



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO**

**División de Estudios de Posgrado de la Facultad de
Enfermería**



Maestría en Enfermería con terminal en Salud Pública

**Propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar el autocuidado
en el adulto mayor**

**Tesis que para obtener el grado de
Maestra en Enfermería**

Presenta:

L.E. Edith Dallely Aguilar Méndez

Asesora

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Coasesoras

Dra. Joanna Koral Chávez López

Dra. Ana Celia Anguiano Morán

Morelia, Michoacán, Julio de 2021

Acta de revisión

La Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga, profesora e investigadora de tiempo completo adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Certifica

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado “**Propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar el autocuidado en el adulto mayor**”. Elaborado por la Licenciada en enfermería **Edith Dallely Aguilar Méndez**, mismo que presenta para la obtención de grado de **Maestra en Enfermería con terminal en Salud Pública** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. Ma. Magdalena Lozano Zúñiga

Profesora e Investigadora de tiempo completo
Facultad de Enfermería

Dra. María Leticia Rubí Valenzuela

Profesora e Investigadora de tiempo completo
Facultad de Enfermería

Dra. Ana Celia Anguiano Morán

Profesora e Investigadora de tiempo completo
Facultad de Enfermería

Dra. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Profesora e Investigadora de tiempo completo
Facultad de Enfermería

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

Profesora e Investigadora de tiempo completo
Facultad de Enfermería

Directivos

M.S.P. Julio Cesar González Cabrera
Director de la Facultad de Enfermería

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero
Secretaria Académica

L.E.I. Renato Hernández Campos
Secretario Administrativo

Mesa Sinodal

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Presidenta

Dra. Ana Celia Anguiano Moran

Vocal

Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

Vocal

M. E. Bárbara Mónica Lemus Loeza

Vocal

Dra. María Jazmín Valencia Guzmán

Vocal

Agradecimientos

A mi asesora Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga por su motivación, apoyo y acompañamiento durante la maestría y el desarrollo de ésta tesis. Así como a mis coasesoras Dra. Ana Celia Anguiano Moran y Dra. Joanna Koral Chávez López.

A la Dra. María de Jesús Ruíz Reséndiz por el acompañamiento y motivación, por compartir sus conocimientos y ser parte esencial durante la maestría en lo referente a la formación metodológica.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, la Facultad de Enfermería y a todos los docentes del programa de Maestría por su dedicación y por compartir su experiencia y conocimientos.

A los adultos mayores, colaboradores esenciales para éste trabajo, que aceptaron ser partícipes.

Dedicatoria

A mis padres María de los Ángeles Méndez Madrigal y Gerardo Aguilar Solorio, por ser mi mayor motivación, apoyo y ejemplo, por alentarme a crecer personal y profesionalmente.

A mi esposo Miguel Mora Aguilar, por su apoyo total y motivación por concluir ésta etapa.

Índice

Resumen.....	1
Abstract	3
Introducción.....	5
I Justificación.....	8
II Planteamiento del problema.....	13
III Objetivos	15
3.1 Objetivo general.....	15
3.2 Objetivos específicos	15
IV Marco Teórico	16
4.1 Sustento teórico Filosófico. Teoría de Dorothea Orem, Teoría Clásica del Test y Teoría de Respuesta al Ítem.	16
4.2 Envejecimiento y adulto mayor	19
4.3 Autocuidado y adulto mayor.....	21
4.4 Evaluación del autocuidado en el adulto mayor.....	24
4.5 Teorías para la construcción del test.	30
4.6 Elaboración, validez y confiabilidad de instrumentos.....	33
V. Metodología	48
5.1 Tipo de estudio.....	48
5.2 Diseño de investigación	48
5.3 Universo.....	48
5.4 Muestra	48
5.5 Criterios de selección.....	49
5.5.1 Criterios de inclusión.....	49
5.5.2 Criterios de exclusión.....	49
5.6 Selección y definición de variables	49

5.6.1 Variable independiente	49
5.6.2 Variable dependiente	50
5.7 Técnicas de recolección de la información	50
5.8 Procedimiento	51
5.9 Análisis estadístico.....	54
5.10 Recursos humanos, materiales y financieros.....	54
VI Consideraciones éticas.....	56
VII. Resultados	58
7.1 Validación de contenido	59
7.2. Descripción de la muestra.....	63
7.3. Análisis estadístico de los ítems	64
7.4. Análisis factorial exploratorio (AFE)	66
VIII. Discusión y Conclusiones	69
8.1. Discusión.	69
8.2 Conclusiones.....	72
IX Referencias.....	73
X Anexos.....	84
Anexo I. Carta de consentimiento informado	84
Anexo II. Cronograma de actividades	86
Anexo III. Instrumento de recolección de la información.....	87
Anexo IV. Operacionalización de Variables	91
Anexo V. Formato para validación por jueces expertos.	100
Anexo VI. Instructivo del encuestador.....	107
Anexo VII. Hoja de colecta de datos	111
Anexo VIII. Instrumento final	114

Resumen

Introducción: La población está envejeciendo en todo el mundo, hoy en día se puede esperar a vivir hasta los setenta años o más, este aumento en la esperanza de vida repercute significativamente. Se conoce que con el pasar de los años y debido a los múltiples cambios y pérdidas a las que se enfrenta el adulto mayor, tiende a haber modificaciones en sus habilidades y destrezas para realizar las actividades del diario, por ello es importante contar con un instrumento que mida la capacidad de autocuidado en el adulto mayor. Elaborar y validar un instrumento de autocuidado repercute de manera significativa en la contribución de la ciencia y el conocimiento, ya que se podrá utilizar por diversos autores que deseen evaluar el nivel de autocuidado en adultos mayores, para conocer los déficits existentes y crear intervenciones que permitan promover el fomento de cuidado hacia dicha población (Espinoza, 2016). **Justificación:** La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) refiere que el envejecimiento es el proceso que se lleva a cabo desde que una persona nace, este involucra toda serie de cambios que se presentan a lo largo de toda su vida. Tal proceso de cambios incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales los cuales están relacionados a su vez con factores externos que condicionan el estado de salud y bienestar de todo individuo. El autocuidado es un elemento importante en la salud del Adulto Mayor, por lo que es imprescindible conocer cómo se perciben en este componente; lograr que manifiesten sentirse responsables de su salud, ejercer con autonomía su cuidado, sentirse parte de un grupo, motivados a cuidarse a sí mismos y ver en la enfermería un pilar fundamental en la concepción de su autocuidado es importante. (Vargas, G., Lozano, M., & Quijije, R; 2020). Debido a la falta de autocuidado en el adulto mayor se inició a desarrollar diversas escalas con la finalidad de determinar las habilidades del usuario de cuidarse a sí mismo, basadas en distintas capacidades fundamentales, operativas y de poder (Vargas, G., Lozano, M., & Quijije, R; 2020). **Metodología:** Estudio con enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, prospectivo, transversal (Gray, Grove y Burns, 2016). La muestra fue no probabilística por conveniencia constituida por 350 adultos mayores de las instituciones de salud de primer nivel de atención de Morelia, Michoacán. Se elaboró un instrumento constituido por dimensiones

basadas en la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem, la versión uno fue validada por jueces expertos, para posteriormente poder ser aplicada a la muestra. Mediante el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) se midió la validez y fiabilidad, índice de homogeneidad, correlación de cada ítem con la puntuación total mediante Correlación de Pearson, índice de variabilidad, varianza de cada ítem, así mismo se realizó la validación de criterio. Para la normalidad de los datos se usó la prueba estadística de *Kolmogorov Smirnof*. Mediante un análisis factorial exploratorio se midió la validez de constructo, evaluando la varianza y correlación así como la rotación varimax. La confiabilidad del instrumento se llevó a cabo mediante test-retest para medir la estabilidad temporal, también por correlación entre formas paralelas, además de la consistencia interna mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach. **Resultados:** se realizó la primera versión del instrumento Autocuidado del Adulto Mayor versión 1 con un total de 40 ítems, la cual pasó a validación por jueces, posteriormente se tomaron en cuenta los ítems que de acuerdo a Lawshe modificada por Tristán tenían un valor de Razón de Validez de Contenido (CVR') ≥ 0.5823 , por lo que se obtiene un cuestionario de un total de 35 ítems. Se realizó un primer análisis de confiabilidad mediante el coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach (α), obteniendo $\alpha=.892$ para la versión de 35 reactivos. Mediante los análisis descriptivos y los índices de discriminación (correlación elemento-total corregida) de cada uno de los 35 ítems del cuestionario en la muestra total, se depuran aquellos reactivos que obtuvieron correlación menor a 0.30. Quedando constituido el instrumento por 20 elementos. Por último se realizó un análisis de confiabilidad con los reactivos derivado del análisis factorial mediante el coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach (α), obteniendo $\alpha=.870$. Por lo tanto la escala quedó constituida por 20 reactivos con 5 dimensiones con 56.98% de varianza. Se encontró que el instrumento cuenta con buenas propiedades psicométricas, pues se obtuvieron ítems con puntuaciones de confiabilidad aceptables.

Palabras clave: propiedades psicométricas, instrumento, adulto mayor, fiabilidad, validez

Abstract

Introduction: The population is aging all over the world, today you can expect to live to be seventy years or more, this increase in life expectancy has a significant impact. It is known that over the years and due to the multiple changes and losses that the elderly face, there tends to be modifications in their abilities and skills to carry out daily activities, therefore it is important to have an instrument that measures the capacity for self-care in the elderly. Developing and validating a self-care instrument has a significant impact on the contribution of science and knowledge, since it can be used by various authors who wish to assess the level of self-care in older adults, to know the existing deficits and create interventions that allow promote the promotion of care for said population (Espinoza, 2016). Justification: The World Health Organization (WHO, 2017) refers that aging is the process that takes place since a person is born, this involves all series of changes that occur throughout his life. This process of changes includes physical, psychological and social aspects which are in turn related to external factors that condition the state of health and well-being of every individual. Self-care is an important element in the health of the Elderly, so it is essential to know how they are perceived in this component; Getting them to express feeling responsible for their health, exercising their care autonomously, feeling part of a group, motivated to take care of themselves and seeing nursing as a fundamental pillar in the conception of their self-care is important. (Vargas, G., Lozano, M., & Quijije, R; 2020). Due to the lack of self-care in the elderly, various scales began to be developed in order to determine the user's abilities to take care of himself, based on different fundamental, operational and power capacities Vargas, G., Lozano, M., & Quijije, R; 2020. Methodology: Study with a quantitative approach, descriptive, prospective, cross-sectional design (Gray, Grove and Burns, 2016). The sample was non-probabilistic by convenience, made up of 350 older adults from the first level health care institutions in Morelia, Michoacán. An instrument consisting of dimensions based on Dorothea Orem's Self-Care Theory was developed, the first version was validated by expert judges, to later be applied to the sample. Using the statistical package Statistical Package for the

Social Sciences (SPSS), the validity and reliability, homogeneity index, correlation of each item with the total score was measured using Pearson's Correlation, variability index, variance of each item, and validation was also performed. criteria. For the normality of the data, the Kolmogorov Smirnof statistical test was used. By means of an exploratory factor analysis, the construct validity was measured, evaluating the variance and correlation as well as the varimax rotation. The reliability of the instrument was carried out using test-retest to measure temporal stability, also by correlation between parallel forms, in addition to internal consistency using Cronbach's alpha coefficient. Results: the first version of the Self-Care for the Elderly instrument, version 1, was carried out with a total of 40 items, which passed to validation by judges, later the items that according to Lawshe modified by Tristán had a value of Reason were taken into account Validity of Content (CVR ') ≥ 0.5823 , for which a questionnaire with a total of 35 items is obtained. A first reliability analysis was performed using Cronbach's Alpha internal consistency coefficient (α), obtaining $\alpha = .892$ for the 35-item version. Through descriptive analyzes and discrimination indices (corrected item-total correlation) of each of the 35 items of the questionnaire in the total sample, those items that obtained a correlation lower than 0.30 are filtered. The instrument being made up of 20 elements. Finally, a reliability analysis was performed with the items derived from the factorial analysis using Cronbach's Alpha internal consistency coefficient (α), obtaining $\alpha = .870$. Therefore, the scale was made up of 20 questions with 5 dimensions with 56.98% variance. It was found that the instrument has good psychometric properties, since items with acceptable reliability scores were obtained.

Introducción

La población está envejeciendo en todo el mundo, hoy en día se puede esperar a vivir hasta los setenta años o más, este aumento en la esperanza de vida repercute significativamente, a pesar de ser un avance, también puede ser una amenaza, puesto que puede verse deteriorada la salud, factor determinante en la vida de la persona, lo cual condiciona la calidad de ella.

Según la Organización de las Naciones Unidas, se considera adulto mayor a toda persona a partir de los 65 años en los países desarrollados y mayor de 60 para los países en desarrollo, en 2020, el número de personas de 60 años o más superara a los niños menores de 5 años, se prevé que el número de personas mayores en todo el mundo se duplique, llegando a más de 1 500 millones en 2050, y el 80% de ellas vivirá en países de ingresos bajos y medianos, por lo que es importante reconocer las contribuciones de salud e implementar acciones basadas en el autocuidado que les permita tener una mejor calidad de vida (Naciones Unidas, 2020).

Entendido el autocuidado como las acciones que realiza el individuo para mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades y hacer frente a las complicaciones, con base en sus conocimientos y habilidades (Naranjo et al., 2017)).

Se conoce que con el pasar de los años y debido a los múltiples cambios y pérdidas a las que se enfrenta el adulto mayor, tiende a haber modificaciones en sus habilidades y destrezas para realizar las actividades del diario, por ello es importante contar con un instrumento que mida la capacidad de autocuidado en el adulto mayor, ya que a pesar de que existen algunos, no hay instrumentos dirigidos específicamente a esta población.

Elaborar y validar un instrumento de autocuidado repercute de manera significativa en la contribución de la ciencia y el conocimiento, ya que se podrá utilizar por diversos autores que deseen evaluar el nivel de autocuidado en adultos mayores, para conocer los déficits existentes y crear intervenciones que permitan

promover el fomento de cuidado hacia dicha población, además se requiere realizar acciones integrales que favorezcan al adulto mayor (Espinoza, 2016).

La importancia de evaluar el nivel de autocuidado en el adulto mayor, recae en la identificación de quienes llevan una vida sin autocuidado o las habilidades por deficiencias propias de la edad se han perdido, para que de esta manera se planeen y ejecuten intervenciones guiadas a la prevención de enfermedades y sus complicaciones, además de la promoción de una vida saludable en el adulto mayor, ya que esto contribuye a disminuir los costos que genera este problema de salud pública.

Tema central de esta investigación fue elaborar un instrumento que mida el autocuidado del adulto mayor, así como evaluar las propiedades psicométricas de dicho instrumento, para que sea replicable en población de adultos mayores, con características similares a las reportadas en el presente estudio.

Cabe resaltar que para la realización del instrumento se retomó la Teoría del autocuidado de Dorothea Orem, en lo referente a los requisitos universales de salud, desviación de la salud y los sistemas de enfermería, así mismo se fundamentará la construcción y validación de instrumentos en la Teoría Clásica del Test y la Teoría de Respuesta al Ítem.

El presente trabajo, contribuye a la línea de generación y aplicación del conocimiento del **Cuidado integral y autocuidado del adulto mayor**, está estructurado en capítulos.

El capítulo I aborda la justificación la cual sustenta la realización de este trabajo, la magnitud del problema, la trascendencia, la vulnerabilidad, factibilidad y la contribución del estudio a la ciencia, contiene el planteamiento del problema, el cual incluye el significado de las variables de estudio, así mismo el fundamento y la declaración del problema, por qué es importante que se realice este trabajo para la sociedad, la salud y la profesión de enfermería, así mismo la pregunta de investigación, además de los objetivos que guiarán este proyecto.

En el capítulo II se aborda el marco teórico, el cual incluye información pertinente de las variables de estudio, así como su interrelación. En el capítulo III

correspondiente a material y métodos se da a conocer el tipo de estudio, el universo y la muestra contemplados para la presente investigación, así como los criterios de selección. También se describe el procedimiento para llevar a cabo el estudio, así como la organización. Se incluyen aspectos éticos en los cuales tendrá base la investigación.

En el capítulo IV se incluyen los resultados de este estudio de investigación posteriormente conclusiones y resultados para finalizar con las referencias bibliográficas y anexos, respectivamente.

I Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) refiere que el envejecimiento es el proceso que se lleva a cabo desde que una persona nace, este involucra toda serie de cambios que se presentan a lo largo de toda su vida. Tal proceso de cambios incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales los cuales están relacionados a su vez con factores externos que condicionan el estado de salud y bienestar de todo individuo.

Para las Naciones Unidas (2020) el adulto mayor es una persona que sobrepasa los 65 años en los países desarrollados y mayores de 60 en los países en vías de desarrollo, por lo que en México un adulto mayor es aquella persona mayor de 60 años.

La OMS (2017) refiere que a nivel mundial entre el año 2015 y 2050, el porcentaje de las personas mayores de 60 años se modificará drásticamente ya que de ser el 12% del total de la población, será del 22%, es decir, casi se duplicará la cantidad de adultos mayores, además de que el 80% de esta población vivirá en países de bajos y medianos ingresos.

En México, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) en los resultados obtenidos de la encuesta el día internacional del adulto mayor, en el país residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales 1.7 millones viven solas, cuatro de cada diez personas de 60 años o más que viven solas (41.4%) son económicamente activas y siete de cada diez (69.4%) personas de edad que viven solas presentan algún tipo de discapacidad o limitación. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) establece que en 2020, aproximadamente 10.4 por ciento de la población mexicana tiene 60 años o más y se estima que dos de cada diez habitantes en el país alcanzarán ese rango de edad en 2044. Por ello, visibilizar el cuidado, igualdad y atención digna en México es indispensable para comprender, examinar y modificar su autocuidado, de ahí la necesidad de contar con información que permita identificar a qué grupos de la población y en qué medida los afecta. (CONAPO, 2020).

Con estos cambios demográficos, todos los países se enfrentan al cumplimiento de grandes retos que garanticen que sus sistemas sanitarios estén lo suficientemente preparados para sobrellevar y atender a la población de acuerdo a las necesidades de los individuos, es por ello que enfermería tiene un papel importante en este proceso, puesto que debe brindar una atención de calidad, además de fomentar el autocuidado, para que así la población curse su vejez con una buena calidad de vida y con la menor cantidad de complicaciones asociadas a la edad. Para ello es importante planear y desarrollar estrategias que contribuyan a la detección del déficit de autocuidado en este grupo de edad y así mismo se atiendan de acuerdo a sus necesidades.

Ante la transición demográfica del envejecimiento poblacional, se requieren establecer las bases para garantizar la salud y calidad de vida del adulto mayor, que si bien existen políticas encaminadas a la atención de éste, es necesario desde todos los niveles reforzar los programas enfocados en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en esta etapa de la vida. La OMS refiere que el envejecimiento es la acumulación de daños moleculares y celulares, que se traduce en un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales que propician la aparición y aumento del riesgo de enfermedades, lo que finalmente se proyecta en muertes.

Dorothea Orem (1969, citada por Naranjo, 2019) refiere al autocuidado como la práctica de actividades que los individuos realizan de manera voluntaria e intencionada a favor de su propio beneficio para la conservación de su vida, salud y bienestar, esto se lleva a cabo cuando el individuo reconoce sus necesidades, así como su incapacidad de autocuidado, con lo que se genera una demanda de autocuidado por lo que requiere una intervención de enfermería.

En la actualidad es importante tomar en cuenta a los adultos mayores para que estos sean partícipes activos en programas de salud, se ha demostrado que el autocuidado influye de manera significativa en la salud, quienes expresan el autocuidado como una influencia en el compromiso de cuidarse, sentirse bien a pesar de los años con alguna enfermedad y/o sentirse mejor con todos los

cuidados que se aprenden, influye de forma sustancial en el mejoramiento de la calidad de vida, por lo que para el logro de los objetivos sobre aspectos de salud y múltiples cambios, la conducta de autocuidado promueve acciones más saludables (Vargas et al., 2020).

Debido a la falta de autocuidado en el adulto mayor se proyectan metodologías para el diseño de instrumentos centrados en el mismo adulto mayor, como un participante activo con la finalidad de determinar las necesidades en desarrollo de habilidades del usuario para cuidarse a sí mismo. (Valencia, 2020).

En el año 2019, Bravo, Torres, Rivera y Rendón, realizaron un estudio denominado Agencia de autocuidado y aprendizaje a través de problemas en estudiantes en enfermería en Colombia, donde se obtuvieron resultados de validez de confiabilidad, de contenido por análisis factorial y de consistencia interna por estudios reconocidos; lo que permitió a los investigadores concluir que la escala en español ASA demuestra que tiene las propiedades psicométricas válidas y adecuadas para su aplicación en los diferentes ámbitos de la práctica de enfermería.

Valdiviezo S., (2020) llevó a cabo una investigación donde creó un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, lo llevó a cabo en una muestra de 303 pacientes con diagnóstico médico hipertensión arterial del programa de adulto/adulto mayor, se les aplicó el cuestionario “Evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial”, para probar la confiabilidad del instrumento se realizó la prueba piloto, obteniéndose un Alfa de Crombrach 0.79. Para el procesamiento y análisis de datos, se hizo uso del programa Excel 2013 y SPSS versión 25.0, en sus resultados: el nivel de la capacidad de agencia de autocuidado de los adultos hipertensos encuestados, fue alta (58.4%); así mismo, se identificó que las dimensiones con un alto nivel fueron, los componentes de poder, con un 78.8%, seguido de las capacidades fundamentales (64.2%), mientras que el 64.2% obtuvo un nivel medio con respecto a dimensión capacidad para operacionalizar el autocuidado. Conclusión: el 58.4% de los pacientes hipertensos del Hospital I Agustín Arbulú Neyra, poseen una alta capacidad de agencia de autocuidado.

Un estudio elaborado por Velis et al., (2018), logró evaluar la percepción de autocuidado y la autoestima en las/os adultos mayores en el Centro de Atención de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, con TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor), el cual cuenta con las dimensiones de Actividad Física, Alimentación, Eliminación, Descanso y Sueño, Higiene y Confort, Medicación, Control de Salud y Hábitos Tóxicos, con un total de 32 ítems, el cual resultó adecuado para aplicarlo en el primer nivel de atención.

Marchena Castillo (2019), llevó a cabo un trabajo de investigación llamado Factores sociodemográficos y requisitos de autocuidado en adultos mayores, donde utilizó el instrumento Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), con personas adultas mayores que asistieron a un centro del Adulto Mayor, el objetivo fue determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos: edad y sexo, y el cumplimiento de los requisitos de autocuidado.

En el año 2016, Leiva, Cubillo, Porras, Ramírez y Sirias realizaron otro estudio con este mismo instrumento denominado Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica, en este estudio se obtuvo un índice de confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.84, por lo que se considera apto para su aplicación en personas con enfermedad crónica (Leiva, Cubillo, Porras, Ramírez & Sirias, 2016).

Barreto y otros autores en el 2017 en Brasil, realizó un estudio denominado construcción y validación del Instrumento Evaluación del Autocuidado para pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se realizó en 14 pacientes, este instrumento contó con 132 ítems dando como resultado una validez de contenido de 0.98 (Barreto, et al. 2017).

Cabe señalar que la escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) es una de las más completas, de mayor uso y de resultados adecuados de validez, sin embargo, aun cuando se puede aplicar a todos los individuos, no es específica para una entidad patológica propia, ni en una población específica.

Un instrumento requiere poseer diversas características, entre ellas la validez, la técnica más empleada es aquella basada en la estructura interna, para poder establecerla se requiere realizar un análisis factorial, además el instrumento deberá contar con un grado de confiabilidad, dado que a través de ello se mide la varianza verdadera, por lo tanto, mientras más confiable sea existirá una menor probabilidad de error (Ventura, 2017).

En el presente trabajo se realizó el análisis de las propiedades psicométricas de un instrumento que evalúa el autocuidado de este grupo etario, el cual se validó en diferentes dimensiones. Esto contribuye para detectar oportunamente a las personas adultas mayores que presenten un déficit de autocuidado, para posteriormente crear estrategias acorde a sus necesidades que mejoren o mantengan sus actividades de autocuidado y así lograr un mayor bienestar en ellos. Es fundamental la intervención del profesional de enfermería, ya que juega un papel de educador y promotor en la salud de toda persona.

La importancia de la creación de un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas que mida el autocuidado en el adulto mayor, se acentúa debido a que no existen otros instrumentos que se enfoquen en el autocuidado específicamente en este grupo etario.

Este estudio fue factible debido a que se contaron con los recursos necesarios para realizar la investigación y el acceso a la institución de salud, además de que traerá como beneficio contar con un instrumento confiable que mida el nivel de autocuidado en una población específica, el adulto mayor.

II Planteamiento del problema

Dorothea Orem (1969, citada por Naranjo, 2019) refiere al autocuidado como la práctica de actividades que los individuos realizan de manera voluntaria e intencionada a favor de su propio beneficio para la conservación de su vida, salud y bienestar, esto se lleva a cabo cuando el individuo reconoce sus necesidades, así como su incapacidad de autocuidado, con lo que se genera una demanda de autocuidado por lo que requiere una intervención de enfermería.

Para Marchena (2019), la edad y el sexo son factores sociodemográficos, pero a la vez son determinantes sociales de salud y definen a los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen.

Hoy en día la población adulta mayor ha ido creciendo importantemente, puesto que la esperanza de vida es mayor, registrándose está a nivel mundial igual o mayor a 65 años. Según datos de la OMS para el 2020, el número de personas de 65 años o más será superior al de niños menores de cinco años, además de que en el año 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2017).

Estudios revelan que las proyecciones de población indican que en el año 2050 habrá en el mundo cerca de 400 millones de personas con 80 años o más. Igualmente, habrá por primera vez más personas de edad avanzada que niños menores de 15 años; México vive una fase de envejecimiento demográfico moderadamente avanzado. (Soria & Montoya, 2017).

Éstas irán en aumento, el número de personas de 80 años o más en los países menos desarrollados aumentó más cinco veces entre 1980 y 2017, las estimaciones de Naciones Unidas, consideran que aumentara hasta 8,5 millones en 2030 y 21,2 millones en el año 2050 (Naciones Unidas, 2019, citado por Manzano; 2019). Las principales causas de muerte en la vejez son las enfermedades no transmisibles y el grupo de adultos mayores por encima de los 65 años aumentará considerablemente (Manzano, 2019).

El envejecimiento presenta cambios naturales e irreversibles, progresivos y sutiles, que se dan a diferentes velocidades e intensidades en cada individuo en todas sus dimensiones. El adulto mayor posee una percepción subjetiva sobre su proceso de envejecimiento, la cual no se puede generalizar; además, dependiendo del concepto que tenga, va a influenciar en los cuidados que realice a sí mismo, es considerado un proceso natural, sin embargo se asocia a diversas patologías principalmente aquellas que son crónicas degenerativas, por lo que el autocuidado es de suma importancia. (Méndez, 2020).

Debido al cambio demográfico tan significativo, donde la población adulta mayor prevalece, es importante considerarles como foco de especial atención, puesto que se enfrentan a múltiples cambios biopsicosociales, entre ellos la disminución o pérdida de autonomía e independencia, por el descenso constante de sus capacidades por lo que su funcionalidad se ve afectada y dificulta la realización de tareas básicas de la vida (Laredo, Gallegos, Xequé, Palomé & Juárez, 2016).

Por ello es importante tener en cuenta al adulto mayor para brindarle atención y cuidados de salud integrales, además de poner especial énfasis en el autocuidado del mismo para que este le permita desarrollarse con una mejor calidad de vida y curse su vejez con el mínimo de problemas y consecuencias especialmente aquellas generadas por la falta de autocuidado. Por lo que se requiere consolidar un instrumento que permita evaluar la agencia de autocuidado de los adultos mayores, ya que existen otros cuestionarios que miden el autocuidado más sin embargo están enfocados en otro tipo de población.

Además la importancia de la creación de este instrumento para la profesión de enfermería radica en poder identificar a las personas que presenten déficit de autocuidado y posteriormente implementar acciones que contribuyan su bienestar.

Debido a lo expuesto anteriormente se formuló la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son las propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar el nivel de autocuidado en el adulto mayor?**

III Objetivos

3.1 Objetivo general

- Validar las propiedades psicométricas del instrumento autocuidado en el adulto mayor.

3.2 Objetivos específicos

- 1.- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
- 2.- Elaborar el instrumento de autocuidado en el adulto mayor por dimensiones con base a la teoría de Dorothea Orem.
- 3.- Identificar la dimensión con mejor puntaje de validez y fiabilidad de las propuestas en el instrumento.
- 4.- Determinar la confiabilidad del Instrumento Autocuidado del Adulto Mayor mediante el Alfa de Cronbach.
- 5.- Determinar la validez de contenido del instrumento autocuidado en el adulto mayor.
- 6.- Determinar la validez de constructo del instrumento autocuidado en el adulto mayor.

IV Marco Teórico

En este capítulo se describen las variables consideradas para este estudio y su relación entre sí, así como el sustento teórico filosófico de Dorothea E. Orem cuyo modelo se basa en el autocuidado, además se incluye la teoría clásica del test y la teoría de respuesta al ítem. El capítulo se aborda en varios temas y subtemas, como primer punto se describe la teoría de Dorothea Orem, la teoría clásica del test y la teoría de respuesta al ítem, seguida del envejecimiento y el adulto mayor, el autocuidado y su relación con la persona adulta mayor, así como las actividades específicas que son consideradas como parte del autocuidado en esta etapa, la elaboración, validez y fiabilidad de instrumentos de medición.

4.1 Sustento teórico Filosófico. Teoría de Dorothea Orem, Teoría Clásica del Test y Teoría de Respuesta al Ítem.

Para abordar el fenómeno de estudio se tomó de referencia la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, la cual está constituida por tres teorías de rango medio: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería

Antecedentes

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Su carrera dio inicio en la Providence Hospital *School of Nursing in Washington*, DC, donde se graduó en 1930. Tuvo muchos logros durante su carrera como enfermera. Uno de sus propósitos era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante el lapso de 1958 a 1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. Continuó desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado. Al jubilarse en 1984 siguió trabajando en el desarrollo de la teoría del déficit de autocuidado. Murió en el 2007 en Skidaway Island, Georgia (Arce y Ballón, 2019).

Naranjo (2019), refiere que Dorothea Elizabeth Orem determinó que en la enfermería un pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes

formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitarias; el rol de enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, fomentando ambas el autocuidado por parte de la persona.

Dorothea Orem define al autocuidado como las “conductas aprendidas por los individuos, dirigidas por las personas hacia sí mismas, orientadas a regular los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud y bienestar. (Arce y Ballón, 2019).

Supuestos

Dorothea Orem desarrolló su teoría a partir de los cuatro supuestos paradigmáticos. Define a la persona como la unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección y tiende de otros durante todo su proceso de desarrollo. La salud por su parte es el estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo. El entorno implica las condiciones ambientales que motivan a la persona a reorientar la conducta hacia las prácticas de salud y la enfermería se establece como un servicio humano de cuidado, cuya acción se traduce en beneficios para la persona.

Subteorías

La teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem tiene tres subteorías relacionadas entre sí, cuyo objetivo principal es que el agente de autocuidado lleve a cabo y mantenga acciones para conservar la salud y la vida: teoría de sistemas de enfermería, teoría de déficit de autocuidado y teoría del autocuidado.

Dentro de la teoría de autocuidado describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas, incluye concepto tales como el de agente de autocuidado el cual Orem refiere que es la persona que se provee autocuidado, por su parte a la persona que proporciona cuidado a otro lo denomina agente de autocuidado dependiente.

Orem menciona que los factores condicionantes básicos afectan la capacidad de autocuidado de un individuo o al tipo y necesidades de autocuidado requerido. Estos factores son todas aquellas características de un individuo que son afectadas por factores ambientales y humanos tales como la edad, el sexo, el estado de desarrollo, el estado de salud, la disponibilidad y adecuación de los recursos, la orientación sociocultural, los factores del sistema familiar, los factores ambientales, el patrón de vida y las actividades en las que se ocupa regularmente la persona (Arce y Ballón, 2019).

Dentro de esta subteoría propone los requisitos de autocuidado: los requisitos de autocuidado universal, los requisitos de desarrollo y los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado universal son las acciones humanas que se producen a partir de las condiciones tanto internas como externas de una persona que mantienen la estructura y el funcionamiento humanos estas son: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de un aporte suficiente de agua, mantenimiento de un aporte suficiente de alimento, provisión de cuidados asociados con los proceso de eliminación de desechos, incluidos excrementos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y la promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Los requisitos de desarrollo son las expresiones más específicas y particulares de la persona que se derivan de una condición o están asociadas a un acontecimiento de la vida. Estos se dividen en dos, el en primero se encuentran los que apoyan los procesos vitales tal como la vida intrauterina, vida neonatal, lactancia, infancia, adolescencia, adulto joven, adulto y el embarazo y el segundo son los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales como la privación de la educación, los problemas de adaptación social, la pérdida de familiares y amigos, del trabajo, el cambio de las condiciones de vida, posición social

o económica, la mala salud, incapacidad, enfermedad terminal, y peligros ambientales.

Los requisitos de la desviación de la salud están asociados con efectos de constitución corporal, genéticos y desviaciones humanas, estructurales y funcionales, con sus efectos, medidas de diagnóstico y tratamiento médico (Prado, González, Paz & Romero, 2014). Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas.

La teoría del déficit de autocuidado se basa en cómo las personas con limitaciones relacionadas con su salud pueden ocuparse de su cuidado o necesitan de un cuidado dependiente tal como el de enfermería. Ciertas limitaciones hacen al individuo parcial o completamente incapaz de cuidarse.

El déficit de autocuidado se refiere a la relación que existe entre la agencia de autocuidado y la demanda de autocuidado de los individuos. La agencia de autocuidado está condicionada por factores que afectan a su desarrollo y operatividad ya que varía de manera significativa de la infancia en comparación con adulto mayor.

La teoría de los sistemas de enfermería se subdivide en tres sistemas: de apoyo educativo cuando la enfermera realiza el cuidado terapéutico al paciente, compensa la incapacidad, apoya y protege al mismo; parcialmente compensatorio cuando realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente, compensa sus limitaciones y ayuda al paciente en sus necesidades; totalmente compensatorio cuando realiza el autocuidado por el paciente (Naranjo et al., 2017).

4.2 Envejecimiento y adulto mayor

El envejecimiento demográfico constituye una preocupación a nivel mundial, y específicamente para la sociedad cubana actual, lo que exige una atención prioritaria desde las políticas públicas; así como la necesidad del cambio en cuanto a la percepción cultural desde la que este es asumido. El notable crecimiento del número de ancianos reclama que la sociedad y cada individuo en particular asuman una nueva forma de vida. Para la sociedad significa cambiar la percepción cultural

del adulto mayor; para el individuo mismo significa aceptar sus limitaciones y potenciar sus capacidades. Aprender a envejecer debe convertirse en aprender a aprovechar las opciones que brinda esta etapa de la vida. Una concepción de la vejez más equilibrada implica su reconocimiento como una etapa vital diferente a las anteriores: no como punto de llegada, sino como continuidad del desarrollo, donde se acentúa la individualización de la personalidad. (Carrasco et al., 2017).

El envejecimiento es considerado como un fenómeno universal e inevitable que está relacionado íntimamente con el estado de salud y con el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Las proyecciones de población indican que en el año 2050 habrá en el mundo cerca de 400 millones de personas con 80 años o más. Igualmente, habrá por primera vez más personas de edad avanzada que niños menores de 15 años. (Soria, 2017).

Las proyecciones que se realizan acerca del crecimiento de la población repercute de manera significativa, ya que permite analizar y conocer las demandas en cuanto a servicios de salud, empleo, vivienda y educación, tal es el caso del aumento de la población adulta mayor que al ser un grupo etario susceptible genera una mayor demanda de los servicios de salud, en 2015 más de la décima parte de la población en el país corresponde a personas de 60 años o más, por lo que es importante que los sistemas de salud se enfoquen en acciones preventivas y generen en la población el interés por mantener y mejorar sus conductas en beneficio de su salud (Soria, 2017).

El descenso de la fecundidad y el incremento en la esperanza de vida, entre otros factores, han ocasionado que la estructura por edad de la población de México comience a mostrar un perfil más envejecido y, en menos de 30 años, se convierta en un país con una importante proporción de personas mayores, superior a 20 por ciento. La disminución de la fecundidad (de 6.6 a 2.13 y 1.72 hijos por mujer en edad fértil, en promedio, en 1950, 2017 y 2050, respectivamente) responde a una mejora en las condiciones socioeconómicas de la población, lo que permite disminuciones importantes en la mortalidad y con ello el alargamiento de la vida; esto marca el ritmo en el proceso de envejecimiento. El aumento en la esperanza de vida al

nacimiento para ambos sexos ha sido relevante, al pasar de 47.3 años en promedio que se esperaba viviera una persona en 1950, a 74.9 en 2017; en 2050 se estima que se viva en promedio 79.6 años. (CONAPO, 2020).

Esta situación determina la necesidad de implementar estrategias de salud principalmente en lo que concierne a promoción de la salud y prevención de enfermedades, son pertinentes los aportes del Modelo de Promoción de la Salud para destacar las experiencias, habilidades, conocimientos teóricos y prácticos que reflejen conductas motivacionales en los adultos mayores en participación activa en el cuidado de su salud. (Puello et al., 2017).

Las acciones permanentes del personal en enfermería, con un enfoque promocional y de autocuidado logran modificar limitaciones en condiciones funcionales de dependencia; además potencializan la capacidad para equilibrar su autosuficiencia y autonomía. El envejecimiento de la población puede lograr verse como un reto en las políticas de salud, ya su vez ser un sistemas especial de atención en salud, se deben contemplar estrategias para que la población mejore sus condiciones de vida y salud; y enfermería juega un papel importante para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. (Puello et al., 2017).

Arévalo, et al., (2019), refieren que el aporte de la familia como predictor de bienestar subjetivo de adultos mayores ha sido ampliamente estudiado, algunas investigaciones proveen evidencia empírica que el apego seguro en la adultez tardía estaría relacionado con una mejor calidad de vida, el apoyo familiar contribuye más a la satisfacción con la vida de adultos mayores que el apoyo de los amigos, la familia es un elemento crucial en este proceso lo cual puede permitir un envejecimiento activo y saludable, el principal ambiente en el que el adulto mayor se desenvuelve es relevante.

4.3 Autocuidado y adulto mayor

El autocuidado es una acción aprendida por una persona en su contexto sociocultural, que se inicia de manera voluntaria a fin de mantener la vida, la salud y el bienestar. El desempeño descansa en el conocimiento, las habilidades y las

motivaciones desarrolladas y ejercitadas específicamente para el autocuidado (Arce y Ballón, 2019).

Escobar y Pico (2013; citados por Díaz, 2020), mencionan que el autocuidado es esencial para la promoción de la vida y el bienestar de las personas de acuerdo a sus características físicas, de género, clase social y etapa de vida que la persona curse, Uribe conceptualiza el autocuidado como una construcción sociocultural influenciada por creencias y convicciones según la sociedad en la que se desenvuelvan.

Nieto (2016), refiere que D. Orem ya proponía que la edad y el estado de desarrollo son factores básicos que condicionan el progresivo incremento de la agencia de autocuidado, la cual permite la satisfacción de la demanda de autocuidado acorde a sus necesidades, sin embargo llegando a la vejez la mayoría de las personas sufre un decremento en el mismo, puesto que se enfrenta a cambios que dan lugar al déficit de autocuidado.

El envejecimiento poblacional a pesar de ser un logro, se convierte a su vez en un inmenso desafío para que aquellos años de vida que se prologan sean vividos con calidad y en condiciones adecuadas, de manera independiente y autónoma. Si bien este desafío es una tarea de todos, no debemos olvidar la responsabilidad que tenemos cada uno de nosotros de nuestro propio envejecer, especialmente en aquellos factores que se relacionan con el cuidado de la salud y los estilos de vida. Por tanto debemos tener en cuenta que muchas enfermedades no están en relación directa ni dependen de la edad, es decir, muchas enfermedades pueden ser el resultado de cómo vivimos, de cuáles fueron y son nuestros hábitos las cuales podrían ser evitables al modificar nuestros comportamientos, nuestras acciones, dicho esto se tiene una íntima relación con las decisiones que tomamos (Jarolavsky, et al, 2013).

El estado de salud con el cual las personas cursan su vejez es el resultado de los hábitos y prácticas realizadas durante toda su vida, por ello es importante que desde edades tempranas se cuente con un autocuidado eficiente que permita llegar a esta etapa con el mínimo de complicaciones y con esto lograr que la persona

sea capaz de cuidar de sí mismo en la medida de lo posible puesto que el envejecimiento incide indudablemente en el autocuidado (Castiblanco y Fajardo, 2017), por lo que debe ser aprendido y llevarse a cabo de manera continua (Arce y Ballón, 2019).

Cabe mencionar que el autocuidado es un elemento fundamental para la conservación de la salud, más sin embargo existen diversas condiciones no transmisibles características de la edad y otras tales como enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes que repercuten en la capacidad de autocuidado o que al contrario requieren una mayor demandad del mismo. En el caso de la hipertensión arterial, problema de salud pública a nivel mundial, el autocuidado es considerado fundamental para el proceso terapéutico, más sin embargo existe evidencia de que la población hipertensa tiene un déficit de autocuidado, lo que genera rehospitalizaciones y alteraciones en la calidad de vida del paciente (Valdiviezo, 2020).

Por otro lado los pacientes con Diabetes Mellitus, que al igual que la hipertensión es un problema de salud pública, común en esta edad, también requieren un control basado en el régimen de autocuidado que beneficie el manejo de la enfermedad, el paciente debe participar activamente, por lo que necesita tener los conocimiento y habilidades necesarias de autocuidado favoreciendo el mantenimiento y conservación de la salud, ya que como la Organización Mundial de la Salud lo refiere el 95% del tratamiento del paciente diabético depende del mismo (Galindo, Rico & Padilla, 2014).

Además Galindo, Rico y Padilla (2014) mencionan que los factores socioculturales son condicionantes en cuanto a las prácticas de autocuidado tales como el nivel de educación, la ocupación, las experiencias laborales y vitales, la religión y las prácticas curativas.

El proceso natural del envejecimiento, se asocia a enfermedades crónicas, favorece la incapacidad funcional y eleva la vulnerabilidad de sufrir daños (Méndez, 2020). Esta incapacidad funcional genera inhabilidad o dificultad para realizar tareas

de la vida cotidiana del adulto mayor independientemente que normalmente son indispensables para mantener una buena salud y mantener su calidad de vida.

Varios autores han descrito que existen algunos factores en los adultos mayores que son condicionantes de la falta de autocuidado tales como un estado de ánimo depresivo, falta de apoyo social y familiar, sufrir demencia, tener alguna deficiencia física, vivir en situaciones conflictivas con sus cuidadores, presentar disminución de la capacidad funcional o cognitiva, todas estas situaciones repercuten en estas personas, generando con ello una mayor dependencia (Méndez, 2020). También se asocian factores socioculturales, de salud y económicos, el declive físico, psicológico y social (Melguizo, et al., 2014).

El autocuidado en la etapa de la vejez permite desarrollar habilidades aptitudes y conocimientos que ayudan a mantener independencia funcional y de procesos vitales, prevenir enfermedades o hacerlas menos graves o incapacitantes, así mismo logran sentir satisfacción y bienestar en la vida (Leiton, 2016).

Cajape y Velazco (2019), mencionan que el significado del autocuidado está originado por influencias y situacionales, ya sean internas o externas ligadas a su proceso de salud-enfermedad, lo relevante se manifiesta en el hecho del conocimiento que estos poseen sobre el propio cuidado; dichos elementos de cognición cambian la concepción del autocuidado con emociones positivas que ayudan a la conciencia del cuidado. El entorno juega un papel muy importante en la construcción de este significado, el autocuidado en el adulto mayor es vivido en el contexto del medio que lo rodea: familia, amigos, vecinos, comunidad y es percibido como la capacidad de hacer cosas que originen satisfacción en su diario vivir.

4.4 Evaluación del autocuidado en el adulto mayor

Es importante que la persona adulta mayor se concientice sobre su cuidado, y considere que es su responsabilidad las decisiones que elija respecto a su salud, por ello es tarea de cada uno el prepararse desde etapas tempranas para vivir en las mejores condiciones esta etapa de vida.

Higiene personal

Dentro de las actividades que el adulto mayor debe llevar a cabo en su higiene personal es el baño diario, cepillado de dientes, automedicación, utilización de bloqueador solar, la exploración del cuerpo para detectar cambios físicos, control médico y odontológico.

Baño

El baño debe ser de 2 a 3 veces por semana, usar jabón suave y secar perfectamente para evitar proliferación de hongos, de ser posible utilizar cremas antihongos. Los pies deben ser lavados diariamente, se recomienda utilizar escobillas suaves que retiren las células muertas de las uñas de los pies, el corte de las misma debe ser recto. Para el cuidado de la piel es necesario utilizar cremas hidratantes o humectantes. Además a medida de lo posible, se debe evitar la exposición al sol, para ello es factible utilizar lentes oscuros, sombreros y usar protectores solares.

Higiene bucal

Es importante acudir al dentista una vez al año, si no hay algún evento que demande antes la atención, la higiene bucal debe realizarse después de cada comida, si se utiliza prótesis debe realizarse su limpieza diariamente, debe quedar bien ajustada y dormir con ella, de no ser así debe evitarlo.

Oídos

Se aconseja acudir con el especialista para la evaluación auditiva y su tratamiento en caso de ser necesario.

Actividad física

En este dominio se valoran las actividades de la vida diaria (AVD), consideradas por la Organización Mundial de la Salud como indicador para evaluar la funcionalidad del adulto mayor.

El realizar actividad física o movimiento corporal es una de las cosas que permite mantener a las personas ágiles y saludables, ya que mejora la movilidad permitiendo una vida más activa, mantiene la coordinación y el equilibrio

colaborando en la prevención de las caídas, genera la liberación de endorfinas, produciendo sensación de bienestar, mejora la autoestima y la confianza, fortalece la masa corporal, además de contrarrestar enfermedades tales como la diabetes, la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, obesidad, disminuir los valores de colesterol y ayudar en la prevención de la osteoporosis (Jarolavsky, 2013).

Muchas personas piensan que a su edad el ejercicio no es necesario lo cual es un gran error puesto que la necesidad de actividad física no disminuye a medida que se envejece, por el contrario, no hacer ejercicio ocasiona la pérdida de masa muscular y ósea además de volver menos flexible al cuerpo. Por lo tanto, muchas veces la declinación física asociada al envejecimiento se debe a la falta de actividad física (García y Salazar, 2016).

Entre las actividades sugeridas para el adulto mayor están la gimnasia adaptada, las caminatas, la natación, el yoga, el baile y la bicicleta, ya que son actividades que no implican mayor esfuerzo para las condiciones de estas personas.

En el manual de autocuidados del adulto mayor de Jarolavsky y otros (2013) recomiendan realizar actividad física de manera regular, esto con el fin del que el cuerpo se adapte al ejercicio, previo calentamiento y para finalizar con el mismo ir disminuyendo la intensidad de la actividad, es importante incluir ejercicios de estiramiento. Es de importancia mencionar que la actividad física debe ser de acuerdo con las posibilidades de quien lo realice, siempre y cuando no afecte su salud.

Como parte de la actividad física se toman en cuenta las actividades de la vida diaria tales como subir escaleras con las debidas medidas de seguridad y realizar tareas del hogar. El tiempo recomendable y de acuerdo a la actividad que realice el adulto mayor debe ser como mínimo 30 minutos de actividad moderada, cinco veces a la semana, es recomendable dedicar tres o más días a la semana a realizar actividades físicas que permitan mejorar su equilibrio y evitar las caídas, además de incluir actividades de fortalecimiento muscular dos o más veces a la semana.

Alimentación

La evaluación nutricional es de gran importancia porque un estado nutricional alterado constituye un factor de riesgo en los ancianos al presentar en consecuencia diversas enfermedades. Por ello es de gran valor conocer sobre la dieta habitual, el número de comidas al día, los recursos para adquirir los alimentos y otros factores que afecten el estado nutricional, además del estado de su dentición, trastornos de la deglución y por consiguiente determinar parámetros antropométricos como el peso corporal actual y habitual, y pérdida de peso en el tiempo.

Una adecuada nutrición es importante para el correcto desarrollo de los órganos y su funcionamiento. Durante el proceso de envejecimiento hay ciertos cambios que pueden influir en el estado nutricional tales como el desgaste dental, cambios del gusto, así como también alteraciones gastrointestinales y metabólicas. Jarolavsky y colaboradores (2013) en el manual de autocuidados en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomiendan consumir por lo menos 5 raciones de frutas y verduras por día, evitar el consumo excesivo de sal, así como los alimentos enlatados, embutidos y el pan, además de azúcares, cabe señalar que es vital consumir abundantes líquidos.

Dicho manual exhorta a comer variado, lento y masticar bien, consumir alimentos con fibras, elegir alimentos naturales y frescos debido a que conservan su valor nutritivo y vitaminas sin olvidar lavar bien los alimentos, se debe evitar las frituras y el consumo excesivo de grasas, especialmente las de origen animal. Las colaciones dependerán de las necesidades de cada persona. Además es de suma importancia mantener un control de peso así como evitar acostarse inmediatamente después de cenar. Contar con el apoyo familiar y la orientación de un profesional es la mejor manera de conservar un equilibrio nutricional (Jarolavsky, 2013).

Una buena nutrición incluye el consumo de alimentos que contengan proteínas, hidratos de carbono, lípidos, sales minerales, calcio y vitaminas, así mismo frutas y verduras, en especial aquellas que sean ricos en fibra. Por otro lado hay que evitar el consumo de grasas, por lo que se debe elegir ingerir carnes

blancas tales como el pollo, pescado y pavo. Es esencial mantener el peso corporal adecuado a la edad y talla del individuo.

Sueño y descanso

En general, la cantidad necesaria de sueño permanece constante a lo largo de la vida adulta. Los médicos recomiendan que los adultos duerman de 7 a 8 horas por las noches. En el caso de los adultos mayores el sueño es menos profundo y más entrecortado, por lo que los problemas del sueño en los adultos mayores son frecuentes.

Para un adulto mayor, contar con algún problema del sueño, repercute directamente en su salud y por consiguiente en la calidad de vida, por ello, los profesionales de la salud deben tomar medidas para actuar en las personas que presenten algún problema del sueño, el insomnio es uno de los principales problemas a los que se enfrentan muchos de ellos (Estrella y Torres, 2015).

El insomnio es la percepción subjetiva de un sueño insuficiente o no restaurador, donde existe dificultad para iniciar o mantener el sueño y despertar temprano, lo que genera fatiga o malestar general, deterioro de la memoria, problemas de desempeño social, cambios en el estado del ánimo, disminución de la motivación y energía, somnolencia diurna, entre otros (D'Hyver, 2018).

Barrera y Escobar (2018), consideran respecto al sueño que su impacto en la calidad de vida de los adultos mayores es relevante, es preciso considerar la importancia de programas en salud para que cuidadores y familiares cercanos estén atentos de los hábitos de sueños de este tipo de población, sería relevante también incluir que el personal de enfermería esté capacitado para intervenir en situaciones en las que el adulto mayor requiera acciones encaminadas a mejorar la calidad del sueño y del descanso, una de las más importantes es la educación que sea comparada con una medición posterior.

En las personas mayores, es muy común que las preocupaciones relativas a los cambios laborales, de salud, la seguridad económica, la soledad, la muerte de su pareja, familiares o amigos, la depresión y la ansiedad respecto del sueño

pueden alterar el estado de ánimo y por ende el sueño, por eso se hace necesario e importante la búsqueda de intervenciones que reduzcan las alteraciones del sueño con el fin de mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades, en ocasiones se podrían confundir como algo patológico, sin embargo, son características propias de la edad. Barrera y Escobar (2018).

El sueño está formado por distintas fases y con tiempo se disminuyen los tiempos de duración de las fases profundas, ello hace que el sueño sea más liviano y que el tiempo total se reduzca, aumentando en frecuencia los despertares nocturnos. Cada persona tiene sus propias características de sueño, más sin embargo se recomienda ir a acostarse apenas comience la persona a sentir sueño, de ser necesario eliminar la siesta, de manera importante influye las condiciones de la habitación, por lo que en la medida posible se debe contar con una temperatura ambiental adecuada. Es esencial dormir bien para un descanso de calidad (Cedeño, 2019).

Relaciones sociales

En cuanto a la parte social de la vida del adulto mayor Arce y Ballón, (2019) refieren que los factores sociales afectan la calidad de vida de los individuos, esto incluye las redes de atención, contención y apoyo en el adulto mayor. Es pertinente conocer la relación del anciano con su entorno, las relaciones humanas, el soporte material para cubrir sus necesidades físicas y psicológicas, la actividad laboral, la escolaridad, las condiciones de vida, dinámica y estructura familiar, el tipo de convivencia, si son maltratados, el soporte social, los recursos económicos y materiales, estado de la vivienda, ayuda recibida en las actividades, conocimiento y uso de los servicios de salud. Los cambios en la esfera social cuando se llega a una edad avanzada, están determinados por la conducta social previa, esto es que dependiendo del núcleo social y las relaciones llevadas en el curso de su vida, será el resultado del de su vejez. En gran parte la cultura de cada persona influirá de manera significativa.

Parte de las actividades que son tomadas en cuenta para el autocuidado del adulto mayor referente a las relaciones sociales es la recreación, es muy importante

recrearse, el individuo debe ocupar su tiempo libre en actividades que le agraden y entretengan, además de que será de mayor beneficio en realizarlas con sus hijos, nietos, amigos o vecinos, puesto que mantendrán una mejor relación. Otras actividades que el adulto puede ejecutar es leer, ver programas de televisión, acudir al teatro o cine y participar en actividades culturales.

Salud clínica en el adulto mayor

La Organización Panamericana de Salud junto con la Organización Mundial de la Salud, recomiendan que el adulto mayor debe asistir periódicamente a valoración clínica con un profesional de la salud, ya sea médico o de enfermería, dentro del cual se valora su estado físico, funcional, mental y nutricional, con la colaboración del equipo multidisciplinario de salud, con el fin de identificar las alteraciones y deficiencias para actuar en beneficio de la persona acorde a sus necesidades. Posterior a la valoración debe diagnosticarse y con base en dicho diagnóstico implementar un tratamiento. Para ello, en los últimos años se han elaborado programas de atención al adulto mayor, con el fin de promover el envejecimiento saludable, mediante la disminución de complicaciones y el mejoramiento de la calidad de vida.

4.5 Teorías para la construcción del test.

Existen dos grandes teorías para la construcción y análisis de los test, estas son la Teoría Clásica del Test (TCT) y la Teoría de Respuesta al ítem (TRI). La primera de ellas es la más utilizada a la hora de desarrollar un test, las raíces de esta teoría comienzan con Spearman a principios del siglo XX. En 1968 Lord y Novick reformulan la teoría clásica para dar un nuevo enfoque con la Teoría de Respuesta al Ítem (Borrero, 2019).

Teoría clásica del test.

Modelo lineal clásico.

Este modelo propuesto por Charles Spearman, consiste en asumir que la puntuación que una persona obtiene en un test, denominada puntuación empírica, y que suele designarse con la letra X , está formada por dos componentes, es decir,

por la puntuación verdadera de esa persona en ese test (V), y por un error (e), que puede ser debido a muchas causas que no se pueden controlar. Su expresión es: $X = V + e$ (Muñíz, 2010). Con esto, el modelo no permite ver la puntuación verdadera ni el error, tan sólo podríamos saber la puntuación empírica (Borrero, 2019).

Spearman propone tres supuestos al modelo y una definición. El primero de ellos es definir la puntuación verdadera (V) como la esperanza matemática de la puntuación verdadera: $V = E(X)$. Esta se conceptualiza como aquella puntuación que obtendría como media una persona si se le aplicara infinitas veces el test. En el segundo supuesto Spearman asume que no existe relación entre las puntuaciones verdaderas de las personas y el tamaño de los errores que afectan a esas puntuaciones, puede expresarse así: $r(v, e) = 0$. El tercer supuesto establece que los errores de medida de las personas en un test no están relacionados con los errores de medida en otro test distinto, puede expresarse así: $r(e_j, e_k) = 0$. En test paralelos las puntuaciones verdaderas y los errores de las personas serían las mismas (Muñíz, 2010).

Un concepto central en la TCT es la confiabilidad. Un instrumento es más confiable conforme las diferencias observadas son más diferencias verdaderas. Esta definición implica que la confiabilidad es un número entre 0 y 1 (Leenen, 2014). Los métodos más conocidos para estimar tal confiabilidad incluyen el método de formas paralelas, el test-retest, el método de dos mitades y el análisis interno que incluye el coeficiente α de Cronbach (Abad, Ponsoda, Olea y García, 2006).

La TCT considera la puntuación asociada con una prueba en suglobalidad, los modelos TRI analizan las respuestas de cada persona en cada ítem de la prueba, es decir, se centra más en las propiedades de los ítems individuales que en las propiedades globales del test. El modelo de la TCT simplemente no especifica la relación entre la habilidad latente que supuestamente se mide y el resultado observado en el test, en cambio, los parámetros en los modelos TRI tienen una relación directa con la dimensión que se pretende medir (Leenen, 2014).

Teoría de la Generalizabilidad y Tests referidos al criterio.

La Teoría de la Generalizabilidad (TG) propuesta por Cronbach, Gleser, Nanda y Rajaratnam en 1972, de uso complejo y que utiliza análisis de varianza y el Tests Referidos al Criterio (TRC) propuesta por Glaser (1963) que normalmente se utiliza en test para medir conocimientos, son otros marcos clásicos.

Las limitaciones de la TCT es que las mediciones no resultan invariantes respecto al instrumento utilizado y la ausencia de invarianza de las propiedades de los tests respecto de las personas utilizadas para estimarlas, es decir, los resultados dependen de las personas no de la fiabilidad del test. Otro de los problemas es que cuando se ofrece un coeficiente de fiabilidad de un test en el marco clásico, como el coeficiente alfa de Cronbach (1951), se está presuponiendo que ese test mide con una fiabilidad determinada a todas las personas evaluadas con el test, cuando persona en cada ítem. Todos los ítems que forman el test han de medir un mismo y único rasgo. (Muñiz, 2010).

Para ello, con el fin de darle solución a estos problemas surge la Teoría de Respuesta al ítem como complemento de la TCT, las cuales se asocian perfectamente para la construcción y análisis de los tests, más sin embargo dependerá de la situación para elegir una de ellas.

Teoría de Respuesta al Ítem (TRI)

En esta teoría generalmente mediante ecuaciones matemáticas se determinan las características latentes de los ítems en una prueba y de las personas que la contestan, con el fin de llegar a afirmaciones probabilísticas de la conducta de cada

Uno de los supuestos de esta teoría es que existe una relación funcional entre los valores de la variable que miden los ítems y la probabilidad de acertar estos, denominando a dicha función Curva Característica del Ítem (CCI) (Muñiz, 2010). Además, los valores de la variable medida, se encuentran entre menos infinito y más infinito, mientras que en la teoría clásica los valores dependían de la escala de cada test, desde el valor mínimo obtenible en el test hasta el máximo.

La forma de la CCI se determina por a, b y c, siendo a el índice de discriminación del ítem, b la dificultad del ítem y c la probabilidad que hay de acertar el ítem al azar. En cuanto a los modelos de la TRI la mayoría supone que los ítems son unidimensionales, lo cual asume una restricción para su uso, sin embargo, funcionan con test que no son estrictamente de una sola dimensión. Otro supuesto es su Independencia Local, que significa que para utilizar estos modelos los ítems han de ser independientes unos de otros, es decir, la respuesta a uno de ellos no puede estar condicionada a la respuesta dada a otros ítems (Muñiz, 2010).

En cuanto a los modelos de la TRI los más utilizados son los modelos logísticos, que adoptan la función logística como CCI de los ítems. Cuando sólo se utiliza la dificultad de los ítems (parámetro b) se denomina modelo logístico de un parámetro o modelo de Rasch, cuando además incluye la discriminación de los ítems (a) se denomina modelo logístico de dos parámetros, pero cuando se incluye también la probabilidad de acertar el ítem al azar (c), tenemos el modelo logístico de tres parámetros. Actualmente existen más de cien modelos de TRI, que se utilizan según el tipo de datos manejados, contando con modelos para escalas tipo Likert, para datos dicotómicos, o para datos multidimensionales (Muñiz, 2010).

4.6 Elaboración, validez y confiabilidad de instrumentos

En este apartado se analizará el proceso y la importancia de la elaboración, validez y confiabilidad de los instrumentos de medición, especialmente aquellos enfocados a la población adulta mayor.

La disminución de las funciones que acompañan el envejecimiento, ha creado la necesidad de contar con métodos de evaluación específicos para este grupo etario. La evaluación debe ser periódica por el personal de enfermería, para continuar con estudios de investigación donde se enfatice el valorar del autocuidado con el que debe contar la persona adulta mayor de acuerdo a los cambios que va presentando (Sullon, 2019).

Elaboración de instrumentos de medición

Los atributos físicos resultan ser directamente medibles como es el caso del peso y la altura, sin embargo, existen atributos o constructos que no pueden medirse de forma directa para lo cual es necesario la creación de instrumentos específicamente diseñados como lo son los tests, cuestionarios o inventarios, para medir estos constructos (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006). Un cuestionario se compone por una serie de ítems a los que cada persona sujeto de estudio debe responder, para posteriormente cuantificar las respuestas y asignar una puntuación, la cual deberá indicar el grado en el que la persona participa en el atributo, constructo o rasgo a evaluar.

Soriano (2014, citado por Martínez; 2019) asume que al momento de elaborar un instrumento de medición deben tenerse presentes los objetivos de la investigación y de las teorías generales y sustantivas que fundamentan y definen la opción teórica de la misma. A partir de aquí se definirá el constructo.

Definición de constructos

La definición de constructos es el primer paso para la creación de un instrumento de evaluación, esta parte consiste en proporcionar una definición operacional del constructo o rasgo que se pretende medir, especificando el tipo de población al que va a aplicarse (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006).

Construcción provisional del cuestionario

Al obtener la definición del constructo y sus componentes deben establecerse un conjunto de ítems para los cuales se debe tener en cuenta el formato de respuesta y las normas de redacción de los ítems (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006).

En cuanto al formato de respuesta dependerá de lo que se pretenda medir, en cuanto al tipo de test cuando es un test de rendimiento óptimo donde lo que se medirá es la inteligencia o el rendimiento suelen utilizarse las respuestas de elección binaria, donde su alternativa de respuesta puede ser “Sí o No” , “Cierto o falso”. Otro tipo de respuesta es la elección múltiple, esta es más utilizada y sus alternativas de

respuesta son más de dos. Por otro lado para los tests de rendimiento típico donde lo que se pretende medir es el comportamiento de las personas, actitud, opinión o rasgo se puede hacer uso de la opción binaria para mostrar si se está en acuerdo o desacuerdo con una afirmación. Para estos mismos se puede también hacer uso de las categorías ordenadas nominalmente que puede ir de muy en desacuerdo a muy de acuerdo (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006).

Construcción de ítems

Para la elaboración de los instrumentos en específico en la redacción de los ítems, para test de rendimiento óptimo es oportuno emplear frases simples y comprensibles, así usar un lenguaje apropiado de acuerdo a la población a la cual se aplicará dicho instrumento, evitando el uso de negaciones y errores gramaticales, por otro lado en los de rendimiento típico se recomienda utilizar el tiempo presente, contenido claro, elaborar frases cortas y simples, evitar incluir dos temas en un solo ítem, evitar el uso de dobles negaciones. El número de categorías usualmente es de 5, puesto que a mayor número de estas lleva a inconsistencias en las respuestas y a un número muy reducido conlleva a menor variabilidad y por tanto tiende a reducir la fiabilidad (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006). Este también es conocido como la escala Likert y cuando es de 5 o más categorías y las distribuciones son simétricas, el análisis factorial exploratorio es más eficaz (Frías y Posada, 2012).

Cuantificación de las respuestas

Es preciso determinar la manera de cuantificar los posibles resultados a las cuestiones elaboradas. En general para los ítems de rendimiento óptimo se cuantifica con 1 el acierto y con 0 el error, de tal manera que la puntuación directa en un cuestionario será igual al número de ítems que el sujeto acierta. En cambio para el formato de respuesta de “n” categorías ordenadas se cuantificará de 1 hasta n, la puntuación se obtendrá de la suma de las cantidades asignadas de las respuestas de la prueba.

Análisis de ítems

Para comprobar estadísticamente que cada ítems es un buen medidor debe contar con tres indicadores los cuales son: índice de dificultad, índice de homogeneidad e índice de validez, para esto es necesario aplicar primero el cuestionario provisional a una muestra representativa de la población a la que va dirigida, se aconseja entre 5 y 10 veces más sujetos que ítems (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006).

El índice de dificultad sirve para cuantificar el grado de dificultad de cada cuestión, por lo que sólo tiene sentido su cálculo para ítems de rendimiento óptimo. Este se define como el cociente entre el número de sujetos que lo han acertado y el número de sujetos que lo has intentado resolver. (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2016).

Según Abad, Garrido, Olea y Ponsoda (2016) refieren que el índice de homogeneidad o de discriminación de un ítem es la correlación de Pearson entre las puntuaciones de los n sujetos en el ítem j y las puntuaciones X en el total del test. El índice de homogeneidad de un ítem nos va a informar del grado en que dicho ítem está midiendo lo mismo que la prueba globalmente; es decir, del grado en que contribuye a la homogeneidad o consistencia interna del test, por lo que deben eliminarse los ítems que su índice homogeneidad esté próximo a cero.

Para el índice de validez de un ítem las puntuaciones de los N sujetos en un ítem pueden correlacionarse con las que estos sujetos obtienen en un criterio de validación externo al test. Al igual que en el caso del índice de homogeneidad, los elementos que tengan una correlación con el criterio próxima a cero deberían eliminarse de la prueba, en la medida que no contribuyen a evaluar el rasgo que se pretende medir (Abad, Giraldo, Olea y Ponsoda, 2016).

Validez del test

La validez es un proceso que permite comprobar si realmente el cuestionario mide lo que dice medir Soriano (2014, citado por Martínez, R., 2019) o bien, qué tan apropiada es la prueba para el propósito que se pretende medir (Tristán, 2007) para

ello, según Farías y colaboradores (2006) se hace uso de varios tipos de validez, como lo es la validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio. La American Psychological Association (APA), en 1954, señaló 4 tipos de validez: de contenido, predictiva, concurrente y de constructo. Sin embargo, otros autores la clasifican en validez de apariencia, de contenido, de criterio y de constructo (Urrutia, Barrios, Gutiérrez y Mayorga, 2014).

Validez de contenido

Es importante mencionar que en pruebas de rendimiento y en pruebas de conocimientos tiene sentido justificar que el conjunto de ítems que forman el test conforman una muestra representativa del universo de contenidos que interesa evaluar.

La validez de contenido se refiere a que los aspectos que se miden en la prueba se relacionen directamente con un tema en especial (Tristán, 2007) se establece en diferentes situaciones, una de ellas es para el diseño de una prueba y otra es para la validación de un instrumento que fue construido. Según Escobar y Cuervo (2008, citado por Galicia et al., 2017) la validación de contenido consiste en qué tan adecuado es el muestreo que hace una prueba de posibles conductas, de acuerdo con lo que se pretende medir. Para ello se debe especificar previamente las dimensiones a medir y sus indicadores, a partir de los cuales se realizarán los ítems.

Para determinar la validez de contenido conocida también como validación por jueces, se debe recurrir a personas con especialización y experiencia profesional, académica o investigativa relacionada al tema de investigación para que de forma analítica valoren en cuanto a contenido y forma cada uno de los ítems, para ello, es conveniente crear una matriz o tabla de doble entrada que incluya los ítems y un apartado donde puedan evaluar cada uno de ellos, así como poner observaciones sobre su redacción y su posible mejora, esto garantiza que cada uno de las observaciones sean bajo los mismos criterio. (Soriano, 2014, citado por Martínez; 2019).

Escobar y Cuervo (2008, citado por Dorantes et al., 2016), elaboraron una plantilla de cuatro categorías donde incluyen claridad, coherencia, relevancia y suficiencia como aspectos a evaluar por parte de los jueces expertos. Lawshe (1975, citado por Tristán; 2008) menciona que los expertos deberán contar con un ejemplar de la prueba o del conjunto de ítems a analizar y sobre los cuales deberán emitir su opinión en tres categorías: esencial, útil pero no esencial, no necesario. Tristán (2007) propone considerar los aspectos de relevancia donde las variables correspondan con el dominio a medir, pertinencia que las variables sean indispensables para construir una evidencia conforme al dominio y exhaustividad donde la lista de variables sea suficiente para describir al dominio.

Es fundamental tener en cuenta los criterios de selección como lo proponen Skjong y Wentworht (2000; citados por Galicia, Balderrama y Edel, 2017), debe contar con experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basadas en evidencia y experiencia, reconocimiento de la comunidad, así como disponibilidad y motivación para participar, imparcialidad, confianza en sí mismo y adaptabilidad, además también es importante prever cuántos jueces van a participar conforme a las características de la prueba y el análisis estadístico correspondiente.

Para Escobar y Cuervo (2008, citado por Dorantes et al., 2016) manifiestan que diez jueces brindarían una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento, mientras que Delgado y otros (2012, citado por Bernal; 2020) señalan que deben ser 3 como mínimo, García y Fernández (2008, citado por Bernal; 2020) al aplicar variables estadísticas, concluyeron que la cantidad ideal varía entre 15 y 25 expertos, sin embargo, Varela, Díaz & García (2012, citado por Bernal; 2020) señalan que el número dependerá de los objetivos del estudio, con un rango entre 7 y 30 expertos.

Skjong y Wentworht (2000, citados por Galicia, Balderrama y Edel; 2017) y Escobar y Cuervo (2008, citado por Dorantes et al., 2016) establecen algunos pasos para la realización del juicio de expertos tales como preparar instrucciones y planillas, seleccionar los expertos y entrenarlos, explicar el contexto, posibilitar la

discusión y establecer el acuerdo entre los expertos por medio del cálculo de consistencia.

Para llevar a cabo el juicio por expertos es necesario seguir una serie de pasos sistemáticamente, para lo cual, Escobar y Cuervo (2008, citado por Dorantes et al., 2016) proponen los siguientes:

1.- Definir el objetivo del juicio de expertos. El investigador debe tener clara la finalidad de la validación.

2.- Selección de los jueces. Debe tomarse en cuenta los criterios de selección ya mencionados, además de considerar su trayectoria académica, experiencia y reconocimiento por la comunidad. Se recomienda un mínimo de cinco jueces, dos de ellos deben ser expertos en medición y evaluación.

3.- Explicar tanto las dimensiones como los indicadores que está midiendo cada uno de los ítems de la prueba. Lo cual permite una mejor evaluación de la relevancia, la suficiencia y la pertinencia.

4.- Especificar el objetivo de la prueba. Se debe proporcionar a los jueces la información relacionada al uso de la prueba.

5. Establecer los pesos diferenciales de las dimensiones de la prueba. Sólo se hace cuando las dimensiones tienen pesos diferentes.

6.- Diseño de planillas.

7.- Calcular la concordancia entre jueces.

8.- Elaboración de conclusiones del juicio.

Varios autores reportan utilizar la prueba estadística del modelo de Lawshe (1975), para determinar el grado de acuerdo entre los jueces, se calcula el número de coincidencias en la categoría “esencial” y debe haber más del 50% de acuerdos en esta categoría para considerar que el ítem aporta su componente a la validez de contenido (Tristán, 2007). Se observan la razón de validez de contenido con valores

entre -1 y +1. Cuando el valor es positivo indica que más de la mitad de los jueces se encuentran de acuerdo, por el contrario, si este es negativo significa que menos de la mitad de los expertos lo están y es nula si la misma cantidad de expertos están de acuerdo o en desacuerdo (Urrutia et al., 2014 y Tristan, 2008). Lawshe propone valores de aceptación con una prueba de hipótesis de una cola, con una significancia del 5% (Tristán, 2008).

Para calcular la Razón de Validez de Contenido (CVR) se utiliza la siguiente fórmula:

$$CVR = \frac{n_s - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

Donde:

n_s = número de panelistas que tienen acuerdo en la categoría “esencial”

N = número total de panelistas

Lawshe (1975) establece que para cinco expertos o panelistas, considerando el mínimo de expertos, el valor mínimo de razón de validez de contenido debe ser de 1 y para 40 debe ser de 0.29. Hasta un total de siete jueces se requiere un consenso perfecto entre los jueces, es decir una razón de validez de contenido de 1 (Tristán, 2008).

Posteriormente, una vez calculada la razón de validez de contenido de todos los ítems y aceptados los que tienen valores superiores a los mínimos propuestos por Lawshe, se calcula la media y con ello se obtiene el Índice de Validez de Contenido de toda la prueba (Tristán, 2008). Para su cálculo se utiliza la siguiente fórmula:

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$$

Donde:

CVR_i = Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe.

M= Total de ítems aceptables de la prueba.

Tristán (2008) detecta que el modelo de Lawshe presenta tres problemas ya que no aplica ni justifica el procedimiento seguido para construir la tabla de valores mínimos de aceptación, además de que los valores de razón de validez de contenido se ven afectados por el número de panelistas y no es apto para paneles con menos de cinco expertos. Por lo que realiza modificaciones a lo establecido por Lawshe con la finalidad de poder utilizar el modelo con el menor número posible de panelistas, no necesariamente en consenso unánime.

Después de una serie de análisis estadísticos Tristán (2008) concluye que debe utilizarse la r de Pearson y compararlo contra un valor de referencia normalizado al 100% de personas, para que la razón de validez de contenido no dependa del número de panelistas, pidiendo como mínimo un consenso de 58.23% de acuerdos para aceptar un ítem, independientemente del número de expertos, es decir 0.165 de razón de validez de contenido para que sea aceptable.

$$CVR' = \frac{CVR + 1}{2}$$

El mínimo aceptable para CVR' es:

$$CVR' = 0.5823$$

Una vez obtenidos los valores de razón de validez de contenido, se puede determinar el Índice de validez de contenido propuesto por Lawshe como promedio simple de los ítems aceptables. En este punto debe indicarse que el responsable del diseño del instrumento puede convocar a los miembros del panel de validez de contenido para hacer una revisión en los casos en los cuales no se alcanzó el mínimo del 58% de consenso en la categoría “esencial”; esta revisión permitiría rescatar algunos de los ítems donde no hubo acuerdo o, en su caso, sugerir modificaciones para futuras revisiones (Tristán, 2008).

Soriano (2014, citado por Martínez; 2019) refiere que también es fundamental la participación en esta validación de una muestra de la población para el análisis de redacción de los ítems, para verificar que efectivamente sea adecuado y entendible para ese grupo en específico. Ambos tipos de validez por expertos son esenciales para que se determine qué ítems eliminar, cuáles modificar e incluso cuáles agregar.

Para Soriano (2014, citado por Martínez; 2019), posteriormente se procede a una segunda redacción de ítems que conformarán el instrumento que será administrado para la prueba piloto, cuya muestra puede ser seleccionada a través de una muestra probabilística simple al azar, con características similares a las de la población de estudio.

Esquema administrativo para definir el número de ítems de una prueba.

Tristán (2008), refiere que el esquema administrativo rige la asignación de ítems, se aplica en condiciones de prueba piloto, donde se registran los tiempos de inicio y fin de los sustentantes. Se pueden identificar tres casos para este esquema:

1.- Definición de tiempo global. El tiempo de respuesta de un reactivo (o de un grupo de reactivos) se considera cuando el 80% de los sustentantes han terminado de responder la prueba. Para ello, se aplica una prueba piloto de N ítems a un conjunto de sustentantes y se indica un tiempo de aplicación suficientemente largo (por ejemplo 3 horas), suponiendo que es factible terminar la prueba en dicho tiempo. Posteriormente, conforme vaya terminando cada sustentante, se observa el conjunto de ítems contestados. Si la persona contestó más del 80% de los ítems se coloca en la mesa como “grupo A”, en caso contrario se coloca en otro sitio, como “grupo B”. Cuando el 80% de los sustentantes se ubica en el “grupo A”, se toma el tiempo T_f . Se define el tiempo estándar T_e por reactivo como el tiempo promedio:

$$T_e = \frac{T_f}{N}$$

2.- Definición de tiempo fijo. El tiempo de respuesta de un reactivo o de un grupo de reactivos se considera al corte de una prueba. Para ello se aplica una prueba piloto de N ítems a un conjunto de sustentantes y se indica un tiempo de

aplicación T_a relativamente corto (1 hora), suponiendo que no es factible terminar todos los ítems en dicho tiempo. Al término del tiempo se recogen todas las pruebas independientemente de que los sustentantes hayan terminado. Se cuenta el número de ítems de cada persona y se obtiene N_p como el promedio de ítems contestados por los sustentantes. Se define el tiempo estándar T_e por reactivo como el tiempo promedio:

$$T_e = \frac{T_a}{N_p}$$

3.- Definición de tiempo fijo. El tiempo de respuesta de un reactivo o grupo de reactivos se considera al corte de una prueba. Para calcularlo se aplica una prueba piloto de N ítems a un conjunto de M sustentantes y se indica un tiempo de aplicación suficiente para ser respondida la prueba sin exceso y sin prisas, suponiendo que es un tiempo razonable para que todos los sujetos puedan terminar todos los ítems. Conforme cada sustentante va terminando se anota el tiempo de entrega y se calcula el tiempo de realización para cada persona T_r . Se cuenta el número N_i de ítems que contesta la persona, se define el tiempo de reactivo por persona T_p , con el tiempo promedio y finalmente el tiempo estándar T_e se obtiene como el tiempo promedio de los tiempos por persona:

$$T_p = \frac{T_r}{N_i}$$

$$T_e = \frac{T_p}{M}$$

Según Tristán (2007) el número de ítems necesario para poder dictaminar hasta tres niveles de desempeño fluctúa entre 14 y 18, como mínimo

Validez de constructo

Como anteriormente se definía, un constructo es un concepto para explicar el comportamiento humano, con este análisis se determina si el constructo previamente concebido se ha comportado empíricamente de forma esperada, es decir, si se ha medido lo que pretendíamos medir. Para ello se debe realizar un

análisis factorial exploratorio, el cual es una técnica estadística multivariante que sirve para estudiar las dimensiones que subyacen a las relaciones entre varias variables.

Cook y Campbell (1997) citados por Frías y Pascual (2012) hacen referencia a que la validez del constructo está relacionada con la calidad de la operacionalización que la prueba o test realiza del concepto o constructo que se pretende medir (Frías y Pascual, 2012), además de que permite plantear explicaciones teóricas de la conducta que son comprobadas con instrumentos de medida validados empíricamente.

Validez de Criterio

Tristán (2007) menciona que la validez de criterio se refiere a relacionar un conjunto de aspectos medidos con una prueba respecto de otro aspecto medido con otra prueba. Estas pruebas se denominan como “prueba objetivo” y como “prueba criterio”. Si la prueba objetivo correlaciona positivamente y en forma significativa con la prueba criterio, se dice que se verifica la validez de la prueba.

Existen tres tipos de validez de criterio:

Validez predictiva: correlación entre la prueba objetivo y el desempeño futuro de los sustentantes en una tarea posterior, en una actividad profesional o en el siguiente ciclo escolar.

Validez retrospectiva: correlación entre la prueba objetivo y los resultados que obtuvieron los sustentantes en el pasado.

Validez concurrente: correlación entre dos pruebas (por ejemplo español y matemáticas) o entre una prueba objetiva y otro resultado por juicio de experto.

Fiabilidad del test

La fiabilidad según Elosua (2017), la fiabilidad se refiere a la reproducción o repetición de los resultados de una medición (consistencia). Si el mismo objeto se mide en diferentes ocasiones con el mismo procedimiento, pero los resultados de la

medida varían, entonces el procedimiento no es perfectamente fiable. En el caso de la Psicología, la medición de atributos psicológicos siempre muestra variaciones (diferencias intraindividuales) que pueden asimilarse a la falta de fiabilidad del instrumento de medida (test) utilizado.

Para Ventura y Caycho (2017), la confiabilidad puede ser entendida como una propiedad de las puntuaciones de un test que tiene un importante impacto sobre la precisión de los resultados obtenidos por un instrumento, a partir de encontrarse estrechamente relacionada con la variabilidad de las respuestas de una persona, el rasgo medido y el error de medición. En relación a esta última característica, la confiabilidad se vincula con el error aleatorio, en donde, a mayor error aleatorio, menor confiabilidad. Es así que en términos paramétricos se ha establecido el modelo clásico de puntuación verdadera y el planteamiento de la fiabilidad como correlación entre formas paralelas.

La fiabilidad es sinónimo de credibilidad, seguridad y autenticidad, es una característica determinante en la calidad de la información, misma que se asocia a la credibilidad, veracidad, certeza, carácter fidedigno y autenticidad de los datos (Arias, 2019).

Coefficiente de alfa de Cronbach

Al hablar de fiabilidad, a pesar de encontrarse diferentes métodos para su estimación; inmediatamente, surge el nombre del coeficiente Alfa de Cronbach, por ser el más utilizado en estudios psicométricos. El alfa de Cronbach es una estimación de consistencia interna (Cronbach, 1951, referido por Ventura y Caycho, 2017), que indica la magnitud de la covarianza de los ítems y en qué medida el constructo está presente en los ítems. El coeficiente de alfa de Cronbach es útil para medir la consistencia interna de un test cuando los ítems son paralelos, establece el grado en que los diferentes ítems están midiendo una única dimensión o rasgo entre más cercana esté la puntuación a uno, existe mayor grado de covarianza. Más sin embargo debe complementarse con otras pruebas estadísticas como lo es el Análisis Factorial (Ventura y Caycho, 2017).

Frías y Pascual (2012, citado por Guarín et al., 2020) señalan que la estabilidad de la estructura factorial mejora cuando se incrementa el tamaño de la muestra. El análisis factorial se realiza con dos objetivos: el primero de determinar cuál es el número de dimensiones o factores que mide un test y descubrir cuál es el significado de cada una y el segundo obtener la puntuación de cada sujeto en cada dimensión.

Sin embargo, Soriano (2014, citado por Taquez et al., 2017) propone 4 fases para recolectar información y evidencia para el diseño de un instrumento: consideraciones teóricas y objetivos, validación de jueces expertos, selección de muestras y validación. Al considerar el uso y objetivos de un instrumento, las evidencias del contenido tienen su valor predictivo. Debe tenerse en cuenta que la validez no es una propiedad intrínseca de los instrumentos, sino que dependerá del objetivo de la medición, la población y el contexto de aplicación, por lo que un instrumento puede ser válido para un grupo en particular pero no para otros. Declara que no puede afirmarse contundentemente que una prueba es válida, sino que presenta un grado aceptable de validez para determinados objetivos y poblaciones (Taquez et al., 2017).

Baremación de un test

La puntuación directa de una persona en un test no es directamente interpretable si no la referimos a los contenidos incluidos en el test o al rendimiento de las restantes personas que comparten el grupo normativo. Para ello, se requiere la obtención de baremos los cuales consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor numérico en una determinada escala, que informa sobre la posición que ocupa la puntuación directa y por tanto la persona que la obtiene, en relación con los que obtienen las personas que integran el grupo normativo donde se bareman las pruebas.

Existen varios tipos de baremación tales como Baremos cronológicos que incluyen edad mental y cociente intelectual; centiles o percentiles; y puntuaciones típicas como estándares, normalizadas, escalas T y D, estatinos o eneatisos.

Baremos: consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor numérico (en una determinada escala) que informa sobre la posición que ocupará la puntuación directa en relación con lo que obtienen las personas que integran el grupo normativo.

V. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo (Gray, Grove y Burns, 2016).

5.2 Diseño de investigación

Descriptivo, prospectivo, transversal (Gray, Grove y Burns, 2016).

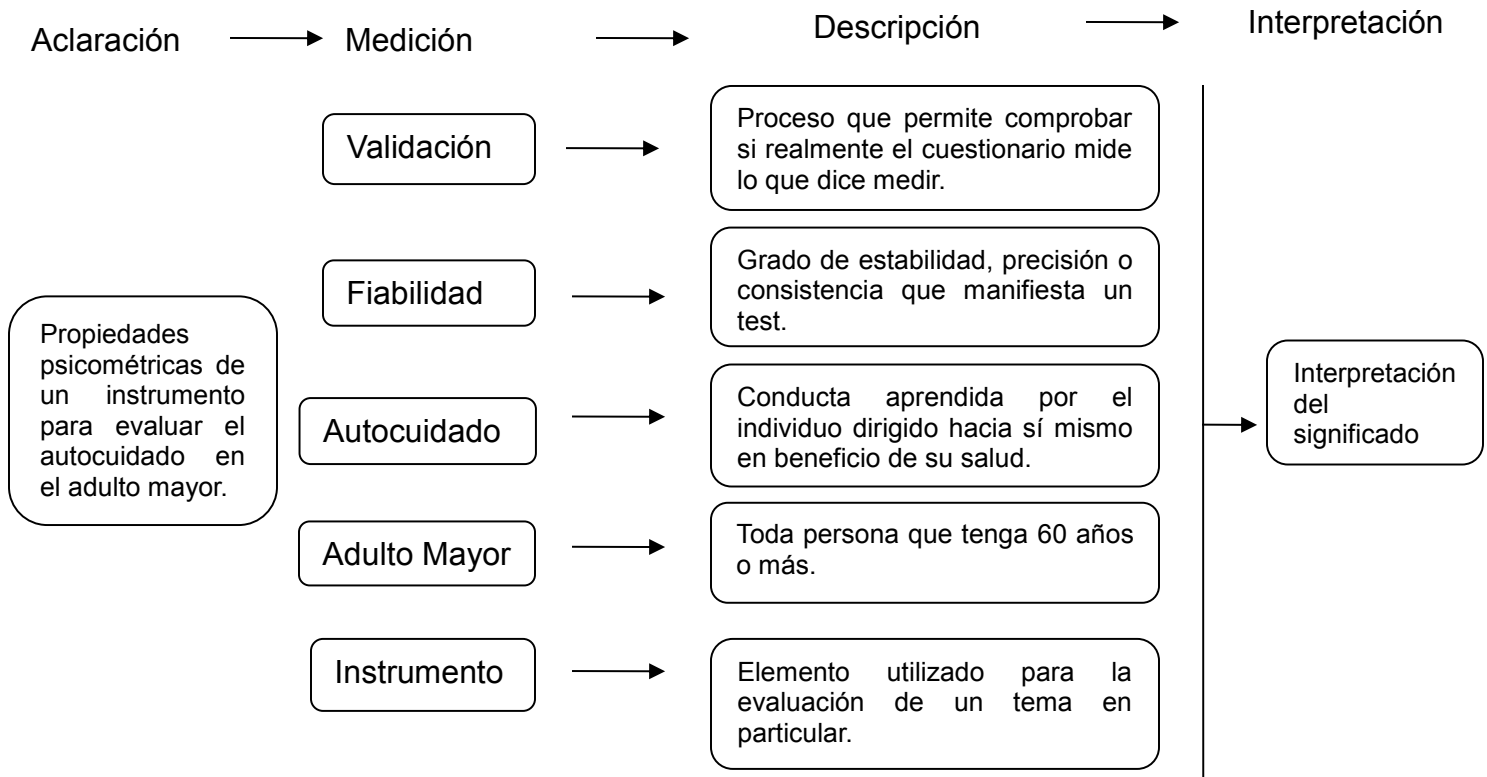


Figura 1. Diseño descriptivo (Grove, Gray & Burns, 2016)

5.3 Universo

El universo de estudio fueron los adultos mayores de Morelia, Michoacán.

5.4 Muestra

La muestra fue no probabilística por conveniencia constituida por 350 adultos mayores de las instituciones de salud de primer nivel de atención de Morelia, Michoacán, a quienes se les aplicó el instrumento Nivel de Autocuidado en el Adulto Mayor. Cabe mencionar que para seleccionar el tamaño de la muestra se tomó en

cuenta lo establecido por Norman y Streiner (1996, citados por Berenguer y Roldán, 2016) los cuales refieren que se recomienda elegir diez participantes por cada ítem.

Además se tomaron en cuenta 5 jueces expertos para la validación de contenido, según lo propuesto por Escobar y Cuervo (2008, citado por Galicia et al., 2017).

5.5 Criterios de selección

5.5.1 Criterios de inclusión

Todo adulto mayor a los 60 años de edad que acudan a una institución de primer nivel de atención y que acepten participar en el estudio, además de firmar el consentimiento informado.

Para la selección de jueces expertos como lo establecen Skjong y Wentworth (2000; citados por Dorantes et al., 2016) se tomaron en cuenta a personas conocedoras de la temática tanto de geriatría como de investigación, específicamente en validación de instrumentos, por su formación académica o su experiencia laboral, además de tener una buena reputación entre la comunidad, disponibilidad y motivación para participar (Galicia et al., 2017).

5.5.2 Criterios de exclusión

Todo paciente que no cumplan con los criterios de edad y aquellos que no pertenecieran a un primer nivel de atención, que tuvieran disminución de sus facultades mentales y los que no desearon participar en la investigación.

Para la validación por jueces se excluyeron a las personas sin conocimiento sobre el adulto mayor ni de investigación, además de todos aquellos que no desearon colaborar con la investigación.

5.6 Selección y definición de variables

5.6.1 Variable independiente

Instrumento: elemento utilizado para la evaluación de un tema en particular.

Autocuidado: conducta aprendida por el individuo dirigido hacia sí mismo y al entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar.

Adulto mayor: toda persona que tenga 60 años o más, puesto que en México, país en vías de desarrollo, es la edad considerada para este grupo etario.

5.6.2 Variable dependiente

Propiedades psicométricas de un instrumento: los conceptos abarcan la fiabilidad y la validación.

Fiabilidad: se relaciona con la consistencia de un método de medida. Se centra en la estabilidad, equivalencia y homogeneidad.

Validación: determinación de cómo refleja dicho instrumento el concepto abstracto que se examina.

La operacionalización de variables se encuentra en anexos.

5.7 Técnicas de recolección de la información

La técnica de recolección de la información se realizó mediante un instrumento elaborado por la investigadora, para lo cual se buscaron los instrumentos existentes validados que midieran el autocuidado así como de bibliografía que sustentan las actividades de autocuidado en esta etapa de la vida, se procedió a la elaboración del instrumento Nivel de autocuidado en el adulto mayor, como parte sustancial del protocolo de investigación, las dimensiones contenidas en dicho instrumento están basadas en la teoría de Dorothea Orem, cuya finalidad será medir la capacidad de la persona para realizar actividades de autocuidado, específicamente en la persona adulta mayor, las dimensiones consideradas son la actividad física, la higiene, los hábitos alimenticios, la salud clínica y la eliminación. Consta de un total de 20 ítems con escala de respuesta tipo Likert del 1 al 5, donde 1 significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y 5 el nivel más alto, incluye variables sociodemográficas y antropométricas.

Dicho instrumento se validó con la opinión de expertos en el tema para la validación de contenido y por ítem, para lo cual se elaboró una matriz en la que se evaluaron los criterios de “esencial”, “importante aunque no necesario” y “no necesario”, propuestos por Lawshe (1975) modificado por Tristán (2008). Posteriormente se aplicó la prueba piloto procediendo a la realización de la correlación y el análisis factorial mediante el paquete estadístico SPSS. Para medir la consistencia interna que especifica la confiabilidad se tomó en cuenta el coeficiente de Alfa de Cronbach.

Además el protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el comité de ética e investigación de la facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, así como por el Comité de ética de las Instituciones de Salud de primer nivel de atención donde se llevó a cabo la investigación.

5.8 Procedimiento

Fase 1 Revisión de la Literatura

Se realizó la búsqueda de instrumentos que midieran características similares tales como el ASA y ERA los cuales miden la capacidad de autocuidado en la población general, su validez y su confiabilidad, además de bibliografía que permitió obtener datos y generar conocimientos relevantes sobre el tema, además de que sustentó la creación, validación y confiabilidad de los instrumentos de medición, así como la referente al adulto mayor y las actividades de autocuidado con base en la teoría de Dorothea Orem. Es importante mencionar que el marco referencial en el cual se sustentó la construcción y validez del instrumento fue la Teoría Clásica del Test así como la teoría de respuesta al ítem.

Fase 2 Definición de constructos

Posterior a la búsqueda de bibliografía pertinente se realizó la definición de constructos de autocuidado y adulto mayor, así como las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad.

Fase 3 Elaboración de los ítems

Previo a la elaboración de los ítems se estimaron los factores o dimensiones por las que el instrumento está constituido en una primera versión, estas son la actividad física, la higiene, el sueño y descanso, los hábitos alimenticios, las relaciones sociales, salud clínica y eliminación, las cuales se modificaron de acuerdo al análisis de los datos. Posterior a ello se elaboraron los ítems de manera que fueran claros y concretos con lenguaje apropiado para la población en estudio. Cabe mencionar que se realizó una cantidad mayor de ítems que durante el proceso se fueron eliminando o reestructurando hasta obtener los 20 ítems deseados. Es importante mencionar que es un test referido a la norma o de rendimiento típico ya que se mide el comportamiento, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas. El formato de respuesta es de tipo Likert del 1 al 5.

Fase 4 Validación de contenido por jueces

Con base a la bibliografía revisada, además de estar ya elaborados los ítems se procedió a la validación de contenido o validez teórica, se determinó el índice de la validez de contenido del instrumento a través del Modelo de Lawshe modificado por Tristán, en este modelo la Razón de Validez de Contenido (CVR') debe ser igual o superior a 0.5823. Se buscó a personas con conocimientos y experiencia en cuanto al adulto mayor y su autocuidado, así como en la elaboración y validez de instrumentos de medición e investigación, además de cumplir con los criterios de selección ya mencionados. En esta fase dichas personas que fungieron el papel de jueces expertos, mediante un formato con los ítems elaborados, evaluaron cada uno de ellos como “esencial”, “útil pero no esencial” y “no necesario”, además anotaron las observaciones que creyeron necesarias. Se eliminaron aquellos ítems que la CVR' fue menor a 0.5823. Con ello se procedió a la reestructuración de los ítems creando un test provisional.

Fase 5 Prueba piloto

Posterior a la validación por jueces expertos se aplicó la prueba piloto en una población con características similares a la del estudio, aunque este instrumento es

autoadministrado se apoya del encuestador para responder de este. Se calculó la tasa de no respuesta, es decir de aquellos que fueron invitados a participar y no aceptaron; tasa de no respuesta por ítem, proporción de personas que aceptaron participar en la prueba piloto y no completan un ítem; tasa de abandono, así como tiempo medio en que los participantes contestan todo el instrumento.

Se les pidió a los participantes observaciones en cuanto a la redacción y claridad de los ítems, sentimientos que algunos ítems pudieran causar, así como de la eliminación o sugerencia para incluir otros.

Fase 6 Análisis de los datos

Mediante el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) se midió la validez y fiabilidad, índice de homogeneidad, correlación de cada ítem con la puntuación total mediante Correlación de Pearson, índice de variabilidad, varianza de cada ítem, así mismo se realizó la validación de criterio o comparativa la cual consiste en realizar una correlación de la puntuación de la prueba realizada con uno de los instrumentos encontrados que miden características similares. Para la normalidad de los datos se usó la prueba estadística de *Kolmogorov Smirnov*. Mediante un análisis factorial exploratorio se midió la validez de constructo, evaluando la varianza y correlación así como la rotación varimax. La confiabilidad del instrumentos se llevó a cabo mediante test-retest para medir la estabilidad temporal, también por correlación entre formas paralelas, además de la consistencia interna mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach el cual se pretende sea mayor a 0.85.

A fin de minimizar las amenazas a la validez interna de la investigación se plantearon las siguientes estrategias

- Para evitar la tasa de rechazo y reducción, la muestra se aumentó un 10-25%.
- Para evitar el sesgo de monooperación se utilizó la Matriz para evaluadores expertos y el instrumento de autocuidado en el adulto mayor.

- Para evitar la expectativa del encuestador, efecto Rosenthal, el investigador no realizó la aplicación del instrumento, además de que los encuestadores no conocían el objetivo del estudio y fueron capacitados para garantizar la veracidad.

Fase 7 Interpretación de los datos

Se obtuvo el instrumento final y se realizó la interpretación de los datos obtenidos mediante tablas que expresan los porcentajes del nivel de autocuidado en sus diversas dimensiones y tablas que representen la fiabilidad y validez del instrumento.

5.9 Análisis estadístico

Posterior a la recolección de datos se llevó a cabo el análisis de los mismos con el paquete estadístico SPSS para así evaluar la fiabilidad y validez del instrumento por ítem y posterior por dimensión. Se midió el índice de homogeneidad mediante correlación de Pearson y normalidad de Kolmogorov Smirnov, para el análisis de fiabilidad se utilizó el coeficiente de alfa de Cronbach y la validación por test-retest.

Para el análisis de las variables sociodemográficas y antropométricas se empleó estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes.

Límites y espacio

La presente investigación se llevó a cabo en una institución de primer nivel de atención en Morelia, Michoacán, de mayo a julio de 2018.

5.10 Recursos humanos, materiales y financieros

Recursos humanos

La titular de la presente investigación realizó el protocolo así como la revisión bibliográfica. Además de los oficios para conseguir los diversos permisos como para la revisión del comité de ética. Realizó el cuestionario preliminar así como la matriz para la validez de contenido, para la validez por jueces expertos; modificó las correcciones y aplicó las encuestas. Recolectó con apoyo de dos estudiantes y

vaciado de los datos en la plataforma SPSS y los resultados. La tutora de tesis fue la guía durante todo el proceso hasta la culminación de la investigación.

Jefa del departamento de enfermería, jefe de enseñanza de las instituciones de salud de primer nivel de atención, quienes dieron su consentimiento para la aplicación del cuestionario.

Jueces expertos quienes aplicaron su punto de vista y evaluación para la validez de contenido, muy importante la participación de adultos mayores que respondieron al cuestionario.

Recursos materiales

Se utilizó computadora, memoria USB, carpetas, libretas, hojas blancas, impresora, lápices, lapiceros, báscula con estadímetro,

Recursos financieros

Fueron cubiertos por parte de la investigadora.

5.11 Plan de difusión y publicación de resultados

Los resultados parciales se presentaron en el 2º Congreso Internacional de la Facultad de Enfermería, además se realizó una publicación en la revista científica de Paraninfo digital en noviembre del 2019. Se pretende seguir fortaleciendo la ciencia de enfermería con la difusión de estos resultados.

VI Consideraciones éticas.

La participación en el estudio fue bajo consentimiento informado del participante, asegurando que la realización del presente estudio no implica riesgos para la salud de las personas involucradas, debido a que se considera una investigación sin riesgo, puesto que se emplearon métodos en los que no se realizó ninguna intervención, en este caso sólo contestaron un cuestionario, dicho consentimiento se explicó hasta ser comprendido por la persona y decidió participar voluntariamente.

En cuanto a la Ley General de Salud en materia de investigación, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos del capítulo I, se considera el artículo 14 en sus fracciones V, VI, VII y VIII, los cuales establecen el uso del consentimiento informado, la realización del estudio por personal con los conocimientos necesarios para esta investigación, la aprobación por los comités de ética e investigación y la autorización de los titulares de las instituciones de salud en las cuales se llevó a cabo dicho trabajo, respectivamente. Cabe mencionar que el consentimiento informado cuenta con los aspectos señalados en los artículos 21 y 22.

Tal como lo establece el artículo 16 se respetó la privacidad del individuo sujeto de investigación, y se hizo uso de información sólo para efectos de investigación, así mismo la confidencialidad fue respetada tal como lo sustenta el artículo 120, ya que es necesario la seguridad y la intimidad de la persona así como la discreción de los datos que proporciona.

En el Código de Helsinki de la asociación médica mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas, se sustentan diversos aspectos:

Es esencial buscar siempre el bienestar de la persona que participa en la investigación ante cualquier otro interés del investigador, así mismo deben seguir todas las normas éticas y promover el respeto por los seres humanos protegiendo su salud y sus derechos individuales, especialmente a las poblaciones más vulnerables. Es un deber del investigador proteger la vida, la salud, la dignidad, la

integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

Este trabajo fue enviado para revisión por parte del Comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de Dan Nicolás de Hidalgo tal como lo establece la declaración de Helsinki en el punto número 15 el cual hace referencia a que todo protocolo de investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio.

Esta declaración también sustenta que la participación de los sujetos de estudio debe ser de manera voluntaria, se resguarde la intimidad de la persona y su confidencialidad protegiendo su integridad física, mental y social, por lo que todos los datos proporcionados estuvieron bajo el resguardo de la investigadora y al final del estudio cada uno de los participantes tienen derecho a ser informados de los resultados de la investigación, si así lo desearan.

Es importante seguir la normativa establecida para realizar estudios de investigación para evitar enfrentarse a problemas éticos y legales por incumplimiento de las normas y reglamentos, además de no incurrir en faltas a los derechos humanos y así mismo respetar la dignidad humana.

VII. Resultados

Una vez analizada la literatura se realizó la primera versión del instrumento Autocuidado del Adulto Mayor versión 1 con un total de 40 ítems concentrados en la tabla 1.

Tabla 1

Instrumento de Autocuidado de Adulto Mayor versión 1.

No	Actividad de autocuidado
Higiene	
1	Acostumbro bañarme al menos dos a tres veces a la semana
2	Aseo mis pies diariamente
3	Mantengo mis uñas cortas de manos y pies
4	Utilizo cremas para mantener hidratada mi piel
5	Al exponerme al sol, hago uso de medidas tales como gorro o sombrero, bloqueador solar o lentes oscuros
6	Me hago responsable de mi higiene
7	Realizo mi higiene bucal después de cada comida
8	Limpio mis oídos
9	Acostumbro realizar mi cambio de ropa diariamente
Actividad Física	
10	Realizo alguna actividad física o ejercicio específico para mi salud como caminata, yoga, baile, aerobics de bajo impacto
11	Colaboro con las tareas del hogar
12	Realizo como mínimo 30 minutos de actividad física por lo menos 5 días a la semana
13	Puedo movilizarme sin ayuda
Alimentación	
14	Evito consumir alimentos enlatados o procesados
15	Consumo al menos 5 raciones de frutas y verduras al día
16	Evito la ingesta excesiva de sal
17	Evito la ingesta excesiva de alimentos con alto contenido de azúcar
18	Acostumbro a beber abundantes líquidos.
19	Consumo alimento ricos en fibra y vitaminas
Relaciones sociales	
20	Me relaciono con amigos y vecinos
21	Mantengo una relación estrecha con mi familia.
22	Pertenezco a un grupo de apoyo.
23	Realizo alguna actividad recreativa, como manualidades, juegos de mesa, juegos de bajo riesgo.

24 Cuento con el apoyo de mis familiares

Salud clínica

25 Acudo con el médico o alguna institución de salud a realizar chequeo periódico (cada seis meses)

26 Acudo al dentista al menos una vez al año

27 Me responsabilizo de mis medicamentos

28 Tomo solo los medicamentos indicados por el médico

29 Cumplo con el tratamiento indicado por el médico

30 Hago uso de mi cartilla de salud

31 Tengo un control de mi peso corporal

Descanso

32 Utilizo medicamentos para dormir

33 Tomo siestas durante el día

34 Mi sueño durante la noche es continuo

35 Duermo de 6 a 7 horas por la noche

36 Tengo un horario establecido para ir a la cama

37 Al descansar me siento descansado

Eliminación

38 Tomo medicamentos para poder eliminar

39 Controlo mis esfínteres

40 Utilizo el retrete sin la ayuda de alguien

7.1 Validación de contenido

Elaborada la primera versión del instrumento Autocuidado en el Adulto mayor se realizó la validez de contenido en la cual participaron 5 jueces expertos que de acuerdo a su experiencia y conocimiento evaluaron la primera versión.

Tabla 2

Variables sociodemográficas de Jueces Expertos

Variable	f	%
Edad		
30-40 años	3	60
41-60 años	2	40
Sexo		
Masculino	-	-
Femenino	5	100
Nivel académico		
Diplomado	3	60
Maestría	1	20
Doctorado	1	20
Años de Experiencia		
6 -9 años	2	40

10-15 años	-	-
16-20 años	3	60

Nota: f= frecuencia, % = porcentaje

En la tabla 2 se muestran las variables sociodemográficas de los jueces expertos, el 60% se encuentran en un rango de 30 a 40 años de edad, el 100% fueron de sexo femenino, el 60% cuenta con diplomado en Gerontología. El 60% de las jueces expertas cuentan con una experiencia de 16-20 años.

Para llevar a cabo la validación de contenido se le solicitó a los jueces expertos evaluar el instrumento mediante una matriz donde evaluaron cada uno de los ítems como “esencial”, “útil pero no esencial” y “no necesario”, posterior a ello se calculó la Razón de Validez de Contenido según Lawshe y la modificada por Tristán, para finalmente calcular el índice de Validez de Contenido tal como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3

Validación de contenido por expertos del Instrumento Autocuidado en el adulto mayor versión 1

Ítem	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	CVR	CVR'
1	5			1	1
2	5			1	1
3	5			1	1
4	5			1	1
5	1	3	1	-0.6	0.2
6	4	1		0.6	0.8
7	5			1	1
8	5			1	1
9	5			1	1
10	4	1		0.6	0.8
11	4	1		0.6	0.8
12	4	1		0.6	0.8
13	5			1	1
14	4	1		0.6	0.8
15	4	1		0.6	0.8
16	3	1	1	0.2	0.6
17	4	1		0.6	0.8
18	5			1	1
19	3	2		0.2	0.6
20	3	2		0.2	0.6
21	4	1		0.6	0.8

22	2	1	2	-0.2	0.4
23	4	1		0.6	0.8
24	4	1		0.6	0.8
25	4		1	0.6	0.8
26	5			1	1
27	3	2		0.2	0.6
28	2	3		-0.2	0.4
29	5			1	1
30	3	2		0.2	0.6
31	5			1	1
32	2	1	2	-0.2	0.4
33	4		1	0.6	0.8
34	4	1		0.6	0.8
35	3	2		0.2	0.6
36	1	3	1	-0.6	0.2
37	3	2		0.2	0.6
38	3		2	0.2	0.6
39	5			1	1
40	5			1	1
				CVI=	0.648 0.88

Fuente: Elaboración propia

Nota: CVR= Razón de Validez de Contenido por Lawshe; CVR'= Razón de Validez de Contenido modificada por Tristán; CVI= índice de Validez de Contenido.

En la tabla 3 se muestra la concentración de los datos de los jueces expertos para la validación de contenido (Anexo 5). Se muestran 5 ítems (5, 22, 28, 32 y 36) con un valor de Razón de Validez de Contenido menor al establecido por Tristán (2007) de ≥ 0.5823 . Por lo que se eliminan, ya que de acuerdo a los jueces son ítems no necesarios para el instrumento.

Una vez atendidas las observaciones de los jueces se desarrolla la modificación del instrumento

Tabla 4

Instrumento Autocuidado en el Adulto Mayor versión 2.

No	Actividad de autocuidado
Higiene	
1	Acostumbro bañarme al menos dos a tres veces a la semana
2	Realizo higiene de mis pies diariamente

- 3 Mantengo mis uñas cortas de manos y pies
- 4 Utilizo cremas para mantener hidratada mi piel
- 5 Me hago responsable de mi higiene
- 6 Realizo mi higiene bucal después de cada comida
- 7 Limpio mis oídos
- 8 Acostumbro realizar mi cambio de ropa diariamente

Actividad Física

- 9 Realizo alguna actividad física o ejercicio específico para mi salud como caminata, yoga, baile, aerobics de bajo impacto
- 10 Colaboro con las tareas del hogar
- 11 Realizo como mínimo 30 minutos de actividad física por lo menos 5 días a la semana
- 12 Puedo movilizarme sin ayuda

Alimentación

- 13 Evito consumir alimentos enlatados o procesados
- 14 Consumo al menos 5 raciones de frutas y verduras al día
- 15 Evito la ingesta excesiva de sal
- 16 Evito la ingesta excesiva de alimentos con alto contenido de azúcar
- 17 Acostumbro a beber abundantes líquidos.
- 18 Consumo alimentos ricos en fibra y vitaminas

Relaciones sociales

- 19 Me relaciono con amigos y vecinos
- 20 Mantengo una relación estrecha con mi familia.
- 21 Realizo alguna actividad recreativa, como manualidades, juegos de mesa, juegos de bajo riesgo.
- 22 Cuento con el apoyo de mis familiares

Salud clínica

- 23 Acudo con el médico o alguna institución de salud a realizar chequeo periódico (cada seis meses)
- 24 Acudo al dentista al menos una vez al año
- 25 Me responsabilizo de mis medicamentos
- 26 Cumplo con el tratamiento indicado por el médico
- 27 Hago uso de mi cartilla de salud
- 28 Tengo un control de mi peso corporal

Descanso

- 29 Tomo siestas durante el día
- 30 Mi sueño durante la noche es continuo
- 31 Duermo de 6 a 7 horas por la noche
- 32 Al despertar me siento descansado

Eliminación

- 33 Tomo medicamentos para poder evacuar
 - 34 Controlo mis esfínteres
 - 35 Utilizo el retrete sin ayuda de alguien
-

En la tabla 4 se muestra el instrumento modificado de acuerdo a la validez por jueces. Se tomaron en cuenta los ítems que de acuerdo a Lawshe modificada por Tristán tenían un valor de Razón de Validez de Contenido (CVR') ≥ 0.5823 , por el contrario, se eliminaron los ítems que según el cálculo de CVR' indicaba un menor puntaje, por lo que se obtiene un cuestionario de un total de 35 ítems para la aplicación de la prueba piloto.

7.2. Descripción de la muestra

El instrumento se aplicó a 363 participantes de la ciudad de Morelia, Michoacán, de las cuales 13 aplicaciones fueron eliminadas derivado de los criterios de eliminación, quedando con una muestra de 350 participantes. La distribución en cuanto al sexo se muestra en la figura 2.

Tabla 5.

Porcentaje de participantes según el sexo

Sexo	%
Masculino	49
Femenino	51

Nota: % Porcentaje

Tabla 6.

Características sociodemográficas de los participantes

Variable	%
Estado civil	
Soltero	11.5
Casado	54.7
Unión libre	.9
Viudos	30.1
Divorciados	2.9
Escolaridad	
Licenciatura	21.2
Preparatoria	9.5
Secundaria	15.2
Primaria	33.8

	Sin estudios	20.3
Situación laboral		
	Trabaja	26.9
	Desempleado	15.2
	Jubilado	35
	Ama de casa	22.9

Respecto al estado civil el 11.5% fueron solteros, 54.7% casados, .9% en unión libre, 30.1% viudos y 2.9% divorciados.

En relación a la escolaridad el 21.2% fueron de licenciatura, el 9.5% de preparatoria, el 15.2 % secundaria, el 33.8% primaria y el 20.3% sin estudios.

En la situación laboral el 26.9% trabajan, el 15.2% son desempleados, 35% de los adultos son jubilados y el 22.9 % son amas de casa.

7.3. Análisis estadístico de los ítems

Una vez terminadas las aplicaciones se procedió a la captura de datos y posteriormente a realizar los análisis estadísticos, por medio del Paquete Estadístico para la Ciencias Sociales versión 24.

Se realizó un primer análisis de confiabilidad mediante el coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach (α), obteniendo $\alpha=.892$ para la versión de 35 reactivos.

En la Tabla 7 se resumen los resultados de los análisis descriptivos y los índices de discriminación (correlación elemento-total corregida) de cada uno de los 35 ítems del cuestionario en la muestra total, depurando aquellos reactivos que obtuvieran correlación menor a 0.30. Mediante este procedimiento se depuró el reactivo 4, 9, 11, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 29, 33, 34 y 35 quedando constituido el instrumento por 20 elementos.

Tabla 7

Análisis descriptivos de los ítems

No. Ítem	M	DT	Asimetría	Curtosis	CCC	α si se elimina el elemento
1	4.46	.839	-1.665	2.541	.594	.861
2	4.22	1.034	-1.268	.872	.626	.858
3	4.31	.942	-1.282	.974	.605	.860
5	4.46	.989	-2.067	3.837	.489	.863
6	4.05	1.103	-.880	-.177	.579	.860
7	4.01	1.124	-.840	-.234	.523	.861
8	4.42	.876	-1.465	1.481	.523	.862
10	3.41	1.635	-.403	-1.469	.335	.872
12	4.27	1.158	-1.600	1.580	.432	.865
14	3.88	1.171	-.694	-.500	.487	.863
15	3.86	1.347	-.911	-.427	.363	.868
16	3.91	1.324	-.971	-.270	.296	.871
23	4.24	1.109	-1.484	1.410	.467	.864
25	4.37	1.095	-1.822	2.461	.561	.860
26	4.57	.870	-2.404	5.812	.509	.863
27	4.24	1.134	-1.382	.869	.556	.860
28	3.84	1.295	-.827	-.460	.520	.862
30	4.18	1.098	-1.345	1.200	.320	.869
31	4.40	.970	-1.621	2.007	.411	.865
32	4.23	1.060	-1.307	.880	.420	.865

Nota: No. Número, M= media, DT=Desviación típica, CCC= coeficiente de correlación corregido, α =Alfa de cronbach.

Se consideró la eliminación de un elemento según los requisitos establecidos por Nunnallyy Bernstein (1995) para conservar un ítem: coeficiente de correlación corregido ítem-total $\geq .30$, se analizó si la consistencia interna de la escala aumentaba con la eliminación de algún ítem en este apartado se eliminó el reactivo 13 y 18.

7.4. Análisis factorial exploratorio (AFE)

Se calculó la medida de adecuación de la muestra de Kaiser, Meyer-Olkin (KMO), para la escala original con 35 reactivos (KMO=.857), y la prueba de significancia de Bartlett ($p<0.01$), ambos muestran índices adecuados, por lo tanto el uso del modelo factorial exploratorio es apropiado.

Con el fin de explorar la estructura interna de la escala, se realizó con método de extracción de factores por el método de máxima verosimilitud con una rotación varimax.

Para la eliminación de los reactivos se tomó en cuenta los siguientes criterios:

- Que los ítems obtuvieran pesos factoriales en más de una dimensión
- Que los pesos factoriales en la dimensión fuera menor a 0.40

Los resultados de primer análisis para los 35 ítem encontraron agrupados en 9 dimensiones extraídos en 12 iteraciones que explica el 55.02% de la varianza, en donde el KMO=.857 (y la prueba de significancia de Bartlett $p<0.01$), aquí se eliminaron derivados de los criterios de eliminación los ítem 4, 9, 11,17, 19, 20, 21, 22, 24, 29, 33, 34 y 35.

Los resultados del segundo análisis para los 22 reactivos, se encontró en la escala 5 dimensiones extraídos en 7 iteraciones que explican el 56.16% de la varianza, aquí se eliminaron los reactivos 13 y 18 derivados de los criterios de eliminación, quedando de esta manera la versión final del instrumento en su fase exploratoria como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8

Dimensiones derivadas del análisis factorial exploratorio

No. de dimensión y elementos	No. de ítem	Carga factorial	Porcentaje de varianza	Alfa de cronbach
1.Higiene (6 reactivos)	1	.767	50.68%	.854
	2	.884		
	3	.709		

	6	.624		
	7	.610		
	8	.638		
2. Salud clínica	23	.737	49.11%	.818
(5 reactivos)	25	.630		
	26	.689		
	27	.813		
	28	.617		
3. Descanso	30	.764	53.19%	.770
(3 reactivos)	31	.749		
	32	.672		
4. Actividad física	5	.729	52.97%	.741
(3 reactivos)	10	.679		
	12	.773		
5. Alimentación	14	.506	62.51%	.805
(3 reactivos)	15	.937		
	16	.861		

Nota: No= Número

Por último se realizó un análisis de confiabilidad con los reactivos derivado del análisis factorial mediante el coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach (α), obteniendo $\alpha=.870$.

Por lo tanto la escala quedó constituida en un primer estudio preliminar por 20 reactivos con 5 dimensiones que explican el 56.98% de la varianza.

Así la validez de constructo fue evaluada mediante el análisis factorial exploratorio, no obstante, para confirmar la independencia de las subescalas y la multidimensionalidad del instrumento, se realizó el análisis correlacional producto-momento de Pearson con las cinco subescalas derivadas del análisis anterior. Ello permite verificar el grado de las asociaciones entre los diferentes factores.

Tabla 9

Correlaciones entre las dimensiones del instrumento

Dimensión	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Factor 1	1				
Factor 2	.455**	1			
Factor 3	.296**	.379**	1		
Factor 4	.550**	.328**	.050**	1	
Factor 5	.294**	.296**	.285**	.013**	1

Nota: **. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Sin embargo, derivado de estos resultados se puede observar que las correlaciones no son muy altas, lo cual permite discriminar entre ellas y muestra que se están evaluando variables distintas, ya que Nunnally y Bernstein (1995) indican que correlaciones altas (superiores a .70) entre dos factores deberían hacer reflexionar sobre la posibilidad de unificarlos en uno solo (Tabla 9).

En este sentido, se puede confirmar que se mantiene la estructura multifactorial de la escala, ya que correlaciones obtenidas entre los factores son inferiores a este criterio.

De acuerdo con estos datos se encontró que el instrumento cuenta con buenas propiedades psicométricas, pues se obtuvieron ítems con puntuaciones de confiabilidad aceptables.

VIII. Discusión y Conclusiones

8.1. Discusión.

El objetivo de esta investigación fue evaluar las propiedades psicométricas del instrumento Nivel de autocuidado en el adulto mayor, para tal efecto se realizó validez de contenido con 5 jueces expertos en el tema; validez de constructo con análisis factorial exploratorio utilizando las prueba de KMO y Bartlett, además confiabilidad de consistencia interna con Alpha de Cronbach; dando como resultado un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas.

En cuanto al sexo de los participantes de esta investigación la mayoría (51%) son del sexo femenino, datos que coinciden con las investigaciones de Velis (2019), Roldán (2011), Leiva, et al. (2016) y Barreto, et al. (2017) quienes encontraron que la mayor parte de la población de estudio corresponde al sexo femenino.

De acuerdo al nivel de estudios se encontró que el 33.8% cuentan con estudios de primaria; Achury, et al. (2009) reportó que el 62% tienen estudios de bachillerato, en el estudio de Leiva, et al., (2016) el 33% cuentan con Licenciatura y la mayoría de los participantes en la investigación realizada por Manrique, et al. (2009) no cuentan con ningún tipo de estudios, como se puede observar el nivel de estudios varía mucho, debido a que todos evalúan el Nivel de Autocuidado en población diferente y enfocado a diferentes patologías.

En el estudio realizado por Millán (2010, citado por Velis; 2019), se utilizó un instrumento para evaluar el nivel de autocuidado de los adultos mayores, el cual consta de 8 dimensiones actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, mediación, control de salud y hábitos tóxicos, dimensiones que coinciden con algunas de las que cuenta el instrumento para evaluar el nivel de autocuidado en el adulto mayor las cuales son Higiene, Salud Clínica, Descanso, Actividad Física y Alimentación.

Mismas dimensiones con el test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM) (Velis et al., 2019), que son actividad física,

alimentación, eliminación, descanso, sueño, higiene, confort, medicación, control de salud y hábitos tóxicos; como se puede observar las dimensiones en los instrumentos para evaluar el autocuidado en el adulto mayor coinciden mucho, debido a la importancia que tienen estos factores en el cuidado de los participantes y a que es esto lo que más se puede ver afectado en su salud.

No obstante medir la salud en los adultos mayores puede resultar complejo, debido a que se deben medir muy diferentes variables que pueden ser de carácter biológico, psicológico y social y además debe medirse cómo estos factores afectan o no su funcionalidad y calidad de autocuidado. Aunque la mayoría de los adultos mayores se conciben como independientes para desarrollar las actividades de la vida diaria, no cuentan con capacidades adecuadas de autocuidado, por lo que ser independientes no es un indicio de que realicen un buen autocuidado, siendo así que los adultos mayores que perciben un riesgo en su salud realizan más actividades para su cuidado que los que se perciben sanos.

En este sentido resulta importante la evaluación de las actividades de autocuidado realizadas por adultos mayores siendo éstas integradas en los cuidados proporcionados por los profesionales de salud; la administración de instrumentos que ayuden a evaluar el nivel de autocuidado constituye una herramienta metodológica que colabora en la identificación de las respuestas de los pacientes al tratamiento, además de que ayuda a comparar los datos largo tiempo, permitiendo la comprensión y estudio de problemas observados y orientar las conductas necesarias para favorecer la actividades de autocuidado, ya que esta actividad debe ser entendida como un comportamiento aprendido y realizado por el paciente en su propio beneficio (Barreto, et al., 2017).

Se reconoce que todo el equipo de salud debe promover el desarrollo de habilidades de autocuidado con el objetivo de ayudar a los pacientes a participar en su autocuidado (Barreto, et al., 2017); sin embargo el profesional de enfermería es quien más interactúa con el paciente y por ello pueden identificar sus necesidades, dar atención particular y personal y ayudarle en la identificación de condiciones favorables para controlar la enfermedad, con la modificación de conductas y en el

estudio de acciones alternativas favorables; es por esto que resulta importante desarrollar instrumentos que ayuden a la formación del individuo responsable y productivo, que optimice el autocuidado y que mejore la adherencia a los tratamientos.

El profesional de enfermería juega un papel importante en la maximización de la independencia de toda persona, especialmente si se trata de un cuidado dependiente en el que se debe capacitar no solo al individuo, sino también involucrar a la familia y la comunidad en el cuidado de su salud mediante el fomento de hábitos de vida saludables. De igual forma en el estudio realizado por Rivera y Díaz (2007), se señala que, para el profesional de enfermería, las indagaciones científicas orientadas a valorar la capacidad de agencia de autocuidado en personas con alguna desviación de la salud es una herramienta de gran utilidad para la promoción de la salud y prevención de enfermedades en aquellos aspectos que pueden generar un deterioro en la calidad de vida que a futuro implicarán un elevado costo socioeconómico y que van a requerir un abordaje integral en el proceso de atención por parte de dicha disciplina (Leiva, 2016).

Debido al aumento de pacientes con enfermedades crónicas Días de Costa, et al. (2013), propone que se deben desarrollar acciones de enfermería con los adultos mayores que se identifiquen con síndrome de déficit de autocuidado y con sus familiar en todos los niveles de atención, dichas acciones no buscan solo la rehabilitación, si a su vez la promoción y prevención de nuevos problemas de salud. Entonces, la promoción del autocuidado por profesionales capacitados, con vistas a la construcción de conocimientos y de la planificación de las acciones dirigidas hacia ese objetivo, se vuelve prioridad de las políticas de salud pública para los adultos mayores (Vargas et al., 2020).

De las demandas y/o necesidades de autocuidado identificadas, el sistema de apoyo educativo de Orem podrá ofrecer intervenciones de enfermería con objetivo de involucrar a los adultos mayores en acciones de autocuidado (Sullol, 2019), al integrarse a un grupo de ayuda dirigido por personal de enfermería los adultos mayores expresan buenos beneficios después de la intervención, ayudando

también a beneficios físicos sociales y espirituales, en el que los AM desarrollaron una capacidad de autocuidado favorable.

La Teoría del Déficit de Autocuidado, al ser una combinación particular de propiedades conceptuales comunes a todas las circunstancias de enfermería, resulta pertinente en la orientación del conocimiento y en la práctica clínica, enseñanza y gestión de enfermería, así como en la creación de estructuras a partir de las cuales se desarrollan otras teorías y conceptos (Naranjo et al.,2017).

8.2 Conclusiones

El instrumento para evaluar el nivel de autocuidado en los adultos mayores, resulta oportuno y viable para su aplicación en la práctica enfermera, debido a las adecuadas propiedades psicométrías y a que se evalúa el nivel de autocuidado de los adultos mayores desde varios factores que pueden afectar su funcionalidad, siendo así que dicho instrumento contribuye a la mejorar la identificación del déficit de autocuidado y crear acciones e intervenciones que permitan actuar adecuadamente en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.

El profesional de enfermería es quien está en contacto directo con los pacientes, y es por esto que debe contar con instrumentos adecuados que le permitan la correcta identificación de las necesidades de los pacientes, y así actuar en la rehabilitación cuando sea necesario, y más importante, en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Es importante crear acciones de cuidado y autocuidado dirigidas específicamente a los adultos mayores, ya que esta población va en aumento y a que las enfermedades crónico degenerativas representan un gasto socioeconómico importante para el sector salud, además de que los adultos mayores requieren un cuidado integral y dirigido a sus propias necesidades, que involucre al sector multidisciplinar del sector salud y en las esferas biológicas, psicológicas y sociales en las que se puede afectar la salud del adulto mayor.

IX Referencias

- Abad, F., Garrido, J., Olea, J. & Ponsoda, V. (2006). Introducción a la Psicometría, Teoría Clásica de los Tests y Teoría de la Respuesta al Ítem. *Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología*. 4-101.
- Achury, D., Sepúlveda, G., & Rodríguez, S. (2009). Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 11 (2), 9-25.
- Arce, O.P. & Ballón, R.J. (2019). *Intervención de enfermería según modelo de Dorothea Orem en la calidad de vida de usuarios del centro de hemodiálisis sermedial Sac. Arequipa 2019*. [Tesis Licenciatura]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Enfermería, Perú. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10407/ENarxop%26bariijr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arévalo, A.D., Game, C., Padilla L. C. & Wong, N. (2019). Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. *Información tecnológica*, 30(5), 271-282. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642019000500271>
- Arias, Fidias G.. (2019). Citación de fuentes documentales y escogencia de informantes: un estudio cualitativo de las razones expuestas por investigadores venezolanos. *E-Ciencias de la Información*, 9(1), 20-43. <https://dx.doi.org/10.15517/eci.v1i1.32224>
- Barrera, C. M., & Escobar, G. A. (2018). Alteraciones del sueño y secuelas en la calidad de vida del Adulto Mayor. *Psyconex*, 9(15), 1-11. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/330996>
- Barreto, S., et al. (2017). Construcción y validación del Instrumento Evaluación del Autocuidado para pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 25. 1-8. DOI: 10.1590/1518-8345.1533.2890

- Berenguer, M. & Roldán, J. (2016). Validación y adaptación de cuestionarios. En Fortuño, L. & Monteso, P. (Ed.), *Investigación en enfermería teórica y práctica*. (71-87).
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es&id=O2PLDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA71&dq=Norman+y+Streiner+\(1996\)+los+cuales+refieren+que+se+recomienda+elegir+diez+participantes+por+cada+%C3%ADtem&ots=LxQYGrTCjG&sig=zOxjlfjTMckmfkpEvM_pwk0adbs#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es&id=O2PLDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA71&dq=Norman+y+Streiner+(1996)+los+cuales+refieren+que+se+recomienda+elegir+diez+participantes+por+cada+%C3%ADtem&ots=LxQYGrTCjG&sig=zOxjlfjTMckmfkpEvM_pwk0adbs#v=onepage&q&f=false)
- Bernal, G.M.I., Salamanca, J.D.R., Pérez, G.N. & Quemba, M.P. (2018). Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir percepciones físico-emocionales en la práctica de disección anatómica. *Elsevier*, 21(6):349-356. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.08.008>
- Borrero, C. (2019). *Estimar la validez y consistencia interna a través de respuesta al ítem (TRI) de un test que mide clima laboral construido con teoría clásica de los test (TCT)*. Los Libertadores, Fundación Universitaria. <http://hdl.handle.net/11371/2823>.
- Bravo, G., Torres, C., Rivera, C., & Rondón D. (2019). Agencia de autocuidado y aprendizaje a través de problemas en estudiantes de enfermería. *Cuidado y ocupación humana*. (8):1, 62-71. http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/COH/article/view/4167/2496#
- Cajape Quimis, J. C., & Velasco Yanez, R. J. (2019). Significado del autocuidado en el Adulto Mayor. [Tesis]. Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44819>
- Carrasco, P. M., Atuy, V. H. S., González, F. H., Cordero, P. N. & Medina, M. M. (2017). El envejecimiento demográfico, un reto desde las políticas públicas en el municipio Placetas en Villa Clara. *Rev. Novedades en Población*, 13(25), 32-42. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000100004&lng=es&tlng=es.

- Castiblanco, M., & Fajardo, E. (2017). Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, *Salud Uninorte*. 33 (1), 58-65. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81751405008>.
- Cedeño V. B. J. (2019). *Cuidado y Autocuidado del Adulto Mayor en relación a la problemática del envejecimiento*. (Tesis De Pregrado). Universidad Laica Eloy Alfaro De Manabí, Manta, Ecuador. <https://repositorio.uleam.edu.ec/handle/123456789/2588>
- Consejo Nacional de Población. (2020). *Encuesta nacional sobre discriminación 2017, resultados sobre personas mayores*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/615376/ENADIS_Resultados PM web Ax.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/615376/ENADIS_Resultados_PM_web_Ax.pdf)
- Compean, L., et al. (2013). Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem. *Aquichan*. 13 (3), 347-362.
- D'Hyver, C. (2018). Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 61 (1), 33-45.
- De Diego, G. (2016). Los problemas de salud crónicos en las personas, un análisis del impacto desde la agencia y la demanda de autocuidado. *ENE Revista de Enfermería*. 10 (2), 1-5. <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/rt/printerFriendly/632/agenciaautocuidado>
- Dias, S., Barbosa, E. & Acioli, S. (2013). Capacidad de autocuidado para adultos y ancianos hospitalizados, implicaciones para la atención de enfermería. *Rev. Min. Enferm.* 17 (1), 200-206. www.reme.org.br/exportar-pdf/589/en_v17n1a16.pdf.
- Díaz, T. C. et al. (2020). Herramientas de autocuidado para el profesional psicosocial como factor protector de su salud mental y bienestar. *Poiésis*, 39, pp. 168-186. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/3767>.

- Dorantes, J., Hernández, J., & Tobón, S. (2016). Juicio de expertos para la validación de un instrumento de medición del síndrome de burnout en la docencia. *Ra Ximhai*, 12 (6), 327-346. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46148194023>
- Dos Santos, I., Gomes, R. & Andrade, L. (2015). Categorías de autocuidado entre ancianos con diabetes, estudio sociopoético. *Revista Enfermagem, UERJ*. 23 (2), 216-221. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.16498>.
- Elosua P. (2017). Avances, proyectos y retos internacionales ligados al uso de tests en Psicología. *Estud. psicol. (Campinas)*. 34 (2): 1-10. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200002>
- Esquivel, K. & Pdilla, K. (2015). Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería. Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/1687>
- Estrella, I. & Torres, M. (2015). La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. *GeroKomos*. 36 (4), 123-126. http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n4/02_originales_01.pdf
- Frías, D. & Pascual, M. (2012). Prácticas del análisis factorial exploratorio (AFE) en la investigación sobre conducta del consumidor y marketing. *Suma Psicológica*. 19 (1), 45-58. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134224283004>
- Frota, N. et al. (2012). Déficit de autocuidado de ancianas institucionalizadas. *Revista Da Rede De Enfermagem do Nordeste*. 13 (5), 983-984. http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11693/1/2012_art_nmfrota.pdf.
- Galicia, L., Balderrama J., & Edel, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura (Guadalajara, Jal.)*. 9 (2), 42-53. <https://dx.doi.org/10.18381/ap.v9n2.993>
- Galindo, M., Rico, L. & Padilla, N. (2014). Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2. *AQUICHAN*. 14 (1), 7-19.

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3534/340>

1.

Gallén, A., García, A. & Germán, C. (2016). Autocuidados y Cuidados Invisibles como Activos de Salud en Atención Primaria. *Paraninfo Digital*. (24), 1-18.

<http://www.index-f.com/para/n24/057.php>.

García, M., & Salazar, B. (2016). Actividades físicas y sociales que realiza el adulto mayor para favorecer el autocuidado. *Paraninfo Digital*. (25), 1-4.

<http://www.index-f.com/para/n25/146.php>.

García, Ñ., & Fernández, S. (2008). Procedimiento de aplicación de trabajo creativo en grupo de expertos. *Energética*. 29 (2):46-50.

Gomes, et al. (2015). Autocuidado a ancianos después del accidente cerebrovascular, experiencias del cuidador y académicos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 16 (5), 682-689.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324042637009>.

Guarín, C. et al. (2020). Análisis psicométrico del cuestionario de afrontamiento en familiares venezolanos de usuarios de drogas. *Health and Addictions*, 20(1):14-27. <https://www.researchgate.net/publication/341241492>

Hernández, M. & Lozano, M. (2016). Puntajes obtenidos en la agencia de autocuidado y prácticas saludables en adultos mayores. *Paraninfo Digital*.

(25), 1-4. <http://www.index-f.com/para/n25/409.php>.

Hernández, S. et al. (2016). Metaestudio cualitativo sobre vivencias y gestión del cotidiano en adultos mayores que padecen enfermedades crónicas. *Cultura de los cuidados*. 20(44), 75-90.

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54594/1/Cult_Cuid_44_07.pdf.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1º de octubre) datos nacionales*.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf

- Jarolavsky, C. et al., (2014). Claves para un buen envejecer. Manual de autocuidados. 1-64.
<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/ManualAutocuidado.pdf>
- Lange, I. (2016). Del autocuidado al automanejo, la escuela de enfermería UC en la vanguardia del cuidado crónico. *HorizEnferm.* 26 (2), 37-46.
DOI: 10.7764/Horiz_Enferm.26.2.37.
- Laredo, M; Gallegos, R; Xequé, A; Palomé, G & Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13 (3): 159-165. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Leiton, Z. (2016). El envejecimiento saludable y el bienestar, un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería Universitaria*. 13 (3), 139-141.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.06.002>.
- Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T., Sirias, I. (2016). Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. 31, 1-18. DOI:<http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i31.25486>
- Lucena, A., Freitas, A., Vieira, K. & Matos, S. (2016). Enseñando y aprendiendo con ancianos, relato de experiencia. *Fundamcare online*. 8 (2), 4131-4141.
https://www.researchgate.net/publication/301333342_Ensinando_e_aprendendo_com_idosos_relato_de_experiencia_Teaching_and_learning_with_the_elderly_experience_report
- Maldonado, G., Carbajal, F., Rivera, P. & Castro, R. (2015). Beneficios que percibe el adulto mayor al integrarse a un grupo de ayuda dirigido por personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 23 (1), 31-36. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2015/eim151f.pdf>.

- Manzano, Fernando Ariel (2020) Tendencias mundiales y regionales de la esperanza de vida en edades extremas. Periodo 1950-2015. *Cardinalis*, 8 (14), 213-241. Recuperado a partir de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/cardi/issue/view/2153>
- Marchena, C. (2019). *Factores sociodemográficos y requisitos de autocuidado en adultos mayores*. [Tesis de Lic. en Enfermería]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/109270>
- Martínez, Ramírez, J.L. (2019). El proceso de elaboración y validación de un instrumento de medición documental. *Acción y Reflexión Educativa*, 44(1):1-10. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/226/226955004/index.html>
- Mathes, A., Gandofi, L. & de Azevedo, L. (2014). Capacidad funcional y las situaciones de violencia en el anciano. *Acta Paul Enferm.* 27 (5), 392-398. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400066>.
- Melguizo, E. et al. (2014). Calidad de vida de adultos mayores en centros de protección social en Cartagena (Colombia). *AQUIHAN*. 14 (4), 537-548. Doi: 10.5294/aqui.2014.14.4.8 <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n4/v14n4a08.pdf>
- Méndez, D. (2019). *Percepción del proceso de envejecimiento de los adultos mayores que asisten a un centro del adulto mayor*. [Tesis Licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela profesional de Enfermería, Lima, Perú. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/15660/Mendez_pd.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Méndez, V., Becerril, V., Morales, M. & Pérez, V. (2010). Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas en Temoaya, México. *Ciencia y Enfermería*. 16 (3), 103-109. http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n3/art_11.pdf.

- Muñiz, J. (2010). Las teorías de los tests: teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 57-66.
<http://www.redalyc.org/pdf/778/77812441006.pdf>
- Naciones Unidas. (2020). *Día Internacional de las personas de edad 1 de Octubre*.
<https://www.un.org/es/observances/older-persons-day>
- Naranjo, H. Y., Concepción P, J. A., & Rodríguez, L. M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es
- Naranjo, H. Y. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 814-825.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600814&lng=es&tlng=es.
- Nieto, F. (2016). Representación formal de la correlación entre las etapas del ciclo vital y la agencia de autocuidado. *ENE, Revista de Enfermería*. 10(2), 1-7.
<http://ene-quotenfermeria.org/ojs>.
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.J. (1995). Teoría psicométrica (3ª ed). México, D.F.: Editorial McGrawHill Latinoamericana.
- Ostiguín, R. & Velázquez, S. (2001). *La teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Pérez, M. et al. (2016). Efecto de la capacitación sobre autocuidado de pacientes adultos con DM2 en el conocimiento del personal de enfermería. *RevEnfermInstMex Seguro Soc*. 24 (3), 191-6.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim163g.pdf>
- Pimienta, J. H. (2014). Elaboración y validación de un instrumento para la medición del desempeño docente basado en competencias. *Revista de Docencia Universitaria*. 12 (2), 231-250.

- Pina, P., dos Santos, T. & Almeida, A. (2014). Autocuidado, la contribución teórica de Orem para la disciplina y profesión de Enfermería. *Revista de Enfermagem*. 9 (3), 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>.
- Puello, A. E., Amador A. C., & Ortega M. J. (2017). Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores. *Universidad Y Salud*, 19(2), 152-162. <https://doi.org/10.22267/rus.171902.78>
- Rodríguez, J. et al. (2014). Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Panorama Cuba y Salud*. 9 (1), 35-41. <http://www.redalyc.org/pdf/4773/477347195007>
- Rodríguez, M. & Arredondo, E. (2012). Validez y confiabilidad de una escala de valoración de comportamientos de autocuidado en personas con falla cardiaca. *AQUICHAN*. 12 (1), 22-31. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a03.pdf>.
- Soria Romero, Zuriel, & Montoya Arce, Bernardino Jaciel. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 23(93), 59-93. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
- Taquez, H. et al., (2017). Diseño de un instrumento para evaluar el nivel de uso y apropiación de las TIC en una institución de educación superior. Repositorio Digital. Educación superior, innovación e internacionalización <http://hdl.handle.net/20.500.12579/5019>
- Valencia, D. (2020). *Diseño y desarrollo de una aplicación móvil para el apoyo en el cuidado del adulto mayor*. Universidad Del Rosario Escuela Colombiana De Ingeniería Julio Garavito Programa De Ingeniería Biomédica Bogotá D.C. <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/30707>
- Valdiviezo S. (2020). *Capacidad de agencia de autocuidado de personas adultas con hipertensión arterial del Hospital I Agustín Arbulú Neyra – Ferreñafe*. [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

- Veliz, A., Ormanza, M., Vargas, A. & Teneda G. (2018). Percepción de autocuidado y autoestima de los adultos y adultas mayores: Confraternidad "Lupita Nolivos Cevallos". *Repositorio Institucional de la UNLP*. VI Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales (ELMECS). <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/109270>
- Ventura-León, José Luis, & Caycho-Rodríguez, Tomás (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625-627. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77349627039>
- Roldán, J. (2011). Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Tesis para obtener el título de Doctor en Ciencias de Enfermería. Barcelona, España.
- Soria Romero, Zuriel, & Montoya Arce, Bernardino Jaciel. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 23(93), 59-93. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
- Sullon, T.J.P.(2019). *Nivel de autocuidado en los pacientes con tratamiento de hemodiálisis clínicas Nefrológicas de Chiclayo, 2018*. [Tesis de Maestría]. Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo: Chiclayo. <http://hdl.handle.net/20.500.12423/2260>
- Tristán, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*. 6, 37-48. http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/8413/8574/6036/Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf
- Urrutia, M., Barrios, S., Gutiérrez, M. & Mayorga, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*. 28 (3), 547-558. <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v28n3/ems14314.pdf>

- Varela, M., Diaz, L. &García, R. (2012). Descripción y usos de la técnica Delphi en investigaciones en áreas de la salud. *Inv Ed Med.* 1 (2), 90-5.
- Vargas, S. & Fernández, J. (2015). Efectividad de la atención domiciliar de enfermería en el mejoramiento del autocuidado de personas adultas mayores. *Rev. Enfermería Actual de Costa Rica.* (27), 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.16059>.
- Vargas, G., Lozano, M., y Quijije, R. (2020). Aproximación teórica del autocuidado del adulto mayor y los paradigmas de enfermería. Universidad Ciencia Y Tecnología, 1(1), 37-43. Recuperado a partir de <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/313>
- Ventura, J. (2017). La importancia de reportar la validez y confiabilidad en los instrumentos de medición. *Revista Médica de Chile.* 145 (7), 954-956.<http://dx.doi.org/10.4067/s0034-9887201700070095>
- Vera, I. et al. (2015). Factores asociados con disfuncionalidad familiar en adultos mayores no institucionalizados. *Text ContextNursing,* 24 (2), 494-504. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001602014>.



X Anexos.



Anexo I. Carta de consentimiento informado

Morelia, Michoacán, ____ de _____ de 201__.

Por medio de la presente yo _____
acepto participar en el proyecto de investigación titulado **“Propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar el nivel de autocuidado en el adulto mayor”**.

Introducción: La validación de un instrumento de autocuidado repercute de manera significativa en la contribución de la ciencia y el conocimiento, ya que se podrá utilizar por diversos autores que deseen evaluar el nivel de autocuidado en adultos mayores, para conocer los déficits existentes y crear intervenciones que permitan promover el fomento de cuidado hacia dicha población, además se requiere realizar acciones integrales que favorezcan al adulto mayor (Espinoza, 2016).

Objetivo: el objetivo de este estudio es evaluar la fiabilidad y validez del instrumento autocuidado en el adulto mayor.

Selección de los sujetos de investigación: Dado que la investigación se trata de medir el autocuidado en el adulto mayor, se incluyen a personas mayores a los 60 años de edad.

Procedimientos: se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en contestar de manera sincera y clara un cuestionario. El contestar estas preguntas me llevara menos de 30 minutos, aproximadamente.

Posibles riesgos y molestias: se me ha explicado que los riesgos son mínimos por tratarse de contestar unas preguntas. Las molestias que se pueden presentar son incomodidad al contestar algunas preguntas de la intimidad personal.

Posibles beneficios: los beneficios posibles de participar en este estudio es que contribuirá de manera positiva para establecer un instrumento de evaluación de

autocuidado en el adulto mayor, lo cual permitirá conocer el nivel de autocuidado que presentan los adultos mayores y con base en ello posteriormente se realicen intervenciones que permitan mantener o mejorar el autocuidado en esta población.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se me explico que se me informará de forma oportuna, clara y precisa los resultados obtenidos en este estudio, así mismo la posibilidad de una alternativa de intervención para mi problema en caso de que se requiera con el fin de mejorar mi calidad de vida.

Participación o retiro: He sido informado que mi participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio, si así lo decido.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha informado y asegurado que la información que yo aporte es confidencial, se usará solamente para reportes científicos en los cuales no se me identificara de ninguna manera.

Por todo lo anterior y de manera voluntaria acepto participar en el estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podré dirigirme a:

Investigador responsable: L.E. Edith Dallely Aguilar Méndez.

Tel. 4431860995

Investigador asociado: Dra. Magda Lozano Zúñiga.

Firma del participante

Investigador Responsable

TESTIGOS

Firma

Firma

Anexo II. Cronograma de actividades

Actividad	Ju lio 20 17	Ag ost o 201 7	Septi embr e 2017	Oct ubr e 201 7	Novi embr e 2017	Dicie mbr e 2017	En er o 20 18	Feb rer o 201 8	Ma rz o 20 18	A br il 20 18	M ay o 20 18	Ju ni o 20 18
Elección del tema												
Búsqueda de artículos												
Elaboración del protocolo												
Elaboración de cuestionario												
Evaluación y aprobación por el comité de bioética												
Aplicación de instrumento												
Recolección de datos												
Validación de instrumento												
Interpretación de datos												
Finalización												

Anexo III. Instrumento de recolección de la información



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO FACULTAD DE ENFERMERÍA



Validación y fiabilidad de un instrumento para evaluar el nivel de autocuidado en el adulto mayor

Instrumento. Prueba Piloto

Folio _____

Fecha: _____

Datos Generales.

Edad: _____

Sexo: F__M__

Estado civil: _____

Situación laboral: _____ Vive con: _____

Peso: _____ Estatura _____ IMC _____

Instrucciones: Conteste las preguntas subrayando la respuesta de acuerdo a sus prácticas de autocuidado.

Las preguntas del 1 al 40 se contestan del uno al 5 según corresponda

1. Acostumbro bañarme al menos dos a tres veces a la semana

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

2. Aseo mis pies diariamente

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

3. Mantengo mis uñas cortas de manos y pies

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

4. Utilizo cremas para mantener hidratada mi piel

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

5. Al exponerme al sol, hago uso de medidas tales como gorro o sombrero, bloqueador solar o lentes oscuros

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

6. Me hago responsable de mi higiene

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

7. Realizo mi higiene bucal después de cada comida

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

8. Limpio mis oídos

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

9. Acostumbro realizar mi cambio de ropa diariamente

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

10. Realizo alguna actividad física o ejercicio específico para mi salud como caminata, yoga, baile, aerobics de bajo impacto

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

11. Colaboro con las tareas del hogar

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

12. Realizo como mínimo 30 minutos de actividad física por lo menos 5 días a la semana

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

13. Puedo movilizarme sin ayuda

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

14. Evito consumir alimentos enlatados o procesados

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

15. Consumo al menos 5 raciones de frutas y verduras al día

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

16. Evito la ingesta excesiva de sal

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

17. Evito la ingesta excesiva de alimentos con alto contenido de azúcar

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

18. Acostumbro a beber abundantes líquidos.

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

19. Consumo alimento ricos en fibra y vitaminas

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

- 20. Me relaciono con amigos y vecinos**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 21. Mantengo una relación estrecha con mi familia.**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 22. Pertenezco a un grupo de apoyo.**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 23. Realizo alguna actividad recreativa, como manualidades, juegos de mesa, juegos de bajo riesgo.**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 24. Cuento con el apoyo de mis familiares**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 25. Acudo con el médico o alguna institución de salud a realizar chequeo periódico (cada seis meses)**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 26. Acudo al dentista al menos una vez al año**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 27. Me responsabilizo de mis medicamentos**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 28. Tomo solo los medicamentos indicados por el médico**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 29. Cumplo con el tratamiento indicado por el médico**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 30. Hago uso de mi cartilla de salud**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 31. Tengo un control de mi peso corporal**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 32. Utilizo medicamentos para dormir**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 33. Tomo siestas durante el día**
1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre
- 34. Mi sueño durante la noche es continuo**

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

35. Duermo de 6 a 7 horas por la noche

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

36. Tengo un horario establecido para ir a la cama

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

37. Al descansar me siento descansado

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

38. Tomo medicamentos para poder eliminar

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

39. Controlo mis esfínteres

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

40. Utilizo el retrete sin la ayuda de alguien

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

Firma del encuestador: _____

Anexo IV. Operacionalización de Variables

Variabl e	Tipo de Variable	Nivel de Medi ción	Definici ón concep tual	Definici ón operaci onal	Dimension es	Indicador	Valor
Instrumento	Dependiente	ordinal	Elemento utilizado para la evaluación de un tema en particular.	Propiedades psicométricas	Fiabilidad Validez	Alfa de Cronbach De constructo De contenido	
Edad	Independiente	Ordinal	Tiempo que ha vivido una persona .	Años cumplidos	Características sociodemográficas.	Edad	Mayor a 60 años de edad.
Sexo	Independiente	Nominal	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre (OMS, 2018).	Sexo del participante de acuerdo a sus características biológicas.	Características sociodemográficas	Sexo	1) Masculino 2) Femenino

Estado civil	Independiente	Nominal	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto (Diccionario jurídico, 2014).	Estado civil en el que se encuentra la persona en el momento de contestar el instrumento	Características sociodemográficas	Estado Civil	1)Soltero 2)Casado 3)Divorciado 4)Viudo 4) Unión libre
Situación Laboral	Independiente	Nominal		Situación laboral en la que se encuentra en el momento de la aplicación del instrumento	Características sociodemográficas	Situación Laboral	1) Empleado 2) Desempleado 3) Jubilado
Autocuidado	Dependiente Cuantitativa	Nominal	Conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para	Conductas de autocuidado ejercidas por el adulto mayor	Higiene	Acostumbrado a bañarse al menos dos a tres veces a la semana	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.

			regular los factores que afectan su salud (Orem, 1991).				
						Aseo mis pies diariamente	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Mantengo mis uñas cortas de manos y pies	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Utilizo cremas para mantener hidratada mi piel	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Al exponerme al sol, hago uso de medidas tales como gorro o sombrero, bloqueador solar o lentes oscuros	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Me hago responsable de mi higiene	Respuestas del 1 al 5 desde nunca

							hasta siempre.
						Realizo mi higiene bucal después de cada comida	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Limpio mis oídos	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Acostumbro realizar mi cambio de ropa diariamente	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
					Actividad física	Realizo alguna actividad física o ejercicio específico para mi salud como caminata, yoga, baile, aerobics de bajo impacto	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Colaboro con las tareas del hogar	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Realizo como	Respuestas del 1 al 5

						mínimo 30 minutos de actividad física por lo menos 5 días a la semana	desde nunca hasta siempre.
						Puedo movilizar me sin ayuda	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
					Alimentación	Evito consumir alimentos enlatados o procesados	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Consumo al menos 5 raciones de frutas y verduras al día	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Evito la ingesta excesiva de sal	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Evito la ingesta excesiva de alimentos con alto contenido	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.

						o de azúcar	
						Acostum bro a beber abundant es líquidos.	Respuesta s del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Consum o alimento ricos en fibra y vitamina s	Respuesta s del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
					Relaciones sociales	Me relaciono con amigos y vecinos	Respuesta s del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Manteng o una relación estrecha con mi familia.	Respuesta s del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Pertenez co a un grupo de apoyo.	Respuesta s del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Realizo alguna actividad recreativ a, como manualid ades, juegos de mesa, juegos de bajo riesgo.	Respuesta s del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.

						Cuento con el apoyo de mis familiares	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
					Salud clínica	Acudo con el médico o alguna institución de salud a realizar chequeo periódico (cada seis meses)	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Acudo al dentista al menos una vez al año	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Me responsabilizo de mis medicamentos	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Tomo solo los medicamentos indicados por el médico	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Cumplo con el tratamiento indicado por el médico	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.

						Hago uso de mi cartilla de salud	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Tengo un control de mi peso corporal	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
					Sueño y descanso	Utilizo medicamentos para dormir	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Tomo siestas durante el día	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Mi sueño durante la noche es continuo	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Duermo de 6 a 7 horas por la noche	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Tengo un horario establecido para ir a la cama	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Al despertarme siento	Respuestas del 1 al 5 desde nunca

						descansado	hasta siempre.
					Eliminación	Tomo medicamentos para poder eliminar	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Controlo mis esfínteres	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.
						Utilizo el retrete sin la ayuda de alguien	Respuestas del 1 al 5 desde nunca hasta siempre.

Anexo V. Formato para validación por jueces expertos.



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDALGO**
División de Estudios de Posgrado
de la Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería



Formato para validación por jueces expertos.

Morelia; Michoacán, ___ de _____ de 2018

La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez de contenido del instrumento de recolección de datos “**Autocuidado en el adulto mayor**”, para ser aplicado en el estudio denominado “**Propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar el nivel de autocuidado en el adulto mayor**”, el cual ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana.

Cabe mencionar que su participación es totalmente voluntaria, además, estará colaborando con el seguimiento de este estudio. Su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas y la redacción de las mismas.

Se agradece cualquier sugerencia relativa a la redacción, contenido, la pertinencia u otro aspecto que considere relevante para mejorar el mismo.

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, me despido enviando un cordial saludo.

Atentamente,
L.E. Edith Dallely Aguilar Méndez.
Cel. 4431860995
Correo: lic.dallely_93@hotmail.com



Validación de contenido del instrumento Autocuidado en el adulto mayor.



Información general del Juez experto

Edad _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Nivel académico _____

Años de experiencia _____

Fecha _____

Instrucciones: De acuerdo a su conocimiento y experiencia evalúe cada ítem con una X como “esencial”, “útil pero no esencial” o “no necesario”, además en la columna de observaciones anote las correspondientes según su criterio.

No.	Ítem	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	Observaciones
Higiene					
1	Acostumbro bañarme al menos dos a tres veces a la semana				
2	Aseo mis pies diariamente				
3	Mantengo mis uñas cortas de manos y pies				
4	Utilizo cremas para mantener hidratada mi piel				
5	Al exponerme al sol, hago uso de medidas tales como gorro o sombrero, bloqueador solar o lentes oscuros				

6	Me hago responsable de mi higiene				
7	Realizo mi higiene bucal después de cada comida				
8	Limpio mis oídos				
9	Acostumbro realizar mi cambio de ropa diariamente				
Actividad Física					
10	Realizo alguna actividad física o ejercicio específico para mi salud como caminata, yoga, baile, aerobics de bajo impacto				
11	Colaboro con las tareas del hogar				
12	Realizo como mínimo 30 minutos de actividad física por lo menos 5 días a la semana				
13	Puedo movilizarme sin ayuda				
Alimentación					
14	Evito consumir alimentos enlatados o procesados				
15	Consumo al menos 5 raciones de frutas y verduras al día				
16	Evito la ingesta excesiva de sal				
17	Evito la ingesta excesiva de alimentos con alto contenido de azúcar				
18	Acostumbro a beber abundantes líquidos.				
19	Consumo alimento ricos en fibra y vitaminas				

Relaciones sociales					
20	Me relaciono con amigos y vecinos				
21	Mantengo una relación estrecha con mi familia.				
22	Pertenezco a un grupo de apoyo.				
23	Realizo alguna actividad recreativa, como manualidades, juegos de mesa, juegos de bajo riesgo.				
24	Cuento con el apoyo de mis familiares				
Salud clínica					
25	Acudo con el médico o alguna institución de salud a realizar chequeo periódico (cada seis meses)				
26	Acudo al dentista al menos una vez al año				
27	Me responsabilizo de mis medicamentos				
28	Tomo solo los medicamentos indicados por el médico				
29	Cumplo con el tratamiento indicado por el médico				
30	Hago uso de mi cartilla de salud				
31	Tengo un control de mi peso corporal				
Descanso					
32	Utilizo medicamentos para dormir				
33	Tomo siestas durante el día				
34	Mi sueño durante la noche es continuo				
35	Duermo de 6 a 7 horas por la noche				

36	Tengo un horario establecido para ir a la cama				
37	Al despertar me siento descansado				
Eliminación					
38	Tomo medicamentos para poder eliminar				
39	Controlo mis esfínteres				
40	Utilizo el retrete sin la ayuda de alguien				

Observaciones:

Juez Evaluador: _____

Tabla de concentrado de datos para Validez de Contenido

Ítem	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	CVR	CVR'
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
				CVI=	

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

$$CVR' = \frac{CVR + 1}{2}$$

Anexo VI. Instructivo del encuestador.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO FACULTAD DE ENFERMERÍA



Propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar el nivel de autocuidado en el adulto mayor

Folio: número de encuesta

Fecha: Fecha en la que se aplica el instrumento

Datos Generales.

Edad: _____
En años cumplidos

Sexo: _____
Femenino
Masculino

Estado civil: _____
Soltero
Casado
Unión libre
Viudo
Divorciado

Situación laboral: _____ Vive con: _____
Trabaja
Desempleado
Jubilado
¿Con quién vive?

Peso: _____ Estatura _____
Peso en kilos, se hace Estatura en centímetros
uso de báscula Se hace báscula con
estadímetro

IMC _____
Se utiliza la siguiente fórmula:

$$IMC = \frac{Peso}{talla^2}$$

Instrucciones: Conteste las preguntas subrayando la respuesta de acuerdo a sus prácticas de autocuidado.

Las preguntas del 1 al 35 se contestan del uno al 5 según corresponda

1. Acostumbro bañarme al menos dos a tres veces a la semana

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

2. Aseo mis pies diariamente

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

3. Mantengo mis uñas cortas de manos y pies

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

4. Utilizo cremas para mantener hidratada mi piel

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

5. Me hago responsable de mi higiene

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

6. Realizo mi higiene bucal después de cada comida

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

7. Limpio mis oídos

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

8. Acostumbro realizar mi cambio de ropa diariamente

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

9. Realizo alguna actividad física o ejercicio específico para mi salud como caminata, yoga, baile, aerobics de bajo impacto

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

10. Colaboro con las tareas del hogar

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

11. Realizo como mínimo 30 minutos de actividad física por lo menos 5 días a la semana

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

12. Puedo movilizarme sin ayuda

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

13. Evito consumir alimentos enlatados o procesados

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

14. Consumo al menos 5 raciones de frutas y verduras al día

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

15. Evito la ingesta excesiva de sal

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

16. Evito la ingesta excesiva de alimentos con alto contenido de azúcar

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

17. Acostumbro a beber abundantes líquidos.

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

18. Consumo alimento ricos en fibra y vitaminas

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

19. Me relaciono con amigos y vecinos

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

20. Mantengo una relación estrecha con mi familia.

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

21. Realizo alguna actividad recreativa, como manualidades, juegos de mesa, juegos de bajo riesgo.

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

22. Cuento con el apoyo de mis familiares

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

23. Acudo con el médico o alguna institución de salud a realizar chequeo periódico (cada seis meses)

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

24. Acudo al dentista al menos una vez al año

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

25. Me responsabilizo de mis medicamentos

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

26. Cumplo con el tratamiento indicado por el médico

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

27. Hago uso de mi cartilla de salud

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

28. Tengo un control de mi peso corporal

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

29. Tomo siestas durante el día

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

30. Mi sueño durante la noche es continuo

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

31. Duermo de 6 a 7 horas por la noche

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

32. Al descansar me siento descansado

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

33. Tomo medicamentos para poder eliminar

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

34. Controlo mis esfínteres

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

35. Utilizo el retrete sin la ayuda de alguien

1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre

Firma del encuestador:_____

Anexo VII. Hoja de colecta de datos



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



Propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar el nivel de autocuidado en el adulto mayor

Objetivo: Evaluar la validez y fiabilidad del instrumento autocuidado en el adulto mayor.

Folio: número de encuesta

Fecha: Fecha en la que se aplica el instrumento

Datos Generales.

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Situación laboral: _____ Vive con: _____

Peso: _____ Estatura _____ IMC _____

Instrucciones: Conteste las preguntas marcando con una X la respuesta de acuerdo a sus prácticas de autocuidado.

No.	Actividad de autocuidado	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Higiene						
1	Acostumbro bañarme al menos dos a tres veces a la semana					
2	Aseo mis pies diariamente					

3	Mantengo mis uñas cortas de manos y pies					
4	Utilizo cremas para mantener hidratada mi piel					
5	Me hago responsable de mi higiene					
6	Realizo mi higiene bucal después de cada comida					
7	Limpio mis oídos					
8	Acostumbro realizar mi cambio de ropa diariamente					
Actividad Física						
9	Realizo alguna actividad física o ejercicio específico para mi salud como caminata, yoga, baile, aerobics de bajo impacto					
10	Colaboro con las tareas del hogar					
11	Realizo como mínimo 30 minutos de actividad física por lo menos 5 días a la semana					
12	Puedo movilizarme sin ayuda					
Alimentación						
13	Evito consumir alimentos enlatados o procesados					
14	Consumo al menos 5 raciones de frutas y verduras al día					
15	Evito la ingesta excesiva de sal					
16	Evito la ingesta excesiva de alimentos con alto contenido de azúcar					
17	Acostumbro a beber abundantes líquidos.					
18	Consumo alimento ricos en fibra y vitaminas					
Relaciones sociales						
19	Me relaciono con amigos y vecinos					

20	Mantengo una relación estrecha con mi familia.					
21	Realizo alguna actividad recreativa, como manualidades, juegos de mesa, juegos de bajo riesgo.					
22	Cuento con el apoyo de mis familiares					
Salud clínica						
23	Acudo con el médico o alguna institución de salud a realizar chequeo periódico (cada seis meses)					
24	Acudo al dentista al menos una vez al año					
25	Me responsabilizo de mis medicamentos					
26	Cumplo con el tratamiento indicado por el médico					
27	Hago uso de mi cartilla de salud					
28	Tengo un control de mi peso corporal					
Descanso						
29	Tomo siestas durante el día					
30	Mi sueño durante la noche es continuo					
31	Duermo de 6 a 7 horas por la noche					
32	Al despertar me siento descansado					
Eliminación						
33	Tomo medicamentos para poder eliminar					
34	Controlo mis esfínteres					
35	Utilizo el retrete sin la ayuda de alguien					

Firma del encuestador: _____

Anexo VIII. Instrumento final



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Instrumento Autocuidado en el Adulto Mayor

Objetivo: Medir el nivel de autocuidado en el adulto mayor.

Folio:

Fecha:

Datos Generales.

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Situación laboral: _____ Vive con: _____

Peso: _____ Estatura _____ IMC _____

Instrucciones: Conteste las preguntas marcando con una X la respuesta de acuerdo a sus prácticas de autocuidado.

No.	Actividad de autocuidado	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Higiene						
1	Acostumbro bañarme al menos dos a tres veces a la semana					
2	Aseo mis pies diariamente					
3	Mantengo mis uñas cortas de manos y pies					
4	Me hago responsable de mi higiene					
5	Realizo mi higiene bucal después de cada comida					
6	Limpio mis oídos					

7	Acostumbro realizar mi cambio de ropa diariamente					
Actividad Física						
8	Colaboro con las tareas del hogar					
9	Puedo movilizarme sin ayuda					
Alimentación						
10	Consumo al menos 5 raciones de frutas y verduras al día					
11	Evito la ingesta excesiva de sal					
12	Evito la ingesta excesiva de alimentos con alto contenido de azúcar					
Salud clínica						
13	Acudo con el médico o alguna institución de salud a realizar chequeo periódico (cada seis meses)					
14	Me responsabilizo de mis medicamentos					
15	Cumplo con el tratamiento indicado por el médico					
16	Hago uso de mi cartilla de salud					
17	Tengo un control de mi peso corporal					
Descanso						
18	Mi sueño durante la noche es continuo					
19	Duermo de 6 a 7 horas por la noche					
20	Al despertar me siento descansado					

Firma del encuestador: _____