



Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español¹

Viriam Leiva Díaz²
Kenneth Cubillo Vargas³
Yuliany Porras Gutiérrez⁴
Tatiana Ramírez Villegas⁵
Isabel Sirias Wong⁶

Institución: Universidad de Costa Rica

CÓMO CITAR

Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T., Sirias, I. (2015). Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 29, 1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19888>

RESUMEN

Introducción: Este artículo presenta los resultados obtenidos del proceso de validación de apariencia, contenido y consistencia interna al que fue sometida la segunda versión en español de la escala ASA aplicada a población costarricense.

Método: Este estudio es descriptivo, transversal, con un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental y psicométrico, realizado con una muestra de 211 personas en la etapa de la adultez temprana, intermedia y tardía, según su condición de salud conocidas como sanas o con diagnóstico de enfermedad crónica.

Resultados: La investigación determinó que el análisis factorial con la aplicación de métodos estadísticos, la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) con resultado de 0,79, evidenció la viabilidad de la escala, en la que las variables miden factores comunes con una varianza total del 64,14%.

Conclusión: El análisis factorial arrojó siete ejes factoriales y obtuvo valores adecuados que demuestran su validez.

Palabras claves: validación-apariencia, validación-contenido, consistencia-interna.

¹ Fecha de recepción: 20 de febrero del 2015

Fecha de aceptación: 9 de mayo del 2015

² Enfermera. Profesora Catedrática de la Universidad de Costa Rica, Escuela de Enfermería. Costa Rica.
Correo electrónico: viriaml@gmail.com

³ Enfermero. Profesor Universidad de Costa Rica, Escuela de Enfermería. Costa Rica.
Correo electrónico: kenncub@hotmail.com

⁴ Enfermera. Trabajo propio. Costa Rica. Correo electrónico: yulianyp@gmail.com

⁵ Enfermera. Hospital Cima San José. Costa Rica. Correo electrónico: tatyanra@yahoo.es

⁶ Enfermera. Trabajo propio. Costa Rica. Correo electrónico: isw87@hotmail.com



Validation of appearance, content and internal consistency of the scale Appraisal of Self-care Agency (ASA) to Costa Rica, second version in Spanish¹

Viriam Leiva Díaz²

Kenneth Cubillo Vargas³

Yuliany Porras Gutiérrez⁴

Tatiana Ramírez Villegas⁵

Isabel Sirias Wong⁶

Institution: University of Costa Rica

CITED



Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T., Sirias, I. (2015). Validation of appearance, content and internal consistency of the scale Appraisal of Self-care Agency (ASA) to Costa Rica, second versión in Spanish. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 29, 1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i29.19888>

ABSTRACT

Introduction: This paper presents the results of the validation process of appearance, content and internal consistency that was submitted the second version in Spanish of the ASA scale Costa Rican population.

Method: It is a descriptive, cross-sectional non-experimental and psychometric study with a quantitative approach, design, conducted with a sample of 211 people at the stage of early, middle and late adulthood, according to your health condition and healthy known or diagnosed disease chronic.

Results: The investigation determined that the factor analysis with the application of statistical methods, testing Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) resulting in 0.79, showed the feasibility of the scale, which measured variables with a common variance factors Total 64.14%.

Conclusion: Factor analysis showed seven factorial axes, appropriate values obtained demonstrate the validity of the same reflecting that is able to measure what it claims.

Key words: appearance-validation, content-validation, internal-consistency

¹ **Date of receipt:** February 20, 2015

Date of acceptance: May 9, 2015

² Nurse. Professor. University of Costa Rica, School of Nursing. Costa Rica.

E-mail: viriaml@gmail.com

³ Nurse. Professor. University of Costa Rica, School of Nursing. Costa Rica.

E-mail: kenncub@hotmail.com

⁴ Nurse. Trabajo propio. Costa Rica. E-mail: yulianyp@gmail.com

⁵ Nurse. Cima San José Hospital. Costa Rica. E-mail: tatyanra@yahoo.es

⁶ Nurse. Trabajo propio. Costa Rica. E-mail: isw87@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

Una de las teorizantes más destacables en la profesión de Enfermería, [Dorothea Orem \(1983\)](#), acuñó el concepto de autocuidado, dentro del que define el constructo de la agencia de autocuidado que tienen las personas, el cual incluye todas aquellas actividades que realiza el ser humano en su cotidianidad, de las cuales depende fundamentalmente su supervivencia y que le brindan la posibilidad de vivir saludablemente.

Seguidores de dicha teoría han generado investigaciones sustentadas en los postulados teóricos, de lo cual han resultado instrumentos que facilitan el diagnóstico e intervención de Enfermería, tal es el caso de la escala de Ejercicio de Agencia de Autocuidado (ESCA), el cuestionario de la Estructura Cognitiva con salud y autocuidado y el cuestionario de Percepción de la agencia de Autocuidado (PSCA) ([Achury, Sepúlveda y Rodríguez, 2008](#)).

Conforme se desarrolló dichas escalas y se determinaba su efectividad en la búsqueda del diagnóstico de las habilidades de las personas para cuidarse a sí, fue necesario crear una escala que integrara los distintos componentes de la capacidad de agencia de autocuidado en los tres elementos que la forman: capacidades fundamentales, operativas y de poder ([Achury et al, 2008](#)). Al respecto, las capacidades fundamentales y disposición de autocuidado incluyen la sensación, la percepción, la memoria y la orientación, habilidades esenciales en el ser humano que, ante cualquier acto deliberado entran en acción sin ser exclusivamente de autocuidado; las capacidades para operaciones de autocuidado son estimativas, transicionales y productivas y se refieren a las habilidades más inmediatas del ser humano; por último, las capacidades de poder facilitan el autocuidado y permiten que la persona pueda comprometerse con su autocuidado, valorar su salud y conocer acerca de su cuidado ([Rivera, 2006](#)).

A partir de los componentes de poder y en la búsqueda de la medición de la capacidad de agencia de autocuidado que tienen las personas fue que, en 1983, Isenberg es invitada como consultora a un grupo de Conferencia de Desarrollo de Enfermería (NDCG) en la Universidad de Maastricht en Holanda y de su trabajo con un equipo de profesores nace el primer trabajo colaborativo (Hans Philipsen, George Evers, Ger Brauns, Harriet Smeets, 1983), que mide la escala ASA (*Appraisal of the Selfcare Agency*) en cuanto a desarrollo y prueba psicométrica a partir de la que determinaron diez componentes de poder: máxima atención o vigilancia, control de la energía física, control del movimiento del cuerpo, habilidad para razonar, motivación para la acción, habilidades para tomar decisiones, conocimiento, repertorio de habilidades, habilidades para ordenar las acciones de autocuidado y habilidades para integrar ([Evers, 1998](#)).

Isenberg y Evers comprobaron la validez del constructo con la población holandesa, el cual se ha traducido a varios idiomas en países como México, Hong Kong, Suiza, Noruega, Dinamarca, España, Turquía, Estados Unidos, entre otros ([Fernández y Manrique, 2010](#)), por lo que dicha validación “demuestra el poder del instrumento para discriminar grupos con diferencias conocidas en su nivel de dependencia” ([Velandia y Rivera, 2009, p.40](#)).

La validez externa igualmente se demostró con grupos de diferentes países con características similares, relacionadas con sus capacidades de autocuidado, las cuales reflejan resultados semejantes al responder la escala, de modo que se obtuvo confiabilidad mayor de 0,70 (0,7 – 0,9) en casi la totalidad de los estudios ([Rivera, 2006](#)).



En cuanto a la primera traducción del idioma inglés al español, se encargó la doctora Gallegos en México, en 1998: inicialmente, el instrumento constaba de 24 ítems en un formato Likert de cinco alternativas de respuesta (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indeciso, de acuerdo y totalmente de acuerdo), aspecto que no se modificó, mas luego, los ítems 4, 6, 13 y 16 fueron reescritos de manera más simple, discreta y gramaticalmente correcta, además de que las instrucciones fueron planteadas de una forma más clara. Posteriormente, en un estudio descriptivo Gallegos confirma la validez y confiabilidad en un grupo de adultos hospitalizados con diabetes y otro de atención ambulatoria que, a través de métodos estadísticos, obtuvo un valor de Alfa de Cronbach de 0,77 ([Velandia y Rivera, 2009](#)).

La escala ASA validada llegó a los docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, quienes la emplearon pero modificando la forma de las respuestas, debido a que los ítems pretendían diagnosticar la capacidad del autocuidado de las personas y no si estaban de acuerdo o no con los enunciados, por lo tanto, pasó a utilizar una escala Likert que incluía nunca, casi nunca, casi siempre y siempre; descartando la opción intermedia (indeciso), ya que imposibilitaba que la persona entrevistada no contestara lo que el instrumento pretendía medir en cuanto a su capacidad de agencia de autocuidado. En este caso, el rango real fue de 24 a 96 puntos por escala ([Velandia y Rivera, 2009](#)).

Lo anterior evidencia la necesidad de ajustar el léxico de los ítems al lenguaje común colombiano, sin que varíe el sentido de ningún ítem y que permita ser comprensible para todo el país; al respecto, dicha modificación fue realizada por Edilma de Reales en el año 2005, cuya versión contribuyó a investigaciones posteriores como la realizada por [Velandia y Rivera \(2009\)](#), en la cual concluyeron que había una diferencia mínima a la obtenida por Gallegos; por ende, ítems miden un mismo contexto y demuestran consistencia interna.

En torno al tema, [Manrique Abril, Fernández y Velandia \(2009\)](#) encontraron que no había estudios que reportaran análisis factorial de la escala ASA por lo que con su investigación demostraron que la escala ASA poseía adecuadas y válidas propiedades psicométricas para ser utilizada en Colombia. En otros países como Guatemala ([Porras, 2002](#)), Nicaragua, ([Ortiz, 2002](#)), Honduras ([Monge 2004](#)) se han hecho estudios en relación con la capacidad de agencia de autocuidado, mas estos no incluían adecuaciones al contexto.

En relación con lo mencionado, el objetivo de la presente investigación es presentar los resultados de la validez de apariencia, la validez de contenido y la consistencia interna de la escala de “Apreciación de Agencia de Autocuidado” (ASA) en su segunda versión en español en Costa Rica.

MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIALES Y MÉTODOS

La población estuvo integrada por los funcionarios del Instituto Nacional de Seguros-Salud y personas que participaron en cursos del Programa Integral de la Persona Adulta Mayor (PIAM) en el I semestre del año 2011.

Este estudio fue de tipo descriptivo y transversal, hecho desde un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental; a su vez, se clasificó como psicométrico, dado que pretendió la adaptación de la escala ASA,



versión en español para el contexto costarricense ([Hernández, Fernández y Baptista, 2006](#)).

Para determinar el tamaño muestral se consideró que no hay una norma para calcular la cantidad de personas requeridas, aunque preferiblemente deben ser muestras grandes según [Morales \(2011\)](#), a lo que se aúna lo mencionado por Norman y Streiner (1996), citados por [Sánchez y Echeverri \(2004\)](#), quienes señalan que se necesita como mínimo cinco pacientes por ítem pero no menos de cien. Dado lo anterior, se determinó una muestra de 211 personas adultas, clasificadas, según lo expuesto por [Papalia \(2005\)](#), en la etapa de la adultez temprana, intermedia y tardía; la primera corresponde a los 20-40 años (32,7%), mientras que la segunda y la tercera a 40-65 años (36,0%) y 65 años en adelante (31,3%) respectivamente. Cada etapa se divide de acuerdo con la condición de salud de los participantes mediante un muestreo de tipo no probabilístico por cuotas ([Hernández, Fernández y Baptista, 2006](#)), de la que se obtuvo 105 personas sanas y 106 personas con diagnóstico de enfermedad crónica.

Para clasificar a las personas como “sanas” se partió del concepto de salud manifestado por la OMS/OPS (2007), mientras que para las “enfermas”, se utilizó lo expuesto por la OMS (2008) en cuanto a enfermedades crónicas entre las que se incluye las más comunes (eventos cerebro vasculares e hipertensión arterial, cáncer, enfermedades congénitas, enfermedades respiratorias y *Diabetes mellitus*).

La recolección de los datos se llevó a cabo por medio de un cuestionario auto-administrado individual, el cual constó de cuatro partes: la primera corresponde a la guía para validación de jueces expertos (aplicada únicamente a los 5 profesionales expertos); la segunda, a datos sociodemográficos; la tercera, a la escala de Capacidad de Agencia de Autocuidado que consta de 24 ítems con formato de respuesta tipo Likert en cuatro categorías y la última, a la percepción individual acerca del formato, redacción y capacidad de comprensión de la escala.

Proceso de validación de la escala ASA

- **Validación de apariencia**

Se requirió del criterio de cinco expertos, de las áreas de enfermería, estadística, filología y psicología con especialidad en psicometría, además de cinco personas ajenas a la población meta que cumplieran con los mismos criterios de inclusión planteados en el trabajo, con el fin de analizar la pertinencia de los criterios aportados.

- **Validación de contenido**

Se aplicó el instrumento a la muestra de la investigación y se procedió con una matriz de correlación y el análisis factorial, utilizando la técnica de extracción de componentes principales y la de rotación Varimax, una vez determinada la viabilidad según el ajuste de la cantidad de personas mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett.

- **Confiabilidad**

Se llevó a cabo mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.



Consideraciones éticas.

El trabajo se desarrolló a la luz de los principios fundamentales de la bioética, por tanto, se incluyó aspectos importantes como la autonomía, la beneficencia y no maleficencia, el consentimiento informado, asesoramiento en el proceso, la divulgación de los resultados a los grupos participantes y en diversos espacios científicos, sin olvidar que esta investigación no presentó conflicto de intereses ([Leiva, 2009](#)).

Respecto de la escala, se califica por puntuación asignada según la opción de respuesta, en la cual “nunca” tiene un valor de un punto y “siempre” vale cuatro puntos, los cuales son sumados y ubicados en un rango de 24 a 96 puntos interpretados de la siguiente manera: 24-43 muy baja agencia de autocuidado, 44-62 baja agencia, 63-81 regular y de 82-96 buena (Espitia, 2011).

RESULTADOS

La presentación de los resultados será expuesta según los apartados mencionados en la sección anterior.

- **Validación de apariencia**

En este primer apartado se trabajó las modificaciones estructurales de la escala ASA, en la que se identificó dificultades en la construcción de los siguientes ítems:

1. **Ítem 1.,** “*A medida que cambian las **circunstancias** yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud*”.

Este ítem mostraba una baja puntuación en lo que respecta a los criterios de claridad y suficiencia, fundamentalmente en la palabra “**circunstancias**”; se realiza análisis en cuanto a la conceptualización, utilizando el concepto brindado por la [Real Academia Española \(2011\)](#) que las define como “dicho de una cosa que de algún modo está influida por una situación ocasional”, por tanto, el término se ajusta a lo que el ítem pregunta, lo cual coincide con lo planteado por [Orem \(1983\)](#), quien afirma que el ser humano, por naturaleza, tiene necesidades comunes para crear y mantener condiciones de vida que sostengan los procesos vitales, así como el mantenimiento y promoción de su integridad funcional, motivo por el que, considerando que el desarrollo humano en todas sus etapas, requiere el mantenimiento de condiciones que promuevan los procesos necesarios para el avance en cada etapa del ciclo vital.

En relación con lo anterior, el autocuidado está dirigido a alcanzar objetivos en distintas circunstancias, es decir, es una serie de acciones hecha con consecuencia, razón por la que se le considera un sistema de acción o un proceso dinámico que varía según las condiciones o circunstancias del día a día ([Orem, 1983](#)), por tanto, este ítem conservó la misma redacción.

2. **Ítem 2.,** “*Reviso si las **formas** que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas*”.

Al igual que el ítem anterior, este obtuvo una valoración baja en cuanto a la claridad, en especial en la palabra “**formas**”, razón por la que se decidió cambiar esta palabra por “**actividades**”, considerando la recomendación de la filóloga y los fundamentos conceptuales de [Orem \(1983\)](#) acerca del autocuidado, definido como “la práctica de actividades que las personas inician y hacen por sí mismas para el mantenimiento de la vida,



la salud y el bienestar” (p.55). Partiendo de dicha premisa, la autora visualiza esta acción como un conjunto de actividades que el individuo realiza para tener un estado adecuado de salud y bienestar; por tanto, se modificó el ítem 2, cuya redacción quedó de la siguiente manera: *reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.*

3. **Ítem 7.** “*Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora*”.

Tanto el grupo de expertos como de las personas de la muestra coincidieron en que la palabra “**formas**” era ambigua y no dejaba en claro a qué se refiere, motivo por el que se decidió modificarla, hasta quedar de la siguiente manera: “*yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora,*” lo cual no modifica la fundamentación teórica, puesto que, como menciona [Orem \(1983\)](#) “el autocuidado tiene su razón de ser. Es la acción que tiene un modelo y un desarrollo y, cuando se hace eficazmente, contribuye de forma específica a la integridad estructural, funcionamiento y desarrollo humano” (p.55), es decir, el autocuidado es una acción.

Al adaptar ítem se establece una redacción más clara y comprensible para las personas, tras eliminar la ambigüedad existente, sin perder lo que se pretende medir, es decir, si la persona busca más acciones concretas de las que ya tiene para cuidar la salud.

4. **Ítem 10.** “*Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser*”.

La expresión “**mi forma de ser**” no contaba con criterios de claridad suficientes, pues es un término subjetivo según lo expresan los expertos consultados. Sin embargo, al analizarlo a la luz de la teoría de autocuidado de [Orem \(1983\)](#), se menciona los ocho requisitos universales de autocuidado en lo que respecta a la promoción de la normalidad; las acciones para satisfacer dicho requisito se enfocan en la importancia y necesidad de conservar la integridad personal o forma de ser de cada individuo ante cualquier situación que le permita bienestar, mediante acciones como mantener un concepto realista de cada uno, actuar de manera tal que se logre mantener la integridad estructural y funcionamiento de cada uno, y tener la capacidad para identificar cualquier anomalía o alteración de la estructura y funcionamiento de uno mismo. Considerando lo anterior, no se le realizó ninguna modificación ya que se sustenta a la luz de la teoría.

- **Validación de contenido**

Análisis factorial de la población total

De la prueba de KMO se obtuvo un índice de 0,79, dato que resultó ser adecuado y mayor al de cada uno de los grupos poblacionales debido a que la adecuación muestral es mayor. La prueba de esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativa con un valor de $p < 0,000$; 276 gl y un Chi de 897,6, lo cual favoreció el análisis factorial que sugirió siete ejes factoriales que explicaron el 64,14% .

- Factor 1 (F1): corresponde al 12,46% de la varianza total e incluyó los ítems 1, 2, 4, 5, 6, 16 y 20. Al igual que en los ejes factoriales de ambos grupos poblacionales por separado, en el factor con mayor varianza total predominaron los ítems encargados en la escala de evaluar el requisito universal de *prevención de peligros*



contra la vida, el funcionamiento y el bienestar humano pero por razones ya explicadas en los ejes factoriales anteriores, como el primer factor es el que presenta mayor dispersión, en este se incluyó ítems también de los requisitos de *promoción del funcionamiento y desarrollo humano entre los grupos sociales, mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso*. Además cuenta con la similitud respecto de la población sana que es el factor en el que se agrupó mayor cantidad de ítems.

- Factor 2 (F2): corresponde al 11,86% de la varianza total e incluyó los ítems 14, 17, 18 y 21 de la escala. Al igual que en el factor anterior, la mayor cantidad de ítems son del requisito de *prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y el bienestar humano* y solo uno de ellos corresponde a *promoción del funcionamiento y desarrollo humano entre los grupos sociales*, característica que coincide una vez más con lo obtenido en el factor 2 del eje factorial de la población conocida sana.
- Factor 3 (F3): corresponde al 11,12% de la varianza total y se incluye los ítems 9, 10, 15 y 19. En este factor de los cuatro ítems de la escala, dos de ellos como mayoría continuaron siendo del requisito de *prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y el bienestar humano*, uno de *promoción del funcionamiento y desarrollo humano entre los grupos sociales*, factor en el que quedó el único ítem referente al requisito de *equilibrio en el mantenimiento de una ingesta suficiente de comida*. Este factor no tuvo ninguna similitud con los factores de ambos grupos poblacionales por separado, únicamente la relevancia de los ítems de prevención de peligros contra la vida, requisito que la escala evalúa con la mitad de sus ítems.
- Factor 4 (F4): corresponde al 10,16% de la varianza total tomando en cuenta los ítems 3, 22 y 24. Incluyó ítems correspondientes a los requisitos de *equilibrio entre actividad y descanso, equilibrio entre soledad y comunicación social* y además *promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales*. En el caso de este factor los ítems agrupados no tienen similitud alguna con los incluidos en los grupos poblacionales por separado, sin embargo se encontró que lo comparten con el factor 3 de la población sana y con el factor 2 de la población con diagnóstico de enfermedad crónica.
- Factor 5 (F5): corresponde al 6,88% de la varianza total, el cual incluye los ítems de la escala número 12, 13 y 23 referentes a los requisitos de *equilibrio entre soledad y comunicación social, equilibrio entre actividad y descanso* y también *prevención de peligros contra la vida y bienestar humano*. En este eje factorial no se evidenció ningún grado de similitud en comparación con el mismo factor de los grupos poblacionales por separado.
- Factor 6 (F6): corresponde al 5,85% de la varianza total y tan solo incluye el ítem 8, el cual se relaciona con el requisito de *prevención de peligros contra la vida y bienestar humano*, al igual que ocurrió con el factor 5 del grupo poblacional con diagnóstico de enfermedad crónica.
- Factor 7 (F7): corresponde al 5,79% de la varianza total en el que se incluye los ítems 7 y 11 de la escala y los requisitos de *prevención de peligros contra la vida y bienestar humano* y *equilibrio entre actividad y descanso*.

- **Consistencia Interna y confiabilidad**

El grado de confiabilidad de la consistencia interna de la escala es adecuado, con un Alfa de Cronbach de 0,84 (84%). Solamente el ítem 8 presentó un resultado negativo en la correlación elemento-total, por tanto, si este se eliminara, el Alfa de Cronbach aumentaría un 0,016, con un total final de 0,860 (86%), lo cual demostraría un grado de confiabilidad aún mayor, aunque si no se elimina no afecta la confiabilidad de la escala.

Los valores de los mismos 24 ítems (tabla 1) no mostraron variación, lo cual significa que el mismo concepto de capacidad de agencia de autocuidado se midió en toda la población; por otra parte, los 24 ítems analizados de la escala reflejan un grado óptimo de homogeneidad y el instrumento posee consistencia interna para ser utilizado con toda seguridad en la población costarricense.

Tabla 1

Ítem	Media de la escal	Varianza de la e	Correlación e	Alfa de Cronbach si se
1.	74,73	74,332	,649	,830
2.	74,85	72,515	,636	,828
3.	74,96	76,402	,331	,841
4.	74,30	79,268	,410	,839
5.	74,70	76,422	,514	,835
6.	74,66	79,458	,214	,844
7.	74,98	79,327	,202	,845
8.	74,97	83,143	-,070	,861
9.	75,22	75,173	,433	,837
10.	74,78	78,057	,351	,840
11.	75,50	81,041	,056	,853
12.	74,83	76,451	,343	,840
13.	74,92	76,110	,388	,838
14.	74,47	75,828	,567	,833
15.	74,76	74,414	,560	,832
16.	74,75	75,150	,551	,833
17.	74,90	74,056	,467	,835
18.	74,38	78,392	,440	,838
19.	74,62	76,238	,557	,834
20.	75,21	75,590	,386	,839
21.	74,54	77,924	,482	,837
22.	74,63	76,216	,498	,835
23.	74,80	73,315	,602	,830
24.	74,64	76,368	,476	,835



DISCUSIÓN

Cuando se va a utilizar un instrumento de medición en alguna población, lo recomendable es que cuente con los atributos de validez y confiabilidad para asegurar manera su adecuada utilidad y reproducibilidad, máxime cuando se mida variables o conceptos subjetivos, como el autocuidado en el que cada persona tiene una percepción distinta al respecto. En torno al tema, cabe mencionar que elementos como la validez y la confiabilidad de un instrumento son de gran importancia, ya que permiten hacer inferencias y evaluar hipótesis que se formulen acerca de las personas a las que se les va a aplicar un instrumento de medición ([Lamprea y Gómez, 2007](#)); no obstante, el problema de que no se cumplan radica en que “las variables con que nos encontramos frecuentemente, así como su medición, dependen tanto de sus definiciones, que varían de persona a persona y de su forma de medición, como de la relación entre la observación y lo que esto refleja” (p.341), es decir, no se cuenta con un criterio unificado y prevalece el interés del investigador y la conceptualización de las variables que desee medir, por lo que debe tenerse un parámetro que garantice que lo que se está estudiando va a ser evaluado y recolectado con herramientas que sean válidas y confiables.

Con el objetivo de asegurar que no se presente dicho problema se llevó a cabo los procesos de validez y confiabilidad de la Escala de ASA, como lo apunta [González \(2008\)](#), dado que así se aporta un marco de referencia en cuanto a la medición de variables que contribuyen a la adquisición de conocimiento de una manera confiable; por lo tanto, para que el instrumento sea lo más idóneo posible es imprescindible que cumpla con los dos requisitos mencionados.

En este caso, se espera que la escala ASA realmente mida de manera óptima, la capacidad de agencia de autocuidado de las personas a las que se les aplique, en una relación estrecha con los fundamentos que originaron su creación, considerando la teoría de Dorothea Orem para así poder interpretar resultados que evidencien una adecuada validez.

Los resultados del proceso de validación arrojan que esta escala es una herramienta que puede ser utilizada en cualquier nivel de atención de salud existente, ya sea como una medida complementaria que permita establecer un diagnóstico, en términos de la capacidad de autocuidado para fortalecer la capacidad que presente una persona en aras de la promoción de la salud o prevención de la enfermedad, o para tomar medidas correctivas, de acompañamiento y educación según los resultados que se muestren tras la aplicación de la escala a la persona que se le esté brindando los servicios profesionales en enfermería.

Al respecto, es fundamental indicar que tanto en personas conocidas sanas como en aquellas que presentaban una enfermedad crónica, del índice KMO utilizado para determinar el grado de adecuación muestral para llevar a cabo el análisis factorial, se obtuvo porcentajes muy similares con una diferencia del 0.03, resultado que puede relacionarse con la presencia de un sujeto más dentro del grupo de personas con enfermedad crónica, lo cual además demuestra que en ambos grupos hay una correlación simple de las variables ([Martínez, 2011](#)).

De igual forma en el análisis factorial, se obtuvo como resultado cinco ejes factoriales o dominios para cada grupo. En estos dominios, el primero corresponde al que presenta una mayor varianza total, es decir, el que evidencia mayor dispersión en cuanto a las variables, considerando que cada ítem de la escala indica las diferencias que creará en las respuestas, dado que, aun cuando cada ítem tiene su propia varianza, no es



totalmente excluyente ya que la misma puede ser compartida con la de otros ítems del instrumento ([Morales, 2011](#)).

Dentro del primer factor, en ambos grupos se incluyó ítems que respondieron principalmente a la evaluación del requisito universal de autocuidado de la teoría de [Orem \(1983\)](#) de *prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y el bienestar humano*, considerando siempre que la mitad de los ítems de la escala ASA corresponden a la medición de este requisito universal; por otra parte, hubo una coincidencia en cuanto a que fue el factor que incluyó el único ítem de la escala relacionado con *mantenimiento de una ingesta suficiente de comida, lo cual* responde a lo mencionado acerca de la dispersión de variables, dato siempre observado en el primer factor resultante. Lo anterior quiere decir que lo que se pretende es que entre todos los factores se explique la mayor proporción de varianza posible, dado que no se suele extraer todos los factores posibles, sino solo aquellos que explican al menos más varianza que cualquiera de las variables tomadas de manera aislada ([Morales, 2011](#)).

Tras el resultado del análisis factorial, se determinó 7 factores o dominios; no obstante, desde un punto de vista clínico y del contexto sociocultural costarricense, así como por las características y factores condicionantes básicos de la población a la que se le aplicó la escala, esta estructuración factorial puede ser interpretada de distintas formas, según los aspectos mencionados ([Morales, 2011](#)).

Por lo anterior es que cuando se hizo el análisis en ambos grupos poblacionales por separado, resultaron cinco factores para cada uno en el eje factorial debido a la diversidad y dispersión de respuestas dadas, aparte de que considerando a la población total- se obtuvo siete factores. En este caso se buscó que entre todos los factores se explicara la mayor proporción de varianza posible, ya que por lo general no se extraen todos los factores posibles sino solo los que van a explicar al menos más varianza que cualquiera de las variables por separado ([Morales, 2011](#)).

Los resultados obtenidos tras la validación de contenido realizada para Costa Rica, presenta diferencias en cuanto a los datos arrojados en la investigación hecha por [Manrique-Abril et al \(2009\)](#) titulada “Análisis Factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia”. En dicho estudio el índice de KMO fue menor en cuanto a los resultados de la presente investigación, lo cual puede estar justificado por una adecuación muestral, puesto que en el estudio colombiano la cantidad de personas participantes fue levemente mayor que la muestra. En cuanto al eje factorial de ambas investigaciones, la cantidad de factores encontrados también fue distinta, dado que en la escala aplicada en Colombia muestra dos factores más, en donde el factor 8 es el único factor que reúne una sola categoría correspondiente al requisito de *mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso*.

La diferencia en la cantidad de factores y de la agrupación de ítems en cada uno de ellos, resultado del análisis factorial de la escala ASA para la presente investigación, pudo haber estado influenciada por la disimilitud de las características de inclusión y exclusión de las personas a las que se le aplicó el instrumento, considerando que en Costa Rica se tomó en cuenta tanto personas conocidas sanas como personas con diagnóstico de enfermedad crónica, mientras que en la investigación realizada en Colombia únicamente se incluyó personas con enfermedad crónica que asistían a consulta externa del Hospital Tunjuelito en Bogotá. Pese a estas diferencias,



ambas investigaciones demostraron un grado de validez deseado para su aplicación en el correspondiente contexto para medir la capacidad de agencia de autocuidado.

Debido a que la finalidad del presente estudio es la obtención de una escala válida y confiable para la población en Costa Rica, luego del proceso de validación de apariencia y contenido, fue imprescindible someter el instrumento a las pruebas de confiabilidad, ya que como señala [Ruíz \(2011\)](#), es una de las características técnicas que determinan la utilidad de los resultados de un instrumento en su grado de reproductibilidad, lo cual significa que los resultados obtenidos con la escala en una determinada ocasión, bajo ciertas condiciones, deberían ser similares si se volviera a aplicar el instrumento en situaciones idénticas. Lo anteriormente expuesto, explica que el término confiabilidad es sinónimo de seguridad.

Dicho autor menciona que la confiabilidad puede ser vista como el grado de homogeneidad de los ítems de un instrumento o escala en relación con las características que se quiere medir, lo cual se conoce como confiabilidad de consistencia interna u homogeneidad, término ya explicado porque es una técnica requerida en esta investigación.

Al respecto, se confirma que el grado de confiabilidad mediante la consistencia interna de la escala es adecuado. Los valores dados por el coeficiente de Alfa de Cronbach son iguales para cada grupo ya que el instrumento que fue aplicado contiene los mismos 24 ítems sin ninguna variación, lo cual significa que se midió en los dos el mismo concepto de capacidad de agencia de autocuidado. El Alfa de Cronbach resultante para la población total fue de 0,84 (84%), dato que se traduce en que los 24 ítems analizados de la escala reflejan un grado óptimo de homogeneidad, por ende, este instrumento posee consistencia interna y puede ser utilizado con toda seguridad en la población costarricense.

Los resultados de la medición de confiabilidad arrojan que esta escala es una herramienta que puede ser utilizada en cualquier nivel de atención de salud existente, ya sea como una medida complementaria que permita establecer un diagnóstico en términos de la capacidad de autocuidado -para fortalecer la capacidad que presente una persona en aras de la promoción de la salud o prevención de la enfermedad- o para tomar medidas correctivas, de acompañamiento y educación según los resultados que se muestren tras la aplicación de la escala a la persona que se le estén brindando los servicios profesionales en enfermería.

En relación con lo expuesto, [Cardozo \(2000\)](#) asegura que es necesario establecer un proceso de atención de enfermería en el que el cuidado sea continuo e integral, principalmente cuando es una persona que presenta una enfermedad o condición crónica, situación por la que se recalca una vez más la importancia de haber validado la escala ASA con un grupo de personas que presentan esta condición de salud.

A partir de lo anterior, se afirma que el profesional en enfermería representa un verdadero gerente de cuidado en cuanto a la instrucción y orientación que se le brinda no solo a la persona sino a la familia y el entorno, con el fin de brindar un cuidado holístico; en este sentido, la escala es un instrumento que brinda un diagnóstico de la capacidad de agencia de autocuidado de la persona a la que se le está brindado el servicio de modo que, si se encuentra hospitalizada, le sirva como recurso para dar educación y acompañamiento, al punto de mejorar el autocuidado sin la presencia permanente del profesional de enfermería ([Vargas y Fernández, 2011](#)).



Además de lo mencionado, se suma la posibilidad de adquirir una mayor autonomía y capacidad de trabajo multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar en la atención que se le vaya a brindar a los usuarios del sistema de salud costarricense y propiamente a la disciplina de enfermería en su proceso de atención, siempre partiendo de un criterio científico y pertinente, basado y sustentado por una teoría propia que permita establecer si una persona es capaz de cuidarse así o no y el nivel de capacidad de agencia de autocuidado que presente.

CONCLUSIONES

- La inclusión de personas adultas conocidas sanas y de personas adultas con diagnóstico de enfermedad crónica, permite evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en ambos grupos poblacionales, generar diagnósticos propios de la disciplina y determinar estrategias de intervención.
- Con el análisis factorial se afirmó que el instrumento cuenta con una adecuada validez de contenido, con propiedades psicométricas válidas y adecuadas.
- El análisis factorial por separado de los grupos poblacionales arrojó cinco ejes factoriales y siete, como población total, no obstante, la escala ASA siempre obtuvo valores adecuados que demuestran su validez.
- Se demostró una alta confiabilidad tras la obtención de un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,84, lo cual refleja que los 24 miden un mismo concepto.
- En Costa Rica, la enfermería puede contar con un instrumento válido y confiable para medir la capacidad de agencia de autocuidado en las personas que se encuentran en la etapa de la adultez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achury, D; Sepúlveda, G; Rodríguez, S. (2008). Validez de Apariencia y Contenido de un instrumento para evaluar la Capacidad de Agencia de Autocuidado en el paciente con hipertensión Arterial. *Rev. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 10(1): 93-111, enero- junio, Colombia [citado 10 de noviembre 2013]. Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/98.pdf>

Achury, D; Sepúlveda, G; Rodríguez, S. (2009). Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Rev. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 11(2): 9-25, julio- diciembre, Colombia [citado 10 de noviembre 2013]. Colombia. Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/113.pdf>

Cardozo, R. (2000). Gerenciamiento de caso de enfermería en el proceso de alta hospitalaria del paciente con lesión tisular. *Rev Mex Enf Cardio*. 8(1-4): 7-13. México [citado 20 de noviembre del 2013]. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4b.pdf>

Espitia, C. (2011). *Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana*. Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería con énfasis en énfasis en cuidado para la salud cardiovascular.

Evers, G. (1998). *Meten van zelfzorg. Verpleegkundige instrumenten. Voor onderzoek en klinische praktijk*. Leuven University Press.



Fernández, A. y Manrique-Abril, F. (2010). Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. *Ciencia y Enfermería XVI (2)*(Versión en línea). Consultado el 10 de enero del 2013. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_09.pdf

González-Ortega, Y. (2009). Instrumento Cuidado de comportamiento profesional: validez y confiabilidad. *Aquichan*, 8(2): 2-11 [revisado 10 de noviembre del 2013]. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/134/269>

Hernández, R; Fernández C; y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. 4ta ed. Ed. Mc-Graw Hill Interamericana. México, DF.

Lamprea, J. y Gómez, C. (2007). *Validez en la Evaluación de Escalas*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, Colombia. (Versión en línea) Consultado el 10 de enero de 2012. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>

Leiva, V. (2009). ¿Por qué enseñar bioética social y de salud pública en Enfermería? *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*. N° 17. (Versión en línea) Consultado el 10 de enero del 2012. Recuperado de http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/448/44812828001/44812828001_1.html

Manrique-Abril, F; Fernández, A; Velandia, A. (2009). Análisis factorial de la escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Revista Aquichan* 9 (3).

Martínez, E. (2011). *Análisis Factorial*. 2da Ed. Editorial Contreras. Canarias, España.

Monge, M. (2004). *Comparación de la capacidad de agencia de autocuidado en dos grupos de mujeres adultas: uno de ellos con hipertensión arterial y el otro con enfermedad cardiovascular en el Hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia

Morales, P. (2011). *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de test, escalas y cuestionarios*. Universidad Pontificia Comillas. Madrid, España.

Orem, D. (1983). *Normas prácticas en Enfermería*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Temas de salud: enfermedades crónicas*. (Versión en línea) Consultado el 2 de julio del 2012. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2007). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud*.

Ortiz, G. (2002). *Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse para promoción de la salud de personas de 18 años y más, que viven en situación de enfermedad cardiovascular y que asisten a consulta al centro de salud Pedro Altamirano, Nicaragua*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Papalia, D. (2005). *Desarrollo Humano*. Novena Edición. México: Mc-Graw Hill.



Porras, M. (2002). *Factores básicos condicionantes del autocuidado asociados a la capacidad potencial de autocuidarse y promover la salud de personas de 18 años y más, que viven en situación de enfermedad cardiovascular y asisten a la consulta externa del Hospital Roosevelt en la ciudad de Guatemala*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Real Academia Española (2011) <http://www.rae.es/rae.html> Consultado el 22 de noviembre del 2012.

Rivera, A. (2006). Capacidad de Autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 8(3).

Ruiz, C. (2011). *Confiabilidad*. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Maracaibo, Venezuela. (Versión en línea) Consultado el 15 de Noviembre del 2012. Recuperado de <http://investigacion.upeu.edu.pe/images/7/74/Validez.pdf>

Sánchez, R. y Echeverri, J. (2004). Validación de escalas en medición de salud. *Rev. Salud Pública*. 6 (3), 302-318. Colombia.

Vargas, Z; Fernández, R.(2011) Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. 21, 1-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i21.3658>.

Velandia, A; Rivera, A. (2009) Confiabilidad de la escala de “Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) segunda versión en español adaptada para población colombiana”. *Revista avances en enfermería*, 27 (1).

