

**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE  
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE  
PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR,  
VINCULADAS A UNA ENTIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.  
POPAYÁN 2010 - 2012**

**YOHANA CABRERA MELÉNDEZ  
YOSLANY BUITRÓN PAREJA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
POPAYAN  
2012**

**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE  
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE  
PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR,  
VINCULADAS A UNA ENTIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. POPAYÁN  
2010 - 2012**

**YOHANA CABRERA MELÉNDEZ  
YOSLANY BUITRÓN PAREJA**

**Trabajo de investigación**

**Asesor investigador principal  
ENFERMERA ESPECIALISTA MARTHA ISABEL VIVAS CHACÓN**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
POPAYAN  
2012**

## AGRADECIMIENTOS

*En agradecimientos a representantes de las siguientes instituciones por su acogida, apoyo y colaboración en el desarrollo de este estudio:*

- ✓ HOME HEALTH-SALUD EN CASA S.A.S I.P.S.*
- ✓ FUNDACIÓN SABEMOS CUIDARTE DE POPAYÁN.*
- ✓ ASMET SALUD EPS-S DE POPAYÁN*
- ✓ HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ.*

*De manera especial y sincera a las enfermeras de la Universidad del Cauca: magister Gladys Amanda Mera, especialista Martha Vivas Chacón y magister Gloria Amparo Miranda, por su disponibilidad, apoyo, paciencia y empeño en enseñarnos y guiarnos desde siempre en la obtención de este logro.*

## AGRADECIMIENTOS

*Inicialmente quiero agradecer a Dios por regalarme la vida, por concederme un espíritu persistente y capaz de realizar cada cosa que me propongo.*

*Por regalarme la alegría de tener a mi lado las personitas más valiosas y sinceras del mundo, quienes además de brindarme su apoyo incondicional y desinteresado a lo largo de toda mi existencia, me obsequian día a día lecciones de responsabilidad, tenacidad, nobleza, y lucha: mi familia.*

*A Javier, mi novio, desde lo más profundo de mi corazón le agradezco, porque sin importar la distancia me enseña que cada momento es importante, que cada dificultad es un paso hacia el éxito y que cada sonrisa es un acto de amor.*

*Yohana Cabrera Meléndez*

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios por guiarme en mi camino, por protegerme y por darme tantas oportunidades en la vida.*

*A mis padres, por darme la vida, una maravillosa formación, por su ternura y todo su amor, y por contagiarme de todas sus fortalezas, por enseñarme a levantarme después de cada tropiezo y tener siempre una ilusión para seguir.*

*A mis hermanos por darme la oportunidad de tener un cómplice, y ser en quienes siempre he encontrado un respaldo incondicional en los momentos difíciles.*

***Yoslany Buitrón Pareja***

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	15
1. OBJETIVOS	
1.1 OBJETIVO GENERAL	20
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
2. MARCO CONCEPTUAL	21
2.1 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)	21
2.1.1 SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	21
2.1.2 COMPLICACIONES DE SECUELAS DE ACV TIPO MOTORA	23
2.1.3 PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD	23
2.1.4 TIPOS DE CUIDADORES	23
2.2. CONOCIMIENTO RELACIONADO CON EL CUIDADO DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACV.	25
2.2.1 Conocimiento para compensar adecuadamente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	25
2.2.2 Conocimiento para prevenir complicaciones	26
2.2.3 Conocimiento para facilitar la reintegración en papeles sociofamiliares	27

2.3. ACTITUD: COMPONENTE DE LA ESCALA EN CONSTRUCCIÓN PARA EVALUAR CUIDADORES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACV	28
2.3.1. Escalas de medición	29
2.3.2. Escala tipo likert	30
2.3.2.1. Pasos para la construcción	30
2.4. PROCESO DE VALIDACIÓN DE UNA ESCALA	31
2.4.1. Prueba piloto-pretest cognitivo	31
2.4.2. Evaluación de las propiedades métricas	31
2.5. ATENCIÓN DOMICILIARIA	33
2.5.1. Proceso de atención domiciliaria	33
2.5.2. Servicios prestados por instituciones de atención domiciliaria	34
2.5.3. Políticas de atención domiciliaria	34
2.5.4. Políticas del consejo internacional de enfermería (CIE)	35
3.METODOLOGÍA	
3.1.TIPO DE DISEÑO	36
3.2. UNIVERSO	

3.3. MUESTRA	
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	37
3.6. VARIABLES	
3.7. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	38
3.8. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	38
3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
4. RESULTADOS	43
4.1. PRIMERA ETAPA DE LA FASE DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA: PRUEBA PILOTO-PRETEST COGNITIVO	43
4.2. SEGUNDA ETAPA DE LA FASE DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA: EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES MÉTRICAS - VALIDEZ DE CONTENIDO	44
4.3. TERCERA ETAPA DE LA FASE DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA: PRUEBA PILOTO-TEST COGNITIVO CORREGIDO	45
4.4. CUARTA ETAPA DE LA FASE DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA:	45



VALIDAR LA SIGNIFICACIÓN DE LOS 20 ÍTEMS QUE CONFORMAN LA PARTE 4 DE LA ESCALA: ACTITUD

4.5. QUINTA ETAPA DE LA FASE DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA: CONFIABILIDAD DE ESCALA 50

4.6. SEXTA ETAPA DE LA FASE DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA: VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA ESCALA 50

5. CONCLUSIONES 51

6. RECOMENDACIONES 52

BIBLIOGRAFIA 53

## LISTADO DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo 1. Consentimiento informado	63
Anexo 2. Escala de conocimientos y actitudes de cuidadores	65
Anexo 3. Fichas para la verificación del nivel de conocimiento en ABVD	73
Anexo 4. Instructivo para la aplicación y calificación de la escala para la medición de conocimientos y actitudes de cuidadores principales de personas con secuelas de accidente cerebro vascular.	77
Anexo 5. Análisis estadístico de la escala.	86

## LISTADO DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Significados de las principales secuelas de ACV tipo motora	23
Tabla 2. Conocimientos para prevenir complicaciones	28
Tabla 3. Ítems eliminados de la parte 4 de la escala: actitud.	49
Tabla 4. Ítems que permanecen temporalmente en la parte 4 de la escala: actitud	50
Tabla 5. Ítems permanecen definitivamente en la parte 4 de la escala: actitud	51

## GLOSARIO

**Actitud frente al cuidado:** Conjunto de opiniones sobre las creencias que tiene el cuidador con respecto a la conveniencia o no de practicar las actividades de cuidado propias de la persona discapacitada que tiene a su cargo y los sentimientos de gusto/disgusto, temor, intranquilidad, entusiasmo, rabia, entre otros, que le produce dicho ejercicio.

**Atención domiciliaria:** programa de atención que brinda sin poner en riesgo la vida del paciente y bajo un modelo multidisciplinario solución a los problemas de salud de ciertos pacientes, conservando como mayor logro y objetivo la calidad de vida<sup>1</sup>.

**Conocimiento:** conjunto de nociones conceptuales relacionadas con la capacidad para compensar adecuadamente de forma parcial o total las actividades básicas de la vida diaria<sup>2</sup>.

**Discapacidad:** Deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en actividades de la vida diaria y restricciones en la participación en papeles sociofamiliares, por causa de una condición de salud o de barreras físicas, ambientales, culturales o sociales.

**Rehabilitación:** Asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica.<sup>3</sup>

**Calidad de vida:** Percepción que tiene el individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en los cuales vive y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses<sup>4 5</sup>.

---

1. ARANA CHACON, Abraham. Enfermedad cerebrovascular. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOIFAME.

2. BRUNNER y SUDDANRT. Enfermería medico quirúrgica de vol. 2. 1994.

3. BEST, John B. Psicología cognoscitiva. 5° ed. México. Thomson.2002. Cap. 1.

<sup>4</sup> HENAO SILVA, Aysa et al. Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia).Salud uninorte. Vol 25, No 1, Abril 2009; P 1-.

**Cuidado en casa:** Provisión de cuidados en el hogar para una persona que está enferma o discapacitada que no es capaz de funcionar de alguna manera como una persona normalmente saludable en nuestra sociedad<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> VERDUGO, Alonso MA. Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: instrumentos y estrategias. Salamanca: editorial Amarú; 2006. p. 20- 45.

<sup>6</sup> HERNANDEZ POSADA, Ángela. Las personas con discapacidad, su calidad de vida y la de su entorno. Revista Aquichan, Chía Colombia. Vol.5 No.1.Oct 2005; p.1-6.

## **RESUMEN**

### **TITULO\* CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, VINCULADAS A UNA ENTIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. POPAYÁN 2010 – 2012**

#### **AUTORES\*\***

El accidente cerebrovascular ocupa los primeros lugares de incidencia y mortalidad en el mundo. La mayoría de las personas que sobreviven quedan con secuelas motoras tipo hemiplejia, cuadriplejia y paraplejia.

En consecuencia las personas quedan con discapacidad para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, y participar en papeles sociofamiliares. Todo esto implica que las personas se tornen dependientes, y por consiguiente, requieran de un cuidador con conocimientos y actitudes precisas para: ejercer una adecuada práctica de cuidado, mantener la continuidad del cuidado institucional, fortalecer su autonomía y mejorar su calidad de vida. En concordancia, fue necesario elaborar una escala de medición de conocimientos y actitudes propios de los cuidadores principales de personas con secuelas de ACV.

El estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal. La construcción del instrumento se realizó en dos fases: la primera, consistió en elaborar los ítems integradores mediante una revisión literaria exhaustiva. La segunda, se asentó en validar la escala a través de: una aplicación piloto, que mostró la necesidad de realizar adaptaciones principalmente de lenguaje. Revisión de la escala por expertos enfermeros supervisores de tres (3) instituciones de atención domiciliaria, quienes al evaluar la representatividad y adecuación muestral del contenido del instrumento, eliminaron y agregaron algunos ítems a la escala. Prueba piloto del instrumento corregido a 20 cuidadores pertenecientes a una institución de atención domiciliaria. Validación de la significación de los 20 ítems que conforman la parte 4 de escala: la actitud.

Finalmente, se calculó la confiabilidad y validez de constructo de los ítems de la muestra.

Después de procesar la información en Microsoft Office Excel 2007 y en el paquete estadístico SPSS V 15.0. Se demostró que la escala diseñada es confiable con un alfa de Cronbach de 0.80 y valido, con KMO de 0.63, prueba de esfericidad de Bartlett de 0.0 y comunalidad de 0,75. Por lo tanto es el adecuado para medir los conocimientos y actitudes de los cuidadores principales de personas con secuelas de ACV.

**Palabras claves:** validación, escala, accidente cerebrovascular, cuidadores, discapacidad motora, conocimientos, actitudes, cuidado en casa.

---

\*TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

\*\* AUTORES: VIVAS CHACÓN Martha Isabel Especialista en epidemiología . Investigadora principal. CABRERA MELÉNDEZ Yohana. BUITRÓN PAREJA Yoslany. Estudiantes. Programa de Enfermería. Facultad Ciencias De la Salud., Universidad Del Cauca.

## **ABSTRACT**

### **TITLE\* CONSTRUCTION OF A SCALE FOR MEASURING THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF MAIN CAREGIVERS OF PEOPLE WITH SEQUELAE OF STROKE, LINKED TO AN ENTITY OF HOME CARE. POPAYÁN 2010 - 2011**

#### **AUTHORS\*\***

The stroke occupies the first of incidence and mortality worldwide. Most people who survive are left with motor sequelae type hemiplegia, quadriplegia and paraplegia, mainly. All this causes disability to perform basic activities of daily life and participate in social and family roles. This implies that these people become dependent and therefore require a caregiver with necessary knowledge and attitudes to: offer proper care, maintain continuity of institutional care, strengthen their empowerment and improve their quality of life. Accordingly, it was necessary to develop a scale measuring knowledge and attitudes of primary caregivers of persons with sequelae of stroke.

The study was descriptive, quantitative, cross-sectional. The construction of the instrument was conducted in two phases: the first consisted in elaborate the items integrators through a comprehensive literature review. The second, consisted in to find the reliability and to validate the of the scale through: a pilot test, which showed the need for adjustments primarily in the language. Review of the scale by three supervisors nurse of home care institutions, They evaluated the representativeness and sampling adequacy of the contents of the instrument, also they removed and added some items to the scale. Pilot test of corrected instrument to twenty caregivers belonging to a home care institution. Validation of significance of the twenty items comprising the part four of scale: The attitude. Finally, we calculated the reliability of the items in the sample.

After processing the information in Microsoft Office Excel 2007 and in the Epi Info statistical software V 3.4.3. It was shown that the designed instrument is reliable



valid, therefore it is appropriate to measure the knowledge and attitudes of primary caregivers of persons with sequelae of stroke.

**Keywords:** validation, scale, stroke, caregivers, physical disabilities, knowledge, attitudes, home care.

---

\* RESEARCH WORK

\*\* AUTHORS: VIVAS CHACÓN Martha Isabel general epidemiology specialist principal Investigator. CABRERA MELÉNDEZ Yohana. BUITRÓN PAREJA Yoslany. Students. Faculty of Health Sciences. Nursing Program and

## INTRODUCCIÓN

Según la OMS, el accidente cerebro vascular es una afección neurológica focal o general de aparición súbita, que perdura más de 24 horas, cuyo origen es presuntamente vascular, causando en ocasiones la muerte<sup>7</sup>.

La incidencia y mortalidad de esta enfermedad, al igual que las enfermedades crónicas no transmisibles, aumenta con la edad y se favorece por la transición epidemiológica, demográfica, y económica que vive el mundo. Se caracteriza por tener una estrecha relación con factores como: la rápida urbanización e industrialización, mejor acceso a los servicios de salud, cambios en estilo de vida y aumento de la esperanza de vida.<sup>8</sup>

Así, según el instituto de cardiología de Texas, en Estados Unidos el ACV ocupa la segunda y tercera causa de morbilidad y mortalidad respectivamente: con 730.000 casos nuevos por año, de ellos 160.000 mueren y 570.000 sobreviven al evento de ACV, de los cuales 350.000 quedan con algún tipo de secuela, ya sea de tipo motora, sensitiva, del lenguaje, emocional, cognitivo, visual o auditiva, lo que ocasiona algún grado de discapacidad<sup>9</sup>. De acuerdo con la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud de la OMS, éste grado puede ser ligero, moderado, severo o completo, siendo los dos últimos los más frecuentes, ocupando el primer lugar en el mundo<sup>10</sup>. De manera similar el comportamiento estadístico y los grados de discapacidad aplican para Colombia, con 89 casos nuevos y 16.27 muertes por cada 100.000 habitantes, según el único estudio sobre epidemiología de ACV realizado en Sabaneta, Antioquia, en una población de 13.588 personas de la misma región (1996)<sup>11</sup>. A nivel del

---

4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) de la OMS. Mayo 2002.

5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud en las Américas. VOL; No. II-países, 2007.

6. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Las discapacidades: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados. Junio 2006.

7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas sanitarias mundiales 2009.

8. Transición epidemiológica y salud pública, explicación o condena. Revista Nacional de salud pública, vol. 19 N°. 2, pág. 57-74.

Departamento del Cauca según la Secretaria de Salud, el ACV causa 21 defunciones por cada 100.000 habitantes y no figura dentro de las 10 primeras causas de morbilidad<sup>12</sup>.

Según Paixão Teixeira, C., Silva, LD en su estudio denominado “las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería”, de todas las secuelas anteriormente mencionadas, las motoras son catalogadas como las más predominantes con 55% de las cuales la hemiplejía, paroplejía y cuadriplejía son las más frecuentes; ocasionando una tendencia a interferir en las actividades básicas de la vida diaria, provocando un alto grado de dependencia de la persona que sufre el evento, razones suficientes para requerir la presencia de un cuidador<sup>13</sup>.

El gran impacto que genera se refleja en diferentes campos; como es: a nivel de Salud Pública, debido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad, a los ingresos hospitalarios estimado en 6.8 millones de dólares y al costo sanitario valorado en 100 millones de dólares; económico por el alto costo asistencial tanto en la etapa de rehabilitación donde el paciente requiere de tratamiento farmacológico y terapias con diferentes profesionales, como en la etapa de reingreso hospitalario por sus complicaciones; físicas y emocionales en el contexto del paciente, familia o cuidador debido a que la condición de discapacidad causa múltiples cambios en la vida de la persona que sufre el evento y de sus familiares, los cuales se relacionan con la condición de dependencia asociada a una limitación física o mental, la alteración del estado de salud y la modificación del rol y de sus actividades<sup>14</sup>.

Permany G et al, en su investigación “sobre el significado de discapacidad” menciona que “las personas se describen así mismas en términos más negativos, tienen menos aspiraciones y expectativas sobre el futuro, lo cual ocasiona

---

<sup>12</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Encuesta nacional de salud, resultados por departamento del Cauca. 1ra. Edición, Bogotá, 2009

10. SILVA, C. PAIXAO TEIXEIRA,LD. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería: Revista electrónica cuatrimestral de enfermería global. VOL., No. 15, Feb., 2000; p.1-63.

11. COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL ; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2004; Bogotá; 2005. Pág3

12. PERMANYER G, Broton et al. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud a 2 años de cirugía coronaria: Medicina Clínica. VOL., No.12, 1997; p.108.

13. PORTILLO VEGA, M.C. et al. Análisis de un marco conceptual para el proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: Enfermería Clínica, vol.12, No.4, P. 143-151.

ansiedad y depresión”<sup>15</sup>. Por su parte los familiares más cercanos, quienes según Portillo Vega, M.C. et al son los que en la gran mayoría de los casos se responsabilizan del cuidado de sus parientes, deben afrontar cambios importantes en su estilo de vida; la forma como se adaptan a estos cambios, y está influenciada por factores específicos como son sus características personales, la severidad de la enfermedad del paciente, y los ajustes que deben hacer a los estilos de vida y en el rol familiar para satisfacer las demandas de cuidado<sup>16</sup>. Un artículo realizado por Navarro Moya et al menciona que de 1.800.000 cuidadores informales en España, el 51% sufre de cansancio habitual, 32% padece depresión y el 29% sobrelleva un deterioro de su propia salud a causa del cuidado<sup>17</sup>.

En Colombia, según como refiere Natividad Pinto (2006) los pacientes que sufren un ACV u otro tipo de enfermedad crónica, según la nueva legislación en salud, no pueden continuar ocupando una cama hospitalaria, después de la etapa aguda de la enfermedad, debido a los altos costos que esto representa, por lo que estos pacientes deben regresar a sus hogares donde requieren que se les continúen proporcionando cuidados<sup>18</sup>. Necesidad que en nuestro país se sule de tres formas diferentes: la primera, entendida como el cuidado que es proporcionado por algún miembro de la familia sin tener en la mayoría de los casos las herramientas necesarias para realizarlo. La segunda es vista como un cuidado que es extendido de la institución prestadora de servicios de salud, orientado y dirigido por la EPS correspondiente<sup>19</sup>.

En nuestro país hay varias instituciones que apoyan el cuidado en casa con personal capacitado, pero en muchas ocasiones por un tiempo corto y después el paciente y la familia asumen su propio cuidado, otras por efecto de acción judicial de tutela se continua brindando el cuidado por las EPS a las que están afiliados; la tercera se da a través de el cuidado de un particular contratado que proporciona un cuidado multidisciplinario, que encuentra en la familia un soporte para dar

---

<sup>17</sup> MOYA, Navarro et al. El paciente con acá: la perspectiva de atención primaria. Enfermería clínica. Revista de enfermería Global, vol. 3. Nov., 2003.

<sup>18</sup> PINTO N, SÁNCHEZ B. El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación crónica de enfermedad. En cuidado y práctica de enfermería. Grupo de cuidado, facultad de enfermería Universidad Nacional de Colombia, 2000 pág. 173.

<sup>19</sup> MORALES PADILLA, Orfa Nineth. Situación del cuidador familiar de la persona que vive en enfermedad crónica discapacitante en Guatemala. Enfermería Global. Noviembre del 2007; 11. Disponible en: [www.um.es/egloga](http://www.um.es/egloga).

cuidado, se caracteriza por ser de carácter privado, un ejemplo de esta es Home Care, institución colombiana objeto de la investigación, entidad que involucra a la familia en la atención del paciente, proporcionando educación y cuidados<sup>20</sup>.

Estudios como el de María Clara Quintero demostraron que la limitación de las actividades básicas de la vida diaria y la restricción de la participación en papeles sociofamiliares, hacen que los individuos afectados pierdan su independencia, y por lo tanto requieren la presencia de un cuidador capacitado con conocimientos relacionados con la correcta manera de suplir las necesidades básicas de la vida diaria como el baño, vestido, alimentación, movilización, eliminación urinaria e intestinal y acciones encaminadas a prevenir complicaciones; además debe tener actitudes favorables como complemento para ejercer una adecuada práctica de cuidado<sup>21</sup>. Todo esto con el fin de mantener la continuidad del cuidado institucional brindado al paciente antes del alta hospitalaria, logrando así el fortalecimiento de su autonomía y mejoramiento o mantenimiento de la calidad de vida<sup>22</sup>.

En Colombia, estudios sobre la medición de estas características son escasos.<sup>23</sup> El estudio de Olga Marina Vega Angarita, utilizó una escala de medición denominada inventario de habilidad de cuidado (CAI), la cual no contiene ítems de preguntas que permitan apreciar si los cuidados específicos para cada una de las discapacidades presentadas a causa de su secuela correspondiente, son los adecuados. De esta manera resulta difícil concluir si las personas que participaron en este estudio tienen o no el conocimiento preciso para cuidar a personas con secuelas de ACV.<sup>24</sup> Por tal razón, es necesaria la creación de una escala de medición que permita evaluar de forma precisa los conocimientos y actitudes de cuidadores de personas con secuelas de ACV. Y con los resultados obtenidos, una vez se aplique, los profesionales de la salud, especialmente enfermería puedan implementar estrategias o programas encaminados a brindar a los cuidadores herramientas educativas para la adquisición o mejoramiento de sus conocimientos, de manera tal, que satisfaga las necesidades de la persona

---

<sup>20</sup> AGUDELO, JAVIER. Garantía de Calidad en los Servicios de Atención Domiciliaria en Salud. Presentación en el congreso Home Care. Bogotá. Octubre 200218.

<sup>21</sup> QUINTERO, María Clara. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería p 184.

18. SANTROCK, John W. et al. Introducción a la Psicología: Psicología organizacional. 2 ° Ed., México: McGraw-Hill, 2004. 499-501p.

19. VEGA ANGARITA, Olga Marina . Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de discapacitados por ECV del Norte de Santander. Revista Respuestas.

<sup>24</sup> WOOLFOLK, Anita E. Psicología educativa. 6°ed. México. Prentice- Hall hispanoamericana. 1996. Cap. 7. Cap. 9.

enferma, responda a la problemática familiar, mantenga su propia salud y fomente la buena relación cuidador-persona cuidada, lo que permitirá mejorar su actitud hacia el cuidado reconociendo y estableciendo apoyos formales como lo son las instituciones de atención domiciliaria y otros centros de atención en salud, e informales tales como la ayuda de otro familiar o amigo para brindar cuidado evitando sobrecarga o monopolización de cuidado <sup>25</sup>.

Mediante la construcción de la se escala se pretende medir conocimientos y actitudes de los cuidadores principales, al proporcionar el cuidado a la persona con secuelas de ACV. A partir de esto surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo medir conocimientos y actitudes que poseen los cuidadores principales de personas con secuelas de accidente cerebrovascular, vinculados a un programa de atención domiciliaria de Popayán?

---

<sup>25</sup> Universidad Francisco de Paula Santander. vol. 11; No 1 Jul 2006.

## 1.OBJETIVOS

### 1.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar y validar una escala de medición que determine los conocimientos y actitudes que poseen los cuidadores principales de personas con secuelas de accidente cerebrovascular, vinculados a una entidad de atención domiciliaria.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Diseñar ítems de preguntas que posibiliten la caracterización sociodemográfica de las personas con secuelas de ACV de tipo motor y de sus cuidadores principales.
- ✓ Estructurar ítems de preguntas que permitan identificar el nivel de conocimiento de los cuidadores principales, para brindar cuidado a personas con secuelas de ACV de tipo motor.
- ✓ Construir ítems de afirmaciones que especifiquen el grado de favorabilidad de las actitudes de los cuidadores principales hacia personas con secuelas de ACV de tipo motor.
- ✓ Comprobar la validez y confiabilidad del instrumento a través del proceso de validación de una escala.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)

Según la OMS en su estudio clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud el accidente cerebrovascular es una afección neurológica focal o general de aparición súbita que perdura más de 24 horas, que puede llegar a causar la muerte y cuyo origen es presuntivamente de origen vascular<sup>26</sup>.

Los síntomas dependen de la región afectada por el ACV, siendo los más importantes: la deficiencia motora y sensitiva unilateral o bilateral, afasia o disfasia, hemianopsia, desviación conjugada de la mirada, apraxia, ataxia y déficit de percepción de presentación aguda<sup>27</sup>. Según Bronner LL, Kanter DS, Manson JE. Primary Prevention of Stroke en su estudio New England Journal of Medicine Otros síntomas son: mareo, vértigo, cefalea localizada, visión borrosa bilateral, diplopía, disartria, deterioro de función cognoscitiva, afectación de la conciencia, crisis convulsivas, disfagia<sup>28</sup>.

**2.1.1 Secuelas de Accidente Cerebrovascular:** Equivalente a deficiencia, entendida como la desviación o pérdida de las funciones o estructuras corporales<sup>29</sup>.

Al igual que los síntomas y la evolución, el tipo y cantidad de secuelas, dependerán del sitio de ocurrencia y clase de ACV, como del oportuno y adecuado tratamiento. Se encuentran clasificadas en: alteraciones sensitivas, del lenguaje, visuales, auditivas, emocionales, cognitivas y motoras. Las sensitivas se clasifican en parestesia, hipoestesia, anestesia y dificultad de propiocepción. Las alteraciones del lenguaje comprenden la afasia de expresión, comprensión y global como también disartria<sup>30</sup>. Dentro de las visuales se encuentran

---

<sup>26</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) de la OMS. Mayo 2002.

<sup>27</sup>. OMS. Op cit.

<sup>28</sup>Bronner LL, Kanter DS, Manson JE. Primary Prevention of Stroke. New England Journal of Medicine 1995; 333: 1392-1400.

<sup>29</sup> BANEGAS BUSTOS, BC. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Aquichan. Octubre 2006; 6(1): 137-147. Chia, Colombia: Universidad de la Sabana.

<sup>30</sup> CESPEDES, Gloria Maritza. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Revista Aquichan, Chía Colombia. No.4.Oct 2004; p.1-6



hemianopsia, pérdida de visión periférica y diplopía<sup>31</sup>. Las deficiencias a nivel auditivo son sordera e hipoacusia<sup>32</sup>. Las secuelas emocionales abarcan pérdida de autocontrol, inestabilidad emocional, disminución de tolerancia al estrés, depresión, introversión, temor, hostilidad, enojo y sentimientos de aislamiento. A nivel cognitivo las deficiencias son amnesia de fijación y evocación, tiempo de atención disminuido, alteración de concentración, razonamiento abstracto deficiente y juicio alterado. Finalmente, las alteraciones motoras posibles a presentar después de un ACV son la hemiplejía, paraplejía, cuadriplejía, hemiparesia, ataxia, disfagia y disfunción sexual siendo las tres primeras las más frecuentes<sup>33</sup>, las cuales ocasionan una tendencia a interferir en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), provocando un alto grado de dependencia de la persona que sufre el evento. Por lo tanto, el estudio se centra en indagar en el significado de estas tres secuelas. (Ver tabla 1).

**Tabla 1. Principales secuelas de ACV de tipo motor**

<b>Tipo de plejía</b>	<b>Significados</b>
Hemiplejía	Ausencia de fuerza muscular de un lado del cuerpo
Paraplejía	Ausencia de la fuerza muscular de las extremidades inferiores
Cuadriplejía	Ausencia de la fuerza muscular de todo el cuerpo con excepción de la cabeza

31 CAMPS, DIEGO. The setter of presentation for a scientific paper. colombia medica. Vol. 41 No.1 Enero- marzo 2010; p.1-3.

32ESPINOZA, JUAN y Cols. Modelos de organización de la atención Domiciliaria en atención primaria. semFYC. Disponible en línea en: <http://www.semfyc.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyc/docum015.html>.

33 DE LOS REYES, María cristina. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. Noviembre.2001.

**2.1.2 Complicaciones de secuelas de Accidente Cerebrovascular de tipo motor:** El inadecuado manejo de las secuelas motoras en especial la hemiplejía, paraplejía y cuadriplejía por ser las de mayor frecuencia en la persona que sufre el evento Cerebro Vascular, se verá reflejado en la aparición de situaciones que empeorarán el estado de salud de la persona cuidada. Tales como fracturas y otras propias de la inmovilidad, dentro de las que se encuentran: las infecciones de pulmón, vías urinarias y piel; úlceras por presión, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, edema y disminución del retorno venoso, rigidez muscular, estreñimiento y reducción de flujo sanguíneo<sup>34</sup>.

Por otra parte, se pueden presentar complicaciones debido a la no adhesión al tratamiento farmacológico y dietético encaminado a controlar la causa específica del ACV, que conllevan con seguridad a la ocurrencia de un nuevo episodio de ACV e incluso la muerte<sup>35</sup>.

**2.1.3 Persona en situación de discapacidad:** Según la OMS, es aquella que tiene deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en actividades de la vida diaria y restricciones en la participación en papeles sociofamiliares, por causa de una condición de salud o de barreras físicas, ambientales, culturales o sociales.

La discapacidad tiene diferentes grados que pueden ser: ausente, ligero, moderado, severo o completo<sup>36</sup>

#### **2.1.4. Tipos de cuidadores**

**Cuidador informal:** cualquier persona que asume la responsabilidad de cuidar sin disponer de capacitación para hacerlo, lo hace impulsado por el sentimiento innato humano de obrar a favor de otros por querer hacerlo, con independencia de la profesión, sexo, nivel social.<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> MORENO FERGUSSON, María Elisa et al. ¿Qué significa la discapacidad? Revista Aquichan vol. 6 No 1. Chía, Colombia- Octubre 2006.P. 5-10.

<sup>36</sup> ACUÑA, J. et al. Síntomas psiquiátricos y discapacidad en el Gran Santiago. Revista de la Sociedad Chilena de Salud Mental y Psiquiatría (4), 217-223.

<sup>37</sup>R, BUISAN PELAY et al: reflexiones éticas desde enfermería. Asociación de bioética fundamental y clínica. 2005/2007

**Cuidador formal:** Toda aquella persona que cuida en forma directa a personas con discapacidad en diversos ámbitos, recibiendo un pago o beneficio monetario por su trabajo. Un ejemplo lo es el personal auxiliar o profesional de enfermería que integran las Instituciones de atención domiciliaria.<sup>38 39</sup>

**Cuidador principal:** Persona que asume primordialmente la responsabilidad de promover acciones de soporte, que asiste o ayuda a un semejante con necesidades evidentes. En la mayoría de los casos puede ser un familiar de la persona cuidada, o una persona sin ningún parentesco que decide brindar cuidado a cambio de una remuneración.<sup>40 41</sup>

---

<sup>38</sup> CASTRO ORDOÑEZ, SHIRLEY. Nivel de habilidad del cuidador informal en el cuidado del paciente con insuficiencia cardiaca clase funcional II y II en una institución nivel III, GOGOTA, 2009, Enfermera. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería clínica.

<sup>39</sup> ALVARADO GARCIA, Alejandra María. Adquiriendo habilidad en el cuidado: " De la incertidumbre al nuevo compromiso". Revista Aquichan. Vol 7, No 1, Chía Colombia- Abril 2007. P.1-17.

<sup>40</sup> ROSENBAUM. citado por GUIMARAES de ANDRADE y COL. Representaciones del cuidador familiar ante el anciano con ACV, Revista rol de enfermería, vol. 22, No.6, Noviembre 1999, p.6.

<sup>41</sup> HERNANDEZ ZAMORA, Zoila Edith. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. INDEX DE ENFERMERIA. Vol.15 No.52 Granada primavera/verano 2006; P 1-13

## **2.2. CONOCIMIENTO RELACIONADO CON EL CUIDADO DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACV.**

**2.2.1 Conocimiento para compensar adecuadamente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** Conjunto de nociones conceptuales relacionadas con la capacidad para compensar adecuadamente de forma parcial o total las actividades básicas de la vida diaria; debido a que las principales secuelas motoras como la hemiplejia, paraplejia y cuadriplejia son las responsables de ocasionar inmovilidad y esta a su vez limita la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), entre ellas: baño, vestido, alimentación, movilización y eliminación urinaria e intestinal.

Además es necesario tener conocimiento en la realización de actividades para evitar complicaciones y facilitar la reintegración a los ámbitos familiares y sociales<sup>42</sup>. Todo esto con el fin de influir positivamente tanto en la etapa de rehabilitación como en la calidad de vida de la persona que sufre el ACV. Es importante resaltar que las intervenciones básicas adecuadas que deben conocer los cuidadores dependerán del nivel de independencia en las ABVD de la persona a quien cuida. Por tanto es pertinente la aplicación de un índice que permita medirla, previo a la medición del nivel de conocimientos. Existen varios, entre ellos el índice de Katz, basado en fichas auxiliares que evalúan la compensación adecuada de las ABVD <sup>43</sup>(**ver anexo 3**).

Los conocimientos necesarios que debe poseer el cuidador principal, para prevenir la aparición de complicaciones en una persona con secuelas de ACV de tipo motor, se describen a continuación.

**2.2.2. Conocimiento para prevenir complicaciones:** Los conocimientos para prevenir complicaciones originadas por las secuelas de ACV de tipo motor se ilustran en la siguiente tabla.

---

<sup>42</sup> MARCO NAVARRO, Ester. Calidad de vida del cuidador del hemipléjico vascular. Barcelona, 2004, 115p. Trabajo de investigación ( Doctor en medicina y cirugía). Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de medicina. Departamento de medicina.

<sup>43</sup> NAVARRO PEÑA, Y. modelo de Dorotea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería Global. No 19. (Jun 2010);

**Tabla 2. Conocimiento para prevenir complicaciones de secuelas de ACV tipo motor<sup>44</sup>**

Complicación	Actividades de prevención
1. Infecciones de pulmón	Ejercicios activos y pasivos, enseñanza de técnica adecuada de inspiración y expiración, y vigilar la presencia de secreciones y la coloración.
2. Infecciones de vías urinarias	Tomar de líquidos, mantener seco el pañal o la ropa interior, vigilar si hay dolor al orinar.
3. Infecciones de piel	Vigilar si hay calor, rubor, irritación o secreción en la zona afectada, tomar temperatura, e informar para llevar al médico.
4. Ulceras por presión	Cambios de posición, evitar humedad y resequedad de piel, masajes, evitar contacto de dos prominencias óseas (almohadas), ejercicios activos y pasivos, según tolerancia.
5. Trombosis venosa profunda	Ejercicios activos y pasivos de la extremidad afectada.
6. Embolia pulmonar	Vigilar presencia de tos, dificultad para respirar, coloración morada en los labios, desmayo e informar para llevar al médico.
7. Edema y disminución del retorno venoso	Ejercicios activos y pasivos, según tolerancia
8. Rigidez muscular	Ejercicios activos y pasivos de la articulación afectada.

<sup>44</sup> J, Amy. Bouncing-Back: Rehospitalization in Patients with Complicated Transitions in the First Thirty Days After Hospital Discharge for Acute Stroke. *Home Health Care Serv Q*. Author manuscript; available in PMC 2008 January 17.

Complicación	Actividades de prevención
9.Estreñimiento	Ejercicios a nivel del abdomen en forma circular de derecha a izquierda según tolerancia, alimentación rica en fibra, ingesta de líquidos (+/- 8 vasos diarios) según orden medica.
10.Fracturas	Acompañamiento permanente de la persona cuidada, enseñar uso adecuado de dispositivos de movilidad
11.Ocurrencia de un nuevo episodio de ACV debido a la No adherencia al tratamiento farmacológico	Concientizar de la importancia de seguir el tratamiento farmacológico de forma rigurosa, como complemento a su recuperación y para evitar recurrencias futuras.
12.Aislamiento social	Permitirle y animarlo(a) a participar en papeles sociofamiliares.

### 2.2.3. Conocimiento para facilitar la reintegración en papeles sociofamiliares

Es muy usual que la familia restrinja la participación en actividades cotidianas de la persona con secuelas de ACV, lo que conlleva a que el sujeto afectado adquiera una de las complicaciones más comunes en todos los que han sufrido enfermedades crónicas: el aislamiento social. Por tal razón es indispensable que el cuidador sugiera, facilite e incentive la participación en funciones familiares como: toma de decisiones; cumplimiento del papel de esposo(a), hijo(a), madre, etc.; y realización de actividades recreativas. Además de retomar las funciones sociales como hacer parte de actividades propias de la comunidad y ejercer sus funciones laborales. Todo esto como elemento fundamental en la rehabilitación emocional del individuo con secuelas de ACV<sup>45</sup>.

<sup>45</sup> RAFFNSGER, Ellen Baily et al. Manual de enfermería. España. Editorial océano 2005. P. 321-325

<sup>42</sup> Ibid., p.500.

## 2.3. ACTITUD HACIA EL CUIDADO

Conjunto de opiniones sobre las creencias que tiene el cuidador con respecto a la conveniencia o no de practicar las actividades de cuidado propias de la persona discapacitada que tiene a su cargo y los sentimientos de gusto/disgusto, temor, intranquilidad, entusiasmo, rabia, entre otros, que le produce dicho ejercicio.

Estas características serán consistentes o estarán acorde con la práctica de cuidado únicamente cuando son fuertes y el cuidador es consciente de ellas. Por lo tanto si el cuidador piensa que sus cuidados ayudan a la recuperación de quien tiene a cargo y además le gusta cuidarla; muy seguramente le brindará un cuidado adecuado o viceversa. Sin embargo, cuando las creencias y sentimientos de estos cuidadores son débiles, suele pasar que a pesar de que crea que sus cuidados no contribuyen a la recuperación del sujeto de cuidado además de no disfrutar hacerlo, se ha visto en algunos casos que estas personas responsables de proporcionar cuidado lo hacen adecuadamente debido a una motivación<sup>46 47</sup>.

### 2.3.1. Escalas de medición

Existen muchas escalas que nos permiten medir la actitud de forma sencilla, entre ellas, la escala de Thurstone (1988) y la de R. Likert (1932). Esta última mide las creencias y sentimientos de las personas a través de sus opiniones o expresiones verbales ya que no se puede acceder directamente a la observación de esta. De manera que permite formular una posición o dirección frente a un objeto, en nuestro caso hacia el cuidado y no los índices de la intensidad de la actitud, que para obtenerlos se debería recurrir a estudiar las respuestas fisiológicas y no las respuestas verbales como en este caso. Pertenece a las escalas de tipo ordinal<sup>48</sup>.

---

50. PEREZ PEÑARANDA, Anibal. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Salamanca, Mayo del 2006.

<sup>47</sup> SANCHEZ MOLINA, Jorge et al. habilidad de cuidado de los cuidadores primarios de personas adultas discapacitadas por enfermedad cerebrovascular, asistentes a consulta externa del Hospital Erasmo Meoz y centro de rehabilitación del Norte de Santander. Revista respuestas- Universidad Francisco de Paula Santander. No.1., Jul, 2006; p.3-45.

<sup>48</sup> OSPINA RAVE, Beatriz Elena et al. Escala de Likert en valoración de conocimientos y actitudes de profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. P 18.

## 2.3.2. Escala tipo Likert

### 2.3.2.1. Pasos para la construcción de la escala de likert

El proceso para la construcción de esta escala comprende cinco (5) pasos, los cuales se describen a continuación:

#### ✓ **Definición del objeto actitudinal**

Este es uno de los principales pasos en la construcción de la escala, es necesario especificar claramente el objetivo actitudinal, puesto que debe estar relacionado con los objetivos del trabajo de investigación; en nuestro caso corresponde a la actitud hacia el cuidado de personas, la cual se especificará en el apartado de variables.

#### ✓ **Recolección de enunciados**

Se requieren ítems favorables y desfavorables, los cuales se pueden construir a través de literatura sobre el tema, entrevista previa a personas representativas de la población a estudiar y según la propia intuición e ingenio del investigador<sup>49</sup>.

#### ✓ **Determinación de las categorías de respuesta de los ítems**

Son las diferentes opiniones expresadas sobre todos los ítems de forma gradual. Las alternativas de respuesta pueden ir desde “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente en desacuerdo”, incluyendo grados intermedio y una opción neutral. Aunque no es estrictamente necesario los grados intermedios. Asignando un puntaje de cinco (5) cuando el encuestado responde “totalmente de acuerdo” y uno (1) cuando su respuesta es el opuesto; todo esto cuando el ítem es favorable. En caso de tratarse de un ítem desfavorable se le asignarán cinco (5) puntos a la categoría de respuesta “totalmente en desacuerdo” y uno (1) en caso contrario<sup>50</sup>.

---

<sup>49</sup> F.J, Elejabarrieta. L. Iñiguez. Construcción de escalas de actitud tipo Thurst y likert.1990. p. 1-48.

<sup>50</sup> Ibid.,p.18.



✓ **Prueba piloto**

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la escala y el análisis posterior de los mismos, permitirán decidir cuales de los ítems permanecerán en la escala y cuáles no.

✓ **Análisis de los ítems**

Se debe tener en cuenta que a mayor ítems favorables contestados por cada uno de los individuos, existe mayor probabilidad de que estos tengan un grado superior de actitud favorable.

Una de las condiciones para que un ítem pueda permanecer en la escala, es que cumpla “la relación monótona”; es decir que si un ítem recibe respuesta favorable por parte de los individuos (notas elementales altas), de igual manera debe tener respuestas favorables de todo el grupo (notas globales altas) o viceversa. En caso contrario se descartarían. Hay que verificar que esta relación existe y que es estadísticamente significativa, por medio de lo que se denomina: validación de la significación de ítems.

Esta verificación se puede realizar por el método de los grupos extremos; los cuales se eligen a partir de las notas globales (sumatoria de todos los ítems) de los sujetos que integran la muestra. El número de individuos que conforman el extremo de puntuaciones altas y bajas se determina por el cálculo del cuartil superior (Q3 o P75) e inferior (Q1 o P25) respectivamente.

Para que el ítem sea discriminativo, principal característica que le permite permanecer en la escala, es necesario que la media ( $\bar{X}$ ) del grupo superior sea mayor con respecto al grupo inferior. Esto se calcula con la  $t$  de student para muestras pequeñas e independientes y con “ $z$ ” si la muestra es grande; solo si la distribución es normal. De no ser así, se utiliza una prueba no paramétrica<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Ibid., p.48.

## 2.4. PROCESO DE VALIDACIÓN DE UNA ESCALA

Para que una escala pueda considerarse como capaz de aportar información objetiva, debe someterse a dos procesos denominados: prueba piloto-pretest cognitivo y evaluación de las propiedades métricas de la escala.

### 2.4.1 Prueba piloto-pretest cognitivo

Se realiza con el fin de identificar la comprensibilidad del lenguaje, extensión, correcta categorización de las respuestas de cada uno de los enunciados que integran la escala, así como la aceptación o rechazo de la duración de la encuesta.

### 2.4.2. Evaluación de las propiedades métricas

Hace referencia al cálculo de la fiabilidad y validez de la escala.

#### ✓ **Confiabilidad / fiabilidad**

Es el grado en que un instrumento mide con precisión, sin error. Además, hace referencia a la capacidad de la escala para producir constantemente los mismos resultados al aplicarla a una misma muestra o similar. Ésta se valora a través de la consistencia, la estabilidad temporal y la concordancia interobservadores.

La consistencia, se refiere al nivel en que los diferentes ítems o preguntas de una escala están relacionados entre sí. El método estadístico más utilizado para medirla es el *coeficiente alfa de Cronbach*, cuyos valores oscilan entre 0 y 1. Basados en los parámetros se considera para el análisis: correlaciones entre 1 y 0.9 significativamente muy altos, entre 0.9 y 0.7 significativamente alta, entre 0.7 y 0.4 significativamente moderada, entre 0.4 y 0.2 significativamente baja, menor 0.2 significativamente muy baja. El investigador establecerá que coeficiente de

correlación considera aceptable para su estudio. Teniendo en cuenta que se habla de una buena consistencia interna cuando el valor de alfa es superior a 0,7<sup>52</sup>.

La estabilidad temporal, es la concordancia obtenida entre los resultados del test al ser evaluada la misma muestra por el mismo evaluador en dos situaciones distintas. Se calcula con el *coeficiente de correlación intraclass*. Una correlación del 70% indicaría una fiabilidad aceptable.

La concordancia inter observadores, consiste en analizar el nivel de acuerdo obtenido al ser evaluada la misma muestra en iguales condiciones, por dos evaluadores distintos, o en diferente tiempo. Cuando este nivel medido a través del porcentaje de acuerdo es igual o aproximado se dice que el instrumento construido es confiable<sup>53</sup>

### ✓ **Validez**

Indica la capacidad de la escala para medir las cualidades para las cuales ha sido construida. En otras palabras, “una escala tiene validez cuando verdaderamente mide lo que afirma medir”

Existen tres tipos de validez a mencionar: validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio.

La validez de contenido se refiere a si el cuestionario elaborado, y por tanto los ítems elegidos, son indicadores de lo que se pretende medir. Para lograrlo, se debe someter el cuestionario a la valoración o revisión por expertos, que deben juzgar la capacidad de éste para evaluar todas las dimensiones que deseamos medir. No cabe, entonces cálculo alguno, sólo las valoraciones cualitativas que los expertos deben efectuar<sup>54</sup>.

---

<sup>52</sup> CERVANTES, Víctor. Interpretaciones del Coeficiente Alpha de Cronbach. En: Avances en medición, 2005, vol.3, no. 1, p. 9-28.

<sup>53</sup> Ibid., p.28.

<sup>54</sup> . NUNNALLY, Jum C. Confiabilidad de las mediciones. En: Teoría Psicométrica. México: Trillas 1987. p. 131-1

La validez de constructo garantiza que las medidas que resultan de las respuestas del cuestionario pueden ser consideradas y utilizadas como medición del fenómeno que queremos medir. Puede ser calculada por diversos métodos. Uno de los más frecuentes es el análisis factorial, el cual se puede calcular automáticamente por diferentes programas estadísticos, como el SPSS. Los ítems analizados deben cumplir tres condiciones para considerarse válidos: Comunalidad en el valor obtenido en su extracción  $> 0,4$ ; medida de adecuación muestral de Káiser-Meyer-Olkin KMO  $> 0,5$  y prueba de esfericidad de Bartlett en su grado de significancia  $< 0,05$ .

La validez de criterio es la relación de la puntuación de cada sujeto con un *Gold Standard* que tenga garantías de medir lo que deseamos medir. No siempre hay disponibles indicadores de referencia, lo que indica que muchas veces no es posible calcular este tipo de validez<sup>55</sup>.

## 2.5. ATENCIÓN DOMICILIARIA

**2.5.1. Proceso de atención domiciliaria:** La resolución 5261/94 que reforma la ley 100/93, donde se crea el SGSSS integral para mantener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, garantizando los derechos irrenunciables de la persona, familia y comunidad.

El servicio de atención domiciliaria lo define como el servicio que se brinda en la residencia del paciente que ha sufrido enfermedades crónicas degenerativas, o de cualquier índole en su fase terminal, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida, ser tratado de forma integral a nivel de su domicilio, mediante la realización de actividades, procedimientos e intervenciones contempladas en las respectivas guías integrales de atención<sup>56</sup>.

La ley 1122/07 del Plan Nacional de Salud Pública, estipula que se debe brindar atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud, y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables en el proceso de atención domiciliaria<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> *Ibid*, p. 131-1

<sup>56</sup> MINISTERIO DE SALD, resolución numero 5261 de 1994, [http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Res\\_5261\\_Procedimientos.pdf](http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Res_5261_Procedimientos.pdf)

<sup>57</sup> CONGRESO DE COLOMBIA, ley 1122/2007 del plan nacional de salud publica, [http://www.elabedul.net/Documentos/Leves/2007/Ley\\_1122.pdf](http://www.elabedul.net/Documentos/Leves/2007/Ley_1122.pdf)

**2.5.2. Servicios prestados por instituciones de atención domiciliaria:** Los servicios prestados por las instituciones de atención domiciliaria comprenden: cuidados paliativos, visitas médicas, visita de enfermería, auxiliar de enfermería, terapias físicas, terapias ocupacionales y terapias del lenguaje.

**2.5.3. Políticas de atención domiciliaria:**

- ✓ El usuario o la familia son los responsables de la adquisición de un compañero permanente que pueda asumir las funciones de cuidador en el domicilio.
- ✓ El plan de manejo debe ser transitorio y limitado en el tiempo.
- ✓ En pacientes crónicos se debe establecer un plan de entrenamiento a la familia por parte de la IPS domiciliaria<sup>58</sup>.

**2.5.4. Políticas del consejo de enfermería (CIE):** El rol de enfermería juega un papel importante en mejorar la calidad de vida de las personas en discapacidad. Por medio de la creación de programas que proporcionen las herramientas necesarias para la capacitación del paciente y cuidadores familiares de personas con secuelas de ACV.

La información debe estar orientada en proporcionar conocimientos y habilidades que conlleve a un buen proceso de rehabilitación y prevención de complicaciones que afectan tanto física como psicológicamente a la persona cuidada.

Refiere que todos los enfermeros deben desempeñar funciones para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, evitando reingresos hospitalarios por complicaciones físicas y emocionales en el contexto del paciente y la familia, debido a que la discapacidad ocasiona múltiples consecuencias tanto físicas como mentales en la vida de las personas implicadas, produciendo alteración de su rol y de sus actividades.

---

<sup>58</sup>UNIVERSIDAD DE NAVARRA, Código Deontológico para la profesión de enfermería 2000(<http://www.unav.es/cdb/intenfermeras.html>).

El CIE apoya los programas destinados a reintegrar al discapacitado al contexto familiar, social y de trabajo, utilizando los recursos, avances tecnológicos y de investigación para su rehabilitación, identificando las principales causas de discapacidad para contribuir a establecer y aplicar las medidas necesarias que ayuden a eliminarlos o reducirlos evitando el aumento de las tasas de incidencia en cuanto a morbilidad y discapacidad.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Ibid., p1.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. TIPO DE DISEÑO

Descriptivo, cuantitativo, de corte transversal

#### 3.2 UNIVERSO

La construcción del instrumento comprendió dos fases. Para la primera (elaboración de los ítems) no se necesitó universo, en contraste con la segunda, denominada proceso de validación; la cual requirió 2 universos para 3 de las 5 etapas que la integran:

**Etapa 1 y 3:** Cuidadores principales de personas con secuelas de ACV tipo motora que hacen parte de un programa de atención domiciliaria.

**Etapa 2:** Profesionales de Enfermería.

#### 3.3 MUESTRA

Fue seleccionada por conveniencia, a partir del universo que cumplió con los criterios de inclusión establecidos.

**Etapa 1:** 8 Cuidadores principales de personas con secuelas de ACV tipo motora, pertenecientes a Home Health-salud en casa S.A.S I.P.S.

**Etapa 2:** 3 profesionales de enfermería que laboran en instituciones de atención domiciliaria.

**Etapas 1 y 3:** 30 Cuidadores principales de personas con secuelas de ACV tipo motora, pertenecientes a la Fundación Sabemos Cuidarte de Popayán.

### **3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

#### **Etapas 1 y 3:**

- ✓ Ser cuidador principal de una persona con secuela de ACV tipo de motor: hemiplejía, paraplejía y cuadriplejía, que haga parte de un programa de atención domiciliaria de Popayán.
- ✓ Cuidador principal que resida en la ciudad de Popayán o en zonas cercanas a ésta.
- ✓ Ser mayor de edad: igual a 18 años.
- ✓ Que acepte participar en el estudio.

#### **Etapas 2:**

- ✓ Laborar en una institución de atención domiciliaria
- ✓ Tener conocimientos y experiencia en cuidar a una persona con secuelas de ACV de tipo motor: supervisor
- ✓ Que acepte participar en el proceso de validación de la escala.

### **3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- ✓ Cuidadores principales y enfermeros que se retiren del estudio.
- ✓ Profesionales de enfermería que se retiren del proceso de validación de la escala.



- ✓ Profesionales de enfermería que no revisen la totalidad del instrumento.

### 3.6 VARIABLES

**Datos personales del cuidador principal:** Edad, genero, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico, procedencia, religión que profesa, parentesco que tiene con la persona cuidada, experiencia de cuidado anterior y actual, horas diarias dedicadas al cuidado, ocupación, personas que le ayudan a cuidar, lugar y personas que le enseñaron a cuidar.

**Datos personales de la persona cuidada:** Edad, genero, religión que profesa, ocupación antes de sufrir “el derrame”, escolaridad, estrato socioeconómico, estado civil, enfermedades actuales, secuelas y complicaciones del “derrame”.

#### **Conocimientos y actitudes sobre el cuidado**

- ✓ **Conocimiento:** nociones conceptuales relacionadas con la capacidad para compensar de manera adecuada parcial o totalmente, las actividades básicas de la vida diaria, evitar complicaciones y facilitar la reintegración a los papeles sociofamiliares.
- ✓ **Actitudes hacia el cuidado:** opiniones sobre las creencias que tiene el cuidador con respecto a la práctica de cuidado y los sentimientos que le produce dicho ejercicio.

### 3.7 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

#### **INSTRUMENTO**

La escala está conformada por cuatro partes a mencionar: datos personales del cuidador principal, datos personales de la persona cuidada, conocimientos

relacionados con el cuidado y actitudes hacia el cuidado. La primera y segunda, integradas por 16 y 10 preguntas respectivamente; determinan la caracterización demográfica de las personas con secuelas de ACV tipo motora y a sus cuidadores principales. La tercera, formada por 16 preguntas, permiten la identificación del nivel de conocimiento de los cuidadores principales, para brindar cuidado a personas con secuelas de ACV tipo motora; esta a su vez se subdivide en tres partes denominadas conocimiento para compensar adecuadamente las ABVD, conocimiento para prevenir complicaciones y conocimiento para facilitar la reintegración a los papeles sociofamiliares. La cuarta parte, constituida por 20 ítems afirmativos, facilitan el análisis del grado de favorabilidad de las actitudes de cuidadores principales hacia personas con secuelas de ACV tipo motora. Esta también presenta tres subdivisiones: creencias (C), sentimientos - emociones (SE) y motivaciones (M).

La construcción y validación de la escala se realizó en dos fases:

**Primera fase: Construcción del contenido los ítems integradores de las cuatro partes de la escala:** Para elaborar el contenido de los ítems que integraron las partes 1, 2 y 3 del instrumento, se construyó mediante: revisión literaria exhaustiva sobre el tema, y Operacionalización de variables.

La parte 4 del instrumento fue elaborada siguiendo los pasos para la construcción de una escala tipo likert mencionados anteriormente.

Este es un cuestionario que requiere ser diligenciado por un entrevistador.

**Segunda fase: validación de la escala:** Este proceso se realizó en seis(6) etapas: La primera, denominada **prueba piloto-pretest cognitivo, consistio** en aplicar la escala a una muestra de 8 cuidadores de personas con secuelas de ACV, pertenecientes a la institución de atención domiciliaria denominada Home Health de Popayán con el fin de verificar si el lenguaje era comprensible.

Una vez se realizaron los ajustes correspondientes, se pasó a la segunda etapa: **evaluación de las propiedades métricas - validez de contenido** por medio de la revisión por expertos enfermeros supervisores de tres (3) instituciones de atención domiciliaria de Popayán, quienes evaluaron la representatividad y adecuación muestral del contenido del instrumento, en función del referente teórico y los

indicadores de las variables que este pretende medir, determinadas estas últimas, a partir de los objetivos.

La tercera etapa: **prueba piloto-test cognitivo corregido**, consistió en la aplicación de la prueba piloto a la muestra de 30 cuidadores principales de personas con secuelas de ACV tipo motora, pertenecientes a la Fundación Sabemos Cuidarte de Popayán.

La calificación para medir el nivel de la variable conocimiento fue la siguiente:

**Excelente:** 100-70% preguntas acertadas

**Bueno:** 69 - 31 % preguntas acertadas

**Malo:** 30 - 0 %preguntas acertadas.

La calificación para medir el grado de favorabilidad de la variable actitud fue la siguiente:

**Favorable:** 90 a 100 puntos

**Medianamente favorable:** 60 a 89 puntos

**Desfavorable:** 20 a 59 puntos.

El total de puntos dependió, de las alternativas de respuesta de cada ítem, elegidas por los encuestados; las cuales estaban comprendidas entre 1 y 5 puntos.

La cuarta, quinta y sexta etapa denominadas respectivamente: **validación de la significación de la parte 4 de la escala, confiabilidad y validez de constructo de la escala**, se describen en el siguiente punto.

### 3.8 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó Microsoft Office Excel 2007 para dar cumplimiento a la cuarta etapa de la fase de validación de la escala: validar la significación (carácter discriminativo) de los 20 ítems que conformaron la parte cuatro (4) de la escala: actitud hacia el cuidado. El método aplicado fue el de los grupos extremos: en este se calculó los cuartiles superior e inferior, la varianza y media, la condición de homogeneidad de las varianzas por medio de la F de Snedecor y finalmente la comparación de las medias a través de la "t" de student, con un intervalo de confianza del 95%, un nivel de significancia  $P < 0,05$ .

La quinta y sexta etapa de la fase de validación de la escala se desarrollaron a través del paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS V 15.0.

La confiabilidad y validez de constructo se calculó a la tercera y cuarta parte de la escala de forma separada debido a que estas partes son independientes, es decir que no presentan una relación. Para obtener los valores globales de ambas pruebas estadísticas se promediaron los resultados obtenidos en las 2 partes de la escala analizadas.

La confiabilidad se calculó a través del alfa de Cronbach. El criterio de decisión (es decir los ítems que permanecerán en la escala definitivamente) viene dado para aquellos ítems que presenten una correlación, mayor a 0.7, lo que indica que los elementos con este valor o mayor miden lo mismo que la encuesta en conjunto.

La validez de constructo se determinó por medio del análisis factorial. Los ítems analizados deben cumplir tres condiciones para considerarse válidos: Comunalidad en el valor obtenido en su extracción  $> 0,4$ ; medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin KMO  $> 0,5$  y prueba de esfericidad de Bartlett en su grado de significancia  $< 0,05$ .

### **3.9 CONSIDERACIONES ETICAS**

En cuanto a la ética se contemplaron aspectos muy puntuales que no permitieron violentar los principios éticos de la investigación, como brindar información precisa, clara y veraz acerca del propósito de la misma, el costo-beneficio, el derecho a renunciar a su participación en cualquier momento, el deber de guardar confidencialidad de los informantes, para facilitar la obtención de información más fidedigna.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. PRIMERA ETAPA DE LA FASE DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA: PRUEBA PILOTO-PRETEST COGNITIVO

Muchos términos se cambiaron, entre ellos: Accidente cerebrovascular por “derrame”, escaras por “lesiones de piel”, contracturas por “rigidez de los músculos”.

Se modifico los ítems de la parte 4 de la escala: se eliminaron “me gusta proponer cambios y alternativas de solución frente a cada una de las necesidades presentes en la persona cuidada” y “me siento intranquila(o) cuando no se qué hacer para satisfacer una necesidad demandada por la persona a quien cuido”, porque ninguno de los entrevistados los entendió.

Se modificaron la redacción de la mayoría de los ítems:

“Es necesario buscar ayuda u orientación cuando no se qué hacer para satisfacer una necesidad presente en la persona que cuido” y “la mejor manera de satisfacer una necesidad presente en la persona que cuido en caso de desconocer que hacer para lograrlo es actuar con base a mi instinto” por “ante la aparición de una nueva necesidad, creo que la mejor manera para satisfacerla es buscar orientación de cualquier persona” y “ante la aparición de una nueva necesidad, creo que la mejor manera para satisfacerla es buscar orientación del personal de la salud”.

“Si estoy ocupada en mis “cosas” no atiendo al llamado de la persona cuidada” por “no me gusta atender el llamado de la persona que cuido cuando estoy ocupada en mis cosas”.

“Considero que es normal sentir rabia cuando debo repetir la misma actividad varias veces al día” por “siento rabia cuando debo repetir la misma actividad varias veces al día”.

“Me gusta alentar a quien cuido” por “me gusta animar a quien cuido”.

“La aceptación por parte de la persona cuidada es percibida como colaboradora” por “me desagrada que la persona cuidada sea colaboradora”.

“Cuido a la persona que tengo a cargo porque es mi trabajo y lo debo cumplir” por “cuido a la persona que tengo a cargo porque es mi trabajo y me exigen indicadores de resultado”.

“Hay muy poco que pueda hacer por una persona que necesita ayuda a causa de su discapacidad” por “pienso que mis cuidados ayudan a la recuperación de la persona que tengo a mi cargo”.

“Me siento intranquilo(a) sabiendo que otra persona depende de mí” por “no es conveniente dejar sola a la persona que cuido”.

#### **4.2 SEGUNDA ETAPA DE LA FASE DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA: EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES MÉTRICAS - VALIDEZ DE CONTENIDO**

Las modificaciones fueron las siguientes:

Adicionar dos (2) ítems a la parte 2 de la escala “complicaciones actuales de derrame” y “secuelas de derrame” (ver anexo 2).

Modificación de algunas partes de las fichas auxiliares número 3, 4 y 5 que corresponden a sonda vesical; sonda nasogástrica y gastrostomía; agregar Sabana de movimiento; respectivamente (ver anexo 3).

En la parte 3 de la escala se adiciono conocimiento para facilitar la reintegración a los papeles sociofamiliares. Fue necesario agregar un ítem a la parte de actitud hacia el cuidado: “pienso que mis cuidados ayudan a mejorar y/o mantener la calidad de vida de la persona que tengo a mi cargo”.

### **4.3 TERCERA ETAPA DE LA FASE DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA: PRUEBA PILOTO-TEST COGNITIVO CORREGIDO**

En este proceso se adicionó un ítem a la ficha auxiliar número 4 para evaluar la compensación adecuada de las ABVD: “Antes y durante las comidas, asegurarse que el paciente esté sentado o en posición semifowler.

Se modificaron tres ítems de la parte 4 de la escala, porque no se comprendieron por la mitad de los entrevistados (15): “No es conveniente dejar sola a la persona que cuida” por “es inadecuado dejar sola a la persona que cuida”. “No me gusta atender el llamado de la persona que cuida cuando estoy ocupada en mis cosas” por “me disgusta atender el llamado de la persona que cuida cuando estoy ocupada en mis cosas”. “No me gusta que la familia me ayude con el cuidado” por “me desagrada que la familia me ayude con el cuidado”.

Las categorías de respuesta de los ítems de la parte 4 de la escala: actitud hacia el cuidado, también fueron modificadas. Así, a partir de 5 alternativas quedaron 3; debido a la dificultad de la muestra para comprender la amplitud y diversidad de las respuestas ya que la confiabilidad de un instrumento es independiente del número de categorías de respuestas<sup>60</sup>. Las categorías quedaron así: “de acuerdo” con un puntaje de 5, “ni de acuerdo ni en desacuerdo” con 3 puntos, “en desacuerdo” con un punto. De esta manera como son 20 ítems el puntaje máximo sería 100 y el mínimo 20.

### **4.4 CUARTA ETAPA DEL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA: VALIDAR LA SIGNIFICACIÓN DE LOS 20 ÍTEMES QUE CONFORMAN LA PARTE 4 DE ESCALA: LA ACTITUD**

El primer resultado que permitió realizar una preselección de los ítems, fue el obtenido a partir de la comparación de varianzas para considerar su

---

<sup>60</sup> A. DOIS CASTELLON ET AL. Validación de una escala de calidad en un grupo de personas con esquizofrenia de la región metropolitana-Chile, 2004



homogeneidad, a través del cálculo de la F de Snedecor, teniendo en cuenta un intervalo de confianza del 95%, un nivel de significancia  $P < 0,05$ , 6 grados de libertad para el numerador y 7 para el denominador.

El criterio de decisión para éste cálculo es: Todo ítem cuyo cociente de varianzas sea menor 3,86 permanece en la escala para continuar el análisis. Por lo tanto los ítems con resultados mayores a 3,86 se eliminan. (Ver tabla 3 y 4).

**Tabla 3. Ítems eliminados de la parte 4 de la escala: actitud**

Ítems eliminados	Comparación de homogeneidad de las varianzas.
<b>42C.</b> Ante la aparición de una nueva necesidad, creo que la mejor manera para satisfacerla es buscar orientación de cualquier persona.	Indeterminado
<b>45C.</b> No es necesario seguir al pie de la letra el tratamiento y recomendaciones dadas por los profesionales de la salud.	Indeterminado
<b>50SE.</b> Siento culpa cuando la persona cuidada se enferma o se complica porque quizá no hice lo suficiente para evitarlo.	4,58
<b>51SE.</b> Cuando dejo sola a la persona cuidada siento temor por lo que pueda sucederle”	4,58
<b>55SE.</b> No me gusta que la persona cuidada sea colaboradora.	Indeterminado
<b>60M.</b> Cuido a la persona que tengo a cargo porque no tiene quien más la cuide	4,58

**Tabla 4. Ítems permanecen temporalmente en 4 de la escala: actitud**

Ítems que permanecen temporalmente	Comparación de homogeneidad de las varianzas.
<b>41C.</b> Pienso que mis cuidados ayudan a la recuperación de la persona que tengo a mi cargo.	1,5
<b>43C.</b> Pienso que mis cuidados ayudan a mejorar y/o mantener la calidad de vida de la persona que tengo a mi cargo.	1,5
<b>44C.</b> Ante la aparición de una nueva necesidad, creo que la mejor manera para satisfacerla es buscar orientación del personal de la salud.	2
<b>46C.</b> Es inadecuado dejar sola a la persona que cuido.	2,5
<b>47C.</b> Si la persona cuidada mejora en algún grado su discapacidad es conveniente permitirle que realice por sí sola, las actividades que se le faciliten.	2,5
<b>48SE.</b> Me disgusta atender el llamado de la persona que cuido cuando estoy ocupada en mis cosas.	1,14
<b>49SE.</b> Siento entusiasmo o gusto por realizar mi labor como cuidador.	2,66
<b>52SE.</b> Siento rabia cuando debo repetir la misma actividad varias veces al día.	1,87
<b>53SE.</b> Me gusta animar a quien cuido.	1,5
<b>54SE.</b> Me desagrada que la familia me ayude con el cuidado.	1,5
<b>56SE.</b> Me gusta que valoren y aprueben mi trabajo como cuidador.	1,5

<b>57M.</b> Cuido a la persona que tengo a cargo, únicamente porque recibo una remuneración.	1,14
<b>58M.</b> Cuido a la persona que tengo a cargo porque es mi trabajo y me exigen indicadores de resultado.	1,9
<b>59M.</b> Cuido a la persona que tengo a cargo porque es mi familia.	1,9

---

El procedimiento que definió la totalidad de ítems que conformaron definitivamente la escala, es la mencionada *t* de student. El criterio que discriminó los ítems que se excluyeron de la escala es el resultado de aplicar la misma a las medias del cuartil superior e inferior de cada uno de los ítems. Con un nivel de significancia  $P < 0,05$ .

El criterio de decisión para éste cálculo: Todo ítem cuyo valor estadístico sea mayor a 2,2 permanece definitivamente en la escala por considerarse discriminativo. De esta manera, todos los ítems que arrojen un resultado menor a 2,2 se eliminaron de la escala. En la siguiente tabla se observa que los 14 ítems analizados tienen un valor estadístico mayor a 2,2 por lo tanto todos estos permanecen definitivamente en la escala. (Ver tabla 5).

**Tabla 5. Ítems que permanecen definitivamente en la parte 4 de la escala: actitud.**

<b>Ítems que permanecen temporalmente</b>	<b><i>t</i> de student para muestras desiguales</b>
<b>41C.</b> Pienso que mis cuidados ayudan a la recuperación de la persona que tengo a mi cargo.	6,2
<b>43C.</b> Pienso que mis cuidados ayudan a mejorar y/o mantener la calidad de vida de la persona que tengo a mi cargo.	6,2
<b>44C.</b> Ante la aparición de una nueva necesidad, creo que la	5,9

mejor manera para satisfacerla es buscar orientación del personal de la salud.

<b>46C.</b> Es inadecuado dejar sola a la persona que cuido.	3,6
<b>47C.</b> Si la persona cuidada mejora en algún grado su discapacidad es conveniente permitirle que realice por sí sola, las actividades que se le faciliten.	3,6
<b>48SE.</b> Me disgusta atender el llamado de la persona que cuido cuando estoy ocupada en mis cosas.	11
<b>49SE.</b> Siento entusiasmo o gusto por realizar mi labor como cuidador.	3,6
<b>52SE.</b> Siento rabia cuando debo repetir la misma actividad varias veces al día.	11
<b>53SE.</b> Me gusta animar a quien cuido.	6,2
<b>54SE.</b> Me desagrada que la familia me ayude con el cuidado.	7,7
<b>56SE.</b> Me gusta que valoren y aprueben mi trabajo como cuidador.	6,2
<b>57M.</b> Cuido a la persona que tengo a cargo, únicamente porque recibo una remuneración.	7,7
<b>58M.</b> Cuido a la persona que tengo a cargo porque es mi trabajo y me exigen indicadores de resultado.	5,9
<b>59M.</b> Cuido a la persona que tengo a cargo porque es mi familia	5,9

---

Este resultado nos exigió modificar la calificación para medir el grado de favorabilidad de la variable actitud, no sin antes aclarar que los puntaje máximo y mínimo, que alcanzará un cuidador al que se le aplique la escala, será 70(14x5) y 14(14x1) respectivamente.

Finalmente la calificación para medir el grado de favorabilidad de la actitud hacia el cuidado es:

**Favorable:** 70 a 63 puntos

**Medianamente favorable:** 62 a 42 puntos

**Desfavorable:** 41 a 14 puntos

#### **4.5. QUINTA ETAPA: CONFIABILIDAD DE LA ESCALA**

El resultado obtenido fue 0.80 para la muestra en estudio, lo que es considerado como significativamente alto de acuerdo a los criterios propuestos. (Ver anexo 5. Análisis estadístico de la escala).

#### **5.6. SEXTA ETAPA: VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA ESCALA**

El resultado obtenido fue: KMO 0.63, prueba de esfericidad de Bartlett en su grado de significancia 0,000 y comunalidad 0,75 para la muestra en estudio; resultados que permiten considerar la escala VÁLIDA. (Ver anexo 5. Análisis estadístico de la escala)

## 5. CONCLUSIONES

- ✓ Según los resultados obtenidos del presente estudio, podemos concluir que el instrumento diseñado es confiable; por lo tanto, es el indicado para medir con mayor precisión y menor error, los conocimientos y actitudes de los cuidadores principales de personas con secuelas de ACV. Debido a que ésta contiene los ítems de preguntas que permiten apreciar los cuidados específicos para cada una de las discapacidades presentadas a causa de la secuela mencionada. En contraste con la escala de medición denominada inventario de habilidad de cuidado (CAI), la cual como se mencionó a lo largo de éste trabajo, mide variables como conocimiento, valor y paciencia de cuidadores de manera general y subjetiva.
- ✓ Según los resultados obtenidos en el estudio podemos afirmar que el instrumento diseñado es válido; en consecuencia, solo medirá las cualidades para las cuales ha sido construida: los conocimientos y actitudes de los cuidadores principales de personas con secuelas de ACV.
- ✓ La aplicación de la escala a un grupo de cuidadores de personas con secuelas de ACV, no debe limitarse a obtener los resultados del nivel de conocimientos y grado de favorabilidad de las actitudes. También se deben establecer correlaciones entre las variables: datos personales del cuidador Vs conocimientos relacionados con el cuidado; datos personales de la persona cuidada Vs actitudes hacia el cuidado. Todo esto con la intención de analizar la influencia que tienen algunas condiciones del cuidador sobre el nivel de conocimiento para brindar cuidados adecuados y en que grado las características de la persona cuidada, determinan las actitudes hacia el cuidado. Dependiendo del resultado poder influir directamente sobre esas condiciones y características para favorecer los conocimientos y las actitudes de cuidado.
- ✓ A pesar de que la muestra es pequeña, se puede considerar representativa porque al calcular la validez y confiabilidad en muestras más grandes, los resultados no aumentan de manera considerable.

## 6. RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda continuar con la investigación, donde se aplique el instrumento a una muestra mayor; con el fin de medir el nivel de conocimiento y el grado de favorabilidad de las actitudes de los cuidadores principales de personas con secuelas de ACV, debido a que éstas son las características que determinan la calidad de vida y la funcionalidad de la persona cuidada.
- ✓ Se sugiere aplicar la escala para evaluar la calidad de vida en los supervivientes a un ictus (O. Fernández concepción et al. 2004) simultáneamente con la escala construida en este trabajo. Todo esto con la intención de confrontar lo que se ha mencionado a lo largo del trabajo: Un nivel excelente de conocimiento y un grado favorable de actitud permiten mantener o mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones en las personas con secuelas de ACV.
- ✓ Teniendo en cuenta las políticas del consejo internacional de enfermería (CIE ) condensadas en docencia, asesoramiento y ejecución de programas a las personas discapacitadas, con el fin de repercutir positivamente en su calidad de vida , se recomienda al programa de Enfermería de la Universidad Del Cauca, integrar dentro del currículo, una estrategia educativa consistente en que los estudiantes de enfermería apliquen este instrumento, y dependiendo de los resultados que obtengan, puedan orientar con mayor facilidad, al cuidador de la persona con secuelas de ACV.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ARANA CHACON, Abraham. Enfermedad cerebrovascular. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOIFAME.
2. ALVARADO GARCIA, Alejandra María. Adquiriendo habilidad en el cuidado: “De la incertidumbre al nuevo compromiso”. Revista Aquíchan. Vol 7, No 1, Chía Colombia- Abril 2007. P.1-17.
3. AGUDELO, JAVIER. Garantía de Calidad en los Servicios de Atención Domiciliaria en Salud. Presentación en el congreso Home Care. Bogotá. Octubre 2002.
4. ARANZANA, ANTONIO. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. Disponible en línea en: <http://www.scmfic.org/scmfic/atach/CAST-programaATDOM.pdf>.
5. Acuña, J. et al. Síntomas psiquiátricos y discapacidad en el Gran Santiago. Revista de la Sociedad Chilena de Salud Mental y Psiquiatría (4), 217-223.
6. ARRIBAS, Martín. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión. Vol. 5, nº 17,2004; P.1-7.
7. BUISAN PELAY, R et al: Reflexiones éticas desde enfermería. Asociación de bioética fundamental y clínica. 2005/2007.
8. BRUNNER y SUDDANRT. Enfermería medico quirúrgica de vol. 2. 1994.
9. Bronner LL, Kanter DS, Manson JE. Primary Prevention of Stroke. New England Journal of Medicine 1995; 333: 1392-1400.
10. BEST, John B. Psicología cognoscitiva. 5° ed. México. Thomson.2002. Cap. 1.
11. CASTELLON A. Dois. ET AL. Validación de una escala de calidad en un grupo de personas con esquizofrenia de la región metropolitana-Chile, 2004.



12. COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Encuesta nacional de salud, resultados por departamento del Cauca. 1ra. Edición, Bogotá, enero del 2009.
13. CERVANTES, Víctor. Interpretaciones del Coeficiente Alpha de Cronbach. En: Avances en Medición, 2005, vol.3, no. 1, p. 9-28.
14. COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2004; Bogotá; 2005. Pág. 3.
15. CAMPS, DIEGO. The setter of presentation for a scientific paper.colombia medica. Vol. 41 No.1 Enero- marzo 2010; p.1-3.
16. CESPEDES, Gloria Maritza. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Revista Aquichan, Chía Colombia. No.4.Oct 2004; p.1-6.
17. CASTRO ORDOÑEZ, SHIRLEY. Nivel de habilidad del cuidador informal en el cuidado del paciente con insuficiencia cardiaca clase funcional II y II en una institución nivel III, GOGOTA, 2009, Enfermera. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería. Departamento de Enfermería clínica.
18. DE LOS REYES, María cristina. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. Noviembre.2001.
19. MINISTERIO DE SALD, resolución numero 5261 de 1994, [http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Res\\_5261\\_Procedimientos.pdf](http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Res_5261_Procedimientos.pdf).
20. ESPINOZA, JUAN y Cols. Modelos De Organización De La Atención Domiciliaria En Atención Primaria. semFYC. Disponible en línea en: <http://www.semfy.com/es/actividades/publicaciones/documentos-semfycom/docum015.html>.
21. F.J, Elejabarrieta. L. Iñiguez. Construcción de escalas de actitud tipo Thurst y likert.1990. p. 1-48.

22. FAUCI, Anthony S et al. Medicina interna Harrison. 17° edición. México. Mc Graw-Hill. 2009. Pág. 2513-2535.
23. GRIFFIN, Margo. Cuidando a los cuidadores: el rol de enfermería en un establecimiento corporativo: Geriatric Nursing, Vol. 14, No. 4, Jul-ago, 1993; p. 200-204.
24. HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. Metodología de la Investigación, editorial Me Graw Hill. Bogotá Colombia 1991.
25. HERNANDEZ POSADA, Ángela. Las personas con discapacidad, su calidad de vida y la de su entorno. Revista Aquichan, Chía Colombia. Vol.5 No.1.Oct 2005; p.1-6.
26. HERNANDEZ ZAMORA, Zoila Edith. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. INDEX DE ENFERMERIA. Vol.15 No.52 Granada primavera/verano 2006; P 1-13.
27. HORN, Agnes Irna. Cinesioterapia previene hombro doloroso en pacientes hemipléjicos/paréticos na fase sub-aguda do accidente vascular encefálico. Scielo. vol.61 no.3B São Paulo Sept. 2003; P. 1-11.
28. HENAO SILVA, Aysa et al. Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. Vol 25, No 1, Abril 2009; P 1-7.
29. Instituto Nacional de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia. SIVIGILA 2006.
30. J, Amy. Bouncing-Back: Rehospitalization in Patients with Complicated Transitions in the First Thirty Days After Hospital Discharge for Acute Stroke. Home Health Care Serv Q. Author manuscript; available in PMC 2008 January 17.
31. JIMENEZ BUÑUALES, María Teresa. Et al. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF). Rev. Esp Salud Pública. Vol.74 No.4, Jul-Agos 2002; p.1-9.

32. LIMA GUIMARAES, Margareth. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 25(4), 2009.
33. MORENO FERGUSON, Maria Eliza et al. ¿Qué significa la discapacidad?. *Revista Aquíchan*. Vol 6 No 1. Chía, Colombia- Octubre 2006. P. 1-14.
34. Ministerio de Protección Social. Universidad Nacional de Colombia. Situación de salud en Colombia 2005. Informe Preliminar.
35. MORALES PADILLA, Orfa Nineth. Efectos del programa cuidando al cuidador, en la mejora de la habilidad de cuidado. *Avances en enfermería*. Vol., XXVI No.2 Jul- Dic, 2008; P.1-8.
36. MOYA, Navarro et al. El paciente con acá: la perspectiva de atención primaria. *Enfermería clínica*. *Revista de enfermería Global*, vol. 3. Nov., 2003.
37. MARRINER TOMEY, Ann et al. *Modelos y teorías en enfermería*. 5° Ed. España: Mosby, 2005. 189-211P.
38. MARCO NAVARRO, Ester. *Calidad de vida del cuidador del hemipléjico vascular*. Barcelona, 2004, 115p. Trabajo de investigación (Doctor en medicina y cirugía). Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de medicina. Departamento de medicina.
39. MORENO FERGUSON, María Elisa et al. ¿Qué significa la discapacidad? *Revista Aquíchan* vol. 6 No 1. Chía, Colombia- Octubre 2006. P. 5-10.
40. NAVARRO PEÑA, Y. modelo de Dorotea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*. No 19. (Jun 2010); p. 1-14.
41. MORALES PADILLA, Orfa Nineth. Situación del cuidador familiar de la persona que vive en enfermedad crónica discapacitante en Guatemala. *Enfermería Global*. Noviembre del 2007; 11. Disponible en: [www.um.es/egloga/](http://www.um.es/egloga/).
42. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) de la OMS. Mayo 2002.

43. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Las discapacidades: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados. Junio 2006.
44. OSPINA RAVE, Beatriz Elena et al. Escala de Likert en valoración de conocimientos y actitudes de profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. P 18.
45. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud en las Américas, 2007. Vol; No II-países.
46. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas sanitarias mundiales 2009
47. ORTIZ BARRERA, Lucy et al. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Revista Aquichan, Chía Colombia. Vol.6 No.1. Oct., 2006; p. 1-6.
48. PADILLA A, Gustavo et al. Estudio neuroepidemiológico nacional (EPINEURO) colombiano. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 14(2), 2003
49. PERMANYER G, Broton et al. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud a 2 años de cirugía coronaria: Medicina Clínica. VOL., No.12, 1997; p.108.
50. PORTILLO VEGA, M.C. et al. Análisis de un marco conceptual para el proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: Enfermería Clínica, vol.12, No.4, P. 143-151.
51. PINTO N, SÁNCHEZ B. El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación crónica de enfermedad. En cuidado y práctica de enfermería. Grupo de cuidado, facultad de enfermería Universidad Nacional de Colombia, 2000 pág. 173.
52. PINTO, Afanador. Cuidado y práctica de enfermería: comprendiendo el cuidado en el hogar del paciente. Grupo de cuidado, facultad de enfermería Universidad Nacional de Colombia, 2000.
53. POPAYAN. SECRETARIA DE SALUD DEL CAUCA. Informe sala situacional de salud departamento del Cauca-Colombia: La secretaría, abril del 2009, 63 p.

54. PEREZ PEÑARANDA, Aníbal. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Salamanca, Mayo del 2006.
55. QUINTERO, María Clara. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería p 184
56. ROSENBAUM. Citado por GUIMARAES de ANDRADE y COL. Representaciones del cuidador familiar ante el anciano con ACV. Revista rol de enfermería, vol. 22, No.6, Nov. 1999; p.6.
57. RAFFNSGER, Ellen Baily et al. Manual de enfermería. España. Editorial océano 2005. P. 321-325.
58. SILVA, C. PAIXAO TEIXEIRA, LD. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería: Revista electrónica cuatrimestral de enfermería global. VOL., No. 15, Feb., 2000; p.1-63.
59. SILVA, Federico et al. Enfermedad cerebrovascular en Colombia. Comportamiento. Revista Colombiana de Cardiología. Vol.13No. 2 Sep. /Oct. 2006; P.1-8
60. SANTROCK, John W. Et al. Introducción a la Psicología: Psicología organizacional. 2 ° Ed., México: McGraw-Hill, 2004. 499-501p.
61. SANCHEZ MOLINA, Jorge et al. habilidad de cuidado de los cuidadores primarios de personas adultas discapacitadas por enfermedad cerebrovascular, asistentes a consulta externa del Hospital Erasmo Meoz y centro de rehabilitación del Norte de Santander. Revista respuestas- Universidad Francisco de Paula Santander. No.1., Jul, 2006; p.3-45.
62. TAMAYO Y TAMAYO, Mario. Metodología Formal de la Investigación Científica. México D.F: Editorial Limusa, 1995.
63. Transición epidemiológica y salud pública, explicación o condena. Revista Nacional de salud pública, vol. 19 N°. 2, pág. 57-74.
64. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Grupo de cuidado, <http://www.enfermeria.unal.edu.co/grupocuidado.html>.
65. VERDUGO, Alonso MA. Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad: instrumentos y estrategias. Salamanca: editorial Amarú; 2006. p. 20- 45.

66. VANEGAS BUSTOS, Blanca Cecilia. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Revista Aquíchan Chía Colombia. Vol 6, N° 1. Oct. 2006; Pág. 137-147.
67. VEGA ANGARITA, Olga Marina. Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de discapacitados por ECV del Norte de Santander. Revista Respuestas - Universidad Francisco de Paula Santander. vol. 11; No 1 Jul 2006.
68. WOOLFOLK, Anita E. Psicología educativa. 6°ed. México. Prentice- Hall hispanoamericana. 1996. Cap. 7. Cap. 9.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TITULO:** Construcción y validación de una escala para la medición de Conocimientos y Actitudes de Cuidadores Principales de Personas con Secuelas de Accidente Cerebrovascular, vinculadas a una Entidad de Atención Domiciliaria. Popayán 2010-2012.

**OBJETIVO GENERAL:** Elaborar y validar una escala para la medición de Conocimientos y Actitudes de Cuidadores Principales de Personas con Secuelas de Accidente Cerebrovascular, vinculadas a una Entidad de Atención Domiciliaria de Popayán. Octubre- Diciembre 2010.

**PROPOSITO:** Utilizar el nuevo instrumento diseñado, para la medición de conocimientos y actitudes de los cuidadores que proveen cuidado a las personas con secuelas de Accidente Cerebrovascular, y con los resultados obtenidos facilitar la elaboración de estrategias educativas que mejoren la calidad de vida de las personas que reciben dicho cuidado.

**BENEFICIOS DE PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACION:** Usted, recibirá un documento, en el cual debe responder una serie de preguntas. La información obtenida de sus respuestas será analizada, y según los resultados que arroje el estudio, se orientará la adquisición y/o afianzamiento de conocimientos necesarios para brindar un cuidado de calidad a las personas con secuelas de Evento Cerebrovascular que tiene a cargo; de esta manera se contribuirá al mejoramiento de su calidad de vida y de la del individuo a quien cuida.

**CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LOS ARCHIVOS:** Tanto Su identidad como la de la persona a quien cuida, así como el contenido de la información que usted nos proporcione a través de la entrevista, se manejará de manera confidencial. Solo el personal autorizado como las investigadoras, la asesora y jurados del trabajo de investigación pueden revisar la información. Los resultados de este estudio en caso de ser publicados no mencionarán los nombres de las personas que hicieron parte del estudio. Si usted decide participar en el estudio debe firmar el consentimiento informado, no tendrá ningún costo, ni compensación por la información suministrada.

Agradecemos la colaboración al presente estudio.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ Identificado(a) con cedula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ he sido informado (a) de que las estudiantes de VIII Semestre de Enfermería de la Universidad del Cauca, Yohana Cabrera Meléndez y Yoslany Buitrón Pareja, se encuentran desarrollando su trabajo de investigación el cual lleva el nombre de: Construcción y validación de una escala para la medición de Conocimientos y Actitudes de Cuidadores Principales de Personas con Secuelas de Accidente Cerebrovascular, Vinculadas a una Entidad de Atención Domiciliaria de Popayán. Octubre-Diciembre 2010. Además me han dado a conocer y he comprendido los objetivos del trabajo que llevan a cabo, su propósito, los beneficios que obtendré si acepto participar y que la información obtenida así como datos personales serán manejados con confidencialidad y privacidad, para la protección de la intimidad de los participantes.

Según las condiciones anteriores voluntariamente acepto participar en el estudio, siendo concededor(a) de los beneficios que puedo obtener, durante el transcurso del mismo.

Firma \_\_\_\_\_

CC





ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.  
 UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2010-2012.

Anexo 2

FECHA: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

CODIFICACION \_\_\_\_\_

**PARTE 1 – Datos personales del cuidador principal**

**1. Edad:** años cumplidos

--	--

**2. Género**

2.1	Femenino
2.2	Masculino

**3. Estado civil**

3.1	Soltera(o)
3.2	Casada(o)
3.3	Unión libre
3.4	Divorciada(o)
3.5	Viuda(o)

**4. Escolaridad**

4.1	Primaria
4.2	Secundaria
4.3	Universidad, cual
4.4	Técnico, cual
4.5	Ninguno
4.6	Otro, cual _____

**5. Estrato socioeconómico**

5.1	1
5.2	2
5.3	3
5.4	4
5.5	5
5.6	6

**6. Procedencia**

6.1	Rural
6.2	Urbana

**7. Religión que profesa**

7.1	Católica
7.2	Otra, cual
7.3	Ninguna

**8. Parentesco que tiene con la persona que cuida**

8.1	Esposa (o)
8.2	Madre
8.3	Padre
8.4	Hijo (a)
8.5	Hermano (a)
8.6	Otro, cual _____
8.7	Ninguno

**9. ¿Ha cuidado personas enfermas anteriormente?**

9.1	Si
9.2	No

**10. Tiempo de experiencia cuidando a personas enfermas**

10.1	< 1 año
10.2	1 a 3 años
10.3	3 a 6 años
10.4	Otro, cual _____
10.5	Cero

**11. Tiempo en meses que lleva cuidando a la persona actual**

--	--

**12. Horas diarias dedicadas al cuidado**

--	--



ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2010-2012.

Anexo 2

**13. ¿Qué otra ocupación tiene además de cuidar a la persona?**

13.1	Ama de casa
13.2	Empleada (o)
13.3	Trabajador independiente
13.4	Jubilada (o)
13.5	Otra, cual _____
13.6	Ninguna _____

**14. Las actividades que realiza para el cuidado fueron enseñadas por:**

14.1	La/El enfermera(o)
14.2	El médico
14.3	La/El fisioterapeuta
14.4	Un familiar
14.5	Un(a) amigo(a)
14.6	Otro, cual _____

**15. ¿En qué lugar fueron enseñadas?**

15.1	Hospital
15.2	En casa
15.3	Otro, cual _____

**16. En el trabajo de cuidar recibe ayuda de:**

16.1	Familiar
16.2	Cuidador formal
16.3	Amigo
16.4	Nadie
16.5	Otro, cual? _____

**PARTE 2 – Datos personales de la persona cuidada**

**17. Edad**

--	--

**18. Género**

18.1	Femenino
18.2	Masculino

**19. Religión que profesa**

19.1	Católica
19.2	Otra, cual _____
19.3	Ninguna

**20. ¿Que ocupación tenía antes de sufrir el derrame?**

20.1	Ama de casa
20.2	Empleada (o)
20.3	Trabajador independiente
20.4	Jubilada (o)
20.5	Otra, cual _____
20.6	Ninguna _____

**21. Escolaridad**

21.1	Primaria
21.2	Secundaria
21.3	Universidad
21.4	Técnico
21.5	Ninguno
21.6	Otro, cual _____

**22. Estrato socioeconómico**

22.1	1
22.2	2
22.3	3
22.4	4
22.5	5
22.6	6

**23. Estado civil**

23.1	Soltera(o)
23.2	Casada(o)
23.3	Unión libre
23.4	Separada(o)
23.5	Viuda(o)



UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

Anexo 2

**ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2010-2012.**

**24. Enfermedades actuales**

24.1	Cardiovasculares
24.2	Renales
24.3	Pulmonares
24.4	Gastrointestinales
24.5	Neuro-degenerativas
24.6	Otra, cual _____
24.7	Ninguna

**26. Complicaciones actuales del derrame**

26.1	Lesiones de piel
26.2	Estreñimiento
26.3	Rigidez de músculos
26.4	Fracturas
26.5	Aislamiento social
26.6	Otra
26.7	Ninguna

**25. Secuelas de derrame**

25.1	Hemiplejía
25.2	Cuadriplejía
25.3	Paraplejía
25.4	Hemiparesia
25.5	Otra

**PARTE 3 – Conocimientos relacionados con el cuidado.**

En la casilla de la izquierda Marque con una X el nivel de independencia de las actividades de la vida diaria de la persona cuidada y diligencie en los espacios en blanco los cuidados y/o precauciones que usted como cuidador le proporciona:

**PARTE 3. 1- Conocimiento para compensar adecuadamente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**

**27. Baño**

**27.1 Nivel de independencia**

(I)27.1.1	No recibe ayuda: Realiza entrada y salida del baño, proporciona el aseo de todas las partes de su cuerpo por sí mismo. <b>Que precauciones tiene:</b>
(I)27.1.2	Recibe ayuda en la limpieza de solo una parte de su cuerpo (espalda, piernas, etc.)
(D)27.1.3	Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo, o ayuda al entrar y salir del baño, o baño en cama.

**27.2 ¿cómo realiza la actividad? Y que precauciones tiene:**

<b>Puntaje 0-5</b>	

**28. Vestido**

**28.1 Nivel de independencia**

(I)28.1.1	Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda. <b>Que precauciones tiene:</b>
(I)28.1.2	Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos
(D)28.2.3	Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido



**ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2010-2012.**

**28.2 ¿Cómo lo realiza? Y que precauciones tiene:**

	<b>Puntaje 0-5</b>	

**29. Movilización**

**29.1 Nivel de independencia**

(I) 29.1.1	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador) <b>Que precauciones tiene:</b>
(D) 29.1.2	Entra y sale de la cama o se sienta y se levanta de la silla con ayuda
(D) 29.1.3	No se levanta de la cama

**29.2 ¿Cómo lo realiza? Y que precauciones tiene:**

	<b>Puntaje 0-5</b>	

**30. Alimentación**

**30.1 Nivel de independencia**

(I) 30.1.1	Sin ayuda. <b>Que precauciones tiene:</b>
(D) 30.1.2	Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente por sonda.

**30.2 ¿Cómo lo realiza? Y que precauciones tiene:**

	<b>Puntaje 0-5</b>	

**31. Eliminación urinaria e intestinal**

**31.1 Nivel de independencia**

(I) 31.1.1	Va al baño, se limpia, se ajusta la ropa sin ayuda. <b>Que precauciones tiene:</b>
(D) 31.1.2	Recibe ayuda para ir al baño, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal
(D) 31.1.3	No va al baño: uso continuo del orinal, pato, sonda vesical, enema, pañal

**31.2 ¿Como lo realiza? Y que precauciones tiene:**

	<b>Puntaje 0-5</b>	



**ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2010-2012.**

**PARTE 3. 2- Conocimiento para prevenir complicaciones**

32. ¿Mencione tres complicaciones de la persona con secuelas de un “derrame” de tipo motor?

<b>Puntaje 0-5</b>

33. ¿Qué actividades realiza para evitarlas?

<b>Puntaje 0-5</b>

34. ¿Por qué se presenta el estreñimiento en la persona con secuelas de un “derrame” de tipo motor?

<b>Puntaje 0-5</b>

35. ¿Qué actividades realiza para evitar el estreñimiento? ¿Con que frecuencia?

<b>Puntaje 0-5</b>

36. ¿Por qué se presenta las lesiones de piel en la persona con secuelas de un “derrame” de tipo motor?

<b>Puntaje 0-5</b>

37. ¿Qué actividades realiza para evitar las lesiones en la piel? ¿Con que frecuencia?

<b>Puntaje 0-5</b>



**ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2010-2012.**

38. ¿Por qué se presentan la rigidez de los músculos en la persona con secuelas de un “derrame” de tipo motor?

	<b>Puntaje 0-5</b>

39. ¿Qué actividades realiza para evitar la rigidez en los músculos? ¿Con que frecuencia?

	<b>Puntaje 0-5</b>

40. Desde que está a su cargo, la persona que cuida:

41.1	Ha mejorado mucho	5	
41.2	Ha mejorado poco	3	
41.3	Sigue igual	1	
41.4	Ha empeorado	0	

**PARTE 3. 3- Conocimiento para facilitar la reintegración a los papeles sociofamiliares**

41. Las funciones familiares de la persona cuidada son:

41.1	Participar en decisiones familiares		
41.2	Cumplir con su papel de esposo(a), padre, madre, abuelo, hijo, etc.		
41.3	Practicar las actividades de entretenimiento o recreación que solía realizar antes de sufrir el ACV		
5		La persona cuidada realiza las tres funciones familiares mencionadas	
3,3		La persona cuidada realiza dos de las funciones familiares mencionadas	
1,6		La persona cuidada realiza una de las funciones familiares mencionadas	
0		La persona cuidada no realiza ninguna de las funciones familiares mencionadas	

42. Las funciones sociales de la persona cuidada son:

42.1	Participar en actividades del comunidad		
42.2	Cumplir con su papel como vecino, amigo, etc.		
42.3	Ejercer sus funciones laborales que solía realizar antes de sufrir el ACV		
5		La persona cuidada realiza las tres funciones sociales mencionadas	
3,3		La persona cuidada realiza dos de las funciones sociales mencionadas	
1,6		La persona cuidada realiza una de las funciones sociales mencionadas	
0		La persona cuidada no realiza ninguna de las funciones sociales mencionadas	



**ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2010-2012.**

**PARTE 4- Actitudes hacia el cuidado**

Marque con una X la respuesta para cada una de los enunciados:

Enunciados	Alternativas de respuesta		
	Totalmente de acuerdo	Ni de acuerdo , ni en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
C 43. Pienso que mis cuidados ayudan a la recuperación de la persona que tengo a mi cargo			
C 44. Pienso que mis cuidados ayudan a mejorar y/o mantener la calidad de vida de la persona que tengo a mi cargo.			
C 45. Ante la aparición de una nueva necesidad, creo que la mejor manera para satisfacerla es buscar orientación del personal de la salud.			
C 46. Es inadecuado dejar sola a la persona que cuido.			
C 47. Si la persona cuidada mejora en algún grado su discapacidad es conveniente permitirle que realice por sí sola, las actividades que se le faciliten.			
SE 48. Me disgusta atender el llamado de la persona que cuido cuando estoy ocupada en mis cosas.			
SE 49. Siento entusiasmo o gusto por realizar mi labor como cuidador.			
SE 50. Siento rabia cuando debo repetir la misma actividad varias veces al día.			
SE 51. Me gusta animar a quien cuido.			
SE 52. Me desagrada que la familia me ayude con el cuidado			
SE 53. Me gusta que valoren y aprueben mi trabajo como cuidador			
M 54. Cuido a la persona que tengo a cargo, únicamente porque recibo una remuneración			
M 55. Cuido a la persona que tengo a cargo porque es mi trabajo y me exigen indicadores de resultado.			
M 56. Cuido a la persona que tengo a cargo porque es mi familia			



UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

## Anexo 2

### ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2010-2012.

**TABLA DE VERIFICACION DE CONOCIMIENTO**

<b>CALIFICACION</b>	<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>NUMERO DE PUNTOS</b>
<b>Excelente</b>	100 - 70 %	80 – 56
<b>Bueno</b>	69 - 31 %	55 – 25
<b>Malo</b>	30 - 0 %	24 – 0

**TABLA DE VERIFICACION DE ACTITUD**

<b>CALIFICACION</b>	<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>NUMERO DE PUNTOS</b>
<b>Favorable</b>	90-100 %	63-70
<b>Medianamente favorable</b>	60- 89 %	42-62
<b>Desfavorable</b>	20-59 %	14-41





UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

Anexo 3

## FICHAS AUXILIARES PARA EVALUAR LA COMPENSACIÓN ADECUADA DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

### FICHA 1. ¿Cómo realiza actividades de cuidado en el Baño?

Nivel de independencia	Actividades	Si	No	
27.1.1 (I)	No dejarlo solo			
27.1.2 (I) 27.1.3(D)	No dejarlo solo			
	El lugar donde baña a la persona cuidada es adecuado	Ducha		
		Patio		
		Otro lugar		
	Seguridad del baño	Silla		
		Tapete antideslizante		
		Barras de mano		
	Estar pendiente de bañar las partes que no puedan			
	Pedir ayuda en caso de que no se pueda trasladar por si sola			
	El baño consiste en aplicar agua y jabón o le realiza otra actividad?	Valoración estado de piel		
Masajes				
Asegurarse del secado completo de todas las partes del cuerpo				
En caso de baño en cama tener cama con barandas				
Vigilar la temperatura del agua: tibia				

### FICHA 2. Como realiza actividades de cuidado en proceso Vestir

Nivel de independencia	Actividades	Si	No
28.1.1(I)	Dejar ropa al alcance		
	Asegurarse que se coloque la ropa adecuadamente		
28.1.2(I) 28.1.3(D)	Ropa holgada		
	Ropa sin botones preferiblemente		
	Ropa con resortes		
	Zapatos mocasines		
	Zapatos antideslizantes		
	Zapatos cómodos		



UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
 PROGRAMA DE ENFERMERIA

**FICHAS AUXILIARES PARA EVALUAR LA COMPENSACIÓN  
 ADECUADA DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**

**FICHA 3. ¿Cómo realiza actividades de cuidado en Movilización?**

<b>Nivel de independencia</b>	<b>Actividades</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
29.1.1	No dejarlo solo			
	Asegurarse que siempre este acompañado de dispositivo de ayuda: bastón, caminador, silla de ruedas. Enseñarle el uso correcto de este.			
	Realiza plan casero de terapia física			
29.1.2	No dejarlo solo			
	Solicitar ayuda para trasladarlo si es necesario			
	Cambios de posición			
	Precaución con los frenos de silla			
	Realiza plan casero de terapia física			
29.1.3	Cambios de posición cada 2h			
	Realiza plan casero de terapia física			
	Cama	Hospitalaria con barandas		
		Evitar arrugas sabanas		
		Individual		
Sabana de movimiento				



UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

Anexo 3

**FICHAS AUXILIARES PARA EVALUAR LA COMPENSACIÓN  
ADECUADA DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**

**FICHA 4. ¿Cómo realiza actividades de cuidado en la Alimentación?**

Nivel de independencia	Actividades	Si	No	
30.1.1	No dejarlo solo(a)			
	Después de las comidas, asegurarse que el paciente esté sentado o de pie o acostado de lado izquierdo.			
	Antes y durante las comidas, asegurarse que el paciente esté sentado o en posición semifowler			
30.1.2	No dejarlo solo(a)			
	Ayudarlo a cortar los alimentos según necesidad			
	Después de comidas dejar al paciente sentado o de pie			
	Sonda Nasogástrica Nasoyeyunal	Posición: sentado		
		Lavar recipiente después de cada comida		
		Cambio de recipiente cada 8-10 días		
		Cambio de sonda cada mes		
		Valorar y limpiar fosa nasal en busca de laceraciones.		
	Sonda gastrostomía	Permeabilizar sonda con agua		
		Vigilar características piel de botón en busca de signos de infección		
Lavar el botón de gastrostomía con agua				
Cambio de recipiente cada 8-10 días				
Lavar recipiente después de cada comida				



UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

Anexo 3

## FICHAS AUXILIARES PARA EVALUAR LA COMPENSACIÓN ADECUADA DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

### FICHA 5. ¿Cómo realiza actividades de cuidado en Eliminación urinaria e intestinal?

Nivel de independencia	Actividades	Si	No	
31.1.1	No dejarlo solo			
	Seguridad baño	Tapete antideslizante		
		Barras		
		Asiento		
	Que utilice los dispositivos para moverse al baño, caminador, bastón.			
31.1.2	Ayudar a trasladarlo			
	No dejarlo solo			
	En caso de realizarle limpieza de áreas genitales asegurarse que no queden residuos fecales			
31.1.3	Orinal	Tenerlo al alcance		
		Estar pendiente de necesidad de micción de la persona cuidada		
		Asegurarse de colocarlo bien, para evitar regar orina		
	Pato	Tenerlo al alcance		
		Estar pendiente de la necesidad de micción y deposición de la persona cuidada		
		Asegurarse de colocarlo bien, para evitar regar orina		
	Sonda vesical	Vaciar orina cuando la bolsa recolectora se ha llenado por completo		
		Mantener bolsa por debajo de cintura		
		Cambiar la sonda cada 15 días		
	Enema	Posición decúbito lateral izquierdo		
		Administrar lentamente		
		Colocar pato en posición cómoda		
		Frecuencia: según necesidad		
	Pañal	Vigilar frecuentemente		
		Cambio oportuno		
Lubricar la piel para evitar quemaduras				



UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

## Anexo 4

# INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN y CALIFICACIÓN DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

## 1. APLICACIÓN

La aplicación y calificación de la escala para la MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR, consta de 4 partes.

Para su respectivo diligenciamiento se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Diligencia el encabezado de la escala.
2. Realice el proceso de lectura y firma del consentimiento informado.

### **En las partes: 1, 2, 3.2 y 3.3:**

3. Lea cada una de las preguntas y alternativas de respuesta
4. Marque con una X en la casilla que corresponda según la respuesta del cuidador principal.
5. En las preguntas abiertas diligencie los espacios en blanco correspondientes a cada pregunta, con letra clara y legible.
6. No omita ni deje de responder alguna pregunta

**En la Parte 3.1. que corresponde al Conocimiento para compensar adecuadamente las actividades básicas de la vida diaria,** realice los siguientes Pasos:

7. Solicite al cuidador encuestado que clasifique el nivel de independencia de la persona cuidada, en la realización de las actividades básicas en la vida diaria (ABVD: baño, vestido, movilización, alimentación, eliminación urinaria e intestinal, de acuerdo a las alternativas previamente expuestas.



UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

## Anexo 4

### **INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN y CALIFICACIÓN DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.**

8. Realice la respectiva pregunta abierta de acuerdo al nivel de independencia seleccionado.
9. Diligencie la ficha marcando con una X en las casillas SI o No según corresponda, a medida que el cuidador vaya comunicándole su respuesta.
10. Si el cuidador menciona otro cuidado o precaución que no está en la ficha, regístrelo en los espacios en blanco de cada pregunta.

**En la PARTE 4: la cual corresponde a Actitudes hacia el cuidado, realice los siguientes pasos:**

11. Informe al cuidador principal que para los siguientes 14 enunciados, es necesario que elija una de las tres alternativas de respuesta (Totalmente de acuerdo; Ni de acuerdo, ni en desacuerdo; y totalmente en desacuerdo).
12. Lea cada una de las afirmaciones de manera textual.
13. Marque con una X en la casilla que corresponda según la respuesta del cuidador principal.
14. No omita ninguna afirmación por creer saber su respuesta
15. Si el encuestado no entiende la afirmación, debe realizar la aclaración respectiva.



UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

## Anexo 4

# INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN y CALIFICACIÓN DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

## 2. CALIFICACIÓN

La calificación de las respuestas a cada una de las preguntas de la escala solo aplica para la tercera (3) y cuarta (4) parte de la escala.

### PARTE 3.

#### Parte 3.1. Conocimiento para compensar adecuadamente las actividades básicas de la vida diaria

Tome las fichas diligenciadas y califique de acuerdo a la siguiente formula

No. Ficha	Nivel de independencia	Calculo puntaje
1. Baño	27.1.1	$(5xn)/1$ ; n= número de actividades
	27.1.2	$(5xn)/14$
	27.1.3	$(5xn)/11$ , cuando el baño no se realiza en ducha
2. Vestido	28.1.1	$(5xn)/2$
	28.1.2	$(5xn)/6$
	28.1.3	
3. Movilización	29.1.1	$(5xn)/3$
	29.1.2	$(5xn)/5$
	29.1.3	$(5xn)/6$
4. Alimentación	30.1.1	$(5xn)/3$
	30.1.2	$(5xn)/8$
	31.1.1	$(5xn)/5$
5. Eliminación urinaria e intestinal	31.1.2	$(5xn)/3$
	31.1.3	$(5xn)/3$ ; cuando la persona cuidada requiere orinal, pato, sonda vesical, o pañal.
		$(5xn)/4$ ; cuando la persona cuidada requiere enema.

**Nota:** Si considera que alguna de las actividades no aplica para la persona cuidada, en cualquiera de las ABVD, la formula es:  $(5xn)/t-m$ ; donde m=numero de actividades que no aplican. t=total de actividades por cada ABVD.



UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

## Anexo 4

### INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN y CALIFICACIÓN DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

Ejemplo: En la ficha 1. Baño, el ítem seguridad del baño, el cual contiene 3 actividades, no aplica cuando el baño no se realiza en ducha. Por tanto la fórmula para calcular el puntaje final sería:

$$(5x_n)/t-m = (5x_n)/14-3= (5x_n)/11$$

### PARTE 3. 2- Conocimiento para prevenir complicaciones

Debido a que 8 de las 9 preguntas (32-39) que integran esta parte son abiertas, se requiere una ficha que contenga las respuestas para cada una estas:

Complicación	Actividades de prevención
13. Infecciones de pulmón	Ejercicios activos y pasivos, enseñanza de técnica adecuada de inspiración y expiración, y vigilar la presencia de secreciones y la coloración.
14. Infecciones de vías urinarias	Tomar de líquidos, mantener seco el pañal o la ropa interior, vigilar si hay dolor al orinar.
15. Infecciones de piel	Vigilar si hay calor, rubor, irritación o secreción en la zona afectada, tomar temperatura, e informar para llevar al médico.
16. Ulceras por presión	Cambios de posición, evitar humedad y resequedad de piel, masajes, evitar contacto de dos prominencias óseas (almohadas), ejercicios activos y pasivos, según tolerancia.
17. Trombosis venosa profunda	Ejercicios activos y pasivos de la





UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

## Anexo 4

### **INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN y CALIFICACIÓN DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.**

18. Embolia pulmonar	extremidad afectada. Vigilar presencia de tos, dificultad para respirar, coloración morada en los labios, desmayo e informar para llevar al médico.
19. Edema y disminución del retorno venoso	Ejercicios activos y pasivos, según tolerancia Ejercicios activos y pasivos de la articulación afectada.
20. Rigidez muscular	Ejercicios a nivel del abdomen en forma circular de derecha a izquierda según tolerancia, alimentación rica en fibra, ingesta de líquidos (+/- 8 vasos diarios) según orden médica.
21. Estreñimiento	Acompañamiento permanente de la persona cuidada, enseñar uso adecuado de dispositivos de movilidad
22. Fracturas	Concientizar de la importancia de seguir el tratamiento farmacológico de forma rigurosa, como complemento a su recuperación y para evitar recurrencias futuras.
23. Ocurrencia de un nuevo episodio de ACV debido a la No adherencia al tratamiento farmacológico	Permitirle y animarlo(a) a participar en papeles sociofamiliares.
24. Aislamiento social	

---

En consecuencia, de acuerdo a esta ficha el modo de calificación de cada una de las preguntas es:



UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

## Anexo 4

### INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN y CALIFICACIÓN DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

Pregunta	Modo calificación												
<p>32. ¿Mencione tres complicaciones de la persona con secuelas de un “derrame” tipo motor?</p>	<p>En la ficha auxiliar se presentan doce (12) complicaciones. Si el encuestador menciona correctamente:</p> <table border="1" data-bbox="769 751 1395 1010"> <thead> <tr> <th data-bbox="769 751 1094 787">No. Complicaciones</th> <th data-bbox="1094 751 1395 787">Puntaje (5xn/3)</th> </tr> <tr> <th data-bbox="769 787 1094 842">(n)</th> <th data-bbox="1094 787 1395 842"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="769 842 1094 884">3</td> <td data-bbox="1094 842 1395 884">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="769 884 1094 926">2</td> <td data-bbox="1094 884 1395 926">3.3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="769 926 1094 968">1</td> <td data-bbox="1094 926 1395 968">1.6</td> </tr> <tr> <td data-bbox="769 968 1094 1010">0</td> <td data-bbox="1094 968 1395 1010">0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Donde n= No. Complicaciones mencionadas</p>	No. Complicaciones	Puntaje (5xn/3)	(n)		3	5	2	3.3	1	1.6	0	0
No. Complicaciones	Puntaje (5xn/3)												
(n)													
3	5												
2	3.3												
1	1.6												
0	0												
<p>33. ¿Qué actividades realiza para evitarlas?</p>	<p>El cuidador principal debe mencionar el total de actividades de prevención que debe realizar, según la ficha anterior, por cada una de las tres complicaciones mencionadas en la pregunta numero 32. Por tanto el puntaje total para esta pregunta equivale a la suma de las 3 puntuaciones individuales que obtuvo por las actividades preventivas mencionadas.</p> <table border="1" data-bbox="743 1436 1419 1831"> <thead> <tr> <th data-bbox="743 1436 997 1520">Complicación</th> <th data-bbox="997 1436 1192 1520">Actividades preventivas</th> <th data-bbox="1192 1436 1419 1520">Calculo puntaje individual(CPI)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="743 1625 997 1709">25.Infecciones de pulmón</td> <td data-bbox="997 1625 1192 1709">4</td> <td data-bbox="1192 1625 1419 1709">(1.6xn)/4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="743 1751 997 1831">26.Infecciones de vías urinarias</td> <td data-bbox="997 1751 1192 1831">3</td> <td data-bbox="1192 1751 1419 1831">(1.6xn)/3</td> </tr> </tbody> </table>	Complicación	Actividades preventivas	Calculo puntaje individual(CPI)	25.Infecciones de pulmón	4	(1.6xn)/4	26.Infecciones de vías urinarias	3	(1.6xn)/3			
Complicación	Actividades preventivas	Calculo puntaje individual(CPI)											
25.Infecciones de pulmón	4	(1.6xn)/4											
26.Infecciones de vías urinarias	3	(1.6xn)/3											



UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

Anexo 4

**INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN y CALIFICACIÓN DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.**

	27. Infecciones de piel	6	(1.6xn)/6
	28. Lesiones de piel	7	(1.6xn)/7
	29. Trombosis venosa profunda	2	(1.6xn)/2
	30. Embolia pulmonar	5	(1.6xn)/5
	31. Edema y disminución del retorno venoso	2	(1.6xn)/2
	32. Rigidez muscular	2	(1.6xn)/2
	33. Estreñimiento	3	(1.6xn)/3
	34. Fracturas	2	(1.6xn)/2
	<b>Calculo puntaje total: (CPI)1 + (CPI)2 + (CPI)3</b>		
34.36 y 38. Por qué se presenta el estreñimiento, las lesiones de piel y la rigidez de los músculos en la persona con secuelas de un “derrame” tipo motor.	Si responde que el estreñimiento, las lesiones de piel y la rigidez de los músculos se deben a la inmovilidad de la persona cuidada. Entonces la respuesta tiene un puntaje de cinco de lo contrario la respuesta es cero.		



UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

## Anexo 4

### INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN y CALIFICACIÓN DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

35.37.39. ¿Qué actividades realiza para evitar el estreñimiento, las lesiones de piel y la rigidez en los músculos?	Complicación	Actividades preventivas	Calculo puntaje
	35.Lesiones de piel	6	(5xn)/6
36.Rigidez muscular	2	(5xn)/2	
37.Estreñimiento	5	(5xn)/5	

### PARTE 3. 3- Conocimiento para facilitar la reintegración a los papeles sociofamiliares

Las preguntas 41 y 42 ya tienen establecido el puntaje y criterio de calificación en la escala:

#### Pregunta 41.

5	La persona cuidada realiza las tres funciones familiares mencionadas
3,3	La persona cuidada realiza dos de las funciones familiares mencionadas
1,6	La persona cuidada realiza una de las funciones familiares mencionadas
0	La persona cuidada no realiza ninguna de las funciones familiares mencionadas

#### Pregunta 42

5	La persona cuidada realiza las tres funciones sociales mencionadas
3,3	La persona cuidada realiza dos de las funciones sociales mencionadas
1,6	La persona cuidada realiza una de las funciones sociales mencionadas
0	La persona cuidada no realiza ninguna de las funciones sociales mencionadas



UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERIA

## Anexo 4

### INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN y CALIFICACIÓN DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

#### PARTE 4: Actitudes hacia el cuidado.

La calificación de los 14 enunciados que integran esta parte de la escala depende de la naturaleza del enunciado, la cual puede ser favorable o no favorable:

✓Enunciados favorables: 43C, 44C, 45C, 46C, 47C, 49SE, 51SE, 53SE, 55SE y 56SE.

✓Enunciados desfavorables: 48SE, 50SE, 52SE y 54SE.

De acuerdo a lo anterior, la calificación para los enunciados será de la manera como se ilustra en las siguientes tablas:

<b>Enunciados favorables</b>		
5	3	1
Totalmente de acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

<b>Enunciados no favorables</b>		
1	3	5
Totalmente de acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo



**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

**Cuarta etapa**

**VALIDAR LA SIGNIFICACIÓN DE LOS 20 ÍTEMS O ENUNCIADOS QUE CONFORMAN LA PARTE 4 DE ESCALA: LA ACTITUD:** a través del método de los grupos extremos

1.Tabulación de las respuestas y puntuaciones globales (sumatoria) de cada uno de los cuidadores entrevistados de mayor a menor.

		ITEMS O ENUNCIADOS QUE CONFORMAN LA PARTE 4 DE LA ESCALA: ACTITUD HACIA EL CUIDADO																			Total		
		41C	42C	43C	44C	45C	46C	47C	48SE	49SE	50SE	51SE	52SE	53SE	54SE	55SE	56M	57M	58M	59M	60M		
CUIDADORES ENTREVISTADOS	r	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	1	88
	j	5	5	5	3	5	5	5	5	5	1	5	5	3	5	1	3	5	5	5	5	5	86
	c	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	1	3	5	5	1	5	5	5	3	1	82	
	g	5	5	3	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	3	1	5	5	5	3	1	82	
	f	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	1	5	5	3	5	1	82	
	s	5	5	5	3	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	1	5	3	5	5	1	80	
	e	3	5	5	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	1	5	5	3	5	1	80	
	i	5	5	5	5	5	5	5	1	5	1	5	1	5	5	1	5	5	5	3	1	78	
	h	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5	1	5	3	3	5	1	76	
	b	5	5	5	5	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	1	5	1	1	3	1	74	
	d	5	5	1	5	5	5	5	1	5	1	5	5	5	5	1	3	3	3	5	1	74	
	p	5	5	5	1	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	1	3	5	3	3	1	74	
	q	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	1	3	5	1	3	1	5	1	1	72	
	ñ	5	5	5	5	5	1	1	5	3	1	5	5	5	5	1	3	1	5	3	1	70	
	k	1	5	1	3	5	5	1	5	5	1	5	5	3	3	1	5	5	3	5	1	68	
	a	5	5	5	1	5	5	5	5	5	1	5	5	1	1	1	1	1	5	3	1	66	
	o	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	5	1	3	1	1	5	1	5	3	1	64
	m	3	5	3	5	5	5	1	1	1	1	5	1	5	1	1	5	3	3	5	1	60	
	l	1	5	1	1	5	3	5	1	1	1	5	1	3	5	1	5	3	3	5	1	56	
	u	5	5	1	1	5	1	3	3	1	1	5	3	1	3	1	5	1	3	5	1	54	
n	1	5	1	1	5	1	5	1	1	1	1	5	1	5	1	1	5	3	3	5	1	52	
z	3	5	3	3	5	1	1	1	3	1	5	3	1	5	1	1	3	3	1	1	50		
y	1	5	1	1	5	1	1	3	1	1	5	3	1	3	3	1	1	1	1	1	40		
v	1	5	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	3	3	1	1	3	3	1	1	40		
a2	1	5	1	1	5	1	1	1	3	3	5	1	1	3	1	1	1	3	1	1	40		
x	3	5	1	1	5	3	3	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	38		
w	1	5	1	3	5	1	3	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	36		
b2	1	5	3	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	1	3	36		
t	3	3	3	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	3	1	36		
c2	1	5	1	1	5	1	1	1	3	1	5	1	3	1	1	1	1	1	1	1	36		
		104	148	96	92	146	96	96	84	90	36	144	94	100	100	32	104	82	94	96	36		



**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

2. Para utilizar este método debemos especificar, en primer lugar qué individuos forman parte del grupo con puntuaciones altas, y cuáles del grupo con puntuaciones bajas. La forma más aconsejable de establecerlo es tomar a los individuos del cuartil superior y a los individuos del cuartil inferior, por el siguiente procedimiento:

**2.1. Amplitud de la distribución:**

<b>Amplitud de la distribución (A)</b>	
(A) = $X_{max} - X_{min}$	
(A) = $88 - 36 = 52$	

**2.2. Numero de intervalos:**

<b>Número de intervalos(m)</b>	
(m) = $1 + 3.322 \log n$ ; n=30	
(m) = 6	

**2.3. Longitud de cada intervalo**

<b>Longitud de cada intervalo (h)</b>	
(h) = $A/m$	
(h) = 9	



**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

**2.4. Distribución de frecuencias**

Distribución de frecuencias		
Intervalos de clase	Frecuencia absoluta (fi)	Frecuencia acumulada (Fi)
35 - 43	8	8
44 - 52	2	10
53 - 61	3	13
62 - 70	4	17
71 - 79	6	23
80-88	7	30

**2.5. Calculo de cuartiles (Q):** a partir de los datos de la tabla calculamos las puntuaciones de los cuartiles superior e inferior.

Cálculo de cuartiles (Q)		
Cuartil superior (Q3)		
$(Q3) = Li + h. (25\%.n.k - Fi-1)/fi$		
$(Q3) = 71 + 9. (25\%.30.3 - 17) / 6$		
<b>(Q3) = 79</b>		
Cuartil inferior (Q1)		
$(Q1) = Li + h. (25\%.n.k - Fi-1)/fi$		
$(Q1) = 35 + 9. (25\%. 30.1 - 0)/8$		
<b>(Q1) = 43</b>		





Anexo 5

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

2.6. El grupo a analizar quedará formado por dos subgrupos: un primer subgrupo de puntuaciones globales altas: (1), comprendido por todos los individuos encuestados con puntuaciones totales superiores a 79 y un segundo subgrupo de puntuaciones globales bajas: (2), en el que se incluyen todos los que obtuvieron puntuaciones totales inferiores a 43. En consecuencia los subgrupos (1) y (2) quedarán conformados de la siguiente manera así: 88, 86, 82, 82, 82, 80, 80 y 40, 40, 40, 38, 36, 36, 36, 36; respectivamente. (En la siguiente tabla se puede apreciar las diferentes puntuaciones para cada uno de los ítems dadas por los encuestados).

Las respuestas de los cuidadores entrevistados a cada uno de los ítems pueden verse en la siguiente tabla

Subgrupo (1): puntuaciones globales altas																				
41C	42C	43C	44C	45C	46C	47C	48SE	49SE	50SE	51SE	52SE	53SE	54SE	55SE	56M	57M	58M	59M	60M	Total
5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	1	5	5	5	5	1	88
5	5	5	3	5	5	5	5	5	1	5	5	3	5	1	3	5	5	5	5	86
5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	1	3	5	5	1	5	5	5	3	1	82
5	5	3	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	3	1	5	5	5	3	1	82
5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	1	5	5	3	5	1	82
5	5	5	3	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	1	5	3	5	5	1	80
3	5	5	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	1	5	5	3	5	1	80



Anexo 5

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

Subgrupo (2): puntuaciones globales bajas																				
41C	42C	43C	44C	45C	46C	47C	48SE	49SE	50SE	51SE	52SE	53SE	54SE	55SE	56M	57M	58M	59M	60M	Total
1	5	1	1	5	1	1	3	1	1	5	3	1	3	3	1	1	1	1	1	40
1	5	1	1	5	1	1	1	1	1	5	3	3	1	1	3	3	1	1	1	40
1	5	1	1	5	1	1	1	3	3	5	1	1	3	1	1	1	3	1	1	40
3	5	1	1	5	3	3	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	38
1	5	1	3	5	1	3	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	36
1	5	3	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	1	3	36
3	3	3	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	3	1	36
1	5	1	1	5	1	1	1	3	1	5	1	3	1	1	1	1	1	1	1	36

2.7. Compararemos las respuestas de cada uno de los ítems de los cuidadores del grupo superior (subgrupo 1) y del grupo inferior (subgrupo 2)

2.7.1. Comparamos las varianzas de cada uno de los ítems pertenecientes a los subgrupos (1) y (2), a través de la F de Snedecor para observar si estos cumplen la condición homogeneidad de las varianzas, como requisito necesario que debe cumplir cada uno de los ítems para continuar en el proceso de análisis, de lo contrario se descartaría. Con un intervalo de confianza del 95%, un nivel de confianza  $P < 0,05$ , 6 grados de libertad para el numerador y 7 el denominador.



Anexo 5

**ANALISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

		Subgrupo (1): puntuaciones globales altas																				
	Intervalos(I)	41C	42C	43C	44C	45C	46C	47C	48SE	49SE	50SE	51SE	52SE	53SE	54SE	55SE	56M	57M	58M	59M	60M	Total
		5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	1	5	5	5	5	1	88
		5	5	5	3	5	5	5	5	5	1	5	5	3	5	1	3	5	5	5	5	86
		5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	1	3	5	5	1	5	5	5	3	1	82
		5	5	3	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	3	1	5	5	5	3	1	82
		5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	1	5	5	3	5	1	82
		5	5	5	3	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	1	5	3	5	5	1	80
		3	5	5	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	5	1	5	5	3	5	1	80
	<b>Varianza (S<sub>2</sub>)</b>	0,6	0	0,6	1	0	2,3	2,3	0,57	2,29	2,29	2,29	0,57	0,57	0,57	0	0,57	0,57	0,95	0,95	2,29	



Anexo 5

**ANALISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

		Subgrupo (2): puntuaciones globales bajas																				
		41C	42C	43C	44C	45C	46C	47C	48SE	49SE	50SE	51SE	52SE	53SE	54SE	55SE	56M	57M	58M	59M	60M	Total
		1	5	1	1	5	1	1	3	1	1	5	3	1	3	3	1	1	1	1	1	40
		1	5	1	1	5	1	1	1	1	1	5	3	3	1	1	3	3	1	1	1	40
		1	5	1	1	5	1	1	1	3	3	5	1	1	3	1	1	1	3	1	1	40
		3	5	1	1	5	3	3	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	38
		1	5	1	3	5	1	3	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	36
		1	5	3	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	1	3	36
		3	3	3	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	3	1	36
		1	5	1	1	5	1	1	1	3	1	5	1	3	1	1	1	1	1	1	1	36
	<b>Varianza (S<sub>2</sub>)</b>	0,9	0,5	0,9	0,5	2	0,9	0,9	0,5	0,86	0,5	0,5	1,07	0,86	0,86	0,5	0,86	0,5	0,5	0,5	0,5	
<b>2.7.1 Condicion de homogeneidad de las varianzas mediante la F de Snedecor (F)</b>	<b>F= (S<sub>2</sub>&gt;)/(S<sub>2</sub>&lt;)</b>	1,5	###	1,5	2	###	2,5	2,5	1,14	2,66	4,58	4,58	1,87	1,5	1,5	####	1,5	1,14	1,9	1,9	4,58	
	3,865968853	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	
F(0,05;6;7): Todo ítem que tenga concientes de varianzas (S <sub>2</sub> >/S <sub>2</sub> <) menores a 3,85 permanece en la escala para continuar su análisis																						



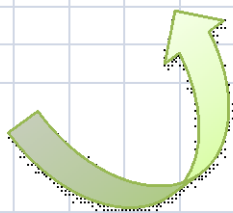
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

Aceptamos que de los 20 ítems analizados 14 cumplen las condiciones de aplicación, es decir que permanece aun en la escala para continuar su análisis por tener puntuaciones menores a 3,85. (Ver la siguiente tabla)

RESUMEN ITEMS DE PREGUNTAS QUE CUMPLEN CONDICION DE HOMOGENEIDAD (F < 3,85)															
	41C	43C	44C	46C	47C	48SE	49SE	52SE	53SE	54SE	56M	57M	58M	60M	

2.7.2. Comparamos las medias de cada uno de los ítems pertenecientes a los subgrupos (1) y (2), a través de de la “t” de student para muestras de varianzas desiguales, con un intervalo de confianza del 95%, un nivel de significancia P<0,05

Resumen Comparación de medias a través de t Student para muestras con varianzas desiguales																				
	41C	42C	43C	44C	45C	46C	47C	48SE	49SE	50SE	51SE	52SE	53SE	54SE	55SE	56M	57M	58M	59M	60M
Estadístico t	6,2	1	6,2	5,9	1	3,6	3,6	11	3,6	0,5	-0,5	11	6,2	7,7	E	6,22	7,7	5,9	5,9	0,5
Todo ítem cuyo valor estadístico es mayor a 2,2 permanece definitivamente en la escala por considerarse discriminativo																				



De los 20 ítems analizados 14 son discriminativos, es decir permanecerán en la escala definitivamente por tener un valor t de Student mayor a 2,2. Estos 14 ítems son los mismos que cumplieron las condiciones de homogeneidad de varianzas de F Snedecor. (Ver documento Excel: procesamiento 4 etapa validar significación ítems actitud.)



**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

**Quinta y sexta etapa:**

**ANÁLISIS CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2010-2012.**

**PAQUETE ESTADÍSTICO SPSS VERSION 15.0**

**PARTE 3- Conocimientos relacionados con el cuidado**

**PARTE 3. 1- conocimiento para compensar adecuadamente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**

**✓ Análisis de fiabilidad / confiabilidad**

**Resumen del procesamiento de los casos**

	N	%
Casos Válidos	30	100,0
Excluidos(a)	0	,0
Total	30	100,0

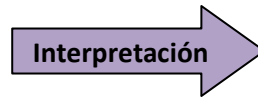


**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

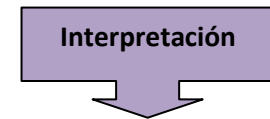
a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
<b>0,731</b>	5



El resultado se encuentra en el rango: 0,9 - 0,7, el cual se considera una correlación significativamente alta.



**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Conocimiento para compensar adecuadamente el baño	13,663	13,282	,342	<b>,737</b>
Conocimiento para compensar adecuadamente el vestido	13,013	11,583	,482	<b>,689</b>
Conocimiento para compensar adecuadamente la movilización	13,030	13,263	,353	<b>,733</b>
Conocimiento para compensar adecuadamente la alimentación	12,630	11,401	,633	<b>,633</b>

A todo elemento cuyo valor de “correlación elemento-total corregida” es  $< 0,3$  se le analiza el resultado de su “alfa de Cronbach si se elimina el elemento”. De tal manera que si el valor de éste último es representativamente  $>$  que el alfa de Cronbach global (**0,731**) es conveniente eliminar el elemento.

De acuerdo al enunciado, ninguno de los 5 ítems analizados presenta un valor de “correlación elemento-total corregida”  $< 0,3$



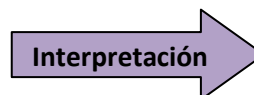
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

Conocimiento para compensar adecuadamente la eliminación urinaria e intestinal	12,863	9,792	,670	<b>,604</b>
--	--------	-------	------	-------------

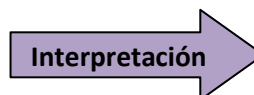
✓ **Validez: análisis factorial**

**KMO y prueba de Bartlett**

<b>Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.</b>		<b>0,623</b>
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	42,001
	Gl	10
<b>Significancia</b>		<b>0,000</b>



El valor obtenido en KMO es **0,623**. Según la teoría éste debe ser > a 0,5. Por lo tanto, es válido por ser mayor.



El valor obtenido es **0,000**. Según la teoría éste debe ser < a 0,05. Por lo tanto, es válido por ser menor.



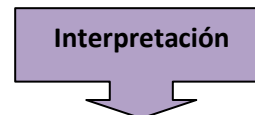


### ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

#### Comunalidades

	Inicial	Extracción
Conocimiento para compensar adecuadamente el baño	1,000	<b>,700</b>
Conocimiento para compensar adecuadamente el vestido	1,000	<b>,618</b>
Conocimiento para compensar adecuadamente la movilización	1,000	<b>,665</b>
Conocimiento para compensar adecuadamente la alimentación	1,000	<b>,705</b>
Conocimiento para compensar adecuadamente la eliminación urinaria e intestinal	1,000	<b>,874</b>

Método de extracción: Análisis de Componentes principales



Para probar su validez, en todos los casos, el valor obtenido en su EXTRACCIÓN, deben ser > a 0,4. El valor para cada uno de los 5 elementos es mayor a 0,4 por lo tanto son válidos.



**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

**PARTE 3. 2- Conocimiento para prevenir complicaciones**

**✓ Análisis de fiabilidad / confiabilidad**

Escala: todas las variables

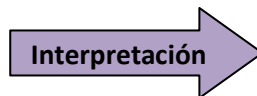
**Resumen del procesamiento de los casos**

		N	%
Casos	Válidos	30	100,0
	Excluidos(a)	0	0,0
	Total	30	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
<b>0,723</b>	10



El resultado se encuentra en el rango: 0,9 - 0,7, el cual se considera una correlación significativamente alta.



Anexo 5

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿Qué es una complicación de un "derrame"?	24,063	50,908	,184	<b>,998</b>
Menciones tres complicaciones de la persona con secuelas de un "derrame"?	23,190	47,244	,531	<b>,683</b>
¿Qué actividades realiza para evitarlas?	23,337	51,419	<b>,220</b>	<b>,725</b>
¿Por qué se presenta el estreñimiento en la persona con secuelas de un "derrame"?	22,770	44,498	,539	<b>,675</b>
¿Qué actividades realiza para evitar el estreñimiento y con qué frecuencia?	22,893	45,351	,613	<b>,668</b>
¿Por qué se presentan lesiones de piel en la persona con secuelas de "derrame"?	22,907	50,261	<b>,212</b>	<b>,730</b>
¿Qué actividades realiza para evitar lesiones en la piel y con qué frecuencia?	23,000	47,289	,417	<b>,696</b>
¿Por qué se presenta la rigidez en los músculos en la persona con secuelas de un "derrame"?	22,703	46,690	,477	<b>,687</b>
¿Qué actividades realiza para evitar la rigidez en los músculos y con qué frecuencia?	22,630	50,399	,363	<b>,706</b>

**Interpretación**

A todo ítem o elemento cuyo valor de "correlación elemento-total corregida" sea  $< 0,3$  se le analizará el resultado de su "alfa de Cronbach si se elimina el elemento". De tal manera que si el valor de éste último es representativamente  $>$  que el alfa de Cronbach global (**0,723**) es conveniente eliminar el elemento.

Por lo tanto, según este enunciado, si se elimina el ítem: con correlación de 0,184 la confiabilidad aumenta de 0,723 a 0,998. Resultado que es representativo, en consecuencia se elimina éste ítem.



**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

Desde que está a cargo la persona que cuida	23,537	43,112	,402	<b>,703</b>
---	--------	--------	------	-------------

✓ **Validez: análisis factorial**

**KMO y prueba de Bartlett**

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		<b>0,579</b>
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	148,185
	Gl	45
	<b>Significancia.</b>	<b>0,000</b>

**Interpretación** →

El valor obtenido en KMO es **0,579**. Según la teoría éste debe ser > a 0,5. Por lo tanto, es válido por ser mayor.

**Interpretación** →

El valor obtenido es **0,000**. Según la teoría éste debe ser < a 0,05. Por lo tanto, es válido por ser menor.

**Comunalidades**

	Inicial	Extracción
¿Qué es una complicación de un "derrame"?		<b>,300</b>
	1,000	
Menciones tres complicaciones de la persona con secuelas de un "derrame"?		<b>,579</b>
	1,000	
¿Qué actividades realiza para evitarlas?		<b>,769</b>
	1,000	

**Interpretación** ↓

Para probar su validez, en todos los casos, el valor obtenido en su EXTRACCIÓN, deben ser > a 0,4. El valor para cada uno de los 10 elementos es mayor a 0,4 por lo tanto son válidos.



Anexo 5

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

¿Por qué se presenta el estreñimiento en la persona con secuelas de un "derrame"?	1,000	<b>,759</b>
¿Qué actividades realiza para evitar el estreñimiento y con qué frecuencia?	1,000	<b>,724</b>
¿Por qué se presentan lesiones de piel en la persona con secuelas de "derrame"?	1,000	<b>,865</b>
¿Qué actividades realiza para evitar lesiones en la piel y con qué frecuencia?	1,000	<b>,876</b>
¿Por qué se presenta la rigidez en los músculos en la persona con secuelas de un "derrame"?	1,000	<b>,609</b>
¿Qué actividades realiza para evitar la rigidez en los músculos y con qué frecuencia?	1,000	<b>,754</b>
Desde que está a cargo la persona que cuida	1,000	<b>,681</b>

Método de extracción: Análisis de Componentes principales



**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

**PARTE 3.3- Conocimiento para facilitar la reintegración a los papeles sociofamiliares**

✓ **Análisis de fiabilidad**

Escala: todas las variables

**Resumen del procesamiento de los casos**

		N	%
Casos	Válidos	30	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
	Total	30	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
<b>0,848</b>	2

**Interpretación** →

El resultado se encuentra en el rango: 0,9 - 0,7, el cual se considera una correlación significativamente alta.

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Funciones familiares de la persona cuidada	2,527	3,229	<b>,740</b>	.(a)
Funciones sociales de la persona cuidada	2,633	2,637	<b>,740</b>	.(a)

**Interpretación**

A todo ítem o elemento cuyo valor de “correlación elemento-total corregida” sea < 0,3 se le analizará el resultado de su “alfa de Cronbach si se elimina el elemento”. De tal manera que si el valor de éste último es representativamente > que el alfa de Cronbach global (**0,848**) es conveniente eliminar el elemento. De acuerdo al enunciado, ninguno de los 2 ítems analizados presenta un valor de



# ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

a El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

## ✓ Validez: análisis factorial

### KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		<b>0,501</b>
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	21,798
	gl	1
	<b>Significancia</b>	<b>0,000</b>

Interpretación

El valor obtenido en KMO es **0,501**. Según la teoría éste debe ser > a 0,5. Por lo tanto, es válido por ser mayor.

Interpretación

El valor obtenido es **0,000**. Según la teoría éste debe ser < a 0,05. Por lo tanto, es válido por ser menor.

### Comunalidades

	Inicial	Extracción
Funciones familiares de la persona cuidada	1,000	<b>0,870</b>
Funciones sociales de la persona cuidada	1,000	<b>0,870</b>

Interpretación

Para probar su validez, en todos los casos, el valor obtenido en su EXTRACCIÓN, deben ser > a 0,4. El valor para cada uno de los 2 elementos es mayor a 0,4 por lo tanto son válidos.

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.



**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

**PARTE 4- Actitudes hacia el cuidado**

**✓ Análisis de fiabilidad / confiabilidad**

Escala: todas las variables

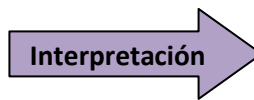
**Resumen del procesamiento de los casos**

		N	%
Casos	Válidos	30	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
	Total	30	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
<b>0,913</b>	14



El resultado se encuentra en el rango: 1 - 0,9; el cual se considera una **correlación significativamente muy alta.**





Anexo 5

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Pienso que mis cuidados ayudan a la recuperación de la persona que tengo a mi cargo	41,27	260,616	,728	<b>,903</b>
Pienso que mis cuidados ayudan a mantener y/o mejorar la calidad de vida de la persona que tengo a mi cargo	41,47	258,671	,728	<b>,903</b>
Ante la aparición de una nueva necesidad, creo que la mejor manera para satisfacerla es buscar ayuda del personal de salud	41,73	264,133	,623	<b>,907</b>
Es inadecuado dejar sola a la persona que cuido	41,53	263,706	,621	<b>,907</b>
Si la persona cuidada mejora en algún grado su discapacidad, es conveniente permitirle que realice las actividades que se le faciliten por si sola	41,53	269,775	,517	<b>,911</b>
Me disgusta atender el llamado de la persona que cuido cuando estoy ocupada en mis cosas	42,00	266,966	,555	<b>,910</b>
Siento entusiasmo o gusto por realizar mi labor como cuidador	41,73	264,961	,609	<b>,908</b>

**Interpretación**

A todo ítem o elemento cuyo valor de “correlación elemento-total corregida” sea  $< 0,3$  se le analizará el resultado de su “alfa de Cronbach si se elimina el elemento”. De tal manera que si el valor de éste último es representativamente  $>$  que el alfa de Cronbach global (**0,913**) es conveniente eliminar el elemento. De acuerdo al enunciado, ninguno de los 14 ítems analizados presenta un valor de “correlación elemento-total corregida”  $< 0,3$ .



Anexo 5

**ANALISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

Siento rabia cuando debo repetir la misma actividad varias veces al día.	41,53	264,809	,630	<b>,907</b>
Me gusta animar a quien cuido.	41,33	259,885	,753	<b>,903</b>
Me desagrada que la familia me ayude con el cuidado	41,20	273,200	,493	<b>,912</b>
Me gusta que valoren y aprueben mi trabajo como cuidador	41,00	274,483	,509	<b>,911</b>
Cuido a la persona que tengo a cargo porque recibo una remuneración	42,00	262,276	,696	<b>,905</b>
Cuido a la persona que tengo a cargo porque es mi trabajo y me exigen indicadores de resultado	41,67	264,368	,743	<b>,903</b>
Cuido a la persona que tengo a cargo porque es mi familia	41,53	271,430	,571	<b>,909</b>



**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

✓ **Validez: Análisis factorial**

**KMO y prueba de Bartlett**

<b>Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.</b>		<b>0,838</b>
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	221,808
	gl	91
	<b>Significancia</b>	<b>0,000</b>

**Interpretación** →

El valor obtenido en KMO es **0,838**. Según la teoría éste debe ser > a 0,5. Por lo tanto, es válido por ser mayor.

**Interpretación** →

El valor obtenido es **0,000**. Según la teoría éste debe ser < a 0,05. Por lo tanto, es válido por ser menor.

**Comunalidades**

	Inicial	Extracción
Pienso que mis cuidados ayudan a la recuperación de la persona que tengo a mi cargo	1,000	<b>,799</b>
Pienso que mis cuidados ayudan a mantener y/o mejorar la calidad de vida de la persona que tengo a mi cargo	1,000	<b>,779</b>
Ante la aparición de una nueva necesidad, creo que la mejor manera para satisfacerla es buscar ayuda del personal de salud	1,000	<b>,593</b>
Es inadecuado dejar sola a la persona que cuido	1,000	<b>,616</b>

**Interpretación** ↓

Para probar su validez, en todos los casos, el valor obtenido en su **EXTRACCIÓN**, deben ser > a 0,4. El valor para cada uno de los 14 elementos es mayor a 0,4 por lo tanto son válidos.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

Si la persona cuidada mejora en algún grado su discapacidad, es conveniente permitirle que realice las actividades que se le faciliten por si sola	1,000	<b>,511</b>
Me disgusta atender el llamado de la persona que cuido cuando estoy ocupada en mis cosas	1,000	<b>,678</b>
Siento entusiasmo o gusto por realizar mi labor como cuidador	1,000	<b>,689</b>
Siento rabia cuando debo repetir la misma actividad varias veces al día.	1,000	<b>,733</b>
Me gusta animar a quien cuido.	1,000	<b>,733</b>
Me desagrada que la familia me ayude con el cuidado	1,000	<b>,529</b>
Me gusta que valoren y aprueben mi trabajo como cuidador	1,000	<b>,746</b>
Cuido a la persona que tengo a cargo porque recibo una remuneración	1,000	<b>,745</b>
Cuido a la persona que tengo a cargo porque es mi trabajo y me exigen indicadores de resultado	1,000	<b>,718</b>



Anexo 5

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**





Cuido a la persona que tengo a cargo porque es mi familia	1,000	<b>,753</b>
---	-------	-------------

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.



Anexo 5

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

Parte escala	Análisis de confiabilidad Alfa de Cronbach global	Validez de constructo: análisis factorial global		
		KMO	prueba de Bartlett: significancia	Comunalidades: extracción
<b>Criterio de decisión</b>	Toda parte de la escala con resultado > a 0,7 permanece definitivamente en la escala por considerarse una correlación significativamente alta.	Toda parte de la escala con medida de adecuación muestral de KMO > a 0,5 es válida.	Toda parte de la escala con resultado de prueba de esfericidad de Bartlett en su grado de significancia < a 0,05 es válida.	Toda parte de la escala con valores de comunalidad > a 0,4 es válida.
PARTE 3.1	0,731	0,623	0	0,7124
PARTE 3.2	0,723	0,579	0	0,7311
PARTE 3.3	0,848	0,501	0	0,87
PARTE 4	0,913	0,838	0	0,687285714
<b>PROMEDIO</b>	<b>0,80375</b>	<b>0,63525</b>	<b>0</b>	<b>0,75019643</b>
				
<b>Conclusiones</b>	<b>Escala altamente confiable</b>	<b>Escala válida</b>		