	%
<b>Edad media en años (DE)</b>	82,1 (DE 10,7)	
<b>Sexo</b>		
Masculino	72	33,3
Femenino	144	66,7
<b>Estado civil</b>		
Soltero/a	7	3,2
Casado	100	46,3
Divorciado	6	2,8
Viudo	103	47,7
<b>Nivel estudios</b>		
Sin estudios	111	51,4
Estudios primarios	92	42,6
Secundarios	11	5,1
Universitarios	2	0,9
<b>Convivencia</b>		
Residencia	62	28,7
Centro de día	29	13,4
Domicilio	125	57,9
<b>Motivo ingreso y/o atención Centros (n=80)</b>		
Claudicación familiar	15	18,75
Problemática social	9	11,25
Aspectos de salud	43	53,75
Otros	13	16,25
<b>Meses ingresados en el centro (n=91)</b>	36,1 (DE 35,5)	
<b>Índice de Barthel (DE) (n=198)</b>	86,1 (DE 19,8)	



- **Objetivo específico 5:** *Baremar la subescala de Tipos de Autocuidado según la teoría de Backman i Hentinem para personas mayores según el Género*

### **Baremación de la Escala de Tipos de Autocuidado**

Para la baremación de la escala, primeramente, se realizó un análisis univariante con la intención de verificar si existían diferencias significativas entre la puntuación total de la escala Tipos de Autocuidado según el género del participante. Se encontraron diferencias estadísticas significativas solamente con el género, y se obtuvo una puntuación media total superior en el género masculino (Tabla XXII).

Tabla XXII: Relación entre la puntuación media total de la Escala Tipos de Autocuidado y el Género

Variable	Puntuación Total Escala Tipos de Autocuidado		t	p
	Media	DE		
<b>Genero</b>				
Masculino	103,1	21,3	2,183	<b>.030</b>
Femenino	96,7	19,6		

\*t student Fisher; DE: Desviación Estándar; p: nivel de significación

Posteriormente se realizó la baremación según el género y se calcularon las puntuaciones T para la escala total y para cada dimensión de la escala según esta variable (tablas XXIII a XXIX).

Tabla XXIII: Puntuaciones T para la Escala Tipos de Autocuidado

<b>PD</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
28	14,7	14,9
29	15,2	15,5
30	15,7	16,0
31	16,2	16,5
32	16,6	17,0
33	17,1	17,5
34	17,6	18,0
35	18,0	18,5
36	18,5	19,0
37	19,0	19,5
38	19,4	20,1
39	19,9	20,6
40	20,4	21,1
41	20,8	21,6
42	21,3	22,1
43	21,8	22,6
44	22,3	23,1
45	22,7	23,6
46	23,2	24,1
47	23,7	24,6
48	24,1	25,2
49	24,6	25,7
50	25,1	26,2
51	25,5	26,7
52	26,0	27,2
53	26,5	27,7
54	26,9	28,2
55	27,4	28,7

PD: Puntuación Directa

Tabla XXIII: Puntuaciones T para la Escala Tipos de Autocuidado  
(continuación)

<b>PD</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
56	27,9	29,2
57	28,4	29,7
58	28,8	30,3
59	29,3	30,8
60	29,8	31,3
61	30,2	31,8
62	30,7	32,3
63	31,2	32,8
64	31,6	33,3
65	32,1	33,8
66	32,6	34,3
67	33,1	34,8
68	33,5	35,4
69	34,0	35,9
70	34,5	36,4
71	34,9	36,9
72	35,4	37,4
73	35,9	37,9
74	36,3	38,4
75	36,8	38,9
76	37,3	39,4
77	37,7	39,9
78	38,2	40,5
79	38,7	41,0
80	39,2	41,5
81	39,6	42,0
82	40,1	42,5
83	40,6	43,0
84	41,0	43,5
85	41,5	44,0
86	42,0	44,5
87	42,4	45,1
88	42,9	45,6
89	43,4	46,1

PD: Puntuación Directa

Tabla XXIII: Puntuaciones T para la Escala Tipos de Autocuidado  
(continuación)

<b>PD</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
90	43,8	46,6
91	44,3	47,1
92	44,8	47,6
93	45,3	48,1
94	45,7	48,6
95	46,2	49,1
96	46,7	49,6
97	47,1	50,2
98	47,6	50,7
99	48,1	51,2
100	48,5	51,7
101	49,0	52,2
102	49,5	52,7
103	50,0	53,2
104	50,4	53,7
105	50,9	54,2
106	51,4	54,7
107	51,8	55,3
108	52,3	55,8
109	52,8	56,3
110	53,2	56,8
111	53,7	57,3
112	54,2	57,8
113	54,6	58,3
114	55,1	58,8
115	55,6	59,3
116	56,1	59,8
117	56,5	60,4
118	57,0	60,9
119	57,5	61,4
120	57,9	61,9
121	58,4	62,4
122	58,9	62,9
123	59,3	63,4

PD: Puntuación Directa

Tabla XXIII: Puntuaciones T para la Escala Tipos de Autocuidado  
(continuación)

<b>PD</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
124	59,8	63,9
125	60,3	64,4
126	60,8	64,9
127	61,2	65,5
128	61,7	66,0
129	62,2	66,5
130	62,6	67,0
131	63,1	67,5
132	63,6	68,0
133	64,0	68,5
134	64,5	69,0
135	65,0	69,5
136	65,4	70,1
137	65,9	70,6
138	66,4	71,1
139	66,9	71,6
140	67,3	72,1

PD: Puntuación Directa

Tabla XXIV: Puntuaciones T para la dimensión Autocuidado  
Responsable de Escala Tipos de Autocuidado

PD	Hombre	Mujer
12	22,2	19,5
13	23,1	20,5
14	24,0	21,5
15	24,9	22,4
16	25,8	23,4
17	26,7	24,4
18	27,6	25,3
19	28,5	26,3
20	29,5	27,3
21	30,4	28,3
22	31,3	29,2
23	32,2	30,2
24	33,1	31,2
25	34,0	32,1
26	34,9	33,1
27	35,8	34,1
28	36,7	35,0
29	37,6	36,0
30	38,5	37,0
31	39,5	38,0
32	40,4	38,9
33	41,3	39,9
34	42,2	40,9
35	43,1	41,8
36	44,0	42,8
37	44,9	43,8
38	45,8	44,8
39	46,7	45,7
40	47,6	46,7
41	48,5	47,7
42	49,5	48,6
43	50,4	49,6
44	51,3	50,6
45	52,2	51,6
46	53,1	52,5

PD: Puntuación Directa

Tabla XXIV: Puntuaciones T para la dimensión Autocuidado Responsable de Escala Tipos de Autocuidado (continuación)

<b>PD</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>
47	54,0	53,5
48	54,9	54,5
49	55,8	55,4
50	56,7	56,4
51	57,6	57,4
52	58,5	58,3
53	59,5	59,3
54	60,4	60,3
55	61,3	61,3
56	62,2	62,2
57	63,1	63,2
58	64,0	64,2
59	64,9	65,1
60	65,8	66,1

PD: Puntuación Directa

Tabla XXV: Puntuaciones T para la dimensión Autocuidado Formalmente Guiado de Escala Tipos de Autocuidado

<b>PD</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>
2	9,4	13,9
3	15,6	19,4
4	21,9	25,0
5	28,1	30,6
6	34,4	36,1
7	40,6	41,7
8	46,9	47,2
9	53,1	52,8
10	59,4	58,3

PD: Puntuación Directa

Tabla XXVI: Puntuaciones T para la dimensión Autocuidado  
Independiente de Escala Tipos de Autocuidado

PD	Hombre	Mujer
8	14,5	17,8
9	16,2	19,5
10	17,8	21,2
11	19,5	22,9
12	21,2	24,7
13	22,8	26,4
14	24,5	28,1
15	26,2	29,8
16	27,8	31,6
17	29,5	33,3
18	31,2	35,0
19	32,8	36,7
20	34,5	38,4
21	36,2	40,2
22	37,8	41,9
23	39,5	43,6
24	41,2	45,3
25	42,8	47,1
26	44,5	48,8
27	46,2	50,5
28	47,8	52,2
29	49,5	54,0
30	51,2	55,7
31	52,8	57,4
32	54,5	59,1
33	56,2	60,9
34	57,8	62,6
35	59,5	64,3
36	61,2	66,0
37	62,8	67,8
38	64,5	69,5
39	66,2	71,2
40	67,8	72,9

PD: Puntuación Directa



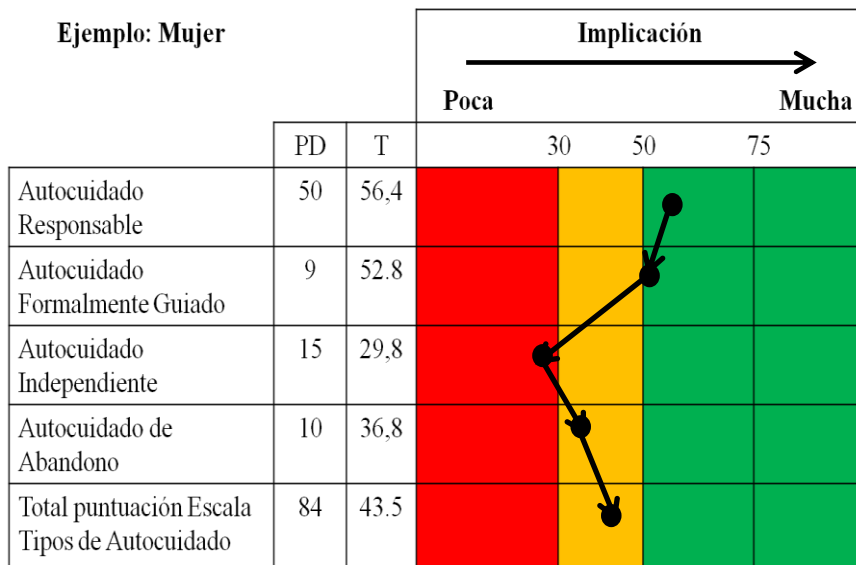
Tabla XXVII: Puntuaciones T para la dimensión Autocuidado de Abandono de Escala Tipos de Autocuidado

PD	Hombre	Mujer
6	21,9	30,2
7	23,6	31,8
8	25,3	33,5
9	26,9	35,2
10	28,6	36,8
11	30,3	38,5
12	32,0	40,2
13	33,7	41,8
14	35,4	43,5
15	37,1	45,2
16	38,8	46,8
17	40,5	48,5
18	42,2	50,2
19	43,9	51,8
20	45,6	53,5
21	47,3	55,2
22	49,0	56,8
23	50,7	58,5
24	52,4	60,2
25	54,1	61,8
26	55,8	63,5
27	57,5	65,2
28	59,2	66,8
29	60,8	68,5
30	62,5	70,2

PD: Puntuación Directa

Las puntuaciones obtenidas de cada participante permiten a la enfermera poder interpretar los tipos de autocuidado de cada paciente representándolos en un gráfico. En la figura 8 se muestra el perfil de una mujer.

Figura 8- Perfil gráfico con las puntuaciones directas para cada dimensión y para el total de la Escala Tipos de Autocuidado



PD: Puntuación Directa  
 T: puntuaciones T



## **6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**



## 6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación ha permitido obtener la adaptación transcultural al castellano de la escala Tipos de Autocuidado del SCHDE siguiendo las directrices del *International Test Commission* descritas por Muñiz y colaboradores (2013), como referido anteriormente.

También se ha podido validar la escala a través de sus características psicométricas. Los resultados de este estudio demuestran que las características psicométricas de la escala Tipos de Autocuidado son buenas.

Empezamos por analizar la validez de la escala, verificando la validez de constructo y, así, comprobar la teoría. Para eso, hemos realizado un análisis factorial confirmatorio y los datos de nuestro estudio han comprobado la existencia de 4 dimensiones, tal como nos indica la teoría original, pero con una versión de la escala Tipos de Autocuidado con 28 ítems ya que solamente estos ítems presentan cargas factoriales iguales o superiores a 0,3. De esta manera, quedó configurada la escala de Tipos de Autocuidado. En el estudio realizado en Eslovenia, el análisis estadístico indicó eliminar 6 ítems por presentar valores de correlación inferiores a 0,4, por lo que la escala quedó configurada en 36 ítems.

Todas las dimensiones de la escala han presentado correlaciones elevadas, con excepción del Autocuidado Formalmente Guiado con el Autocuidado de Abandono, cosa que

puede ser explicada por la propia teoría de Backman y Hentinem que describen comportamientos opuestos en estos dos tipos de autocuidados.

Sobre los índices de bondad analizados, tanto los índices de ajuste absoluto, como los índices de ajuste incremental y los índices de ajuste de parsimonia, todos han presentado un ajuste adecuado. De esta manera, aunque los resultados obtenidos demuestran que la versión adaptada de la escala de Tipos de Autocuidado no coincide con estructura de la versión original, el modelo se ajusta convenientemente.

Para el análisis de la validez convergente-discriminante, se analizaron las correlaciones entre la escala y las diferentes dimensiones, y se ha observado que todas las correlaciones eran significativas y más elevadas con la escala total, confirmando así la hipótesis establecida que la correlación entre cada dimensión y la escala total debe ser más fuerte que la correlación entre las diferentes dimensiones (Fayers & Machin, 2000).

La débil correlación verificada entre las dimensiones Autocuidado Formalmente Guiado y Autocuidado de Abandono ( $r = 0,237$ ) también se ha verificado en los estudios de Sequeira (2011).

Se evaluó la fiabilidad del instrumento a través del análisis de la consistencia interna, mediante el cálculo del *Alpha de Cronbach*, y la estabilidad temporal, calculada con el coeficiente de correlación intraclase. Los resultados obtenidos han sido adecuados.

El *Alpha de Cronbach* para la escala total fue de 0,902, y para cada una de las cuatro dimensiones los resultados han variado de 0,612 a 0,867. Esto demuestra la buena consistencia interna del instrumento una vez que los resultados deben oscilar entre 0,70 y 0,90 (Oviedo & Campo-Arias, 2005). Este valor, obtenido en nuestro estudio para la escala de Tipos de Autocuidado, tal como referenciado anteriormente, fue superior al valor obtenido para la misma escala en el estudio original  $\alpha=0,72$  y superior a los valores los obtenidos todos los estudios realizados en Portugal: Sequeira (2011)  $\alpha=0,63$ , Rodrigues (2011)  $\alpha=0,48$ , Mota (2011)  $\alpha=0,64$  y en Eslovenia: Zeleznick (2007)  $\alpha=0,75$ . La diferencia puede estar relacionada con la naturaleza de la muestra, con sus características socioculturales y, también con las diferencias obtenidas referentes a la estructura final del instrumento en el presente estudio.

Sobre los valores de *Alpha de Cronbach* obtenidos para cada dimensión, verificamos que el más bajo ( $\alpha = 0,612$ ) corresponde al Autocuidado Formalmente Guiado, lo que puede estar relacionado con el hecho de que solamente dos ítems se agrupan en esta dimensión.

En relación al CCI, los resultados de la escala total fueron de 0,966 e iguales o superiores a 0,80 en todas las dimensiones, lo que nos indica que la escala tiene buena estabilidad temporal (Fleiss, 1981; Streiner, 2003). El intervalo de tiempo entre el test y el retest fue de tres semanas, tiempo que se ha considerado adecuado para evitar los problemas del retest: tiempo muy largo puede provocar cambios en las variables a medir y tiempo muy corto puede ocultar



resultados, puesto que los participantes todavía pueden recordar las respuestas anteriores (Róldan Merino, 2011; Berenguer-Poblet, 2014).

Los restantes análisis efectuados para evaluar la estabilidad temporal (el método de Bland y Altman y el cálculo de la concordancia) también indican una buena fiabilidad.

En el análisis descriptivo de los ítems y dimensiones de la escala, podemos verificar que el perfil de Autocuidado que presenta puntuaciones más elevadas (comparando las medias de cada una de las dimensiones) es el Autocuidado Formalmente Guiado. Esto nos permite suponer que este perfil de Autocuidado, orientado por los profesionales de salud, es el tipo más verificado en nuestra muestra seguido del Autocuidado Responsable. En cambio, el Autocuidado de Abandono sería el perfil menos verificado en nuestra muestra. Estos resultados pueden ser justificados por la propia teoría de Backman y Hentinen sobre las características definitorias de cada uno de los perfiles (1999), verificándose una participación más elevada de los perfiles que presentan mayor implicación en sus cuidados y una participación más baja de los que no se implican. También en el estudio de Zeleznick (2007) el perfil de Autocuidado Formalmente Guiado fue el más observado en 52.3% de los participantes, seguido del Autocuidado Responsable (25,8%) y por último, el perfil de Abandono con 7,6%.

Aun analizando las respuestas de los ítems, verificamos que el ítem 11 es el único ítem que no presenta efecto techo,

verificándose este efecto en todos los demás ítems del instrumento. El efecto suelo ocurre en 12 de los 28 ítems (42,8%).

Sobre la baremación del instrumento, verificamos que los pacientes varones son los que obtienen puntuaciones más elevadas en la escala Tipos de Autocuidado lo que nos llevaría a pensar que poseerían mayor implicación en su autocuidado. Sin embargo, cuando convertimos las puntuaciones directas de la escala en puntuaciones de referencia (puntuaciones T) verificamos que esas puntuaciones se traducen en menor implicación en el autocuidado comparativamente con las mujeres. Esta diferencia de puntuaciones estará relacionada con las características socioculturales de nuestro entorno, donde, antiguamente, el hombre estaba acostumbrado a que la mujer se encargara de las actividades de autocuidado. Ya Orem (Orem, 1991) y Backman y Hentinen (2001), en sus estudios, habían identificado que el tipo de autocuidado podía estar condicionado por diversos factores, entre los cuales se encuentran la edad, el género, el nivel de formación, la capacidad física de la persona, autoestima, factores cognitivos y socioculturales.

Estas puntuaciones de referencia nos permiten obtener un perfil gráfico de cada paciente, en el que se representa cada dimensión de la escala y nos identifica el grado de implicación de cada uno en sus actividades de autocuidado; nos permite visualizar en qué situación se encuentra el paciente y así podremos, como profesionales de salud, adecuar nuestras intervenciones a cada uno, para facilitar las transiciones de nuestros pacientes relativos a su autocuidado.

Conociendo el perfil de autocuidado de la persona, tal como refiere Orem (1991) en su teoría, conocemos la capacidad de la persona para realizar su autocuidado, identificamos el déficit de autocuidado y podemos, como profesionales de enfermería, adaptar los planes de cuidados para cada uno. De esta manera, una persona que presenta un grado de implicación más elevado en su autocuidado, necesitará intervenciones de enfermería más relacionadas con el apoyo y educación para la salud y solamente de seguimiento, mientras que una persona con niveles bajos de implicación de su autocuidado, necesitará intervenciones de enfermería más frecuentes, de apoyo y educación para la salud, estimulación en la participación y en ocasiones de suplencia en el autocuidado.

Como explica la Teoría de Meleis, teniendo en cuenta que el perfil de autocuidado puede ser un factor condicionante de las transiciones de las personas mayores, es importante identificarlo para, así, crear planes de cuidados e intervenciones de enfermería adecuados a las necesidades de cada uno. Estas intervenciones pretenden facilitar la transición de la persona mayor respecto a su autocuidado, durante esta etapa de su vida, permitiendo que la transición se realice de la manera más saludable posible.

## **7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**



## **7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

En este apartado se presentan todas las limitaciones del estudio y las líneas de investigación futura.

Las primeras dificultades de la presente investigación están relacionadas con la muestra.

En primer lugar está la relacionada con la obtención de la misma. Durante el contacto previo con los usuarios que poseían los criterios de inclusión, verificamos que la mayoría tenía dificultad en confiar y aceptar participar en la investigación porque no conocían a la investigadora principal. Este hecho ha provocado que el período de recogida de datos fuera mucho más largo del previsto inicialmente ya que se pretendía obtener una muestra mínima de 210 participantes para validar la escala.

Otra limitación identificada, también relacionada con la muestra, está relacionada con el tipo de muestreo. El hecho de ser un muestreo no probabilístico intencional y consecutivo hasta completar el tamaño, puede haber sido un factor condicionante en los resultados de nuestro estudio. Como verificamos en los datos sociodemográficos, un porcentaje elevado (57,9%) de la muestra provenía del CAP por lo que han sido participantes con capacidades para Autocuidado.

También en la presente investigación se identificaron limitaciones relacionadas con la obtención de datos sobre las características psicométricas de los participantes: con la obtención

del valor de Barthel. Algunos centros no trabajan con este índice de valoración de las ABVD por lo que este valor no se pudo analizar en todos los participantes.

Una limitación relativa al instrumento se refiere a la consistencia interna de una de las dimensiones ( $\alpha = 0,612$ ), cuyo valor es susceptible de ser mejorado, analizando la posibilidad de incorporar nuevos ítems que ayuden a fortalecer el resultado.

Finalmente, otra limitación encontrada está relacionada con el uso de la versión inglesa para realizar el proceso de traducción y adaptación. Aunque su uso fue recomendado por los autores del instrumento original y los mismos fueron orientadores y revisores del proceso de traducción y adaptación al inglés, consideramos que este hecho puede ser un condicionante de los resultados obtenidos.

### **Futuras líneas de investigación**

La primera línea de investigación surge, como se ha explicado anteriormente, por problemas con la muestra. Así sería interesante realizar una nueva investigación utilizando la misma Escala de Tipos de Autocuidado pero en muestras más amplias y obtenidas con diferente técnica de muestreo.

Por último, también sería oportuno realizar una investigación cualitativa sobre los perfiles, con el objetivo de profundar los conocimientos sobre los mismos y sus características, en nuestro país, teniendo en cuenta que el instrumento original y

toda su teoría de base fueron desarrollados en un país del Norte de Europa, cuyas características sociales y culturales son diferentes.





## **8. CONCLUSIONES**



## 8. CONCLUSIONES

Considero que se han cumplido los objetivos planteados ya que:

- Se consiguió adaptar al castellano la escala Tipos de Autocuidado a partir de la versión inglesa del SCHDE, con una traducción satisfactoria tanto desde el punto de vista conceptual como semántico, manteniendo el sentido y orientación de la escala original.
- Se ha analizado la validez de constructo y validez convergente-discriminante de la versión castellana de la escala Tipos de Autocuidado y se ha obtenido una escala de cuatro dimensiones y veintiocho ítems, que difiere de la escala original.
- Se ha analizado la fiabilidad de la versión castellana de la escala Tipos de Autocuidado, en relación a la consistencia interna y estabilidad temporal. Se han confirmado las hipótesis planteadas inicialmente una vez que el instrumento presenta una consistencia interna similar, incluso superior, a la subescala inglesa y una estabilidad temporal superior al 70%.
- Se han descrito las variables sociodemográficas y clínicas de los participantes de nuestro estudio. El perfil de la muestra

identificado eran mujeres, sin estudios, con una media de edades de 82 años. La muestra del estudio provenía principalmente del CAP.

- Los resultados obtenidos del proceso de traducción, adaptación cultural y validación de la subescala Tipos de Autocuidado, han permitido desarrollar un instrumento que puede ser utilizado en investigaciones futuras, dirigidas a conocer el perfil de autocuidado de las personas mayores y su implicación en el autocuidado, y así adecuar las intervenciones de enfermería a cada persona y facilitar sus procesos de transiciones.
  
- El autocuidado, como concepto fundamental de la Disciplina de Enfermería, es el objetivo principal de los cuidados de enfermería. Como enfermeras y con nuestra visión global de la persona como un todo, tenemos la responsabilidad de programar intervenciones de enfermería que potencien las estrategias de autocuidado de cada uno y posibiliten el desarrollo de su capacidad de cuidar la propia salud.

## CONCLUSÕES

Considero que se conseguiram alcançar os objectivos traçados uma vez que:

- Conseguiu-se adaptar ao castelhano a escala Tipos de Autocuidado a partir da versão inglesa do SCHDE, obtendo-se uma tradução satisfatória tanto a nível semântico como de conceitos, conservando o sentido e orientação da escala original.
- Analizou-se a validade de constructo e a validade convergente-discriminante da versão espanhola da escala Tipos de Autocuidado e se obteve uma escala de quatro dimensões e vinte e oito itens, o que difere da escala original.
- Estudou-se a fiabilidade da versão espanhola da escala Tipos de Autocuidado, em relação à consistência e estabilidade temporal. Confirmaram-se as hipóteses colocadas inicialmente, uma vez que o instrumento apresenta uma consistência interna semelhante, inclusive superior, à da subescala inglesa e uma estabilidade temporal superior a 70%.

- Descreveram-se as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes do nosso estudo. O perfil identificado da amostra eram mulheres, sem estudos e com uma média de idade de 82 anos. A amostra do estudo foram, principalmente, usuarios do CAP.
- Os resultados obtidos do processo de tradução, adaptação cultural e validação da subescala de Tipos de Autocuidado, permitiram desenvolver um instrumento que pode ser usado em investigações futuras, que tenham como objectivo o perfil de autocuidado dos idosos e a sua participação no autocuidado, e assim adequar as intervenções de enfermagem a cada pessoa e facilitar o seu processo de transição.
- O Autocuidado, como conceito fundamental da disciplina de Enfermagem, é o principal objetivo dos cuidados de enfermagem. Enquanto enfermeiros, com a nossa visão global da pessoa como um todo, somos responsáveis por programar intervenções de enfermagem que promovam as estratégias de autocuidado de cada um e permitam o desenvolvimento da sua capacidade de cuidar a sua própria saúde.

## **9. APORTACIONES DERIVADAS DE LA TESIS**





## 9. APORTACIONES DERIVADAS DE LA TESIS

Durante la realización de esta tesis se han empezado a difundir sus resultados. A continuación se describen la difusión científica y publicaciones realizadas hasta la fecha:

### Comunicaciones

- **Comunicació oral: L'autocura de les persones dependents: estudi exploratori en una unitat de salut familiar.** Presentada durante la V Jornada UEN Sociosanitària. Terrassa, Abril de 2013

### Publicaciones

- **“Os Perfis de Autocuidados dos clientes dependentes: estudo exploratório numa Unidade de Saúde Familiar”**  
Revista Sinais Vitais, Portugal (en revisión)



## **10. BIBLIOGRAFÍA**



## 10. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- ✓ Albacar- Riobóo, N. (2014). *Atenció d'infermeria a la cuidadora principal de les persones amb esquizifrènia: Valoració dels requisits d'autocura I de la salut mental positiva*. Tesis de Doctorado en Ciencias de Enfermería presentada en la Universidad Rovira i Virgili, España.
- ✓ Álvarez, L. N. R. (2006). Capacidad de Agencia de Autocuidado en persona con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Publica*, 8(3), 235-247.
- ✓ Amador-Diaz, M. B., Marquez-Celedonio, F. G. & Sabido-Sighler, A. S. (2007). Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2), 99 – 107.
- ✓ Araújo, F., Ribeiro, J. L. P, Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.

- ✓ Arias, A. V. & Álvarez, L. N. R. (2009). Confiabilidad de la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. *Avances en Enfermería*, XXVII (1), 38-47.
- ✓ Backman, K. & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564-572.
- ✓ Backman, K. & Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(3), 195-202.
- ✓ Backman, K. (2001). *Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito (Self-care of Home-Dwelling Elderly)*. Tesis de Doctorado presentada en la Universidad de Oulu, en el Department of Nursing and Health Administration, Finlandia. Obtenida el Febrero del 2017 de <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514259033.pdf>
- ✓ Badia, X. & Alonso i Caballero, J. (2007). *La medida de la salud: guía de escalas de medición en español*. (4ª ed.). Barcelona: Tecnología y Ediciones del Conocimiento.
- ✓ Berenguer-Poblet, M. (2014). *L'ACTITUD INFERMERA VERS LA FAMÍLIA: Adaptació transcultural al castellà i validació de l'escala Families' importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes*

(*FINC-NA*). Tesis de Doctorado en Ciencias de Enfermería presentada en la Universidad Rovira i Virgili, España.

- ✓ Bland, J. M. & Altman, D. G. (2010). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *International Journal of Nursing Studies*. 47 (8), 931-936.
- ✓ Bollen K. A. & Long, J. S. (1993). *Testing structural equation models*. (3ªed). Newbury Park: Sage Publications.
- ✓ Briceño, M. et al. (2007). Autocuidado en Pacientes Hipertensos. *Informe Médico*, 8(7), 325-31.
- ✓ Browne, M. W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds), *Testing Structural equation models* (p 136-162). Newbury Park: CA: Sage.
- ✓ Burjalés-Martí, M. D. (2014). *Percepción de la violencia de pareja de estudiantes de enfermería: adaptación y validación de una escala*. Tesis de Doctorado en Ciencias de Enfermería presentada en la Universidad Rovira i Virgili, España.
- ✓ Callaghan, D. (2005). Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22, 169–178.



- ✓ Cardoso, C. Gómez-Conesa, A. & Hidalgo, m.D. (2010). Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioterapia*, 32 (6), 264-270.
  
- ✓ Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
  
- ✓ Carpenito-Moyet, L. J. C. (1998). *Manual de Diagnósticos de Enfermagem* (6ª ed.). Porto Alegre: Artes médicas.
  
- ✓ Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martinez, M. & Rubiales, A. (2011). How is an instrument for measuring health to be validated?. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.
  
- ✓ Clark, L. A. & Watson, D. (1995). Constructing validity basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319.
  
- ✓ Department of Health. Self Care – A Real Choice: Self Care Support – A Practical Option. *Supporting Self-Care*. [Internet]. 2005 [consultado el Junio del 2009]. Disponible a: <http://www.ndmac.ca/index.cfm?fuseaction=main.dspFile&FileID=>

- ✓ Diener, E. Emmons, R.A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *J Pers Assess.* 49, 71–75.
  
- ✓ Dorantes-Mendonza, G., Ávila-Funes, J. A., Mejía-Arango, S. & Gutiérrez-Robledo, L.M. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panam Salud Publica*, 22(1), 1-11.
  
- ✓ Esteban, G. I. & Fernández, A. E. (2011). *Fundamentos y técnicas de investigación comercial* (11ª ed.). Madrid: Esic Editorial.
  
- ✓ Fayers, P. M., & Machin, D. (2000). *Quality of Life: Assessment, analysis and interpretation*. London: John Wiley & Sons.
  
- ✓ Fernández, A. R. & Manrique-Abril, F. G. (2011). Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Avances en Enfermería*, XXIX (1), 30-41.
  
- ✓ Fortin, M. F. (2000). *O Processo de Investigação – da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
  
- ✓ Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. (2ª ed.). Toronto: Willey.

- ✓ Gallo, A. R., Pimentel, S. P., Bonet, A. L. & Adán, M. C. (2009). Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(3-4).
  
- ✓ Garrido-Abejar, M. (2012). *Longevidad y cuidados de larga duración en España: Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud y en la fragilidad entre hombres y mujeres institucionalizados*. Tesis de Doctorado presentada en la Universidad de Castilla la Mancha.
  
- ✓ Gilbert, C., Hagerty, D. & Taggart, H. T. (2012). Exploring Factors Related to Healthy Ageing. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 19(1), 20-25.
  
- ✓ Hill & Hill (2000). *Investigação por questionário*. (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
  
- ✓ Holguín, E. A. (2010). Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardiaca. *Avances en Enfermería*, XXVIII (1), 21-30.
  
- ✓ Hoy, B., Wagner, L. & Hall, E. O. C. (2007). Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 456-466.
  
- ✓ Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Duijnste, M. SH., Rooij, S. E. & Grypdonck, M. FH. (2006). A systematic review of

predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 46-57.

✓ Leonardo, A. M. F. (2001). Autocuidado del paciente cardiovascular. *Archivos de cardiología de Mexico*, 71, S198-S200.

✓ Lévy, J. P. & Varela, J. (2006). *Modelización con estructuras de covarianzas en Ciencias Sociales: temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales*. España: Netbiblo.

✓ LoBiondo-Wood & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

✓ López, J. M. V. (2011). *Envejecimiento Activo – Libro Blanco*. 2011 [Obtenida el Abril del 2013 de [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088\\_8089libroblancoenv.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf)

✓ Luiz, R. R., Costa, A. J., Kale, P. L. & Werneck, G. L. (2003). Assessment of agreement of a quantitative variable: A new graphical approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(10), 963-967.

✓ Marques, R. M. D. (2007). *Readmissões dos doentes dependentes no serviço de urgência*. Tesis de Master en Ciencias de

Enfermería presentada en la Universidad Católica Portuguesa,  
Porto, Portugal.

- ✓ Martínez-González, M. A., Sánchez-Villegas, A. & Faulin-Fajardo, J. (2006). *Bioestadística amigable* (2ª ed. ). España: Ediciones Díaz de Santos.
- ✓ Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- ✓ Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (3ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- ✓ Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. [Versión electrónica]. New York: Springer Publishing Company.
- ✓ Méndez, I. E. M. (2010). Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(4), 222-234.
- ✓ Mota, L. A. N. (2011). *O perfil de autocuidado dos clientes: exploração da sua influência no sucesso após transplante hepático*. Tesis de Máster en Enfermería presentada en la Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

- ✓ Muñiz, J., Elosua, P. & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157.
  
- ✓ Muñoz-Torres, T. J., Rocha-Rodríguez, R., Escalera-Chávez, M. E. & Méndez- Bernal, M. Y. (2011). Factores condicionantes en el desarrollo de episodios depresivos en universitarios: Una perspectiva desde Dorothea Orem. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 12(4), 195-199.
  
- ✓ Muñoz-Mendonza, C., Cabrero Garcia, J., Richart Martínez, M., Orts Cortés, M. & Cabañero Martínez, M. (2005). La medición de los autocuidados: Una revisión de la bibliografía. *Enfermería Clínica*, 15 (2), 76-87.
  
- ✓ NANDA International. (2012). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014* (1ª ed.). Editora Elsevier.
  
- ✓ Naue, U. (2008). 'Self-care without a self': Alzheimer's disease and the concept of personal responsibility for health. *Med Health Care and Philos*, 11, 315-324.
  
- ✓ Norman, G. R. & Streiner, D. I. (1996). *Bioestadística*. Madrid: Mosby Doyma.
  
- ✓ Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C., Molina, C. & Tomás, J. M. (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el

bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la Republica Dominicana. *Revista Panam Salud Publica*, 26(3), 189-196.

✓ Orem, D. (1991). Autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda de autocuidado terapéutico. En Orem, D. *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. (pp. 131-161). Barcelona: Masson.

✓ Oviedo, H. C. & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, (XXXIV), 573-580.

✓ Pedro-Gómez, J., Morales-Asencio, J. M., Sesé-Abad, A., Bennasar-Veny, M., Pericas-Beltran, J. & Miguélez-Chamorro, A. (2011). Psychometric testing of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in a primary healthcare context. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 212-221.

✓ Pereira, F. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Tesis de Doctorado en Ciencias de Enfermería presentada en el Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.

- ✓ Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. (5ª ed.). São Paulo: ArtMed.
  
- ✓ Proot, I. M., Ter Meulen, R. H. J., Abu-aad, H. H. & Crebolder, H. F. J. M. (2007). Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation. *Nursing Ethics*, 14(2), 229-241.
  
- ✓ Räsänen, P., Kanste, O., Elo, S. & Kyngäs, H. (2014). Factors associated with the self-care of home dwelling older people. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(8), 90-96
  
- ✓ Räsänen, K. (2016). *Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito: Hoitotieteen Keskitason Teorian Ydinrakenteen Testaaminen*. Tesis de Doctorado presentada en la Universidad de Oulu, en el Department of Nursing and Health Administration, Finlandia. Obtenida el Febrero del 2017 de <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526212005.pdf>
  
- ✓ Räsänen, P., Backman, K. & Kyngäs, H. (2007). Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 397-405.
  
- ✓ Rodrigues, L.F. S. V. (2011). *O perfil de autocuidado como factor potencialmente condicionador das transições dos clientes:*



*um estudo exploratório*. Tesis de Máster en Enfermería presentada en la Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

✓ Rial, A., Varela, J. & Lévy, J. P. (2006). El análisis factorial confirmatorio. In Lévy, J. P. & Varela, J. (2006). *Modelización con estructuras de covarianzas en Ciencias Sociales: temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales* (p. 119-154). España: Netbiblo.

✓ Roldán-Merino, J. F. (2011). *Estudio métrico de la Escala d Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de Esquizofrenia*. Tesis de Doctorado en Ciencias de Enfermería presentada en la Universidad de Barcelona, España.

✓ Roldán-Merino, J., Lluch-Canut, T., Menarguez-Alcaina, M., Foix-Sanjuan, A., Haro Abad, J. M., & Quest ERA Working Group. (2013). Psychometric Evaluation of a New Instrument in Spanish to Measure Self-Care Requisites in Patients With Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*. Consultat el 15 de gener de 2014. Obtenida el marzo de 2017 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ppc.12026/pdf>.

✓ Rosenberg M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton University Press, Princeton, NJ.

- ✓ Sacco-Peterson, M. & Borel, L. (2004). Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), 376-386.
  
- ✓ Sánchez, C. V. B. (2007). Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. *Avances en Enfermería*, XXV (2), 65-75.
  
- ✓ Sapag, J. C., Lange, I., Campos, S. & Piette, J. D. (2010). Estrategias innovadoras para el cuidado y autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Revista Panam Salud Publica*, 27(1), 1-9.
  
- ✓ Serrano-Parra, M. D. (2012). *Resiliencia y Salud Mental en Mayores. Validación de la escala de resiliencia CD-RISC*. Tesis de Doctorado presentada en la Universidad de Castilla la Mancha.
  
- ✓ Sequeira, E. M. F. (2011). *Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa unidade de saúde familiar*. Tesis de Máster en Enfermería presentada en la Universidad Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

- ✓ Sidani, S. (2003). Self – Care. En Doran, D. R. *Nursing – Sensitive Outcomes: State of Science*. (pp. 65-112). Canada: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
  
- ✓ Silva, M. D. (2007). *Educar para o autocuidado num serviço hospitalar*. Tesis de Master en Ciencias de Enfermería presentada en el Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
  
- ✓ Silva-Smith, A. L. & Kovach, C. R. (2006). Positive Gain: Rethinking the Outcomes of Dependency. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(5), 36-41.
  
- ✓ Soderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: a phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 183-189.
  
- ✓ Soderhamn, O. (2001). Health and the Internal Structure of the Self-care Ability Scale for the Elderly (SASE). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(2): 67-71.
  
- ✓ Soderhamn, U., Bachrach-Lindstrom, M. & Ek, A-C. (2008). Self-Care ability and sense of coherence in older nutritional at- risk patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62, 96-103.

- ✓ Stabell, A., Eide, H., Solheim, G. A., Solberg, K. N. & Rustoen, T. (2004). Nursing home residents' dependence and independence. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6), 677-686.
  
- ✓ Streiner DL, N. G. (2003). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. (3th ed.) USA: Oxford University Press.
  
- ✓ Streiner, D. L., & Kottner, J. (2014). Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), 1970-1979. doi.org/10.1111/jan.12402
  
- ✓ Sveen, U., Bautz-Holder, E., Sodrings, K. M., Wyller, T. B. & Laake, K. (1999). Association between impairments, self-care ability and social activities 1 year after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 21(8), 372-377.
  
- ✓ Szklo, M. & Nieto, J. (2003). *Epidemiologia intermedia. Concepto y aplicaciones*. España: Ediciones Diaz de Santos
  
- ✓ Tejas, J. R. & Estévez, M. Z. (2007). Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(1), 1-12.
  
- ✓ Virués-Ortega, J., Pero-Cuesta, J., Seijo-Martínez, M., Saz, P., Sánchez-Sánchez, F., Rojo-Pérez, F. et al. (2011). Prevalence of

disability in a composite  $\geq 75$  year-old population in Spain: A screening survey based on the International Classification of Functioning. *BioMed Central Public Health*, 11

✓ Ware, J. E. & Gandek, B. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions and reliability: the IQOLA Project Approach. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*. 51(11), 945-952.

✓ World Health Organization. (2012). *Ageing and Life Course*. Obtenida el Mayo del 2013 de <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html>

✓ Zeleznik, D. (2007). *Self-care of the Home Dwelling Elderly People Living in Slovenia*. Tesis de Doctorado presentada en la Universidad de Oulu, Department of Nursing and Health Administration. Obtenida el Marzo del 2013 de <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514286377/isbn9789514286377.pdf>

✓ Zou, G. (2012). Sample size formulas for estimating intraclass correlation coefficients with precision and assurance. *Statistics in Medicine*, 31(20), 3972–81.

✓ Zrínyi, M. & Zékányiné, R. I. (2007). Does self-care agency between hospital admission and discharge? An Orem-based investigation. *International Nursing Review*, 54, 256-262.

## **11. ANEXOS**



## **ANEXO I - SELF-CARE OF HOME DWELLING ELDERLY (SCHDE)**





**Interview instrument: Self-care, functional capacity, life satisfaction and self esteem of the home-dwelling elderly.**

1. Locality\_\_\_\_\_
  
2. Place of residence
  - 1 built-up área
  - 2 rural área
  
3. Sex
  - 1 male
  - 2 female
  
4. Your age in years  
\_\_\_\_\_ years
  
5. Your marital status
  - 1 married / cohabiting
  - 2 unmarried
  - 3 widowed
  - 4 divorced
  
6. Your education
  - 1 circulating school or less
  - 2 primary or junior secondary school
  - 3 vocational school
  - 4 matriculation examination
  - 5 post-secondary education
  
7. Your main working experience
  - 1 housekeeping
  - 2 farming
  - 3 work outside home
  
8. Your way of living
  - 1 alone
  - 2 with a spouse/partner
  - 3 with a spouse/partner and a child
  - 4 with a child
  - 5 with (an)other relative(s)
  - 6 with a friend
  
9. Your dwelling
  - 1 house
  - 2 apartment building
  - 3 row house
  - 4 old people's home
  - 5 assisted-living unit

## Types of self- care

	Fully disagree	Partly disagree	Does not apply	Partly agree	Fully agree
10.I had to start working in early adolescence	1	2	3	4	5
11.I sacrificed my life to housekeeping and child care	1	2	3	4	5
12.My life has been full of heavy labour	1	2	3	4	5
13.I have always been the main breadwinner in my family	1	2	3	4	5
14.I have always decided my self how I live	1	2	3	4	5
15.Past events make me bitter	1	2	3	4	5
16.There are sad events in my recent past	1	2	3	4	5
17.I still feel myself to be fairly young	1	2	3	4	5
18.The problems of growing old cause hardly any inconvenience in my life	1	2	3	4	5
19.I consider myself relatively healthy, although I have medication	1	2	3	4	5
20.I am in na equally good bodily condition as when I was younger	1	2	3	4	5
21.My life is dominated by various pains, aches and other complaints	1	2	3	4	5
22.I want to be responsible for my medication	1	2	3	4	5
23.I consult the health care	1	2	3	4	5

personnel as soon as I feel I need help					
24. My co-operation with doctors and nurses is natural and equal	1	2	3	4	5
25. I know what illnesses I have, and based on the information provided by experts, I also know how to best take care of them	1	2	3	4	5
26. I enjoy doing the daily chores in the house	1	2	3	4	5
27. I obediently take the medicines the doctor has prescribed me	1	2	3	4	5
28. I do not need to know what illnesses my medicines are meant for, as I trust in my doctor's expertise	1	2	3	4	5
29. I take medicines when I feel like it	1	2	3	4	5
30. I use my own good ways to take care of the illnesses diagnosed by the doctor rather than seek help	1	2	3	4	5
31. I believe that the treatments prescribed to me help best	1	2	3	4	5
32. I know best myself what things cause my problems	1	2	3	4	5
33. I can still take care of myself	1	2	3	4	5
34. I let other people take care of the daily chores	1	2	3	4	5
35. I enjoy other people's company	1	2	3	4	5
36. I have close and warm	1	2	3	4	5

relations with my children and/or the other people who are close to me					
37.My days are filled with things that I find meaningful and stimulation	1	2	3	4	5
38.Even as I am growing older, I feel I am getting ahead in life	1	2	3	4	5
39.I am confident about the future and trust that people will take care of me	1	2	3	4	5
40.As I am growing older, I inevitably spend less time in other people's company	1	2	3	4	5
41.I just have to adjust to the idea of growing old	1	2	3	4	5
42.As I am growing older, I have to give up the things I am no longer able to do	1	2	3	4	5
43.In old age I must let other people take care of my needs	1	2	3	4	5
44.I must accept the things that will be brought along by the future	1	2	3	4	5
45.I take care of my own needs and do not need help from anybody	1	2	3	4	5
46.I am dependent on the help given by my family and friends	1	2	3	4	5
47.It is important for me not be a burden on anybody	1	2	3	4	5
48.I am going to continue living at home, no matter how sick I may become	1	2	3	4	5
49.I have a few	1	2	3	4	5

interpersonal relations that  
 help me to cope

50.I feel I am no good for anything any more 1 2 3 4 5

51.I am afraid of the future 1 2 3 4 5

### Self care orientation

	Fully disagree	Partly disagree	Does not apply	Partly agree	Fully agree
52.I feel I was accepted and loved as a child	1	2	3	4	5
53.I feel I was rejected as a child	1	2	3	4	5
54.I had a carefree youth and freely grew to be independent	1	2	3	4	5
55.I had many responsibilities when I was young, and I did not have time for myself	1	2	3	4	5
56.Adulthood was mentally the most strenuous time in my life	1	2	3	4	5
57.I enjoy life in old age	1	2	3	4	5
58.I suffer from uncertainty of life in old age	1	2	3	4	5
59.I have had to be content with my lot in life	1	2	3	4	5
60.I have had things in my life that have helped me to carry on	1	2	3	4	5
61.I have had hardships in my life that have exhausted my resources	1	2	3	4	5
62.Taking care of my own well-being has always been one of the most important	1	2	3	4	5

---

things in my life					
63.I have not had the time or the opportunity to think about myself and my own well-being	1	2	3	4	5
64.Old age is a good time in my life	1	2	3	4	5
65.Growing old causes me to feel bitter and sad	1	2	3	4	5

---

### Life satisfaction

	Strongly disagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Strongly agree
66.In most ways my life is close to my ideal	1	2	3	4	5
67.The conditions of my life are excellent	1	2	3	4	5
68.I am satisfied with my life	1	2	3	4	5
69.So far I have achieved the important things I want in life	1	2	3	4	5
70.If I could live my life over, I would change almost nothing	1	2	3	4	5

---

**Self- esteem**

	Strongly disagree	Slightly disagree	Neither agree nor disagree	Slightly agree	Strongly agree
71. On the whole, I am satisfied with myself	1	2	3	4	5
72. At times I think I am no good at all	1	2	3	4	5
73. I feel that I have a number of good qualities	1	2	3	4	5
74. I am able to do things as well as most other people	1	2	3	4	5
75. I feel I do not have much to be proud of	1	2	3	4	5
76. I certainly feel useless at times	1	2	3	4	5
77. I feel that I am a person of worth, at least on an equal plane with others	1	2	3	4	5
78. I wish I could have more respect for myself	1	2	3	4	5
79. All in all, I am inclined to feel that I am a failure	1	2	3	4	5
80. I take a positive attitude toward myself	1	2	3	4	5



### Functional ability

		I can manage independently without difficulties	I can manage independently, but with difficulties	I cannot manage independently
81.	Washing	1	2	3
82.	Dressing	1	2	3
83.	Getting out of bed	1	2	3
84.	Toiletry	1	2	3
85.	Moving indoors	1	2	3
86.	Moving outdoors	1	2	3
87.	Preparing a meal	1	2	3
88.	Light housework	1	2	3
89.	Managing tasks that require dexterity (e.g. taking the correct dose of medicine)	1	2	3
90.	Taking a bath or having a shower	1	2	3
91.	Shopping	1	2	3

**ANEXO II- FORMULARIO DE VARIABLES  
SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS**



## VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

- 1) Centro: \_\_\_\_\_
  
- 2) Genero
  - a) Masculino
  - b) Femenino
  
- 3) Edad \_\_\_\_\_
  
- 4) Años ingresado en el centro \_\_\_\_\_
  
- 5) Estado civil
  - a) Soltero
  - b) Viudo
  - c) Casado
  - d) Divorciado
  
- 6) Educación
  - a) Sin estudios
  - b) Estudios primarios

- c) Estudios secundarios (profesional, bachillerato)
  - d) Universitario
- 7) Convivencia
- a) Residencia
  - b) Centre de día
  - c) Domicilio
- 8) Motivo del ingreso en centro
- a) Claudicación familiar
  - b) Problemática social
  - c) Aspectos de salud
  - d) Otros
- 9) Valor de Barthel
-

### **ANEXO III- AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES DEL SCHDE**



From: paivi.rasanen@hotmail.fi  
To: duda\_sequeira@hotmail.com  
Subject: Permission to use the instrument  
Date: Tue, 26 Mar 2013 13:50:04 +0300

Dear Eduarda,

You have tried to contact me. Unfortunately my email-address has changed couple of years ago.

You have asked permission to use the SCHDE - instrument. I have only Finnish version of it but I suppose that you have found the English version of the instrument (translated by Zeleznik).

With kindest regards, Päivi

Päivi Räsänen  
Tiilisaarentie 33  
52100 Anttola  
p. 050-5238105  
email: [paivi.rasanen@hotmail.fi](mailto:paivi.rasanen@hotmail.fi)





## **ANEXO IV- AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FUNDACIÓN VALLPARADÍS**





## **COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

Dr. Ramón Pla Poblador, como Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitari Mútua Terrassa

### **CERTIFICO:**

Que ha sido sometido a este Comité en su reunión del día 18 de diciembre de 2013 (Acta 12/13) para su aceptación el Proyecto de investigación titulado "Adaptación transcultural y validación al castellano de la subescala de Tipos de Autocuidado del cuestionario Self-Care of Home Dwelling Elderly (SCHDE)".

Que una vez evaluado dicho estudio, así como la capacidad del equipo investigador y medios disponibles del Centro, este Comité considera adecuado el estudio y su realización por la Sra. Eduarda Maria Ferreira Sequeira.

Terrassa a 18 de diciembre de 2013.

Dr. Ramon Pla  
Presidente del CEIC



## **ANEXO V- AUTORIZACIÓN DE LA RESPONSABLE DE ENFERMERÍA DEL CAP DE CAMBRILS**





Con la presente carta autorizo a Dña Eduarda María Ferreira Sequeira con NIE Y0641274W, a recoger toda la información necesaria así como a utilizar nuestras instalaciones para la elaboración de su Tesis Doctoral durante el periodo comprendido entre noviembre 2015 y noviembre 2016. El título del estudio es “ Adaptación transcultural y adaptación al castellano de la subescala Tipos de Autocuidados del cuestionario Self-Care of Home Dwelling Elderly (SCHDE), y tal como me adjuntó en un documento, ha pasado por el Comité Ético de su Institución

Para que así conste firmo este documento

Cambrils, 2 de febrero 2017

Izaskun Morán Valle  
Coordinadora Hospital Lleuger Antoni Gimbernat  
Cambrils







## **ANEXO VI- CONSENTIMIENTO INFORMADO**



## **Consentimiento Informado Libre y Esclarecido**

Me llamo Eduarda Sequeira, soy enfermera colegiada nº 7081 en el Colegio Oficial de Enfermería de Tarragona y alumna del Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili. Para la realización del mismo me ha sido propuesta la realización de una investigación en enfermería.

El tema que me he propuesto investigar es el Autocuidado y el objetivo de mi trabajo es validar y adaptar el Self-Care of Home Dwelling Elderly (SCHD) para el español y así conocer/ identificar los perfiles de autocuidado que presentan las personas mayores en España, para que posteriormente se puedan adaptar los cuidados de enfermería a las necesidades individuales de cada persona.

Para concretizar la recogida de datos, utilizaré el formulario referido anteriormente de Backman, Rasanem e Hentinen, (2007), para lo cual solicito su colaboración. La participación en esta investigación no conlleva ningún beneficio inmediato ni ningún prejuicio para el participante.

El formulario está formado por una parte inicial de descripción de los datos sociodemográficos del participante y por cinco subescalas, traducidas al español, que evalúan el perfil (tipo) de autocuidado, la orientación para el autocuidado, la satisfacción con la vida, la autoestima y la capacidad funcional de los participantes.

Contando ya con su disponibilidad y colaboración, doy desde ya mi agradecimiento en la participación del estudio.

**Confirmando que he explicado al participante, de manera adecuada, los objetivos del estudio y que he contestado a todas las dudas/preguntas realizadas por el mismo. Me comprometo a asegurar el anonimato y confidencialidad de las respuestas y garantizo que el participante puede dejar el estudio el cualquier momento si es esa su voluntad.**

Fecha:...../...../.....

Firma: \_\_\_\_\_

(Eduarda Sequeira)

---

Hechas dos copias: original para la investigadora y copia para el participante.

**Por favor, lea con atención todas las informaciones de este documento. No dude en pedir más información si no le quedan suficientemente claras. Verifique si todas las informaciones son correctas. Si está de acuerdo con todo, entonces firme el documento.**

Declaro haber comprendido los objetivos de todo lo que me ha sido propuesto y explicado por el investigador que firma este documento; me ha sido dada la oportunidad de hacer todas las preguntas sobre el tema y para todas ellas he tenido una respuesta satisfactoria; me ha sido garantizado que no habrá perjuicio en mis derechos asistenciales si rehuso firmar esta petición; y me han dado tiempo suficiente para pensar mi respuesta. Acepto, así, participar en el relleno del formulario de la investigación.

El (La) participante

Fecha:...../...../.....

\_\_\_\_\_